

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

Direktor: Prof. Dr. P. Falkai

**Prognostischer Status
und kriminelle Rückfälligkeit
nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug
- Kohortenstudie -**

Dissertation

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

vorgelegt von

Edith Renate Löprich-Zerbes
aus Mediasch/Rumänien

2014

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. Susanne Stübner

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Cornelis Stadtland
Prof. Dr. Franz Joseph Freisleder

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

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

Tag der mündlichen Prüfung: 11.12.2014

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter, Frau PD Dr. Susanne Stübner, für die Überlassung des für mich sehr interessanten Themas sowie die geduldige, immer positive und allseits unterstützende Begleitung meiner Arbeit.

Bei Herrn Prof. Dr. Norbert Nedopil und Herrn Dr. Herbert Steinböck bedanke ich mich für die Zustimmung zu meiner Untersuchung, das wiederholt geäußerte Interesse an dem Gelingen der Promotion und die Motivation zum Durchhalten in weniger effektiven Phasen.

Frau Dipl. Psych. Dr. Elena Yundina und Frau Dipl. Psych. Susanne Tippelt möchte ich für ihre Unterstützung bei den durchgeführten Berechnungen sowie den Korrekturen der Arbeit herzlich danken.

Auch Herrn Dr. Gregor Groß danke ich für wertvolle Tipps zu meiner Promotionsarbeit.

Ein sehr großes Dankeschön geht an Herrn Dipl. Psych. Dr. Ingo Kipke, der mir mit Rat und Tat immer zur Seite stand.

Vor allem möchte ich meiner Familie und meinen Freunden ganz herzlich danken, die mir durch ihre liebevolle Anteilnahme und Zuwendung bis zuletzt den Rücken gestärkt und ganz wesentlich zum Gelingen der Promotion beigetragen haben.

Zusammenfassung

Hintergrund

In den letzten Jahren fanden viele rechtliche und sozialpolitische Veränderungen statt, um die Sicherheit und die Behandlung in der Forensischen Psychiatrie zu verbessern. Neben einer Therapieplan geleiteten und, in den letzten Jahren, wesentlich intensiveren stationären Behandlung wurden spezialisierte forensische Ambulanzen etabliert, die außer der ambulanten psychiatrischen Nachbehandlung ihrer Hauptaufgabe, des Risikomanagements und der Risikokommunikation im Rahmen eines eng geknüpften Helfersystems, nachgehen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Auswirkungen dieser Veränderungen.

Speziell der Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung und die Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen standen im Fokus.

In bisherigen Untersuchungen war bereits wiederholt ein Rückgang der kriminellen Rückfälligkeit aufgrund einer spezifisch forensischen Nachsorge nachgewiesen worden. Ein direkter Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die nicht in den Genuss einer solchen ambulanten Behandlung gekommen war, wurde jedoch bisher nicht vorgenommen.

Aufgrund bekannter Untersuchungen, die Hinweise auf eine problematische prognostische Situation bei der diagnostischen Konstellation der Doppeldiagnose Schizophrenie und Suchterkrankung ergeben hatten, wurde diese Untergruppe gesondert untersucht.

Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, anhand von zwei Patientenkohorten, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus dem MRV entlassen worden waren, zu untersuchen, ob bei der später entlassenen Kohorte eine Verbesserung des prognostischen Status bei Entlassung sowie eine geringere kriminelle Rückfälligkeit gegenüber einer historischen Kontrollgruppe in einem Beobachtungszeitraum von fünf und sechs Jahren nach Entlassung festzustellen ist.

Zudem sollte die Untergruppe Schizophrenie sowie die diagnostische Konstellation Schizophrenie als Haupt- und Suchterkrankung als Zweitdiagnose zu den gleichen Fragestellungen gesondert betrachtet werden.

Methoden

Es wurden zwei Kohorten gebildet, untersucht und verglichen. Beide Kohorten bestanden aus männlichen psychisch kranken Rechtsbrechern, die gemäß § 63 StGB im MRV des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München-Ost (IAK-KMO) untergebracht gewesen waren. Die Patienten der Kohorte I waren zwischen 1990 und 1994, die Patienten der Kohorte II zwischen 2000 und 2004 entlassen worden.

Es wurden soziodemographische Daten, Diagnosen, Indexdelikte und die Dauer des Aufenthaltes im Maßregelvollzug erhoben. Zudem kamen die Prognose-Instrumente Psychopathy Checklist Revised (PCL-R), The HCR-20 scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk (HCR-20) und die Integrierte Liste der Risikovariablen (ILRV) zum Einsatz. Bundeszentralregister(BRZ)-Auszüge aus dem Jahr 2010 wurden für beide Kohorten angefordert und ausgewertet.

Die Stichprobe umfasste 101 Patienten, davon 55 in Kohorte I und 46 in Kohorte II. Von 89 gingen BZR-Auszüge ein (46 von Kohorte I und 43 von Kohorte II).

Ergebnisse

Die Patienten der Kohorte I (44,6 Jahre) waren bei Entlassung aus dem MRV durchschnittlich älter als die der Kohorte II (38,5 Jahre). Hinsichtlich Migration, Familienstand, Wohnsituation und Schulbildung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Die Verteilung der Hauptdiagnosen unterschied sich signifikant zwischen Kohorte I und II. In Kohorte II zeigte sich ein deutlich größerer Anteil an Schizophrenien. Die Diagnose einer Schizophrenie war insgesamt am häufigsten vergeben worden (Kohorte I: $n = 30$; 55 %; Kohorte II: $n = 38$; 83 %), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (Kohorte I: $n = 13$; 24 %; Kohorte II, $n = 6$; 13 %). In Kohorte I hatten 30 Patienten (81,80 %) als Zweitdiagnose eine Störung durch Substanzkonsum, in Kohorte II waren es 23 Patienten (79,31 %).

Die Verteilung der Indexdelikte unterschied sich nicht signifikant zwischen den Kohorten; die meisten Patienten waren wegen einer Straftat gegen das Leben im Maßregelvollzug untergebracht gewesen.

In Kohorte I betrug die durchschnittliche Unterbringungsdauer im MRV 48 Monate, in Kohorte II 49 Monate. Der Unterschied war nicht signifikant.

Sowohl im HCR-20 als auch in der ILRV zeigte sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der historischen Variablen (Subscores: HCR-20-H-Score, ILRV-A- und ILRV-B-Score), während sich die klinischen und Empfangsraum bezogenen Variablen (Subscores: HCR-20-C-Score, HCR-20-R-Score, ILRV-C- und ILRV-D-Score) signifikant unterschieden.

Der C-Score (Klinische Variablen des HCR-20) lag in Kohorte I im Durchschnitt bei 5.02, in Kohorte II bei 2.50. Der Unterschied war signifikant.

Der R-Score (Risikovariablen des HCR-20) betrug in Kohorte I im Durchschnitt 4.96, in Kohorte II 2.57. Auch hier war der Unterschied signifikant.

Den BZR-Auszügen war zu entnehmen, dass innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem MRV für Kohorte I 16 Straftaten und für Kohorte II sechs Straftaten eingetragen worden waren. Der Unterschied war signifikant. In Kohorte I erfolgten innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung drei Gewaltdelikte, in Kohorte II eines. Der Unterschied war statistisch nicht bedeutsam.

Acht (62 %) Patienten mit der diagnostischen Konstellation einer Schizophrenie mit Zweitdiagnose Sucht der Kohorte I und fünf (25 %) Patienten der Kohorte II hatten einen Eintrag im BZR über ein Delikt innerhalb der ersten fünf Jahre nach Entlassung. Der Unterschied war signifikant.

Diskussion

Zusammengefasst zeigte Kohorte I ein ungünstigeres prognostisches Profil in Form von höheren Scores der Prognoseinstrumente in den Rubriken der klinischen und Empfangsraum bezogenen Variablen - hinweisend auf eine weniger akzentuierte Entlassungsvorbereitung. Kohorte II zeigte jedoch hinsichtlich des Alters ein prognostisch ungünstigeres Profil.

