

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Abteilung für Forensische Psychiatrie, an der Ludwig-Maximilians-Universität in  
München

Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

Der Einfluss der Gesetzesänderung vom 26.01.1998 („Gesetz zur Bekämpfung  
von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“)

Ein Vergleich vor und nach dieser Gesetzesänderung erstellter  
Prognosegutachten.

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

vorgelegt von  
Barbara Maria Herschbach

aus  
Karlsruhe

2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Norbert Nedopil

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Randolph Penning

Mitbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter: PD Dr. med. Cornelis Stadtland

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 12.03.2009

## Inhaltsverzeichnis:

1.	Einleitung.....	4
2.	Fragestellung und Hypothesen dieser retrospektiven Studie .....	10
3.	Material und Methoden.....	14
3.1	Stichprobe.....	14
3.2	Probandenkollektiv.....	16
3.3	Erhebungen .....	17
3.4	Statistik .....	27
4.	Ergebnisse .....	28
4.1	deskriptive Statistik .....	28
4.1.1	soziodemographische Daten.....	28
4.1.1.1	Zusammenhänge soziobiografischer Daten/Untersuchungsbefunde und Prognose.....	36
4.1.2	deskriptive Statistik Strafrecht.....	37
4.1.2.1	Zusammenhänge BADO Strafrecht und andere Variablen .....	41
4.1.3	PCL Werte im Vergleich.....	42
4.1.3.1	Darstellungen von Zusammenhangsstrukturen zwischen Merkmalen der PCL-R und anderen Erhebungsdaten, Ergebnisse der CHI <sup>2</sup> Tests .....	45
4.1.4	ILRV im Vergleich .....	48
4.1.4.1	Allgemeine Daten ILRV.....	48
4.1.4.2	Ergebnisse von Zusammenhängen der ILRV und anderen Variablen .....	51
4.1.5	HCR 20 im Vergleich.....	53
4.1.5.1	Zusammenhänge zwischen Gesamtscore des HCR 20 und Prognose .....	54
5.	Diskussion .....	55
5.1	Allgemein .....	55
5.2	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	56
6.	Zusammenfassung.....	65
7.	Literaturverzeichnis .....	67
8.	Abkürzungsverzeichnis.....	76
9.	Danksagung .....	77
10.	Lebenslauf.....	78

## 1. Einleitung

"Wegschließen - und zwar für immer", forderte Gerhard Schröder einst in der "Bild am Sonntag" (Interview vom 08.07.2001) (Bild 2001) und Angela Merkel kritisierte in der "Bunten", "dass diesen drastischen Worten dann nicht die entschlossenen Taten gefolgt sind" (Bunte 2006).

Die Frage nach der Kriminalprognose wird in Deutschland seit 1933, als der Maßregelvollzug in das Strafgesetzbuch aufgenommen wurde, an die Psychiater gestellt (Nedopil 2005b).

Nedopil stellt fest, dass die empirische Forschung gezeigt hat, dass Prognosen einen effektiven und humaneren Umgang mit der Klientel der Forensischen Psychiatrie ermöglichen und potentielle Opfer besser schützen als der Verzicht auf Prognosen und dass in der Prognostik ausgebildete Psychiater zuverlässigerer Prognosen abgeben können, als andere mit Straftätern und Rechtsbrechern befasste Berufsgruppen (Nedopil 2005b).

Aus juristischer Sicht schreibt das Gesetz zur Erstellung einer Prognose in §56 Abs. 1 Satz 1 und §57 Abs. 1 Satz 2 StGB beispielhaft vor, dass „namentlich“ die Persönlichkeit des Verurteilten, sein Vorleben, die Umstände seiner Tat, sein Verhalten nach der Tat, seine Lebensverhältnisse und die Wirkungen, die von der Aussetzung für ihn zu erwarten sind, zu berücksichtigen seien (Boetticher *et al.* 2007).

Die Gutachtertätigkeit des Psychiaters wird von der Presse und der Öffentlichkeit in bedeutenden und für die breite Masse „interessanten“ Gerichtsverfahren mit großem Interesse verfolgt und kommentiert. Geht aber nach einer vom Psychiater empfohlenen Entlassung oder Beurlaubung etwas schief, hat auch der Gutachter Angriffe von Massenmedien zu erwarten, eventuell auch strafrechtliche, disziplinarische oder zivilrechtliche Konsequenzen (Rasch 1983), obwohl er letztendlich nur beratend tätig ist. Gleichzeitig bergen die Medien Gefahren, dass komplizierte psychiatrische Sachverhalte und Zusammenhänge medienwirksam aufgearbeitet und verfälscht, zu knapp oder zu einseitig dargestellt werden. Psychiater geraten dabei öfter in die Lage, die „Psyche“ eines Menschen erklären, deuten und

vorhersagen zu wollen und damit in gewissen Maße dazu beitragen, moralische Wertvorstellungen innerhalb der Gesellschaft zu formen (Adshead 1998).

Das Prognosegutachten erfordert eine umfassende und in sich nachvollziehbare Darstellung der Erkenntnis und des Wertungsprozesses des Sachverständigen (Boetticher *et al.* 2007). In „Mindestanforderungen für Prognosegutachten“ (Boetticher *et al.* 2007) werden Schwierigkeiten bei der Erstellung thematisiert und Empfehlungen für die in Strafverfahren zu erstattenden forensischen Prognosegutachten gegeben.

Schon in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts begannen die ersten empirischen Forschungen zum Thema der Prognoseerstellung, die über viele verschiedene Phasen hinweg zu den derzeitigen Prognosekonzepten führten. „Trotz aller Schwierigkeiten kann auf die Voraussage nicht verzichtet werden.....“. „So wenig brauchbar und verlässlich gegenwärtig die Kriminalprognose für das breite Mittelfeld der Straffälligen sein mag, sie stellt selbst in dieser Unzulänglichkeit einen Schritt auf dem Wege zu einem rationalen Straf- und Behandlungsprozess dar. Denn sie zwingt dazu, sich über die entscheidenden Tatsachen zu vergewissern und die Fakten ernst zu nehmen. Dieser Zustand wiederum veranlasst Wissenschaft und Praxis zu neuen Anstrengungen, überlegene Verfahren zu entwickeln und anzuwenden“. So betitelte Günther Kaiser im Jahre 1996 den damaligen Zustand der Prognoseforschung aus seiner Sicht (Kaiser 1996).

Im Bericht des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 13.11.1997 heißt es: „Insbesondere die Fälle, in denen Kinder durch einschlägig vorbestrafte Täter sexuell missbraucht und sogar getötet worden sind, haben Empörung hervorgerufen. Es ist zu einer verstärkten Diskussion darüber gekommen, wie der Schutz vor solchen und anderen gefährlichen Straftaten verbessert werden kann.“

Strafrechtliche Prognoseentscheidungen sind durch den Konflikt zwischen den Sicherungsinteressen einerseits und den Resozialisierungsinteressen andererseits gekennzeichnet. Die Emotionen schürenden und oft reißerisch aufgemachten Presseberichten vermitteln den Eindruck einer statistisch in keiner Weise belegten (wohl eher widerlegten) Häufung sowohl von sexuellen

Gewalttaten als auch von Fehlprognosen. Es konnte in einigen Untersuchungen gezeigt werden, dass Rückfälle generell eher rückläufig sind (Kinzig 2004; Seifert, Moller-Mussavi 2005). Gleichwohl reicht die Datenlage hier noch nicht aus, um von einem Trend zu sprechen. So ist das mit erheblichen Strafverschärfungen ausgestattete „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ aus dem Jahre 1998, (es besteht seit diesem Gesetzerlass u. a. die Möglichkeit, nach der ersten Rückfalltat eine zeitlich unbeschränkte Sicherungsverwahrung neben der Freiheitsstrafe anzuordnen) was die Grundlage dieser Arbeit liefert, maßgeblich vom bundesweiten Aufsehen über den Mord der siebenjährigen Natalie Astner beeinflusst worden. Der Täter war bereits 1993 wegen sexuellem Missbrauch von Kindern zu 4,5 Jahren Freiheitsstrafe verurteilt worden, wurde dann wegen positiver Sozialprognose bereits nach 3 Jahren vorzeitig entlassen und beging unmittelbar danach den Mord an Natalie Astner (Schall 2003).

„Prognoseentscheidungen bergen stets das Risiko der Fehlprognose, sind aber im Recht gleichwohl unumgänglich. Die Prognose ist und bleibt als Grundlage jeder Gefahrenabwehr unverzichtbar, mag sie auch im Einzelfall unzulänglich sein. In der Praxis der forensischen Psychiatrie hat sich im Übrigen das Wissen um die Risikofaktoren in den letzten Jahren erheblich verbessert, so dass über einen Teil der Delinquenten relativ gute und zuverlässige prognostische Aussagen gemacht werden können.“ (Vorwort) (Kröber *et al.* 2006). Ein Gutachter sollte sich bei seiner Begutachtung keinesfalls gedrängt fühlen, für jede Tathandlung eine „scheinbare“ Erklärung abzugeben, auch bei der strafrechtlichen Begutachtung behalten die zentralen medizinethischen Begriffe ihre Gültigkeit. Auch im Bereich der forensischen Psychiatrie werden die ärztlichen Pflichten gefordert, für das Wohlergehen von Kranken zu sorgen, Hilfe zu leisten, Würde und Selbstbestimmung der Person zu wahren. Dennoch ist der forensische Psychiater mit Menschen konfrontiert, die den Arztkontakt nicht angefordert haben und sie unterliegen oft einem besonderen Gewaltverhältnis (Untersuchungshaft, vorläufige Unterbringung in der Psychiatrie). Zusätzlich kann die Expertise des Forensikers nachhaltige Folgen für den Untersuchten haben (Kröber *et al.* 2007).

Bezeichneten Leichner und Wiggins (1978; Wiggins 1973) in den 70iger Jahren im Maßregelvollzug tätige Kliniker, die Gefährlichkeitsprognosen

erstellten, als eher „simple“ Denker, deren Gefährlichkeitsprognose wesentlich stärker von einer kleinen, überschaubaren Anzahl konkreter Entlassungshindernisse, die aus dem täglichen Sprachgebrauch abgeleitet sind abhing, als von einer großen Anzahl klinischer Prognosekriterien, die aus der Literatur abgeleitet wurden, so erschien Hinz (1987) in den folgenden 80iger Jahren, dass der Straftäter bei der klinischen Gefährlichkeitsprognose unabhängig von weiteren Prädiktorenvariablen fast ausschließlich ein Gefangener seiner kriminellen Vorgeschichte war.

Seifert (2006) fasste zusammen, dass in der heutigen Prognoseerstellung klinischen Beurteilungen mitunter der Eindruck einer „geringeren Wissenschaftlichkeit“ anhaftet, dennoch klinische Kriterien gegenüber anamnestischen Kriterien bevorzugt werden und kritisiert bei externen Gutachtern die häufige und mitunter unkritische Anwendung von standardisierten Prognoseinstrumenten, was die Prognoseerstellung zwar vereinfachen mag, dem Gesetz, welches eine Individualprognose fordert, jedoch nicht gerecht wird (Boetticher *et al.* 2007). Freese *et al.* (1995) stellten fest, dass biografische Daten und forensische Variablen eine bessere Voraussage von zukünftigen gewalttätigen Verhaltens zeigten, als Behandlung und psychopathologische Daten. Nach wie vor gibt es methodische Grundprobleme, die von Leygraf (2004) ausführlich diskutiert werden.

Weiterhin wird kritisiert, dass heute für unterschiedliche prognostische Fragen, auch unterschiedliche Prognoseparameter ausschlaggebend seien (Einweisungsprognose, Behandlungsprognose vor und während der Unterbringung, Lockerungsprognose während der Unterbringung, Entlassungsprognose nach Entlassung). Bei jeder dieser Prognosen seien letztendlich unterschiedliche Risikofaktoren zu berücksichtigen (Nedopil 2007).

### Geschichte der Prognoseforschung und Prognoseerstellung

Empirische Forschungen im Bereich der forensischen Psychiatrie begannen Anfang des 20. Jahrhunderts. Seither gab es verschiedene Phasen, in welchen sich optimistische und pessimistische Einschätzungen zum Sinn von Kriminalprognosen und zur Mitwirkung von forensischen Psychiatern bei der Erstellung der Kriminalprognosen abwechselten. Vor allem in den 70iger Jahren

wurden die Fähigkeiten der Wissenschaftler, Kriminalprognosen zu erstellen kritisch hinterfragt (Nedopil 2005b). Es folgten in den Jahren danach Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen Gewalttätigkeit und psychischer Krankheit, dabei wurden verschiedene Instrumente zur Vorhersage von zukünftigem gewalttätigem Verhalten entwickelt und hinterfragt (Nedopil 1998b).

Die klassische Literatur (Leferenz 1972), kennt drei unterschiedliche Methoden, die zur Erstellung einer Prognose herangezogen werden können (Nedopil 2007):

- *die intuitive Methode*: Richter, die aufgrund ihres theoretischen Allgemeinwissens und ihrer subjektiven Erfahrungen in kurzer Zeit entscheiden müssen, welche Strafe oder welche Art der Strafverschonung wegen des Deliktes und der Persönlichkeit des Täters sinnvoll und gerechtfertigt erscheint, bedienen sich dieser Methode (Göppinger 1980; Kaiser 1983).
- *die statistische Methode*: Basiert auf empirischen Untersuchungen, die genau die Faktoren ermitteln, die statistisch mit hoher Rückfälligkeit korrelieren oder als Indikatoren für hohe Rückfälligkeit angesehen werden (Göppinger 1980; Kaiser 1983).
- *die klinische Methode*: Aufgrund von ausführlicher biographischer Anamneseerhebung, inklusive der Krankheits- und Delinquenzanamnese, wird von der Vergangenheit über die derzeitige Situation auf die Zukunft geschlossen (Frisch 1983; Göppinger 1980; Kaiser 1983; Mergen 1978).

Jedoch wurde unter forensischen Psychiatern viele Jahre lang die klinische Kriminalprognose bevorzugt, die sowohl eine individuelle Exploration und Untersuchung des Probanden, sowie die individualprognostische Erfahrung des Gutachters berücksichtigt (Leferenz 1972).

Derzeitige Prognosekonzepte gehen nach Nedopil (2007) von einer neuen Fragestellung aus:

„Wer wird wann, unter welchen Umständen, mit welchem Delikt rückfällig, und wie können wir das verhindern?“ (Nedopil 2007), die derzeit mit 3 verschiedenen Konzepten beantwortet werden kann:

- *das idiographische Konzept*: Grundlage der Beurteilung sind individuelle stark ausgeprägte Verhaltensmuster, die ein Wiederauftreten des Verhaltens wahrscheinlich machen.
- *das nomothetische Konzept*: Empirische Kenntnisse aus einer Vielzahl von Untersuchungen werden auf den Einzelfall angewendet. Dieses Konzept ist die Grundlage der heute gängigen empirisch begründeten Prognoseinstrumente.
- *das hypothesengeleitete Konzept*: Entwicklung einer individuellen Hypothese zur Delinquenzgenese, dabei müssen die spezifischen Risikofaktoren, die der Hypothese zugrunde liegen, identifiziert (z.B. mit Prognoseinstrumenten) und mit protektiven Faktoren abgeglichen werden.

Zusätzlich werden Risikofaktoren in statische (z.B. anamnestische Daten) und dynamische Risikofaktoren (*fixierte* → beinhalten Fehlhaltungen, risikoträchtige Reaktionsmuster und *aktuelle* → klinische Symptomatik, Einstellung / Verhalten in verschiedenen Situationen) unterschieden (Nedopil 2007).

Trotz aller wissenschaftlicher Fortschritte bleiben Unsicherheiten, was die Vorhersage von delinquentem Verhalten angeht, und ein nicht unerhebliches Maß an Unsicherheit muss in Kauf genommen werden (Harris *et al.* 1993; Nedopil 2005a).

Allerdings gibt es auch die Gefahr, dass die Vorhersage von Gewalt in Prognosegutachten überinterpretiert wird (Webster *et al.* 1994). Letztendlich besteht das alte Dilemma zwischen gesellschaftlichem Sicherheitsbedürfnis und individuellen Freiheitsrechten fort (Knecht 1996).

## 2. Fragestellung und Hypothesen dieser retrospektiven Studie

Hauptziel der vorliegenden retrospektiven Untersuchung ist es, zu überprüfen, ob durch das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten (BGBl I S. 160 ff.)“ vom 26.01.1998 eine Veränderung in der Prognoseerstellung inhaltlich, hinsichtlich der Rückfallprognose und generell bei der Begutachtung von Probanden nach 1998 eintrat und worauf diese Veränderungen zurückzuführen sind.

Seit 1970 ergaben sich hinsichtlich von Forschung und Praxis der Rückfallprognose deutliche Veränderungen. Während bis 1998 Rückfallprognosen durch Sachverständige lediglich erforderlich waren bei:

- Einweisung in den Maßregelvollzug (§§63, 64, 66 StGB in Verbindung mit §246a StPO)
- Entlassung aus dem Maßregelvollzug (§§67 d II StGB in Verbindung mit §463 StPO) und der
- Entlassung aus lebenslanger Haft (§57a StGB in Verbindung mit §454 StPO),

wurden durch die veränderte Gesetzeslage Rückfallprognosen durch Sachverständige erforderlich bei

- Einweisung in den Maßregelvollzug (§§63, 64, 66 StGB in Verbindung mit §246a StPO)
- Entlassungen aus dem Maßregelvollzug (§§67d II StGB in Verbindung mit §463 StPO)
- Entlassungen aus lebenslanger Haft (§57a StGB in Verbindung mit §454 StPO)
- Aussetzung zur Bewährung von Reststrafe bei Verurteilung von über zwei Jahren bei Straftätern, die wegen eines Sexualdeliktes oder anderer „gefährlicher“ Straftaten verurteilt wurden (§57 in Verbindung mit §454 StPO).

Besonders deutlich wird die Veränderung der Gesetzesänderung von 1998 für die Prognoseerstellung im direkten Vergleich, so war die Aussetzung einer Maßregel früher möglich:

**„Wenn verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“**

Heute:

„**Wenn zu erwarten ist**, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“(Maßregelvollzug: Strafgesetzbuch §67d,1).

Diese entscheidende Umformulierung könnte u. a. zu einer verschärften Prognosebeurteilung seitens des Gutachters geführt haben, was von verschiedenen Fachleuten befürchtet wurde. Allerdings wurden solche Überlegungen in der Fachliteratur auch kritisch hinterfragt (Blau 2001; Haddenbrock 1998; Kreuzberg 1999; Luthe *et al.* 1998; Nedopil 2002).

Zudem forderten ebenfalls weitere Gesetzgebungen zur Sicherung, z. B. die Straftäterunterbringungsgesetze in Baden-Württemberg vom 14.03.2001, in Bayern vom 24.12.2001 und in anderen Bundesländern, wie auch das Gesetz zur vorbehaltenen Sicherungsverwahrung vom 21.08.2002, durch die Gesetzesänderungen zur nachträglichen Sicherungsverwahrung vom 2004, Prognoseerstellungen durch Sachverständige. Unter Umständen werden auch Prognosegutachten ohne expliziten gesetzlichen Auftrag, z. B. auf dem Verordnungsweg verlangt, wenn eventuell Lockerungen bei langjähriger Unterbringung in Erwägung gezogen werden.

