

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. H.-J. Möller

**Katamneseuntersuchung der Treffsicherheit der prognostischen  
Einschätzung und der Validität von Prognosekriterien**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Silke Kielisch  
aus Kassel

2003

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. N. Nedopil

Mitberichterstatter: Prof. Dr. W. Keil

Mitbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 27.03.2003

|          |                                                                                  |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung .....</b>                                                          | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Die aktuelle Entwicklung der Risikoforschung.....</b>                         | <b>4</b>  |
| 2.1      | Strategien zur Einschätzung von Gefährlichkeit .....                             | 4         |
| 2.2      | Kriminalprognose: Eine orientierende Literaturübersicht .....                    | 6         |
| 2.3      | Prognoseinstrumente.....                                                         | 19        |
| 2.3.1    | PCL-R/PCL-SV .....                                                               | 21        |
| 2.3.2    | RAG/VRAG .....                                                                   | 22        |
| 2.3.3    | HCR-20.....                                                                      | 23        |
| 2.3.4    | SVR-20 .....                                                                     | 26        |
| 2.3.5    | Ausblick.....                                                                    | 27        |
| <b>3</b> | <b>Fragestellungen.....</b>                                                      | <b>27</b> |
| 3.1      | Einleitung.....                                                                  | 27        |
| 3.2      | Das Brunswik`sche Linsenmodell .....                                             | 28        |
| 3.3      | Fragestellungen dieser Studie .....                                              | 31        |
| <b>4</b> | <b>Material und Methoden.....</b>                                                | <b>33</b> |
| 4.1      | Prognosebeurteilung in der Klinik für forensische Psychiatrie .....              | 33        |
| 4.2      | Versuchspersonen/Stichprobe.....                                                 | 33        |
| 4.3      | Material und Messzeitpunkte.....                                                 | 37        |
| 4.3.1    | Hainaer Prognosebogen.....                                                       | 37        |
| 4.3.2    | Erstuntersuchung im Zeitraum vom 01.05.1988 bis 30.04.1989 (t1).....             | 38        |
| 4.3.3    | Katamnesebogen 1 des Stichtages 01.11.1993 (t2).....                             | 40        |
| 4.3.4    | Katamneseuntersuchung vom 01.11.1993<br>(t2, Katamnese-zeit 5 Jahre).....        | 40        |
| 4.3.5    | Ergänzender Katamnesebogen 2 vom 01.11.1998<br>(t3, Katamnesezeit 10 Jahre)..... | 41        |
| 4.3.6    | Katamneseuntersuchung vom 01.11.1998<br>(t3, Katamnesezeit 10 Jahre).....        | 41        |
| 4.3.7    | Statistische Verfahren der Katamneseuntersuchung.....                            | 41        |
| <b>5</b> | <b>Ergebnisse.....</b>                                                           | <b>43</b> |

|          |                                                                                                                                                                                                                                               |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.1      | Treffsicherheit der Prognose.....                                                                                                                                                                                                             | 43        |
| 5.1.1    | Wie genau wurde die weitere Unterbringungsdauer prognostiziert?.....                                                                                                                                                                          | 43        |
| 5.1.2    | Wurden kürzere oder längere weitere Unterbringungszeiträume besser prognostiziert? .....                                                                                                                                                      | 44        |
| 5.1.3    | Gab es Zusammenhänge zwischen der Treffsicherheit der Prognose und der Dauer der prognostizierten weiteren Unterbringungszeit? .....                                                                                                          | 45        |
| 5.1.4    | Gab es Zusammenhänge zwischen der Treffsicherheit der Prognose und einzelnen Prädiktorvariablen?.....                                                                                                                                         | 47        |
| 5.2      | Validität der Prognose - statistische oder aktuarische Prognose.....                                                                                                                                                                          | 50        |
| 5.2.1    | Wie hoch war der Zusammenhang zwischen den einzelnen HPB-Faktoren und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer? .....                                                                                                                   | 50        |
| 5.2.2    | Wie hoch war der Zusammenhang zwischen den Außenkriterien und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?.....                                                                                                                            | 54        |
| 5.2.3    | Wie hoch war der Zusammenhang zwischen den 46 HPB-Items und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?.....                                                                                                                              | 55        |
| 5.2.4    | Wie hoch war der Zusammenhang zwischen der Summe der Entlassungshindernisse und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer? .....                                                                                                         | 58        |
| 5.2.5    | Bestanden unterschiedliche Zusammenhänge zwischen den Entlassungshindernissen und der vorhergesagten bzw. der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer? .....                                                                               | 59        |
| 5.2.6    | Unterschieden sich die beiden Extremgruppen "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr" und "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über fünf Jahre" in den 6 Faktoren aus dem HPB?.....                   | 61        |
| 5.2.7    | Unterschieden sich die beiden Extremgruppen "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr" und "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über fünf Jahre" in der Summe der 11 HPB-Entlassungshindernisse? ..... | 61        |
| 5.2.8    | Zusammenhänge der 46 HPB-Items und der 11 Entlassungshindernisse:..                                                                                                                                                                           | 62        |
| <b>6</b> | <b>Diskussion.....</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>70</b> |
| <b>7</b> | <b>Zusammenfassung .....</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>85</b> |
| <b>8</b> | <b>Literaturverzeichnis.....</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>89</b> |
| <b>9</b> | <b>Anhang .....</b>                                                                                                                                                                                                                           | <b>98</b> |

## 1 Einleitung

Die vorliegende Untersuchung soll einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der Prognosen über das Rückfallrisiko und der davon abhängigen Unterbringungsdauer von gemäß § 63 StGB untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrechern leisten.

Dies ist von praktischem Interesse, da solche Prognosestellungen in Bezug auf die Therapieplanung und die Lockerungsgewährung zu den alltäglichen Aufgaben der Therapeuten in einer forensischen Klinik gehören.

Angesichts der mindestens einmal jährlich anstehenden richterlichen Überprüfung gemäß § 67e StGB wird dem Gericht ein Prognosegutachten zu der Frage der Notwendigkeit der Fortdauer der Unterbringung erstattet. Ob die Fortdauer der Unterbringung aus forensisch-psychiatrischer Sicht für notwendig erachtet wird oder nicht, erörtert der Gutachter in seiner Stellungnahme unter Berücksichtigung der Kriminalprognose. Sollte eine Entlassung aus der Unterbringung unter bestimmten Voraussetzungen zu verantworten sein, z. B. sobald ein geeignetes Entlassungssetting gefunden wurde, wird dies ebenfalls mitgeteilt.

Die Notwendigkeit der weiteren Unterbringung steht in engem Zusammenhang mit dem spezifischen, von dem Untergebrachten ausgehenden Risiko. Setzt man dieses Risiko in direkte Relation zur Unterbringungsdauer, heißt dies verallgemeinert, dass die Unterbringung umso länger dauert, je größer die Gefahr einer einschlägigen Rückfalldelinquenz eingeschätzt wird und je länger sie andauert.

Die Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB ist gesetzlich nicht festgelegt. Bis 1997 setzte das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden konnte zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (§ 67 d Abs. 2 StGB). Durch die Gesetzesnovellierung vom 26. Januar 1998 wurde der Satzteil "sobald verantwortet werden kann zu erproben"

durch” wenn zu erwarten ist” ersetzt. Die Kriterien für eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug wurden somit verschärft.

Bei der Entscheidung über Fortdauer oder Aussetzung der Unterbringung stützen sich die zuständigen Richter auf die Risikobeurteilung der forensisch-psychiatrischen Sachverständigen.

Für den Klinikalltag bedeutet eine frühzeitige Einschätzung der ungefähren Dauer der Unterbringung eine bessere Therapieplanung, ohne natürlich die Möglichkeit außer Acht zu lassen, dass eine solche Planung aufgrund des Therapieverlaufes verändert werden kann oder muss. Auch für die übergeordnete Planung der erforderlichen Kapazitäten im Maßregelvollzug sind Erkenntnisse über die Treffsicherheit von Einschätzungen über notwendige Unterbringungs- bzw. Behandlungszeiten von Interesse.

Adäquate Behandlungszeiten, die dem tatsächlichen Rückfallrisiko des einzelnen Maßregelvollzugspatienten gerecht werden, die nicht über das tatsächlich notwendige Maß hinaus ausgedehnt werden, sparen der Gesellschaft enorme Kosten. Für den Patienten bedeuten sie, sich keinen unnötigen freiheitsentziehenden Maßnahmen unterziehen zu müssen. Zu frühe Entlassungen aus der Behandlung hingegen bergen das Risiko eines Rückfalldeliktes. Dieses Risiko gilt es so sicher wie möglich abzuschätzen und adäquat zu minimieren.

Bei der Risikobeurteilung stellt sich die Frage, welche Kriterien bzw. Merkmale das Risiko treffsicher erfassen [29, 69]. Die in der Vergangenheit praktizierten Vorgehensweisen bei Gefährlichkeitsprognosen, die lediglich auf klinische Urteilsbildung oder schlicht auf Intuition beruhten, wurden zunehmend kritisch hinterfragt [64, 86, 104, 100, 110]. Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren kriterienorientierte Vorhersageinstrumente bis hin zu mehrdimensionalen Prognoseinstrumenten zur Erfassung statischer und dynamischer Risikofaktoren entwickelt, die entsprechend dem aktuellen Forschungsstand weiter modifiziert werden. Plakativ bezeichnet vollzog sich ein Wandel von der Kriminalprognose zur Risikoeinschätzung [77]. Die Entwicklung in den letzten Jahren kann als ein deutlicher Fortschritt auf dem Gebiet der Risikoeinschätzung beurteilt werden [9, 115].

In der Klinik für forensische Psychiatrie Haina wurde Ende der 80er Jahre der Hainaer Prognosebogen (HPB) zur Verbesserung der prognostischen Einschätzungen entwickelt und angewandt. Der Bogen enthält die Außenkriterien Alter, Delikt, Diagnose, bisherige Aufenthaltsdauer, derzeitige Lockerungsstufe sowie 46 Ende der 80er Jahre klinisch anerkannte Prognosekriterien. Zusätzlich wurden 11 von der Klinik für forensische Psychiatrie Haina als konkrete Entlassungshindernisse angesehene Kriterien beurteilt sowie die Dauer der weiteren Unterbringung eingeschätzt.

Die vorliegende Arbeit ist eine Katamneseuntersuchung prognoserelevanter Kriterien und prognostischer Einschätzungen im Maßregelvollzug. Der Untersuchung liegen Daten und Ergebnisse der Erstuntersuchung "Analyse von prognoserelevanten Kriterien im Maßregelvollzug" von U. Tolks-Brandau [109] zugrunde. Tolks-Brandau wertete in der Erstuntersuchung den Hainaer Prognosebogen aus. In die Auswertung gingen die Hainaer Prognosebögen von 221 männlichen Patienten ein, die in der Zeit vom 1. Mai 1988 bis 30. April 1989 gemäß § 63 StGB in der Klinik untergebracht waren. Das Ziel war eine Analyse des Urteilsprozesses der behandelnden Therapeuten bei der Prognosebegutachtung.

Die Aufgabe der jetzigen Untersuchung ist die Überprüfung der Treffsicherheit der Einschätzung der weiteren Unterbringungsdauer sowie der Validität der Prognosekriterien des in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina eingesetzten Prognosebogens. Die Prognosekriterien wurden in einem Katamnesezeitraum von 5 und 10 Jahren dahingehend überprüft, inwieweit sie signifikant zur Risikoprognose und somit zur Vorhersage der weiteren Unterbringungsdauer beitragen.

Es wird zunächst die aktuelle Entwicklung der Risikoforschung dargestellt.

Nachfolgend wird das Brunswik'sche Linsenmodell erläutert, das der Untersuchungsplanung als Heuristik zugrunde liegt.

Anschließend werden die Untersuchungsfragen der vorliegenden Arbeit abgeleitet.

Das Untersuchungsmaterial, die Stichprobe sowie die statistischen Methoden werden in dem Kapitel Material und Methoden dargestellt. Hier werden auch die Ergebnisse der

Erstuntersuchung "Analyse prognoserelevanter Kriterien im Maßregelvollzug" [109] aufgezeigt.

Die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung werden in dem nachfolgenden Kapitel dargestellt.

Die sich anschließende Diskussion setzt die erhaltenen Ergebnisse kritisch in Relation zum gegenwärtigen Stand der Risikoforschung.

In der abschließenden Zusammenfassung wird die Untersuchung in komprimierter Form dargestellt.

Im Anhang finden sich die Erhebungsbögen, Tabellen und ein Diagramm.

## 2 Die aktuelle Entwicklung der Risikoforschung

### 2.1 Strategien zur Einschätzung von Gefährlichkeit

In der Kriminalprognose werden im Wesentlichen drei Strategien angewandt [z. B. 54, 57]:

1. Die intuitive Prognose, sie basiert auf einer rein gefühlsmäßigen Erfassung der betreffenden Persönlichkeit, Fachwissen wird nicht explizit mit einbezogen. Sie ist das wissenschaftlich am wenigsten fundierte, praktisch aber am häufigsten benutzte Prognoseverfahren. Tatsächlich erfolgen aber auch solche Prognosen nicht rein intuitiv, sondern sind stets von den subjektiven, teils wenig reflektierten Vorerfahrungen des Beurteilers geprägt. Nach Dahle [16] beruht die Beurteilung auf einer globalen Eindrucksbildung, die der Prognostiker vom Straftäter gewonnen hat. Die Methode ist weder erlernbar noch lehrbar, der prognostische Prozess ist nach Steinböck [105] nicht nachvollziehbar. Volkart [111] bezeichnet sie als das Gegenteil einer Methode. Bereits Paul Meehl [62] hatte kritisiert, dass Kliniker nicht empirisch überprüfte und subjektive Methoden für ihre Prognosen verwenden.



2. Die statistische oder aktuarische Methode versucht hingegen aus einer empirischen Verallgemeinerung der Lebensläufe vieler einzelner Rechtsbrecher bzw. Gruppen, wie z. B. Rückfalltätern, kriminogene Persönlichkeitsfaktoren abzuleiten. Statistische Prognose tafeln sind meist auf relativ wenige, leicht erfassbare Items beschränkt. Sie basieren durchweg auf anamnestischen Daten, deren hohe Korrelation mit einer negativen Kriminalprognose vielfach untersucht und gesichert wurde [94]. Die Individualprognose basiert letztlich auf der Rückfallquote derjenigen Risikogruppe, in welche die Person eingeordnet wurde. Der entscheidende Schwachpunkt der Beurteilungsverfahren, die auf Prognose tafeln beruhen, liegt darin, dass sie auf einem statischen Persönlichkeitskonzept fußen und nicht dazu geeignet sind, mögliche Wandlungen der Persönlichkeit oder potentiell erfolgreiche Behandlungsverläufe in der prognostischen Einschätzung zu berücksichtigen [80, 58].

3. Die klinische Prognose soll dagegen alle im Einzelfall relevanten Faktoren erfassen und in ihrer Bedeutung hinsichtlich der Kriminalprognose gewichten. Sie bietet den Vorteil eines individuellen Einzelbezuges, hebt stärker auf die spezielle Problematik psychisch Kranker bzw. gestörter Rechtsbrecher ab und ermöglicht es, die in der Behandlung gewonnenen Erfahrungen und therapeutischen Veränderungen zu berücksichtigen [56, 57]. Bei Vorschlägen zur praktischen Durchführung prognostischer Stellungnahmen werden zumeist die Vorzüge einer Verbindung der statistischen und klinischen Prognose betont. Es geht um den Versuch, eine Art Mittelweg zwischen den Strategien der statistischen und der intuitiven Vorgehensweise zu finden, der die jeweiligen Vorteile möglichst aufgreift, ohne jedoch gleichzeitig ihre spezifischen Nachteile in Kauf nehmen zu müssen [16].

Aus klinisch-kriminologischer Sicht [87] sollte sich die Prognosestellung - unabhängig vom benutzten wissenschaftlichen Ansatz - auf folgende vier Dimensionen erstrecken:

1. Die Tat oder die Taten.
2. Die Persönlichkeit/Krankheit des Täters.
3. Den Verlauf seit Begehung der Tat oder der Taten.
4. Die Perspektiven.

Monahan und Steadman [67] schlagen vor, Gefährlichkeit, um diese näher untersuchen und einschätzen zu können, in drei Komponenten aufzuteilen:

1. "Risikofaktoren", das sind die Variablen, die zur Vorhersage von Gewalt herangezogen werden.
2. "Schaden", die Anzahl und die Art der vorhergesagten Gewalttätigkeit.
3. "Risiko", die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Schaden.

Andrews & Bonta [1] teilen die Prognosestudien der letzten Jahre anhand der ihnen zugrundeliegenden Methoden in drei Generationen ein:

Die Untersuchungen der ersten Generation sind danach durch informale, nicht beobachtbare und überprüfbare Kriterien, die zur Entscheidungsfindung führten, gekennzeichnet und nicht validiert.

Die prognostischen Einschätzungen der zweiten Generation basieren auf der statistischen Auswertung relevanter Items aus der Vorgeschichte.

Die Untersuchungen der dritten Generation unterteilen sich in zwei Gruppen: Die eine Gruppe beinhaltet Risikoeinschätzungen, die dynamische Faktoren berücksichtigt, welche sich auf weitreichende kriminogene Zusammenhänge beziehen. Die andere Gruppe umfasst Untersuchungen, die Persönlichkeitstestskalen aus dem Bereich "antisoziale Persönlichkeit, Soziopathie/Psychopathie" berücksichtigen. Diese Skalen, wie z. B. die Psychopathy-Checklist [40], enthalten zwar auch dynamische Items, die Mehrheit der Items ist aber statischer Natur [6, 7].

## **2.2 Kriminalprognose: Eine orientierende Literaturübersicht**

Eines der frühesten Beispiele für eine aktuarische Untersuchung kommt von Burgess [11]. Burgess untersuchte über 3000 aus drei Gefängnissen in Illinois bedingt entlassene Straftäter und fand 21 Faktoren, die zwischen Bewährungserfolg und Misserfolg differenzieren. Er gab jedem Straffälligen einen Punkt für jeden Faktor. Für die Straffälligen mit dem höchsten Score lag die Rezidivrate bei 76 %, während für die mit den niedrigsten Punktwerten die Rückfallrate bei nur 1,5 % lag.

Das Ehepaar Glueck [32] untersuchte 500 jugendliche Rückfalltäter, um Faktoren zu identifizieren, die frühzeitig "Kriminalität" anzeigen. Sie verwendeten ebenfalls simple Summationen mit Gewichtung je nach der gezeigten Validität der Kriterien bei ihrer Untersuchung.

Steadman & Halfon [99] führten im Gefolge der in der einschlägigen Literatur viel zitierten "juristischen" Entscheidung im Fall Baxstrom vs. Herold umfangreiche katamnestiche Untersuchungen durch. Der Supreme Court hatte 1966 aufgrund von vorausgegangenem Verfahrensfehlern beschlossen, Johnny Baxstrom und 966 weitere Patienten aus den beiden forensischen Hochsicherheitskliniken Dannemora und Matteawan in New York State zu entlassen. Aus der Gesamtzahl der Entlassenen wurde für eine umfangreiche Nachuntersuchung eine Stichprobe von 20 % (199) männliche Patienten sowie alle 47 weiblichen Patienten ausgewählt. Der Katamnesezeitraum betrug 4 Jahre. Nach einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 13,4 Jahren, zu der auch frühere Psychiatrieaufenthalte gezählt wurden, wurden die Patienten in das allgemeinpsychiatrische New Yorker Krankenhaus verlegt. Zwischen 1966 und 1970 wurden 121 Patienten/innen entlassen. Von den 199 männlichen Patienten wurden 100 entlassen. Im September 1970 befanden sich davon noch 97 Patienten in der Allgemeinpsychiatrie, 23 Patienten waren verstorben. 79 der 100 entlassenen Patienten blieben dauerhaft in Freiheit. Von allen 967 Patienten mussten lediglich 21 wieder in einer der beiden forensischen Kliniken aufgenommen werden.

Über 84 der 121 in diesem Zeitraum entlassenen Patienten und Patientinnen sammelte das Mental Hygiene Department Informationen über den Verlauf nach der Entlassung. Daten über zusammengenommen 1460 Monate, durchschnittlich 17,4 Monate für jeden dieser Patienten wurden erhoben. Insgesamt kam es zu 18 Festnahmen von 13 verschiedenen Personen (12 Männer und 1 Frau). Einer der Patienten wurde dreimal festgenommen.

Die amerikanischen Soziologen Steadman & Cocozza [101] haben in ihrer Untersuchung der "Baxstrom Patienten" Faktoren gefunden, die einen deutlichen Zusammenhang mit der Rückfalldelinquenz zeigten. Bezogen auf das Kriterium gewalttätiges Verhalten waren dies die Faktoren "Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung" und der "Legal

Dangerousness Score". Dieser Score ist ein von den Untersuchern entwickelter Index für das Ausmaß der Delinquenz, in den die folgenden vier Items eingehen: 1. Kriminalität im Jugendalter, 2. Anzahl früherer Inhaftierungen, 3. Verurteilung wegen Gewaltdelinquenz sowie 4. Schweregrad der Indexdelinquenz. Eine signifikante Beziehung zu der späteren Entlassung aus der Allgemeinpsychiatrie hatte bei den "Baxstrom-Patienten" u. a. die Länge der Unterbringung in der forensischen Psychiatrie vor der Verlegung in die Allgemeinpsychiatrie. Es zeigte sich, dass je länger ein Patient in der forensischen Psychiatrie untergebracht war, desto geringer wurde seine Chance, jemals in die Gemeinschaft entlassen zu werden.

Auch von Webster, Harris, Rice, Cormier & Quinsey [112] wurde der Zusammenhang zwischen den Variablen Alter und kriminelle Vordelinquenz mit der Wahrscheinlichkeit späterer Festnahmen beschrieben.

In Deutschland untersuchte Ritzel [89] im Rahmen seiner Habilitation die Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher in Niedersachsen. Das erste postinstitutionelle Jahr erwies sich auch für die Wiederunterbringung als größte Risikophase. Nach einem Zeitraum von fünf Jahren, also nach der zur damaligen Zeit maximal möglichen Dauer der Führungsaufsicht, erfolgten nur 4,6 % der Zweitunterbringungen. Die bedingt entlassenen Patienten wurden zu 30,2 % erneut untergebracht. Die höchste zu Widerrufem führende Rückfallrate zeigten Patienten mit sexuellen Störungen und mit Psychopathien. Zwei Drittel (67,2 %) der Widerrufe standen in unmittelbarem Kontext mit der Verschlechterung des psychischen Zustandes. Bei 65 % aller erneut unterbrachten Probanden spielten soziale Kontaktabbrüche oder soziale Desintegration eine ausschlaggebende Rolle. Alkoholabusus (17,5 %) verschärfte die Situation. Ritzel teilte die statistisch analysierten Risikofaktoren in sechs Risikogruppen auf: 1. "Diagnostisch-psychopathologische Faktoren", hier zeigten sich Substanzmissbrauch, Psychopathie und sexuelle Deviation - in dieser Reihenfolge - als Risiken. In der 2. Gruppe "Unterbringungsdauer, Entlassungsalter" ergaben jugendliches Entlassungsalter (17 bis 25 Jahre) und eine Unterbringungsdauer bis 2 Jahre ein hohes Risiko. Ein immer noch deutliches Risiko ergab sich bei Unterbringungsdauern von 2 bis 4 Jahren und einem Entlassungsalter zwischen 25 bis unter 30 Jahren. Als risikomindernd waren zu

verzeichnen: 10-jährige und längere Unterbringungsdauer sowie mindestens das erreichte 60. Lebensjahr bei Vollzugsende. In der 3. Gruppe "Unterkunft, Betreuung, Sozialkontakte" ergaben sich die höchsten Risiken durch: die Erstunterkunft war eine Kurz- oder Notunterkunft, keine Erstbetreuung bzw. nur Teilhilfen als Erstbetreuung, keine oder wenige Freunde oder Bekannte. Im 4. Bereich "Arbeit" hatte ein häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes eine überdurchschnittlich hohe Beziehung zum Widerruf. In der 5. Gruppe "Behandlung, Wiedereingliederungshilfen" waren Risikofaktoren Schwierigkeiten beim Wiedereinleben in Folge negativer Behördeneinstellung, eigener psychischer Störung, allgemeiner sozialer Diskriminierung, keine ärztliche Behandlung und keine Wiedereingliederungshilfe. Im 6. Bereich "Strafrechtliche Daten vor und nach der Unterbringung" fiel besonders auf, dass je frühzeitiger nach Vollzugsende ein Delikt begangen wurde das Widerrufsrisiko um so höher war.

Thornberry & Jacoby [108] untersuchten 414 der 586 forensischen Patienten, die 1969 in Pennsylvania aus dem Farview Hospital entlassen und in öffentliche Krankenhäuser verlegt wurden. Dieser Maßnahme im Fall der sogenannten "Dixon-Patienten" ging, wie auch im Fall der "Baxstrom-Patienten", eine Gerichtsentscheidung voraus. Die Katamneseuntersuchung erstreckte sich über einen durchschnittlichen Zeitraum von 3 Jahren. Von den 414 Probanden zeigten 14,5 % nach ihrer Entlassung gefährliches Verhalten, das potentiell zu einer Unterbringung oder Verhaftung führen konnte. 98 Probanden, d. h. 23,7 % wurden wieder inhaftiert bzw. untergebracht. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit dem der "Baxstrom-Patienten", bei denen sich eine Rate von 20,4 % Verhaftungen ergab, der Stichprobenumfang betrug im Vergleich allerdings nur ein Viertel. Die Vorhersage der Gefährlichkeit bei Probanden unter 50 Jahren und einem hohen Legal Dangerousness Score (5 und mehr) war zu 61 % korrekt. Die Rate der falsch Positiven, d. h. der für gefährlich gehaltenen Personen, obwohl sie es nicht sind, auch als  $\alpha$ -Fehler oder Fehler erster Art bezeichnet [z. B. 8], betrug 80 %. Eine ähnliche Rate wurde bei der Vorhersage der erneuten Inhaftierung/Unterbringung mit 60 % zutreffenden Prognosen und 70 % falsch Positiven erzielt. Bei der statistischen Annahme, dass keiner der Probanden gefährlich sein würde, wäre die

Prognose in 14 von 98 Fällen falsch negativ gewesen. Generell wurde das Gewalttäterrisiko also überschätzt.

Etwa ein Drittel der Verhaftungen erfolgte wegen Eigentumsdelikten und ein weiteres Viertel wegen gewaltloser Delikte gegen die öffentliche Ordnung. Thornberry und Jacoby untersuchten ebenso wie Steadman und Coccozza sowohl Krankenakten als auch Justizakten. Sie konnten aber keine einzelnen Variablen oder Variablenkombinationen identifizieren, die für die Prognose von Gewalt relevant waren [112]. Das Entlassungsalter war allerdings die Variable mit der höchsten Vorhersagekraft bzw. Trennschärfe.

Zwei Studien, die von Kozol, Boucher & Garofolo [53] und die von Steadman & Coccozza [101] beschäftigten sich mit der Richtigkeit klinischer Vorhersagen von gewalttätigem Verhalten in Freiheit. Beide Studien untersuchten seit längerer Zeit untergebrachte forensische Patienten nach deren Entlassung in einem Katamnesezeitraum von 4 - 5 Jahren. Als Informationsquellen für gewalttätiges Verhalten wurden offizielle Berichte über Inhaftierungen, Krankenhausaufnahmen und Krankenakten herangezogen. Steadman & Coccozza [101] fanden eine Rate der richtig Positiven von 20 %, Kozol et al. [53] von 35 %.

Quinsey & Abtman [84] verglichen Prognosen zu Legalbewährung über einen Prognosezeitraum von einem Jahr, die von 9 Psychiatern und 4 Lehrern gestellt wurden. Den beiden Untersuchergruppen standen Informationen aus der Lebensgeschichte, über Vorstrafen und aus klinischen Untersuchungen zur Verfügung. Es erwies sich, dass die prognostische Validität in der Gruppe der Psychiater genauso niedrig war wie in der Gruppe der Lehrer.

Monahan [64] betrachtete Studien von Kozol, Boucher & Garofolo [53], Steadman & Coccozza [101], Coccozza & Steadman [13], Steadman [102] und Thornberry & Jacoby [109] bezüglich der Richtigkeit klinischer Urteilsbildung. Er zog den Schluss, dass Psychiater und Psychologen in nicht mehr als einem von drei Fällen, bezogen auf einen mehrjährigen Zeitraum, richtige Vorhersagen über das Verhalten von psychisch kranken Straftätern treffen können. Er hielt es für notwendig, zukünftige Studien so zu gestalten, dass die prognostischen Einschätzungen über kürzere Zeiträume erfolgen, die äußeren Gegebenheiten restriktiv sind (z. B.

Akutstation einer Allgemeinpsychiatrie) und dass abhängige und unabhängige Variablen präziser definiert werden [64, 65, 66].

Sepejak, Menzies, Webster & Jensen [96] führten eine Studie durch, die Aussagen über die Validität von durch Kliniker gestellten Prognosen bezüglich der Gewalttätigkeit außerhalb einer Unterbringung macht. Sie baten Psychiater und Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Aufsichtspersonal die Gefährlichkeit von 598 Angeklagten als nicht vorhanden, niedrig, mittel oder hoch einzuschätzen. Zwei Jahre später untersuchten Sepejak et al. Krankenakten und Justizakten. Insgesamt ergab sich eine Vorhersagegenauigkeit für gewalttätiges Verhalten von 56 %, mit einer Rate von falsch Positiven von 61 %. Innerhalb der Berufsgruppen ergab die Korrelation mit den Vorhersagen Signifikanzen von 0.20 bei den Psychiatern, 0.17 bei den Psychologen, 0.12 bei dem Wachpersonal, 0.08 bei dem Pflegepersonal und 0.03 bei den Sozialarbeitern. Erwähnt werden sollte allerdings, dass einer der vier Psychiater einen Wert von 0.28 erzielte und ein anderer einen Wert von 0.03. Innerhalb des Katamnesezeitraumes sind 39 % der Probanden straffällig geworden. Monahn & Steadman [67] berichteten, dass zwischen 1979 und 1993 lediglich diese eine Studie zur Validität der durch Kliniker gestellten Prognosen bezüglich gewalttätigen Verhaltens außerhalb einer Unterbringung veröffentlicht wurde.

Montandon & Harding [68] führten eine Untersuchung zur Reliabilität von Gefährlichkeitsprognosen durch. 193 Personen aus sechs Ländern (Brasilien, Dänemark, Ägypten, Swaziland, Schweiz und Thailand) mit differierenden Rechtssystemen, verschiedenem sozio-ökonomischem Hintergrund und aus unterschiedlichen Berufen beurteilten 16 Fallbeschreibungen. Die Fälle wurden in 4 Gruppen aufgeteilt: Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte und psychische Krankheit (keine Persönlichkeitsstörungen), Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte und keine psychische Krankheit, keine Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte und psychische Krankheit sowie keine Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte und keine psychische Krankheit. Es wurde von 0 Punkte für ungefährlich bis 3 Punkte für extrem gefährlich eingestuft. Bezüglich der zu beurteilenden Gefährlichkeit kamen die Untersucher zu dem Ergebnis, dass bei nur 4 von 16 Fällen ein Übereinstimmungsgrad unter den "Ratern" von mindestens 60 % erzielt wurde. Psychiater erreichten

dabei keine höheren Übereinstimmungen als Nicht-Psychiater. Psychiater schätzten die Gefährlichkeit insgesamt aber höher ein (40,3 % extrem gefährlich) als Personen, die nicht im psycho-sozialen Bereich arbeiten (24,3 % extrem gefährlich).

Werner, Rose, Yesavage & Seeman [116] gaben in einer Untersuchung erfahrenen Psychiatern Informationen aus der Krankenakte neu aufgenommener Patienten. Die Informationen beinhalteten den Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Score [83] und Angaben aus der Vorgeschichte, wie z. B. ob gewalttätiges Verhalten die nachfolgende Hospitalisierung beschleunigt hat. Die Psychiater wurden gebeten, die Wahrscheinlichkeit einzuschätzen, mit der der Patient innerhalb der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes gewalttätig wird. Es zeigte sich, dass ein klinisches Zustandsbild, das geprägt ist von Feindseligkeit und Gereiztheit und begleitet ist von paranoider Symptomatik in Verbindung mit vorausgehenden tätlichen Angriffen, als Indikator für potentielle Gewaltanwendung auf einer psychiatrischen Aufnahmestation angesehen werden kann.