Kohorte II hatte eine niedrigere kriminelle Rückfallrate als Kohorte I. Patienten der Kohorte II stand neben der verbesserten Entlassungsvorbereitung auch eine spezifisch forensische Nachsorge zur Verfügung.

Auch in der Subgruppe der diagnostischen Konstellation Schizophrenie und Suchterkrankung bildete sich zwischen den beiden Kohorten eine signifikante Differenz zugunsten der Kohorte II ab. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Gruppe dieser diagnostischen Konstellation von den Veränderungen in der Entlass-Praxis und besonders von der spezifischen forensischen Nachsorge profitiert. Die Erkrankung einer Schizophrenie ist therapeutischen Interventionen, bei gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Behandlung, eher zugänglich als andere psychische Erkrankungen, so dass die klinische Besserung und damit eine prognostisch günstige Ausgangssituation relativ zeitnah erreicht werden kann. Ausschlaggebend ist allerdings die Beibehaltung des erreichten klinischen und prognostischen Status nach einer Entlassung aus der Maßregel, die hier ausschließlich durch eine intensive und engmaschige ambulante Behandlung zu bewerkstelligen ist. Hieraus können klinische Konsequenzen abgeleitet werden. Patienten dieser diagnostischen Konstellation bedürfen eines besonderen Augenmerks im Rahmen der Behandlung, wie sie in der spezifisch-forensischen Nachsorge gegeben ist.

Inwiefern die einzelnen, für Kohorte II insgesamt deutlich günstigeren, Ergebnisse zur kriminellen Rückfälligkeit nach einer Entlassung aus der Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB die Auswirkung einer besseren Entlass-Vorbereitung oder der spezifisch forensischen ambulanten Nachsorge sind, ließ sich aufgrund der kleinen Stichprobe nicht eindeutig belegen und bedarf weiterer Untersuchungen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	IV
Inhaltsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Theoretischer und empirischer Hintergrund	3
2.1 Begriffsbestimmungen	3
2.2 Die Stellung der Forensischen Psychiatrie	3
2.3 Psychiatrische Grundlagen und Entwicklungen mit Relevanz für die Forensische Psychiatrie	4
2.4 Juristische Grundlagen und Entwicklungen in der forensischen Psychiatrie	7
2.4.1 Geschichte	7
2.4.2 Von der Straftat bis zur Maßregel	7
2.4.3 In der Maßregel	9
2.4.4 Aus der Maßregel in die Freiheit	9
2.4.5 Juristische Veränderungen seit 1990	10
2.5 Forensische Forschung und Wissenschaft	11
2.5.1 Rezidivraten	12
2.5.2 Rezidivraten und Versorgungsforschung	13
2.5.3 Prognoseinstrumente	18
2.5.4 Risk-Assessment und -Management, Risikokommunikation	21
2.5.5 Präventionsforschung	22
2.5.6 Qualitätssicherung	22
2.6 Strukturelle Veränderungen in der Forensischen Psychiatrie am Beispiel des Isar-Amper-Klinikums Klinikum München Ost (IAK-KMO)	23
3 Fragestellungen und Hypothesen	26
4 Methoden	28
4.1 Studiendesign	28
4.2 Durchführung	30
4.2.1 Datenerhebung	30
4.2.2 Datenschutz und Verblindung	31
4.3 Stichproben	32
4.3.1 Kohorte I (historische Kontrollgruppe)	32
4.3.2 Kohorte II	33
4.3.3 Fallzahlen	35
4.3.4 Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung	36
4.4 Interventionen	36
4.4.1 Nachbetreuung durch die Forensische Ambulanz	36
4.5 Instrumente	37
4.5.1 Daten aus der Basisdokumentation (BADO) und soziodemographische Daten	37
4.5.2 Diagnosen	37
4.5.3 Indexdelinquenz	38
4.5.4 Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung	38
4.5.5 Prognosevariablen	39
4.5.6 Bundeszentralregister(BZR)-Einträge	42
4.6 Dokumentation und Rating	43

4.7	Statistische Analysen	44
4.8	Umgang mit Dropouts	44
4.9	Computerprogramme	44
5	Ergebnisse	46
5.1	Deskriptive Ergebnisse	46
5.1.1	Soziodemographische Daten zum Entlassungszeitpunkt	46
5.1.2	Diagnosen	49
5.1.3	Indexdelinquenz	50
5.1.4	Dauer der Unterbringung in der Maßregel	51
5.2	Hypothesentestungen	52
5.2.1	Prognostische Daten	52
5.2.2	Kriminelle Rückfälligkeit nach Entlassung aus der Maßregel	56
5.3	Schizophrenie	63
5.3.1	Deskriptive Ergebnisse	63
5.3.2	Hypothesentestungen	66
5.4	Schizophrenie und Sucht	71
5.4.1	Deskriptive Ergebnisse	71
5.4.2	Hypothesentestung	72
6	Diskussion	74
6.1	Rahmenbedingungen der Forensischen Psychiatrie in den letzten 20 Jahren	74
6.2	Diskussion der Ergebnisse	76
6.2.1	Diskussion der Deskriptiven Ergebnisse	76
6.2.2	Diskussion der Fragestellungen	79
6.2.3	Methodische Limitationen	86
6.2.4	Diskussion im Gesamt-Kontext der gegenwärtigen forensischen Situation und Fazit	88
7	Literatur	92
8	Anhang	102
8.1	Tabellenverzeichnis	102
8.2	Abbildungsverzeichnis	103
8.3	Abkürzungsverzeichnis	104
8.4	Tabellarische Übersicht der regelnden Gesetzgebung in der Forensischen Psychiatrie	105

1 Einleitung

Jede Gesellschaft muss sich in ihrer Haltung gegenüber psychisch Kranken und Straftätern positionieren. Dabei gilt es, ein Gleichgewicht zu finden im Spannungsfeld zwischen dem Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit und dem Freiheitsanspruch des Einzelnen. Insofern ist auch jedes Mitglied der Gesellschaft von diesem Thema angesprochen.

Ziel forensischer Forschung ist ein Erkenntnisgewinn auf dem Gebiet des Umgangs mit diesen Personengruppen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit psychisch kranken Rechtsbrechern, die vormals in der Maßregel untergebracht waren, wobei speziell der Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung und die Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen im Fokus stehen. In den letzten Jahren hatten sich viele rechtliche und sozialpolitische Veränderungen ergeben, deren praktische Implikationen in diesem Kontext ebenfalls zu betrachten waren.

In den folgenden Kapiteln werden deshalb zum besseren Verständnis der Rahmenbedingungen die Stellung der Forensischen Psychiatrie, die im forensischen Kontext bedeutsamen Veränderungen in der Psychiatrie und in den Rechtswissenschaften sowie strukturelle und wissenschaftliche Entwicklungen auf dem Gebiet der Forensischen Psychiatrie dargestellt.

Sodann werden Methoden und Ergebnisse einer eigenen Untersuchung beschrieben und diskutiert. Hierbei wurden zwei Kohorten psychisch kranker Rechtsbrecher, die im Vorfeld in der Maßregel im Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost (IAK-KMO), bis Ende 2006 Bezirkskrankenhaus (BKH) Haar, untergebracht gewesen waren, hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Parameter sowie Rückfälligkeit verglichen. Ein wesentliches Unterscheidungskriterium der beiden Kohorten war das sichere Vorhandensein bzw. das sichere Nicht-Vorhandensein einer spezifisch forensischen ambulanten Nachbetreuung.