Durch die Gesetzesänderung nahm die Zahl der Anforderungen von Prognosegutachten stark zu. Während von 1972 bis 1984 in der Abteilung für Forensische Psychiatrie in München insgesamt 36 Prognosegutachten angefordert wurden, waren es in den Jahren 1998 bis 2000, insgesamt 42 an der Zahl. Gleichzeitig erhöhten sich auch die Ansprüche an die prognostische Sicherheit in Bezug auf die Gefährdung der Allgemeinheit.

Auch die Fragen, denen sich der Sachverständige in der Forensik gegenüber sieht, sind deutlich differenzierter geworden. Heute geht es nach Nedopil (2007) darum, *wer* wird *wann*, unter *welchen Umständen* und mit *welchem Delikt* rückfällig, und wie könnte das *verhindert* werden?

Der Fragenkatalog in den 2007 erschienen Mindestanforderungen für Prognosegutachten (Boetticher *et al.* 2007) lautet:

- Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass die zu begutachtende Person erneut Straftaten begehen wird?
- Welcher Art werden diese Straftaten sein, welche Häufigkeit und welchen Schweregrad werden sie haben?
- Mit welchen Maßnahmen kann das Risiko zukünftiger Straftaten beherrscht oder verringert werden?
- Welche Umstände können das Risiko von Straftaten steigern?

Man kann sagen, dass eine differenziertere Fragestellung auch eine differenzierte Methodik der Begutachtung zur Folge hat. Die Anforderungen sind nicht für alle Fragestellungen gleich. Am Höchsten sind sie bei einer Entlassung aus Unterbringung einer Maßregel, da hier das Gericht feststellen muss, dass keine Gefahr mehr von dem Untergebrachten zu erwarten ist. Sowohl bei der Entlassung aus der Haftstrafe, als auch aus dem Maßregelvollzug wird nach §463 StPO bzw. §454 StPO vom Gutachter eine Äußerung dazu verlangt, „ob bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, dass dessen durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht“ (Nedopil 2001).

In der vorliegenden Studie erfolgt eine retrospektive Untersuchung von Prognosegutachten, die in den Jahren 1973 – 2000 erstellt wurden.

Im Einzelnen wurden dabei verschiedene mögliche Abhängigkeiten der erhobenen Variablen untereinander untersucht. Dabei sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- Gibt es Unterschiede in den soziobiografischen Daten der Probanden, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führen? Gibt es sozusagen eine andere Population, andere Probanden?
- Welche Unterschiede ergeben sich hinsichtlich strafrechtlicher Aktenlage, Delinquenz und zusätzlichen Beurteilungen zum Tatzeitpunkt? (Ergänzungsmodul Strafrecht)

- Unterscheiden sich die Ratings der PCL-R, des Prognosemoduls und des HCR 20 bei den Probanden vor und nach der Gesetzesänderung? Welche Auswirkung haben diese Ratings auf die Prognose und bestehen Assoziationen zu anderen Items?

Und weiterführend:

- Wurden somit die Gutachten nach der Gesetzesänderung anders bewertet?
- Warum und wie haben sich die Gutachten inhaltlich geändert?

Sofern sich deutliche Unterschiede in der Beurteilung der beiden Gruppen zeigen sollten, stellt sich weiterhin die Frage, inwiefern sich die erkannten Zusammenhänge auf Prognose und Therapie auswirken und eventuell für eine weitere Verbesserung der Prognoseforschung nutzbar gemacht werden können.

### 3. Material und Methoden

#### 3.1 Stichprobe

Im Rahmen der vorliegenden Studie zur Prognoseerstellung von Straftätern wurden retrospektiv 80 Prognosegutachten, die im Zeitraum 1973 – 2000 in der forensischen Abteilung der psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München erstellt worden waren, ausgewertet.

Bei den rein willkürlich nach Auffindbarkeit und Vollständigkeit ausgewählten Akten handelt es sich um zwei gleich große Gruppen von Gutachten, um

- **Gruppe neu:** 40 sog. Prognosegutachten aus den Jahren 1998 – 2000, die zur Frage der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§63 StGB), der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§64 StGB), sowie zur Frage der Bewährungsaussetzung der Unterbringung, wenn keine rechtswidrigen Taten mehr erwartet werden (§67 d II StGB), sowie zum §57 - Reststrafenaussetzung - Stellung nehmen.
- **Gruppe alt:** 40 sog. Prognosegutachten aus den Jahren 1973 – 1993, die ebenfalls zur Frage der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§63 StGB), der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§64 StGB), sowie zur Frage der Bewährungsaussetzung der Unterbringung, wenn keine rechtswidrigen Taten mehr erwartet werden (§67 d II StGB), sowie zum §57 Stellung nehmen. Weiterhin nehmen diese Gutachten Stellung zum „Widerruf der bedingten Entlassung“, vor Vollzugslockerungen, sowie prognostische Einschätzungen im Zuge von Gnadenverfahren.

Tabelle 3.1 Jahre der Gutachtenerstellung

	Jahr	Anzahl
Gruppe neue Gutachten	1998	8
	1999	16
	2000	16
Gruppe alte Gutachten	1974	2
	1975	2
	1976	7
	1977	4
	1978	2
	1979	1
	1981	3
	1982	2
	1983	3
	1984	1
	1985	1
	1986	3
	1989	3
	1990	4
1993	1	

n = 80

Die größere Jahresspanne bei den alten Gutachten ergab sich aus der Tatsache, dass von 1973 – 1993 insgesamt weitaus weniger Prognosegutachten angefordert wurden, die wiederum nicht alle die Einschlusskriterien erfüllten, so dass eine größere Zeitspanne nötig war, um die gleiche Anzahl an Gutachten zusammen zu bekommen.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit und des deutlich geringeren Frauenanteils unter den Prognosegutachten, wurden nur Akten in die Bewertung mit einbezogen, die das Einschlusskriterium „männlich“ erfüllten. Weiterhin wurden nur Gutachten berücksichtigt, die eine Seitenanzahl von > 30 Seiten aufwiesen, da eine explorative Vorauswertung gezeigt hatte, dass in

Gutachten unter 30 Seiten kaum Informationen vorhanden waren, die eine Vergleichbarkeit nach derzeitigen Standards ermöglichen würden. Jedes dieser eingeschlossenen Gutachten beinhaltete ausführliche Informationen bezüglich der Aktenlage, fremdanamnestiche und eigene Angaben zu Fragen bezüglich der Biografie, eine ausführliche Anamnese zu Krankheit, Suchtmittelmissbrauch, Sexual- und Deliktanamnese etc., des Weiteren körperliche, neurologische und psychiatrische Untersuchungsbefunde, sowie einen ausführlichen psychopathologischen Befund. Teilweise (v. a. bei den neueren Gutachten) zusätzliche Ausführungen über Zusatzuntersuchungen wie Elektroenzephalogramm, craniale Computertomographie und Testpsychologie. In einigen Fällen lagen Vorgutachten bei. Weiterhin konnten den Akten ausführliche Angaben seitens des begutachtenden Psychiaters über Verhaltens- und andere Auffälligkeiten während der Exploration, mit Ausführungen zu Diagnose, Prognose und Therapie entnommen werden.

Alle mit in diese Studie einbezogenen Gutachten enthielten die notwendigen Informationen, die für das Ausfüllen der nachfolgend beschriebenen Dokumentationen benötigt wurden. Die Auswertung der Gutachten erfolgte unter kontinuierlicher Supervision.

### 3.2 Probandenkollektiv

Die 80 männlichen Probanden, deren Gutachten als Grundlage dieser retrospektiven Studie dienten, waren zur Begutachtung entweder in der forensischen Abteilung vorgeführt worden, oder von ihrem Sachverständigen in der Unterbringung oder Haft besucht worden. Kein Gutachten gründete sich ausschließlich auf die Aktenlage ohne persönliche Begutachtung seitens des Sachverständigen. Die Probanden befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung zu über 90% entweder in stationär-psychiatrischer Behandlung oder Haft. 5 Probanden befanden sich in einer Privatunterkunft, 1 in einer Wohngruppe bzw. betreutem Einzelwohnen. Die Mehrzahl der Probanden war wegen eines Gewaltverbrechens angeklagt, gefolgt von Sexualdelikten, die restlichen Probanden wegen Eigentums- oder Brandstiftungsdelikten. Auf das gesamte Kollektiv bezogen betrug das mittlere Alter zum Tatzeitpunkt 30,62 [10,84SD] Jahre, der jüngste Proband war zum Tatzeitpunkt 14 Jahre, der Älteste 63 Jahre alt.

### 3.3 Erhebungen:

Zur retrospektiven Analyse kamen folgende Dokumentationen

- a) Dokumentation für forensische Psychiatrie, Hauptmodul Basisdokumentation
- b) Dokumentation für forensische Psychiatrie, Ergänzungsmodul Strafrecht
- c) Hare Psychopathie Checkliste (PCL-R) (Hare 1991b), Itemliste in deutscher Übersetzung
- d) Prognosemodul des psychiatrischen Dokumentationssystems (ILRV) (Nedopil 2007)
- e) HCR 20 (Webster *et al.* 1997)

zur Anwendung.

Zu a) und b) **Basisdokumentation und Ergänzungsmodul Strafrecht**

Seit den 80iger Jahren und vermehrt seit 1993 wurden in der forensischen Psychiatrie Anstrengungen unternommen, die Grundlage für ein operationalisiertes, standardisiertes und breit einsetzbares Dokumentationssystem zu erarbeiten. Zunächst wurde von Prof. Nedopil Mitte der 80iger Jahre das „Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem“ (FPDS) entwickelt. Diese Dokumentation orientierte sich hinsichtlich Aufbau und Datenstruktur an dem AMDP-System (Nedopil, Grassl 1988). Ab 1993 sollte mit den bis dato bestehenden Erfahrungen ein breit in der forensischen Psychiatrie einsetzbares modular aufgebautes Dokumentationssystem entwickelt werden. Es sollte sowohl ausreichend für die Forschung im Begutachtungswesen sein, als auch den Bedürfnissen des Maßregelvollzuges gerecht werden.

Die Grundlage bildete das FDPS bzw. dessen Kurzform (KERNDOK), das Erfassungssystem für den Maßregelvollzug HAIDOK (Eucker *et al.* 1991) und die Baseler Multiaxiale Dokumentation. Hieraus wurde ein modular aufgebautes Dokumentationssystem erarbeitet, welches aus einem Basismodul und mehreren weiteren Modulen besteht. Beteiligt waren Wissenschaftler aus

Deutschland, Österreich und der Schweiz, aus universitären forensisch-psychiatrischen Einrichtungen sowie aus psychiatrischen Maßregelvollzugskliniken. Das FPDS ist somit ein Dokumentationssystem zur standardisierten Erfassung soziodemografischer und psychopathologischer Daten forensischer Patienten.

Für die vorliegende retrospektive Studie wurde das Hauptmodul allgemeine Basisdokumentation, das Modul Strafrecht und das Modul Prognose anhand des Erfassungsbogens ausgewertet.

Grundsätze zur Codierung:

Die Erfassungsbögen enthalten qualitative und quantitative Daten. Bei den dichotom ausgeprägten Variablen wird festgestellt, ob ein Merkmal vorhanden (= 1) oder nicht vorhanden ist (= 0) und mit „9“, als nicht zu beurteilen, codiert. Ordinale Daten werden in Abstufungen von „0“ (nicht vorhanden), „1“ (vorhanden in geringer Ausprägung), „2“ (vorhanden in mäßiger Ausprägung) und „3“ (vorhanden in sehr starker Ausprägung) codiert. „9“ bedeutet hier ebenfalls, dass nicht beurteilt werden kann, ob das Merkmal vorhanden ist oder nicht. Es werden zudem Zahleneintragungen gefordert, um unterschiedliche Antworten zu einem Fragenkomplex zu ermöglichen. (Bsp.: Konfession: 1 = evangelisch, 2 = katholisch, 3 = sonstige christliche, 4 = islamisch, 5 = andere, 6 = ohne Bekenntnis, 7 = unbekannt / keine Angabe). Diese Zuordnungen sind auf dem jeweiligen Fragebogen, bei dem jeweiligen Merkmal, eindeutig aufgeführt.

Das allgemeine Basismodul enthält 110 Variablen, bestehend aus sieben Teilen (Untersuchungsdurchführung, soziodemografische Daten, familiärer Hintergrund, frühere Störungen, Sexualität, Untersuchungsbefund, Diagnose). Im Ergänzungsmodul Strafrecht werden insgesamt 82 Variablen erhoben, die Daten zur psychiatrischen Begutachtung vom Beschuldigten bzw. Angeklagten im Strafverfahren liefern. Dieser Dokumentationsbogen ist in sechs Teile untergliedert (Allgemeines, Aktenlage, Anamnese der Delinquenz, psychosoziale Belastungen, Tatmerkmale, Beurteilung).

### Zu c) Hare Psychopathy Checklist (PCL-R)

In der deutschen Übersetzung wurde der Begriff „Psychopathy / Psychopathie“ beibehalten. Darunter ist der angloamerikanische „Psychopathie“ Begriff zu verstehen, der mit Verantwortungslosigkeit, Aggressivität und Rücksichtslosigkeit beschrieben werden kann. Im deutschen Sprachgebrauch wurde er zunächst u. a. durch „psychopathische Persönlichkeit“ oder „abnorme Persönlichkeit“ ersetzt.

Zur Anwendung kam die deutsche Übersetzung der von Prof. R.D. Hare et al. erstmals in Kanada 1990 entwickelten Hare Psychopathie Checkliste (PCL-R) in revidierter Form (Hare 1991b). Die Interrater Reliabilität und Validität dieses Prognoseinstrumentes, und auch seine internationale Einsetzbarkeit, zeigen sich in mehreren Studien (Cooke *et al.* 2001; Cooke *et al.* 2004; Edens *et al.* 2000; Grann *et al.* 1999; Hare *et al.* 2000; Laurell, Daderman 2007; Molto *et al.* 2000; Morrissey *et al.* 2007; Pham 1998; Sullivan *et al.* 2006; Tengstrom *et al.* 2000; Urbaniok *et al.* 2007; Zolondek *et al.* 2006).

Ebenfalls konnte die in dieser Arbeit durchgeführte retrospektive Auswertung, ohne dazugehöriges Interview, als reliabel und valide erwiesen werden (Serin 1993; Wong 1988). Nach heutigem Wissen sind hohe Werte der PCL-R ein Indikator für ein erhöhtes Kriminalitätsrisiko und für fehlende Aussichten auf Behandlungserfolg (Dahle 2006; Edens *et al.* 2006; Hare 1999; Hare 2006; Nedopil 2007).

Es gelingt eine zuverlässige und zugleich quantitative Beschreibung einer Persönlichkeit, die für alle die mit Kriminellen zu tun haben, wichtige und praxisrelevante Informationen liefert. Weiterhin hat sich die Charakterisierung dieses Tätertyps als wichtiger Entscheidungsträger bei prognostischen Überlegungen erwiesen (Hare 1999; Hare 2006; Nedopil 2007).

Es werden insgesamt 20 verschiedene Items bewertet, ausführlich dargestellt in der deutschen Übersetzung (Born *et al.*).

Tab. 3.3.1 *Itemliste der PCL-R*

<i>Item 1: Trickreich, sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme</i>
<i>Item 2: erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl</i>
<u>Item 3: Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile</u>
<i>Item 4: pathologisches Lügen (Pseudologie)</i>
<i>Item 5: betrügerisch-manipulatives Verhalten</i>
<i>Item 6: Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein</i>
<i>Item 7: oberflächliche Gefühle</i>
<i>Item 8: Gefühlskälte, Mangel am Empathie</i>
<u>Item 9: parasitärer Lebensstil</u>
<u>Item 10: unzureichende Verhaltenskontrolle</u>
Item 11: Promiskuität
<u>Item 12: frühe Verhaltensauffälligkeiten</u>
<u>Item 13: Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen</u>
<u>Item 14: Impulsivität</u>
<u>Item 15: Verantwortungslosigkeit</u>
<i>Item 16: mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen</i>
Item 17: viele kurzzeitige ehe(ähn)liche Beziehungen
<u>Item 18: Jugendkriminalität</u>
<u>Item 19: Missachtung von Weisungen und Auflagen</u>
Item 20: polytrope Kriminalität

Den Vorgaben des Manuals der deutschen Übersetzung nach, wurden die folgenden Punktwerte (Scores) für die Bewertung der einzelnen Persönlichkeitsmerkmale verteilt:

„9 / X“	für	keine Angaben hierzu / nicht zu beurteilen
„2“	für	ja, voll zutreffend
„1“	für	vielleicht / in einigen Aspekten zutreffend
„0“	für	nein, nicht zutreffend

Weiterhin wurde nach den ursprünglichen Arbeiten von Hare eine Faktorenstruktur entwickelt, die für die Beurteilung der Rückfallprognose von großer Bedeutung ist (Nedopil 2007) und in der Auswertung dieser retrospektiven Studie berücksichtigt wurde.

Zum einen handelt es sich dabei um den *Faktor 1 (kursiv)*, der die Items 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 und 16 einschließt und einen „selbstsüchtigen, gemütsarmen und gewissenlosen Gebrauch Anderer“ charakterisiert. Zum anderen um den Faktor 2 (unterstrichen), der die Items 3,9,10,12,13,14,15,18 und 19 enthält und einen „chronisch instabilen, antisozialen und sozial abweichenden Lebensstil“ charakterisiert (Nedopil 2007).

Konnten einzelne Items nicht gewertet werden (Score 9), da zum Beispiel das Gutachten nicht genügend Informationen darüber enthielt, wurden in diesem Fall die Summenwerte nach der Methode des Proratings, anhand einer statistischen Tabelle, die im Handbuch aufgeführt ist (Hare 1991a) bestimmt.

Hohe Werte in der PCL-R, d.h. Werte über 30 in Nordamerika und über 25 in Europa, sind laut Hare ein Indikator für eine Zuordnung zu dem Begriff „Psychopathy“ (Hare 1991b). In weiteren internationalen Studien wurde der cut-off bei 23 bzw. 30 Punkten festgelegt (Laurell, Daderman 2007; Morana *et al.* 2005). Andere Studien wiederum sprechen sich gegen einen festen cut-off Wert aus (Urbaniok *et al.* 2007).

#### Zu d) Prognosemodul (ILRV)

Die integrierte Liste von Prognosevariablen (ILRV) - das Prognosemodul des FPDS - wurde entwickelt, um eine systematische Erfassung der wichtigsten Aspekte für die Rückfallprognose bei psychisch kranken oder gestörten Rechtsbrechern zu erfassen. 1985 begann die Arbeit an diesem Instrument, da es bis dato kaum umfangreiche oder akzeptierte Prognosekriterien gab (Nedopil 2007). Es sollte nicht nur Risikofaktoren enthalten, sondern auch protektive Faktoren. Einzelne Items des HCR-20 von Webster und Eaves (1995) wurden in diesem Prognoseinstrument direkt übernommen bzw. es ergaben sich Überschneidungen, und durch Klammern und eine zweite Zuordnungsbezeichnung gekennzeichnet (H1-10; C2, C4; R2, R4, R5). Der Ansatz dieses Instrumentes lag darin, aus einer Analyse von Prognosegutachten erfahrener Gerichtsgutachter, diejenigen Aspekte heraus zu stellen, die von den Gutachern wiederholt als wichtig dargestellt wurden (Nedopil 2005b).