Nedopil [74] stellte fest, dass aus der Literatur keine praktisch anwendbaren Prognosekriterien ableitbar waren. Durch die Analyse von 36 Gutachten, die von sechs Psychiatern erstellt worden waren, versuchte er übergreifende Beurteilungskriterien zu extrahieren. Die Vielzahl der im Einzelfall erhobenen Informationen wurden auf wenige überschaubare Merkmale reduziert, welche – streng genommen– lediglich zwei Entscheidungen zur Folge hatten: Entlassung oder weitere Unterbringung bzw. Haft. Es ergaben sich neun Bereiche, die sich als wesentlich für die prognostische Einschätzung erwiesen. Die Beurteilungsaspekte, die sich in den Gutachten fanden, wurden in eine Rangfolge gebracht indem die Spezifität des Kriteriums für prognostische Einschätzungen den Rang bestimmte.



Dadurch ergab sich folgende Ordnung:

1. Krankheitseinsicht
2. Sozialer Empfangsraum
3. Verlauf der individuellen Symptomatik
4. Auseinandersetzung mit der Tat
5. Glaubwürdigkeit
6. Umgang mit den gewährten Freiheiten
7. Entwicklung der Persönlichkeit
8. Zukunftsperspektiven
9. Affektivität (von Nedopil [75] nicht mehr genannt)

Die psychiatrische Diagnose hatte bei der Untersuchung von Nedopil [74] mit einer Ausnahme keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Prognoseentscheidung. Zwischen Psychosen, vorwiegend paranoiden Schizophrenien, und Persönlichkeitsstörungen, hierzu wurden auch Sexualdeviationen gerechnet, bestand kein Unterschied in der kriminalprognostischen Einschätzung. Signifikante Unterschiede der Prognosebeurteilung konnten auch nicht zwischen den einzelnen Deliktgruppen gefunden werden.

Die neun Beurteilungsaspekte waren nach Nedopil [74, 75] noch keine Prädiktoren, sondern nach beiden Seiten offene Gesichtspunkte.

Segal, Watson, Goldfinger & Averbuck [95] untersuchten 251 Fälle von Patienten, die auf verschiedenen psychiatrischen Aufnahmestationen im Norden Californiens aufgenommen wurden und für die die behandelnden Ärzte eine Rating-Skala "Three Ratings of Involuntary Admissability" (TRIAD) mit 88 Items ausgefüllt hatten. Segal et al. fanden heraus, dass die Merkmale Irritabilität und Impulsivität am stärksten mit der Gefahr gewalttätiger Übergriffe auf andere verbunden waren. Es gab aber auch Zusammenhänge mit dem Vorhandensein von Erkrankungen, bei denen der formale Gedankengang gestört war und inhaltliche Denkstörungen bestanden. Als durchweg signifikant korrelierten die Beeinträchtigung des Urteilsvermögens und des Verhaltens sowie ein inadäquater Affekt.

Convit, Jaeger, Lin, Meisner & Volvaka [14] veröffentlichten zwei Studien über die Vorhersage von Gewalttätigkeit stationär untergebrachter Psychatriepatienten. Die erste Studie war retrospektiv. In dieser Stichprobe fanden sich Patienten, die auf der Station gewalttätig geworden waren und solche, die dies nicht waren. Vier Variablen mit statistisch relevanter Aussagekraft wurden gefunden: Verurteilungen wegen gewalttätiger Delikte, gewalttätige suicidale Handlungen in der Vorgeschichte, neurologische Abnormitäten und Auffälligkeiten in der familiären Umgebung. Die Untersucher führten anschließend eine zweite Untersuchung, eine Kreuz-Validitätsstudie durch. Sie bildeten eine neue Stichprobe, um ihre ersten Ergebnisse zu verifizieren. Die Patienten wurden über 3 Monate auf der Station bzw. nach ihrer Entlassung beobachtet. Als Gewalttätigkeit zählte Schlagen, Treten, Schubsen, Beißen, an den Haaren ziehen, Kratzen oder Würgen. In der Stichprobe befanden sich lediglich junge männliche schizophrene Patienten. 19 von 79 Probanden begingen während der Katamnesezeit ein oder mehrere gewalttätige Delikte. 52 (66 %) der Probanden waren bezüglich gewalttätigen Verhaltens richtig eingeschätzt worden.

Klassen & O`Conner [49, 50, 51] untersuchten eine große Zahl von stationär aufgenommenen Patienten eines öffentlichen psychiatrischen Krankenhauses über einen Zeitraum von sechs Monaten nach ihrer Entlassung. Patienten mit voraussichtlich geringer oder gar keiner Neigung zu Gewalttätigkeit wurden ausgeschlossen. Der Hintergrund dafür war, das Problem der geringen Basisraten durch die Auswahl einer geeigneten Stichprobe zu reduzieren. Dadurch wurde die Basisrate maximiert und die Vorhersagegenauigkeit stieg. Untersucht wurde eine große Anzahl von Variablen. Klassen und O`Conner fanden u. a., dass die Diagnose eines Substanzabusus, frühere Verhaftungen wegen gewalttätiger Delikte, niedriges Alter sowie nicht verheiratet zu sein, signifikant mit Inhaftierung wegen Gewalt nach der Entlassung korrelierten. Von 239 Probanden wurden 46 gewalttätig. Gewalttätigkeit war definiert als Verhaftungen oder Krankenhausaufnahmen wegen gewalttätigem Verhalten innerhalb des sechs Monate langen Untersuchungszeitraumes.

Jockusch [46, 47] führte eine retrospektiv auf Krankenakten gestützte Rückfallstudie an einem weitgehend für Maßregelpatienten repräsentativen Kollektiv von N = 174 im

PLK Weissenau (Baden-Württemberg) durch. Die gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten wurden im Zeitraum vom Juli 1978 bis Juni 1988 entlassen. Die durchschnittliche Katamnesedauer betrug 6,5 Jahren im Entlassungsintervall Juli 1978 bis Juni 1983 (N = 47) und 6,8 Jahren im Entlassungsintervall Juli 1983 bis Juni 1988 (N = 54). Zum Stichtag 27.05.1992 wurden für 101 Patienten die Auszüge aus dem Bundeszentralregister (BZR) eingeholt. Von den Patienten mit einer Schizophrenie (N = 32) hatten, beide Entlassungsintervalle zusammengefasst, 43 % einen Eintrag in das Bundeszentralregister erhalten, 12 % hatten Aggressions- (versuchter Totschlag, Körperverletzung, Raub, Erpressung, Bedrohung) bzw. Sexualdelikte verübt. 64 % der persönlichkeitsgestörten Patienten (N = 30) hatten einen Eintrag in das BZR erhalten, 25 % hatten Aggressions- bzw. Sexualdelikte begangen. Von den Patienten mit einer Minderbegabung (N = 30) hatten 56 % einen Eintrag in das BZR bekommen, 30 % hatten Aggressions- bzw. Sexualdelikte verübt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass die Variablen Diagnose, forensisch relevante Zusatzdiagnose, Anlassstraftat, Vorstrafenbelastung, Zeitpunkt der Entlassung und Unterbringungsdauer keinen statistisch erfassbaren systematischen Zusammenhang mit der erfassten Rückfälligkeit hatten. Allerdings gab es bei den schizophrenen Patienten zahlenmäßig die wenigsten Rückfälle.

In einer Studie von Lidz & Mulvey [59, 60, 61] wurden mitstenographierte Interviews, durchgeführt von Ärzten mit Patienten, die auf einer psychiatrischen Akutstation aufgenommen worden sind, ausgewertet. Die Ärzte komplettierten später Fragebögen, u. a. bezüglich gegenwärtiger und chronischer Gefährlichkeit für die Allgemeinheit. Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte war der beste Prädiktor für die Einschätzung durch die Ärzte. Hostilität und das Vorhandensein von schwerwiegenden Erkrankungen korrelierten ebenfalls hoch mit der klinischen Einschätzung der gegenwärtigen Gefährlichkeit. Vergleichbares wurde auch bereits in den Studien von Werner [115] und Segal [95] beschrieben.

Die aufwendigste Untersuchung bezüglich der klinischen Vorhersage von Gewalt machten Lidz, Mulvey & Gardner [61]. Sie untersuchten 357 männliche und weibliche Patienten. Sobald ein Patient vom Gericht, gegen die Bedenken von Ärzten, entlassen worden war, wurde der Proband in einem großen städtischen

psychiatrischen Krankenhaus ambulant untersucht. Krankenpflegepersonal und Ärzte wurden gebeten, die Gefährlichkeit der Probanden für andere Personen für die nächsten sechs Monate einzuschätzen. Gewalttätiges Verhalten wurde anhand offizieller Berichte, der Patienten-Selbsteinschätzung und des Berichtes eines den Patienten begleitenden Informanten (z. B. ein Familienangehöriger) bewertet. Verglichen wurden die Patienten mit einer Gruppe von Patienten, die nicht als gewalttätig eingestuft wurden, aber im Alter, der ethnischen Zugehörigkeit, dem Geschlecht und dem Aufnahmezustand vergleichbar waren. Von den als potentiell gewalttätig eingeschätzten Patienten fielen 53 % durch Gewalttätigkeiten auf, von den als nicht potentiell gewalttätig eingeschätzten Patienten zeigten 36 % gewalttätiges Verhalten. Insgesamt zeigten 42 % der Männer gewalttätiges Verhalten, prognostiziert war dies für 45 % der Stichprobe. Die Richtigkeit der Prognosen zeigte keinen Zusammenhang mit dem Alter des Patienten oder seiner ethnischen Zugehörigkeit.

Gretenkord [35] führte eine empirische Untersuchung zur Rückfälligkeit der aus der Klinik für forensische Psychiatrie Haina von 1977 bis 1985 entlassenen Patienten durch. Die Stichprobe umfasste 188 Patienten und 8 Patientinnen. Ausgewertet wurden die Krankengeschichten, die Gutachten und einweisenden Urteile sowie Verlaufsberichte. Hinzu kamen, ganz wesentlich, die Auszüge aus dem Bundeszentralregister. Gretenkord fand unter anderem, dass bei 43 % der ehemaligen Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug ein Eintrag in das Bundeszentralregister erfolgte. Wieder in Freiheitsentzug kamen 29 %. Bei diesen Probanden kam es entweder zu einem Widerruf der bedingten Entlassung, zu einer erneuten Maßregel oder zu einer Freiheitsstrafe. Von den Entlassenen beging einer ein erneutes Tötungsdelikt, wobei 32 Patienten ein Tötungsdelikt als Einweisungsdelikt hatten. Gretenkord [35] fand, dass von den 188 entlassenen Maßregelvollzugspatienten 22 nach ihrer Entlassung eine Gewalttat begingen. Beim Vergleich dieser 22 Probanden mit jenen 166 Probanden, die keine Gewalttat begangen hatten, analysierte er 33 Items bezüglich ihrer Häufigkeiten bzw. Mittelwertes. Hoch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen ließen sich nur bei der Diagnose Persönlichkeitsstörung feststellen. Der Anteil der Persönlichkeitsgestörten betrug in der rückfallfreien Gruppe 43 %, in der mit Gewaltdelikten rückfälligen Gruppe dagegen

73 %. Im Bereich Indexdelikte kam es bei den Sexualdelikten ohne Gewalt signifikant seltener zu Rückfällen als bei Eigentumsdelikten mit Gewalt. Bei dem Item "Delinquenz zurückzuführen auf grundlegende Persönlichkeitsmerkmale" ergab sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang mit der Rückfälligkeit. Im Bereich Behandlungsverlauf erwies sich bei den Variablen "Aggression", "Alter bei Entlassung" und "Dauer des Freiheitsentzuges" ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Die Probanden der rückfallfreien Gruppe hatten weniger Aggressionen, waren älter und länger untergebracht.

Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson [veröffentlicht in 37] führten eine Meta-analyse von 136 Studien durch, die aktuarische Methoden zur Vorhersage von Gewalt mit klinischen Methoden verglichen. Alle Studien waren von klinischen Psychologen und Psychiatern durchgeführt worden. Das Ergebnis zeigte, dass die aktuarische Prognosemethode in 46 % der Fälle der klinischen Prognosemethode überlegen war und in 48 % der Fälle gleich gut war. In nur 6 % der Fälle war die klinische Methode der aktuarischen überlegen.

Gendreau, Little & Goggin [31] haben in einer Metaanalyse die Ergebnisse von 131 veröffentlichten Rückfalluntersuchungen erwachsener Straftäter zusammengefasst. In die Analyse gingen Daten von über 100 000 untersuchten Personen ein. Kaum ein Einzelfall überschritt eine Korrelation von  $r = .20$ .

Die gefundenen Prädiktorvariablen stellen sich wie folgt dar:

**Tabelle 1:** Darstellung der Prädiktorvariablen aus der Metaanalyse der Prädiktoren für Rückfalldelinquenz erwachsener Straftäter

| Prädiktorvariable               | N     | k   | Mr   |
|---------------------------------|-------|-----|------|
| Umgang, soziales Umfeld         | 12,0  | 27  | 0.21 |
| Antisoziale Kognitionen         | 19,1  | 67  | 0.18 |
| Antisoziale Persönlichkeit      | 13,5  | 63  | 0.18 |
| Kriminogene Bedürfnisse         | 19,8  | 67  | 0.18 |
| Straffälligkeit als Erwachsener | 123,9 | 164 | 0.17 |
| Rasse                           | 56,7  | 21  | 0.17 |
| Strafbare Vordelinquenz         | 48,3  | 119 | 0.16 |
| Elterliche Erziehungspraktiken  | 15,2  | 31  | 0.14 |
| Sozialer (beruflicher) Erfolg   | 92,7  | 168 | 0.13 |
| Zwischenmenschliche Konflikte   | 12,8  | 28  | 0.12 |
| Lebensalter                     | 61,3  | 56  | 0.11 |
| Substanzmissbrauch              | 54,8  | 60  | 0.10 |
| Intelligenz                     | 21,4  | 32  | 0.07 |
| Geschlecht                      | 62,0  | 17  | 0.06 |
| Stress/Belastung                | 19,9  | 66  | 0.05 |
| Sozioökonomischer Status        | 13,0  | 23  | 0.05 |

N = Anzahl der Fälle pro Effektgröße; k = Anzahl der Effektgrößen; Mr = mittlerer Korrelationskoeffizient. (Gendreau, P., Little, T., Goggin, C. A meta-analysis of the predictors of adult offender's recidivism: What works! *Criminology* ,4 1996, p 538)

Weber [111] entwickelte und evaluierte einen Fragebogen zur Rückfallprognose bei männlichen Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges. Der Fragebogen enthielt 10 einführende aktenbezogene Fragen zu Patientendaten, 123 klinische Items und abschließend die Bitte um eine ad-hoc-Prognose. Die Untersuchung wurde an verschiedenen forensischen Kliniken in Deutschland durchgeführt. Untersucht wurden zur Entlassung anstehende Patienten, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Auf der Ebene der Gesamtstichprobe erwiesen sich 46 von 123 Variablen mit einem Interrating-Übereinstimmungswert von mindestens .40 und einer durchschnittlichen Zuverlässigkeit von .49 (nach Cohens Kappa) als ausreichend reliable Basis. Scheinbar markante, aber seltene Kriterien wie Autoaggressivität, Suchtpotential und sadistische Züge wurden inter- und intrasubjektiv um ein vielfaches unsicherer eingeschätzt als Geschehnisse, deren Auftreten oder nicht Auftreten etwa gleich wahrscheinlich ist. Die Prognose wurde

auch von deliktbezogenen Stereotypen überlagert. Die wichtigste lautete "je schwerer das Delikt, desto größer die Rückfallgefahr".

Es fanden sich folgende Kriterien, die in wechselnder Konstellation mit der Prognose in Zusammenhang gebracht wurden (Kappa-Werte für Interrater in Klammern): Rauschmittelkontrolle (.26), Grundstörung (.48), Aggressionskontrolle (.43), Sozialbeziehungen (.41), Anpassung (.20), Durchsetzungsfähigkeit (.43), Zukunftsplanung (.30).

Gretenkord [36] fasste aus den Daten von Thornberry und Jacoby [108] zusammen, dass die rückfälligen Patienten verglichen mit den nicht rückfälligen Patienten mehr Krankenhausaufenthalte vor der Unterbringung in Farview hatten, bei ihrem ersten Krankenhausaufenthalt jünger waren, eine gravierendere Vordelinquenz hatten, häufiger wegen Gewaltdelikten vorbestraft waren, bei ihrer ersten Inhaftierung jünger waren, weniger lang in Farview untergebracht waren (7,2 Jahre versus 13,2 Jahre) und auch bei ihrer Entlassung aus Farview jünger waren (38,3 Jahre versus 45,8 Jahre).

Auf der Grundlage der zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen begann in den 80er und 90er Jahren die Entwicklung von Prognoseinstrumenten. Der Hainaer Prognosebogen sowie heute besonders gebräuchliche Prognoseinstrumente werden im nachfolgenden Abschnitt dargestellt.

### **2.3 Prognoseinstrumente**

Ende der 80er Jahre wurde auf der Basis des damaligen Forschungsstandes in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina der Hainaer Prognosebogen entwickelt. Der Erhebungsbogen, der im Jahr 1987 in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina erstmals verwendet wurde, enthält 9 Außenkriterien (Grunddaten): Name, Vorname, Geburtsdatum, Diagnose, derzeitige Stufe. (In der Klinik für forensische Psychiatrie Haina werden Lockerungen gestuft gewährt. Als verbindliche Richtlinie existiert ein 8-stufiger Plan (siehe Anhang Tabelle VI)). Weiter werden die Station, der Aufnahmetag und das Datum des einweisenden Urteils vermerkt.

Es folgen zwei Gruppen von Prognosekriterien: Die erste Gruppe von 46 Prognosekriterien (HPB-Items) entspricht dem damaligen Kenntnisstand der deutschsprachigen Literatur [86]. Sie ist in die vier Bereiche A: Kriminalität, B: Persönlichkeit/aktueller Krankheitszustand, C: Vollzugsverlauf und D: Zukunftsplanung aufgeteilt.

Die hinter der Auswahl der Prognosekriterien stehenden Überlegungen im Bereich Kriminalität beziehen sich auf die Frage, ob das Indexdelikt eher auf die Persönlichkeit oder auf eine psychische Erkrankung des Untergebrachten zurückzuführen ist und ob situative Bedingungen oder eine spezifische Täter-Opfer-Beziehung eine Rolle spielen.

Die Prognosekriterien aus dem Bereich Persönlichkeit/aktueller Krankheitszustand beziehen sich auf Merkmale, die entweder störungs- bzw. krankheitsbedingt sind oder persönlichkeitsgebundene Verhaltensauffälligkeiten darstellen.

Der Bereich Vollzugsverlauf fasst wesentliche Verhaltensauffälligkeiten während der Unterbringung zusammen, die als problematisch gelten.

Die unter der Überschrift Zukunftsplanung subsumierten Merkmale beziehen sich sowohl auf Einstellungen und Erwartungen des Untergebrachten als auch auf das evtl. Entlassungssetting.

Als fünfter Bereich schließen sich die "Derzeitigen Entlassungshindernisse der Klinik" an. Diese 11 Entlassungshindernisse wurden nach in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina gewonnenen Erfahrungen zusammengestellt. Hintergrund der Überlegungen, die zur Auswahl dieser 11 Merkmale führten, waren Ergebnisse von Studien, die zeigten, dass ein Mehr an Information nicht zwangsläufig zu einer sichereren und genaueren Prognose führt. Auch erfahrene Prognostiker scheinen nur wenige Eingangsinformationen in einem kurzen Zeitraum zu verarbeiten [117, 55].

In der sechsten Rubrik wird die Stellungnahme der Klinik zur Notwendigkeit der Fortdauer der Unterbringung vermerkt. Das letzte Item des Prognosebogens ist die weitere Behandlungsdauer, sie ist in die zeitlichen Kategorien bis ein Jahr, ein bis zwei Jahre, zwei bis fünf Jahre und über fünf Jahre gegliedert. Die einzelnen Items konnten mit "0 = trifft zu", "1 = trifft nicht zu", "2 = trifft voll zu", und "9 = nicht beurteilbar/irrelevant" beurteilt werden (Hainaer-Prognosebogen (HPB) siehe Anhang).



Einige Prognoseinstrumente, die heute im Rahmen der Prognosestellung der 3. Generation [5] zur Anwendung kommen, werden nachfolgend dargestellt.

### 2.3.1 PCL-R/PCL-SV

Hare [39] entwickelte eine 22 Items umfassende Psychopathy-Checklist (PCL), die in der revidierten Version (PCL-R) noch 20 Items enthält, zur Erfassung spezifischer Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensauffälligkeiten von im angloamerikanischen Sinne als psychopathisch zu bezeichnenden Menschen. Die Checkliste enthält u. a. Items aus Cleckley`s klinischem "psychopathy" Profil [12]. In der Klinik für forensische Psychiatrie Haina kommt die auf 12 Items verkürzte "Screening Version" PCL-SV [43, 44] zur Anwendung. Der PCL-SV umfasst sechs typische Charaktereigenschaften und sechs typische Verhaltensweisen des "psychopath". Die Merkmale, die sich in die zwei Dimensionen Charakter- und Verhaltensebene unterteilen, werden nach ihrem Vorhandensein, teilweise Vorhandensein oder nicht Vorhandensein mit 1, 2 oder 0 bewertet. Auf der Charakterebene sind die folgenden Merkmale zu bewerten:

1. Oberflächlich
2. Grandios
3. Betrügerisch, manipulativ
4. Fehlen von Reue
5. Fehlen von Empathie
6. Übernimmt keine Verantwortung

Auf der Verhaltensebene werden beurteilt:

1. Impulsiv
2. Schlechte Verhaltenssteuerung
3. Fehlende Lebensziele
4. Verantwortungslos
5. Antisoziales Verhalten in der Adoleszenz
6. Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter

Mehrere Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang von hohen PCL-Werten und gewalttätigem intra- oder extramuralem Verhalten [119, 42, 97]. Eine von Salekin, Rogers & Sewell [93] publizierte Metaanalyse von 18 Studien überprüfte unterschiedliche Versionen der Psychopathy-Checklist zur Vorhersagevalidität bezüglich zukünftigen gewalttätigen Verhaltens. Die Untersuchung erbrachte mittlere bis hohe Effektgrößen.

### 2.3.2 RAG/VRAG

Harris, Rice & Quinsey [41] berichteten von einem großen Fortschritt in der Entwicklung der aktuarischen Risikoeinschätzung [siehe auch 88, 112]. Sie untersuchten eine Stichprobe von 618 Männern und verfolgten ihren Werdegang über 10 Jahre.

Es fanden sich 12 Prädiktorvariablen, die statistisch signifikant mit erneuter Gewalttätigkeit korrelierten. Diese 12 Items wurden zum Risk Assessment Guide (RAG) zusammengefasst. Die in der Untersuchung von Harris et al. [41] gefundenen Daten waren Basis für dieses empirisch begründete Prognoseinstrument [112]. Der RAG entspricht dem VRAG (Violent Risk Appraisal Guide) [85].

Die 12 Merkmale werden mit dem jeweiligen Korrelationskoeffizienten (Korrelation mit gewalttätigem Rückfalldelikt) angegeben:

**Tabelle 2:** Vorhersagekraft jeder der 12 Variablen des Risk Assessment Guide (RAG)

| Variable                                         | Korrelation |
|--------------------------------------------------|-------------|
| Psychopathy-Checklist-Score                      | 0.34        |
| Mangelnde Anpassung in der Grundschule           | 0.31        |
| Diagnose einer Persönlichkeitsstörung            | 0.26        |
| Alter beim Indexdelikt                           | -0.26       |
| Trennung von den Eltern im Alter unter 16 Jahren | 0.25        |
| Verstöße gegen frühere Bewährungsauflagen        | 0.24        |
| Gewaltfreie Delikte in der Vorgeschichte         | 0.20        |
| Nie verheiratet                                  | 0.18        |
| DSM-III* Diagnose einer Schizophrenie            | -0.17       |
| Verletzung eines Opfers bei dem Indexdelikt      | -0.16       |
| Alkoholabusus                                    | 0.13        |
| Weibliches Opfer bei dem Indexdelikt             | -0.11       |

(Webster, C.D., Harris, G.T., Rice, M.E., Cormier, C., Quinsey, V.L. The Violence Prediction Scheme: Assessing dangerousness in high risk men. Center of Criminology University of Toronto, p 31.) \*[28]

### 2.3.3 HCR-20

Der HCR-20 [113, 71] stellt eine Weiterentwicklung des Risk Assessment Guide dar. Der HCR-20 ist ein Instrument mit 20 Items zur Erfassung des Risikos gewalttätigen Verhaltens bei psychisch Kranken. Die 10 H-Items (Historical) erfassen Merkmale aus der Vergangenheit des Probanden, die aufgrund aktuarischer Untersuchungen in Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten stehen. Die übrigen Items gliedern sich in 5 C-Items (Clinical), die gegenwärtige klinische Merkmale erfassen und 5 R-Items (Risk), die zukünftig mögliche Risikobereiche erfassen. Das Instrument versteht sich als Forschungsinstrument und berücksichtigt alle nach aktuellem Wissensstand relevanten Risikofaktoren. Jedes Item wird entweder mit "0" = Risikofaktor nicht vorhanden, mit "1" = Risikofaktor teilweise oder möglicherweise vorhanden oder mit "2" = Risikofaktor eindeutig und offensichtlich vorhanden beurteilt. Der HCR-20 ist das einzige derzeit existierende Prognoseinstrument, das die von der American Psychological Association aufgestellten Kriterien für ethisch vertretbare Beurteilungsinstrumente erfüllt: 1. Reliabilität, 2. Standardisierung, 3. Validität, 4. Verfügbarkeit eines Manuals für Benutzer [73].

Die Items des HCR-20:

## Historisch

- H1. Frühere Gewalttaten
- H2. Alter bei 1. Gewalttat
- H3. Instabile Partnerschaft
- H4. Arbeitsprobleme
- H5. Substanzprobleme
- H6. Psychiatrische Erkrankungen
- H7. Psychopathy [40]
- H8. Frühe Verhaltensauffälligkeiten
- H9. Persönlichkeitsstörung
- H10. Bewährungsversagen

## Klinisch

- C1. Mangel an Einsicht
- C2. Negative Einstellung
- C3. Produktive Symptome
- C4. Impulsivität
- C5. Schlechte Behandelbarkeit

## Risikomanagement

- R1. Keine realistischen Pläne
- R2. Destabilisierende Faktoren
- R3. Mangel an Unterstützung
- R4. Non-Compliance
- R5. Stressoren

Die Reliabilität und Validität des HCR-20 wurde in verschiedenen Studien untersucht, es liegen diesbezüglich Daten aus Stichproben der forensischen Psychiatrie [17, 18, 21, 22, 34, 70, 72, 79, 106; 107, 118], des Strafvollzuges [3, 24, 25] und der Allgemeinpsychiatrie [23, 48, 78, 81, 82, 92] sowie in verschiedenen Settings [19, 20] vor.

Seit 1997 wird der HCR-20 in der forensischen Klinik Haina routinemäßig eingesetzt. Anhand einer Stichprobe von 220 Patienten der Klinik wurde die Korrelation von leichten bis schweren Zwischenfällen während der Unterbringung mit dem jeweiligen H-Score, C-Score, R-Score, HCR-Gesamtscore sowie PCL-Score ermittelt. Es zeigte sich, dass sich gewalttätiges intramurales Verhalten bei Patienten mit einer funktionellen Psychose gut vorhersagen lässt (Korrelation von bis zu 0.55 mit dem C-Score). Bei den Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung erwies sich der PCL-SV dem HCR-20 überlegen. Festgestellt wurde, dass Aggressivität leichteren Grades besser prognostiziert werden kann, als schwere Aggressionstaten. Je schwerer die aggressive Handlung war, desto geringer war die Korrelation mit den Scores. [Müller-Isberner, Özokyay & Sommer, persönliche Mitteilung]. Diese Ergebnisse dürften mit einem erfolgreichen Risikomanagement der Institution zu erklären sein, das dazu führt, dass sich die antizipierte Gefährlichkeit nicht verwirklicht [Müller-Isberner, persönliche Mitteilung, 33].

Bei der untersuchten Stichprobe der psychiatrischen Maßregelvollzugspatienten in Hessen fanden sich folgende Mittelwerte: H-10-Score: 12,0; C-5-Score: 5,3; R-5-Score: 7,6 [72].

Strand, Belfrage Fransson, & Levander [106] untersuchten 120 Patienten, die zwischen 1985 und 1994 aus einer der beiden forensischen Kliniken Sundsvall und Växjö in Schweden entlassen wurden. Der Katamnesezeitraum betrug zwischen 3 und 12 Jahren. Es handelt sich um eine retrospektive Untersuchung. Es wurden 40 Probanden in zwei Gruppen zu je 20 Paaren aufgeteilt. Die Paare glichen sich in Alter, Einweisungsdiagnose, Indexdelikt und Vordelinquenz. Die eine Gruppe bestand aus Probanden, die mit Gewaltdelikten rückfällig wurden, bei den Probanden der anderen Gruppe war dies nicht der Fall. Während der Untersuchung, die zwischen November 1997 und März 1998 durchgeführt wurde, wurden zwei Probanden aus der Gruppe der nicht rückfälligen Probanden rückfällig und wurden daher der anderen Gruppe zugeordnet. Es zeigte sich, dass in der Gruppe der nicht rückfällig gewordenen Probanden das Durchschnittsalter um sechs Jahre höher lag und keiner der Probanden ein Diebstahlsdelikt als Indexdelikt begangen hatte. Außerdem fand sich ein leicht erhöhter prozentualer Anteil an Probanden mit psychotischen Erkrankungen (27 % zu 44 %) und ein leicht geringerer

Prozentsatz an Persönlichkeitsstörungen (68 % zu 44 %). Die Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Die Interrater Reliabilität war gut (Kendall-Tau-b von .69,  $p < .001$ ). Der mittlere Wert der 40-Punkte Skala des HCR-20 lag bei der Nicht-Rückfälligen Gruppe bei 22,4 und bei der Gruppe der Rückfälligen bei 30,8. Alle Probanden mit einem HCR-Score von 34 oder höher wurden rückfällig. Es zeigte sich weiter, dass zwischen den historischen Items und der Rückfälligkeit keine statistisch signifikant Beziehung besteht, mit Ausnahme des H7 Items für Psychopathie. Alle Items, ausgenommen C3 (produktive Symptome), aus den Bereichen Klinik und Risikomanagement korrelierten signifikant bis hochsignifikant mit der Rückfälligkeit. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu den Beobachtungen anderer Wissenschaftler, die wie Harris Rice & Quinsey [41] und Webster, Harris, Rice, Cormier, & Quinsey [112] die historischen Items als die wichtigsten für die Vorhersage von Gewaltisiko ansehen.

Douglas, Webster, Eaves, Wintrup & Hart [27] [siehe auch 118] führten eine retrospektive Untersuchung an 80 Patienten durch, die 1986 aus einer forensischen Klinik entlassen worden waren. Es wurde sowohl der HCR-20 als auch der PCL-R angewandt. Beide Prognoseinstrumente korrelierten mit knapp unter +0.30 mit verschiedenen Kriterien für spätere Gewalttätigkeit. Der HCR-20 Gesamtscore korrelierte mit den Kriterien "Wiederaufnahme in eine forensische Klinik" mit +0.38 und "Einweisung in die Psychiatrie" mit +0.45. Der PCL-R Score korrelierte hier etwas schwächer mit +0.25 bzw. +0.36. Die H-Items des HCR-20 wiesen einen deutlich höheren Zusammenhang mit den genannten Kriterien auf als die C- und R-Items.