Es hatten sich die Voraussetzungen eines natürlichen Experimentes insofern ergeben, als das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Jahr 2000 die Etablierung einer spezifisch forensischen Nachsorge-Ambulanz, der sogenannten „Ambulanten Sicherungsnachsorge“, als Pilotprojekt an drei ausgewählten forensischen Kliniken, darunter auch am IAK-KMO in Auftrag gegeben hatte, und deren Begleituntersuchung in der Forensischen Abteilung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Im Rahmen dieser Evaluation waren Daten der zwischen den Jahren 2000 und 2004 aus dem IAK-KMO entlassenen und in der ambulanten Sicherungsnachsorge weiterbehandelten Patienten bereits erfasst worden (Kohorte II).

Aus ethischen Gründen war eine randomisierte Studie nicht möglich, insofern musste eine historische Kontrollgruppe vorher ohne Nachsorge entlassener Patienten gebildet werden (Kohorte I).

Die Wahl der für die Kohorte I geeigneten Zeiträume der Entlassungen war somit festzulegen auf eine ausreichend lange Zeitspanne vor Beginn der Tätigkeit jeglicher Ambulanzaktivitäten (auch derjenigen einer sogenannten „grauen Ambulanz“), die jedoch nicht zu lange zurückliegen sollte, um die Umgebungsvariablen möglichst gleich zu wählen. Es wurde der Zeitraum von 1990 bis 1994 festgelegt.

Von diesen beiden Kohorten wurden die Rezidivraten (siehe auch Kapitel 2.5.1) ermittelt und verglichen. Im Vorfeld wurden 2010, d. h. für Kohorte I nach 16 bis 20 Jahren und für Kohorte II nach 6 bis 10 Jahren, die Bundeszentralregisterauszüge angefordert und ausgewertet. Bei der Auswahl der Untersuchungszeiträume war hier auch zu berücksichtigen, dass der Beginn der Löschung von schweren Straftaten aus dem Bundeszentralregister (BZR), festgehalten im § 46 Bundeszentralregistergesetz zur Länge der Tilgungsfrist (BGB 2013, siehe Anhang), nach 20 Jahren erfolgt, dass aber von beiden Kohorten ausreichend lange Beobachtungszeiträume nach der Entlassung aus der Maßregel zur Verfügung stehen sollten.

Von der erster Entlassung in Kohorte I bis zum BZR-Auszug handelte es sich um ein Zeitfenster von 20 Jahren, in dem auf den unterschiedlichen Ebenen z. T. einschneidende Veränderungen stattgefunden hatten, die gesondert zu betrachten waren, da eine Auswirkung auf die Abläufe und die Behandlung innerhalb der Maßregel nahe lag.

Daraus ergab sich die Notwendigkeit, die beiden Kohorten nicht ausschließlich bezüglich der kriminellen Rückfälligkeit zu beurteilen, sondern mehrere Faktoren zu berücksichtigen, unter anderem auch die prognostische Einschätzung der einzelnen Patienten zum jeweiligen Entlassungszeitpunkt betreffend.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Begriffsbestimmungen

Der Begriff „Forensik“ leitet sich vom lateinischen Wort „forum“ her, gleichbedeutend mit „Marktplatz, Gerichtsplatz“ (siehe auch Lehrbücher der Forensischen Psychiatrie, z. B. Nedopil und Müller, 2012).

„Forensik“ wird im Deutschen oft synonym mit „Forensische Psychiatrie“ benutzt, bzw. auch für eine forensisch-psychiatrische Maßregelvollzugsklinik.

Im angloamerikanischen Sprachgebrauch bezieht sich das Adjektiv „forensic“ demgegenüber eher auf rechtsmedizinische Belange.

Die Forensische Psychiatrie in Deutschland beschäftigt sich mit der Begutachtung, Behandlung und Unterbringung psychisch kranker Rechtsbrecher.

Im Weiteren bewegt sich die Disziplin im Überschneidungsbereich von Medizin und Rechtswissenschaften. Auch andere als strafrechtliche juristisch relevante Fragestellungen, z. B. aus den Gebieten von Zivil- und Sozialrecht, werden an forensische Gutachter gerichtet (z. B. Rentengutachten etc.).

2.2 Die Stellung der Forensischen Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie ist eine Fachdisziplin innerhalb der Psychiatrischen Medizin und somit Teil derselben. Sie hat Überlappungsbereiche mit einer anderen medizinischen Disziplin, der Rechtsmedizin. Beide Fächer sind zwar naturwissenschaftlicher Herkunft, beinhalten aber auch Rechtsvorschriften der jeweiligen Länder. Insofern sind sie sehr eng in die gesellschaftspolitischen Abläufe eines Landes eingebunden. Auch philosophische Grundsätze und sozialpolitische Strömungen sind wesentliche Einflussgrößen. Traditionell arbeiten auf den Gebieten der Psychiatrie und der Forensik die medizinischen und psychologischen Fakultäten eng zusammen (siehe auch Abbildung 2.1).

Aus den Überlappungen verschiedener Fächer ergeben sich für die Forensik einige Besonderheiten:

Es sind sowohl medizinisch-naturwissenschaftliche als auch psychologische und rechtswissenschaftliche Grundlagen zu beachten.

Die Arbeit in diesem Fach erfordert Kenntnisse in verschiedenen Disziplinen und Fachrichtungen sowie enge Kooperationen und Austausch mit den angrenzenden Fächern.

Wesentliche Veränderungen in einem Fach ziehen Berücksichtigungen in den angrenzenden Fächern nach sich.

Trotz Vernetzungen der verschiedenen Fächer muss eine Beschränkung auf die jeweilige Kernkompetenz erfolgen. Fachfremde Kompetenzüberschreitungen sind zu vermeiden ebenso wie Instrumentalisierungen. Unabhängigkeit muss gewahrt werden.

Durch die verschiedenen Rahmenbedingungen entstehen enge Begrenzungen; spezifisch forensische Fragestellungen können häufig nur für ein einzelnes Land mit seinen jeweiligen Bestimmungen beantwortet werden. Internationale Vergleiche sind somit erschwert.