Bewertet wurden im Einzelnen folgende Items, verteilt auf vier verschiedene Bereiche:

- A) das Ausgangsdelikt
  - 1) statistische Rückfallwahrscheinlichkeit / Basisrate
  - 2) Bedeutung situativer Faktoren für die Tat
  - 3) Einfluss einer vorübergehenden Krankheit
  - 4) Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung
  - 5) Erkennbarkeit kriminogener oder sexuell devianter Motivation
  
- B) anamnestische Daten
  - 1) (H1) frühere Gewaltanwendung
  - 2) (H2) Alter bei 1. Gewalttat
  - 3) (H3) Stabilität von Partnerbeziehungen
  - 4) (H4) Stabilität in Arbeitsverhältnissen
  - 5) (H5) Alkohol- / Drogenmissbrauch
  - 6) (H6) psychische Störung
  - 7) (H8) frühe Anpassungsstörungen
  - 8) (H9) Persönlichkeitsstörung
  - 9) (H10) frühere Verstöße gegen Bewährungsaufgaben
  
- C) postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung (klinische Variablen)
  - 1) Krankheitseinsicht und Therapiemotivation
  - 2) selbstkritischer Umgang mit bisheriger Delinquenz
  - 3) Besserung psychopathologischer Auffälligkeiten
  - 4) (C2) pro- / antisoziale Lebenseinstellung
  - 5) (C4) emotionale Stabilität
  - 6) Entwicklung von Coping Mechanismen
  - 7) Widerstand durch Folgeschäden durch Institutionalisierung
  
- D) sozialer Empfangsraum (Risikovariablen)
  - 1) Arbeit
  - 2) Unterkunft
  - 3) Soziale Beziehungen mit Kontrollfunktion
  - 4) offizielle Kontrollmöglichkeiten
  - 5) Konfliktbereiche, die Rückfall gefährdende Situationen wahrscheinlich machen

- 6) Verfügbarkeit von Opfern
- 7) (R2) Zugangsmöglichkeiten zu Risiken
- 8) (R4) Compliance
- 9) (R5) Stressoren

Weiterhin wird das Ausgangsdelikt benannt, der PCL-R Summenscore berechnet und eingefügt und die Prognose als,

**günstig:** Entlassung mit Auflagen, z.B. ambulante Behandlung und Führungsaufsicht

**ausreichend:** Entlassung aus der Unterbringung oder Haft, aber stationäre oder teilstationäre Behandlung als Übergang weiterhin erforderlich

**nicht ausreichend:** weitere Lockerung des Vollzuges und Aufbau eines extramuralen Versorgungsnetzes, um in einem konkreten Zeitraum eine Entlassung zu ermöglichen

**ungünstig:** eine Entlassung kann noch nicht geplant werden

bewertet.

Die Variablen der ILRV werden wie folgt codiert:

- sehr (nicht vorhanden, klein, gering, wenig, ohne Einfluss, kurz) = 0
  - mäßig = 1
  - sehr (vorhanden, groß, viel, bedeutungsvoll, lang) = 2
- Punkte.

Die Basisraten für die Rückfälligkeit wurden anhand der vorliegenden Literatur bestimmt (Groß, Nedopil 2005) und mit den entsprechenden Punkten versehen, die folgende Auflistung verdeutlicht:

Tab. 3.3.2 *Basisraten Delikte*

**Basisraten (Näherungswerte) für Rückfälligkeit**

**Delikte mit Rezidivraten über 50% (2 Punkte):**

Straßenverkehrsdelikte, Drogendelinquenz, Sexualdelikte bei homosexueller Pädophilie

**Delikte mit Rezidivraten zwischen 25% und 50% (2 Punkte):**

Körperverletzung, Eigentumsdelinquenz, Exhibitionismus, Sexualdelikte bei Pädophilie

**Delikte mit Rezidivraten zwischen 10% und 25% (1 Punkt):**

Raub, Brandstiftung, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung

**Delikte mit Rezidivraten zwischen 3% und 10% (1 Punkt):**

Inzest, Gewaltdelikte bei Pädophilie

**Delikte mit Rezidivraten zwischen 0% und 3% (0 Punkte):**

Mord und Totschlag

Bei der Basisrate handelt es sich um das „Vorkommen von Tätern eines Deliktes in einer bestimmten nach allgemeinen Kriterien definierten Menge“ (Volckart 2002). Statistiken bekannt gewordener Taten sprechen dafür, dass Basisraten relativ stabile Größen sind innerhalb eines bestimmten gesellschaftlich-kulturellen und zeitlichen Zusammenhanges, wenn eine genügend große Zahl zugrunde gelegt wird. Die für Kriminalprognosen wichtigen Basisraten betreffen nicht die Täter bestimmter Delikte insgesamt, sondern nur Rückfällige. Kriminalprognosen handeln immer nur vom Risiko eines Rückfalles (Volckart 2002). Schätzungen der Basisraten wurden erstmals nach den Arbeiten von Dietz (1985) und Hall (1987) in Prognoseinstrumente aufgenommen.

Die ILRV wurde entwickelt, um den Klinikern eine Liste wichtiger Aspekte in die Hand zu geben, die bei der Erstellung einer Prognose berücksichtigt werden sollten. Es sollte im Gegensatz zu anderen Instrumenten nicht nur um

Risikofaktoren gehen, sondern es sollten auch protektive Faktoren enthalten sein, da eine ausschließliche Sichtung der Risikofaktoren dazu führen könnte, dass protektive Faktoren übersehen werden (Nedopil 2007).

Zu e) **HCR 20**

1995 wurde von Webster und Eaves die erste Version eines Untersuchungsinstrumentes zur Einschätzung des Gewalttrisikos von Straftätern veröffentlicht, der HCR 20. Für diese vorliegende Retrospektive wurde die deutsche Übersetzung der mittlerweile zweiten Version herangezogen, der HCR 20 / 2 (Müller-Isberner *et al.* 1998; Webster *et al.* 1997). Die 20 Bewertungskriterien des HCR sind in drei Bereiche gegliedert: Vorgeschichte, Klinik und Risikomanagement.

Die Anwendungsbereiche für den HCR 20 beschränken sich auf Probanden mit gewalttätigem Verhalten in der Vorgeschichte, bei denen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung besteht. Er kann aber auch bei zivilrechtlichen Unterbringungen psychisch Kranker wegen fraglicher Fremdgefährlichkeit angewandt werden und stellt zudem eine hilfreiche Checkliste für die Prognosebegutachtung von Strafgefangenen dar (Müller-Isberner *et al.* 1998). In mehreren Studien und Veröffentlichungen konnte die prädiktive Validität des HCR 20 bestätigt werden (Belfrage, Douglas 2002; Dolan, Fullmann 2007; Douglas, Webster 1998; Douglas *et al.* 2003; Fujii *et al.* 2005; McDermott *et al.* 2008; McNiel *et al.* 2003; Nicholls *et al.* 2004; Stadtland, Nedopil 2004), auch für den Gebrauch außerhalb Europas, wengleich ethnische Unterschiede festgestellt werden konnten (Fujii *et al.* 2005).

Der HCR 20 versteht sich als Prognose-Checkliste für zukünftiges gewalttätiges Verhalten. Ein wichtiger Aspekt des Instrumentes besteht darin, relevante historische, gegenwärtige und zukünftige Faktoren gemeinsam zu erfassen.

Tab. 3.3.3 *Items des HCR 20*

<b>Historisch (Vergangenheit)</b>	<b>Klinisch (Gegenwart)</b>	<b>Risikomanagement (Zukunft)</b>
H1 frühere Gewalttaten	C1 Mangel an Einsicht	R1 keine realistischen Pläne
H2 Alter bei 1. Gewalttat	C2 negative Einstellungen	R2 destabilisierende Einflüsse
H3 instabile Partnerschaften	C3 produktive Symptomatik	R3 Mangel an Unterstützung
H4 Arbeitsprobleme	C4 Impulsivität	R4 Non Compliance
H5 Substanzprobleme	C5 schlechte Behandelbarkeit	R5 Stressoren
H6 psychiatrische Erkrankungen		
H7 Psychopathie nach Hare		
H8 frühere Verhaltensauffälligkeiten		
H9 Persönlichkeitsstörung		
H10 Bewährungsversagen		

Itemcodierung:

Alle 20 Items werden auf einer 3 - Punkte Skala bewertet.

0 = nein (Das Item trifft definitiv nicht zu.)

1 = möglich (Das Item trifft möglicherweise / teilweise zu.)

2 = ja (Das Item trifft sicher zu.)

9 = unbekannt (Informationen nicht ausreichend zur Bewertung.)

Somit ergibt sich eine Summe von maximal 20 für die H-Werte und jeweils 10 für die R- und C- Werte. Insgesamt also ein Gesamtwert von maximal 40 Punkten. Die Autoren des HCR 20 empfehlen Vorhersagen zu treffen, wie „niedriges“, „mittleres“ und „hohes“ Risiko. Eine genaue Punktevergabe wird nicht vorgeschlagen, da das Risiko einer erneuten Gewalttat nicht linear zur Punktevergabe vorhersagbar ist.

Den historischen Daten wird die größte Bedeutung für die Treffsicherheit prognostischer Aussagen bei bemessen. Der HCR 20 ist als Ausgangspunkt und nicht als Endpunkt einer prognostischen Beurteilung zukünftigen Gewalttätterisikos an zu sehen (Webster *et al.* 1997). Es gibt allerdings auch Hinweise, dass die klinischen Daten den historischen Daten bezüglich Gewalttätigkeiten überlegen sind (McNiel *et al.* 2003).

### 3.4 Statistik

Die vorliegenden Prognosegutachten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS Version 15.0, in Anlehnung an das dazu gehörige Handbuch ausgewertet (Janssen, Laatz 2005). Zur deskriptiven Datenanalyse wurden Grundauszählungen, sowie Berechnungen einzelner statistischer Lage- bzw. Streuungsmaße (Mittelwert, Standardabweichung, etc.) durchgeführt. Zudem wurden die beiden Gruppen zusammen als auch getrennt, in einer stratifizierten Datenanalyse für unabhängige Stichproben (Kreuztabellen, Chi-Quadrat-Test, Breslow-Day-Test, Mantel-Haenszel-Schätzer, Signifikanzniveau von 0,05) untersucht.

Im Sinne einer besseren Möglichkeit im Hinblick auf die Erfüllung statistischer Grundvoraussetzungen für das Arbeiten mit Chi-Quadrat-Tests und Kreuztabellen, wurden einzelne Merkmalsausprägungen der soziobiografischen oder strafrechtlichen Variablen nachträglich zu kleineren Subgruppen zusammengefasst.

z.B. bei Sexualanamnese

„0“ keine Auffälligkeiten eruierbar

„1“ auffälliges bis abnormes Sexualverhalten

oder

bei Befundergänzungen

„0“ keine relevanten negativen affektiven Ergänzungen

„1“ Ablehnung, Misstrauen, manipulatives Verhalten oder Aggression

zum Untersuchungszeitpunkt feststellbar.

#### 4. Ergebnisse

##### 4.1 deskriptive Statistik

###### 4.1.1 soziodemographische Daten

Alle 80 Probanden waren männlichen Geschlechts.

a) Alter der Probanden **bei Gutachtenerstellung** in Jahren, Gutachten gesamt:

Tab. 4.1.1.1 Alter der Probanden, n = 80

Mittelwert	41,66
Minimum	19
Maximum	66

b) Alter der Probanden bei Gutachtenerstellung, getrennt nach Gruppen, in Jahren:

Tab. 4.1.1.2 Alter der Probanden, getrennte Gruppen

<b>neue Gutachten, n = 40</b>	Jahre
Mittelwert	43,63
Minimum	19
Maximum	65
<b>alte Gutachten, n = 40</b>	
Mittelwert	39,70
Minimum	23
Maximum	66

Bei Begutachtung waren die Probanden insgesamt gesehen im Mittel 41,66 Jahre alt (39,7 Jahre in der alten Gruppe, 43,63 Jahre in der neuen Gruppe). Der jüngste Proband in der neuen Gruppe war 19 Jahre alt, der Ältteste 65 Jahre alt. In der alten Gruppe war der Jüngste bei Begutachtung 23 Jahre alt, der Ältteste 66 Jahre alt.

c) Familienstand bei Gutachtenerstellung:

In der Gruppe der neuen Prognosegutachten waren 52,5% der Männer ledig, 12,5% verheiratet, 27,5% geschieden und 7,5% verwitwet. In der Gruppe

der älteren Prognosegutachten waren 62,5% der Männer ledig, 12,5% der Männer verheiratet, 22,5% geschieden und 2,5% verwitwet.

d) kultureller Hintergrund:

In beiden Gruppen waren die überwiegende Mehrheit der Probanden mit 92,5% in der neuen Gruppe und 95% in der alten Gruppe, deutscher Herkunft. Drei Männer aus der neuen Gruppe waren osteuropäischer bzw. türkischer Herkunft, in der alten Gruppe waren zwei der Probanden aus Mittel-/ Nordeuropa bzw. Osteuropa.

e) Schulbildung:

(Sonstiger) Haupt- bzw. kein Abschluss überwiegt in beiden Gruppen mit 75% in der Gruppe der neuen Gutachten, gegenüber höheren Abschlüssen wie mittlere Reife (12,5%) oder Abitur (2,5%). In der Gruppe der alten Gutachten liegt kein Abschluss oder sonstiger Hauptschulabschluss mit 72,5% weit vor mittlerer Reife mit 3% und Abitur mit 5%, wobei es bei 6 der Probanden hier aus den Gutachten nicht ausreichend hervorging, welche Schulbildung vorlag.

f) Berufsausbildung:

In der Gruppe der neuen Gutachten hatten 10% der Männer zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung keine Berufsausbildung, 47,5% eine Lehre mit Abschluss, 7,5% befanden sich in Ausbildung, 17,5% hatten eine Lehre zu diesem Zeitpunkt abgebrochen, 2,5% befanden sich in Ausbildung in einer Fach- / Meisterschule, ebenfalls 2,5% hatten diese abgebrochen, 7,5% hatten einen Universitätsabschluss erreicht, 2,5% befanden sich in Ausbildung an einer Fach- oder Hochschule, 2,5% hatten eine Fach- / Hochschule abgebrochen. Bei den Männern der älteren Gutachten waren 19,4% ohne Ausbildung, 36,1% hatten eine Lehre mit Abschluss absolviert, ebenfalls 36,1% eine Lehre abgebrochen, 2,8% eine Meisterschule abgeschlossen, 2,8% eine Meisterschule abgebrochen und 2,8% hatten eine Hochschule absolviert.

g) Aufgewachsen mit / bei:

Auf die beiden Gruppen verteilt, ergaben sich folgenden Prozente:

Tab. 4.1.1.3 *Aufgewachsen mit / bei...*

	alte Gutachten	neue Gutachten
2 Elternteile	32,5% (13)	30% (30)
1 Elternteil	47,5% (19)	47,5% (19)
1 Elternteil + elternähnliche Person	2,5% (1)	12,5% (5)
Großeltern / Verwandte	2,5% (1)	5% (2)
Pflegeeltern	7,5% (3)	2,5% (1)
im Heim o.ä. wechselnde Erziehungssituation	5% (2)	2,5% (1)
	2,5% (1)	0

Wie aus der Tabelle zu entnehmen, wuchs die Mehrzahl der Probanden bei zumindest einem Elternteil auf.

h) Alkoholismusanamnese:

Tabelle 4.1.1.4 *Alkoholismusanamnese*

	positive Alkoholanamnese		
	ja	nein	keine Angabe
alte Gutachten	21 (52,5%)	19 (47,5%)	0 (0,0%)
neue Gutachten	15 (37,5%)	24 (60%)	1 (2,5%)

Über die Hälfte der Probanden aus der neuen Gruppe, 60%, hat eine negative Alkoholismusanamnese, während bei 52,5% der Probanden der alten Gutachten eine positive Alkoholanamnese vorliegt. Nicht beschrieben wurde, wie ausgeprägt und in welchem Ausmaß ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vorlag.

i) psychiatrische Diagnosen der Probanden

Tab. 4.1.1.5 *psychiatrische Hauptdiagnose, Anzahl der Probanden*

ICD - 10	F00 - F09	F10 - F19	F20 - F29	F60 - F69	gesund	Summe
neue Gutachten	1	1	5	14	19	40
alte Gutachten	3	1	9	15	12	40
						n = 80

F00 - F09 = organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10 - F19 = Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen

F20 - F29 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F60 - F69 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (Dilling *et al.* 2005)

gesund = keine psychiatrische Diagnose gestellt

Die psychiatrischen Hauptdiagnosen verteilten sich wie in der Tabelle dargestellt. Die Diagnosen der alten Gutachten wurden der aktuellen ICD-10 angepasst. Diagnosen aus den Gebieten F3 / F4 / F5 kamen nicht vor.

5 Probanden der neuen Gutachten litten unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis.

Bezogen auf die prognostische Beurteilung ergaben sich folgende Verteilungen:

2 Probanden: ausreichend  
 1 Proband: nicht ausreichend  
 2 Probanden: ungünstig

Bei 14 Probanden der neuen Gutachten wurde eine Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen gestellt:

F60.2: 5 Probanden  
 F60.3: 2 Probanden  
 F60.7: 1 Proband  
 F61.0: 6 Probanden

Hier ergab sich auf die Prognose folgendes Verteilungsmuster:

1 Proband: günstig  
 1 Proband: ausreichend  
 8 Probanden: nicht ausreichend  
 4 Probanden: ungünstig.

9 Probanden der alten Gutachten bekamen eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, davon:

4 Probanden: nicht ausreichende  
5 Probanden: ungünstige

15 Probanden der alten Gutachten hatten eine Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen, davon:

F60.0: 1 Proband  
F60.1: 1 Proband  
F60.2: 2 Probanden  
F60.3: 1 Proband  
F60.7: 1 Proband  
F60.8: 1 Proband  
F60.9: 2 Probanden  
F61.0: 5 Probanden  
F65.4: 1 Proband

Davon bekamen

4 Probanden: günstige  
3 Probanden: ausreichende  
4 Probanden: nicht ausreichende  
4 Probanden: ungünstige

Prognosen.

Dichotomisiert man die prognostische Entscheidung nur in „günstig“ (= günstig oder ausreichend) und „ungünstig“ (= nicht ausreichend oder ungünstig), so hatten in den neuen Gutachten mit der Diagnose Schizophrenie, 40% der Männer eine günstige Prognose vs. 60% mit einer ungünstigen Prognose. Bei den Persönlichkeitsstörungen bekamen 14% eine günstige Prognose vs. 86% mit einer ungünstigen Prognose.

Bei den alten Gutachten ergab sich diesbezüglich folgende Verteilung:  
Schizophrenie: keine günstige Prognose gestellt.

Persönlichkeitsstörungen: 47% günstige Prognose vs. 53% ungünstige Prognose.