#### 2.3.4 SVR-20

Zur Gefährlichkeitsprognose speziell von Sexualstraftätern wurde der SVR-20 (Sexual Violence Risk) entwickelt [5]. Er stellt ein Kondensat konzentrierten Wissens und umfangreicher Erfahrung von Praktikern und Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Einschätzung und Beurteilung des Risikos sexueller Gewalttätigkeit dar [38]. Der Beurteilungsbogen umfasst die folgenden Bereiche: A. Psychosoziale Anpassung mit 11 Items, B. Sexualdelinquenz mit 7 Items und den Bereich C. Zukunftspläne mit den beiden I-

tems "Fehlen realistischer Pläne" und "Ablehnung weiterer Interventionen". Die Merkmale werden nach ihrem Vorhandensein, teilweise Vorhandensein bzw. Fehlen beurteilt. Veränderungen der Merkmale werden zusätzlich mit + oder – bzw. 0 = keine Veränderung beurteilt. Derzeit befindet sich der SVR 20 noch im Stadium einer Checkliste.

### 2.3.5 Ausblick

Webster et al. [112] gaben an, dass allgemein in der Literatur über die Gefährlichkeitsprognose beschrieben wird, dass es schwierig sei, die "Schallmauer" einer möglichen Prognosegenauigkeit von  $r = 0.40$  zu durchbrechen [63]. Die Untersuchung von Harris et al. [41] zeigte eine Korrelation von  $r = 0.45$  bezogen auf die gesamte Stichprobe. Auch nach Angaben von Quinsey et al. [85] sind in neueren Untersuchungen bereits Korrelationen von  $r = 0.45$  erreicht worden.

Die dargestellten Untersuchungen und die vor ihrem Hintergrund entwickelten Prognoseinstrumente zeigen, dass die Prognoseforschung zunehmend mehr in der Lage ist, prognoserelevante Items zu identifizieren. Andrews & Bonta [1] antizipieren, dass man in den nächsten 20 Jahren kontinuierliche Fortschritte in der Vorhersagegenauigkeit der Straftäter-Risiko-Instrumente sehen wird, in Form von zunehmend theoretisch relevanten und präzisen Skalen zur Messungen der Zusammenhänge mit kriminellen Verhalten.

## 3 Fragestellungen

### 3.1 Einleitung

Tolks-Brandau [109] schlug in der Erstuntersuchung "Analyse von prognoserelevanten Kriterien im Maßregelvollzug" eine katamnestiche Überprüfung und Nachuntersuchung der damals erhaltenen Ergebnisse in einem zeitlichen Intervall von fünf bzw. zehn Jahren vor.

Die Nachuntersuchung des Patientenkollektives zum Stichtag 01.11.1993 (t2) ermöglicht die Beurteilung der Güte der damals gestellten Prognosen und die Bewertung der einzelnen zur Prognosestellung herangezogenen Merkmale im Bezug auf das Kriterium weitere Unterbringungsdauer.

### **3.2 Das Brunswik'sche Linsenmodell**

Das in den fünfziger Jahren entwickelte Brunswik'sche Linsenmodell [10, siehe auch 117, 55] zur klinischen Urteilsbildung ist eine für die Gliederung von Untersuchungen in diesem Kontext für wertvoll erachtete Heuristik [115].

Das Modell basiert auf dem korrelationsstatistischen Ansatz des Regressionsmodells. Allgemein bezieht die Analyse der Entscheidungsfindung bei Urteilsprozessen ein mathematisches Modell mit ein, wodurch einige Aspekte dieser Entscheidungsfindung beschrieben werden können. Bei Verwendung des Regressionsmodells geht es um zwei Fragen: 1. Welche Beziehung besteht zwischen den Merkmalen und dem Urteil des Prognostikers? 2. Welche Bedeutung kommt den einzelnen Merkmalen im Urteil zu?

Geht man von einer Zweiteilung aus, einer "Welt, wie sie ist" und dem "Bild", welches der Beurteiler sich davon macht, stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen "Welt" und "Bild" [45].

Brunswik [10] stellte den Vergleich mit einer Linse an. Die optischen Strahlen eines Gegenstands fallen nach dem Passieren der Linse auf die Retina, in der Folge entsteht ein Bild von dem Gegenstand. Im Brunswik'schen Linsenmodell besteht diese "Linse" aus einzelnen Merkmalen, d. h. der "wahre" Zustand wird nach dem "Einfluss" durch die Merkmale zum beurteilten Zustand.

Das Brunswik'sche Linsenmodell beinhaltet drei unterschiedliche Aspekte der prognostischen Entscheidung. Untersuchungen zur Gefährlichkeitsprognose sollten sich auf diese drei verschiedene Aspekte der Risikoeinschätzung beziehen [67]:

Beziehung zwischen Prädiktorvariablen (Merkmale/Risikofaktoren) und Risiko (gewalttätiges Verhalten).



Beziehung zwischen Risikoeinschätzung und Risiko (gewalttätiges Verhalten).

Beziehung zwischen Prädiktorvariablen (Merkmale/Risikofaktoren) und Risikoeinschätzung.



1. Die statistische oder aktuarische Prognose bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen Prädiktorvariablen und Kriteriumsvariable. In der vorliegenden Arbeit sind die Prädiktorvariablen die 46 Items des Hainauer Prognosebogens (HPB-Items), die 11 Entlassungshindernisse der Klinik, die Außenkriterien (siehe Kapitel 2.3. und Hainauer Prognosebogen im Anhang ) sowie die 6 Faktoren „Fehlende Beziehungsfähigkeit“, „Fehlende emotionale Steuerung“, „Fehlender kompensatorischer Empfangsraum“, „Suchtverhalten“, „Fehlende Situationsbedingtheit der Tat“ und „Fehlverhalten im Maßregelvollzug“, die durch eine Faktorenanalyse der 46 HPB-Items gebildet wurden (siehe Kapitel 5.2.1.). Das „Risiko“ ist die Kriteriumsvariable. Bei der operationalen Definition der Kriteriumsvariablen wurde dem Gesetzestext gefolgt. Im § 67 d StGB (1987) war bis Ende 1997 vorgeschrieben, dass ein psychisch kranker Straftäter dann entlassen werden kann, „wenn verantwortet werden kann, zu erproben, ob er auch außerhalb des Maßregelvollzuges keine weiteren Straftaten mehr begeht.“ In diesem Sinne ist gefährlich, wer im Maßregelvollzug bleiben muss. Vor diesem Hintergrund wurde die Kriteriumsvariable „Risiko“ als die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer operationalisiert und in den vier Kategorien 1.) bis 1 Jahr, 2.) 1-2 Jahre, 3.) 2- 5 Jahre, 4.) über 5 Jahre erfasst.

2. Das klinische Urteil, es beinhaltet die Gewichtung einzelner bzw. kombinierter Prädiktorvariablen durch den Kliniker. Hier stellt sich die Frage nach den Einschätzungen

und Überlegungen, die sich aus der klinischen Erfahrung ergeben. Das klinische Urteil findet in der Untersuchung z. B. seinen Ausdruck in der geschätzten Dauer der weiteren Behandlung.

In der Untersuchung von Tolks-Brandau [109] wurde mit den 46 Items des Hainaer Prognosebogens eine Faktorenanalyse gerechnet. Die Aussagefähigkeit der gebildeten 6 Faktoren bezüglich der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer war folglich ebenfalls zu überprüfen. Die Frage, in welchen Merkmalen sich Patienten mit einer kurzen weiteren Unterbringungsdauer von denen mit einer sehr langen weiteren Unterbringungsdauer unterscheiden, ist bezüglich des tatsächlich von ihnen ausgehenden Risikos und auch aus wirtschaftlichen Überlegungen von Interesse. Die sich aus den oben genannten Überlegungen ergebenden Fragestellungen, lassen sich unter dem Oberbegriff "Validität der Prognosekriterien" subsumieren.

3. Die Treffsicherheit, d. h. die Genauigkeit, Richtigkeit, der prognostischen Einschätzungen. Auf die Rückfallprognose bezogen bedeutet dies die Frage, ob das von forensischen Patienten ausgehende Risiko von Therapeuten richtig eingeschätzt wird. In diesem Zusammenhang findet ein Vergleich der vorhergesagten mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer statt.

Durch die zweite Stichtagsuntersuchung am 01.11.1998 (t3) erhielt man einen Überblick über einen zehnjährigen Katamnesezeitraum. Dieser Katamnesezeitraum ermöglicht die Bildung von auf die Unterbringungsdauer bezogenen Extremgruppen. Es ist daher zu erwarten, dass Zusammenhänge zwischen den Items des HPB und den unterschiedlichen Unterbringungszeiten besonders deutlich werden.

### 3.3 Fragestellungen dieser Studie

Die in dieser Untersuchung gestellten Fragen galten der Treffsicherheit der Prognose, wie sie von den Klinikern abgegeben wurde und der Validität der Prognose. Zur **Treffsicherheit** wurde den Fragen nachgegangen:

- (1) Wie genau die weitere Unterbringungsdauer prognostiziert wurde und ob die weitere Unterbringungsdauer eher über- oder unterschätzt wurde, wenn sie falsch prognostiziert wurde?
- (2) Ob kürzere oder längere Unterbringungszeiten besser prognostiziert wurden?
- (3) Ob es Zusammenhänge zwischen der Treffsicherheit der Prognose und einzelnen Prädiktorvariablen gab?
- (4) Ob es Zusammenhänge mit der Treffsicherheit und der Dauer der prognostizierten weiteren Unterbringungsdauer gab?

Mit der **Validität** der Prognosen – der statistischen oder aktuarischen Prognose - befassen sich die nachfolgenden Untersuchungsfragen. Die Fragen (1) bis (8a) beziehen sich auf den Zeitpunkt der ersten Nachuntersuchung am 01.11.1993 (t2). Die Untersuchungsfragen (8) b) bis e) beziehen sich auf den Zeitpunkt der zweiten Nachuntersuchung am 01.11.1998 (t3). Die Untersuchungsfragen (6) und (7) befassen sich mit den Unterschieden zwischen den durch die Verweildauer gekennzeichneten Extremgruppen. Die Untersuchungsfragen (8) a) bis e) befassen sich mit den Zusammenhängen der 46 HPB-Items und der 11 HPB Entlassungshindernisse mit verschiedenen Untergruppen der Gesamtstichprobe.

- (1) Wie hoch ist der Zusammenhang zwischen den einzelnen HPB-Faktoren und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?
- (2) Wie hoch ist der Zusammenhang zwischen den Außenkriterien (Alter, Diagnose, Delikt, bisherige Aufenthaltsdauer, Zeitraum seit einweisendem Urteil, aktuelle Stufe bei Prognosestellung) und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?

- (3) Wie hoch ist der Zusammenhang zwischen den 46 HPB-Items und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?
- (4) Wie hoch ist der Zusammenhang zwischen der Summe der Entlassungshindernisse und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?
- (5) Bestehen unterschiedliche Zusammenhänge zwischen den Entlassungshindernissen und der prognostizierten bzw. der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?
- (6) Unterscheiden sich die beiden Extremgruppen "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr" und "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über fünf Jahre" in den 6 Faktoren aus dem HPB?
- (7) Unterscheiden sich die beiden Extremgruppen "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer von bis zu einem Jahr" und "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über fünf Jahre" in der Summe der 11 HPB-Entlassungshindernisse?
- (8) Zusammenhänge der 46 HPB-Items und der 11 HPB-Entlassungshindernisse:
  - a) in Bezug auf die Extremgruppen "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr" und "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über fünf Jahre"?
  - b) mit den zum Stichtag 01.11.1998 (t3) noch oder wieder in der Klinik untergebrachten Patienten?
  - c) mit der Gruppe der 25 Patienten, bei denen mindestens eine Entlassung im gesamten Untersuchungszeitraum gescheitert war?
  - d) mit der Gruppe der 9 Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, bei denen die erste Entlassung gescheitert war?
  - e) mit der Gruppe der 14 Patienten mit einer Schizophrenie, bei denen die erste Entlassung gescheitert war?

## 4 Material und Methoden

### 4.1 Prognosebeurteilung in der Klinik für forensische Psychiatrie

In der Klinik für forensische Psychiatrie Haina wird für jeden gemäß § 63 StGB unterbrachten Patienten einmal jährlich ein Prognosegutachten erstellt. Das Gericht fordert ein solches Gutachten im Rahmen seiner Überprüfung, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt werden kann, an. Das Vorgehen basiert auf der Rechtsgrundlage des § 63 e StGB. Im Rahmen der jährlichen Überprüfung wurde bis 1993 von dem zuständigen Therapeuten der Hainaer Prognosebogen ausgefüllt. Seit 1995 kommen die vorwiegend in Kanada auf der Basis zahlreicher Studien entwickelten Prognoseinstrumente HCR-20 und PCL-R bzw. PCL-SV zur Anwendung, die mittlerweile in mehreren Ländern angewendet werden und einen internationalen Vergleich ermöglichen.

Wird das Rückfallrisiko eines Patienten als äußerst gering eingeschätzt, wird bei der zuständigen Strafvollstreckungskammer ein bis zu sechs Monaten dauernder Urlaub zur Entlassungserprobung beantragt. Die Erprobungsphase erfolgt meist in einer Nachsorgeeinrichtung für psychisch Kranke oder in einer betreuten Wohnform. Gegen Ende einer erfolgreichen Entlassungserprobung wird ein Prognosegutachten erstellt, in dem die Vorgeschichte, der Behandlungsverlauf, der Verlauf der Beurlaubung und die Ergebnisse der Anwendung der jeweils gängigen Prognoseinstrumente im Zusammenhang dargestellt und beurteilt werden. Die meisten entlassenen Patienten werden für die Dauer ihrer Führungsaufsicht an die Ambulanz der Klinik angebunden, sofern dies als kriminalpräventiv wichtig erachtet wird. Der Patient erhält in der Regel für die Dauer der Führungsaufsicht Weisungen. Der Sachverständige schlägt dem Gericht die aus forensisch-psychiatrischer Sicht für sinnvoll erachtete Weisungen vor.

### 4.2 Versuchspersonen/Stichprobe

t1: Stichprobe aus dem Untersuchungszeitraum 01.05.1988 bis 30.04.1989; N1 = 221;

**Altersdurchschnitt: 36,6 Jahre.**

In die Untersuchung von Tolks-Brandau [109] wurden sämtliche 221 Patienten aufgenommen, die im Zeitraum 01.05.1988 bis 30.04.1989 gemäß § 63 StGB in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina untergebracht waren und die sich nicht im Entlassungsurlaub befanden (zwei Patienten). 11 Frauen, die zum selben Zeitpunkt gemäß § 63 StGB untergebracht waren, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen (siehe auch Tabelle I „Übersicht“ im Anhang).

Die Informationen über das Haupteinweisungsdelikt, die Einweisungsdiagnose, die bisherige Aufenthaltsdauer und die aktuelle Stufe zum Zeitpunkt „t1“ finden sich in Tabellen II-V im Anhang .

**t2: Stichprobe vom 01.11.1993; N2 = 203;** umfaßt alle Probanden von N1 = 221 nach Ausschluss von zwei, zum Untersuchungszeitpunkt „t1“ anhand der Namen nicht als weibliche Personen identifizierten Probanden und von 10 Probanden, die in die JVA kamen oder in ihr Heimatland abgeschoben wurden. Außerdem waren 6 Probanden verstorben. Bei diesen Probanden betrug der Altersdurchschnitt zum Ausfülldatum des HPB (t1): 37,1 Jahre.

Einzelheiten zur Stichprobe N2: 65 Patienten befanden sich am Stichtag „t2“ noch in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina. Davon waren 8 Patienten nach einer Entlassung vor dem Stichtag „t2“ wieder in den psychiatrischen Maßregelvollzug zurückgekehrt.

138 Patienten waren entlassen, davon wurden 4 Patienten vor dem Stichtag entlassen, wieder aufgenommen und erneut entlassen. Durch den veränderten Stichprobenumfang ergaben sich in Bezug auf das Delikt, die Einweisungsdiagnose, die bisherige Aufenthaltsdauer und die aktuelle Stufe zum Zeitpunkt „t2“ (01.11.1993) im Vergleich zu der Stichprobe zum Zeitpunkt „t1“ (01.05.1988 – 30.04.1989) keine signifikanten Veränderungen der prozentualen Verteilung von Delikt, Diagnose und Aufenthaltsdauer.

**Tabelle 3:** Haupteinweisungsdelikt, Zeitpunkt "t2" (01.11.1993), N=203

| Delikt                          | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------------------|------------|---------|
| Tötungsdelikte, Tötungsversuche | 64         | 31,5 %  |
| Körperverletzungen              | 23         | 11,3 %  |
| Sexualdelikte ohne Gewalt       | 8          | 3,9 %   |
| Sexualdelikte mit Gewalt        | 48         | 23,6 %  |
| Eigentumsdelikte ohne Gewalt    | 16         | 7,9 %   |
| Eigentumsdelikte mit Gewalt     | 18         | 8,9 %   |
| Brandstiftungen                 | 18         | 8,9 %   |
| Sonstiges                       | 8          | 3,9 %   |

**Tabelle 4:** Einweisungsdiagnose (Hauptdiagnose), Zeitpunkt "t2" (01.11.1993), N2 = 203

| Diagnose                                         | Häufigkeit | Prozent |
|--------------------------------------------------|------------|---------|
| Organ. Psychosen/Persönlichkeitsveränderung      | 24         | 11,8 %  |
| Funktionelle Psychosen                           | 74         | 36,5 %  |
| Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung     | 49         | 24,1 %  |
| Persönlichkeitsstörungen mit Minderbegabung      | 37         | 18,2 %  |
| Intellektuelle Behinderung mit Verhaltensstörung | 15         | 7,4 %   |
| Primäre Suchterkrankung                          | 4          | 1,8 %   |

**Tabelle 5:** Aufenthaltsdauer in der Klinik vor dem Ausfülldatum des HPB, ermittelt für die Stichprobe N2 = 203

| Aufenthaltsdauer vor Ausfülldatum des HPB | Häufigkeit | Prozent |
|-------------------------------------------|------------|---------|
| < 1 Jahr                                  | 14         | 6,9 %   |
| 1 – 2 Jahre                               | 28         | 13,8 %  |
| 2 – 5 Jahre                               | 78         | 38,4 %  |
| > 5 Jahre                                 | 83         | 40,9 %  |

| <b>Tabelle 6:</b> Aktuelle Stufe am Ausfülldatum des HPB, Zeitpunkt "t2"(01.11.1993), N2 = 203 |            |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|
| Aktuelle Stufe am Ausfülldatum des HPB                                                         | Häufigkeit | Prozent |
| 1 z. B. Hofgang in Begleitung                                                                  | 30         | 14,8 %  |
| 2 z. B. Ausgang mit Personalbegleitung                                                         | 10         | 4,9 %   |
| 3 z. B. Tagesausflüge mit Besuch                                                               | 31         | 15,3 %  |
| 4 z. B. Parkausgang alleine                                                                    | 21         | 10,3 %  |
| 5 z. B. Ausgang außerhalb des Zaunes                                                           | 15         | 7,4 %   |
| 6 z. B. Ortsausgang                                                                            | 13         | 6,4 %   |
| 7 z. B. erweiterter Ortsausgang                                                                | 13         | 6,4 %   |
| 8 z. B. offener Vollzug, Urlaub                                                                | 70         | 34,5 %  |

(Legende siehe Stufenplan Tabelle VI im Anhang)

Die durchschnittliche Dauer der aktuellen Unterbringung bis zur ersten Entlassung betrug zum "Stichtag t2" (01.11.1993) 7,1 Jahre (N = 146).

Die durchschnittliche Unterbringungsdauer der bisher noch nicht entlassenen Patienten am "Stichtag t2" (01.11.1993) betrug 10,6 Jahre (N = 57).

Die durchschnittliche Unterbringungsdauer bei Berücksichtigung der Daten der Erstuntersuchung (von den Therapeuten auf den Hainaer-Prognosebögen angegebenen Aufnahmedaten sind z. T. Aufnahmedaten gem. § 63 in ein PKH, zum Teil das Aufnahmedatum 01.07.1977 bei Klinikgründung) betrug 7,8 Jahre.

**t3: Stichprobe vom 01.11.1998; N3 = 202.** Sie entspricht der Stichprobe N2 = 203 bis auf einen Patienten der sich suizidiert hat. 35 Patienten befanden sich noch oder wieder in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina. 167 Patienten waren entlassen, davon waren 4 Patienten vor dem 01.11.1993 (t2) entlassen worden, nach diesem Stichtag wieder aufgenommen, aber vor dem Stichtag 01.11.1998 (t3) wieder entlassen worden.

21 Patienten aus der Gruppe der 35 Patienten, die sich zum Stichtag in der Klinik befanden, waren durchgehend untergebracht, d. h. zwischenzeitlich nie entlassen worden. Ihre durchschnittliche Unterbringungsdauer betrug am Stichtag 01.11.1998 (t3) 17,2 Jahre. 14 weitere Patienten hatten mindestens eine gescheiterte Entlassung hinter sich.



5 der 35 Patienten, die zum Stichtag 01.11.1993 (t2) noch in der Klinik waren, wurden danach entlassen und vor dem Stichtag 01.11.1998 (t3) wieder aufgenommen.

9 Patienten aus der Gruppe dieser 35 Patienten waren vor dem Stichtag 01.11.1993 (t2) entlassen worden und später wieder aufgenommen worden; bei 2 dieser Patienten erfolgte die Wiederaufnahme bereits vor dem 01.11.1993 (t2).

| Delikt                          | Anzahl |
|---------------------------------|--------|
| Tötungsdelikte, Tötungsversuche | 11     |
| Körperverletzungen              | 3      |
| Sexualdelikte ohne Gewalt       | 2      |
| Sexualdelikte mit Gewalt        | 9      |
| Eigentumsdelikte ohne Gewalt    | 3      |
| Eigentumsdelikte mit Gewalt     | 3      |
| Brandstiftungen                 | 3      |
| Sonstiges                       | 1      |

| Diagnose                                            | Anzahl |
|-----------------------------------------------------|--------|
| Organische Psychosen / Persönlichkeitsveränderungen | 1      |
| Schizophrene Psychosen                              | 17     |
| Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung        | 4      |
| Persönlichkeitsstörungen mit Minderbegabung         | 9      |
| Intellektuelle Behinderung mit Verhaltensstörung    | 4      |
| Primäre Suchterkrankung                             | 0      |

### **4.3 Material und Messzeitpunkte**

#### **4.3.1 Hainaer Prognosebogen**

Der Erhebungsbogen wurde im Kapitel 2.3. Prognoseinstrumente erläutert und ist im Anhang abgebildet.

#### 4.3.2 Erstuntersuchung im Zeitraum vom 01.05.1988 bis 30.04.1989 (t1)

Der Hainaer Prognosebogen wurde routinemäßig anlässlich der Prognosebegutachtung gemäß § 67e Abs. 2 StGB ausgefüllt. Tolks-Brandau [109] wertete in ihrer Untersuchung die Prognosebögen aus dem Zeitraum vom 1. Mai 1988 bis 30. April 1989 aus. Erfasst wurden sämtliche 221 männlichen Patienten, die im Erhebungszeitraum in der Klinik für forensische Psychiatrie gemäß § 63 StGB untergebracht waren. Ziel ihrer Untersuchung war eine Analyse des Urteilsprozesses bei der Prognosebegutachtung. Hierbei wurde eine Dichotomisierung der Skalenwerte vorgenommen, wobei "trifft teilweise zu" und "trifft voll zu" zusammengefasst wurden.

Die Ergebnisse der Erstuntersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Tolks-Brandau [109] klärte in ihrer Untersuchung zwei Hauptfragestellungen:

1. Lassen sich aus den HPB-Items unabhängige Faktoren bilden?
2. Wie hoch ist der Zusammenhang zwischen den gebildeten unabhängigen Faktoren und der weiteren geschätzten Behandlungsdauer ?

Ad 1.: Aus den 46 HPB-Items wurden durch eine Faktorenanalyse 6 voneinander unabhängige, gut interpretierbare Faktoren extrahiert. Es wurde dazu eine Berechnung nach dem Hauptachsenmodell mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. Ab einer Faktorenladung von 0,4 gingen die Items in die Faktoren ein. Items mit geringerer Ladung und doppeltladende Items wurden herausgenommen, dies ergab eine Lösung mit den folgenden 6 Faktoren:

Faktor 1 "Fehlende Beziehungsfähigkeit"

Faktor 2 "Fehlende emotionale Steuerung"

Faktor 3 "Fehlender kompensatorischer Empfangsraum"

Faktor 4 "Sucht"

Faktor 5 "Fehlverhalten im Maßregelvollzug"

Faktor 6 "Fehlende Situationsbedingtheit der Tat"

Ad 2.: Um den Zusammenhang zwischen den gebildeten unabhängigen Faktoren und der weiteren geschätzten Unterbringungsdauer zu berechnen, wurde eine multiple Regression durchgeführt. Es ergab sich ein multipler Korrelationskoeffizient von  $R = .47$ .

Die 6 unabhängigen Faktoren klärten somit lediglich einen Varianzanteil von 22 % der weiteren geschätzten Behandlungsdauer auf .

In den Nebenfragestellungen wurden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Außenkriterien (Diagnose, Delikt, bisherige Aufenthaltsdauer, Zeitraum seit einweisendem Urteil und Lockerungsstufe), den einzelnen 46 HPB-Items und den derzeitigen von der Klinik postulierten Entlassungshindernissen, jeweils in Bezug auf die geschätzte Behandlungsdauer, untersucht.

Zur Klärung signifikanter Zusammenhänge der Außenkriterien mit der geschätzten weiteren Unterbringungsdauer wurden diese miteinander korreliert. Die derzeitige Lockerungsstufe zeigte mit der geschätzten weiteren Unterbringungsdauer den höchsten gemeinsamen Varianzanteil von 35 % (Alter 10 %, Diagnose 6 %, Delikt 14 %, bisherige Behandlungsdauer 9 % Varianzanteil).

Zur Berechnung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen 46 HPB-Items und der geschätzten weiteren Unterbringungsdauer wurde ebenfalls eine Korrelation durchgeführt. 15 Items zeigten einen hoch signifikanten Zusammenhang. Das Item "Ungesicherte Nachbetreuung" hatte mit 30 % den höchsten Anteil an der gemeinsamen Varianz, gefolgt von dem Item "Fehlen realistischer Zukunftspläne" mit einem Varianzanteil von 18 %. Die übrigen 13 Items wiesen einen Anteil an der gemeinsamen Varianz von 6 % bis 17 % auf.

Auf gleiche Weise wie oben beschrieben wurden die Zusammenhänge zwischen den 11 Entlassungshindernissen und der weiteren Unterbringungsdauer berechnet. Das Item "Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen" hatte einen Varianzanteil von 28 %. Durch die Summe der Entlassungshindernisse wurde ein Anteil von 40 % an der Varianz der weiteren geschätzten Unterbringungsdauer vorhergesagt.

Die 11 postulierten konkreten Entlassungshindernisse der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina hatten daher im Hinblick auf die weitere geschätzte Behandlungsdauer mit 40 % die insgesamt höchste Varianzaufklärung. Das Einzelitem "Ungesicherte Nachbetreuung" hatte mit 30 % eine höhere Varianzaufklärung als die 6 Faktoren zusammen.

#### 4.3.3 Katamnesebogen 1 des Stichtages 01.11.1993 (t2)

Mit dem Katamnesebogen 1 wurde dem Probanden eine Identifikationsnummer zugeordnet, sein Name, sein Geburtsdatum, evtl. Todestag, Aufnahme datum, Datum der Rechtskraft des § 63 StGB sowie das Ausfülldatum des HPB erfasst. Registriert wurde, ob und wann der Patient erstmals entlassen wurde sowie der jeweilige Empfangsraum. Vermerkt wurde auch, ob der Patient an die Ambulanz der Klinik angebunden wurde. Falls der Patient wieder in der Klinik aufgenommen werden musste, wurde die Rechtsgrundlage vermerkt. Im Falle eines erfolgten Widerrufs wurde der Grund dafür notiert (erneutes Delikt oder Weisungsverstoß). War der Patient noch in der Klinik, wurden seine aktuelle Station, die derzeitige Lockerungsstufe, die Anzahl seiner Rückstufungen sowie Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch, Entweichungen, Verhaltensentgleisungen wie auch Delikte während der Unterbringung registriert. Das entscheidende Entlassungshindernis konnte ggf. vermerkt werden. Die weitere Behandlungsdauer wurde von dem zuständigen Therapeuten gemäß der HPB-Kategorien eingeschätzt.

(Katamnesebogen 1 siehe Anhang).

#### 4.3.4 Katamneseuntersuchung vom 01.11.1993 (t2, Katamnesezeit 5 Jahre)

Fünf Jahre nach der Erstuntersuchung wurde überprüft, welche Entwicklung die Stichprobe genommen hat. Mittels der Belegungsliste der Klinik wurde erfasst, welche Patienten aus der ursprünglichen Stichprobe bereits entlassen waren oder sich noch oder schon wieder in der Klinik befanden. Wann und wohin die Patienten entlassen worden waren, wurde der Entlassungskartei entnommen. Anhand der erhobenen Daten wurde der Katamnesebogen 1 ausgefüllt. Im nächsten Schritt wurden die Prognosekriterien auf ihre Güte und auf ihre Validität hin untersucht.

#### 4.3.5 Ergänzender Katamnesebogen 2 vom 01.11.1998 (t3, Katamnesezeit 10 Jahre)

Der ergänzende Katamnesebogen 2 für die Stichtagsuntersuchung 01.11.1998 erfasste, ob der Patient zum Erhebungszeitpunkt noch in der Klinik war, ob er zum 01.11.1993 noch in der Klinik war, aber zum aktuellen Erhebungszeitpunkt entlassen war. Ebenfalls erfasst wurde, ob der Patient zu den Stichtagen „t2“ und „t3“ in der Klinik war, aber zwischenzeitlich entlassen war. Es wurde auch erfasst, ob Patienten zum 01.11.1993 in der Klinik waren und danach entlassen, wieder aufgenommen und wieder entlassen wurden. Weiterhin wurde registriert, ob Patienten, die vor dem 01.11.1993 entlassen worden waren, zum 01.11.1998 wieder in der Klinik untergebracht waren und ob Patienten sowohl vor dem 01.11.1993 als auch vor dem 01.11.1998 entlassen wurden, in der Zwischenzeit aber in der Klinik waren.

(Katamnesebogen 2 siehe Anhang)

#### 4.3.6 Katamneseuntersuchung vom 01.11.1998 (t3, Katamnesezeit 10 Jahre)

Mit Hilfe der Belegungsliste der Klinik und der Entlassungsdatei wurde überprüft, welche Patienten der Stichprobe, die zum Zeitpunkt „t2“ entweder entlassen oder in der Klinik waren, zum Zeitpunkt „t3“ entlassen oder in der Klinik waren. Anhand der Daten wurde der Katamnesebogen 2 ausgefüllt.

#### 4.3.7 Statistische Verfahren der Katamneseuntersuchung

Die statistische Auswertung der Untersuchungsfragen erfolgte mit Hilfe des SPSS Programms Version 7 für Windows. Die Diagramme wurden mit dem Programm Excel erstellt.

Für die den Untersuchungszeitpunkt t2 betreffenden Fragestellungen wurde zunächst für den Stichprobenumfang  $N_2 = 203$  eine Faktorenanalyse nach dem Hauptachsenmodell und anschließender Rotation nach dem Varimax-Kriterium mit Kaiser-Normalisierung durchgeführt. Aus der rotierten Faktorenlösung ergaben sich die Faktorscores. Fehlende Werte wurden durch Mittelwerte ersetzt [2].

Zur Berechnung des Zusammenhanges zwischen den gebildeten unabhängigen Faktoren und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer wurde eine lineare Regression durchgeführt. Die unabhängigen Variablen waren hierbei die Faktorscores der 6 Faktoren, die abhängige Variable war die prognostizierte weitere Unterbringungsdauer bzw. die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer. (SPSS Methode: Einschluss, Optionen: F-Wahrscheinlichkeit, Aufnahme: .05, Ausschluss: .10)

Zur Klärung der Zusammenhänge zwischen den Einzelitems und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer wurden nicht parametrische Korrelationen der ordinalskalierten Daten durchgeführt.