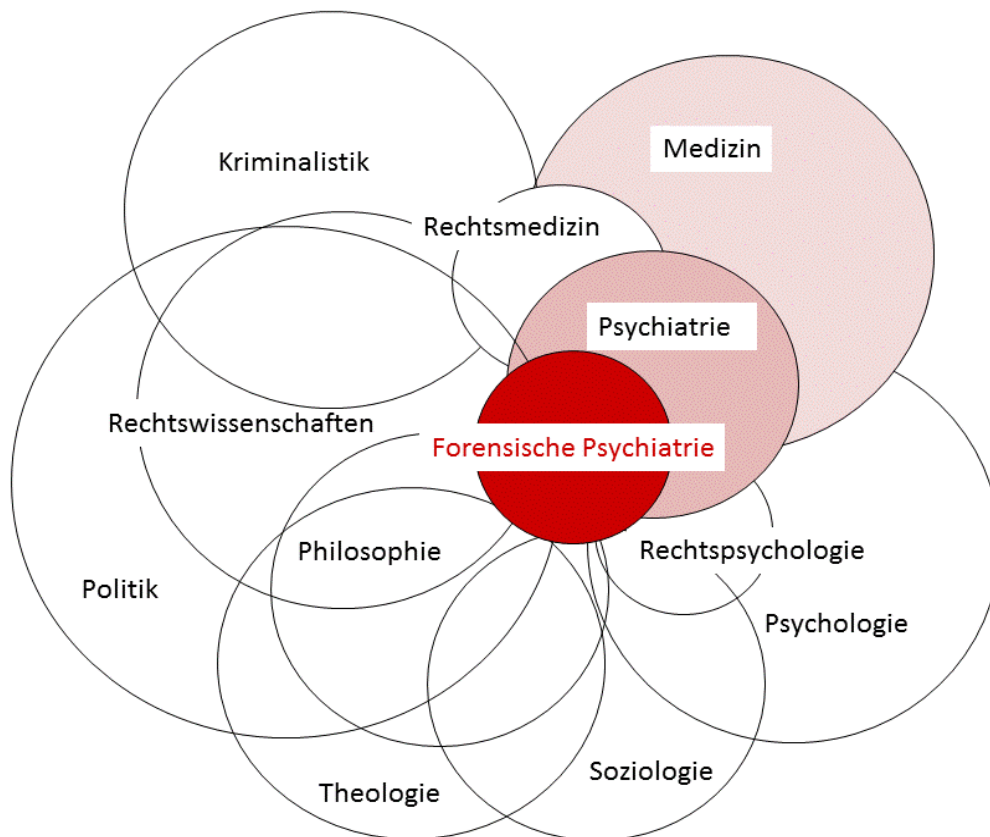


Abbildung 2.1: Forensische Psychiatrie und benachbarte Wissenschaften

2.3 Psychiatrische Grundlagen und Entwicklungen mit Relevanz für die Forensische Psychiatrie

Im Folgenden werden einige forensisch relevante Aspekte herausgegriffen, die für das historische Verständnis der Entwicklung der Forensischen Psychiatrie von Relevanz erscheinen. Die Psychiatrie hat eine bewegte Geschichte. Die verschiedenen Strömungen bewegten sich zwischen Ausgrenzung und Verteufelung bis zu Integration und Verharmlosung. Auch wechselte im Rahmen der Unterbringung der Fokus von Sicherung zu Behandlung.

Bereits in der Antike wurden psychisch kranke Rechtsbrecher nicht bestraft, wenn die Tat Auswirkung der Krankheit war. Schon im römischen Recht gingen die „furiosi“ (die Rasenden), die „mente capiti“ (die Verblödeten) und die „dementes“ (die Toren) straffrei aus; Affekt und Trunkenheit konnten strafmildernd berücksichtigt werden. Im Mittelalter wurden „Wahnsinnige“ als schuldunfähig angesehen. Die Familie war für etwaig entstandene Schäden und auch die Unterbringung des Betreffenden zuständig, die zum Teil auch in dafür konstruierten Käfigen erfolgte (s. a. Nedopil und Müller, 2012).

Im Amsterdam des 16. Jahrhunderts wurde das erste „tuchthuis“ (Zuchthaus) eröffnet. Hierbei handelte es sich um eine Unterbringung von Bettlern, Vagabunden, aber auch verurteilten Straftätern. Auch wurde ermöglicht, gegen Kostgeld Angehörige dort unterzubringen. Es wurde ein hohes Arbeitspensum, aber gleichzeitig auch eine religiöse und weltliche Unterweisung angeboten. Die Klientel der Zuchthäuser zeigte insofern eine Überlappung von psychisch Kranken, Straftätern und Personen sozialer Randgruppen in einer Unterbringung zwischen Haft, Krankenhaus, Heim und Maßregel als Maßnahmen von Besserung und Sicherung. Die Hinzuziehung eines Arztes bei bestimmten juristischen Verfahren wurde erst im 17. Jahrhundert offiziell empfohlen. Im Kontext der Geschichte der allgemeinen und forensischen Psychiatrie ist Philippe Pinel (1745–1824) zu erwähnen, der die Irrenanstalten reformierte und die französische Psychiatrietradition im Sinne einer ärztlichen Behandlung ohne Zwangsmaßnahmen begründete. Sein Schüler Jean-Étienne Esquirol (1772-1849) veranlasste eine Kommission zur Untersuchung und Abstellung der Missbräuche in den Irrenanstalten und begründete die Monomanienlehre. Hierbei handelte es sich u. a. um die Zuordnung einer Straftat zu einer psychiatrischen Diagnose (z. B. Kleptomanie, Pyromanie). Eine im 19. Jahrhundert bedeutsame Strömung stellte der Sozialdarwinismus dar. Cesare Lombroso (1836-1910) beschrieb den Verbrecher als niedrigste Evolutionsstufe (Groß, 2012).

Diese Degenerationslehren wurden im Dritten Reich wiederaufgegriffen. Hier begann auch für die Psychiatrie eine finstere Periode. Die medizinischen Disziplinen wurden für politische Belange missbraucht und ließen sich instrumentalisieren. Beinahe 300.000 Psychiatriepatienten wurden ermordet und mehr als 300.000 zwangssterilisiert. Derzeit setzt sich die große Dachgesellschaft der Psychiatrie, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) intensiv mit dieser Epoche auseinander (s. a. Sonderheft DGPPN zur Psychiatrie im Dritten Reich, Schneider, 2012).

Die öffentliche Perzeption psychischer Erkrankungen war oftmals geprägt von besonders spektakulären Fällen, um die sich zahlreiche Mythen rankten. Viele Kriminalgeschichten und Thriller handeln von Straftaten psychisch Kranker (Hitchcocks „Psycho“, Stevensons „Dr. Jekyll und Mr. Hyde“ etc.; Stübner et al., 1998).

Die Wahrnehmung psychiatrischer Patienten und Behandlungen in der Öffentlichkeit ist komplex und von verschiedenen Einflüssen geprägt. Informationsdefizite, historische und faktische Belastungen, aber auch Mythen und Phantasien bilden eine problematische Amalgamierung.

Gewalt, die von psychisch kranken Personen ausgeht oder diesen angetan wird, ist einer der Gründe, die zu einer Stigmatisierung psychiatrischer Patienten und Einrichtungen geführt hat. Die Stigmatisierung psychiatrischer Patienten und Institutionen erschwert die Behandlung. Diesem Umstand ist durch Entwirrung der Einflussfaktoren, durch das Ernstnehmen

begründeter Bedenken bei gleichzeitiger Enttarnung von Vorurteilen und durch sachliche Informationen und Aufklärung zu begegnen.

In den 1970er Jahren war die Ausrichtung der Psychiatrie eher von sozialpsychiatrischen Impulsen bestimmt. In diese Zeit sozialpsychiatrischer Prägung fielen auch die ersten sogenannten „Antistigma“-Kampagnen, die der Stigmatisierung psychisch Kranker und ihrer Kriminalisierung heftig entgegentraten. Eingeleitet von der 1971 durch den Deutschen Bundestag in Auftrag gegebenen Enquete zur Lage der Psychiatrie folgte eine Dezentralisierung über eine schrittweise Reduktion der Betten an den großen psychiatrischen Kliniken und Eröffnung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, mit dem Ziel der wohnortnahen Versorgungsmöglichkeit auch von psychisch Kranken.

Berühmt wurde in dieser Zeit eine empirische Arbeit von Böker und Häfner (1973), die sich mit der Delinquenz von psychisch Kranken im Vergleich zur Normalbevölkerung beschäftigte. Diese Arbeit kam zu dem viel zitierten Ergebnis, dass sich keine signifikanten Unterschiede finden ließen; allerdings auch zu dem - in der allgemeinen damaligen Strömung zunächst wenig beachteten - Resultat, dass das Risiko für Gewalttaten bei der Untergruppe der an einer Schizophrenie erkrankten Personen um das etwa 10fache erhöht war.

Mittlerweile haben viele empirische Untersuchungen im Wesentlichen übereinstimmend gezeigt, dass bestimmte psychische Erkrankungen, u. a. auch die Schizophrenie, mit einem erhöhten Risiko gewalttätigen Verhaltens verbunden sind (z. B. Soyka et al., 2004a, 2004b; Hodgins und Müller-Isberner, 2004, 2014), während bei anderen Störungen kein Unterschied zur Normalbevölkerung (Böker und Häfner, 1973) festgestellt wurde. Rezidivratenuntersuchungen wiesen jedoch darauf hin, dass suffizient behandelte schizophrene Patienten ein wesentlich geringeres Risiko eines kriminellen Rückfalles aufwiesen als andere Täter (z. B. Stadtland und Nedopil, 2005a, 2005b).