Insgesamt gesehen wurde in der Gruppe der neuen Gutachten bei 21 Probanden, dies entspricht 52,5% eine psychiatrische Diagnose im Sinne des ICD-10 (Dilling *et al.* 2005) gestellt. In der Gruppe der alten Gutachten wurden 28 Männer mit einer psychiatrischen Krankheit diagnostiziert, dies entspricht 70%.

(F60.0=paranoide PS; F60.1=schizoide PS; F60.2=dissoziale PS; F60.3=emotional instabile PS, impulsiver Typus; F60.7=abhängige (asthenische) PS; F60.8=sonstige spezifische PS; F60.9=PS nicht näher bezeichnet; F61.0=kombinierte und andere PS; F65.4=Pädophilie)

j) Gewalt in der Primärfamilie:

Gewalt in der Primärfamilie findet sich zu über 60% bei beiden Gruppen nicht.

k) Früher in ambulanter psychiatrischer Behandlung:

84,6% der Probanden in der neuen Gruppe und 80% der Probanden der alten Gruppe befanden sich zuvor noch nie in ambulant psychiatrischer Behandlung. Nur bei einem Probanden aus der neuen Gruppe konnte darüber keine verlässliche Angabe gemacht werden.

l) Sexualanamnese

Unauffällig erwies sich die Sexualanamnese in 37,5% der 80 Gutachten insgesamt gesehen. Die verschiedenen „sexuellen Auffälligkeiten“ in beiden Gruppen (Gruppe neu / Gruppe alt) verteilten sich wie folgt:

Fehlender oder seltener sexueller Verkehr (25,6% / 26,3%), Homosexualität (15,4% / 15,8%), Prostitution (2,6% / 2,6%), Promiskuität (20,5% / 28,9%), Paraphilie (25,6% / 31,6%), sonstige sexuelle Störungen (7,7% / 21,1%).

Insgesamt gesehen waren in der Gruppe der neuen Gutachten 56,4% der Probanden von ihrer Sexualanamnese gesehen auffällig, in der Gruppe der alten Gutachten waren dies 70% der Männer.

Es sei darauf hingewiesen, dass 28,2% der Männer in der neuen Gruppe mehrere der oben beschriebenen Auffälligkeiten in ihrer Anamnese hatten, in der Gruppe der älteren Gutachten waren dies 27,5%.

m) Alkoholmissbrauch bei mindestens einem Elternteil:

Bei 23,7% der Männer aus Gruppe neu lag zumindest bei einem Elternteil eine Alkoholproblematik vor. Im Falle der Männer aus Gruppe alt, mit 36,1%, deutlich höher.

n) Rauschmittel / Medikamentenanamnese:

85% gaben keinen Rauschmittel oder Medikamentenmissbrauch in ihrer Anamnese an, diese beobachtete Verteilung entsprach sich in beiden Gruppen.

o) zivilrechtliche Fürsorgemaßnahmen (z.B. Betreuung, Vormundschaft)

In der Gruppe der neuen Gutachten waren 89,7% der Probanden bisher ohne Betreuung oder Vormundschaft, in der Gruppe der alten Gutachten standen 20% anamnestisch unter Vormundschaft / Betreuung.

p) Suizidversuche

22,5% der Männer in Gruppe neu hatten mindestens einen Suizidversuch hinter sich (5,2% mehr als 3 Versuche), in der Gruppe der alten Gutachten waren dies 27,5% der Probanden (7,9% mehr als 3 Versuche).

q) Kindheit

Auffälligkeiten in der Kindheitsanamnese ließen sich in einem hohen Prozentsatz in beiden Gruppen finden. So berichten 67,5% der Männer der neuen Gruppe über eine auffällige bis gestörte Beziehung zu ihrer Mutter, in 52,5% der Fälle auch über eine auffällige bis gestörte Bindung zum Vater.

In der Gruppe der alten Gutachten berichten nur 15% der Männer über eine gestörte oder auffällige Bindung zur Mutter, wobei der Prozentsatz von 30% bei der auffälligen Bindung zum Vater doppelt so hoch ist.

Über kindliche Verhaltensauffälligkeiten (so genannte neurotische Primordialsymptomatik) berichten insgesamt 25,7% aller Männer, wobei bei 6 Gutachten dazu keine ausreichende Information vorlag. Auf die beiden Gruppen verteilt, 33,3% in der neuen Gruppe, 17,1% in der alten Gruppe. Von einer

feindseligen Grundhaltung innerhalb der Primärfamilie waren insgesamt 23,8% aller Männer betroffen. 27,5% der Probanden der neuen Gutachten kamen aus einem geschiedenen Elternhaus, bei den Männern der alten Gutachten lag dieser Prozentanteil bei 22,5%.

Bei 2 Männern aus den neuen Gutachten lagen hierzu keine Informationen aus den Gutachten vor.

#### r) Zwangseinweisungen in psychiatrische Klinik

42,5% der Männer aus Gruppe neu, waren bereits mindestens einmal zwangsweise in die Psychiatrie eingewiesen worden, in der Gruppe der alten Gutachten waren dies 55%. In dieser Gruppe fehlten zudem ausreichende Angaben dazu, bei insgesamt zwei Probanden.

#### s) Befundergänzung zum psychopathologischen Befund:

Unter diesen Variablen wurde zusammengefasst, ob sich der Proband während der Untersuchung durch den Psychiater eher ablehnend und misstrauisch und / oder manipulativ und / oder aggressiv verhielt. Hier zeigten sich folgenden Häufigkeiten:

*Gruppe neu:* Mindestens einmal als vorhanden bewertet, war dieser Zusatzbefund bei 32,5% aller Männer aus der neuen Gruppe.

*Gruppe alt:* Mindestens einmal als vorhanden bewertet, war dieser Zusatzbefund bei 40% der Probanden aus der Gruppe der alten Gutachten.

#### t) Tätowierungen

30% der Männer aus der Gruppe der neuen Gutachten waren am Körper tätowiert, in dieser Gruppe konnte dazu bei 14 Gutachten jedoch keine Angabe gemacht werden. In der Gruppe der alten Gutachten waren 20% der Männer tätowiert, auch hier fanden sich jedoch bei 2 Gutachten keine ausreichenden Informationen dazu.

#### 4.1.1.1 Zusammenhänge soziobiografischer Daten / Untersuchungsbefunde und Prognose

##### a) problematischer familiärer Hintergrund vs. schlechte Prognose

Es zeigt sich nur ein geringer Zusammenhang zwischen einem problematischen familiären Hintergrund (definiert als „vorliegend“, wenn mindestens 3 der Items → „Trennung von den Eltern bis 15.Lebensjahr“, „Scheidung der Eltern“, „problematische Mutter- oder Vaterbeziehung“, „Heimaufenthalt“ und „nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen“ zutreffend waren) bezogen auf alle Gutachten mit einer OR von 1,42 (95% KI: 0,549 – 3,673). Stratifiziert auf die Gruppen ergibt sich tendenziell eine stärkere Assoziation bei den neuen Gutachten mit einer OR von 1,56 im Vergleich zu einer OR von 1,06 bei den alten Gutachten.

##### b) psychiatrische Diagnose gestellt vs. schlechte Prognose

Es zeigt sich eine geringe Tendenz mit einer OR von 2,22 (95% KI: 0,85-15,8), dass eine gestellte psychiatrische Diagnose zu einer pessimistischeren Einschätzung führt. Diese Tendenz liegt mit einer OR von 3,5 (95% KI: 0,85-14,28) bei den alten Gutachten höher, als mit einer OR von 1,96 (95% KI: 0,45 – 15,8) bei den neuen Gutachten. Dieser Zusammenhang lässt sich allerdings mit einem formalen Breslow-Day-Homogenitätstest, statistisch nicht absichern (Chi Quadrat = 3,18, df = 1, p = 0,575).

##### c) Sexuelle Auffälligkeiten vs. schlechte Prognose

Auch hier zeigt sich eine allenfalls leichte Tendenz, dass sexuelle Auffälligkeiten mit einer OR von 1,49 (95% KI: 0,57 – 3,91) zu einer tendenziell schlechteren Prognose bei den Männern führen. Stratifiziert ergeben sich Hinweise, dass diese Abweichungen bei den neueren Gutachten stärker berücksichtigt wird (OR = 2,25; 95% KI 0,52-9,7), als bei den Männern aus der alten Gruppe der Gutachten (OR = 1,29, 95% KI: 0,322 - 5,13).

Allerdings kann auch dieses Ergebnis nicht mit einem Breslow-Day-Homogenitätstest statistisch abgesichert werden, so dass dieser Zusammenhang bzw. diese Unterschiede auch zufällig bedingt sein könnten.

#### 4.1.2 deskriptive Statistik Strafrecht

##### a) Alter der Probanden **zur Tatzeit**

Tab. 4.1.2.1 *Alter der Probanden zur Tatzeit in Jahren*

<b>neue Gutachten, n = 40</b>	
Mittelwert	31,35
Minimum	15
Maximum	57
<b>alte Gutachten, n = 40</b>	
Mittelwert	29,90
Minimum	14
Maximum	63

In der Gruppe der neuen Gutachten waren die Probanden im Mittel 31 Jahre alt zum Zeitpunkt der Tat, mit einer SD von 10,94 Jahren. In der Gruppe der alten Gutachten knapp 30 Jahre alt zum Zeitpunkt der Tat, mit einer SD von 10,83 Jahren. Der jüngste Proband in der neuen Gruppe begann seine Tat mit 15 Jahren, der Älteste war 57 Jahre. In der alten Gruppe war der Jüngste 14 Jahre alt, der Älteste 63 Jahre alt zum Zeitpunkt der zu begutachtenden Delinquenz.

##### b) Familienstand zum Tatzeitpunkt:

Der Familienstand zum Zeitpunkt der strafbaren Handlung, verteilt sich wie folgt auf die beiden Gruppen:

- neue Gruppe: 52,5% ledig (21 Personen)  
12,5% verheiratet (5 Personen)  
27,5% geschieden (11 Personen)  
7,5% verwitwet (3 Personen)
- alte Gruppe: 62,5 % ledig (25 Personen)  
12,5% verheiratet (5 Personen)  
22,5% geschieden (9 Personen)  
2,5% verwitwet (1 Person)

c) Delikt: Hauptvorwurf

Tabelle 4.1.2.2 *Hauptvorwurf*

	Häufigkeit	Prozent
Gutachten gesamt, n = 80		
<b>Mord und Totschlag</b>	<b>35</b>	<b>43,8</b>
Körperverletzung	6	7,5
<b>Vergewaltigung / Nötigung</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
Raub	4	5
Diebstahl	1	1,3
Betrug	2	2,5
Erpressung / Entführung	1	1,3
Brandstiftung	6	7,5
anderes	3	3,75
sonst. Sexualdelikte	10	12,5
neue Gutachten, n = 40		
<b>Mord und Totschlag</b>	<b>17</b>	<b>42,5</b>
Körperverletzung	4	10,0
<b>Vergewaltigung / Nötigung</b>	<b>5</b>	<b>12,5</b>
Raub	3	7,5
Diebstahl	1	2,5
Betrug	1	2,5
Erpressung / Entführung	1	2,5
Brandstiftung	4	10
anderes	1	2,5
sonst. Sexualdelikte	3	7,5
alte Gutachten, n = 40		
<b>Mord und Totschlag</b>	<b>18</b>	<b>45</b>
Körperverletzung	2	5
<b>Vergewaltigung / Nötigung</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>
Raub	1	2,5
Diebstahl	0	0
Betrug	1	2,5

Erpressung / Entführung	0	0
Brandstiftung	2	5
anderes	2	5
<b>sonst. Sexualdelikte</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>

In beiden Gruppen verteilen sich die Hauptdelikte auf Mord und Totschlag, Körperverletzung und Vergewaltigung / Nötigung, wobei den größten Anteil die Täter ausmachen, die wegen Mord / Totschlag angeklagt sind.

#### d) Vorstrafen

Tabelle 4.1.2.3 *Vorstrafen*

	Häufigkeit	Prozent
<b>neue Gutachten</b>		
keine Vorstrafen	18	45
ohne Haftstrafe	1	2,5
Haftstrafe mit Bewährung	9	22,5
Haftstrafe ohne Bewährung	11	27,5
keine Angaben	1	2,5
<b>alte Gutachten</b>		
keine Vorstrafen	15	37,5
ohne Haftstrafe	1	2,5
Haftstrafe mit Bewährung	5	12,5
Haftstrafe ohne Bewährung	18	45
keine Angaben	1	2,5

Während in Gruppe neu

- 46% keine Vorstrafen hatten, waren in dieser Gruppe
- 51,2% der Männer mit einer Haftstrafe mit / ohne Bewährung erfasst.

Im Vergleich mit der Gruppe der alten Gutachten:

- 38,5% ohne Haftstrafe und
- 59% mit einer Haftstrafe mit / ohne Bewährung.

e) besondere Einflussfaktoren (Alkohol, Konflikte) in der Tatsituation

In der Gruppe der neuen Gutachten standen zum Tatzeitpunkt 71,8% der Männer unter besonderen Einflussfaktoren wie Alkohol oder Drogen. In der anderen Gruppe sind dies 86,1%. In der ersten Gruppe konnte ein Gutachten diesbezüglich nicht gewertet werden, in der alten Gruppe vier, da keine ausreichenden Informationen darüber vorlagen.

f) zielgerichtete Gestaltung des Tatablaus durch den Täter:

Über 90% der Täter in beiden Gruppen weisen eine zielgerichtete Gestaltung ihres Deliktes auf. Genau genommen zeigt sich in der neuen Gruppe dieses Verhalten bei 92,5% der Männer, in der Gruppe der alten Gutachten bei 90%, wobei in dieser Gruppe bei 3 Probanden keine ausreichenden Informationen aus dem Gutachten hervorgehen.

g) Zustimmungde Kommentierung des Tatgeschehens durch den Täter

Tab. 4.1.2.4 Zustimmungde Kommentierung des Tatgeschehens

	eher nicht vorhanden	eher vorhanden	keine Angabe
neue Gutachten	18 (45%)	21 (52,5%)	1 (2,5%)
alte Gutachten	18 (45%)	18 (45%)	4 (10%)

In der Gruppe der neuen Gutachten äußern sich ca. 52% der Probanden zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens zustimmend zu ihrer Tat, in der Gruppe der alten Gutachten sind dies mit 45% etwas weniger.

h) Alter bei erster Haftstrafe insgesamt

In der Gruppe der neuen Gutachten liegt der Mittelwert des Alters bei Antritt der ersten Haftstrafe bei **26,92** Jahren (SD 9,79).

In der Gruppe der alten Gutachten liegt der Mittelwert dieses Items bei **22,78** Jahren, mit einer Standartabweichung von 7,71 Jahren.

i) Anzahl bisheriger Delikte in der Biografie

In der Gruppe der neuen Gutachten sind 33,3% der Männer ohne bisherige Delikte, 38,5% hatten ein bis fünf Delikte in der Anamnese, 28,2% sogar mehr als sechs Delikte in der Vergangenheit.

In der Gruppe der alten Gutachten sind 27% ohne bisherige Delikte, 29,7% mit einem bis fünf Delikten und 43,2 % der Männer sind mit mehr als sechs Delikten bereits in der Vergangenheit auffällig geworden.

#### 4.1.2.1 Zusammenhänge BADO Strafrecht und andere Variablen

##### a) Vorstrafen und Prognose

Auf die gesamte Gruppe bezogen scheinen „Vorstrafen“ keinen signifikanten Einfluss auf die Erstellung einer guten oder schlechten Prognose zu haben (OR = 1, 95% KI: 0,4 - 2,8). Unterscheidet man jedoch zwischen neuen und alten Gutachten, so ergeben sich Hinweise, dass „Vorstrafen“ (sowohl mit, als auch ohne Bewährung) bei den neuen Gutachten mit einer OR von 3,05 (95% KI: 0,66 - 14,14) deutlich stärker zu einer schlechten, d.h. nicht ausreichenden bis ungünstigen Prognose führten, als bei den zu begutachtenden Personen der alten Gruppe (OR = 1,85; 95% KI: 0,48 - 6,99). Auch der Breslow-Day-Homogenitätstest fällt hierbei schwach signifikant aus, so dass mit großer Wahrscheinlichkeit ein Unterschied der Gruppen angenommen werden kann.

##### b) Tatmerkmale und Zusammenhänge mit Prognose

Für eine bessere statistische Vergleichbarkeit wurden verschiedene Tatmerkmale (= aggressive Handlungen in der Tatanlaufzeit, Vorbereitungshandlungen für die Tat, Konstellierung der Tatsituation durch den Täter, zielgerichtete Gestaltung des Tatablaufes durch den Täter, lang hingezogenes Tatgeschehen, komplexer Handlungsablauf in Etappen, zustimmende Kommentierung, ähnliche Handlungsbereitschaft in der Lebensgeschichte beobachtbar) zu einem neuen Item („positive Tatmerkmale“) zusammen gefasst, welches als „vorhanden“ codiert wurde, wenn mindestens 4 der 8 Items positiv bewertet wurden.

Unter diesen Voraussetzungen zeigte sich in den Gruppen kein signifikanter Unterschied untereinander, auch bestand allenfalls eine schwach positive Assoziation zwischen positiven Tatmerkmalen und der Prognose.

c) Beurteilung Achse Tatsituation (besondere Einflussfaktoren wie Alkohol / Konflikte, intakte psychische Funktionen) vs. Prognose

Wurden von den begutachtenden Psychiatern intakte psychische Funktionen und besondere Einflussfaktoren bei der akuten Tatsituation berücksichtigt, ergibt sich die Tendenz, dass bei den neuen Gutachten das Risiko eine eher schlechtere Prognose zu bekommen, um das zweifache erhöht ist, wenn intakte psychische Funktionen und besondere Einflussfaktoren *nicht* vorliegen. Bei den alten Gutachten kann kein signifikanter Unterschied diesbezüglich festgestellt werden.

d) Zusammenhang „Alter bei Tatzeit“ und Prognose

Teilt man das Probandenkollektiv in zwei Altersgruppen:

- jünger als 30 Jahre bei der zu begutachtenden Tat ( $\leq 29$  Jahre)
- älter als 30 Jahre bei der zu begutachtenden Tat ( $\geq 30$  Jahre),

so ergibt sich kein Hinweis auf eine Signifikanz zwischen einer prognostischen Beurteilung und des Alters zum Tatzeitpunkt. Diese Beobachtung wiederholt sich in der stratifizierten Analyse.

#### 4.1.3 PCL Werte im Vergleich

Betrachtet man das Gesamtkollektiv der 80 Gutachten, so betrug der Durchschnittswert des Gesamtscores **22,3 Punkte** mit einer Standardabweichung von **6,54** Punkten. Der höchste erreichte Wert belief sich auf 37 Punkte, der Kleinste auf 4 Punkte. Die zusätzlich durchgeführte Addition der Faktor-1 bzw. Faktor-2 Itemscores lieferte einen mittleren Faktorgesamtwert von **9,24 (SD 3,5)** für Faktor 1 und **10,56 (SD 3,5)** für Faktor 2.