Als Zusammenhangsmaß wurde Kendalls-Tau-b verwendet. Dieser Koeffizient basiert auf der Anzahl von Rangpaaren, die sowohl in Variable x als auch in Variable y in derselben Richtung geordnet sind. Tau ist ein Maß für die mangelnde Übereinstimmung in beiden Rangreihen [19].

Als weiteres Zusammenhangsmaß wurde Chi-Quadrat verwendet.

Neben den oben beschriebenen Verfahren wurde eine Varianzanalyse (einfaktorielle ANOVA) berechnet, zur Klärung der Fragen, ob sich die Patienten der vier unterschiedlichen Unterbringungszeiträume auf der Ebene der Entlassungshindernisse und der Faktorscores unterscheiden.

Beim Extremgruppenvergleich zum Untersuchungszeitpunkt „t3“ (01.11.1998) wurde der T-Test zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen [8] angewandt. Getestet wurde die Signifikanz der Differenz von Stichprobenmittelwerten bei unabhängigen Stichproben.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Treffsicherheit der Prognose

#### 5.1.1 Wie genau wurde die weitere Unterbringungsdauer prognostiziert?

Die für die 203 Patienten geschätzten kategorisierten weiteren Unterbringungszeiträume wurden mit den kategorisierten tatsächlichen Unterbringungszeiträumen korreliert. Der Zusammenhang war mit  $p < .00$  hochsignifikant. Es errechnete sich ein Kendall-Tau-b-Wert von .557 und ein Chi-Quadrat-Wert von 106,554.

In 52,2 % (106 von 203 Patienten) wurde die weitere Unterbringungsdauer korrekt eingeschätzt.

Bei den 78 Patienten, für die eine weitere Unterbringungsdauer von bis zu einem Jahr angenommen wurde traf die Prognose für 47 Patienten (60,3 %) zu.

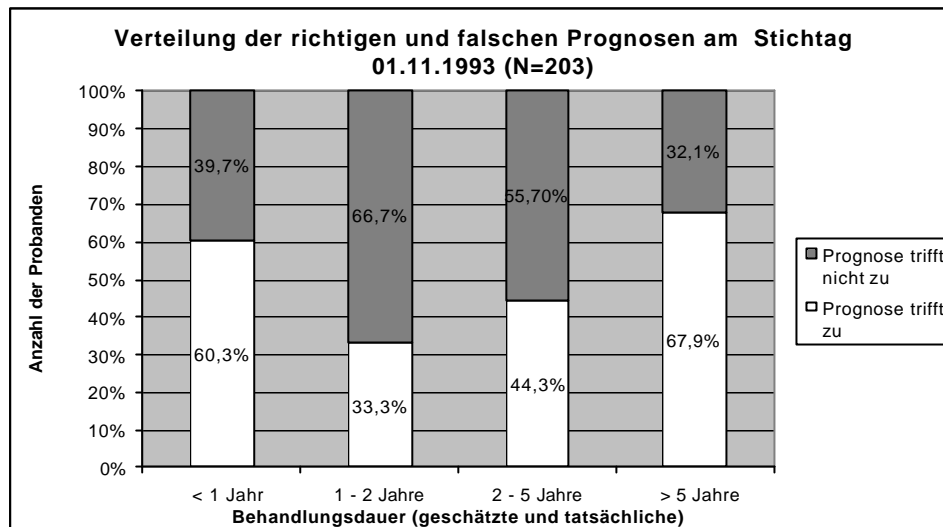
In der Kategorie mit einer weiteren Unterbringungsdauer von 1 bis 2 Jahren Unterbringungsdauer waren es 9 (33,3 %) von 27 Patienten, deren Prognose richtig war.

Für 70 Patienten hatte man mit einer weiteren Unterbringungsdauer von 2 bis 5 Jahren gerechnet, für 31 dieser Patienten (44,3 %) traf die Prognose auch wirklich zu.

In der Gruppe der Patienten, bei denen prognostiziert worden war, das sie länger als 5 Jahre untergebracht sein würden, traf diese Prognose bei 19 Patienten (67,9 %) zu.

Zusammengefasst zeigte sich, dass die Prognosen für die beiden Extremgruppen, Patienten mit kurzer und sehr langer weiterer Unterbringungsdauer, am treffsichersten waren, wobei diese Ergebnisse aus methodischen Gründen aber mit einer gewissen Vorsicht (siehe Diskussion) zu werten sind. (Siehe Diagramm 1 und Tabelle VII im Anhang).

Diagramm 1



5.1.2 Wurden kürzere oder längere weitere Unterbringungszeiträume besser prognostiziert?

**Tabelle 9:** Anzahl der richtig und falsch prognostizierten weiteren Unterbringungs-dauern erhoben nach 5 Jahren, zum Zeitpunkt "t2" (01.11.1993), N2 = 203

| Tatsächliche weitere Unterbringungs-dauer | Prognostizierte Anzahl | Prognose richtig | Prognose falsch |
|-------------------------------------------|------------------------|------------------|-----------------|
| bis 2 J.                                  | 105                    | 71 (67,6 %)      | 34 (32,4 %)     |
| 2 – 5 J.                                  | 98                     | 86 (87,8 %)      | 12 (12,3 %)     |

Teilt man die Stichprobe den beiden Zeiträumen „bis 2 Jahre“ und über „2 bis 5 Jahre“ weitere Unterbringungs-dauer zu, kommt es zu folgender Verteilung: Eine bis zu 2 Jahren dauernde weitere Unterbringungs-dauer wurde für 105 Patienten geschätzt. Bei 67,6 % der Patienten mit dieser Prognose traf diese Prognose zu, bei 32,4 % der Patienten war sie falsch, d. h. diese Patienten mussten noch länger behandelt werden. Tatsächlich wurden 83 der 203 Patienten innerhalb dieses Zeitraumes entlassen.

Von den 98 Patienten in der Gruppe mit einer weiteren Unterbringungs-dauer von 2 bis 5 Jahren traf für 87,8 % die Prognose zu. 12,2 % dieser Patientengruppe wurden früher



entlassen. Zwischen 2 und 5 Jahre waren am Stichtag t2 (01.11.1993) tatsächlich 120 der 203 Patienten untergebracht.

Durch die Dichotomisierung wurde deutlich, dass Unterbringungszeiträume in der Größenordnung bis zu weiteren 2 Jahren sehr gut prognostiziert werden konnten, noch deutlich besser konnten die längeren Zeiträume von 2 bis 5 Jahren prognostiziert werden (siehe Diagramm I im Anhang).

### 5.1.3 Gab es Zusammenhänge zwischen der Treffsicherheit der Prognose und der Dauer der prognostizierten weiteren Unterbringungszeit?

| <b>Tabelle 10:</b> Verteilung der falschen und richtigen Prognosen erhoben nach 5 Jahren (Zeitpunkt "t2" 01.11.1993), N2 = 203 |                                                                              |                         |                                                                              |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Prognose der weiteren Unterbringungsdauer</b>                                                                               | <b>Prognose zu kurz</b><br>(tatsächliche weitere Unterbringungsdauer länger) | <b>Prognose richtig</b> | <b>Prognose zu lang</b><br>(tatsächliche weitere Unterbringungsdauer kürzer) | <b>N</b> |
| < 1 J.                                                                                                                         | 39,7 % (31)                                                                  | 60,3 % (47)             | -                                                                            | 78       |
| 1 – 2 J.                                                                                                                       | 55,6 % (15)                                                                  | 33,3 % (9)              | 11,1 % (3)                                                                   | 27       |
| 2 – 5 J.                                                                                                                       | 40,0 % (28)                                                                  | 44,3 % (31)             | 15,7 % (11)                                                                  | 70       |
| > 5 J.                                                                                                                         | -                                                                            | 67,9 % (19)             | 32,1 % (9)                                                                   | 28       |
|                                                                                                                                | 36,5 % (74)                                                                  | 52,2 % (106)            | 11,3 % (23)                                                                  | 203      |

Für 97 Patienten traf die Prognose der weiteren Unterbringungsdauer nicht zu.

In der Kategorie der weiteren Unterbringungsdauer von bis zu einem Jahr zeigte sich, dass die prognostizierte weitere Unterbringungsdauer für 31 Patienten zu kurz war. Für 19 dieser Patienten war die Prognose völlig falsch, da bei 12 Patienten die weitere Behandlungsdauer über 2 Jahren lag, bei 7 Patienten sogar über 5 Jahren. Bei weiteren 12 Patienten lag die Prognose nur knapp daneben, sie waren noch 1 bis 2 Jahre untergebracht.

Bei der Patientengruppe, die voraussichtlich noch 1 bis 2 weitere Jahre untergebracht werden musste, konnten von den 27 Patienten 3 Patienten früher entlassen werden als prognostiziert, 10 Patienten im Zeitraum von weiteren 2 bis 5 Jahren und 5 Patienten erst nach weiteren 5 Jahren. Für 9 Patienten traf die Prognose zu.

Für 70 Patienten, für die eine weitere Unterbringungszeit von 2 bis 5 Jahren prognostiziert worden war, konnten 11 Patienten früher entlassen werden, davon 3 Patienten innerhalb eines Jahres und 8 Patienten nach nur weiteren 1 bis 2 Jahren. 28 Patienten mussten jedoch länger als weitere 5 Jahre untergebracht werden. Bei 31 Patienten traf die Prognose zu.

In der Kategorie der über 5 Jahre geschätzten weiteren Unterbringungsdauer wurde von 28 Patienten 1 Patient entgegen der Prognose innerhalb eines Jahres entlassen. Kein Patient wurde im Zeitraum von weiteren 1 bis 2 Jahren entlassen. 8 Patienten konnten nach weiteren 2 bis 5 Jahren entlassen werden, für 19 Patienten traf die Prognose zu.

Betrachtet man die Patienten mit besonders divergierenden Prognosen und tatsächlicher weiterer Unterbringungsdauer genauer (siehe auch Tabelle VII im Anhang), ist folgendes zu erwähnen: Von den 7 Patienten, die für mehr als weitere 5 Jahre untergebracht waren, obwohl man von einer Entlassung innerhalb eines weiteren Jahres ausging, hatten 5 Patienten die Stufe 8, das bedeutet, sie befanden sich im offenen Vollzug, 1 Patient hatte die Stufe 7, er konnte unbeaufsichtigt die näheren Ortschaften aufsuchen und 1 Patient hatte seine Stufen ausgesetzt, d. h. keine Lockerungen. Der Patient mit ausgesetzter Stufe (statistisch eingeordnet in die Gruppe der Patienten mit Stufe 1) befand sich zum Zeitpunkt der Prognosestellung in einer besonders hoch gesicherten Station. Zum damaligen Zeitpunkt wurde gerade geprüft, ob evtl. eine Verlegung in den Strafvollzug erfolgen sollte, der Therapeut hatte daher nur eine kurze weitere Behandlungsdauer im Maßregelvollzug angenommen.

Von den 12 Patienten, die eine tatsächliche weitere Behandlungsdauer von 2 bis 5 Jahren hatten, bei denen aber ebenfalls eine frühere Entlassung geplant war, hatten 5 Patienten die Stufe 8, einer die Stufe 5, einer die Stufe 4 und ein Patient die Stufe 1. Für diesen Patienten war zum Erhebungszeitpunkt eine bedingte Aussetzung der Unterbringung im Gespräch.

Der einzige Patient, für den noch eine weitere Behandlungsdauer von über 5 Jahren prognostiziert wurde, der aber innerhalb eines weiteren Jahres entlassen wurde, wurde durch die Strafvollstreckungskammer aufgrund der Verhältnismäßigkeit entlassen.

Insgesamt zeigt sich, dass bei 11,3 % aller Patienten (23) die Unterbringungszeiten zu lang eingeschätzt wurden, bei 36,5 % (74) zu kurz. Von allen 97 falschen Prognosen über die weitere Unterbringungsdauer waren 23,7 % zu lang und 76,3 % zu kurz.

#### 5.1.4 Gab es Zusammenhänge zwischen der Treffsicherheit der Prognose und einzelnen Prädiktorvariablen?

Die Variable "Treffsicherheit der prognostischen Einschätzung der weiteren Unterbringungsdauer" entstand durch die Kreuztabellierung der geschätzten mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer und der anschließenden Aufteilung in drei Kategorien: zu kurze, richtige und zu lange Prognosen. Diese Variable wurde mit den 46 HPB-Items und den 11 Entlassungshindernissen statistisch in Zusammenhang gebracht. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-b gewählt. Folgende Items in Tabelle 11 zeigten einen signifikanten Zusammenhang:

**Tabelle 11:** Items, die einen signifikanten Zusammenhang mit der Treffsicherheit der Vorhersage der weiteren Unterbringungsdauer zeigten; erhoben zum Zeitpunkt "t2" (01.11.1993); N=203

| Items                                                              | Prognostizierte weitere Unterbringungsdauer zu kurz | Prognostizierte weitere Unterbringungsdauer zutreffend | Prognostizierte weitere Unterbringungsdauer zu lang | Kendall-Tau-b | Signifikanz |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Wunsch in der Klinik zu bleiben                                    | 12,3 %                                              | 19,8 %                                                 | 43,5 %                                              | .192          | .006        |
| Instabiles Beziehungsfeld                                          | 62,3 %                                              | 65,5 %                                                 | 100 %                                               | .168          | .014        |
| Ungesicherte Nachbetreuung                                         | 53,3 %                                              | 49,4 %                                                 | 100 %                                               | .152          | .036        |
| Delinquenz zurückzuführen auf eine psychopathologische Entwicklung | 57,7 %                                              | 71,4 %                                                 | 77,3 %                                              | .149          | .031        |
| Sonstige Straftaten                                                | 4,1 %                                               | 12,3 %                                                 | 17,4 %                                              | .149          | .022        |
| Keine Einsicht in die Krankheit/ Störung                           | 69,9 %                                              | 75 %                                                   | 95,7 %                                              | .142          | .025        |

Der "Wunsch in der Klinik zu bleiben" war bei 19,8 % der Patienten mit richtig prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer vorhanden und bei 12,3 % der Patienten mit zu kurz prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer. In der Gruppe der Patienten, denen eine zu lange weitere Unterbringungsdauer prognostiziert wurde, bestand bei 43,5 % den Wunsch, in der Klinik zu bleiben. Dies lässt darauf schließen, dass dieser Wunsch des Patienten die Vorhersage des Therapeuten deutlich beeinflusst.

Das Item "Instabiles Beziehungsfeld" war bei 65,5 % der Patienten mit richtig prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer und bei 62,3 % der Patienten mit zu kurz eingeschätzter weiterer Unterbringungsdauer vorhanden. Bei allen Patienten mit einer zu lang

eingeschätzten weiteren Unterbringungsdauer fand sich dieses Item. Das bedeutet umgekehrt, dass bei keinem Patienten, der ein stabiles Beziehungsumfeld hat, eine zu lange Unterbringungsdauer angenommen worden war.

Das Merkmal "Ungesicherte Nachbetreuung" war bei etwa der Hälfte (49,4 %) der Patienten mit richtig prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer vorhanden. In der Gruppe der Patienten mit unterschätzter weiterer Unterbringungsdauer fand es sich zu 53,3 %. In der Gruppe der Patienten mit zu lang prognostizierter Unterbringungsdauer lag das Merkmal bei allen Patienten vor. Wenn eine gesicherte Nachbetreuung bereits bestand, wurde für keinen Patienten eine zu lange weitere Unterbringungsdauer vorhergesagt.

Das Item "Delinquenz zurückzuführen auf eine psychopathologische Entwicklung" war zu 71,4 % bei den Patienten mit richtig prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer vorhanden. Zu 77,3 % lag es bei den Patienten mit zu langer Prognose bezüglich der weiteren Unterbringungsdauer vor. Bei den Patienten mit zu kurz vorhergesagter weiterer Unterbringungsdauer fand sich das Merkmal mit 57,7 % bei über der Hälfte der Fälle, aber dennoch deutlich seltener als in den beiden Vergleichsgruppen.

"Sonstige Straftaten", hier sind nicht einschlägige Delikte im Vollzugsverlauf gemeint, fanden sich zu nur 4,1 % in der Gruppe der Patienten mit zu kurz prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer. In der Gruppe der Patienten mit richtig prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer lag die Zahl bei 12,3 %. Unter den Patienten, denen eine zu lange weitere Unterbringungsdauer prognostiziert wurde, fanden sich 17,4 % für die dieses Merkmal zutraf. In der Gruppe der Patienten, für die man eine kürzere weitere Unterbringungsdauer annahm, als tatsächlich zutraf, besaßen somit prozentual weniger als ein Viertel der Patienten dieses Merkmal, verglichen mit den Patienten, deren Prognose bezüglich der weiteren Unterbringungsdauer zu schlecht war. Die Begehung von Straftaten während der Unterbringung scheint also die Meinung der Prognostiker mehr zu beeinflussen, als es in der weiteren Vollzugsplanung von Bedeutung ist.

Das Item "Keine Einsicht in die Krankheit/Störung" war mit 95,7 % bei den Patienten mit überschätzter weiterer Unterbringungsdauer vorhanden. In der Gruppe der Patienten mit richtig eingeschätzter weiterer Unterbringungsdauer war das Item bei 75 % vorhan-

den. Bei den Patienten mit einer kürzeren Prognose als der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer entsprach, fand sich das Merkmal bei noch 69,9 %. Therapeuten scheinen Patienten, die keine Einsicht in ihre Krankheit bzw. Störung zeigen, tendenziell für länger unterbringungsbedürftig zu halten, als diesbezüglich einsichtige Patienten .

## **5.2 Validität der Prognose - statistische oder aktuarische Prognose**

### **5.2.1 Wie hoch war der Zusammenhang zwischen den einzelnen HPB-Faktoren und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?**

Analog zu der Faktorenanalyse in der Erstuntersuchung von Tolks-Brandau [109] wurde als Extraktionsmethode eine Hauptachsen-Faktorenanalyse durchgeführt. Ebenfalls analog kam als Rotationsmethode die Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung zur Anwendung. Im Unterschied zur Voruntersuchung wurde die Berechnung für den reduzierten Stichprobenumfang von 203 Patienten durchgeführt. Aus der rotierten Faktorenanalyse ergaben sich die Faktor-Scores. Als Option wurden fehlende Werte durch Mittelwerte ersetzt [2]. (Faktorenmatrix der Hauptachsen-Faktorenanalyse siehe Tabelle VIII im Anhang). Die Faktorenanalyse der Erstuntersuchung wurde hierbei bestätigt. Es konnten die gleichen 6 Faktoren- F1 „Fehlende Beziehungsfähigkeit“, F2 „Fehlende emotionale Steuerung“, F3 „Fehlender kompensatorischer Empfangsraum“, F4 „Sucht“, F5 „Fehlverhalten im Maßregelvollzug“ und F6 „Fehlende Situationsbedingtheit der Tat“- gebildet werden. Allerdings hat sich im Vergleich zur Erstuntersuchung, bei verändertem Stichprobenumfang, die Reihenfolge der Faktoren 5 und 6 verändert. In der folgenden Tabelle werden die in den jeweiligen Faktor eingehenden Items nach Ladung geordnet dargestellt.

| <b>Tabelle 12: In den jeweiligen Faktor eingehende Items (N = 203)</b>           |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Faktor 1 „Fehlende Beziehungsfähigkeit“</b>                                   | <b>Faktorladung</b> |
| „Keine Annäherung an die spezielle Problematik“                                  | .700                |
| „Keine Therapiebereitschaft“                                                     | .687                |
| „Keine Einsicht in die Krankheit/Störung“                                        | .672                |
| „Bagatellisierungs/Leugnungstendenz“                                             | .632                |
| „Fehlende Bindung an den Therapeuten“                                            | .616                |
| „Fehlende Beziehungsfähigkeit“                                                   | .504                |
| „Augenblicksverhaftung“                                                          | .496                |
| „Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz“                                    | .454                |
| „Therapieabbrüche“                                                               | .444                |
| <b>Faktor 2 „Fehlende emotionale Steuerung/Affektstörung“</b>                    |                     |
| „Impulsivität“                                                                   | .787                |
| „Geringe Frustrationstoleranz“                                                   | .656                |
| „Gestörte Aggressionshemmung“                                                    | .654                |
| „Impulsives Sozialverhalten“                                                     | .640                |
| „Hohe Störbarkeit“                                                               | .534                |
| „Delinquenz zurückzuführen auf grundlegende Persönlichkeitsmerkmale“             | .520                |
| „Delinquenz zurückzuführen auf eingeschliffene Verhaltensmuster“                 | .495                |
| <b>Faktor 3 „Fehlende emotionale Steuerung“</b>                                  |                     |
| „Unsichere Arbeitsmöglichkeiten“                                                 | .668                |
| „Problematische Wohnverhältnisse“                                                | .650                |
| „Ungesicherte Nachbetreuung“                                                     | .607                |
| „Instabiles Beziehungsfeld“                                                      | .550                |
| „Pathologische Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren“ | .448                |
| „Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen psychotischen Symptomatik“          | .389                |
| „Problematisches Arbeitsverhalten“                                               | .291                |
| <b>Faktor 4 „Sucht“</b>                                                          |                     |
| „Hohes Suchtpotential“                                                           | .852                |
| „Suchtmittelmissbrauch zu erwarten“                                              | .830                |
| „Rauschmitteleinfluss bei Suchtproblematik“                                      | .684                |
| <b>Faktor 5 „Fehlende Situationbedingtheit der Tat“</b>                          |                     |
| „Delinquenz nicht zurückzuführen auf schicksalhaften Konflikt“                   | .774                |
| „Delinquenz nicht zurückzuführen auf spezifische Tatsituation“                   | .611                |
| „Delinquenz nicht zurückzuführen auf besondere lebensphasische Bedingungen“      | .556                |
| „Zufallsoffer“                                                                   | .539                |
| „Keine spezifische Täter-Opfer-Beziehung“                                        | .479                |
| „Delinquenz zurückzuführen auf eine psychopathologische Entwicklung“             | -.205               |

| <b>Fortsetzung Tabelle 12: In den jeweiligen Faktor eingehende Items (N = 203)</b> |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Faktor 6 „Vehlverhalten im Maßregelvollzug“</b>                                 | <b>Faktorladung</b> |
| „Entweichung mit Straftaten“                                                       | .592                |
| „Rückstufungen“                                                                    | .592                |
| „Einschlägige Straftaten“                                                          | .563                |
| „Sonstige Straftaten“                                                              | .483                |
| „Problematische Beurlaubungen“                                                     | .388                |

Im nächsten Schritt wurde eine lineare Regression gerechnet. Die unabhängigen Variablen waren hierbei die Factor-Scores der 6 Faktoren. Die abhängige Variable war die prognostizierte weitere Unterbringungsdauer bzw. die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer. (SPSS Methode: Einschluss, Optionen: F-Wahrscheinlichkeit, Aufnahme: .05, Ausschluss: .10).

Bei der linearen Regression ergab sich bezogen auf das Kriterium prognostizierte weitere Unterbringungsdauer (t1) ein multiples R von .554. Der Zusammenhang zwischen den Faktoren und der weiteren geschätzten Unterbringungsdauer, bezogen auf die Stichprobe (N2 = 203), wurde damit dargestellt. Es ergab sich eine Varianzaufklärung von 30,7 %.

Bezüglich der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer (t2) ergab sich ein multiples R von .397. Die Varianzaufklärung lag hier bei nur 15,8 % und war damit sehr gering. Die folgenden Beta-Gewichte und Signifikanzwerte ergaben sich nach der Größe geordnet für die einzelnen Faktoren bei Verwendung des Kriteriums tatsächliche weitere Unterbringungsdauer:

| <b>Tabelle 13: Beta-Gewichte und Signifikanzwerte für die einzelnen HPB-Faktoren bei der linearen Regression bezogen auf das Kriterium tatsächliche weitere Unterbringungsdauer erhoben zum Zeitpunkt "t2" (01.11.1993), N2 = 203</b> |                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>Faktor</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>Beta-Gewicht</b> | <b>Signifikanz</b> |
| 3 "Fehlender kompensatorischer sozialer Empfangsraum"                                                                                                                                                                                 | .251                | .000               |
| 1 "Fehlende Beziehungsfähigkeit"                                                                                                                                                                                                      | .223                | .001               |
| 2 "Fehlende emotionale Steuerung/Affektstörung"                                                                                                                                                                                       | .120                | .070               |
| 5 "Fehlende Situationsbedingtheit der Tat"                                                                                                                                                                                            | -.110               | .097               |
| 4 "Sucht"                                                                                                                                                                                                                             | -.061               | .352               |
| 6 "Vehlverhalten im Maßregelvollzug"                                                                                                                                                                                                  | .045                | .499               |



Zum Vergleich die Beta-Gewichte und Signifikanzwerte bei Verwendung des Kriteriums prognostizierte weitere Unterbringungsdauer:

| <b>Tabelle 14:</b> Beta-Gewichte und Signifikanzwerte für die einzelnen HPB-Faktoren bei der linearen Regression bezogen auf das Kriterium prognostizierte weitere Unterbringungsdauer; erhoben zum Zeitpunkt "t2" (01.11.1993), N2 = 203 |              |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| Faktor                                                                                                                                                                                                                                    | Beta-Gewicht | Signifikanz |
| 3 "Fehlender kompensatorischer sozialer Empfangsraum"                                                                                                                                                                                     | .348         | .000        |
| 1 "Fehlende Beziehungsfähigkeit"                                                                                                                                                                                                          | .331         | .000        |
| 2 "Fehlende emotionale Steuerung/Affektstörung"                                                                                                                                                                                           | .180         | .003        |
| 5 "Fehlende Situationsbedingtheit der Tat"                                                                                                                                                                                                | -.133        | .027        |
| 6 "Fehlverhalten im Maßregelvollzug "                                                                                                                                                                                                     | -.004        | .945        |
| 4 "Sucht"                                                                                                                                                                                                                                 | -.002        | .974        |

Die gleiche Rangfolge für die Faktoren 1 - 4, wie sie sich für den Stichprobenumfang N2 = 203 ergab, hatte sich auch bei der Untersuchung von Tolks-Brandau (1992), bezogen auf die prognostische Einschätzung bei einem Stichprobenumfang von N3 = 221, ergeben, jedoch zeigte bei ihr der Faktor „Fehlverhalten im Maßregelvollzug“ einen signifikanten Zusammenhang (.0472), der Faktor „Fehlende Situationsbedingtheit der Tat“ zeigte keinen signifikanten Zusammenhang (.4861).

Der deutlichste Zusammenhang bestand zwischen der tatsächlichen Unterbringungsdauer und dem Faktor 3 "Fehlender kompensatorischer sozialer Empfangsraum", gefolgt von Faktor 1 "Fehlende Beziehungsfähigkeit". Faktor 4 „Sucht“ und Faktor 6 "Fehlverhalten im Maßregelvollzug" ergaben bezüglich der prognostischen und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer keine signifikanten Zusammenhänge. Der Faktor 2 „Fehlende emotionale Steuerung/Affektstörung“ wies im Gegensatz zur prognostizierten Unterbringungsdauer mit der tatsächlichen Unterbringungsdauer keinen signifikanten Zusammenhang auf.

5.2.2 Wie hoch war der Zusammenhang zwischen den Außenkriterien und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?

Es wurden die Außenkriterien (Alter, Diagnose, Delikt, bisherige Aufenthaltsdauer, Zeitraum seit einweisendem Urteil sowie aktuelle Stufe bei Prognosestellung) mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer korreliert und die Kontingenzkoeffizienten errechnet. In der folgenden Tabelle werden Kontingenzkoeffizienten und die Varianzaufklärung in Prozent zum Vergleich für die weitere prognostizierte und die weitere tatsächliche Unterbringungsdauer angegeben. Die Werte für die prognostizierte Unterbringungsdauer der Voruntersuchung wurden zum Zweck der direkten Vergleichbarkeit für den Stichprobenumfang  $N_2 = 203$  berechnet (siehe nachfolgende Tabelle 15).

**Tabelle 15:** Zusammenhang der Außenkriterien mit der prognostizierten und tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer,  $N_2 = 203$

| Items (Außenkriterien)        | Prognostizierte weitere Unterbringungsdauer<br>("t1", 01.11.1993) |             |                  | Tatsächliche weitere Unterbringungsdauer<br>("t2", 01.11.1993) |             |         |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|---------|
|                               | Kontingenzkoeffizient                                             | Signifikanz | Varianz          | Kontingenzkoeffizient                                          | Signifikanz | Varianz |
| Alter                         | 0.309 (0,31)                                                      | .044        | 9,6 %<br>(10 %)  | .193                                                           | .799        | 3,7 %   |
| Diagnose                      | 0.234 (0,25)                                                      | .695        | 5,5 %<br>(6 %)   | .230                                                           | .731        | 5,3 %   |
| Delikt                        | 0.313 (0,37)                                                      | .229        | 9,8 %<br>(14 %)  | .327                                                           | .147        | 10,7 %  |
| Bisherige Aufenthaltsdauer.   | 0,174 (0,30)                                                      | .707        | 3 %<br>(9 %)     | .257.                                                          | .113        | 6,6 %   |
| Zeit seit einweisendem Urteil | 0,209 (0.30)                                                      | .421        | 4,4 %<br>(9 %)   | .240                                                           | .200        | 5,8 %   |
| Stufe                         | 0,568 (0,59)                                                      | .000        | 32,3 %<br>(35 %) | .444                                                           | .000        | 19,7 %  |

(Die Angaben in Klammern geben die Werte für den Stichprobenumfang  $N_1 = 221$  wieder)

Die dem Patienten gewährte Lockerungsstufe klärte mit 19,7 % den größten Varianzanteil an der weiteren tatsächlichen Unterbringungsdauer auf. Es folgte das Delikt mit 10,7 %, dieser Wert entsprach auch in etwa dem Varianzanteil der prognostizierten weiteren Unterbringungsdauer.

Die bisherige Aufenthaltsdauer klärte im Vergleich zur prognostizierten weiteren Unterbringungsdauer bei der tatsächlichen Unterbringungsdauer einen doppelt so hohen Varianzanteil auf, dieser lag aber nur bei 6,6 %. Die weitere geschätzte Unterbringungsdauer war daher kaum abhängig von der bisherigen Unterbringungsdauer. Das Alter hat auf die geschätzte weitere Unterbringungsdauer einen deutlich höheren Einfluss als auf die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer.

Die Diagnose klärte mit 5,3 % nur einen sehr geringen Varianzanteil der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer auf, dieser war auch bei der prognostizierten weiteren Unterbringungsdauer nicht wesentlich höher. Zusammengefasst hatten die Außenkriterien auf die prognostizierte Unterbringungsdauer einen stärkeren Einfluss als auf die tatsächliche Unterbringungsdauer.

### 5.2.3 Wie hoch war der Zusammenhang zwischen den 46 HPB-Items und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?

Die 46 HPB-Items wurden mit der tatsächlichen weiteren kategorisierten Unterbringungsdauer korreliert. Als Maß für den Zusammenhang wurde Kendall-Tau-b gewählt.

Die hoch signifikanten und signifikanten Werte werden nach absteigendem Kendall-Tau-b-Wert in Tabelle 16 angegeben:

**Tabelle 16:** Korrelation der 46 HPB-Items mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer; erhoben zum Zeitpunkt "t2"(01.11.1993), N2 = 203

| HPB-Item (HPB-Bereich)                                                             | Signifikanz | Kendall-Tau-b |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| Ungesicherte Nachbetreuung (D)                                                     | .000        | .379          |
| Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz (C)                                    | .000        | .295          |
| Fehlen realistischer Zukunftspläne (D)                                             | .000        | .292          |
| Problematische Wohnverhältnisse (D)                                                | .000        | .288          |
| Unsichere Arbeitsmöglichkeit (D)                                                   | .000        | .284          |
| Instabiles Beziehungsfeld (D)                                                      | .000        | .263          |
| Pathologische Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren (B) | .000        | .247          |
| Gestörte Aggressionshemmung (B)                                                    | .001        | .220          |
| Problematisches Freizeitverhalten (C)                                              | .001        | .215          |
| Schlechtes Lernen aus Erfahrung (B)                                                | .001        | .209          |
| Keine Therapiebereitschaft (C)                                                     | .006        | .178          |
| Fehlende Beziehungsfähigkeit (B)                                                   | .007        | .175          |
| Impulsives Sozialverhalten (C)                                                     | .008        | .173          |
| Impulsivität(B)                                                                    | .013        | .163          |
| Keine Annäherung an spezielle Problematik (C)                                      | .018        | .153          |
| Problematische Beurlaubung(en) (C)                                                 | .028        | -.150         |
| Keine Einsicht in Krankheit/Störung (C)                                            | .032        | .140          |
| Augenblicksverhaftung (B)                                                          | .038        | .136          |

(B) = Items aus dem HPB-Bereich „Persönlichkeit/aktueller Krankheitszustand,

(C) = Items aus dem HPB-Bereich „Vollzugsverlauf“,

(D) = Items aus dem HPB-Bereich „Zukunftsplanung“.