Insofern scheint eine differenzierte Betrachtungsweise der Problematik einer etwaigen Gefährlichkeit psychisch Kranker vonnöten; weder pauschale Vorurteile noch generelle Verharmlosungen können der Realität und dem Umgang gerecht werden.

Die sozialpsychiatrische Ausrichtung setzte sich fort. Die Psychiatrie-Personalverordnung vom 18.12.1990 legte nun auch die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser fest sowie die vorausgesetzte fachliche Qualifikation und die Stationsgröße (Steinböck, 1999).

Insgesamt kam es in der Medizin in den letzten Jahren zu einer Stärkung der Position des Patienten. In der Medizin ging die Entwicklung von einem eher direktiven, patriarchalischen Stil hin zu einer auf Gleichberechtigung und Verantwortungsteilung gerichteten Haltung über. In der modernen Medizin gilt das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. „shared decision making“ inzwischen als Standard. Seit 26. Februar 2013 werden im BGB ver-

schiedene Patientenbelange gesetzlich in einem neuen Patientenrechtegesetz §§ 630a BGB ff. zusammenfassend geregelt (Bürgerliches Gesetzbuch, 2013).

Zahlreiche Erweiterungen wurden aus dieser Haltung heraus in der Klinik etabliert. Durch vermehrte Aufklärung über Diagnose und Therapie, die ihrerseits als Behandlungselement genutzt werden, sogenannte „Psychoedukation“, werden die Patienten angeleitet, zu „Experten in eigener Sache“ zu werden.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes kann sich ein Patient auch an einen Fürsprecher wenden. Auch die Angehörigen wurden in den letzten Jahren immer mehr in therapeutische Prozesse einbezogen. Zudem entstanden Angehörigen-Gruppen, zum einen aus Eigeninitiativen, zum anderen unter Leitung von Klinikpersonal. Auch sogenannte „Dialog“-Veranstaltungen, Podiumsdiskussionen von Vertretern der Patienten, Angehörigen und des medizinischen Personals wurden etabliert.

Die Biologische Psychiatrie hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, große Forschungsprojekte beschäftigen sich mit funktionell-bildgebenden Verfahren, genetischen Untersuchungen und biochemischer Grundlagenforschung. Auf dem Gebiet der Forensischen Psychiatrie sind in der Begutachtung derzeit nach wie vor die tatsächlichen psychopathologischen Beeinträchtigungen und in der Therapie allgemeinspsychiatrische und sozialpsychiatrische Maßnahmen von Relevanz. Systematische biologische Forschung ist auf dem Gebiet der Forensischen Psychiatrie aus ethischen Gründen nicht möglich (s. a. Kapitel 2.5).

2.4 Juristische Grundlagen und Entwicklungen in der Forensischen Psychiatrie

2.4.1 Geschichte

1871 war mit dem ersten Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches im § 51 ein Strafausschluss wegen psychischer Krankheit („Zurechnungsunfähigkeit“) festgelegt worden, während die verminderte Zurechnungsfähigkeit im § 51 Abs. 2 erst mit der Strafrechtsreform von 1933 eingeführt wurde. In der Strafrechtsreform von 1975 wurde die Nomenklatur geändert, entsprechend der auch heute gegebenen Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) und verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) sowie der juristische Merkmalskatalog erweitert, der nun aus vier Eingangsmerkmalen: der krankhaften seelischen Störung, der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, dem Schwachsinn und der anderen schweren seelischen Abartigkeit besteht (s. a. Nedopil und Müller 2012).

2.4.2 Von der Straftat bis zur Maßregel

Bei der Begutachtung von Straftätern wird zunächst die Frage der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) bzw. verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) erörtert. Hierbei handelt es sich um

die Feststellung einer etwaig vorliegenden psychischen Erkrankung, der Einordnung dieser Erkrankung zu einem der o. g. Eingangsmerkmale, der Feststellung eines Zusammenhanges zwischen Tat und Symptomatik der Erkrankung und der Beurteilung einer entsprechenden Auswirkung auf die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt.

Vorausgesetzt, einer dieser Paragraphen wird positiv angenommen, stellt sich die Frage nach der Wiederholungsgefahr für erhebliche Straftaten. Ist diese zu bejahen, ordnet das Gericht eine Unterbringung in der Maßregel gemäß § 63 StGB an. Unterbringungen nach § 63 StGB können erst ab Instanzhöhe eines Landgerichtes angeordnet werden; wohingegen Unterbringungen nach § 64 StGB (Unterbringung in der Maßregel aufgrund eines Hanges) auch von Amtsgerichten verhängt werden können. Da es sich bei einer Unterbringung in der Maßregel um eine einschneidende Maßnahme handelt, wird sie in der Regel erst bei schweren oder häufig wiederholten Delikten in Erwägung gezogen.

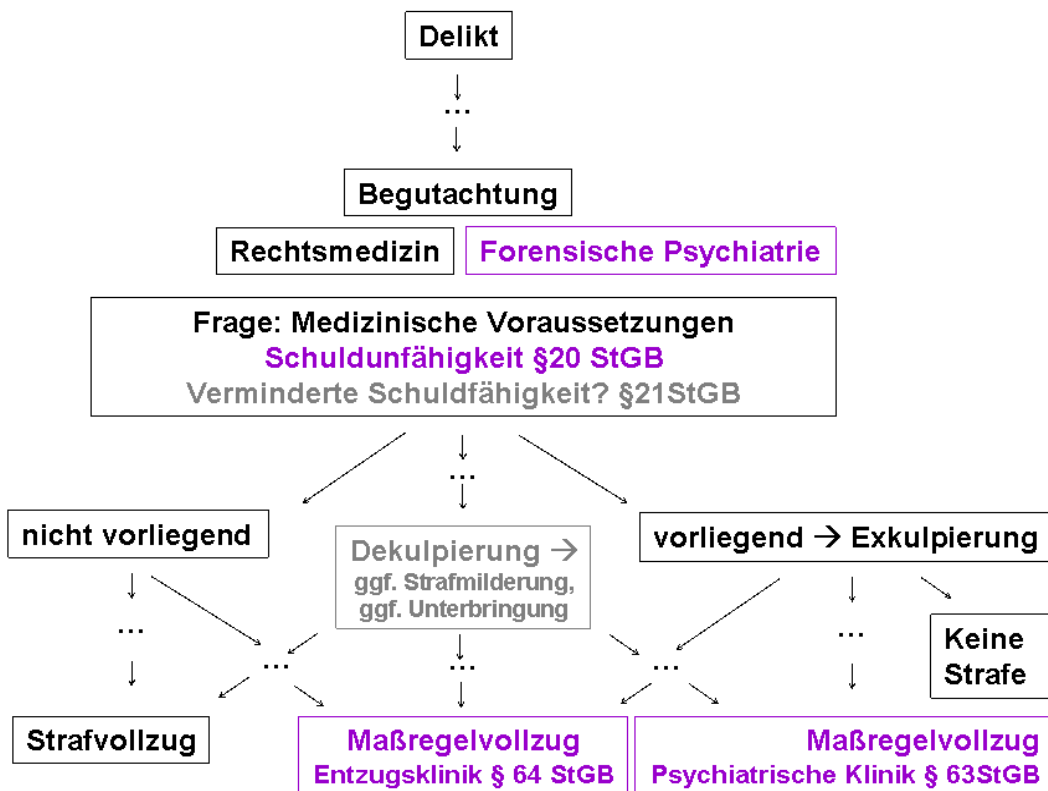


Abbildung 2.2: Strafrechtliche Grundlagen der Unterbringung in der Maßregel (modifiziert nach Stübner, 2012)

2.4.3 In der Maßregel

Bei der Unterbringung nach § 63 StGB handelt es sich um eine nicht befristete Maßnahme, über deren Ende die Strafvollstreckungskammer und die Strafvollstreckungsstaatsanwaltschaft entscheiden.