Aufgeteilt auf die beiden Gruppen der Prognosegutachten, ergab die getrennte Auswertung des Datenmaterials eine mittlere Gesamtsumme von **21,81 Punkten** in der Gruppe der neuen Gutachten (**SD 6,64**) und **22,86**

**Punkte (SD 6,47)** in der Gruppe der älteren Gutachten. Die gemittelte Faktor-1 Gesamtsumme betrug **9,33 (SD 3,78)** in der Gruppe der neuen Prognosegutachten und **9,15 (SD 3,14)** in der anderen Gruppe. Für die gemittelte Faktor-2 Gesamtsumme ergab sich analog errechnet ein Summenwert **10,30 (SD 3,35)** für die neue Gruppe, **10,83 Punkte (SD 3,73)** in der anderen Gruppe. Folgende Tabelle stellt die Werte vergleichend gegenüber:

Tab. 4.1.3.1 *Mittelwerte / Standardabweichungen der Gesamtsummenwerte*

	ges		F1 ges		F2 ges	
	M	SD	M	SD	M	SD
Gutachten gesamt	22,3	6,54	9,24	3,5	10,56	3,5
Gutachten neu	21,81	6,64	9,33	3,78	10,30	3,35
Gutachten alt	22,68	6,47	9,15	3,14	10,83	3,73

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, ges= Gesamtscore, F1ges= Faktor 1 Gesamtsumme, F2ges= Faktor 2 Gesamtsumme

Auf alle 80 Gutachten konnte die PCL-R regelkonform angewendet werden, fehlten maximal 5 Items (in diesem Kollektiv fehlten maximal 3 Items in einem Gutachten), mussten die erhaltenen Additionswerte nach den von Hare im Handbuch angegebenen Tafeln (Hare 1991b) angeglichen werden, das sog. „Prorating“.

Weiterhin konnte folgende Beobachtung bezüglich der Frage, welches Persönlichkeitsmerkmal am häufigsten als „voll zutreffend“ (entspricht Score von 2 Punkten) bzw. als „nicht zutreffend“ (entspricht Score von 0 Punkten) gemacht werden, und zwar getrennt für das vorliegende Kollektiv:

Gruppe neue Gutachten:

Am häufigsten in aufsteigender Reihenfolge wurde als „voll zutreffend“ codiert:

**PM 6** (Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein) ,

**PM 8** (Gefühlskälte und Mangel an Empathie) sowie

**PM 13** (Fehlen von realistischen langfristigen Zielen).

Als weitere häufig hoch codierte Items erwiesen sich in dieser Gruppe:

**PM 7** (oberflächliche Gefühle)

**PM 16** (Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen).

**PM 4** (pathologisches Lügen),

**PM 20** (polytrope Kriminalität),

**PM 12** (frühe Verhaltensauffälligkeiten) und

**PM 17** (viele kurzzeitige eheähnliche Beziehungen)

gehörten in dieser Gruppe zu den Items die am Häufigsten als „*nicht zutreffend*“ codiert wurden.

Gruppe der alten Gutachten:

Am häufigsten als „*voll zutreffend*“ wurden in dieser Gruppe

**PM 12** (frühe Verhaltensauffälligkeit) ,

**PM 11** (Promiskuität),

**PM 16** (mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen) und

**PM 7** (oberflächliche Gefühle) codiert.

Als „*nicht zutreffend*“ wurden am Häufigsten

**PM 1** (trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme),

**PM 20** (polytrope Kriminalität) und

**PM 11** (Promiskuität)

codiert.

Insgesamt gesehen erhielt **PM 1** (trickreich sprachgewandter Blender) am häufigsten den Wert 0 (71,3%), **PM 8** (Gefühlskälte, Mangel an Empathie) am häufigsten 2 Punkte (51,3%).

Die folgende Tabelle zeigt nochmals im Vergleich zwischen beiden Gruppen, die am häufigsten mit 2 oder 0 Scores belegten Items:

Tab. 4.1.3.2 *Vergleich Anzahl Score 0 und Score 2*

	Score 0	Score 2
Gutachten gesamt	PM 1	PM 8
Gutachten neu	PM 20	PM 13
Gutachten alt	PM 1	PM 12

PM 1: „trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme“, PM 8: „Gefühlskälte, Mangel an Empathie“; PM 12: „frühe Verhaltensauffälligkeiten“; PM 13: Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen“; PM 20: „polytrope Kriminalität“

#### 4.1.3.1 Darstellungen von Zusammenhangsstrukturen zwischen Merkmalen der PCL-R und anderen Erhebungsdaten, Ergebnisse der CHI<sup>2</sup> Tests

Die Zusammenhangsstrukturen einzelner Variablen wurden sowohl zusammen als auch getrennt für die Gruppen der Prognosegutachtensprobanden untersucht. Aufgrund der statistischen Datenauswertung wurden die stetig skalierten Summenwerte (Gesamtsumme, Faktor-1-Gesamtsumme, Faktor-2-Gesamtsumme) in unterschiedliche Formen klassifiziert.

Für die Gesamtsumme bedeutete dies eine Zweiteilung der Werte in Werte  $\leq 20$ , bzw. Werte  $\geq 20$  Punkte. Geringere Klassifizierungen waren wegen den entstehenden kleinen Fallzahlen statistisch gesehen nicht sinnvoll.

Die Faktor-1- bzw. Faktor-2-Summe ließ sich unter Erfüllung der statistisch notwendigen Gruppengrößen klassifizieren und zwar:

- in die beiden Punktekategorien: „0-8“ und „9-17“.

Bestand eine statistisch auffällige Beziehung zwischen einem Merkmal, welches über den PCL-R erfasst wurde und anderen Erhebungsdaten, so heißt dass, das z.B. das Zutreffen (Score 2) bzw. Nichtzutreffen (Score 0) des Persönlichkeitsmerkmals mit einer bestimmten Ausprägung eines anderen erhobenen z.B. soziobiografischen Merkmals, einhergeht.

*- Impulsivität vs. gute Prognose:*

Es zeigt sich hier ein starker Zusammenhang zwischen stärkerer Impulsivität des Patienten und schlechter Bewertung der Prognose: Odds Ratio (OR) 12,83 (95% KI: 2,75 – 59,76). Die stratifizierte Untersuchung alter und neuer Gutachten ließ eine tendenzielle stärkere Assoziation bei neuen Gutachten erkennen, die auf eine pessimistischere Beurteilung impulsiver Patienten in den letzten Jahren hinweisen könnte. Betrag die OR in den 70iger - 90iger Jahren 5,23 (95% KI: 0,95 - 28,91), so liegt sie heute bei 28,70 (95% KI: 1,55 - 53,86). Dieser möglicherweise inhaltlich relevante Unterschied, ließ sich allerdings mit einem formalen Breslow-Day-Homogenitätstest statistisch nicht absichern ( $\chi^2$  Test = 2.096, 1 Freiheitsgrad,  $p = 0,148$ ).

*- Fehlen von langfristigen realistischen Zielen (PM 13) vs. schlechte Prognose:*

Ebenfalls ist hier ein starker Zusammenhang zwischen PM 13 und dem Vorliegen einer „schlechten Prognose“ (= ungünstig, nicht ausreichend) eruierbar, mit einer OR von 6,0 (95% KI: 1,96 – 18,364), auf die Gruppe aller Probanden gesehen. Das heißt, ein Proband ohne realistische Zukunftsplanung hat ein sechsfach erhöhtes Risiko, eine schlechte Prognose zu bekommen (exakter Test nach Fisher  $p = 0,001$ ,  $df = 1$ , zweiseitig). Betrachtet man diese Beobachtung getrennt für die Gruppen, so lässt sich ein deutlicher Unterschied feststellen. Betrag die OR für die Gruppe der neuen Gutachten 9,3 (95% KI: 1,84 – 47, 23) so lag sie mit 3,66 (95% KI: 0,67 – 19,97) bei den alten Gutachten niedriger (Breslow-Day-Homogenitätstest,  $p = 0.624$ ).

*- Mangel an Gewissensbissen und Schuldbewusstsein (PM 6) vs. schlechte Prognose:*

Auf alle Probanden bezogen betrug die OR hier 5,54 (95% KI: 1,9 – 16,15), was einem starken Zusammenhang entspricht (Fisher-Test,  $p = 0,002$ ). Stratifiziert auf die beiden Gruppen zeigte sich bei den alten Gutachten eine sehr hohe OR von 21 (95% KI: 2,37 – 185,93) im Vergleich zur Gruppe der neuen Gutachten mit einer OR von 2 (95% KI:

0,47 – 8,56). Dies würde bedeuten, dass dieser Faktor bei den alten Gutachten, als weitaus pessimistischer angesehen wurde, als nach 1998. Allerdings konnte auch hier keine Signifikanz mit dem Homogenitätstest gefunden werden.

*- frühe Verhaltensauffälligkeiten vs. schlechte Prognose:*

Schon in der rohen OR für alle Gutachten liegt mit 1,34 ein um 1,34 erhöhtes Risiko für die schlechtere Bewertung des Probanden bei Vorliegen von in der Kindheit bestehenden Auffälligkeiten vor (95% KI: 0,51 – 3,51). Auch stratifiziert liegen die OR der beiden Gruppen mit OR = 1,56 (95% KI: 0,334 – 7,235) für die neue Gruppe und OR = 1,49 (95% KI: 0,402 – 5,49) in der alten Gruppe ähnlich.

*- PCL-R Gesamtscore  $\geq$  20 Punkte vs. gute Prognose:*

Auf die gesamte Gruppe bezogen, ergab sich ein OR von 2,35, was sich in der OR des Mantel-Haenszel bestätigte (95% KI: 1,25 – 8,95). Wiederum unterschieden nach den beiden Gruppen, lag die OR = 4,75 (95% KI: 1,19 – 18,92) der alten Gutachten fast doppelt so hoch wie die OR = 2,6 (95% KI: 0,598 – 11,23) der neuen Gutachten.

*- Zusammenhang zwischen Faktor-2-Gesamtscore der PCL-R und schlechter Prognose:*

Stellt man die Items des Faktors 2 (= Item 3,9,10,12,13,14,15,18,19) summiert gegen die prognostischen Äußerungen, erhält man für den „chronisch instabilen, antisozialen und sozial abweichenden Lebensstil“ eine OR von 4,15 für alle Probanden (95% KI: 1,45 – 11,77). Stratifiziert auf die beiden Gruppen ergeben sich deutliche Unterschiede, denn in der Gruppe der neuen Gutachten erhält man eine OR von 7,5 (95% KI: 1,53 – 36,71), im Vergleich zur alten Gruppe mit einer OR von 2,67 (95% KI: 0,642 – 11,08).

*- Zusammenhang Faktor-1 der PCL-R vs. schlechte Prognose:*

Die Items 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 und 16 charakterisieren einen „selbstsüchtigen, gemütsarmen und gewissenlosen Gebrauch Anderer“. Für alle Gutachten

zusammen, zeigt sich eine deutliche Assoziation dieser Faktoren mit einer schlechteren Prognose mit einer OR von 5,75 (95% KI: 2,02 – 16,32). Berechnet für die beiden Gruppen alleine, ergibt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen, der darauf hindeutet, dass in den 70iger - 90iger Jahren diese Faktoren eine deutlich schlechtere Prognose nach sich zogen, als in den Gutachten nach 1998, denn es lag die OR alt mit 13,81 (95% KI: 2,5 – 76,33) fast fünf mal so hoch wie die OR neu mit 2,33 (95% KI: 0,54 – 10,1).

#### 4.1.4 ILRV im Vergleich

##### 4.1.4.1 Allgemeine Daten ILRV

Auf alle 80 Prognosegutachten konnte die ILRV regelkonform angewendet werden, bei insgesamt 69 Gutachten lagen keine fehlenden Items vor. In 7 Fällen fehlten ein Item, in zwei Gutachten konnten zwei Items nicht bewertet werden, in weiteren zwei Gutachten waren vier Items auf der Grundlage des Gutachtens nicht verwertbar.

Am Ende des Prognosemoduls des forensisch psychiatrischen Dokumentationssystems werden die Prognosen der zu untersuchenden Probanden bezüglich ihrer Delinquenz erfasst. 12,5% der Probanden der neuen Gutachten und 27,5% der Probanden der alten Gutachten erhielten eine durchweg günstige Prognose. Mit „ungünstig“ und damit mit der schlechtesten möglichen prognostischen Beurteilung wurden 25% der Männer aus den neuen Gutachten und 30% der Männer aus den alten Gutachten beurteilt.

Fasst man die Werte zusammen, kommen immerhin **75%** der Probanden aus den neuen Gutachten auf eine **(eher) ungünstige** (= nicht ausreichend oder ungünstig) Prognose, bei den Männern der alten Gutachten sind dies weniger, mit **62,5%** aller Straffälligen.

Mit **(eher) günstig** (= ausreichend oder günstig) wurden also nur **25%** der Männer aus den neuen und **37,5 %** der Probanden aus den alten Akten begutachtet (siehe Tabelle 4.1.4.1).

Die Anzahl der Probanden mit mehr oder weniger negativen prognostischen Parametern überwiegt somit deutlich in beiden Gruppen.

Tab. 4.1.4.1 prognostische Äußerungen

Prognose	<b>günstig</b>	<b>ausreichend</b>	<b>nicht ausreichend</b>	<b>ungünstig</b>
Gutachten neu	5 (12,5%)	5 (12,5%)	20 (50%)	10 (25%)
Gutachten alt	11 (27,5%)	4 (10%)	13 (32,5%)	12 (30%)

Folgende Abbildung verdeutlicht nochmals die Verteilung:

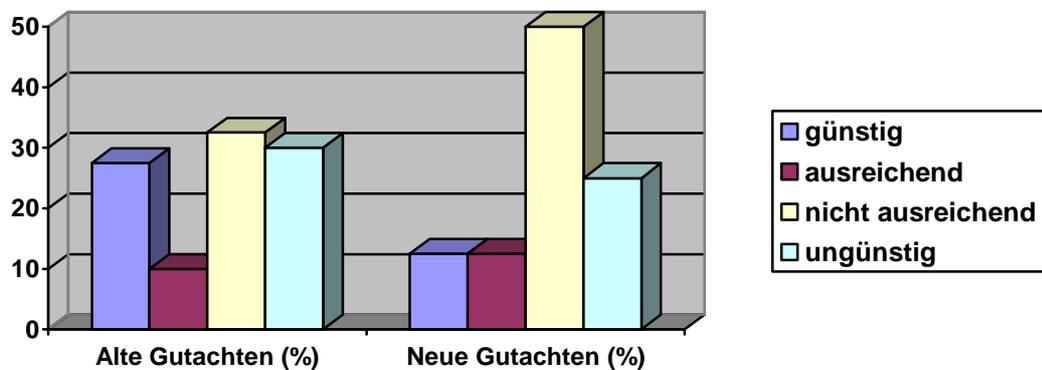


Abb.4.1.4.1 prognostische Äußerungen in Prozent

Auf die einzelnen Bereiche und den Gesamtscore der ILVR wird nachfolgend eingegangen:

Tab. 4.1.4.2 Gesamtscore der ILRV

	neue Gutachten	alte Gutachten
Mittelwert	37,55	36,18
SD	6,790	7,821
Minimum	23	17
Maximum	51	49

Maximal erreichbare Punkte im ILVR: 60 Punkte; SD = Standardabweichung

Im Mittel lag der Wert der Auswertung der ILRV in der Gruppe der neuen Gutachten bei 37,55 Punkten (SD 6,79). In der Gruppe der alten Gutachten bei 36,18 Punkten verteilt auf alle 4 Bereiche (SD 7,821).

Einzel berechnet auf die 4 verschiedenen Bereiche des Prognosemoduls ergaben sich folgenden Werte:

Tab. 4.1.4.3 *Bereich A, das Ausgangsdelikt [FPD (A)]*

	neue Gutachten	alte Gutachten
Mittelwert	7,23	6,98
SD	1,074	2,019
Minimum	5	2
Maximum	9	10

Bei der Zusammenfassung der Punkte für den Bereich A, der sich mit der Situation des Ausgangsdeliktes befasst und auch die Rückfallwahrscheinlichkeit mit einbezieht, wurde für die Gruppe der neuen Gutachten ein Mittelwert von 7,23 Punkten gefunden (SD 1,074), mit einem Minimum von 5 und einem Maximum von 9 Punkten. In der Gruppe der alten Prognosegutachten lag der Mittelwert bei 6,98 (SD 2,019), bei einem Maximum von 10 und einem Minimum von 2 Punkten.

Die höchste erreichbare Punktzahl beträgt für den Bereich A 10 Punkte.

Tab. 4.1.4.4 *Bereich B, anamnestische Daten [FPD (B)]*

	neue Gutachten	alte Gutachten
Mittelwert	10,68	11,55
SD	3,108	2,745
Minimum	3	2
Maximum	16	17

Im Bereich der anamnestischen Daten, die Bezug nehmen auf frühere Vergehen, erste delinquente Auffälligkeiten sowie psychische Auffälligkeiten, wurde bei der Gruppe der neuen Gutachten ein Mittelwert von 10,68 Punkten gefunden (SD 3,108), mit einem Minimum bei 3 Punkten und einem Maximum von 16 Punkten.

In der Gruppe der alten Prognosegutachten fand sich ein Mittel von 11,55 Punkten (SD 2,745), ein Minimum von 2 und ein Maximum von 17 Punkten. Die Höchstpunktezahl bei diesem Bereich des Fragebogens beträgt 18 Punkte.

Tab. 4.1.4.5 *Bereich C, postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung [FPD (C)]*

	neue Gutachten	alte Gutachten
Mittelwert	7,48	6,75
SD	1,961	3,053
Minimum	3	1
Maximum	12	13

Der Bereich C umfasst Variablen, die eine Änderung der Persönlichkeit und den Umgang mit dem Delikt in Haft / Unterbringung bewerten.

Hier erreichten die Probanden der neuen Gutachten einen Mittelwert von 7,48 (SD 1,961), Maximum 12, Minimum 3 Punkte.

Die Probanden der älteren Prognosegutachten erreichten einen Mittelwert von 6,75 Punkten (SD 3,053), bei einem Maximum von 13 und einem Minimum von 1 Punkt. Höchste erreichbare Punktezahl in diesem Bereich C sind 14 Punkte.

Tab. 4.1.4.6 *Bereich D, Risikovariablen/sozialer Empfangsraum [FPD (D)]*

	neue Gutachten	alte Gutachten
Mittelwert	12,45	10,90
SD	2,908	3,774
Minimum	5	3
Maximum	17	18

Im Bereich D werden u. a. protektive Faktoren zur Risikobeurteilung mit einbezogen. Gruppe neu erreichte einen Mittelwert von 12,45 Punkten (SD 2,908), Maximum 17, Minimum 5 Punkte. Gruppe alt erreichte einen Mittelwert von 10,90 Punkten (SD 3,774), Maximum 18, Minimum 3 Punkte.

Maximal erreichbare Punktezahl hier sind 18 Punkte.