Bei der Korrelation der 46 HPB-Items mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer wiesen 13 Items einen hoch signifikanten Zusammenhang und 5 Items einen signifikanten Zusammenhang auf. Aus dem Bereich "Persönlichkeit/aktueller Krankheitszustand" (B) korrelierten die Items "Pathologische Gedankeninhalte die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren", "Gestörte Aggressionshemmung", "Schlechtes Lernen aus Erfahrung", "Fehlende Beziehungsfähigkeit", "Impulsivität", "Augenblicksverhaftung" hochsignifikant bzw. signifikant mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer.

Der Bereich "Vollzugsverlauf" (C) war der Bereich, in dem 7 von 16 Items signifikant bzw. hochsignifikant korrelierten: "Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz", "Problematisches Freizeitverhalten", "Keine Therapiebereitschaft", "Impulsives Sozial-

verhalten", "Problematische Beurlaubung(en)", "Keine Annäherung an spezifische Problematik", "Keine Einsicht in Krankheit/Störung".

Aus dem Bereich "Zukunftsplanung" (D) stammten 5 von 7 Items: "Ungesicherte Nachbetreuung", "Fehlen realistischer Zukunftspläne", "Problematische Wohnverhältnisse", "Unsichere Arbeitsmöglichkeit" und "Instabiles Beziehungsfeld".

Bei der Ersterhebung im Zeitraum vom 01.05.1988 bis 30.04.1989 (t1) zeigten die Items aus dem Bereich A: "Kriminalität" keinen signifikanten Zusammenhang mit der geschätzten weiteren Unterbringungsdauer [109]. Auch mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer, erhoben am Stichtag 01.11.1993 (t2), bestand kein signifikanter Zusammenhang. Das Item "Delinquenz zurückzuführen auf grundlegende Persönlichkeitsmerkmale" war allerdings bei Anwendung des Zusammenhangsmaßes Chi-Quadrat hoch signifikant, es wird daher in der Tabelle 16 mit aufgeführt.

Das Item "Ungesicherte Nachbetreuung" hatte einen Kontingenzkoeffizienten von .394 und klärte somit 15,5 % der Varianz auf. Das Item "Fehlende Normalisierung-/Gesundungstendenz" hatte einen Kontingenzkoeffizienten von .307 und klärt 9,4 % der Varianz auf. Das Item "Fehlen realistischer Zukunftspläne" mit einem Kontingenzkoeffizienten von .328 klärte 10,8 % der Varianz auf. Das Item "Ungesicherte Nachbetreuung" korrelierte am höchsten von allen Items, sowohl mit der geschätzten als auch mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer. Die Varianzaufklärung betrug für die Prognose 30 % (Stichprobenumfang  $N_1 = 221$ ), für die tatsächlich weitere Unterbringungsdauer jedoch nur etwa die Hälfte davon.

Die Kontingenzkoeffizienten und zwei Zusammenhangsmaße der signifikanten und hochsignifikanten HPB-Items, sowohl bezüglich der prognostischen Einschätzung zum Zeitpunkt "t1" als auch der Katamneseuntersuchung zum Zeitpunkt "t2," wurden zur direkten Vergleichbarkeit in einer Tabelle zusammengestellt (Tabelle IX im Anhang).

Die Items "Delinquenz zurückzuführen auf grundlegende Persönlichkeitsmerkmale" und "Fehlende Beziehungsfähigkeit" waren bezüglich der Prognose nicht signifikant im Gegensatz zu der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer.

Folgende 8 Items waren lediglich für die Prognosestellung signifikant, nicht aber für die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer: "Delinquenz nicht zurückzuführen auf schicksalhaften Konflikt", "Hohe Störbarkeit", "Depressivität", "Augenblicksverhaftung", "Therapieabbrüche", "Fehlende Bindung an den Therapeuten", "Problematisches Arbeitsverhalten", "Überhöhte Erwartungen."

Folgende 13 der signifikanten Items gingen auch in die 6 Faktoren ein:

Fehlende Beziehungsfähigkeit (Faktor 1): "Keine Annäherung an spezielle Problematik", "Keine Einsicht in Krankheit/Störung", "Keine Therapiebereitschaft", "Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz", "Augenblicksverhaftung",

Fehlende emotionale Steuerung (Faktor 2): "Impulsivität", "Gestörte Aggressionshemmung", "Impulsives Sozialverhalten",

Fehlender kompensatorischer Empfangsraum (Faktor 3): "Problematische Wohnverhältnisse", "Instabiles Beziehungsfeld", "Unsichere Arbeitsmöglichkeit", "Ungesicherte Nachbetreuung", "Pathologische Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren".

In die Faktoren "Sucht" (Faktor 4), "Fehlende Situationsbedingtheit der Tat" (Faktor 5) und "Fehlverhalten im Maßregelvollzug" (Faktor 6) gingen keine Items ein.

#### 5.2.4 Wie hoch war der Zusammenhang zwischen der Summe der Entlassungshindernisse und der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?

Bei der Korrelation der Summe der Entlassungshindernisse mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer errechnete sich ein Kontingenzkoeffizient von .500. Dies entsprach einer Varianzaufklärung von 25 %. Bei der Korrelation der Summe der Entlassungshindernisse mit der prognostizierten Unterbringungsdauer, berechnet für  $N_2 = 203$ , erhielt man einen Kontingenzkoeffizienten von .585 und somit eine Varianzaufklärung von 33,9 %.

5.2.5 Bestanden unterschiedliche Zusammenhänge zwischen den Entlassungshindernissen und der vorhergesagten bzw. der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ebenfalls eine lineare (multiple) Regression gerechnet. Die abhängige Variable war die vorhergesagte weitere Unterbringungsdauer bzw. die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer. Die unabhängigen Variablen (Einflussvariablen) waren die Entlassungshindernisse:

- "Zu hoher Strafreis",
- "Fehlende Einigung über Nachbetreuung"
- "Verhaltensprobleme in der Klinik",
- "Wunsch in der Klinik zu bleiben",
- "Unbeherrschte Suchtproblematik",
- „Fehlende Lockerungserprobung“,
- "Ungesicherte Nachbetreuung"
- "Nicht abgeschlossene Therapie"
- "Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen"
- "Fehlender Empfangsraum"
- "Mangelnder stabiler Behandlungsverlauf".

Der Stichprobenumfang betrug  $N_2 = 203$ .

Der Zusammenhang zwischen den Entlassungshindernissen und der prognostizierten weiteren Unterbringungsdauer wird durch ein multiples R von .674 dargestellt. Die Varianzaufklärung beträgt 45,4 %.

Bezogen auf die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer ergab sich hier ein multiples R von .508, das entsprach einer Varianzaufklärung von 25,8 %. Die Varianzaufklärung ist damit höher als jene der 6 HPB-Faktoren.

Die Beta-Gewichte und Signifikanzwerte der einzelnen Entlassungshindernisse bestimmten die Rangfolge über die Stärke des Zusammenhanges zur abhängigen Variablen.

Für die abhängige Variable "vorhergesagte weitere Unterbringungsdauer" ergab sich in der folgenden Tabelle aufgeführte Rangfolge der in signifikantem Zusammenhang stehenden Items. Zum Vergleich werden die Signifikanzwerte dieser Items bezogen auf die abhängige Variable "tatsächliche weitere Unterbringungsdauer" gegenübergestellt.

**Tabelle 17:** Signifikanzwerte und Beta-Gewichte der prognostizierten und tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer ermittelt durch eine lineare Regression mit den Einflussvariablen "Entlassungshindernisse", (N2 = 203)

|                                           | Vorhergesagte weitere Unterbringungsdauer (t1) |             | Tatsächliche weitere Unterbringungsdauer (t2) |             |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------|-------------|
|                                           | Beta-Gewicht                                   | Signifikanz | Beta-Gewicht                                  | Signifikanz |
| Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen | .293                                           | .001        | .216                                          | .036        |
| Wunsch in der Klinik zu bleiben           | .162                                           | .012        | .012                                          | .868        |
| Ungesicherte Nachbetreuung                | .183                                           | .030        | .035                                          | .724        |
| Fehlende Lockerungserprobung              | .147                                           | .034        | .156                                          | .053        |

Für das Item "Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen" bestand, bezogen auf die abhängige Variable "tatsächliche weitere Unterbringungsdauer", als einziges Item aus der Gruppe der Entlassungshindernisse eine signifikante Beziehung. Hingegen bestand zu der vorhergesagten weiteren Unterbringungsdauer ein signifikanter Zusammenhang mit den Items "Wunsch in der Klinik zu bleiben", "Ungesicherte Nachbetreuung" sowie "Fehlende Lockerungserprobung". Das Item "Fehlende Lockerungserprobung" verfehlte die Signifikanzschwelle bei den Merkmalen, die mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer in Zusammenhang stehen könnten, nur knapp.



5.2.6 Unterschieden sich die beiden Extremgruppen "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr" und "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über fünf Jahre" in den 6 Faktoren aus dem HPB?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde der T-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt. Als Testvariable dienten die Faktorscores, als Gruppenvariable die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer. Aus der Stichprobe wurden zwei Gruppen extrahiert: die Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer von bis zu einem Jahr und die Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer von fünf Jahren und mehr.

Hochsignifikante Werte ergaben sich beim T-Test für den Mittelwertvergleich für den Faktor 1 "Fehlende Beziehungsfähigkeit" und den Faktor 3 "Fehlender kompensatorischer sozialer Empfangsraum" mit p-Werten von jeweils  $<.00$ .

**Tabelle 18:** T-Test bei unabhängigen Stichproben, Mittelwertvergleich für Faktor 1 "Fehlende Beziehungsfähigkeit", Untersuchungszeitpunkt "t2"(01.11.1993)

| Faktor | Tatsächliche weitere Unterbringungsdauer | N  | Mittelwert | Signifikanz des Mittelwertes | Standardabweichung | Signifikanz der Standardabweichung |
|--------|------------------------------------------|----|------------|------------------------------|--------------------|------------------------------------|
| 1      | <1 Jahr                                  | 54 | -0,356     | .000                         | 1,028              | .002                               |
| 1      | >5 Jahre                                 | 59 | 0,281      |                              | 0,802              |                                    |

**Tabelle 19:** T-Test bei unabhängigen Stichproben, Mittelwertvergleich für Faktor 3 "Fehlender kompensatorischer sozialer Empfangsraum" Untersuchungszeitpunkt "t2"(01.11.1993)

| Faktor | Tatsächliche weitere Unterbringungsdauer | N  | Mittelwert | Signifikanz des Mittelwertes | Standardabweichung | Signifikanz der Standardabweichung |
|--------|------------------------------------------|----|------------|------------------------------|--------------------|------------------------------------|
| 3      | <1 Jahr                                  | 54 | -0,408     | .000                         | 0,876              | .606                               |
| 3      | >5 Jahre                                 | 59 | 0,285      |                              | 0,896              |                                    |

(T-Test für die Mittelwertgleichheit siehe TabelleXI im Anhang).

5.2.7 Unterschieden sich die beiden Extremgruppen "Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr" und "Patienten mit einer weiteren Un-

terbringungsdauer über fünf Jahre” in der Summe der 11 HPB-Entlassungshindernisse?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ebenfalls der T-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt.

**Tabelle 20:** T-Test bei unabhängigen Stichproben, Summe der Entlassungshindernisse Untersuchungszeitpunkt “t2”(01.11.1993)

|                                  | Tatsächliche weitere Unterbringungsdauer | N  | Mittelwert | Signifikanz des Mittelwertes | Standardabweichung | Signifikanz der Standardabweichung |
|----------------------------------|------------------------------------------|----|------------|------------------------------|--------------------|------------------------------------|
| Summe der Entlassungshindernisse | <1 Jahr                                  | 54 | 3,63       | .000                         | 3,02               | .000                               |
| Summe der Entlassungshindernisse | >5 Jahre                                 | 59 | 6,27       |                              | 2,11               | .000                               |

Der Unterschied zwischen beiden Gruppen war mit .000 hochsignifikant. Die Gruppe der Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer von über 5 Jahren hat fast doppelt so viele Entlassungshindernisse. Der Mittelwert für die Summe der Entlassungshindernisse betrug für die Patienten in der Kategorie bis zu einem Jahr 3,36 und in der Kategorie über fünf Jahren 6,27.

#### 5.2.8 Zusammenhänge der 46 HPB-Items und der 11 Entlassungshindernisse:

a) in Bezug auf die Extremgruppen ”Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr im Vergleich mit ”Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über fünf Jahre”?

Die beiden Extremgruppen, Patienten mit einer tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer von bis zu einem Jahr (N = 54) und über fünf Jahren (N = 59) wurden jeweils

zusammengefasst. Die so gebildete dichotomisierte Variable wurde mit den HPB-Items korreliert. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-b gewählt. Die signifikanten Werte werden in Tabelle 21 nach absteigendem Kendall-Tau-b-Wert angegeben.

| <b>Tabelle 21:</b> HPB-Items und Entlassungshindernisse die in signifikantem Zusammenhang mit der tatsächlichen Unterbringungsdauer der Extremgruppen bezogen auf die Unterbringungsdauer standen (N = 59). Erhebungszeitpunkt 01.11.1993 (t2) |             |               |             |                                                             |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|-------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| HPB-Items                                                                                                                                                                                                                                      | HPB-Bereich | Kendall-Tau-b | Signifikanz | Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis 1 Jahr | Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über 5 Jahre |
| Ungesicherte Nachbetreuung                                                                                                                                                                                                                     | D           | .530          | .000        | 26,9 %                                                      | 80 %                                                          |
| Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz                                                                                                                                                                                                    | C           | .414          | .000        | 54,7 %                                                      | 91,2 %                                                        |
| Fehlen realistischer Zukunftspläne                                                                                                                                                                                                             | D           | .413          | .000        | 35,8 %                                                      | 76,8 %                                                        |
| Problematische Wohnverhältnisse                                                                                                                                                                                                                | D           | .388          | .000        | 39,6 %                                                      | 78,8 %                                                        |
| Instabiles Beziehungsfeld                                                                                                                                                                                                                      | D           | .384          | .000        | 47,9 %                                                      | 84,4 %                                                        |
| Unsichere Arbeitsmöglichkeit                                                                                                                                                                                                                   | D           | .370          | .000        | 53,3 %                                                      | 87,5 %                                                        |
| Path. Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren                                                                                                                                                                         | B           | .327          | .000        | 22,6 %                                                      | 54,5 %                                                        |
| Gestörte Aggressionshemmung                                                                                                                                                                                                                    | B           | .306          | .001        | 30,2 %                                                      | 60,7 %                                                        |
| Fehlende Beziehungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                   | B           | .292          | .001        | 63 %                                                        | 87,9 %                                                        |
| Schlechtes Lernen aus Erfahrung                                                                                                                                                                                                                | B           | .286          | .002        | 58,8 %                                                      | 82,1 %                                                        |
| Problematisches Freizeitverhalten                                                                                                                                                                                                              | C           | .275          | .002        | 29,6 %                                                      | 56,9 %                                                        |
| Keine Therapiebereitschaft                                                                                                                                                                                                                     | C           | .255          | .006        | 44,2 %                                                      | 69,5 %                                                        |
| Keine Annäherung an spezifische Problematik                                                                                                                                                                                                    | C           | .249          | .007        | 63 %                                                        | 84,7 %                                                        |
| Impulsives Sozialverhalten                                                                                                                                                                                                                     | C           | .216          | .019        | 37 %                                                        | 58,6 %                                                        |
| Augenblicksverhaftung                                                                                                                                                                                                                          | B           | .206          | .028        | 48,1 %                                                      | 68,4 %                                                        |

| Fortsetzung Tabelle 21                                  |             |               |             |                                                             |                                                               |
|---------------------------------------------------------|-------------|---------------|-------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| HPB-Items                                               | HPB-Bereich | Kendall-Tau-b | Signifikanz | Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer bis 1 Jahr | Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer über 5 Jahre |
| Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen Symptomatik | B           | .206          | 0.28        | 15,1 %                                                      | 32,7 %                                                        |
| Keine Einsicht in die Krankheit/Störung                 | C           | .205          | 0.29        | 62,3 %                                                      | 80,7 %                                                        |
| Problematische Beurteilung(en)                          | C           | -.211         | 0.30        | 29,4 %                                                      | 12,2 %                                                        |
| Impulsivität                                            | B           | .193          | .041        | 53,8 %                                                      | 72,4 %                                                        |
| Fehlende Bindung an den Therapeuten                     | C           | .193          | .040        | 40,7 %                                                      | 60 %                                                          |
| Minderwertigkeitsproblematik                            | B           | -.191         | .048        | 65,3 %                                                      | 46,3 %                                                        |
| Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen               | E           | .497          | .000        | 42,6 %                                                      | 89,5 %                                                        |
| Mangelnder stabiler Behandlungsverlauf                  | E           | .487          | .000        | 47,2 %                                                      | 91,5 %                                                        |
| Fehlende Lockerungserprobung                            | E           | .407          | .000        | 46,3 %                                                      | 84,7 %                                                        |
| Fehlender Empfangsraum                                  | E           | .377          | .000        | 47,2 %                                                      | 83,3 %                                                        |
| Nicht abgeschlossene Therapie                           | E           | .368          | .000        | 50,9 %                                                      | 84,7 %                                                        |
| Ungesicherte fachliche Nachbetreuung                    | E           | .363          | .000        | 30,2 %                                                      | 66,7 %                                                        |
| Fehlende Einigung über Nachbetreuung                    | E           | .339          | .000        | 25,9 %                                                      | 58,3 %                                                        |
| Verhaltensprobleme in der Klinik                        | E           | .327          | .000        | 33,3 %                                                      | 66,1 %                                                        |
| Zu hoher Strafrest                                      | E           | .204          | .027        | 3,8 %                                                       | 16,1 %                                                        |

(Bereiche: A: "Kriminalität"; B: "Persönlichkeit/aktueller Krankheitszustand"; C: "Vollzugsverlauf; D: "Zukunftsplanung"; E: "Entlassungshindernisse der Klinik")

Aus dem Bereich A: "Kriminalität" des Hainaer Prognosebogens stand kein Item in signifikantem Zusammenhang mit den Extremgruppen. 8 von 13 in signifikantem Zusammenhang stehende Items stammten aus dem Bereich B: "Persönlichkeit/aktueller Krankheitszustand". Von den 16 Items in der Rubrik C: "Vollzugsverlauf" standen 8 Items in statistisch signifikantem Zusammenhang mit den Extremgruppen. Aus dem Bereich D: Zukunftsplanung bestand für 4 von 7

Items ein signifikanter Zusammenhang. Für 10 der 11 Entlassungshindernisse bestand ein hochsignifikanter bzw. signifikanter Zusammenhang mit den beiden Extremgruppen. Lediglich für das Item "Wunsch in der Klinik zu bleiben" bestand kein signifikanter Zusammenhang.

Im Vergleich mit der Korrelation der 46 HPB-Items der gesamten Stichprobe ( $N_2 = 203$ ) mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer ergaben sich beim Extremgruppenvergleich keine zusätzlichen Informationen. Das galt ebenso für den Vergleich mit der Korrelation der 11 Entlassungshindernisse mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer (siehe Tabelle X im Anhang).

b) mit den zum Stichtag 01.11.1998 ( $t_3$ ) noch oder wieder in der Klinik untergebrachten Patienten.

Es wurde eine nicht parametrische Korrelation durchgeführt. Die 46 HPB-Items sowie die 11 Entlassungshindernisse wurden mit der Gruppe der 35 Patienten, die am Stichtag 01.11.1998 in der Klinik waren und der Gruppe der Patienten, die zu diesem Zeitpunkt entlassen waren, statistisch in Zusammenhang gebracht. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-b gewählt.

In Tabelle 22 werden die HPB-Items mit signifikantem Zusammenhang nach absteigendem Kendall-Tau-b-Wert angegeben:

**Tabelle 22:** Items des HPB, die einen signifikanten Zusammenhang mit der Gruppe der am Stichtag „t3“ (01.11.1998) entlassenen und nicht entlassenen Patienten zeigten (N3 = 202)

| HPB-Items                                                                      | Kendall-Tau-b | Signifikanz | Entlassene Patienten | Nicht entlassenen Patienten |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|-----------------------------|
| Pathologische Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren | .224          | .004        | 31,9 %               | 60,6 %                      |
| Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen psychotischen Symptomatik          | .177          | .032        | 21,1 %               | 41,2 %                      |
| Ungesicherte Nachbetreuung                                                     | .156          | .036        | 53,3 %               | 74,1 %                      |
| Sonstige Straftaten*                                                           | -.109         | .027        | 11,4 %               | 2,9 %                       |
| Rückstufungen                                                                  | .135          | .052        | 47,9 %               | 65,7 %                      |
| <b>Entlassungshindernisse der Klinik</b>                                       |               |             |                      |                             |
| Ungesicherte fachliche Nachbetreuung                                           | .164          | .037        | 44,8 %               | 66,7 %                      |

(K.T.b. = Kendall-Tau-b; Sig. = Signifikanz; Sonstige Straftaten\* = nicht einschlägige Straftaten im Vollzugsverlauf)

Das Merkmal "Pathologische Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren", war bei 60,6 % der Patienten, die zum Stichtag 01.11.1998 noch in der Klinik waren, zum Ausfülldatum des HPB vorhanden. In der Gruppe der zu diesem Stichtag entlassenen Patienten war es zum Ausfülldatum des HPB nur zu 31,9 % vorhanden.

Das Item "Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen psychotischen Symptomatik" war in der Gruppe der zum Stichtag 01.11.1998 in der Klinik befindlichen Patienten zu 41,2 % vorhanden, in der übrigen Stichprobe nur zu 21,1 %.

Bei 74,1 % der Patienten, die zum 2. Stichtag noch in der Klinik waren, war bei Erstellung des HPB das Merkmal "Ungesicherte Nachbetreuung" vorhanden. In der übrigen Stichprobe war das Merkmal zu 53,3 % zu finden.

"Sonstige Straftaten", d. h. nicht einschlägige Straftaten im Vollzugsverlauf, beurteilt zum Ausfülldatum des HPB, fanden sich bei nur 2,9 % der Patientengruppe, die am 01.11.1998 in der Klinik war, im Vergleich zu 11,4 % bei der Gruppe der Entlassenen.

”Sonstige Straftaten” spielten somit für die Extremgruppe der sich am 01.11.1998 immer noch oder wieder in der Klinik befindlichen Patienten eine zwar deutlich geringere Rolle als für alle anderen Patienten, aber auch bei den entlassenen Patienten kam das Merkmal relativ selten vor.

Das Item ”Rückstufungen” hatte die Signifikanzschwelle nur knapp verfehlt. 65,7 % der Patienten der Gruppe, die am Stichtag 01.11.1998 (t3) in der Klinik waren, wurden vor Ausfülldatum des HPB ein oder mehrere Male zurückgestuft. In der restlichen Stichprobe waren es nur 47,9 %.

In der Rubrik der Entlassungshindernisse gab es nur ein Item mit signifikantem Zusammenhang, die ”Ungesicherte fachliche Nachbetreuung”. Das Item war bei den Patienten, die am Stichtag 01.11.1998 (t3) in der Klinik waren, zum Ausfülldatum des HPB zu 66,7 % vorhanden, in der übrigen Gruppe nur zu 44,8 %.

Es zeigte sich, dass die Patienten mit chronisch paranoider Symptomatik, bei denen ein enger Zusammenhang zwischen Straftat und Krankheit besteht, eine besondere Problemgruppe darstellen.

c) mit der Gruppe der 25 Patienten, bei denen mindestens eine Entlassung im gesamten Untersuchungszeitraum gescheitert war.

Die 46 HPB-Items sowie die 11 Entlassungshindernisse wurden mit der Gruppe der seit Ausfülldatum des Hainaer Prognosebogens bis zum Stichtag 01.11.1998 (t3) beim ersten Mal erfolgreich entlassenen Patienten und denen, deren erster Entlassungsversuch gescheitert war, statistisch untersucht. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-b gewählt.

Im Folgenden werden die signifikanten HPB-Items nach absteigendem Kendall-Tau-b-Wert angegeben sowie die prozentuale Häufigkeit des jeweiligen Items für die beiden Gruppen.

**Tabelle 23:** Items des HPB, die einen signifikanten Zusammenhang mit den Patienten, deren erste Entlassung gescheitert war (N = 25) und den erfolgreich entlassenen Patienten (N = 157) zeigten. Untersuchungszeitpunkt 01.11.1998 (t3)

| HPB-Items     | Kendall-Tau-b | Signifikanz | Erfolgreich entlassene Patienten | Patienten deren erste Entlassung gescheitert ist |
|---------------|---------------|-------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| Impulsivität  | -.176         | .027        | 64,7 %                           | 40,0 %                                           |
| Depressivität | .151          | .048        | 44,9 %                           | 66,7 %                                           |

Auffällig ist, dass Impulsivität bei den erfolgreich entlassenen Patienten häufiger vorkommt als bei den Patienten, bei denen eine Entlassung gescheitert ist. Patienten, deren Entlassung zumindest einmal scheiterte, scheinen vermehrt zu einer depressiven Stimmungslage zu neigen.

Die zusätzlich durchgeführte Untersuchung des Zusammenhangs mit den Außenkriterien (Alter, Diagnose, Delikt, bisherige Aufenthaltsdauer, Zeitraum seit einweisendem Urteil, aktuelle Stufe bei Prognosestellung) ergab keine signifikanten Zusammenhänge.

d) mit der Gruppe der 9 Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, bei denen die erste Entlassung gescheitert war.

Es wurde eine nicht parametrische Korrelation durchgeführt. Die 46 HPB-Items sowie die 11 Entlassungshindernisse wurden mit der Gruppe der seit Ausfülldatum des Hainauer Prognosebogens bis zum Stichtag 01.11.1998 ( t3) beim ersten Mal erfolgreich entlassenen Patienten und denen, deren erster Entlassungsversuch gescheitert war, korreliert. Als Maß für den Zusammenhang wurde Kendall-Tau-b gewählt.

Für die Gruppe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ergaben sich keine interpretierbaren signifikanten Zusammenhänge.

e) mit der Gruppe der 14 Patienten mit einer Schizophrenie, bei denen die erste Entlassung gescheitert war?



Es wurde ebenfalls eine nicht-parametrische Korrelation durchgeführt. Die 46 HPB-Items sowie die 11 Entlassungshindernisse wurden mit der Gruppe der seit Ausfülldatum des Hainaer Prognosebogens bis zum Stichtag 01.11.1998 ( t3) beim ersten Mal erfolgreich entlassenen Patienten und den Patienten, die im Untersuchungszeitraum nie entlassen wurden, korreliert. Als Zusammenhangsmaß wurde der Kendall-Tau-b gewählt.

Im Folgenden werden die signifikanten HPB-Items nach absteigendem Kendall-Tau-b-Wert angegeben sowie die prozentuale Häufigkeit des jeweiligen Items für die beiden Gruppen.

| <b>Tabelle 24:</b> Items mit signifikantem Zusammenhang bei der Korrelation der 46 HPB-Items und der 11 Entlassungshindernisse mit den schizophrenen Patienten, deren erste Entlassung gescheitert war (N = 9) und den erfolgreich entlassenen schizophrenen Patienten (N =70). Untersuchungszeitpunkt 01.11.1998 (t3) |               |             |                                  |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| HPB-Items                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Kendall-Tau-b | Signifikanz | Erfolgreich entlassene Patienten | Patienten deren erste Entlassung gescheitert ist |
| Problematische Beurlaubungen                                                                                                                                                                                                                                                                                           | .432          | .024        | 4,7 %                            | 38,5 %                                           |
| Hohes Suchtpotential                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | .391          | .007        | 21,3 %                           | 64,3 %                                           |
| Unbeherrschte Suchtproblematik                                                                                                                                                                                                                                                                                         | .379          | .017        | 13 %                             | 50 %                                             |
| Rauschmitteleinfluß bei Suchtproblematik                                                                                                                                                                                                                                                                               | .320          | .019        | 31,8 %                           | 69,2 %                                           |
| Verhaltensprobleme in der Klinik                                                                                                                                                                                                                                                                                       | .295          | .019        | 36 %                             | 71,4 %                                           |
| Fehlende Einigung über Nachbetreuung                                                                                                                                                                                                                                                                                   | .286          | .046        | 29,3 %                           | 61,5 %                                           |
| Hohe Störbarkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | .277          | .012        | 53,1 %                           | 85,7 %                                           |
| Delinquenz zurückzuführen auf grundlegende Persönlichkeitsmerkmale                                                                                                                                                                                                                                                     | .219          | .016        | 51,2 %                           | 84,6 %                                           |
| Delinquenz zurückzuführen auf spezifische Tatsituation                                                                                                                                                                                                                                                                 | .196          | .046        | 72,9 %                           | 92,9 %                                           |
| Problematische Beurlaubung(en)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | .347          | .014        | 4,7 %                            | 38,5 %                                           |

Die schizophrenen Patienten mit einer gescheiterten Entlassung (bei zwei gescheiterten Entlassungen wurde nur die zweite Entlassung berücksichtigt) waren im Durchschnitt 2,8 Jahre in Freiheit. Vier dieser Patienten waren mit einem Gewaltdelikt rückfällig gewor-

den, die übrigen 10 hatten auf Grund von Verschlechterungen der Schizophrenie Weisungsverstöße begangen oder deliktnehe Verhaltensweisen gezeigt.

## 6 Diskussion

Die Beantwortung von Fragen nach dem Risiko künftiger Delinquenz gehört zu den schwierigsten Aufgaben, die an psychiatrische Sachverständige herangetragen werden, zumal die empirisch wissenschaftlichen Grundlagen für die Beantwortung solcher Fragestellungen begrenzt sind [76]. Hinzu kommt, dass eine wirkliche Überprüfung der Risikoeinschätzung nicht stattfindet. Patienten, die weiterhin für gefährlich gehalten werden, d. h. für die ein Rückfall prognostiziert wird, obwohl es zu diesem, würde der betroffene entlassen werden, nicht kommen würde, werden als „Falsch-Positive“ bezeichnet. Umgekehrt werden die Fälle, für die kein Rückfallrisiko prognostiziert wurde, die Patienten jedoch rückfällig geworden sind, als „Falsch-Negative“ bezeichnet. Die Forderung nach hoher Sicherheit für die Allgemeinheit führt letztlich dazu, eine höhere Rate an „Falsch-Positiven“ zugunsten einer möglichst kleinen Rate „Falsch-Negativer“ in Kauf zu nehmen.

Da eine Entlassung lediglich zur Überprüfung der Richtigkeit der Prognose aus juristischen und ethischen Gründen nicht zu verantworten ist, müssen Überlegungen angestellt werden, welche anderen Methoden zur Überprüfung von Prognosen verwertbare Informationen liefern können. Hier würde sich z. B. die Untersuchung der Rückfälligkeit nach der bedingten Entlassung bzw. Entlassung aus dem Maßregelvollzug anbieten. In der vorliegenden Untersuchung wurden aber keine Risikoprognosen, die zum Zeitpunkt der Entlassung gestellt wurden, analysiert, sondern Prognosen über die Dauer der weiteren Unterbringung, die zu einem willkürlich festgelegtem Zeitpunkt während der Unterbringung gestellt wurden.