Für die Maßregelvollzugseinrichtungen sind die Strafvollstreckungskammern der örtlichen Landgerichte zuständig sowie gleichzeitig die zuständigen Strafvollstreckungsstaatsanwaltschaften der jeweils eingangsurteilenden Landgerichte.

In der Regel erfolgt während der Unterbringung in der Maßregel eine schrittweise Gewährung von Freizügigkeitsstufen (s. a. Kap. 2.6), beginnend mit personalbegleiteten Ausgängen im Klinikgelände. Ab der Lockerungsstufe B, d. h. der Möglichkeit unbegleiteter Ausgänge auf dem Klinikgelände, wird die Strafvollstreckungsstaatsanwaltschaft gehört. Deren Stellungnahme zu dem Lockerungsvorhaben wird in der Regel berücksichtigt, wobei die Entscheidung dem Klinikleiter obliegt.

Die gesetzliche Regelung der Prozesse im Maßregelvollzug ist Sache der Länder. Es gibt Bundesländer, die über eigene Maßregelvollzugsgesetze verfügen. In Bayern sind in Ermangelung eines solchen Gesetzes die Regeln des Bayerischen Unterbringungsgesetzes bindend, die in Artikel 28 ihren Niederschlag finden (Zimmermann, 2009).

2.4.4 Aus der Maßregel in die Freiheit

Die behandelnde Institution wird mindestens einmal jährlich von der Strafvollstreckungsstaatsanwaltschaft aufgefordert, zu der Notwendigkeit einer weiteren Unterbringung in der Maßregel Stellung (gem. § 67e StGB) zu nehmen.

Im Zusammenhang mit der jährlichen gutachtlichen Stellungnahme der Klinik findet eine Anhörung durch die Strafvollstreckungskammer statt. Der Patient wird hierbei von allen drei Richtern der Strafvollstreckungskammer angehört, sofern er nicht im Vorfeld schriftlich darauf verzichtet. Im letzteren Fall erfolgt die Anhörung durch einen Richter der Strafvollstreckungskammer und in der Regel in der Institution.

Spätestens alle fünf Jahre wird ein externes Gutachten zur Vorbereitung einer Entscheidung, ob die Maßregel zur Bewährung ausgesetzt werden kann (sogenanntes „Prognose-Gutachten“), von der Strafvollstreckungsstaatsanwaltschaft in Auftrag gegeben.

Zumeist fragt die Strafvollstreckungsstaatsanwaltschaft mit Erteilung des Gutachtens- bzw. Stellungnahme-Auftrages, für den Fall einer Befürwortung der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung, auch nach etwaigen Voraussetzungen, unter denen eine Prognose günstig beeinflusst werden kann (z. B. Substanzmittelabstinenz, Medikamenteneinnahme etc.). Derartige Vorschläge können in Form von Bewährungsaufgaben, die in dem Beschluss zur Aussetzung der Maßregel enthalten sind, Niederschlag finden.

Mit Entlassung tritt Führungsaufsicht ein. Diese ist in der Regel auf fünf Jahre befristet. Der Patient wird hierzu der örtlichen Bewährungshilfe unterstellt und einem Bewährungshelfer, der ihn über die gesamte Bewährungszeit begleitet, zugeordnet.

2.4.5 Juristische Veränderungen seit 1990

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten, einer Gesetzesänderung vom 26. Januar 1998, wurde die sogenannte „Erprobungsklausel“ durch die „Erwartungsklausel“ (§ 67d StGB) ersetzt. Das heißt, es konnte nicht mehr erprobt werden ob, sondern es musste zu erwarten sein, dass der Untergebrachte außerhalb der Maßregel keine von Strafe bedrohten Handlungen mehr begehen wird.

Es etablierte sich ein standardisiertes Vorgehen bei Lockerungen und Entlassungen aus der Maßregel. Prognostische Kriterien rückten mehr in den Vordergrund. Statische und dynamische Risikofaktoren gewannen mit der Einführung der Prognose-Instrumente mehr an Gewicht. Eine weitere Auswirkung der Gesetzesänderung war die Zunahme von Lockerungs- und Prognose-Gutachten. Um der Erwartungsklausel im § 67d StGB Rechnung zu tragen, wurde der Entlassung aus der Maßregel eine Erprobungsphase von mindestens drei Monaten vorgeschaltet, das sogenannte „Probewohnen“, ein Zeitraum, in dem bereits die forensische Ambulanz einbezogen wird, so dass ein nahtloser Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gewährleistet ist.

§ 67b StGB regelt die Aussetzung der Maßregel gleichzeitig mit ihrer Anordnung. Aufgrund des Bestehens forensischer Ambulanzen kam der § 67b StGB in den letzten Jahren häufiger zum Einsatz. In der Regel sind diese Patienten im Vorfeld der Hauptverhandlung gemäß einem Unterbringungsbefehl nach § 126a StPO in einer Maßregelvollzugsklinik untergebracht. Hierbei handelt es sich um einen, im Vergleich zur regulären Maßregelunterbringung gemäß § 63 StGB, kurzen Zeitraum, so dass die Vorbereitung eines sozialen Empfangsraumes nur in Teilen erfolgen kann. Diese Patienten benötigen im ambulanten Setting sehr viel Unterstützung und Betreuung, um den sozialen Empfangsraum (Wohnung, Arbeit, Finanzen, Behörden) bedarfsgerecht anzupassen. Häufig ist die Compliance dieser Patienten unzureichend, im Rahmen der kurzen stationären Behandlung die notwendige psychische Stabilisierung noch nicht erreicht und noch keine Deliktbearbeitung erfolgt.

Mit dem „Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht“, § 68a StGB, wurde ab 2007 die Position der forensischen Ambulanzen gestärkt. Die Behandlung in der forensischen Ambulanz wurde nun als Bewährungsaufgabe dezidiert genannt und gleichzeitig eine Schweigepflichtentbindung des Patienten gegenüber und seitens der forensischen Ambulanz, der Bewährungshilfe, der Betreuer von Wohngemeinschaften und komplementären Einrichtungen vorausgesetzt.

In der gängigen Praxis wurden, beginnend bereits vor 2007, in den Bewährungsauflagen mehr Details aufgenommen, die eine günstige prognostische Situation zum Entlassungszeitpunkt auch in der Nachsorge unterstützen sollten. Sowohl die Weiterführung der Behandlung als auch, bei fehlendem Beschäftigungsverhältnis, eine tagesstrukturierende Maßnahme im Rahmen der ambulanten Arbeitstherapie wurde in den Auflagen festgehalten, zudem eine Meldepflicht von Änderungen der Wohn- oder Arbeitssituation.

Seit 2007 wird im § 67h StGB die Unterbringung der Patienten zur Krisenintervention durch Aussetzung der Bewährung für einen befristeten Zeitraum geregelt. Diese Möglichkeit stellt eine wichtige Ergänzung zur zivilrechtlichen Unterbringung dar, vor allem, wenn es sich ausschließlich um Fremdgefährdung im Rahmen einer psychischen Krise handelt.

Die Dauer der Führungsaufsicht wird mit Beschluss der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung festgelegt und beträgt in der Regel 3-5 Jahre. Eine unbefristete Führungsaufsicht kann bei Entlassung aus der Maßregel nicht angeordnet, aber angeregt werden. Ausschlaggebend für eine Verlängerung der Führungsaufsicht über den festgelegten Zeitraum hinaus sind ein schwieriger ambulanter Verlauf, der durch die forensische Ambulanz in entsprechenden Stellungnahmen an die Strafvollstreckungskammer mitgeteilt wurde, und ein externes Prognose-Gutachten zu dieser Fragestellung, welches zu dem gleichen Ergebnis kommt. Wird die Führungsaufsicht verlängert, legt die Strafvollstreckungskammer gleichzeitig den Zeitraum fest, nach dem eine Überprüfung der Notwendigkeit einer weiteren Verlängerung der Führungsaufsicht stattfindet.