#### 4.1.4.2 Ergebnisse von Zusammenhängen der ILRV und anderen Variablen

##### a) Rückfallwahrscheinlichkeit und Prognose

Hier ergeben sich sowohl bei der Analyse der gesamten Gruppe, als auch in der stratifizierten Analyse, keine Hinweise für einen Zusammenhang zwischen

einer hohen Rückfallwahrscheinlichkeit (codiert mit 2 Punkten im ILRV) und einer schlechten Prognose. Die OR beträgt 1 und zeigte somit keine Signifikanz, was sich im exakten Test nach Fischer statistisch belegen ließ.

b) Zusammenhang protektiver Faktoren (D, der soziale Empfangsraum) und prognostische Äußerungen

Betrachtet man ausschließlich den sozialen Empfangsraum, d.h. die protektiven Faktoren oder „Risikovariablen“ der ILRV, zeigt sich schon in der Gruppenanalyse hochsignifikant ein Zusammenhang zwischen einer (eher) günstigen Prognose und einem niedrigen Wert ( $\leq 8$  Punkte) in dieser Itemzusammenfassung mit einer OR von 11,77 (95% KI: 3,26 – 42,54), der sich im exakten Test nach Fischer bestätigt. Auch für die Gruppe der alten Gutachten zeigt sich eine starke Assoziation zwischen einer günstigen Prognose und protektiven Faktoren (OR = 23, 95% KI: 3,8 – 139,4). In der Gruppe der neuen Gutachten lässt sich dieser Effekt nicht in gleichem Maße nachweisen, OR = 3,5 (95% KI: 0,42-28,9), auch der Breslow-Day-Test auf Homogenität liefert kein signifikantes Ergebnis mit  $p = 0,171$ ,  $df = 1$ .

c) Zusammenhang postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung (C, klinische Variablen) und prognostische Äußerungen

Es zeigt sich bei Beurteilung aller Gutachten zusammen ein starker Zusammenhang zwischen einem niedrigen Punktwert (0 - 7 Punkte = positive postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung; 8 - 14 Punkte = negative postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung) und einer (eher) günstigen Prognose mit einer OR von 8,5 (95% KI: 2,6 – 28,2), mit einem exakten Test nach Fischer, signifikant auf dem 0,05% Niveau.

Für Gruppe neu errechnet sich eine OR von 8,0 (95% KI: 1,4 - 44,9; exakter Test nach Fischer mit  $p = 0.025$ , zweiseitig), für die andere Gruppe eine OR von 8,3 (95% KI: 1,5 - 44,6; exakter Test nach Fischer mit  $p=0.01$ , zweiseitig). Im Breslow-Day-Test ( $\chi^2 = 0,001$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,978$ ) ergeben sich keine Hinweise für eine heterogene Assoziation zwischen den Gruppen.

#### d) Zusammenhang anamnestischer Daten (B) und Prognose

Schon bei der Analyse beider Gruppen zusammen, zeigt sich keine Signifikanz bezüglich eines Zusammenhanges zwischen einer (eher) schlechten Prognose und hohen Werten (0 - 8 = positive anamnestische Daten, 9 – 18 = negative anamnestische Daten) in der Bewertung der B - Items der ILRV. Auch die getrennte Analyse der Gruppen brachte dasselbe Ergebnis. Statistisch gesehen besteht auch hier kein Zusammenhang und insbesondere kein Unterschied der beiden Gruppen.

#### f) Zusammenhang „Ausgangsdelikt“ und Prognose

Sowohl bei der gemeinsamen Analyse, als auch bei den stratifizierten Schätzern, ergaben sich keine signifikanten Hinweise für einen Zusammenhang zwischen den Bausteinen A der ILRV mit der zugehörigen Prognose des Probanden. Sowohl die Odds ratios der neuen Gruppe, als auch der alten Gruppe, zeigten sich in keiner Testung signifikant.

#### 4.1.5 HCR 20 im Vergleich

Auf das **Gesamtkollektiv** aller 80 Prognosegutachten bezogen, fanden sich folgende Punktwerte für die 3 Bereiche: Vorgeschichte, Klinik und Risikomanagement.

- **Vorgeschichte (H1 – H10):** Mittelwert 11,90 Punkte, SD 3,294, Max 19, Min 2

- **Klinik (C1-C5):** Mittelwert 4,78 Punkte, SD 2,205, Minimum 0, Max 9

- **Risikomanagement (R1-R5):** Mittelwert 6,2 Punkte, SD 2,373, Max 10, Min 0

- **HCR Gesamtscore:** Mittelwert 22,81 Punkte, SD 6,250, Max 35, Min 6

Insgesamt sind maximal 40 Punkte mit dem HCR 20 erreichbar.

Verteilt auf die beiden Gruppen ergaben sich folgende Werte:

#### **Gruppe neu:**

- **Gesamtscore HCR 20:** Mittelwert 23,00, SD 6,3, Max 35, Min 11

- **Vorgeschichte (H1 – H10):** Mittelwert 11,43, SD 3,5, Max 17, Min 3
- **Klinik (C1 – C5):** Mittelwert 4,83, SD 2,086, Max 8, Min 0
- **Risikomanagement (R1 – R5):** Mittelwert 6,88, SD 2,065, Max 10, Min 2

***Gruppe alt:***

- **Gesamtscore HCR 20:** Mittelwert 22,63, SD 6,274, Max 34, Min 6
- **Vorgeschichte (H1 – H10):** Mittelwert 12,38, SD 3,044, Max 19, Min 2
- **Klinik (C1 – C5):** Mittelwert 4,73, SD 2,342. Max 9, Min 1
- **Risikomanagement (R1 – R5):** Mittelwert 5,53, SD 2,491, Max 10, Min 0

#### 4.1.5.1 Zusammenhänge zwischen Gesamtscore des HCR 20 und Prognose

Hier zeigt sich bereits bei der Berechnung für alle Probanden ein hochsignifikanter Zusammenhang für eine (eher) ungünstige Prognose und einem HCR 20 Gesamtscore von über 20 Punkten, mit einer OR von 9,63 (95%KI: 3,19 - 29,00, exakter Test nach Fisher signifikant auf dem 0,05% Niveau). Wird stratifiziert, ergeben sich für die Gruppe der neuen Gutachten ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang mit einer OR von 6,42 (95% KI: 1,32-31,03, exakter Test nach Fisher, zweiseitig,  $p = 0,024$ ), in der Gruppe der alten Gutachten eine OR von 14,44 (95% KI: 3,02-69,13, exakter Test nach Fisher,  $p = 0,001$ , zweiseitig). Somit lässt sich eine tendenziell stärkere Assoziation bei den alten Gutachten vermuten, allerdings ließ sich dieser deutliche Zusammenhang mit einem Breslow-Day-Test auf Homogenität nicht statistisch absichern ( $\text{Chi}^2 = 0,51$ , 1df,  $p = 0,473$ ).

## 5. Diskussion

### 5.1 Allgemein

In den letzten Jahren haben sich die Anforderungen an die Begutachtung in der forensischen Psychiatrie deutlich erhöht. Durch die sich seit 1998 kontinuierlich verändernde Gesetzeslage werden von den Gerichten deutlich häufiger Gutachtensaufträge an sachverständige Psychiater vergeben. Gleichzeitig machte die Wissenschaft bezüglich des Wissens über kranke Rechtsbrecher und der Entwicklung von Prognoseinstrumenten merkbare Fortschritte (Nedopil 2005b), deren Erfolge v. a. bezüglich richtig abgegebener Prognosen aber ebenso kritisch hinterfragt werden (Dietiker *et al.* 2007; Martens 2008; Rusche 2003). Genauso werden die Schwierigkeiten von Gefährlichkeitsbegutachtungen immer wieder betont (Steinböck 1997). Erst seit ca. 1985 wurde versucht, prognostische Kriterien für die Entscheidungsfindung zusammenzufassen (Nedopil 2005b). Bis zu diesem Zeitpunkt konnten nur diejenigen prognostischen Einschätzungen bei Tätern überprüft werden, die mit einer günstigen Prognose entlassen worden waren (Weber 1985b); falsch positive Rückfallvorhersagen wurden nicht erfasst. In den letzten Jahren werden die sich entwickelnden Prognoseinstrumente auch in Deutschland vermehrt eingesetzt (Dahle 2006; Nedopil 2005b). (Forensische) Psychiater dienen dem Gericht als Sachverständige in der Beurteilung bei Gefährlichkeitsprognosen und seit dem 26.01.1998 wird eine sachverständige prognostische Beurteilung auch bei vorzeitiger Entlassung aus einer zeitlich begrenzten Freiheitsstrafe gefordert, wenn der Betroffene zu mehr als 2 Jahren Freiheitsentzug verurteilt wurde (Nedopil 2000). Volckart (2002) stellt fest: „Der Umschlagpunkt zwischen günstig und ungünstig ist nicht naturgegeben. Der Rechtsanwender hat die Grundlagen für den Ort des Umschlagpunktes zu ermitteln und diesen dann selbst zu bestimmen“.

Aufgabe der vorliegenden Studie ist, retrospektiv Veränderungen in der gutachterlichen Praxis, bedingt durch die Gesetzesänderung vom 26.01.1998 („Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“) zu eruieren.

Zu diesem Zweck wurden 2 Gruppen von jeweils 40 Prognosegutachten, die vor bzw. nach der Gesetzesänderung erstellt wurden miteinander, bezüglich

mehrerer durch verschiedene Prognoseinstrumente erhobener Variablen, verglichen. Darüber hinaus sollen gefundene Unterschiede und Ergebnisse in Zusammenhang mit der Änderung der Bedeutung der Prognose in der juristischen Entscheidungsfindung allgemein und in Zusammenhang mit der Entwicklung und Einführung von Prognoseinstrumenten in den letzten Jahren gesetzt werden (Nedopil 2007).

Vorweg sei erwähnt, dass aufgrund der kleinen Fallzahl ( $n = 80$ ) nicht zu erwarten war, dass sich viele (hoch-) signifikante Ergebnisse zeigen. Die geringe Fallzahl dieser Arbeit resultiert aus der Tatsache, dass zum einen in den 70iger – 90iger Jahren deutlich weniger Prognosegutachten angefordert wurden und zum anderen, dass in den früheren Jahren Prognosegutachten ausschließlich von den Chefärzten der (forensischen) psychiatrischen Abteilungen erstellt wurden. Erst in den letzten Jahren wurden die Gutachtensaufträge, auch bedingt durch die wachsende Anzahl an Aufträgen, an andere, durchaus minder erfahrene, psychiatrisch tätige Ärzte delegiert.

Ebenfalls ist bei den nachfolgenden Ausführungen zu beachten, dass die hier retrospektiv eingesetzten Prognoseinstrumente für die in dieser Arbeit berücksichtigten Gutachten bei deren Erstellung, v. a. bei den Gutachten der alten Gruppe, teilweise noch nicht existent waren bzw. noch kaum angewandt wurden (PCL-R ca. seit 1996; ILVR ca. seit 1992; HCR 20 ca. seit 1997). Inwiefern die jeweiligen forensischen – psychiatrischen Gutachter überhaupt Instrumente für ihre Gutachtenserstellung benutzt haben, bleibt retrospektiv unklar und lässt sich allenfalls anhand des Aufbaus des Gutachtens nachträglich feststellen.

## 5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der erste augenfällige Unterschied der beiden untersuchten Gruppen zeigte sich beim Durchlesen der Akten. Glichen Aufbau und Strukturierung der neueren Gutachten oftmals den Ausführungen der dato bereits existenten genannten Prognoseinstrumente, meist sehr ausführlich in allen gefragten Bereichen, waren die alten Gutachten im Aufbau, in allen Ausführungen und insgesamt von der Anzahl der Seiten her deutlich kürzer, v. a. in den Bereichen der soziobiografischen und anamnestischen Daten. Wortwahl und Stil der älteren Gruppe, v. a. der Gutachten aus den 70iger und 80iger Jahren

imponierten für heutige Verhältnisse teils uneinheitlich, individuell und stark von den jeweiligen klinischen Erfahrungen der Gutachter beeinflusst, beispielhaft skizziert an folgendem Ausschnitt eines Gutachtens der älteren Gruppe:

*„....Es handle sich bei Herrn R. um einen neurotischen, nach außen hin meist überhöflichen, geschraubten und redefreudigen Mann, der jedoch auch unbeherrscht, beleidigend und dreist zu reagieren weiß. In Belastungssituationen schlage sein sonst zur Schau getragenes überkorrektes manieriertes Verhalten nur allzu leicht ins Gegenteil um. ..“*

Nachfolgend werden nun die Ergebnisse der statistischen Untersuchungen im Einzelnen dargestellt und interpretiert.

### 5.2.1 Diskussion der Ergebnisse der Basisdokumentation

Betrachtet man die soziodemografischen Daten der Probanden, so ist bezüglich der Altersverteilung zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung (39,7 Jahre in der alten Gruppe, 43,6 Jahre in der neuen Gruppe) nur ein leichter Unterschied fest zu stellen. 30% der Männer der neuen Gutachten waren 35 Jahre oder jünger, bei den alten Gutachten lag diese Verteilung mit 35% der Männer etwas höher. Bezüglich des Familienstandes zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung waren in beiden Gruppen mehr als 50% der Männer ledig, und über 20% der Männer bereits geschieden. Das Stichprobenkollektiv war überwiegend mit > 90% deutscher Herkunft.

Bezüglich der Schulbildung stellt sich in beiden Gruppen ein ähnliches Profilmuster heraus: Über 70 % der Männer hatten entweder gar keinen, oder einen Hauptschulabschluss vorzuweisen.

Bezüglich der Berufsausbildung zeigten sich leichte Unterschiede. In der Gruppe der alten Gutachten waren 21 Männer ohne eine Berufsausbildung, in der Gruppe der neuen Gutachten waren dies nur 13 Personen.

Betrachtet man sich den familiären Hintergrund der 80 Probanden, so ergeben sich ebenfalls leichte Unterschiede. Waren in der Gruppe der neuen Gutachten immerhin 80% der Männer bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen, zumindest mit einem leiblichen Elternteil, so lag dieser Anteil bei den anderen Probanden mit 77,5% etwas geringer. Heimkinder fanden sich mit nur 5% bei den alten Gutachten, dennoch doppelt so viele im Vergleich zu den 40 neueren Gutachten dieser Retrospektive.

Bezüglich einer gestellten psychiatrischen Diagnose ergaben sich deutliche Unterschiede. Konnte von 40 Probanden der alten Gruppe bei 28 Männern eine psychiatrische Diagnose im Sinne des ICD-10 gestellt werden, so war dieser Anteil mit 21 Männern der neuen Gutachten doch deutlich geringer. Gleichzeitig zeigte sich eine Tendenz, dass generell eine gestellte psychiatrische Diagnose zu einer pessimistischeren prognostischen Einschätzung führte, was bei den alten Gutachten deutlich überwog. Somit wären dies Hinweise, dass sich in den alten Begutachtungen eine psychiatrische Erkrankung deutlich negativer auf die Prognose auswirkte.

In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen zeigte sich jedoch interessanterweise ein anderer Effekt. Bei 14 Probanden der neuen Gutachten wurde eine Persönlichkeitsstörung im Sinne des ICD gestellt, davon bekamen 12 eine (eher) ungünstige Prognose. 15 Männer der alten Gutachten bekamen ebenfalls eine Persönlichkeitsstörung assistiert, davon bekamen jedoch nur 8 eine (eher) ungünstige Prognose. In der Fachliteratur wird der Zusammenhang zwischen (unterschiedlichen) psychiatrischen Erkrankungen und kriminellen Rückfällen kontrovers diskutiert (Stadtland, Nedopil 2005). Es fanden sich sowohl Hinweise für das Bestehen eines erhöhten Risikos eines Rückfalles bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung (Haller *et al.* 2001; Hiscoke *et al.* 2003; Tehrani *et al.* 1998), als auch Zusammenhänge, die dies weniger deutlich zeigten (Steadman *et al.* 1998). In einer Kohortenstudie aus Neuseeland zeigten sich Zusammenhänge zwischen Gewalttätigkeit und psychischen Störungen (Arseneault *et al.* 2000), bestätigt durch eine ähnliche Untersuchung aus Dänemark (Brennan *et al.* 2000).

Untersucht man die Zusammenhänge zwischen soziobiografischen Daten und dem Gutachtenergebnis, also der Prognose, die der Proband erhalten hat, so stellt sich ein tendenzieller Zusammenhang zwischen einem „schwierigen“ familiären Hintergrund und der Vergabe einer eher schlechteren Prognose heraus. Schien dieser Zusammenhang bei den alten Gutachten eine geringere Rolle zu spielen, wurden diese Tatsachen bei den neuen Gutachten stärker mit einbezogen. Dies deckt sich mit dem Aufbau der neuen Gutachten. Denn in der Gruppe der alten Gutachten waren die Ausführungen zur biografischen Anamnese deutlich geringer und kürzer.

Bezüglich der Sexualanamnese konnte ein vermuteter Unterschied der beiden Gruppen statistisch nicht abgesichert werden. Sexuelle Auffälligkeiten hatten bei den neueren Gutachten tendenziell eine schlechtere Prognose zur Folge, unabhängig davon, ob es sich um Sexualstraftäter handelte. Generell wird die Rückfälligkeit gerade von Sexualstraftätern in der Literatur unterschiedlich diskutiert (Furby *et al.* 1989; Hanson *et al.* 1993).

Insgesamt lässt sich die Frage, die zu Beginn dieser Studie gestellt wurde, ob Unterschiede in den soziobiografischen Daten der Probanden zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, dahingehend beantworten, dass in dieser retrospektiven Studie die Unterschiede der Männer in ihren soziobiografischen Hintergründen zu gering ausfielen, als dass sich deutliche Unterschiede bei einer Beurteilung ergeben hätten. Positiv sei hier zu vermerken, dass diese Homogenität vorteilhaft im Sinne der Statistik bezüglich möglicher Confounder zu sehen ist und beide Gruppen in anderen Variablen damit besser zu vergleichen waren. Die aufgeworfene Hypothese kann somit verneint werden, d.h. es konnte nicht gezeigt werden, dass sich das Probandenkollektiv bezüglich soziobiografischer Daten in dieser Untersuchung deutlich unterschied.

### 5.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Dokumentation Strafrecht

Vergleicht man die Daten der strafrechtlichen Auswertung, so lag die Altersverteilung zum Tatzeitpunkt in beiden Kollektiven bei ca. 30 Jahren. Über 50% der Männer beider Gruppen waren zu diesem Zeitpunkt ledig, nur jeweils 5 Personen waren verheiratet.

Auch beim Anklagegrund zeigen sich Ähnlichkeiten: Mord und Totschlag machen mit über 40% in beiden Gruppen den größten Anteil aus, gefolgt von Vergewaltigung und Nötigung. 20 Männer der neuen Gutachten waren bereits vorbestraft, 24 in der anderen Gruppe.

Vergleicht man das Alter beim Antreten der ersten Straftat insgesamt, waren die Probanden der neuen Gruppe mit 27 Jahren im Durchschnitt 4 Jahre älter als ihre Vergleichsgruppe der alten Gutachten. Auffallend war, dass 17 Männer der alten Gutachten bereits mit mehr als 6 Delikten auffällig geworden waren, mit 11 Männern aus den neuen Gutachten deutlich weniger.

Versuchte man einen Zusammenhang zwischen auffälligen Tatmerkmalen und der Prognose herzustellen, ergaben sich sowohl für die stratifizierte, als auch für die Gesamtanalyse keine signifikanten Zusammenhänge.