Unter Zugrundelegung des Brunswik'schen Linsenmodelles als Heuristik, welches die Zusammenhänge, die zwischen den Merkmalen, dem Urteil des Prognostikers und dem vom Patienten ausgehenden Risiko bestehen, einbezieht, wurden Prädiktoren und Krite-

rium definiert und betrachtet. Als Kriteriumsvariable wurde die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer operationalisiert in vier Zeitkategorien festgelegt. Je länger ein Patient in der Unterbringung bleiben muss, desto höher wird also das von ihm ausgehende Risiko angesehen, bzw. umso länger dauert es, das Rückfallrisiko durch die Therapie im Maßregelvollzug zu minimieren. Die Problematik dieses Konstruktes ist, dass auch die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer und somit das Risiko auf prognostischen Einschätzungen beruhen und real nicht überprüft werden können.

In die Prognose, wie lange die weitere Unterbringung des Patienten dauern wird, fließt das klinische Urteil ein, d. h. der Therapeut gewichtet das Vorliegen bestimmter Merkmale in Verbindung mit seiner Erfahrung über Behandlungserfolge und Behandlungsdauer.

Prognosen sind nicht nur bezogen auf die Entlassung wichtig, sondern auch für die Therapieplanung und Gestaltung des sichernden und der Rehabilitation dienenden Behandlungssettings. Insofern sind Prognosen von Therapeuten über die notwendige Dauer der Unterbringung und damit für die Kosten des Maßregelvollzuges von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Zudem erhöht die wiederholte prognostische Einschätzung und deren intramurale Überprüfung die prognostische Kompetenz der Behandler, was auch die Treffsicherheit der Entlassungsprognose verbessern dürfte [76].

In dieser Untersuchung wurde die Treffsicherheit der Prognosen hinsichtlich der weiteren Unterbringungsdauer überprüft und Faktoren analysiert, die sowohl die Prognose als auch die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer beeinflussen.

Es zeigte sich, dass die Treffsicherheit der von Therapeuten gestellten Prognosen über die weitere Unterbringungsdauer bei Unterbringungszeiten bis zu einem Jahr und bei Unterbringungszeiten von über 5 Jahren mit 60,3 % bzw. 67,9 % recht hoch war. Zwischen Prognose und tatsächlicher weiterer Unterbringungsdauer bestand ein hochsignifikanter Zusammenhang. Die Trennung zwischen weniger gefährlichen Patienten, d. h. denen, die schnell entlassbar waren, und den Patienten mit hohem Rückfallrisiko, welche noch einer längeren Behandlung bedurften, gelang über zufällig häufig. Allerdings sind hier die unterschiedlich langen Prognosezeiträume zu berücksichtigen. Kurzzeitprognosen, wie für weitere Unterbringungszeiträume unter einem Jahr, sind zuverlässiger als

Langzeitprognosen. Auch die unterschiedliche Breite der Prognosezeiträume, die z. B. bei der Gruppe mit einer weiteren Unterbringungsdauer von 2 – 5 Jahren 3 Jahre beträgt, bei der Gruppe mit einer weiteren Unterbringungsdauer von 1 – 2 Jahren aber nur 1 Jahr, lässt bei der erstgenannten eine höhere Trefferquote erwarten.

Insgesamt zeigte sich aber, trotz der oben angesprochenen Problematik der Prognosezeiträume, bei den Therapeuten eine deutliche Tendenz, die Unterbringungszeiten eher zu kurz einzuschätzen und somit auch das von den Patienten ausgehende Risiko zunächst eher zu unterschätzen als zu überschätzen. Bei den 97 Probanden mit falsch prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer lag der Fehler bei 74 (76,3 %) Probanden in einer zu kurzen Einschätzung, bei nur 23 (23,7 %) der Probanden in einer zu langen Einschätzung. Rasch [87] hingegen vertrat die Meinung, dass, sofern der für die Unterbringung Verantwortliche sich auch therapeutisch für den Gefangenen oder Untergebrachten verantwortlich fühlt, er auch zu einer Verlängerung der Unterbringung neigt. Der Therapeut neige dazu, die von ihm für notwendig erachtete Therapie durchzuführen, obwohl die weitere Inhaftierung oder Unterbringung unter dem Gesichtspunkt der Sicherung nicht mehr notwendig sei und trage somit zu einer Verlängerung der Unterbringung bei. Die hier dargestellten Ergebnisse legen demgegenüber nahe, dass Therapeuten zunächst eher eine kürzere Behandlungsdauer im Auge haben, als sie in der Realität erfolgt.

Betrachtet man den Einfluss der einzelnen Items auf die Vorhersage der weiteren Unterbringungsdauer, fällt auf, dass der Wunsch des Patienten, in der Klinik zu bleiben, zu einer tendenziell zu langen Einschätzung der weiteren Unterbringungsdauer führt. Therapeuten scheinen somit bei ihrer Einschätzung den subjektiven Wünschen der Maßregelvollzugspatienten Rechnung zu tragen, wenn sie Prognosen abgeben. Bei der Entlassung spielen solche Wünsche dann offensichtlich eine geringere Rolle, wobei nicht auszuschließen ist, dass sich die Einstellung und der Wunsch des Betroffenen bis zum Zeitpunkt der Entlassung geändert hat. Bei allen Patienten mit einer zu lang eingeschätzten weiteren Unterbringungsdauer lag das Merkmal „Instabiles Beziehungsumfeld“ vor, umgekehrt wurde daher bei keinem Patient mit einem stabilen Beziehungsfeld die weitere Unterbringungsdauer überschätzt. Mangelnde Unterstützung durch die Familie, aber auch fehlende Bezugspersonen, z. B. in einer nachbetreuenden Einrichtung, erhöhen das

Rückfallrisiko. So konnten unzureichende familiäre Bindungen als Risikofaktor für gewalttätige Handlungsweisen identifiziert werden [51, 30]. Sie wurden im HCR-20 als Item R 3 „Mangel an Unterstützung“ kodiert. Nedopil [74] bezeichnete das Merkmal „Sozialer Empfangsraum“ als das Merkmal mit der zweithöchsten Spezifität für prognostische Einschätzungen, eine Einschätzung, die sich in weiteren empirischen Untersuchungen dieses Autors bestätigten [76]. Auch Convit et al. [14] fanden heraus, dass „Auffälligkeiten in der familiären Umgebung“ eine statistisch relevante Aussagekraft bezüglich gewalttätiger Handlungen von Patienten auf einer psychiatrischen Akutstation haben.

In die gleiche Richtung geht die Tatsache, dass für keinen Patienten, für den eine gesicherte Nachbetreuung bestand, eine zu lange Unterbringungsdauer vorhergesagt wurde. Einer gesicherten Nachbetreuung scheint daher eine ganz erhebliche Bedeutung zuzukommen. Patienten, die eine solche Nachbetreuung hatten, wurden nicht fälschlich als zu gefährlich eingeschätzt. Allerdings zeigt die Praxis, dass ein Nachbetreuungssetting erst dann für einen Patienten konkret organisiert wird, wenn man diesem in absehbarer Zeit ein deliktfreies Leben außerhalb des Maßregelvollzuges zutraut. Eine gesicherte Nachbetreuung setzt voraus, dass der Patient Unterstützung bekommt, destabilisierende Faktoren reduziert werden können, er bezüglich der geplanten Nachbetreuung compliant ist und evtl. vorhandene Stressoren, zumindest teilweise, ausgeschaltet werden können. Bei Patienten mit nicht zu lang prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer war das Merkmal „Ungesicherte Nachbetreuung“ in etwa der Hälfte der Fälle vorhanden und ergab somit keinen besonderen Hinweis.

Das Merkmal "Delinquenz zurückzuführen auf eine psychopathologische Entwicklung" (gemeint war in dem Hainaer Prognosebogen eine auf eine chronische Belastung und nicht auf einen schicksalhaften Konflikt zurückzuführende Entwicklung) fand sich deutlich häufiger bei Patienten, die richtigerweise mit einer langen oder einer zu langen weiteren Unterbringungsdauer prognostiziert wurden, als bei Patienten mit zu kurz prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer. Therapeuten unterschätzten beim Vorliegen dieses Merkmals offenbar seltener die notwendige Dauer der Therapie.

Das Merkmal "Sonstige Straftaten" (nicht einschlägige Straftaten im Vollzugsverlauf) kam bei Patienten mit zu lang prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer in 17,4 % der Fälle vor und bei 4,1 % der Patienten, für welche die weitere Unterbringungsdauer zu kurz eingeschätzt wurde. Die Vordelinquenz wurde im Hainaer Prognosebogen nicht explizit erfasst. Eine Trennung zwischen gewaltfreier und gewalttätiger Vordelinquenz wäre zudem für die Nachuntersuchung sinnvoll gewesen. Das Merkmal "Sonstige Straftaten" gab aber Hinweise auf eine allgemeine Bereitschaft zu kriminellen Verhalten. Therapeuten scheint das Vorhandensein dieses Merkmals zu einer zunächst zu pessimistischen Prognose über die Dauer der weiteren Unterbringung zu veranlassen. Nach Webster et al. [112] fand sich in den Untersuchungen von Steadman & Halfon [99] sowie Kozol et al. [53], dass das Merkmal Vordelinquenz eine enge Beziehung zu späteren Festnahmen aufweist. Zahlreiche weitere Untersuchungen wie die von Steadman & Coccozza [101], Convit et al. [14], Lidz & Mulvey [59], Klassen & O'Conner [49,50], Harris et al. [41] und Gretenkord [36] bestätigten diesen Zusammenhang. Jockusch [46] hingegen fand keinen solchen Zusammenhang bei seiner Stichprobe.

Von großem Interesse wäre es sicherlich herauszufinden, ob die Patienten mit dem Merkmal „Vordelinquenz“ nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug tatsächlich häufiger durch Straftaten auffallen. Das Merkmal ergab jedenfalls keinen signifikanten Zusammenhang mit der weiteren tatsächlichen Unterbringungsdauer. Es war also tatsächlich für die Unterbringungsdauer irrelevant.

Das Merkmal "Keine Einsicht in die Krankheit bzw. Störung" war bei über 95 % der Patienten vorhanden, deren weitere Unterbringungsdauer zu lang und somit das von ihm ausgehende Rückfallrisiko zu hoch eingeschätzt wurde. Krankheitseinsicht ist nach Ne-

dopil [74] das Merkmal, welches von den meisten Gutachtern als das spezifischste für die prognostische Einschätzung gewertet wird. Auch im HCR-20 ist das Item C1 "Mangel an Einsicht" zu bewerten. Möglicherweise wird dieses Merkmal aber in der klinischen Bewertung überschätzt. In der Praxis zeigt sich, dass ein Teil der Patienten, die zwar keine Einsicht in die Störung haben, aber sich dennoch bezüglich ihrer Behandlung bzw. Nachsorge compliant zeigen, aus der Unterbringung entlassbar sind. Dieses Merkmal ist nach der vorliegenden Untersuchung für die tatsächliche Unterbringungsdauer nicht relevant.

Betrachtet man das Problem der Validität von Prognosekriterien über die weitere Unterbringungsdauer, ist folgendes festzustellen: Die 6 HPB-Faktoren haben mit einem Varianzanteil von 30,7 % einen fast doppelt so starken Einfluss auf die Vorhersage der weiteren Unterbringungsdauer wie auf die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer (15,8 %). Daraus ist abzuleiten, dass sich die aus dem klinischen Wissen abgeleiteten Beurteilungsfaktoren zwar in der klinischen Beurteilung wiederfinden, dass der Bezug zur Realität der Unterbringung im Maßregelvollzug jedoch weit weniger bedeutsam ist als Kliniker annehmen.

Einen hochsignifikanten Zusammenhang, sowohl mit der prognostizierten als auch mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer, zeigten die HPB-Faktoren 3 "Fehlender kompensatorischer sozialer Empfangsraum" und 1 "Fehlende Beziehungsfähigkeit". Man sollte den HPB-Faktor 1 vielleicht noch treffender als in der Erstuntersuchung mit "Fehlende Störungsbewältigung" benennen, da neben der Problematik der mangelnden Beziehungsfähigkeit Probleme wie fehlende Annäherung an die spezielle Problematik, fehlende Therapiebereitschaft, fehlende Einsicht in die Krankheit/Störung, fehlende Normalisierungs- /Gesundungstendenz überwiegen (siehe Tabelle 12).

Durch die extrahierten Faktoren wird die Wichtigkeit eines geeigneten Entlassungssettings und einer persönlichen Anbindung an nachbetreuende Personen deutlich. Patienten, die nicht beziehungsfähig sind und ihre Störung nicht ausreichend bewältigt haben, sind erheblich schwerer zu entlassen; ihr Rückfallrisiko wurde deutlich höher eingeschätzt. Sie hatten tatsächlich auch eine längere weitere Unterbringungsdauer. Die HPB-

Faktoren "Fehlende emotionale Steuerung/Affektstörung", „Sucht“ und "Fehlverhalten im Maßregelvollzug" hatten keinen signifikanten Zusammenhang mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer. Für die beiden letztgenannten galt diese Einschätzung auch für die von Therapeuten abgegebene Prognose. Der Faktor „Fehlende Situationsbedingtheit der Tat“ wurde prognostisch ungünstiger bewertet als es sich in der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer widerspiegelt.

Betrachtete man die einzelnen HPB-Items, zeigt sich, dass das Item "Ungesicherte Nachbetreuung" bereits 15,5 % der Varianz der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer aufklärte. Das Item "Fehlen realistischer Zukunftspläne" klärte 10,6 % der Varianz auf und ist somit das Einzelitem mit der zweitgrößten Varianzaufklärung.

Zwischen dem Außenkriterium "Stufe am Ausfülldatum des HPB" (Ausmaß der gewährte Vollzugslockerung) und der tatsächlichen weiteren Behandlungsdauer bestand als einzigem Außenkriterium eine signifikante Beziehung. Durch die Stufe wurden 19,7 % der Varianz der tatsächlichen weiteren Unterbringung aufgeklärt. Die Hauptdiagnose hatte mit 10,7 % hingegen einen deutlich geringeren Anteil an der Varianz. In der Untersuchung von Strand et al. [106] fanden sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen bezüglich des Risikos für gewalttätige Rückfalldelinquenz.

Es standen zudem 18 der 46 HPB-Items ("Ungesicherte Nachbetreuung", "Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz", "Fehlen realistischer Zukunftspläne", "Problematische Wohnverhältnisse", "Unsichere Arbeitsmöglichkeit", "Instabiles Beziehungsfeld", "Pathologische Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren", "Gestörte Aggressionshemmung", "Problematisches Freizeitverhalten", "Schlechtes Lernen aus Erfahrung", "Keine Therapiebereitschaft", "Fehlende Beziehungsfähigkeit", "Impulsives Sozialverhalten", "Impulsivität", "Keine Annäherung an spezielle Problematik", "Problematische Beurlaubung(en)", "Keine Einsicht in die Krankheit/Störung", "Augenblicksverhaftung") in statistisch signifikantem Zusammenhang mit der weiteren Unterbringungsdauer. 13 dieser Items gingen auch in die ersten 3 Faktoren „Fehlende Beziehungsfähigkeit“, „Fehlende emotionale Steuerung/Affektstörung“ und „Fehlender kompensatorischer sozialer Empfangsraum“ ein, wie im Kapitel 5.2.3. dargestellt, wo-



durch die Relevanz dieser Merkmale für die Prognose der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer erneut verdeutlicht wird.

Durch die Entlassungshindernisse der Klinik wurden 25,8 % der Varianz der tatsächlichen weiteren Unterbringung aufgeklärt. Allerdings war der Varianzanteil bei der Klärung der prognostischen Einschätzung mit 45,4 % erheblich höher als bei der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer. Das Merkmal "Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen" wies als einziges Item der 11 Entlassungshindernisse einen signifikanten Zusammenhang mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer auf.

Es zeigt sich, dass die erfassten Merkmale die prognostische Einschätzung besser erklären als die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer. Dies gilt sowohl für die 6 HPB-Faktoren als auch für die Einzelitems und die Entlassungshindernisse. Das bedeutet, dass der Hainaer Prognosebogen auch besser die prognostische Praxis abbildet, als Zusammenhänge mit der Realität darstellt.

Dennoch sind insgesamt betrachtet gute Vorhersagen über die tatsächliche weitere Behandlungsdauer durch die beiden HPB-Faktoren "Fehlende Beziehungsfähigkeit" (oder besser „Fehlende Störungsbewältigung“) und "Fehlender kompensatorischer Empfangsraum", durch das Entlassungshindernis "Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen" sowie durch die genannten 18 der 46 HPB-Items zu erhalten

Der Vergleich der Extremgruppen, bezogen auf ihre Unterbringungsdauer, ergab sowohl auf der Ebene der 11 Entlassungshindernisse, der 46-HPB Items als auch auf der Ebene der 6 HPB-Faktoren wenig zusätzliche Informationen.

Allerdings hatten Patienten mit einer weiteren Unterbringungsdauer von über 5 Jahren fast doppelt so viele Entlassungshindernisse wie Patienten, die nur bis zu einem weiteren Jahr untergebracht waren. Bei den 35 Patienten der Stichprobe, die sich am 01.11.1998 in der Klinik befanden, fand sich prozentual doppelt so häufig das Merkmal "Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen Symptomatik" wie bei entlassenen Patienten. Von den 25 Patienten, deren erste Entlassung gescheitert war, konnten 14 Patienten bis zum Stichtag 01.11.1998 nicht entlassen werden. Dies bedeutet, dass über die Hälfte der Patienten mit mindestens einer gescheiterten Entlassung sehr lange Unterbrin-

gungszeiten hatten. Zum einen scheint das ein Hinweis darauf zu sein, dass eine gescheiterte Entlassung zur Annahme der Therapeuten führt, dass die Legalprognose deutlich verschlechtert ist, zum anderen kann auch das Risiko für eine Rückfalldelinquenz dieser Patienten tatsächlich deutlich erhöht sein.

Patienten mit extrem langen Unterbringungszeiten sind chronisch gestörte Patienten, die ihre Delikte aus der Krankheit heraus begangen haben und keine ausreichende Gesundungstendenz zeigen. Das Nachbetreuungssetting, das erforderlich wäre, ist meist nicht zu organisieren, da entsprechende Einrichtungen kaum existieren. Aus dieser Tatsache mussten im hessischen Maßregelvollzug bereits Konsequenzen gezogen werden. Es wurde ein sozialtherapeutischer Wohnbereich eröffnet, um den Patienten, die voraussichtlich auf Dauer bzw. auf nicht absehbare Zeit untergebracht sein werden, einen auf die speziellen Erfordernisse und Bedürfnisse abgestimmten Bereich zu schaffen. In einigen Fällen ist ein Therapieerfolg, der zur Entlassung führt, nicht zu erreichen, da ein zu hohes Rückfallrisiko fortbesteht. Die Aufgabe des Maßregelvollzugs besteht hier darin, mit diesem Risiko umzugehen. Der Umgang mit diesem Risiko (risk management) sollte unter anderen ein Ziel moderner Untersuchungen zur Gefährlichkeitsprognose sein [103].

Die Untersuchung aller Patienten mit mindestens einer gescheiterten Entlassung aus dem Maßregelvollzug sowie die alleinige Betrachtung der Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patienten erbrachte keine signifikanten Zusammenhänge mit den HPB-Items.

Interessante Ergebnisse ergaben sich aber durch die alleinige Betrachtung der schizophrenen Patienten, die mindestens eine gescheiterte Entlassung im gesamten Untersuchungszeitraum aufwiesen. Durch die getrennte Untersuchung dieser Gruppe wurden hochsignifikante und signifikante Zusammenhänge deutlich. Die Zeit, die diese Patienten in Freiheit verbracht hatten, betrug durchschnittlich 2,8 Jahre. Etwa zwei Drittel der Patienten mussten in Folge einer Verschlechterung

ihres Krankheitsbildes und damit einhergehender Weisungsverstöße oder deliktnaher Verhaltensweisen wieder in der Klinik untergebracht werden. Es wurde deutlich, dass diese Patienten erheblich häufiger eine Alkohol- und/oder Drogenproblematik hatten, als die schizophrenen Patienten, die erfolgreich entlassen werden konnten. Alkohol- und Drogenmissbrauch stellen allgemein ein gravierendes Problem bei schizophrenen Patienten dar. Etwa jeder dritte Patient mit einer Schizophrenie hat auch ein Alkoholproblem [15, 98]. Die Patienten dieser Gruppe weisen auch das Merkmal "Hohe Irritabilität" auf, was sich in einer geringen Stabilität der Stimmung und des Verhaltens äußert. In der forensischen Klinik Haina besteht daher seit 1991 eine Spezialstation für Patienten mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Sucht.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass sowohl die prognostische Einschätzung zu dem Zeitpunkt t1 (und t2) als auch die tatsächliche Unterbringungsdauer auf Beurteilungen des Therapeuten und der Klinikleitung beruhen und nicht notwendigerweise auf der tatsächlichen Verwirklichung eines Risikos. Die Aufenthaltsdauer spiegelt den Zeitraum wieder, der zur Vermeidung eines antizipierten Risikos für notwendig gehalten wird. Gleichwohl ist die Optimierung dieser Risikoeinschätzung von enormer Bedeutung. Die richtige Risikoeinschätzung führt zu einer Minimierung der Gefahr für die Allgemeinheit, zur Vermeidung unnötigen Freiheitsentzuges für die Unterbrachten und zur Senkung von Kosten, da lediglich gefährliche Patienten untergebracht bleiben sollten, während ungefährliche in eine adäquate, weitaus kostengünstigere Nachsorge entlassen werden könnten [4].

Der Hainaer Prognosebogen war aufgrund klinischer Erfahrung und Expertenwissens als Instrument der Prognosebeurteilung entwickelt worden. Diese Nachuntersuchung hat gezeigt, dass die klinische Prognoseeinschätzung und die kriterienorientierte Prognosestellung mit dem Prognosebogen eine hohe Übereinstimmung aufweisen, dass die Übereinstimmung mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer gering ist, wobei die klinische Einschätzung der kriterienorientierten nicht überlegen erscheint. Allerdings können beide Prognosemethoden äußere Einflüsse, wie z. B. verbesserte therapeutische Betreuung auf der einen Seite oder

vermehrte Sicherheitsbedürfnisse von Öffentlichkeit und Entscheidungsorganen auf der anderen Seite, nicht einbeziehen, so dass auch bei bester Individualprognose eine Reihe solcher Variablen die tatsächliche Aufenthaltsdauer in nicht vorhersehbarer Weise beeinflussen können. Die kriterienorientierte Erfassung ermöglicht vor allem eine quantitative Auswertung und In-Beziehung-Setzung von Merkmalen zur prognostischen Einschätzung und Aufenthaltsdauer. Als Kriterien für lange Aufenthaltsdauern sind aufgrund dieser Untersuchung schwerpunktmäßig folgende Merkmale zu werten:

**Auf der Ebene der Erkrankung/Störung:**

„Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz“ „Pathologische Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren“, „Gestörte Aggressionshemmung“, „Fehlende Beziehungsfähigkeit“, „Schlechtes Lernen aus Erfahrung“, „Keine Einsicht in die Krankheit/Störung“.

**Auf der Ebene des Verhaltens:**

„Problematisches Freizeitverhalten“, „Keine Therapiebereitschaft“, „Impulsives Sozialverhalten“, „Verhaltensprobleme in der Klinik“, „Ungesicherte Nachbetreuung“.

**Auf der Ebene der Entlassungsplanung:**

„Fehlen realistischer Zukunftspläne“, „Instabiles Beziehungsfeld“, „Ungesicherte fachliche Nachbetreuung“, „Fehlende Einigung über Nachbetreuung“, „Problematische Wohnverhältnisse“, „Unsichere Arbeitsmöglichkeit“.

Demgegenüber spricht das Fehlen der genannten Merkmale für eine kurze Aufenthaltsdauer.

Die Anwendung des HPB wurde inzwischen aufgegeben, weil es sinnvoll erschien, Instrumente anzuwenden, die einen internationalen Vergleich ermöglichen. Das derzeit am häufigsten angewendete Instrument zu Risikoeinschätzung ist der HCR-20. Es soll deshalb die Frage diskutiert werden, ob der HCR-20 sich auch zur Vorhersage der Dauer der Unterbringung eignet, oder wie sich ein solches Instrument vom HCR-20 unterscheiden würde. Diese Diskussion ist auch vor dem Hintergrund wirtschaftlicher und sozialpolitischer Überlegungen sinnvoll.

In der nachfolgenden Tabelle 25 werden die mit der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer in signifikantem Zusammenhang stehenden Items des HPB sowie die beim Vergleich der Extremgruppen (bezogen auf die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer) ermittelten Items inhaltlich, soweit möglich, den HCR-20 Items zugeordnet:

| <b>Tabelle 25:</b> Für die Prognose der weiteren Unterbringungsdauer relevante HPB-Items, inhaltlich HCR-20 Items zugeordnet                  |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| HPB-Items                                                                                                                                     | HCR 20-Items                                                               |
| „Fehlende Beziehungsfähigkeit“                                                                                                                | H3 „Instabile Beziehungen“                                                 |
| „Schlechtes Lernen aus Erfahrung“, „Augenblicksverhaftung“                                                                                    | C1 „Mangel an Einsicht“                                                    |
| „Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen“                                                                                                   | C2 „Negative Einstellungen“,<br>C3 „Aktive Symptome“,<br>C4 „Impulsivität“ |
| „Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz“, „Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen Symptomatik“                                      | C3 „Aktive Symptome“                                                       |
| „Impulsivität“, „Impulsives Sozialverhalten“, „Gestörte Aggressionshemmung“                                                                   | C4 „Impulsivität“                                                          |
| „Keine Therapiebereitschaft“, „Mangelnder stabiler Behandlungsverlauf“, „Nicht abgeschlossene Therapie“, „Verhaltensprobleme in der Klinik“   | C5 „Fehlender Behandlungserfolg“                                           |
| „Problematische Wohnverhältnisse“, „Unsichere Arbeitsmöglichkeit“                                                                             | R1 „Fehlen realisierbarer Pläne“                                           |
| „Ungesicherte Nachbetreuung“                                                                                                                  | R1 „Fehlen realisierbarer Pläne“,<br>R3 „Mangel an Unterstützung“          |
| „Instabiles Beziehungsfeld“, „Fehlender sozialer Empfangsraum“, „Ungesicherte fachliche Nachbetreuung, „Fehlende Einigung über Nachbetreuung“ | R3 „Mangel an Unterstützung“                                               |
| „Fehlende Bindung an den Therapeuten“                                                                                                         | Keine sinnvolle Zuordnung möglich                                          |
| „Fehlende Lockerungserprobung“                                                                                                                | Keine sinnvolle Zuordnung möglich                                          |
| „Problematisches Freizeitverhalten“                                                                                                           | Keine sinnvolle Zuordnung möglich                                          |

Die Zusammenfassung der in Tabelle 25 dargestellten Zuordnung ergibt, dass das Item H3 „Instabile Beziehungen“, alle 5 C-Items sowie die Items R1 „Fehlen realisierbarer Pläne“ und R3 „Mangel an Unterstützung“ des HCR-20 inhaltlich annähernd mit den für die Unterbringungsdauer prognoserelevanten HPB-Items übereinstimmen. Das bedeutet, dass auch diese HCR-Items in Zusammenhang mit der

Unterbringungsdauer stehen dürften. Hohe Werte bei der Beurteilung dieser Items könnten somit ein Hinweis auf eine längere Unterbringungsdauer sein, niedrige Werte für eine eher kurze Unterbringungsdauer.

Die Items „Fehlende Bindung an den Therapeuten“, „Fehlende Lockerungserprobung“ und „Problematisches Freizeitverhalten“ fehlen im HCR 20. Diese Items stellen aber drei weitere wichtige Aspekte in der Behandlung von psychisch kranken Straftätern heraus.

1. Die bereits in dem H3 Item des HCR erfasste Problematik der Bindungsfähigkeit wirkt sich auf die Rückfallprognose aus, dies wurde bei unterschiedlichen Gruppen von Straftätern festgestellt [52]. Aber auch auf den klinischen Verlauf und auf die Dauer der Behandlung von Maßregelvollzugspatienten hat die mangelnde Fähigkeit, Bindungen einzugehen, Auswirkungen. Das Item sollte zudem auf die Fähigkeit Bindungen zu Pflegepersonal, anderen Betreuungspersonen oder auch Bezugspersonen aus dem privaten Umfeld einzugehen, erweitert werden. Diese Problematik könnte auf die Dauer der weiteren Unterbringung einen stärkeren Einfluss haben, als durch die Bewertung nur eines Item aus dem Bereich „H“ im HCR-20 zum Ausdruck kommt.

2. Ohne eine reale Erprobung durch Vollzugslockerungen bleiben Prognosen bezüglich der weiteren Unterbringungsdauer eher pessimistisch. Die in Form von Stufen gewährten Lockerungen klärten einen Varianzanteil von fast einem Fünftel der tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer auf. Auch das Verhalten während der Unterbringung, die Bereitschaft sich an Absprachen und Regeln zu halten, geht in die Überlegungen zur Gewährung der Lockerungsstufe mit ein. Eine explizite Berücksichtigung im HCR-20 findet der Verlauf von Lockerungserprobungen nicht, so dass ein auf die Unterbringungsdauer bezogenes Prognoseinstrument den Ergebnissen dieser Untersuchung zufolge diesbezüglich ergänzt werden sollte.

3. Das HPB-Item „Problematisches Freizeitverhalten“ tangiert einen im klinischen Alltag ganz wesentlichen Bereich, der häufig Anlass für Konflikte und ihre Bearbeitung bietet. Mit zunehmender Freiheit im Verlauf der Lockerungserprobung können Patienten ihre Freizeit auch vermehrt eigenverantwortlich gestalten. Unter diesen Bedingungen werden problematische Verhaltensweisen oft erst sichtbar. Beispielsweise zeigen sich Schwierigkeiten im Umgang mit Finanzen, etliche Patienten geben ihr Geld für Automaten Spiele

aus, tätigen unüberlegte Geschäfte, werden Kunden bei kostspieligen Partnervermittlungen usw. Bei einer großen Zahl der Patienten wird deutlich, dass sie nicht in der Lage sind, ihre Freizeit aktiv zu gestalten. Aus prognostischem Blickwinkel sind daher in diesem Bereich zusätzliche destabilisierende Faktoren für den Behandlungsverlauf und die Entlassung vorzusehen. Inhaltlich besteht eine gewisse Nähe zu dem R 5 Item „Stressoren“ des HCR-20, die beschriebene Problematik bezieht sich aber auf einen abgegrenzten und im HCR-20 nicht gesondert berücksichtigten Bereich. Da das problematische Freizeitverhalten meist im Behandlungsverlauf deutlich wird und offensichtlich auch Auswirkungen auf die Unterbringungsdauer hat, muss es sinnvollerweise auch in die Therapie mit einbezogen werden. Unter dem Stichwort „Freizeitrehabilitation“ ist beispielsweise von Roder & Mayer [90] eine Erweiterung des manualgesteuerten kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten „Integrierten Psychologischen Therapieprogramms“, zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten schizophrener Patienten entwickelt worden [91]. Auch an dieser Stelle wird noch einmal die enge Verflechtung von prognostischen und therapeutischen Einschätzungen deutlich. So hat die Beurteilung des Behandlungserfolges Einfluss auf die Risikoprognose bzw. Rückfallprognose [114]. Die Aufenthaltsdauer im Maßregelvollzug ihrerseits hängt von der Prognose der Rückfälligkeit ab. Je unpräziser letztere ist, desto weniger präzise kann die Prognose der Aufenthaltsdauer sein. Außerdem hängt die Aufenthaltsdauer auch von der notwendigen Behandlungszeit zur Minimierung des vom Patienten ausgehenden Risikos ab. Zur Überprüfung der Richtigkeit einer günstigen Risikoeinschätzung sind im Vollzugsverlauf Erprobungen unter gelockerten Vollzugsbedingungen vertretbar und notwendig. In welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen diese gewährt werden können oder dürfen ist nicht nur eine forensisch-psychiatrische und juristische Frage, sondern auch eine ethische und eine politische Frage.