Aktuell wird eine zeitliche Befristung der Unterbringung nach § 63 StGB diskutiert. Am 12.09.2013 schrieb die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) eine Stellungnahme zu den Reformüberlegungen des § 63 StGB durch das Bundesministerium der Justiz (DGPPN, 2013).

Eine tabellarische Übersicht der regelnden Gesetzgebung in der Forensischen Psychiatrie findet sich im Anhang.

2.5 Forensische Forschung und Wissenschaft

Von besonderer klinischer Relevanz sind Untersuchungen zur Versorgungsforschung, hierbei vor allem zur Ambulanzarbeit. In deren Kontext sind auch die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit zu stellen.

Wie in der Psychiatrie allgemein, hielt auch in der forensischen Psychiatrie in den letzten Jahren Forschung zu Neurobiologie und Bildgebung Einzug. Hier zeigten sich teilweise interessante Befunde, die jedoch noch keinen direkten Einfluss auf die Begutachtungs- oder Behandlungspraxis haben, bei denen es vornehmlich auf das Ausmaß der tatsächlichen psychopathologischen Veränderungen ankommt.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Themen, die im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit stehen, sowie auf die in der Praxis relevanten und angewandten Bereiche. Hier sind vor allem die Forschungen zur Gefährlichkeitseinschätzung und zur Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher von Relevanz.

Forensische Forschung unterliegt vielen methodischen Beschränkungen, die wissenschaftliche Aussagen zum Teil erschweren (siehe auch Diskussion, Kapitel 6.2.3).

2.5.1 Rezidivraten

Der Prozentsatz einer Klientel, mit der sie nach Begehung eines ersten Deliktes mit einer erneuten Straftat rückfällig wird, nennt sich Rezidivrate. In der Literatur wird verkürzt auch der Begriff der „Basisrate“ synonym verwendet (unter der ‚Basisrate für Rückfälligkeit‘ versteht man den Anteil derjenigen Straftäter, der erneut Straftaten begeht). Wichtige Definitionsgrößen sind Primärdelikt und Sekundärdelikt (jeweils Allgemeindelinquenz, Sexualdelinquenz, Gewaltdelinquenz etc.) sowie Rezidivkriterium (Verdacht, Verhaftung, Verurteilung) und Beobachtungszeitraum. Rezidivraten sind abhängig von den soziokulturellen und gesellschaftspolitischen Gegebenheiten des jeweiligen Landes und von dessen Rechtssystem. Des Weiteren haben demographische Faktoren Einfluss. Dies ist bei Vergleichen und Interpretationen unterschiedlicher Rezidivraten zu berücksichtigen.

In verschiedenen Ländern wurden epidemiologische Untersuchungen zu Rezidivraten und spezifischen Einflussgrößen durchgeführt. Eine kritische Zusammenstellung findet sich bei Groß (2004) sowie Referenzen darin.

Rezidivraten sind deliktbezogen betrachtet unterschiedlich hoch. So finden sich beispielsweise für Tötungsdelikte Rezidivraten einschlägiger Delinquenz (hier: erneutes Tötungsdelikt) von 0-6 % innerhalb von fünf Jahren. Als Delikt mit einer der höchsten Rezidivrate gilt Beförderungerschleichung (bis zu 80 %).

Die Kriminalitätsrate ist für alle Delikte, außer für Ladendiebstahl, bei Frauen weitaus geringer als bei Männern (Polizeiliche Kriminalstatistik, 2013).

Demgegenüber unterscheiden sich die Rezidivraten bei Frauen, nach bereits erfolgter Delinquenz, nur geringfügig von den Rezidivraten bei Männern (Harrendorf, 2007).

Alter ist ein bedeutsamer Einflussfaktor: Vor allem im Bereich von Gewalt- und Sexualdelikten ist das Alter etwa ab dem 50. Lebensjahr als protektiver Faktor zu werten (Groß, 2005).

Der frühe Beginn des delinquenten Verhaltens ist demgegenüber ein Risikofaktor. So fanden Jehle et al. (2003) Wiederverurteilungen von 85 %, wenn während der Adoleszenz fünf und mehr Vorverurteilungen vorlagen, während die gleiche Anzahl von Vorverurteilungen im Erwachsenenalter nur mit 61 % erneuter Verurteilungen vergesellschaftet waren.

Als Variable ist das Alter in den Prognoseinstrumenten bisher wenig berücksichtigt. Es findet sich z. B. im Static-99 (Hanson and Thornton, 1999), der ausschließlich die Altersgruppe

unter 25 Jahren als risikoreich benennt, während der Static-2002 (Hanson and Thornton, 2002) die Altersgruppen in drei Kategorien aufteilt (< 25, 25<35 und 35< 50 Jahre) und dem zunehmenden Alter ein abnehmendes Rezidivrisiko attribuiert.

Auch bestimmte psychische Krankheiten können das Rezidivrisiko beeinflussen: Im höheren Alter sind es vor allem dementielle Prozesse und paranoide Syndrome, die das Auftreten delinquenten Verhaltens begünstigen können. Eine effektive Prävention durch Behandlung ist hier in den meisten Fällen nicht möglich, und eine im Alter erstmalig aufgetretene Delinquenz als prognostisch ungünstig zu betrachten (Groß, 2005).

Besondere Aufmerksamkeit im forensischen Kontext erhielt die diagnostische Konstellation von Schizophrenie und Sucht, unter der ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten belegt werden konnte (z. B. Soyka, 2000; Schanda, 2006, Piontek et al., 2013). Die Verbindungen zwischen Sucht und Schizophrenie sind komplex und vielfältig (Hambrecht und Häfner, 1996). Ein wesentlicher Aspekt der Suchterkrankung ist hier die Selbstbehandlung nicht nur schizophrener Symptome, sondern auch der Arzneimittelnebenwirkungen (Soyka, 2000).

Bei schizophrenen Patienten ist das Risiko einer Gewalttat gegenüber der Allgemeinbevölkerung zwar deutlich erhöht (berichtet bereits bei Böker und Häfner, 1973), jedoch das Rezidivrisiko unter Behandlung deutlich vermindert (z. B. Stadtland und Nedopil, 2005a, 2005b).

2.5.2 Rezidivraten und Versorgungsforschung

Eine spezielle forensische Nachbetreuung wurde in den verschiedenen Bundesländern nacheinander etabliert und erst 2007 in einem Bundesgesetz verankert. Zunächst war 1987 in Berlin eine forensisch-psychiatrische Fachambulanz aufgebaut worden (Warmuth 1990). In Düren, Lippstadt, Moringen und Stralsund wurden Modellerprobungen von forensischen Ambulanzen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführt (Knahl 1997). Besonders lange, fundierte und vielfach publizierte Erfahrungen in der ambulanten Nachbetreuung bestehen in Gießen, Hessen (z. B: Müller-Isberner u. a. 1993, 1997; Freese, 2003, 2014).

In bisherigen vergleichenden Betrachtungen zeigten sich sehr unterschiedliche Ergebnisse bezüglich der Rückfälligkeit bei aus der Maßregel entlassener psychisch kranker Rechtsbrecher (zwischen 7 und 47 % allgemeine Rückfälligkeit und zwischen 4 und 30 % schwere Rückfälligkeit; Seifert et al., 2003).

Untersuchungen von Rezidivraten bei psychisch kranken Rechtsbrechern

Nachdem sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf psychisch kranke Rechtsbrecher bezieht, werden im Folgenden ähnlich gelagerte Untersuchungen vorgestellt.