Dieses Ergebnis wiederholte sich bei der Analyse von Alter zum Tatzeitpunkt und der prognostischen Entscheidung. In der Fachliteratur zeigte sich, dass Delinquenten sinkende Rückfallraten mit steigendem Alter haben (Berner, Bolterauer 1995; Firestone *et al.* 1998). In einer Studie im Rahmen des Münchner Prognoseprojektes konnte gezeigt werden, dass Probanden unter 30 Jahren am häufigsten rückfällig werden (Kaletta 2006).

Vergleicht man jedoch die Prognose mit dem Vorhandensein von Vorstrafen, so scheint sich ein Unterschied in der Assoziation der stratifizierten Analyse zu zeigen. Wurden Vorstrafen in der Gruppe der alten Gutachten berücksichtigt, fielen dennoch die Prognosen der neuen Gutachten deutlich schlechter aus, wenn Vorstrafen vorhanden waren, und zwar 3 mal häufiger schlechter, als in der Vergleichsgruppe. Verglichen mit der Literatur zeigt sich, dass in mehreren Studien festgestellt werden konnte, dass Vorstrafen und auch deren Anzahl, mit die bedeutendste Vorhersagekraft für eine Rückfälligkeit von Straftätern haben (Endres 2000; Furby *et al.* 1989; Hanson *et al.* 1993). Diese neueren Erkenntnisse scheinen sich somit v. a. auf die Begutachtung in den letzten Jahren deutlich auszuwirken.

### 5.2.3 Diskussion der Ergebnisse der PCL-R

Beim Vergleich der PCL-R fiel eine ähnliche mittlere Gesamtsumme der beiden Gruppen auf (21,81 Punkte in der neuen Gruppe / 22,86 Punkte in der alten Gruppe), was sich für die gemittelten Faktor-1- und Faktor-2-Gesamtsummenwerte wiederholte. D.h. das in dieser Stichprobe viele Delinquenten das Kriterium „psychopathy“ erfüllten. Im internationalen Vergleich liegt die mittlere Gesamtsumme der PCL-R für diese beiden Gruppen relativ hoch, denn in anderen Studien wurden Mittelwerte von 11,3 (Andersen *et al.* 1996), 10,8 (Eidt 2007) und 13,8 (Cooke, Michie 1999) Punkten berichtet. Die Ursache für diesen Unterschied könnte darin liegen, dass in dieser Retrospektive ausschließlich Männer begutachtet wurden, die nicht nur signifikant höhere PCL-R Werte aufzeigen als Frauen (Eidt 2007) und in dieser Arbeit eine relativ hohen Anzahl von gewalttätigen Delikten unter den

Delinquenten zu finden war. Analysiert man den Gesamtmittelwert beider Gruppen zur gestellten Prognose, so konnten Probanden mit niedrigen PCL-Werten in den alten Gutachten tendenziell eine bessere Prognose bekommen, als Probanden der neuen Gutachten. Da die PCL-R erst seit ca. 1996 für die forensische Begutachtung zur Verfügung steht, macht sich die Entwicklung dieses prognostischen Instrumentes somit v. a. in den neueren Gutachten bemerkbar. In der Fachliteratur werden bezüglich eines cut-off Wertes für Psychopathy und der damit verbundenen erhöhten Gefahr der Rückfälligkeit unterschiedliche Werte diskutiert (Laurell, Daderman 2007; Morana *et al.* 2005; Urbaniok *et al.* 2007).

Auffällig war ferner die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen einer günstigen Prognose und dem Item „Impulsivität“. Bei den neueren Gutachten konnte eine tendenziell stärkere Assoziation gefunden werden, die auf eine pessimistischere Beurteilung „impulsiver“ Patienten in den letzten Jahren hinweisen könnte (OR 5,23 vs. OR 28,70). Allerdings ließ sich dieser Zusammenhang statistisch nicht absichern.

Interessant zeigten sich weiterhin die Ergebnisse der Faktorenanalyse im Zusammenhang mit einer gestellten Prognose. In Studien aus den Jahren 1996 und 1998 wurde bereits gezeigt, dass erhöhte Faktor-2-Werte, die einen „chronisch instabilen antisozialen und sozial abweichenden Lebensstil“ beschreiben, mit einer im Vergleich zu Faktor-1, erhöhten Rückfallgefährdung assoziiert sind (Hemphill *et al.* 1998; Salekin *et al.* 1996), bestätigt durch eine Untersuchung aus dem Jahr 2007 (Eidt). Diese Erkenntnisse machen sich in den neuen Gutachten bemerkbar, erhalten doch hier die Probanden bei hohen Faktor-2-Werten ( $\geq 9$  Punkte) signifikant schlechtere Prognosen. Analysiert man das Kollektiv bezüglich erhöhten Faktor-1-Werten und gestellter Prognose, zeigt sich für den „selbstsüchtigen, gemütsarmen und gewissenlosen Gebrauch Anderer“ ein umgekehrter Effekt, denn hier erhalten die Probanden der älteren Gutachten signifikant schlechtere Prognosen.

#### 5.2.4 Diskussion der Ergebnisse der ILRV

Konnten in dieser retrospektiven Studie keine Hinweise dafür gefunden werden, dass hohe Werte in den anamnestischen Daten (B), die den historischen Daten des HCR 20 entsprechen, der ILRV zu einer deutlich

schlechteren Prognose führten, gibt es doch Literaturhinweise, die einen deutlichen Zusammenhang zwischen langfristiger Rückfallwahrscheinlichkeit und hohen Werten in diesen statischen Variablen assoziieren bzw. das Verhalten in der Vergangenheit für eine Langzeitprognose geeigneter scheint, als klinische Variablen (Bonta *et al.* 1998; Strand *et al.* 1999; Tengstrom 2001). In einer weiteren Studie wurde die Bedeutung der historischen Variablen im Gegensatz zu den klinischen Variablen bezüglich der Rückfälligkeit ebenfalls betont (Bonta *et al.* 1998) und auch Mossmann (1994) betonte, dass historische Variablen den klinischen Variablen überlegen sind. Im Gegensatz zu den eben genannten Studien (Bonta *et al.* 1998; Tengstrom 2001) unterstreichen andere Autoren die Bedeutung der klinischen Variablen auf die Vorhersage der Rückfallgefährdung und kritisieren deren Vernachlässigung (Hinz 1987; Strand *et al.* 1999).

Bei der Auswertung der ILRV zeigte sich, dass die Männer der neuen Gutachten weitaus häufiger, mit 75%, eine schlechte Prognose bekamen (= nicht ausreichend, ungünstig), als in der anderen Gruppe mit 62,5%. Auffallend war hier jedoch, dass in der Gruppe der neuen Gutachten die Männer mit einer „nicht ausreichenden“ Prognose, d.h. das weitere Lockerungen des Vollzugs und ein Aufbau eines extramuralen Versorgungsnetzes initiiert werden sollten, um in einem konkreten Zeitraum eine Entlassung zu ermöglichen, bei Weitem den größten Anteil ausmachten.

Mögliche Interpretation im Zusammenhang mit der Gesetzesänderung von 1998:

Für den begutachtenden Psychiater geht es nicht mehr darum, zu entscheiden, ob „verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begeht“, sondern ob „zu erwarten ist, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begeht.“ Eine „nicht ausreichende“ Prognose lässt einen größeren Spielraum zu und zeigt eine größere Zurückhaltung der Prognostiker. In der Fachliteratur wurde eine solche Entwicklung, d.h. eine „vorsichtiger“ Beurteilung der Probanden nach der Gesetzesänderung von mehreren Autoren befürchtet (Nedopil 1998a; Schöch 1998; Schüler-Springorum 1998) und lässt sich - vorsichtig interpretiert, da es sich hier nur um statistische Tendenzen handelt - auch bestätigen.

Ebenfalls sehr interessant war die Tatsache, dass in beiden Gruppen dieser Untersuchung die postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung (= klinische Variablen) bezüglich der Prognose positiv mit in die Begutachtung einbezogen wurden, erhielten doch Probanden mit einem hier niedrigem Punktwert in beiden Kollektiven eine deutlich günstigere Prognose. Das heißt, dass in diesem Kollektiv die klinischen Variablen, den historischen (= anamnestischen Variablen) überlegen waren, was sich bereits in anderen Untersuchungen gezeigt hatte (McNiel *et al.* 2003).

Protektive Faktoren werden seit einiger Zeit mit in die Prognosebeurteilung einbezogen und deren Wichtigkeit wird in der Literatur ausdrücklich betont, wenn auch bisher wissenschaftliche Studien zu protektiven Faktoren bei psychisch Kranken oder erwachsenen Delinquenten kaum vorliegen (Nedopil 2007). Sehr interessant zeigte sich in dieser Retrospektive die Tatsache, dass hier ein Zusammenhang hochsignifikant bereits bei den Probanden der alten Gutachten vorhanden war, die eine deutlich günstigere Prognose bekamen, wenn möglichst viele dieser protektiven Items vorhanden waren. Bei den Probanden der neuen Gutachten war dieser Effekt ebenfalls vorhanden, jedoch deutlich geringer ausgeprägt, was erstaunlich ist, da sich somit dieser Einfluss nach Einführung der Prognoseinstrumente schwächer zeigt, als vor der Entwicklung der Instrumente (Nedopil 2000). Bereits in einer Dissertation aus den 80iger Jahren konnte ein erhöhte Rückfallgefährdung u. a. bei Vorliegen einer schlechten sozialen Situation gezeigt werden (Weber 1985a).

#### 5.2.5 Diskussion der Ergebnisse des HCR 20

Die Bedeutung des in dieser Retrospektive ebenfalls hinzugezogenen HCR 20 wurde eingangs bereits berichtet. Der Gesamtscore beider Gruppen unterschied sich nur geringfügig, was sich in den Mittelwerten der Items H1 – H10 und C1 – C5 wiederholte. Lediglich die Mittelwerte der zukünftigen Faktoren (Risikomanagement) zeigten sich mit 6,88 (SD 2,065) der neuen Gruppen und 5,53 Punkten (SD 2,491) in der alten Gruppe unterschiedlich. Die stratifizierte Analyse zeigte einen stärkeren Zusammenhang eines HCR 20 Punktwertes von > 20 Punkten mit einer (eher) ungünstigen Prognose bei den alten Gutachten, allerdings konnte dieser Aspekt, wenn auch weniger

ausgeprägt, bei den Probanden der neueren Gutachten ebenfalls statistisch gezeigt werden. Der HCR 20 steht seit ca. 1997 den forensischen Psychiatern zur Verfügung, umso interessanter, dass sich auch hier der Effekt einer schlechteren Beurteilung bei höheren HCR Punktwerten deutlicher bei den alten Gutachten zeigte, denen dieses Instrument in der vorliegenden Form bei Gutachtenserstellung noch nicht vorlag.

Abschließend kann gesagt werden, dass sich die Gutachtenserstellung des vergangenen Jahrhunderts bis 2000 sichtlich veränderte. Der Aufbau der neueren Gutachten orientiert sich oftmals deutlich an den vorhandenen Prognoseinstrumenten PCL-R, HCR 20, ILRV und an weiteren Prognoseinstrumenten die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurden, wie beispielsweise dem VRAG (Violence Risk Assessment Guide) und dem LSI-R (Level of Service Inventory-Revised). Man kann sagen, dass die Prognosen nach der Gesetzesänderung vorsichtiger bewertet wurden, dieser Trend aber schon in den Entwicklungen der Jahre davor seinen Ursprung nahm. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Änderungen der Prognosegutachten nicht zuletzt aufgrund der Gesetzesänderung vom 26.01.1998 eintraten, sondern vielmehr als ein seit den 70iger Jahren vermehrt stattfindender Prozess der Prognoseforschung zu sehen sind. In dieser Zeit kam es erstmals zu einem Hinterfragen der wissenschaftlichen und ethischen Berechtigung psychiatrischer Gefährlichkeitsprognosen (Nedopil 2001). Seit 1995 folgte die Entwicklung von mehrdimensionalen Prognoseinstrumenten und therapierrelevanter Prognosemethoden (Nedopil 2001).

Eine Analyse über Fehlprognosen mit Tötungsdelikten nach günstiger Legalprognose aus dem Jahr 2001, kam zu dem Ergebnis, dass allein durch die Gesetzesänderung die untersuchten Rückfälle vermutlich nicht hätten verhindert werden können (Pierschke 2001).

Von Seiten des Gesetzgebers folgten seit 1998 weitere umfassende Gesetzesänderungen. Seit dem 29.07.2004 gibt es das „Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung“, der 4. Ausweitung der Sicherungsverwahrung (Kinzig 2004).

## 6. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden retrospektiv zwei Gruppen von Prognosegutachten (n = 80), die in verschiedenen Zeiträumen (70iger – 90iger Jahre und 1998 / 1999 / 2000) erstellt wurden, anhand mehrerer Variablen, die zuvor mit unterschiedlichen Dokumentationen (u. a. PCL-R, ILRV, HCR 20) erfasst wurden, statistisch verglichen. Ziel der Untersuchung war, einen möglichen Einfluss der Gesetzesänderung vom 26.01.1998 („Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“) auf die gutachterliche Praxis, und v. a. auf die prognostische Entscheidung festzustellen. Weiterhin sollte gezeigt werden, welchen Einfluss die Variablen im Einzelnen auf die Prognose haben und wie sich die Gutachten auch hier voneinander unterscheiden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Äußerungen zur Prognose durch die heutigen Gutachter nach dem 26.01.1998 vorsichtiger gestalten, die Prognosegutachten im Vergleich zu den Jahren vor 1998 insgesamt deutlich ausführlicher sind und sich im Aufbau oft an den gängigen Prognosemodulen orientieren. Die Veränderungen scheinen jedoch eher durch eine strukturierte Gutachtenserstellung als ausschließlich durch Gesetzesänderungen bedingt zu sein, hier v. a. gefördert durch die Entwicklung der unterschiedlichen Prognoseinstrumente in den letzten Jahren.

In den soziodemografischen Daten waren die Gruppen relativ homogen. Auch die Auswertung der strafrechtlichen Items verhielt sich ähnlich. In den neueren Gutachten erhielten die Probanden im Vergleich zu den Männern der alten Gruppe insgesamt gesehen (eher) ungünstige Prognosen. Sehr oft trat hier die Prognose „nicht ausreichend“ auf, es scheint sich somit in den Jahren nach 1998 bezüglich der prognostischen Äußerungen eine Tendenz zur Mitte zu entwickeln. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, sexuelle Auffälligkeiten und Vorstrafen wirkten sich in der Gruppe der neuen Gutachten prognostisch negativer aus, als bei den Männern der alten Gruppe. Auch hohe Werte in der Faktor-2 Analyse der PCL-R, die einen „chronisch instabilen antisozialen und sozial abweichenden Lebensstil“ beschreiben, führten im Vergleich bei den neueren Gutachten zu signifikant schlechteren Prognosen, während wiederum niedrige PCL-Werte insgesamt, im Vergleich bei den alten Gutachten eine bessere Prognose zur Folge hatten. In beiden Gruppen hatten

die klinischen Variablen, die die postdeliktische Entwicklung zeigen, gleichermaßen einen positiven Einfluss auf eine günstige Prognose. In der Gruppe der älteren Gutachten zeigten sich interessanterweise v. a. die protektiven Variablen positiv auf eine günstige Prognose, andererseits hatten hohe Gesamtscores des HCR 20 hier eher eine schlechtere Prognose zur Folge, als in den neuen Gutachten. Auffallend war auch, dass in den alten Gutachten insgesamt mehr psychiatrische Diagnosen gestellt wurden. Aufgrund der niedrigen Fallzahl wurden keine hochsignifikanten Ergebnisse erwartet, dennoch konnten die beschriebenen Tendenzen beobachtet werden.

Es wurde deutlich, dass die meisten Variablen der heutigen gängigen Prognoseinstrumente durchaus schon in den Jahren zuvor berücksichtigt wurden, v. a. den historischen Variablen wurde vor 1998 große Gewichtung hinsichtlich der Legalprognose assistiert (Webster *et al.* 1997). Heute hat sich der soziale Empfangsraum, Stichwort Risikomanagement, zusammen mit den protektiven Items zu einem weiteren wichtigen prognostischen Faktor entwickelt (Nedopil 2007).

Letztendlich müssen sich die Psychiater, die in der Prognoseforschung und Prognoseerstellung tätig sind, der Grenzen ihrer Methodik bewusst sein und es gilt zu bedenken, dass eine unzutreffend günstige Prognose meist durch fatale Folgen und Konsequenzen auffällt, während falsche ungünstige Prognosen kaum erkannt werden, da der Proband weiterhin inhaftiert ist. Hier besteht die Gefahr, dass Gutachter aufgrund der meist geringeren Konsequenzen falsch positive Gutachten in Kauf nehmen, ungeachtet, dass strafrechtliche Verurteilungen der Gutachter nach falschen Prognosen eher selten sind (Grünebaum 1996; Verrel 2001). Leygraf forderte schon 2004 Minimalstandards für Prognosegutachten (Leygraf 2004). Im Jahre 2007 bildete ein Arbeitsgruppe um Boetticher „Mindestanforderungen für Prognosegutachten“ (Boetticher *et al.* 2007), die Einzug in die gutachterliche Praxis gefunden haben.

Forschung zu forensisch – relevanten Fragestellungen ist sowohl im Interesse der Gesellschaft, als auch im Interesse der Patienten unabdingbar und wünschenswert, wenn auch die ethischen und rechtlichen Grundlagen forensischer Forschung noch nicht zufrieden stellend geklärt sind (Fromberger *et al.* 2007).

## 7. Literaturverzeichnis

Adshead G (1998). *The heart and its reason: constructing explanations for offending behaviour*. Journal of Forensic Psychiatry, 9: 231-236.

Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G und Kramp P (1996). *Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand*. International Journal of Law and Psychiatry 19(1): 61-74.

Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ und Silva PA (2000). *Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study*. Archives of General Psychiatry 57(10): 979 - 986.

Belfrage H und Douglas K (2002). *Treatment Effects on Forensic psychiatric patients measured with the HCR 20/2 Violent Risk Assessment Scheme*. International Journal of Forensic Mental Health 1: 25-36.

Berner W und Bolterauer J (1995). *5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten*. Recht & Psychiatrie 13: 114-118.

Bild am Sonntag (2001). *Interview vom 08.07.2001*. Axel Springer Verlag: Seite 5.

Blau G (2001). *Droht eine Verschärfung der Kapazitätsprobleme im Straf- und Maßregelvollzug durch das Gesetz vom 26.1.1998?* in: G. Britz, H. Jung, H. Koriath, E. Müller (Hrsg.), Grundfragen staatlichen Strafens. Festschrift für Heinz Müller-Dietz zum 70. Geburtstag, 37-51. München: C.H. Beck.

Boetticher A, Kröber H, Müller-Isberner R, Böhm KM, Müller-Metz R und Wolf T (2007). *Mindestanforderung für Prognosegutachten*. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 1: 90 - 100.

Bonta J, Law M und Hanson K (1998). *The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis*. Psychological Bulletin 123(2): 123-42.

Born P, Frehse R, Friemert K, Hollweg M, Müller-Isberner R, Nedopil N und Wack R *Die Psychopathy Checkliste (PCL-R), Deutsche Übersetzung der PCL-R*.

Brennan PA, Mednick SA und Hodgins S (2000). *Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort*. Archives of General Psychiatry 57(5): 494 - 500.