Die hier extrahierten HCR-20 Items und die 3 genannten HPB Items könnten ein Anfang für weitere Analysen bezüglich der Prognose von notwendigen Unterbringungs- bzw. Behandlungszeiten im Maßregelvollzug sein. Real sind diese im deutschen Maßregelvollzug, abhängig vom Bundesland und der einzelnen Maßregelvollzugseinrichtung, unterschiedlich.

Die Erstellung eines neuen Prognoseinstrumentes zur Frage der Unterbringungsdauer erscheint nach dieser Untersuchung nicht notwendig, eine Ergänzung des HCR-20 mit 3 besonders relevanten HPB-Items dürfte für die Erfassung des Risikos, welches die Behandlungsdauer beeinflusst, geeignet sein. Ebenso könnten auch die für die Unterbringungsdauer als prognoserelevant identifizierten HPB-Items, z. B. als eigenständiges Prognoseinstrument, zur Beantwortung dieser Fragestellung eingesetzt werden. Eine vergleichende Analyse mehrerer Instrumente würde hier möglicherweise weitere Informationen und eine Optimierung der Methode erbringen. Die Entwicklung von Instrumenten, die Vorhersagen über den intramuralen Verlauf geben, steht erst am Anfang.



## 7 Zusammenfassung

Prognostische Einschätzungen der Gefährlichkeit der gemäß § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten gehören zu den Aufgaben der dort tätigen Therapeuten. Das spezifische vom Untergebrachten ausgehende Risiko für Rückfalldelinquenz steht in Zusammenhang mit der notwendigen Dauer seiner Unterbringung.

Die in dieser Untersuchung zu klärenden Fragen waren, wie treffsicher Therapeuten die weitere Unterbringungsdauer und somit indirekt das Risiko einer Rückfalldelinquenz einschätzten. Außerdem wurde der Frage nach der Validität von Prognosekriterien in Bezug auf die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer nachgegangen.

In der Klinik für forensische Psychiatrie Haina wurde aufgrund klinischer Erfahrung und Expertenwissen ein Prognosebogen (HPB) entwickelt und eingesetzt, der 46 in den 80er Jahren für prognoserelevant erachtete Kriterien enthält. Hinzugefügt wurden 11 Entlassungshindernisse der Klinik, die sich als relevant erwiesen hatten sowie die Außenkriterien Diagnose, Delikt, bisherige Aufenthaltsdauer, Zeitraum seit einweisendem Urteil und Lockerungsstufe. Zusätzlich wurde die weitere Unterbringungsdauer, die in vier Zeitkategorien verschlüsselt wurden, von dem behandelnden Therapeuten eingeschätzt.

Der HPB wurde in der Erstuntersuchung von Tolks-Brandau [109] ausgewertet. Die Stichprobe bestand aus allen 221 männlichen Patienten, die damals gemäß § 63 StGB in der Klinik untergebracht waren und für die zwischen dem 01.05.1988 und dem 30.04.1989 (t1) der HPB ausgefüllt wurde. Tolks-Brandau führte u. a. eine Faktorenanalyse durch und extrahierte sechs voneinander unabhängige Faktoren.

In Nachuntersuchungen wurde zu zwei Zeitpunkten, nach 5 und 10 Jahren, zum Stichtag 01.11.1993 (t2) und zum Stichtag 01.11.1998 (t3) überprüft, ob sich die Prognosen bestätigen und welche Merkmale mit der Aufenthaltsdauer zusammenhängen.

Zum Stichtag 01.11.1993 (t2) wurden mit einem Erhebungsbogen (Katamnesebogen 1) aktuelle Daten der Stichprobe erhoben. Die von den Therapeuten getroffenen Einschätzungen der weiteren Behandlungsdauer wurden bezüglich ihrer Güte bzw. Treffsicherheit

ausgewertet und die Validität der Prognosekriterien überprüft. Prädiktorvariablen waren die geschätzte weitere Unterbringungsdauer, die 46 HPB-Items, die 6 HPB Faktoren sowie die 11 HPB-Entlassungshindernisse. Als Kriteriumsvariable diente die tatsächliche weitere Unterbringungsdauer.

Es zeigte sich, dass die Treffsicherheit der Prognosen über kurze Unterbringungszeiten (bis zu einem Jahr) und lange Unterbringungszeiten (über fünf Jahre) mit über 60 % deutlich über dem Zufall lag. Deutlich wurde die Tendenz der Therapeuten Unterbringungszeiten eher zu kurz einzuschätzen, d. h. somit auch die Gefährlichkeit des Patienten zunächst zu unterschätzen.

Bezogen auf alle falschen Prognosen über die weitere Unterbringungsdauer wurde diese eher zu kurz als zu lang eingeschätzt. Ein enger Zusammenhang bestand hier mit dem Vorhandensein der Merkmale „Wunsch des Patienten in der Klinik zu bleiben“, „Instabiles Beziehungsfeld“, „Ungesicherte Nachbetreuung“, „Delinquenz zurückzuführen auf psychopathologische Entwicklung“, „Sonstige Straftaten“ (nicht einschlägige Delikte während der Unterbringung) und „Keine Einsicht in die Krankheit/Störung“.

Für Patienten, die ein stabiles Beziehungsumfeld hatten, wurden Unterbringungszeiten in keinem Fall zu lang eingeschätzt. Gleiches galt für Patienten deren Nachbetreuung gesichert war. Dieses Ergebnis wird dadurch untermauert, dass die HPB-Faktoren „Fehlende Beziehungsfähigkeit“ und „Fehlender kompensatorischer Empfangsraum“ gute Vorhersagen in Bezug auf die tatsächliche weitere Behandlungsdauer ermöglichen.

Bei Patienten, für die die weitere Unterbringungszeit zu kurz eingeschätzt wurde, d. h. deren Behandlungsproblematik unterschätzt wurde, war das delinquente Verhalten nur in wenigen Fällen auf die psychopathologische Entwicklung vor dem Hintergrund einer andauernden Belastungssituation zu sehen.

Als besonders lange behandlungsbedürftig wurden Patienten eingeschätzt, die einschlägige Straftaten im Vollzugsverlauf begangen hatten. Das Merkmal fand sich bei Patienten mit fälschlicherweise zu lang prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer weitaus häufiger als bei Patienten mit zu kurz prognostizierter weiterer Unterbringungsdauer.

Patienten, für die die weitere Unterbringungsdauer zu lang eingeschätzt wurde, also deren Gefährlichkeit überschätzt wurde, hatten zu über 95 % keine Einsicht in ihre Krankheit bzw. Störung.

Das Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen zeigte ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit der weiteren Unterbringungsdauer.

Der zum Zeitpunkt 01.11.1998 (t3) durchgeführte Extremgruppenvergleich ergab kaum zusätzliche Informationen. Patienten mit sehr langen weiteren Unterbringungszeiten wiesen allerdings fast doppelt so viele Entlassungshindernisse auf wie Patienten, die nach nur kurzer weiterer Unterbringungsdauer erfolgreich entlassen werden konnten. Bei Patienten mit sehr langen weiteren Unterbringungszeiten handelt es sich in der Regel um chronisch gestörte Patienten, deren Einweisungsdelikt in unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Störung stand.

So fand sich auch bei Patienten, bei denen mindestens ein Entlassungsversuch gescheitert war, mit 40 % prozentual doppelt so häufig das Merkmal "Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen Symptomatik" wie bei Patienten, deren erster Entlassungsversuch bereits erfolgreich war.

Eine besonders aufmerksam zu betrachtende Gruppe von Patienten stellt die Gruppe der schizophrenen Patienten mit einer Suchtproblematik und einer hohen Störbarkeit dar.

Der Hainaer Prognosebogen kommt inzwischen in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina nicht mehr zur Anwendung. Er wurde durch international angewandte, manualgesteuerte und vor dem Hintergrund zahlreicher Untersuchungen erstellten Prognoseinstrumente ersetzt, wie durch die auch in deutscher Version veröffentlichten Prognoseinstrumente PCL-SV [44] und HCR-20 [113, 71].

Die Zuordnung der relevanten HPB-Items legt aber nahe, dass die HCR-Items H3 „Instabile Beziehungen“, alle klinischen Items C1-C5 sowie die Item R1 „Fehlen realisierbarer Pläne“ und R3 „Mangel an Unterstützung“ ebenfalls in engem Zusammenhang mit der Unterbringungsdauer stehen. Eine Ergänzung dieser HCR 20-Items durch die HPB-Items „Fehlende Bindung an den Therapeuten“, „Fehlende Lockerungserprobung“ und

„Problematisches Freizeitverhalten“ erscheint aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung notwendig. Alternativ könnte auch ebenso ein aus den relevanten HPB-Items bestehendes Prognoseinstrument eingesetzt werden. Ein Vergleich verschiedener Prognoseinstrumente erscheint sinnvoll, um die prognostisch relevanten Merkmale zu bündeln und damit die Prognose der Unterbringungsdauer zu verbessern. Dies ist sowohl aus forensisch-psychiatrischer, aus ethischer, politischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll.

## 8 Literaturverzeichnis

1. Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
2. Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Honkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer.
3. Belfrage, H., Fransson, G., & Strand, S. (2000). Prediction of violence within the correctional system using the HCR-20 risk assessment scheme. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 167-175.
4. Bloom, J., Muesers, K., & Müller-Isberner, R. (2000). Treatment implications of the antecedents of criminality and violence in schizophrenia and major affective disorders. In S. Hodgins (Ed.), *Effective Prevention of Crime and Violence among Persons with Major Mental Disorders* (pp. 145-169). Dordrecht: Kluwer.
5. Boer, D. P., Hart, Kropp P. R., & Webster C. D (1997). *Manual for the sexual violence risk – 20*. Mental Health, Law and Policy Institute Simon Fraser University, Burnaby, B. C., Canada.
6. Bonta, J. (1996). Risk-needs assessment and treatment. In A.T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply* (pp. 18-32). Thousand Oaks, CA: Sage.
7. Bonta, J., Law, M., & Hanson, R. K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
8. Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag.
9. Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines, and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.
10. Brunswik, E. (1955). Representative design and probabilistic theory in a functional psychology. *Psychological Review*, 62, 193-217.
11. Burgess, E.W. (1928). Factors determining success or failure on parole. In A.A. Bruce, A.J. Harno, E.W. Burgess, & J. Landesco (Eds.), *The working of the indeterminate-sentence law and the parole system in Illinois* (pp. 221-234). Springfield, IL: State Board of Parole.
12. Cleckley, H. (1941/1982). *The mask of sanity* (7<sup>th</sup>.ed.) St. Louis, MO: C.V. Mosby.
13. Cocozza, J. & Steadman, H. (1976). The failure of psychiatric predictions of dangerousness: Clear and convincing evidence. *Rutgers Law Review*, 29, 1084 - 1101.

14. Convit, A., Jaeger, J., Lin, S. P., Meisner, M., & Volvaka, J. (1988). Predicting assaultiveness in psychiatric inpatients: A pilot study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 429-434.
15. Cuffel, B. J. (1992). Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, 589-592.
16. Dahle, K.-P. (1997). Kriminalprognosen im Strafrecht: Psychologische Aspekte individueller Verhaltensvorhersagen. In Steller, M., Volbert, R. (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren: Ein Handbuch*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 1997.
17. Dernevik, M. (1998). Preliminary findings on reliability and validity of the Historical-Clinical-Risk assessment in a forensic psychiatric setting. *Psychology, Crime, & Law*, 4, 127-137.
18. Dernevik, M., Falkheim, M., Holmqvist, R., & Sandell, R. (1999). Implementing risk assessment procedures in a forensic psychiatric setting: Personal relationships between assessor and the assessed using the Historical-Clinical-Risk-20 scheme. Paper presented at the International meeting of the American Psychology-Law Society (Div. 41 APA) and the European Academy of Psychology and Law, Dublin.
19. Diehl, J. M., Kohr, H. U. (1994). *Deskriptive Statistik*. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz.
20. Douglas, K. S. (1999). HCR-20 violence risk assessment scheme: "International validity" in diverse settings. In D. Washington, *Violence risk assessment: Scientist-practitioner approaches in diverse settings*. Symposium presented at the International joint conference of the American Psychology-Law Society and the European Association of Psychology and Law, July, Dublin, Ireland.
21. Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (in press). HCR-20 violence risk assessment scheme: Psychometric properties in a forensic psychiatric sample.
22. Douglas, K. S., Klassen, C., Ross, D., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1998). Psychometric properties of HCR-20 violence risk assessment scheme in insanity acquittees. Poster presented at the Annual meeting of the American Psychological Association, 1998, San Francisco.
23. Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., Nicholls, T. L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 917-930.
24. Douglas, K. S., & Webster, C. D. (in press). Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In R. Roesch, S. D. Hart, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *Psychology and law: The state of the discipline*. New York: Plenum.

25. Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1999 b). The HCR-20 violence risk assessment Scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 3-19.
26. Douglas, K. S., Webster, C. D., & Wintrup, A. (1996). The HCR-20 risk assessment scheme: Psychometric properties in two samples. Paper presented at the annual conference of the American Psychological Association, Toronto.
27. Douglas, K. S., Webster, C. D., Eaves, D., Wintrup, A., & Hart, S. D. (1996). A new scheme for the assessment of dangerousness and the prediction of violence. Paper presented at the biennial meeting of the American Psychology-Law Society, Hilton Head, SC.
28. DSM-III (1987), American Psychiatric Association (Ed.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.
29. Endres, J. (2000). Die Kriminalprognose im Strafvollzug: Grundlagen, Methoden und Probleme der Vorhersage von Straftaten. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 2, 67-83.
30. Estroff, S.E., & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 259-295). Chicago: University of Chicago Press.
31. Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34, 575-607.
32. Glueck, E., & Glueck, S. (1959). *Predicting delinquency and crime*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
33. Gonzalez Cabeza, S. (2000). Prognosebildung in der psychiatrischen Kriminaltherapie. In A. Marneros, D. Rössner, A. Haring, P. Brieger (Hrsg.), *Psychiatrie und Justiz* (pp. 122-127). München, Bern, Wien, New York: W. Zuckschwerdt Verlag.
34. Grann, M., Belfrage, H., & Tengstrom, A. (Im Druck). Actuarial assessment of risk for violence: Predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior*.
35. Gretenkord, L. (1994). Gewalttaten nach Maßregelvollzug (§63 StGB). In M. Steller, K.P. Dahle, & M. Basquè (Hrsg.), *Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (pp. 75-89). Pfaffenweiler: Centaurus.
36. Gretenkord, L. (2001). *Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB: EFP 63*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
37. Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 293-323.

38. Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
39. Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111-119.
40. Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi-Health System.
41. Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
42. Hart, S. D., Kropp, P. R., & Hare, R. D., (1988). The performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 227-232.
43. Hart, S. D., Hare, R. D., & Forth, A. E. (1994). Psychopathy as a risk marker for violence: Development and validation of a screening version of the Revised Psychopathy Checklist. In Monahan, J. & Steadman, H.J. (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Development in Risk Assessment* (pp.81-98). Chicago, London: The University of Chicago Press.
44. Hart, S. D., Cox, D., & Hare, R. D. (1996). *Manual of the screening version of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
45. Hinz, S. (1987). *Gefährlichkeitsprognosen bei Straftätern: Was zählt? Eine experimentelle Untersuchung zum Gebrauch der Eingangsinformation bei der Vorhersage eines sozial definierten Kriteriums durch klinische Urteiler*. Frankfurt, Bern, New York: Peter Lang.
46. Jockusch, U. (1990). *Therapeutischer Maßregellvollzug - Leistungsfähigkeit und Grenzen*. *Recht & Psychiatrie*, 8, 14-20.
47. Jockusch, U. Keller, F. (1993). Differenzierung und Spezialisierung einer Abteilung des Maßregellvollzugs in der psychiatrischen Klinik- mögliche Auswirkungen auf Behandlungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. *Psychiatrische Praxis*, 20, Sonderheft I, 12-15.
48. Klassen, C. (1996). *Predicting aggression in psychiatric inpatients using ten historical risk factors: Validating the "H" of the HCR-20*. Unpublished bachelor's (honours) thesis, Department of Psychology, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
49. Klassen, D., & O`Conner, W. A. (1988 a). A prospective study of predictors of violence in adult male mental patients. *Law and Human Behavior*, 12: 143-158.
50. Klassen, D., & O`Conner, W. A. (1988 b). *Crime, inpatient admissions, and violence among male mental patients*. *International journal of Law and Psychiatry*, 11, 305-312.



51. Klassen, D., & O`Conner, W. A. (1989). Assessing the risk of violence in released mental patients: A cross validation study. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 75-81.
52. Klassen, D., & O`Conner, W. A. (1994). Demographic and case history variables in risk assessment. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 229–257). Chicago and London: The University of Chicago Press.
53. Kozol, H., Boucher, R., & Garofalo, R. (1972). The diagnosis and treatment of dangerousness. *Crime and Delinquency*, 18, 371-92.
54. Lefrenz, H. (1972). In H. Göppinger & H. Witter (Hrsg.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, S. 134–1384. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
55. Leichner, R. (1978). *Klinische Urteilsbildung*. In L. J. Pongratz (Hrsg.). *Handbuch Psychologie*, 8. Bd., 2. Halbbd.: *Klinische Psychologie*, Göttingen: Hogrefe.
56. Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
57. Leygraf, N., & Nowara, S. (1992). *Prognosegutachten. Klinisch-psychiatrische und psychologische Beurteilungsmöglichkeiten der Kriminalprognose*. *Forensia-Jahrbuch*, Band 3, S.43–53. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
58. Leygraf, N. (2000). *Begutachtung der Prognose im Maßregelvollzug*. In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung* (pp. 349-358). Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag.
59. Lidz, C., & Mulvey, E. (1990). Institutional factors affecting psychiatric admission and commitment decisions. In G. Weisz (Ed.), *Social Science Perspectives on Medical Ethics* (pp. 83–96). Philadelphia: University of Pennsylvania press.
60. Lidz, C., Mulvey, E., Apperson, L., Evanczuk, K., & Shea, S. (1992). Sources of disagreement among clinicians` assessment of dangerousness in a psychiatric emergency room. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 237-50.
61. Lidz, C., Mulvey, E., & Gardner, W. (1993). The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Medical Association*, 296, 1007 - 1011.
62. Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
63. Menzies, R. J., Webster, C. D., & Sepejak, D. S. (1985). Hitting the forensic sound barrier: Predictions of dangerousness in a pre-trial psychiatric clinic. In C. D Webster, M. H Ben-Aron., & S. J Hucker (Eds.), *Dangerousness: Probability and Prediction, Psychiatry and Public Policy*, (pp. 115–143). New York, N.Y: Cambridge University Press.
64. Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.

65. Monahan, J. (1984). The predicting of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 10–15.
66. Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 11, 249-257.
67. Monahan, J., & Steadman J.H., (1994). Toward a rejuvenation of risk assessment research. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 1-17). Chicago and London: The University of Chicago Press.
68. Montandon, G., & Harding, T. (1984). The reliability of dangerousness assessments: A decision making exercise. *British Journal of Psychiatry*, 144, 149-155.
69. Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-792.
70. Müller-Isberner, R., & Jöckel, D. (1997). The Implementation of the HCR-20 in a German hospital order institution. Paper presented at the seventh european conference on psychology and law, Stockholm, Sweden.
71. Müller-Isberner, R., Jöckel, D., Gonzales Cabeza, S, (1998) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 (Version 2 – D 1). Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
72. Müller-Isberner, R., Sommer, J., Özokuyay, K., & Freese, R. (1999). Clinical use of the HCR-20 for predicting violence in a German forensic psychiatric hospital. Paper presented to the international conference on "Risk Assessment and Risk Management". Vancouver, British Columbia, Canada.
73. Müller-Isberner, R. (in Vorbereitung). Die Erfassung des Gewalttätterrisikos mit dem HCR-20.
74. Nedopil, N., (1986) Kriterien der Kriminalprognose bei psychiatrischen Gutachten. *Forensia-Jahrbuch*, 7, S.167-183. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
75. Nedopil, N. (1992). Die Bewährung von Prognosekriterien im Maßregelvollzug. *Forensia-Jahrbuch*, 3, S. 55-63. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
76. Nedopil, N. (1996, 2000). *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht* (2. Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.
77. Nedopil, N. (2001). Rückfallprognose bei Straftätern: Eine wachsende Aufgabe für die forensische Psychiatrie. *Psycho*, 27, 363-369.
78. Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P., & Douglas, K. S. (1997). Comparing risk assessments with female and male psychiatric outpatients: Utility of the HCR-20 and Psychopathy Checklist: Screening Version. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Chicago.
79. Nicholls, T. L., Vincent, G. M., Whittemore K. E., & Ogloff, J. R. P. (1999). Assessing risk of inpatient violence in a sample of forensic psychiatric patients: comparing the PCL:SV, HCR-20 and VRAG. Paper presented to the interna-

tional conference on "Risk Assessment and Risk Management" Vancouver, British Columbia, Canada.

80. Nowara, S. (1995). *Gefährlichkeitsprognosen bei psychisch kranken Straftätern*. Neue kriminologische Studien, Band 15. München: Wilhelm Fink Verlag.
81. Ogloff, J. R. P., Douglas, K. S., Nicholls, T. N., & Grant, I. (1997 a). Involuntary civil commitment: Risk assessment, sex differences, and review panel decision making. Paper presented at the Annual Convention of the Law and Society Association, St. Louis, Missouri.
82. Ogloff, J. R. P., Douglas, K. S., Nicholls, T. N., & Grant, I. (1997 b). Civil commitment and risk for violence in psychiatric patients Paper presented at the annual meeting of the Pinel Institute, Montreal, Quebec, Canada.
83. Overall, J. E., & Gorham (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
84. Quinsey, V. L., & Abtman (1979). Assessment of the dangerousness of mental patients held in maximum security. *International Journal of Law & Psychiatry*. DSM-III (1987) American Psychiatric Association (Ed.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.
85. Quinsey, V. L., Harris, G.T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
86. Rasch, W., (1984). Zur Praxis des Maßregelvollzugs, Verhalten in der Institution als Basis der Prognosebeurteilung. In Eisenbach-Stangel, I. & Stangel, W. (Hrsg.), *Grenzen der Behandlung, soziale Kontrolle und Psychiatrie*. Westdeutscher Verlag.
87. Rasch, W., (1986). *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.
88. Rice, M., & Harris, G.(1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-748.
89. Ritzel, G. (1978). *Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universität Göttingen.
90. Roder, V., & Mayer, K. (2000). *WAF Freizeitmanual*. Unveröffentlichtes Manual. Universitäre Psychiatrische Dienste.
91. Roder, V., Brenner, H.D., Müller, D., Reisch, T., Lächler, M., Zorn, P., Guggenbühl, R., Schröder, S., Christen, C., Schmidl, F., & Jenull, B. (2001). Effekte neuer kognitiv-behavioraler Therapieprogramme zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten bei schizophren Erkrankten: Eine kontrollierte Studie. *Der Nervenarzt*, 72 (9), 709–716.
92. Ross, D. J., Hart, S. D., & Webster, C. D. (1998). Aggression in psychiatric patients: Using the HCR-20 to assess risk for violence in hospital and in the community. Riverview Hospital, Medical and Academic Affairs, Port Coquitlam, British Columbia, Canada

93. Salekin, R.T., Roger, R., & Sewell, K.W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy-Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203-215.
94. Schneider, H. J. (1981). Kriminalprognose. In Schneider, H. J.(Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band XIV, Auswirkungen auf die Kriminologie. Delinquenz und Gesellschaft*, S. 816-853. Zürich: Kindler.
95. Segal, S. P., Watson, M. A., Goldfinger, S. M., & Averbuck, D. S. (1988). Civil commitment in the psychiatric emergency room; The assessment of dangerousness by emergencyroom clinicians. *Archives of General Psychiatry*, 45, 748-52.
96. Sepejak, D., Menzies, R., Webster, C. D., & Jensen, F. (1983). Clinical predictions of dangerousness: Two-year follow-up of 408 pre-trial forensic cases. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 11, 171-181.
97. Serin, R. C., Peters, R. D., & Barbaree, H. E. (1990). Predictors of psychopathy and release outcome in a criminal population. *Psychological Assessment*, 2, 419-422.
98. Soyka, M., Albus, M., Kathmann, N., Finelli, A., Hofstetter, S., Holzbach, R., Immler, B., Sand, P. (1993). Alkohol und Drogenmissbrauch als Risikofaktoren für Gewalttaten und Delinquenz Schizophrener. *Psychiatrische Praxis*, 20, 362-372.
99. Steadman, H. J., & Halfon, A. (1971). The Baxstrom Patients: Backgrounds and outcomes. *Seminars in Psychiatry*, 3, 376-385.
100. Steadman, H. J. (1973). Follow-up on Baxstrom patients returned to hospitals for the criminal insane. *American Journal of Psychiatrie*, 130, 317-319.
101. Steadman, H. J., & Cocozza, J. (1974). *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
102. Steadman, H. (1977). A new look at recidivism among patient inmates. *The Bulletin on the American Academy of Psychiatry an the Law* ,5, 200-209.
103. Steadman, H., Monahan, J., Appelbaum, P., Grisso, T., Mulvey, E., Roth, L., Robbins, P., & Klassen, D. (1994). Designing a new generation of risk assessment research. In Monahan, J. & Steadman, H. J. (Eds.). *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 297–318). Chicago, London: The University of Chicago Press.
104. Stone, A. A. (1985). The new legal standard of dangerousness: fair in theory, unfair in practice. In Webster, C.D., Ben-Aron, M.H., Hucker, S.J. (Eds.), *Dangerousness: Probability and prediction, psychiatry and public policy* (pp.13-24). Cambridge, London: Cambridge University Press.
105. Steinböck, H. (1997). Das Problem der Vorhersage schwerer Gewalttaten und deren Prognostizierbarkeit. *Recht und Psychiatrie*, 15, 67–77.
106. Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G., & Levander, S. (1999). Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders: More important than actuarial data? *Legal and Criminological Psychology*, 4, 67 - 76.

107. Strand, S., & Belfrage, H. (1999). Risk factors for violence in mentally disordered women measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. Unpublished manuscript.
108. Thornberry T., & Jacoby, J. (1979). *The criminally insane: A community follow-up of mentally ill offenders*. Chicago: University of Chicago Press.
109. Tolks-Brandau, U. (1992). *Analyse von prognoserelevanten Kriterien im Maßregelvollzug*. Inaugural-Dissertation. Justus-Liebig-Universität Giessen.
110. Volckart, B. (1997). *Praxis der Kriminalprognose; Methodologie und Rechtsanwendung*. München: Verlag C. H. Beck.
111. Weber, F. (1996). *Gefährlichkeitsprognose im Maßregelvollzug. Entwicklung sowie Reliabilitätsprüfung eines Prognosefragebogens als Grundlage für Hypothesenbildung und langfristige Validierung von Prognosefaktoren*. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
112. Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C., & Quinsey, V.L. (1994). *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. Toronto: University of Toronto, Center of Criminology.
113. Webster, C. D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *Assessing Risk of Violence to Others*. In: C. D Webster, M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity; Theory, Assessment and Treatment*, (pp 251-257). New York, London: The Guildford Press.
114. Webster, C. D., & Douglas, K. S., Belfrage, H., & Link, B. G. (2000). *Capturing change: An approach to managing violence and improving mental health*. In S. Hodgins (Ed.), *Violence among the Mentally Ill: Effective Treatments and Management Strategies* (pp.119-144). Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.
115. Werner, P., Rose, T., & Yesavage, J. (1983). *Reliability, accuracy, and decisionmaking strategy in clinical predictions of imminent dangerousness*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 815-825.
116. Werner, P., Rose, T., Yesavage, & J., Seeman, K. (1984). *Psychiatrist's judgments of dangerousness inpatients on an acute care unit*. *American Journal of Psychiatry*, 141, 263-66.
117. Wiggins, J.S. (1973). *Personality and prediction: Principals of personality assessment*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
118. Wintrup, A. (1996). *Assessing risk of violence in mentally disordered offenders with the HCR-20*. Unpublished master's thesis. Simon Fraser University, Burnaby, B.C., Canada.
119. Wong, S. (1984). *Criminal and institutional behaviours of psychopaths*. Ministry of the Solicitor-General of Canada, Ottawa.