Bunte (2006). *Interview vom 02.03.2006*. BUNTE Entertainment Verlag GmbH, München.

Cooke DJ, Kosson DS und Michie C (2001). *Psychopathy and ethnicity: structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist--Revised (PCL-R) in Caucasian and African American Participants*. Psychological Assessment 13(4): 531-42.

Cooke DJ und Michie C (1999). *Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared*. Journal of Abnormal Psychology 108(1): 58-68.

Cooke DJ, Michie C, Hart SD und Clark DA (2004). *Reconstructing psychopathy: clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder*. Journal of personality disorders 18(4): 337-57.

Dahle KP (2006). *Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: a comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R*. International Journal of Law and Psychiatry 29(5): 431-42.

Dietiker J, Dittmann V und Graf M (2007). *Risk assessment of sex offenders in a German speaking sample: Applicability of PCL-SV, HCR-20+3 and SVR-20*. Der Nervenarzt 78(1): 53 - 61.

Dietz PE (1985). *Hypothetical criteria for the prediction of individual criminality*. In: Webster CD, Ben-Aron MH, Hucker SJ (Hrsg.) Dangerousness. Cambridge University Press, Cambridge, London: 87 - 102.

Dilling H, Mombour W und Schmidt M (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Klinisch diagnostische Leitlinien, ICD-10. Huber Verlag, Bern.

Dolan M und Fullmann R (2007). *The Validity of the Violence Risk Scale second edition (VRS-2) in a British forensic inpatient sample*. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18(3): 381 - 393.

Douglas K und Webster C (1998). *The HCR-20 violence risk assessment scheme: concurrent validity in a sample of incarcerated offenders*. Criminal Justice and Behaviour, 26: 3 - 9.

Douglas KS, Ogloff JR und Hart SD (2003). *Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients*. Psychiatric Services 54(10): 1372-9.

Edens JF, Hart SD, Johnson DW und Olver ME (2000). *Use of the Personality Assessment Inventory to assess psychopathy in offender populations*. Psychological Assessment 12(2): 132 - 139.

Edens JF, Marcus DK, Lilienfeld SO und Poythress NG, Jr. (2006). *Psychopathic, not psychopath: taxometric evidence for the dimensional structure of psychopathy*. Journal of Abnormal Psychology 115(1): 131-44.

Eidt M (2007). *Vergleich des 2- und 3- Faktoren - Modells der Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R) bei der Rückfallprognose von Straftätern*. Dissertation, Ludwig - Maximilians - Universität, München.

Endres J (2000). *Die Kriminalprognose im Strafvollzug: Grundlagen, Methoden und Probleme der Vorhersage von Straftaten*. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 2: 67 - 83.

Eucker S, Müller-Isberner R und Gretenkord L (1991). *HAIDOK, Hainaer Dokumentationssystem (Kurznachw.)*. Verzeichnis Testverfahren, Psyndex Tests, 15. aktualisierte Auflage, Stand Januar 2008, Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation der Universität Trier (Hrsg.).

Firestone P, Bradford JM, McCoy M, Greenberg DM, Curry S und Larose MR (1998). *Recidivism in convicted rapists*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 26(2): 185-200.

Freese R, Born P und Muller-Isberner R (1995). *[Serious crimes during treatment in legal psychiatric commitment (section 63 StGB)]*. Nervenarzt 66(7): 542-9.

Frisch W (1983). *Prognoseentscheidungen im Strafrecht*. Heidelberg / Hamburg, Decker R. von.

Fromberger P, Müller JL, Duttge G, Ehrer R, Falkai P, Frömmel C, Jehle JM, Koller M, Nedopil N, Northoff G, Saß H, Retz W und Wiesemann C (2007). *Sollen/Dürfen/Müssen wir forschen? Juristische, ethische und wissenschaftliche Aspekte der Erforschung von forensisch-relevanten Störungen. Tagungsbericht*. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 1: 276 - 280.

Fujii DE, Tokioka AB, Lichten AI und Hishinuma E (2005). *Ethnic differences in prediction of violence risk with the HCR-20 among psychiatric inpatients*. Psychiatric Services 56(6): 711-6.

Furby L, Weinrott MR und Blackshaw L (1989). *Sex offender recidivism: a review*. Psychological Bulletin 105(1): 3-30.

Göppinger H (1980). *Kriminologie*. 4. Auflage, Seite 336ff., CH Becksche Verlagsbuchhandlung München.

Grann M, Langstrom N, Tengstrom A und Kullgren G (1999). *Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden*. Law and Human Behaviour 23(2): 205-17.

Groß G und Nedopil N (2005). *Basisraten für kriminelle Rückfälle - Ergebnisse einer Literaturübersicht*. In: Nedopil N. *Prognosen in der forensischen Psychiatrie - ein Handbuch für die Praxis*. Pabst Science Publisher; Lengerich: 65 - 98.

Grünebaum R (1996). *Zur Strafbarkeit des Therapeuten im Maßregelvollzug bei fehlgeschlagenen Lockerungen*. Frankfurter kriminalwissenschaftliche Studien 46. P. Lang, Frankfurt am Main.

Haddenbrock S (1998). *Quo vadis? Europa ad Americam aut/vice versa?* Monatsschrift Kriminologie 81: 218 - 221.

Hall HV (1987). *Violence Prediction: Guidelines for the Forensic Practitioner*. Charles C. Thomas; Springfield, Il.

- Haller R, Kemmler G, Kocsis E, Maetzler W, Prunlechner R und Hinterhuber H (2001). *[Schizophrenia and violence. Results of a comprehensive inquiry in an Austrian providence]*. *Nervenarzt* 72(11): 859-66.
- Hanson RK, Steffy RA und Gauthier R (1993). *Long-term recidivism of child molesters*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(4): 646-52.
- Hare RD (1991a). *Manual of the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi Health Systems. Toronto, Canada: Figure 2 - 6.
- Hare RD (1991b). *Manual of the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi Health Systems. Toronto, Canada.
- Hare RD (1999). *Psychopathy as a risk factor for violence*. *Psychiatric Quarterly*, Springer 70(3): 181 - 197.
- Hare RD (2006). *Psychopathy: a clinical and forensic overview*. *Psychiatric Clinics of North America* 29(3): 709-24.
- Hare RD, Clark D, Grann M und Thornton D (2000). *Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective*. *Behavioral Sciences & the Law* 18(5): 623-45.
- Harris GT, Rice ME und Quinsey VL (1993). *Violent recidivism of mentally disordered offenders: the developmental of an statistical prediction instrument*. *Criminal Justice and Behaviour* 20: 315 - 335.
- Hemphill JF, Hare RD und Wong S (1998). *Psychopathy and recidivism: A review*. *Legal and Criminological Psychology* 3: 139 - 170.
- Hinz S (1987). *Gefährlichkeitsprognose bei Straftätern: Was zählt?* Peter Lang Verlagsgruppe, Europäische Hochschulschriften, Reihe 2, Band 594, Frankfurt am Main, Bern, New York.
- Hiscoke UL, Langstrom N, Ottosson H und Grann M (2003). *Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: a prospective study*. *Journal of Personality Disorders* 17(4): 293-305.
- Janssen J und Laatz W (2005). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. 5. Auflage, Springer Verlag.
- Kaiser G (1983). *Kriminologie*. 6. Auflage Heidelberg, München: Seite 119.
- Kaiser G (1996). *Kriminologie*. 3. Auflage Heidelberg / München: Seite 955 und 973.
- Kaletta A (2006). *Risikofaktoren krimineller Rückfälligkeit: Der Einfluss der Häufigkeit der Unterbringung, der Gesamtunterbringungszeit und des Alters bei Erstunterbringung*. Dissertation, Ludwig - Maximilians - Universität, München.
- Kinzig J (2004). *Umfassender Schutz vor dem gefährlichen Straftäter? - Das Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung*. Neue

Zeitschrift für Strafrecht Verlag C.H. Beck München und Frankfurt a.M., (Heft 12): 655ff.

Knecht T (1996). *Das Problem der Gefährlichkeitsprognose*. Kriminalistik Schweiz: 439ff.

Kreutzberg K (1999). *Die Paradigmen der Psychiatrie und der Maßregelvollzug*. Recht & Psychiatrie 19: 28 - 35.

Krüber HL, Dölling D, Leygraf N und Sass H (2006). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Band 3, Psychiatrische Kriminalprognosen und Kriminaltherapie; Vorwort, BVerfG, 2BvR 2029/01 vom 05.02.2004: 101 - 102.

Krüber HL, Dölling D, Leygraf N und Sass H (2007). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Band 1, strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie: 5ff.

Laurell J und Daderman AM (2007). *Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders: some reliability issues*. International Journal of Law and Psychiatry 30(2): 127-35.

Leferenz H (1972). *Die Kriminalprognose*. In: Göppinger H und Witter H (Hrsg.), Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Springer; Berlin, Heidelberg, New York: 1347 - 1384.

Leichner R (1978). *Klinische Urteilsbildung*. In: Gottschaldt OK, Sander F, Lersch PH, Thomae H (Hrsg.) Handbuch der Psychologie, Hogrefe, Göttingen, Toronto: 1499 - 1591.

Leygraf N (2004). *Die Begutachtung der Gefährlichkeitsprognose*. in: Psychiatrische Begutachtung. Venzlaff, Foerster (Hrsg.), Urban & Fischer Verlag, 4. Auflage 2004: S. 444f.

Luthe R, Mielke U und Pülschen D (1998). *Grenzen der Begutachtung*. Deutsches Ärzteblatt 95: 165 - 168.

Martens WH (2008). *The problem with Robert Hare`s psychopathy checklist: incorrect conclusion, high risk of misuse, and lack of reliability*. Medicine and Law 27(2): 449 - 462.

McDermott BE, Edens JF, Quanbeck CD, Busse D und Scott CL (2008). *Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: variable- and person-focused analyses*. Law and Human Behaviour 32(4): 325-38.

McNiel DE, Gregory AL, Lam JN, Binder RL und Sullivan GR (2003). *Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 71(5): 945-53.

Mergen A (1978). *Die Kriminologie. Eine systematische Darstellung*. 2. Auflage München, Vahlen Verlag.

- Molto J, Poy R und Torrubia R (2000). *Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample*. Journal of Personality Disorders 14(1): 84-96.
- Morana HC, Arboleda-Florez J und Camara FP (2005). *Identifying the cutoff score for the PCL-R scale (psychopathy checklist-revised) in a Brazilian forensic population*. Forensic Science International 147(1): 1-8.
- Morrissey C, Mooney P, Hogue TE, Lindsay WR und Taylor JL (2007). *Predictive validity of the PCL-R for offenders with intellectual disability in a high security hospital: treatment progress*. Journal of Intellectual & Developmental Disability 32(2): 125-33.
- Mossman D (1994). *Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62(4): 783-92.
- Müller-Isberner R, Jöckel D und Gonzalez-Cabeza S (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20 (Version 2 -D1), deutsche Version*. Institut für Forensische Psychiatrie Haina, 35114 Haina.
- Nedopil N (1998a). *Folgen der Änderung des § 67d II StGB für den Maßregelvollzug und die Begutachtung*. Monatsschrift für Kriminologie 81: 44 - 49.
- Nedopil N (1998b). *Kriminalprognose: Perspektiven der weiteren Entwicklung*. In: Müller-Isberner R. & Gonzalez-Cabeza (Eds.), Forensische Psychiatrie - Schuldfähigkeit - Kriminaltherapie - Kriminalprognose (pp. 195 - 208) Mönchengladbach: Forum Verlag.
- Nedopil N (2000). *Forensische Psychiatrie; Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. Thieme Verlag, 2. Auflage.
- Nedopil N (2001). *Rückfallprognosen bei Straftätern - Neue Gesichtspunkte für eine alte Fragestellung*. Psycho 27: 363 - 369.
- Nedopil N (2002). *Prognostizierte Auswirkungen der Gesetzesänderung vom 26.01.1998 auf die Forensische Psychiatrie und was daraus geworden ist*. Monatszeitschrift Kriminologie 85(Heft 3): 208 - 215.
- Nedopil N (2005a). *Forensische Psychiatrie - aktuelle Entwicklung und gesellschaftspolitische Relevanz*. Die Psychiatrie 1: 22 - 32.
- Nedopil N (2005b). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - Ein Handbuch für die Praxis*. Pabst Science Publisher; Lengerich: 6ff.
- Nedopil N (2007). *Forensische Psychiatrie; Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. Thieme Verlag, 3. Auflage.
- Nedopil N und Grassl P (1988). *Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS)*. Forensia 9: 139 - 147.

Nicholls TL, Ogloff JR und Douglas KS (2004). *Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL:SV, and VSC*. Behavioral Sciences & the Law 22(1): 127-58.

Pham TH (1998). *Psychometric evaluation of the Hare Psychopathy Questionnaire in a Belgian prison population*. L`Encephale 24(5): 435 - 441.

Pierschke R (2001). *Tötungsdelikte nach - scheinbar - günstiger Legalprognose. Eine Analyse von Fehlprognosen*. Monatsschrift für Kriminologie 84(3): 249 - 259.

Rasch W (1983). *Die Angst vor der Prognose*. Nachrichtenmagazin Stern, Gruner und Jahr Verlag: Ausgabe August 1983, Seite 145.

Rusche S (2003). *Ist Freiheit gefährlich?* Universität Berlin, Berlin.

Salekin RT, Rogers R und Sewell KW (1996). *A Review and Meta-Analysis of the Psychopathy Checklist-Revised: Prediction Validity of Dangerousness*. Clinical Psychology 3(3): 203 - 215.

Schall H (2003). *Strafrechtliche Prognoseentscheidung im Spannungsfeld zwischen Sicherung und Resozialisierung*. In: Osterheide M (Hrsg.) 17 Eickelborner Fachtagung. Wie sicher kann Prognose sein? PsychGen Verlag Dortmund: 256 - 265.

Schöch H (1998). *Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.01.1998*. NJW 18: 1257 - 1262.

Schüler-Springorum H (1998). *Rechtliche Konsequenzen bei gefährlichen Tätern? Überlegungen zu einer Maßregelreform*. Recht & Psychiatrie 16: 25 - 32.

Seifert D (2006). *Helfen uns klinische Prognosekriterien bei der Gefährlichkeitseinschätzung behandelter forensischer Patienten? (§63 StGB)*. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 2/2007: 27 - 33.

Seifert D und Moller-Mussavi S (2005). *[Preliminary recidivism rates of the Essener prognosis study]*. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 73(1): 16-22.

Serin RC (1993). *Diagnosis of psychopathology with and without an interview*. Journal of Clinical Psychology 49(3): 367-72.

Stadtland C und Nedopil N (2004). *Vergleichende Anwendung heutiger Prognoseinstrumente zur Vorhersage krimineller Rückfälle bei psychiatrisch begutachteten Probanden*. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsform 87: 78 - 85.

Stadtland C und Nedopil N (2005). *[Psychiatric disorders and the prognosis for criminal recidivism]*. Nervenarzt 76(11): 1402-11.

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH und Silver E (1998). *Violence by people discharged from acute*

*psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods.* Archives of General Psychiatry 55(5): 393-401.

Steinböck H (1997). *Das Problem schwerer Gewalttaten und deren Prognostizierbarkeit.* Recht & Psychiatrie 15: 67 - 77.

Strand S, Belfrage H, Fransson G und Levander S (1999). *Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders - more important than historical data.* Legal and Criminological Psychology 4: 67 - 76.

Sullivan EA, Abramowitz CS, Lopez M und Kosson DS (2006). *Reliability and construct validity of the psychopathy checklist - revised for Latino, European American, and African American male inmates.* Psychological Assessment 18(4): 382-92.

Tehrani JA, Brennan PA, Hodgins S und Mednick SA (1998). *Mental illness and criminal violence.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 33 Suppl 1: S81-5.

Tengstrom A (2001). *Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia.* Nordic Journal of Psychiatry 55(4): 243-9.

Tengstrom A, Grann M, Langstrom N und Kullgren G (2000). *Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia.* Law and Human Behaviour 24(1): 45-58.

Urbaniok F, Noll T, Rossegger A und Endrass J (2007). *[The predictive quality of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) for violent and sex offenders in Switzerland. A validation study].* Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 75(3): 155-9.

Venzlaff U und Foerster K (2004). *Psychiatrische Begutachtung.* 4. Auflage, Urban & Fischer Verlag: 438ff.

Verrel T (2001). *Strafrechtliche Haftung für falsche Prognosen im Maßregelvollzug?* Recht & Psychiatrie 4: 182 - 187.

Volckart B (2002). *Zur Bedeutung der Basisrate in der Kriminalprognose. Was zum Teufel ist eine Basisrate?* Recht & Psychiatrie 20: 105 - 114.

Weber MM (1985a). *Katamnesen psychisch auffälliger Straftäter unter Führungsaufsicht.* Neue kriminologische Studien, Band 2; Wilhelm Fink Verlag.

Weber MM (1985b). *Prognosegutachten und Legalprognose.* Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.

Webster C, Harris G, Rice M, Cormier C und Quinsey V (1994). *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men.* University of Toronto Press, Toronto.

Webster CD, Douglas KS, Eaves D und Hart S (1997). *HCR-20: Assessing risk of Violence (Version 2)*. Vancouver, Canada, Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Wiggins JS (1973). *Personality and prediction: principals of personal assessment*. Addison - Wesley Publishing Company, London.

Wong S (1988). *Is Hare`s psychopathy checklist reliable without the interview?* Psychological Reports 62: 931 - 934.

Zolondek S, Lilienfeld SO, Patrick CJ und Fowler KA (2006). *The interpersonal measure of psychopathy: construct and incremental validity in male prisoners*. Assessment 13(4): 470-82.

## 8. Abkürzungsverzeichnis

<b>AMDP</b>	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
<b>BADO</b>	psychiatrische Basisdokumentation
<b>CCT</b>	craniale Computertomographie
<b>df</b>	Freiheitsgrade
<b>EEG</b>	Elektroenzephalogramm
<b>F1ges</b>	Faktor-1-Gesamtsumme
<b>F2ges</b>	Faktor-2-Gesamtsumme
<b>ges</b>	Gesamtscore
<b>HCR 20</b>	Assessing Risk for Violence (Version 2 - D 1) (historic, clinical, riskmanagement)
<b>ICD</b>	International Classifications of Diseases (ICD)
<b>ILRV</b>	integrierte Liste von Risikovariablen
<b>KI</b>	Konfidenz Intervall
<b>M</b>	Mittelwert
<b>n</b>	Anzahl der Fälle
<b>OR</b>	odds ratio
<b>PCL-R</b>	Psychopathy Checklist – Revised
<b>PS</b>	Persönlichkeitsstörung
<b>SD</b>	Standardabweichung
<b>StGB</b>	Strafgesetzbuch
<b>StPO</b>	Strafprozessordnung
<b>vs</b>	versus

## 9. Danksagung

Zum Abschluss dieser Arbeit gilt mein ganz besonderer Dank Herrn Prof. Dr. Nedopil und Herrn PD Dr. Stadtland für die Bereitstellung des Themas und die hervorragende fachliche Beratung und Unterstützung. Dies gilt auch für alle Mitarbeiter der Abteilung der Forensischen Psychiatrie der LMU München.

[...]

## 10. Lebenslauf

[...]