## 9 Anhang

| <b>Tabelle I: Übersicht</b>     |                                                                           |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | Zeitraum t1:<br>01.05.1988 -<br>30.04.1989                                | Zeitpunkt t2: 01.11.1993                                                                                                                                               | Zeitpunkt t3: 01.11.1998                                                                                        |
| Untersuchungsfragen             | Klinisches Urteil                                                         | 1) Güte der Vorhersagen<br>2) Validität von Prognosekriterien                                                                                                          | Validität von Prognosekriterien                                                                                 |
| Prädiktorvariablen              | Außenkriterien<br>HPB-Items<br>HPB-Faktoren<br>HPB-Entlassungshindernisse | geschätzte weitere Unterbringungsdauer<br>Außenkriterien<br>HPB-Items<br>HPB-Faktoren<br>HPB-Entlassungshindernisse                                                    | Außenkriterien<br>HPB-Items<br>HPB-Faktoren<br>HPB-Entlassungshindernisse                                       |
| Kriterium                       | geschätzte weitere Unterbringungsdauer                                    | tatsächliche weitere Unterbringungsdauer                                                                                                                               | tatsächliche weitere Unterbringungsdauer (<1 Jahr vs. >5 Jahre bei Extremgruppenvergleich)                      |
| Stichprobe                      | N1=221,<br>alle gem. §63 StGB im Zeitraum t1 untergebrachten Männer       | N2=203,<br>alle Probanden aus N1 nach Ausschluss von 2 Frauen, 6 Verstorbenen und 10 in den Strafvollzug verlegten Männern;<br>Entlassene N=138<br>Untergebrachte N=65 | N3=202,<br>alle Probanden aus N2 nach Ausschluss eines Verstorbenen;<br>Entlassene N=167<br>Untergebrachte N=35 |
| Material/Statistische Verfahren | HPB<br>Faktorenanalyse<br>multiple Regression                             | Katamnesebogen 1<br>multiple Regression<br>nicht-parametrische Korrelation<br>einfaktorielle Varianzanalyse                                                            | Katamnesebogen 2<br>T-Test                                                                                      |

**Tabelle II:** Haupteinweisungsdelikt, Untersuchungszeitraum „t1“ (01.05.1988 – 30.04.1989), N= 221

| Delikt                          | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------------------|------------|---------|
| Tötungsdelikte, Tötungsversuche | 69         | 31,2 %  |
| Körperverletzungen              | 23         | 10,4 %  |
| Sexualdelikte ohne Gewalt       | 9          | 4,1 %   |
| Sexualdelikte mit Gewalt        | 50         | 22,6 %  |
| Eigentumsdelikte ohne Gewalt    | 20         | 9,0 %   |
| Eigentumsdelikte mit Gewalt     | 22         | 10,0 %  |
| Brandstiftungen                 | 19         | 8,6 %   |
| Sonstiges                       | 9          | 4,1 %   |

**Tabelle III:** Einweisungsdiagnose (Erstdiagnose), Untersuchungszeitraum "t1" (01.05.1988 – 30.04.1989), N=221

| Diagnose                                          | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------------------------------------|------------|---------|
| Organische Psychosen/Persönlichkeitsveränderungen | 27         | 12,2 %  |
| Schizophrene Psychosen                            | 78         | 35,3 %  |
| Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung        | 57         | 25,8 %  |
| Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung         | 39         | 17,6 %  |
| Intellektuelle Behinderung. mit Verhaltensstörung | 16         | 7,2 %   |
| Primäre Suchterkrankung                           | 4          | 1,8 %   |

**Tabelle IV:** Bisherige Aufenthaltsdauer, Untersuchungszeitraum "t1" (01.05.1988 – 30.04.1989), N=221

| Bisherige Aufenthaltsdauer | Häufigkeit | Prozent |
|----------------------------|------------|---------|
| <1 Jahr                    | 19         | 8,6 %   |
| 1 – 2 Jahre                | 32         | 14,5 %  |
| 2 – 5 Jahre                | 83         | 37,6 %  |
| >5 Jahre                   | 87         | 39,4 %  |



| <b>Tabelle V: Aktuelle Stufe, erhoben im Zeitraum "t1", N=221</b> |            |         |
|-------------------------------------------------------------------|------------|---------|
| Aktuelle Stufe                                                    | Häufigkeit | Prozent |
| 0                                                                 | 26         | 11,8 %  |
| 1                                                                 | 38         | 17,2 %  |
| 2                                                                 | 11         | 5,0 %   |
| 3                                                                 | 32         | 14,5 %  |
| 4                                                                 | 24         | 10,9 %  |
| 5                                                                 | 16         | 7,2 %   |
| 6                                                                 | 15         | 6,8 %   |
| 7                                                                 | 13         | 5,9 %   |
| 8                                                                 | 72         | 32,6 %  |

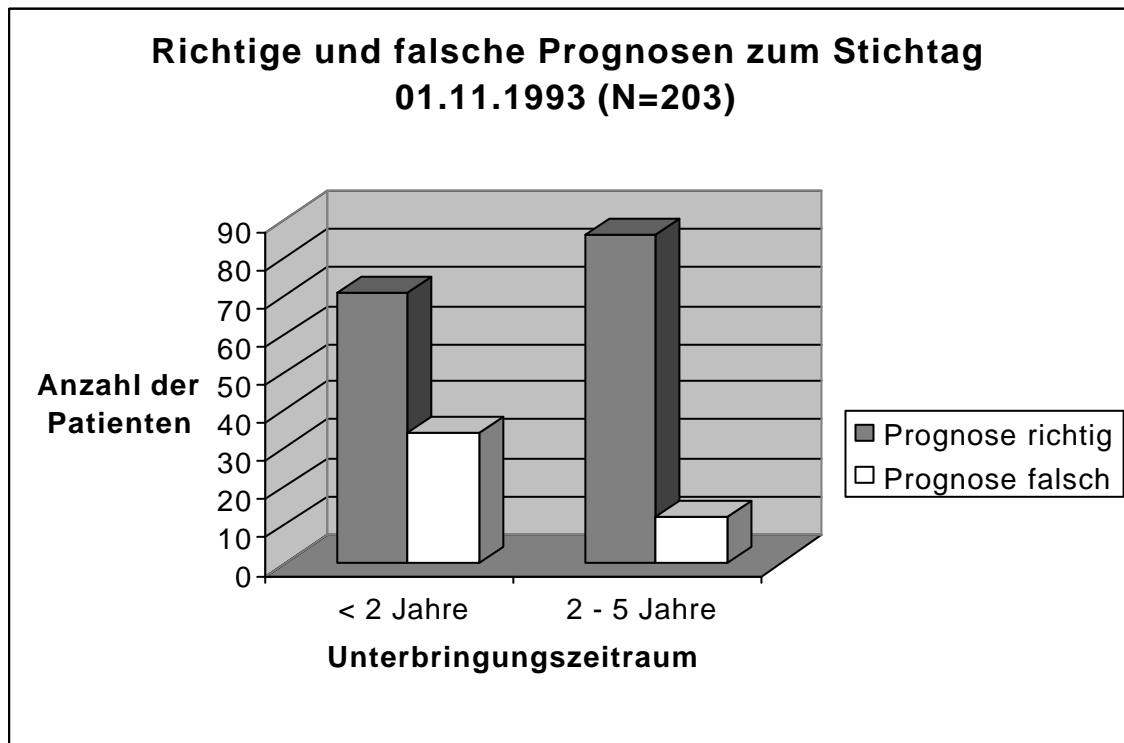
(Legende siehe Stufenplan)

| <b>Tabelle VI: Stufenplan der Klinik für forensische Psychiatrie Haina</b> |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stufe 1                                                                    | Gemeinschaftlicher Hofgang.                                                                                                |
| Stufe 2                                                                    | Gelockerter Hofgang, Ausgang mit Personalbegleitung, Ortsausgang mit Besuch.                                               |
| Stufe 3                                                                    | Tagesausflug mit Besuch, Urlaub bis 3 Tage.                                                                                |
| Stufe 4                                                                    | Parkausgang ohne Aufsicht (umzäuntes Gelände), Urlaub bis 14 Tage (Zustimmung der Strafvollstreckungskammer erforderlich). |
| Stufe 5                                                                    | Cafeteriaausgang (außerhalb des umzäunten Geländes).                                                                       |
| Stufe 6                                                                    | Ortsausgang                                                                                                                |
| Stufe 7                                                                    | Erweiterter Ortsausgang.                                                                                                   |
| Stufe 8                                                                    | Offener Vollzug, Urlaub bis zu 3 Monaten im Halbjahr.                                                                      |

**Tabelle VII:** Kreuztabelle der prognostizierten und tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer zum Zeitpunkt „t2“ (01.11.1993), N=203

| Prognostizierte weitere Unterbringungsdauer | Tatsächliche weitere Unterbringungsdauer |                      |                       |                      | Gesamt               |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                             | <1 Jahr                                  | 1-2 Jahre            | 2-5 Jahre             | >5 Jahre             |                      |
| <1 Jahr<br>% der Gesamtzahl                 | 47 (60,3 %)<br>23,2 %                    | 12 (15,4 %)<br>5,9 % | 12 (15,4 %)<br>5,9 %  | 7 (9 %)<br>3,4 %     | 78 (100 %)<br>38,4 % |
| 1-2 Jahre<br>% der Gesamtzahl               | 3 (11,1 %)<br>1,5 %                      | 9 (33,3 %)<br>4,4 %  | 10 (37 %)<br>4,9 %    | 4 (18,5 %)<br>2,5 %  | 27 (100 %)<br>13,3 % |
| 2-5 Jahre<br>% der Gesamtzahl               | 3 (4,3 %)<br>1,5 %                       | 8 (11,4 %)<br>3,9 %  | 31 (44,3 %)<br>15,3 % | 28 (40 %)<br>13,8 %  | 70 (100 %)<br>34,5 % |
| >5 Jahre<br>% der Gesamtzahl                | 1 (3,6 %)<br>0,5 %                       | 0                    | 8 (28,6 %)<br>3,9 %   | 19 (67,9 %)<br>9,4 % | 28 (100 %)<br>13,8 % |
| Gesamt                                      | 54 (26,6 %)                              | 29 (14,3 %)          | 61 (30 %)             | 59 (29,1 %)          | 203 (100 %)          |

Diagramm I



| <b>Tabelle VIII: Rotierte Faktorenmatrix (N=203)</b>                   |               |           |            |            |            |            |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Items</b>                                                           | <b>Faktor</b> |           |            |            |            |            |
|                                                                        | <b>1</b>      | <b>2</b>  | <b>3</b>   | <b>4</b>   | <b>5</b>   | <b>6</b>   |
| Keine Annäherung an die spezielle Problematik                          | ,700          | 5,906E-02 | 6,137E-02  | 1,554E-02  | 3,347E-02  | -,137      |
| Keine Therapiebereitschaft                                             | ,687          | ,113      | ,167       | -6,318E-02 | 2,770E-02  | ,188       |
| Keine Einsicht in die Krankheit/Störung                                | ,672          | ,149      | ,187       | 6,034E-02  | 8,638E-02  | 2,427E-02  |
| Bagatellisierungs-/Leugnungstendenzen                                  | ,632          | ,145      | -1,082E-02 | 7,494E-02  | -8,594E-03 | -1,158E-02 |
| Fehlende Bindung an den Therapeuten                                    | ,616          | ,117      | ,288       | -2,817E-02 | ,116       | 5,232E-02  |
| Fehlende Beziehungsfähigkeit                                           | ,504          | 1,759E-02 | ,199       | 3,540E-02  | -5,291E-02 | ,129       |
| Augenblicksverhaftung                                                  | ,496          | ,311      | ,177       | -1,131E-02 | 7,760E-03  | -4,174E-02 |
| Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenzen                          | ,454          | ,248      | ,324       | -8,909E-02 | 7,540E-02  | ,171       |
| Therapieabbrüche                                                       | ,444          | ,117      | ,147       | -4,222E-03 | -,116      | ,311       |
| Impulsivität                                                           | ,172          | ,787      | 6,823E-02  | -3,406E-02 | -3,002E-02 | ,104       |
| Geringe Frustrationstoleranz                                           | ,125          | ,656      | 8,311E-02  | 6,541E-02  | -1,140E-02 | 2,332E-02  |
| Gestörte Aggressionshemmung                                            | ,230          | ,654      | ,260       | -2,069E-02 | -7,811E-02 | -9,187E-02 |
| Impulsives Sozialverhalten                                             | ,193          | ,640      | ,158       | -6,900E-03 | -4,741E-02 | 7,651E-02  |
| Hohe Störbarkeit                                                       | 8,925E-02     | ,534      | ,177       | ,148       | -3,374E-02 | ,100       |
| Delinquenz zurückzuführen auf grundleg. Persönlichkeitsmerkmale        | 5,001E-02     | ,520      | -,221      | 3,068E-02  | -6,523E-02 | ,168       |
| Delinquenz zurückzuführen auf eingeschliffene Verhaltensmuster         | 7,894E-02     | ,495      | -2,859E-02 | ,109       | -1,329E-03 | ,122       |
| Unsichere Arbeitsmöglichkeiten                                         | ,179          | 2,976E-02 | ,668       | 7,997E-02  | -3,600E-02 | 4,784E-02  |
| Problematische Wohnverhältnisse                                        | ,340          | ,216      | ,650       | ,168       | 2,214E-02  | 9,945E-04  |
| Ungesicherte Nachbetreuung                                             | ,194          | ,215      | ,607       | 8,926E-02  | 4,314E-02  | 1,946E-02  |
| Instabiles Beziehungsfeld                                              | ,341          | ,306      | ,550       | 3,310E-02  | -7,509E-02 | 6,319E-02  |
| Path. Gedankeninhalte, die bei früheren Straftaten von Bedeutung waren | 4,543E-02     | 1,231E-02 | ,448       | -,137      | -4,711E-02 | 5,771E-02  |
| Keine Remission der zur Tatzeit vorhandenen Symptomatik                | ,131          | -,210     | ,389       | -,111      | 1,078E-02  | -8,142E-02 |
| Problematisches Arbeitsverhalten                                       | ,244          | ,172      | ,291       | -5,213E-02 | 6,666E-02  | ,236       |
| Hohes Suchtpotential                                                   | -4,870E-03    | 8,138E-02 | -7,216E-03 | ,852       | 2,391E-02  | ,201       |

| <b>Tabelle VIII: Rotierte Faktorenmatrix (N=203) (Fortsetzung)</b> |               |            |            |            |           |            |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|------------|------------|------------|-----------|------------|
| <b>Items</b>                                                       | <b>Faktor</b> |            |            |            |           |            |
|                                                                    | <b>1</b>      | <b>2</b>   | <b>3</b>   | <b>4</b>   | <b>5</b>  | <b>6</b>   |
| Suchtmittelmissbrauch zu erwarten                                  | ,200          | ,148       | ,119       | ,830       | 4,967E-02 | ,157       |
| Rauschmitteleinfluss bei Suchtproblematik                          | -,102         | 5,356E-02  | -,108      | ,684       | 1,478E-02 | 3,132E-02  |
| Delinquenz nicht zurückzuführen auf schicksalhaften Konflikt       | 3,054E-02     | -1,564E-02 | -1,914E-02 | -,110      | ,774      | 4,604E-02  |
| Delinquenz nicht zurückzuführen auf spezifische Tatsituation       | -2,954E-02    | 2,882E-02  | -5,469E-02 | -5,984E-02 | ,611      | 4,507E-02  |
| Delinquenz nicht zurückzuführen auf besondere lebensph. Bedigungen | 4,165E-02     | -7,773E-02 | 2,638E-03  | -2,271E-02 | ,556      | -1,509E-02 |
| Zufallsopfer                                                       | 1,935E-02     | -6,107E-02 | 2,121E-02  | ,115       | ,539      | ,181       |
| Keine spezifische Täter-Opfer-Beziehung                            | 7,363E-02     | 1,729E-03  | 5,472E-02  | ,137       | ,479      | ,142       |
| Delinquenz zurückzuführen auf eine psychopathologische Entwicklung | ,181          | ,118       | ,118       | -8,132E-02 | -,205     | 7,496E-02  |
| Entweichung mit Straftaten                                         | 1,984E-02     | -2,994E-02 | 1,135E-02  | 4,828E-02  | ,180      | ,592       |
| Rückstufungen                                                      | 5,972E-02     | ,116       | 9,364E-02  | ,101       | 2,142E-02 | ,592       |
| Einschlägige Straftaten                                            | 3,249E-02     | 4,635E-02  | 3,224E-03  | 1,680E-02  | ,117      | ,563       |
| Sonstige Straftaten                                                | -2,892E-02    | ,129       | 1,253E-02  | 7,553E-02  | ,130      | ,483       |
| Problematische Beurlaubung(en)                                     | ,180          | ,116       | -1,643E-02 | ,104       | -,147     | ,388       |

Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-

Normalisierung. Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

**Tabelle IX:** Items der 46 HPB-Items, die einen signifikanten Zusammenhang mit der prognostizierten bzw. tatsächlichen weiteren Unterbringungsdauer zeigten

| Itemtext                                                   | Prognostizierte weitere Unterbringungsdauer |               |               |     | Tatsächliche weitere Unterbringungsdauer |               |               |     |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|---------------|-----|------------------------------------------|---------------|---------------|-----|
|                                                            | Chi-Quadrat                                 | Konting.koef. | Kendall-Tau-b | n   | Chi-Quadrat                              | Konting.koef. | Kendall-Tau-b | n   |
| Delinq. zurückzuführen auf grundl. Persönlichkeitsmerkmale | 4,29                                        | 0,14          | 0,06          | 202 | 12,329**                                 | 0,251         | -0,007        | 184 |
| Impulsivität                                               | 14,04**                                     | 0,25          | 0,18**        | 217 | 8,809*                                   | 0,206         | 0,163*        | 199 |
| Schlechtes Lernen aus Erfahrung                            | 17,66**                                     | 0,28          | 0,26**        | 208 | 11,464                                   | 0,238         | 0,209**       | 191 |
| Gestörte Aggressionshemmung                                | 30,89**                                     | 0,36          | 0,33          | 214 | 12,411**                                 | 0,243         | 0,220**       | 197 |
| Path. Gedankeninh., bei früh. Straftaten von Bedeutung     | 30,23**                                     | 0,35          | 0,30**        | 211 | 15,094**                                 | 0,269         | 0,247**       | 194 |
| Fehlende Beziehungsfähigkeit                               | 8,99                                        | 0,2           | 0,16          | 219 | 11,33*                                   | 0,231         | 0,175**       | 201 |
| Keine Therapiebereitschaft                                 | 19,12**                                     | 0,28          | 0,26**        | 218 | 7,996*                                   | 0,196         | 0,178**       | 201 |
| Keine Annäherung an die spezielle Problematik              | 18,84**                                     | 0,28          | 0,26**        | 220 | 7,597                                    | 0,19          | 0,153*        | 202 |
| Fehlende Normalisierungs-/Gesundungstendenz                | 42,43**                                     | 0,4           | 0,40**        | 217 | 20,863**                                 | 0,307         | 0,295**       | 200 |
| Impulsives Sozialverhalten                                 | 12,40*                                      | 0,23          | 0,18**        | 220 | 10,653*                                  | 0,224         | 0,173**       | 202 |
| Keine Einsicht in die Krankheit/Störung                    | 31,43**                                     | 0,35          | 0,33**        | 218 | 6,85                                     | 0,182         | 0,140*        | 200 |
| Problematisches Freizeitverhalten                          | 18,99**                                     | 0,28          | 0,26**        | 219 | 13,546**                                 | 0,251         | 0,215**       | 202 |
| Fehlen realistischer Zukunftspläne                         | 46,10**                                     | 0,42          | 0,41**        | 212 | 23,339**                                 | 0,328         | 0,292**       | 194 |
| Ungesicherte Nachbetreuung                                 | 76,26**                                     | 0,55          | 0,58**        | 177 | 30,016**                                 | 0,349         | 0,379**       | 163 |
| Instabiles Beziehungsfeld                                  | 38,13**                                     | 0,42          | 0,42**        | 182 | 15,006**                                 | 0,287         | 0,263**       | 167 |
| Unsichere Arbeitsmöglichkeiten                             | 28,50**                                     | 0,39          | 0,38**        | 160 | 19,051**                                 | 0,338         | 0,284**       | 148 |
| Problematische Wohnverhältnisse                            | 29,21**                                     | 0,4           | 0,38          | 153 | 14,315**                                 | 0,301         | 0,288**       | 144 |
|                                                            |                                             |               |               |     |                                          |               |               |     |
| Delinq. nicht zurückzuf. auf schicksalhaften Konflikt      | 11,72*                                      | 0,23          | 0,01*         | 209 | 3,095                                    | 0,126         | 0,058         | 191 |
| Hohe Störbarkeit                                           | 10,49*                                      | 0,22          | 0,15          | 216 | 3,079                                    | 0,124         | 0,104         | 198 |
| Depressivität                                              | 11,28*                                      | 0,23          | 0,06          | 207 | 0,947                                    | 0,07          | 0,814         | 191 |
| Augenblicksverhaftung                                      | 10,54*                                      | 0,22          | 0,15**        | 214 | 6,698                                    | 0,181         | 0,136         | 197 |
| Therapieabbrüche                                           | 11,46*                                      | 0,23          | 0,20**        | 207 | 2,122                                    | 0,105         | 0,082         | 192 |
| Fehlende Bindung an den Therapeuten                        | 22,63**                                     | 0,31          | 0,28**        | 216 | 4,098                                    | 0,142         | 0,123         | 199 |
| Problematisches Arbeitsverhalten                           | 11,20*                                      | 0,22          | 0,13*         | 217 | 1,116                                    | 0,074         | 0,57          | 201 |
| Überhöhte Erwartungen                                      | 6,69                                        | 0,18          | 0,11*         | 210 | 4,122                                    | 0,145         | 0,091         | 192 |

**Tabelle X:** Korrelation der 11 Entlassungshindernisse mit der tatsächlichen weiteren Behandlungsdauer zum Zeitpunkt „t2“ (01.11.1993)

| Items                                     | Kendall-Tau-b | Signifikanz | Kontingenzkoeffizient | Varianz |
|-------------------------------------------|---------------|-------------|-----------------------|---------|
| Fortbestehen wichtiger Delinquenzursachen | 0.374         | .000        | 0.405                 | 16,4 %  |
| Mangelnder stabiler Behandlungserfolg     | 0.350         | .000        | 0.362                 | 13,1 %  |
| Nicht abgeschlossene Therapie             | 0.274         | .000        | 0.324                 | 10,5 %  |
| Fehlende Lockerungserprobung              | 0.280         | .000        | 0.361                 | 13 %    |
| Fehlender Empfangsraum                    | 0.264         | .000        | 0.310                 | 9,6 %   |
| Ungesicherte Nachbetreuung                | 0.253         | .000        | 0.271                 | 7,3 %   |
| Verhaltensprobleme in der Klinik          | 0.225         | .000        | 0.248                 | 6,1 %   |
| Fehlende Einigung über Nachbetreuung      | 0.203         | .002        | 0.256                 | 6,6 %   |
| Zu hoher Strafreis                        | 0.158         | .012        | 0.180                 | 3,2 %   |
| Wunsch in der Klinik zu bleiben           | 0.056         | .391        | 0.107                 | 1,1 %   |
| Unbeherrschte Suchtproblematik            | 0.026         | .678        | 0.135                 | 1,8 %   |

**Tabelle XI:** T-Test für die Mittelwertgleichheit

|                          |                       | T      | df      | Signifikanz (2-seitig) |
|--------------------------|-----------------------|--------|---------|------------------------|
| Regressions Faktor-Score | Varianz gleich        | -3,693 | 111     | 0,000                  |
| 1 für Analysis 1         | Varianz verschieden   | -3,653 | 100,093 | 0,000                  |
| Regressions Faktor-Score | Varianzen gleich      | -4,147 | 111     | 0,000                  |
| 3 für Analysis 1         | Varianzen verschieden | -4,151 | 110,520 | 0,000                  |

**Katamnesebogen 1; Stichtagsuntersuchung 01.11.1993**

|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| 2000 IDNR:                                    | (-----) |
| 2010 Name:.....                               |         |
| 2020 Vorname:.....                            |         |
| 2030 Geburtsdatum:                            | (-----) |
| 2040 Verstorben:                              | (-----) |
| 2050 Aufnahmedatum:                           | (-----) |
| 2060 Datum der Rechtskraft § 63 StGB:         | (-----) |
| 2070 Ausfülldatum HPB:                        | (-----) |
| 2080 Entlassen: 1/0                           | (-----) |
| 2090 Entlassungsdatum:                        | (-----) |
| 2100 Empfangsraum: 1. Eigene Wohnung (allein) | (-----) |
| 2110 2. Eigene Wohnung (mit Partner)          | (-----) |
| 2120 3. Wohnung bei Eltern/Verwandten         | (-----) |
| 2130 4. Übergangseinrichtung                  | (-----) |
| 2140 5. Therapeutische Wohngemeinschaft       | (-----) |
| 2150 6. Dauerwohnheim                         | (-----) |
| 2160 7. JVA bzw. Abschiebung                  | (-----) |
| 2170 8. PKH                                   | (-----) |
| 2180 9. Ohne festen Wohnsitz                  | (-----) |
| 2190 Ambulanz: 1/0                            | (-----) |
| 2200 Wieder in der Klinik: 1/0                | (-----) |
| 2210 SHB: 1/0                                 | (-----) |

|                                              |                                                  |         |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|
| 2220                                         | Widerruf: 1/0                                    | (-----) |
| <b><u>Katamnesebogen 1 (Fortsetzung)</u></b> |                                                  |         |
| 2230                                         | § 126 a StPO: 1/0                                | (-----) |
| 2240                                         | Erneuter § 63 StGB:                              | (-----) |
| Grund des Widerrufs:                         |                                                  |         |
| 2250                                         | 1. Tötungsdelikt, auch Versuch.                  | (-----) |
| 2260                                         | 2. Körperverletzung                              | (-----) |
| 2270                                         | 3. Sexualdelikt ohne Gewalt                      | (-----) |
| 2280                                         | 4. Sexualdelikt mit Gewalt                       | (-----) |
| 2290                                         | 5. Eigentumsdelikt ohne Gewalt                   | (-----) |
| 2300                                         | 7. Brandstiftung                                 | (-----) |
| 2310                                         | 8. Sonstiges                                     | (-----) |
| 2320                                         | Weisungsverstoß                                  | (-----) |
| 2340                                         | Noch in der Klinik:                              | (-----) |
| 2350                                         | Station:                                         | (-----) |
| 2360                                         | Aktuelle Stufe:                                  | (-----) |
| 2370                                         | Zahl der Rückstufungen:                          | (-----) |
| 2380                                         | Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch: (Häufigkeit) | (-----) |
| 2390                                         | Entweichung: (Häufigkeit)                        | (-----) |
| 2400                                         | Verhaltensentgleisung: (Häufigkeit)              | (-----) |
| 2410                                         | Delikte während der Unterbringung: (Häufigkeit)  | (-----) |
| 2420                                         | Entscheidendes Entlassungshindernis: (-----)     | (-----) |
| Geschätzte weitere Behandlungsdauer:         |                                                  |         |
| 2430                                         | (gemäß HPB-Kategorien)                           | (-----) |



**Katamnesebogen 2; Stichtagsuntersuchung 01.11.1998**

(Ergänzung zur Stichtagsuntersuchung vom 01.11.1993)

3080: Zum 01.11.1998 noch in der Klinik: (-----)

3081: Zum 01.11.1993 noch in der Klinik aber vor dem 01.11.1998

entlassen: (-----)

3082: Zum 01.11.1993 noch in der Klinik, entlassen, vor dem 01.11.1998

wieder aufgenommen: (-----)

3083: Zum 01.11.1993 noch in der Klinik, entlassen, wieder aufgenommen

und wiederentlassen: (-----)

3084: Vor dem 01.11.1993 entlassen, zum 01.11.1998 wieder in der Klinik (-----)

3085: Vor dem 01.11.1993 entlassen, wieder in der Klinik, vor dem

01.11.1998 wiederentlassen: (-----)

(Kodierung: 1 = ja, 0 = nein, 12 = trifft nicht zu)

**Hainaer Prognosebeurteilungsbogen (HPB 88)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Dg.: \_\_\_\_\_  
 Einweisungsdelikt: \_\_\_\_\_ Aufn.Tag: \_\_\_\_\_ Dat. d.Einw.Urteils: \_\_\_\_\_  
 Derzeitige Stufe: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

0 = trifft nicht zu  
 1 = trifft teilweise zu  
 2 = trifft voll zu  
 9 = nicht beurteilbar/ irrelevant

**A: KRIMINALITÄT**

|                                          |   |   |   |   |
|------------------------------------------|---|---|---|---|
| Delinquenz zurückzuführen auf            | 0 | 1 | 2 | 9 |
| -grundlegende Persönlichkeitsmerkmale    | 0 | 1 | 2 | 9 |
| -eine psychopathologische Entwicklung    | 0 | 1 | 2 | 9 |
| -eine chronische psychotische Erkrankung | 0 | 1 | 2 | 9 |
| -eingeschliffene Verhaltensmuster        | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Delinquenz nicht zurückzuführen auf      | 0 | 1 | 2 | 9 |
| -besondere lebensphasische Bedingungen   | 0 | 1 | 2 | 9 |
| -schicksalshaften Konflikt               | 0 | 1 | 2 | 9 |
| -spezifische Tatsituation                | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Zufallsopfer                             | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Keine spezifische Täter-Opfer-Beziehung  | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Rauschmitteleinfluß bei Suchtproblematik | 0 | 1 | 2 | 9 |

**B: PERSÖNLICHKEIT / AKTUELLER KRANKHEITS- ZUSTAND**

|                                                                              |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Hohe Störbarkeit                                                             | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Geringe Frustrationstoleranz                                                 | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Depressivität                                                                | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Minderwertigkeitsproblematik                                                 | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Impulsivität                                                                 | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Augenblicksverhaftung                                                        | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Schlechtes Lernen aus Erfahrung                                              | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Gestörte Aggressionshemmung                                                  | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Keine Remission einer zur Tatzeit vor-<br>handenen psychotischen Symptomatik | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Path. Gedankeninhalte, die bei früheren<br>Straftaten von Bedeutung waren    | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Hohes Suchtpotential                                                         | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Fehlende Beständigkeit                                                       | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Fehlende Beziehungsfähigkeit                                                 | 0 | 1 | 2 | 9 |

**C: VOLLZUGSVERLAUF**

|                                                |   |   |   |   |
|------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Einschlägige Straftaten                        | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Sonstige Straftaten                            | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Entweichung mit Straftaten                     | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Problematische Beurlaubung (en)                | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Rückstufungen                                  | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Keine Therapiebereitschaft                     | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Therapieabbrüche                               | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Bagatellisierungs- /Leugnungstendenzen         | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Keine Annäherung an die spezielle Problematik  | 0 | 1 | 2 | 9 |
| fehlende Bindung an Therapeuten                | 0 | 1 | 2 | 9 |
| fehlende Normalisierungs- /Gesundungstendenzen | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Impulsives Sozialverhalten                     | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Suchtmittelmißbrauch                           | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Keine Einsicht in Krankheit / Störung          | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Problematisches Arbeitsverhalten               | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Problematisches Freizeitverhalten              | 0 | 1 | 2 | 9 |

**D: Zukunftsplanung**

|                                    |   |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| Fehlen realistischer Zukunftspläne | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Überhöhte Erwartungen              | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Ungesicherte Nachbetreuung         | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Instabiles Beziehungsumfeld        | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Unsichere Arbeitsmöglichkeit       | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Problematische Wohnverhältnisse    | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Suchtmittelmissbrauch zu erwarten  | 0 | 1 | 2 | 9 |

**E: DERZEITIGE ENTLASSUNGSHINDERNISSE**

|                                                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Mangelnder stabiler Behandlungserfolg                             | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Nicht abgeschlossene Therapie                                     | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Unbeherrschte Suchtproblematik                                    | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Verhaltensprobleme in der Klinik                                  | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Fortbestehen wichtiger Delinquenzursache                          | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Fehlender akzeptabler sozialer Empfangsraum                       | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Ungesicherte fachliche Nachbetreuung                              | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Fehlende Einigung mit Pat. über Lebensraum und Nach-<br>betreuung | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Ausreichende Lockerungs- bzw. Belastungs erprobung fehlt          | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Wunsch d. Pat., in der Klinik Zu bleiben                          | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Zu hoher Strafrest                                                | 0 | 1 | 2 | 9 |

**F: STELLUNGNAHME DER KLINIK**

|                             |    |      |
|-----------------------------|----|------|
| Aussetzung befürwortet      | ja | nein |
| Fortdauer befürwortet       | ja | nein |
| Offenhalten des Ergebnisses | ja |      |

**G: GESCHÄTZTE WEITERE BEHANDLUNGSDAUER**

|              |    |      |
|--------------|----|------|
| bis 1 Jahr   | ja | nein |
| 1-2 Jahre    | ja | nein |
| 2-5 Jahre    | ja | nein |
| über 5 Jahre | ja | nein |

## Dank

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. med. N. Nedopil, dem Betreuer dieser Dissertation, für seine Unterstützung ganz herzlich danken.

Meinem Chef Herrn Dr. med. Rüdiger Müller-Isberner danke ich für die Überlassung des Themas und für die Möglichkeit, die Dissertation unter seiner Anleitung zu erstellen.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dipl.-Psychologin Sabine Eucker, die die Durchführung dieser Untersuchung wissenschaftlich begleitet hat.

Ebenfalls danke ich Herrn Dipl.-Psychologen Lutz Gretenkord für seinen Rat und seine hilfreiche Kritik.

Ein Dank auch an Herrn Dipl.-Sozialarbeiter Jörg Imbeck für seine Hilfe beim Layout.

## Tabellarischer Lebenslauf

|                         |                                                                                                   |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15.04.1962              | Geboren in Kassel als Kind der Eheleute<br>Hans Erhard und Else Blaufuß                           |
| 1968 - 1972             | Grundschule „Königstor“ in Kassel                                                                 |
| 1972 - 1981             | Gymnasium „Jacob-Grimm-Schule“ in<br>Kassel                                                       |
| 01.01.1982 – 30.06.1982 | Aushilfssachbearbeiterin beim Arbeitsamt<br>in Kassel                                             |
| WS 1982/83              | Studium der Architektur in Braunschweig                                                           |
| SS 1983                 | Beginn des Medizinstudiums an der<br>Philipps-Universität Marburg                                 |
| SS 1987 – SS 1990       | Zahnmedizinstudium als Zweitstudium an<br>der Philipps-Universität Marburg                        |
| 19.05.1989              | Ärztliche Prüfung                                                                                 |
| 14.01.1991 – 13.07.1992 | Ärztin im Praktikum in der Klinik für foren-<br>sische Psychiatrie (KffP) Haina                   |
| 14.07.1992 – 30.11.1992 | Assistenzärztin in der KffP Haina                                                                 |
| 01.12.1992 – 30.11.1992 | Funktionsoberärztin in der KffP Haina                                                             |
| 01.12.1993 – 30.04.1996 | Facharztweiterbildung im Psychiatrischen<br>Krankenhaus Haina                                     |
| 01.05.1996 – 30.09.1996 | Assistenzärztin in der KffP Haina                                                                 |
| 01.10.1996 – 30.09.1997 | Facharztweiterbildung in der Neurologi-<br>schen Rehabilitationsklinik Wicker in Bad<br>Wildungen |
| 01.10.1997              | Assistenzärztin in der KffP Haina                                                                 |
| 15.04. 1998             | Fachärztin für Psychiatrie                                                                        |
| 01.02.1999              | Oberärztin in der KffP Haina                                                                      |
| 07.03.2000              | Leitende Abteilungsärztin in der<br>KffP Haina                                                    |
| seit 1988               | verheiratet mit Volker Kielisch                                                                   |
| 20.09.1990              | Geburt unserer Tochter Ellen                                                                      |
| 04.11.1995              | Geburt unseres Sohnes Erik                                                                        |