Jokusch, 1996

1996 fand Jokusch bei einer Untersuchung von 182 Patienten, die aus der Unterbringung in der Maßregel gemäß § 63 StGB entlassen worden waren, nach einem Beobachtungszeitraum von 7,4 Jahren, eine allgemeine Rückfälligkeit von 45 %, schwere Rückfälligkeit von 29 % (Delikte mit Verurteilungen zu erneuter Haftstrafe, erneuter Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel) und spezielle Rückfälligkeit von 19 % (Delikte gegen Leib und Leben, Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zusammenhang mit erneuter Haftstrafe, Verurteilung oder Widerruf der Bewährungsentlassung) (Jokusch, 1996, zitiert nach Seifert, 2005).

Dessecker, 1997

Dessecker fand 1997 bei 69 Patienten, die aus einer Unterbringung in der Maßregel gemäß § 63 StGB entlassen worden waren, in einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren eine generelle Rückfälligkeit von 41 %, schwere Rückfälligkeit von 28 % (Delikte mit Verurteilungen zu erneuter Haftstrafe, erneuter Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel) und spezielle Rückfälligkeit von 4 % (Delikte gegen Leib und Leben, Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zusammenhang mit einer erneuten Haftstrafe, Verurteilung oder Widerruf der Bewährungsentlassung).

Jokusch und Keller, 2001

2001 berichteten Jokusch und Keller über 169 Patienten, die vormals in der Maßregel gemäß § 63 StGB untergebracht waren und in einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren eine generelle Rückfälligkeit von 40 %, schwere Rückfälligkeit von 26 % (Delikte mit einer Verurteilung zu erneuter Haftstrafe, erneuter Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel) und spezielle Rückfälligkeit von 10 % (Delikte gegen Leib und Leben, Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zusammenhang mit einer erneuten Haftstrafe, Verurteilung oder Widerruf der Bewährungsentlassung) zeigten.

Gretenkord, 2001

Gretenkord berichtete 2001 bei 196 psychisch kranken Rechtsbrechern, die gemäß § 63 StGB in der Maßregel untergebracht und dann entlassen worden waren in einem Beobachtungszeitraum von 8,5 Jahren über eine allgemeine Rückfälligkeit von 43 %, schwere Rückfälle in 29 % (Delikte mit Verurteilungen zu erneuten Haftstrafen, erneuten Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel) und spezielle Rückfälle in 11 % (Delikte gegen Leib und Leben, Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zu-

sammenhang mit einer erneuten Haftstrafe, Verurteilung, Widerruf der Bewährungsentlassung).

Seifert, Schiffer und Leygraf, 2003

Seifert und Kollegen berichteten 2003 von 95 Patienten, die aus drei Kliniken (Langenfeld, Düren, Essen) entlassen worden waren. 53 Patienten wurden forensisch-ambulant nachbetreut. Von diesen wurden bei mittlerer Beobachtungszeit von 4,5 Jahren fünf Patienten rückfällig (entsprechend 9,4 %), zwei mit gefährlichen (aggressiven oder sexuellen) Delikten, (entsprechend 4 %).

Freese, 2003

Freese berichtete von 208 Wiederaufnahmen in den Maßregelvollzug. Von diesen waren 83 Patienten vormals im MRV untergebracht und mit einer ambulanten forensischen Nachsorge entlassen worden. 123 Patienten waren nach der vormaligen Unterbringung nicht spezifisch forensisch nachbetreut worden. Von den ambulant betreuten Patienten waren lediglich 24 % deliktisch rückfällig geworden gegenüber 82 % ohne forensische Nachsorge. Es handelte sich um einen 12-jährigen Beobachtungszeitraum.

Seifert und Möller-Musavi, 2005

Seifert und Möller-Musavi berichteten 2005 über eine Multicenter-Studie an 23 forensischen Kliniken aus sieben Bundesländern bei insgesamt 255 Patienten, die mindestens zwei Jahre, im Mittelwert vier Jahre nach Entlassung aus einer Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB anhand von Bundeszentralregisterauszügen eine allgemeine Rückfallquote von 21,6 % aufwiesen und in 7,5 % schwere Rückfälle (schwere Körperverletzung, schwere Sexualstraftaten, Straftaten gegen das Leben) begangen hatten. Die Patienten waren nach der Entlassung in forensischen Ambulanzen nachbehandelt worden - wobei der Publikation keine näheren Angaben hierzu zu entnehmen waren.

Stübner und Nedopil, 2009

In einer Arbeit von Stübner und Nedopil war 2009 ein Bericht über die forensische Nachbehandlung in Bayern („ambulante Sicherungsnachsorge“) vorgelegt worden, betreffend insgesamt 111 Patienten, die vormals stationär (überwiegend nach Unterbringung gemäß § 63 StGB) und anschließend ambulant an den Maßregelvollzugskliniken Bayreuth, Erlangen und Haar (später IAK-KMO) behandelt worden waren. Gemäß einer Stichtagserhebung war es nach einer mittleren Beobachtungszeit von 4,5 Jahren in 5,4 %, bzw. einschließlich Verdachtsfällen in 9,9 % der Fälle zu delinquenten Rückfällen, in 0,9 % bzw. 3,6 % der Fälle zu schweren Rückfällen (Gewaltstraftaten) und in 0,9 % bzw. 2,7 % der Fälle zu Sexualdelin-

quenz gekommen. Bei 17 % der Patienten war eine psychiatrische Intervention erfolgt im Sinne eines stationären Aufenthaltes und bei 12 % eine juristische Intervention (Widerruf oder Sicherungshaftbefehl).

Anmerkung: Die Kohorte II der hier vorliegenden Arbeit rekrutierte sich überwiegend aus den am BKH Haar, später IAK-KMO, behandelten Patienten.

Schmidt-Quernheim, 2011¹

Schmidt-Quernheim berichtete ebenfalls von einer Multicenterstudie an 21 Ambulanzstandorten in Nordrhein-Westfalen bei insgesamt 232 Patienten, die vormals im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB untergebracht waren. Insgesamt kam es bei 23 Fällen der untersuchten Stichprobe (n = 115; Katamnesezeitraum 4,4 Jahre) zu erneuten BZR-Eintragungen, die nicht mit Begehung von Straftaten gleichzusetzen sind. 15 Patienten (13 %) begingen nach der Entlassung weitere Delikte. Lediglich bei 11 Patienten (9,6 %) kam es zu einem erneuten Freiheitsentzug, wobei bei der Hälfte dieser Fälle der Widerruf allein aufgrund von Verstößen gegen Weisungen erfolgte. Die deutliche Abnahme der Deliktsschwere und der geringe Anteil einschlägiger Gewalt- und Sexualdelinquenz verweist auf eine sehr gute Effektivität forensischer Nachsorge in NRW.

Butz, Mokros und Osterheider, 2013

In der beschriebenen Studie wurde bei 105 ambulant nachbetreuten Maßregelvollzugspatienten (§ 63 StGB) über einen Katamnesezeitraum von durchschnittlich 3 Jahren und 8 Monaten eine deliktische Rezidivquote von 2 % gefunden.

Als wichtige, effektive Behandlungsmaßnahmen im Rahmen forensischer Nachsorge wurden regelmäßige Medikamentenspiegelkontrollen, Vernetzung und Absprachen mit anderen Einrichtungen und darüber hinaus die stationäre Krisenintervention (§ 67h StGB) beschrieben.

Rezidivraten von suchtkranken Rechtsbrechern

Gericke u. Kallert, 2007

Die Rückfälligkeit bei ehemals wegen einer Suchterkrankung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB untergebrachten Patienten weist eine andere Häufigkeit und Struktur auf; In einer Untersuchung von Gericke u. Kallert wurde 2007 - ohne Angaben über eine Nachbehandlung - von strafrechtlich relevanten Rückfällen in 37 % innerhalb von zwei Jahren bei vormals nach § 64 StGB untergebrachten Patienten berichtet.

¹Anmerkung: Diese Arbeit beinhaltet Teile der Stichprobe der Arbeit von Seifert aus 2010 (Publikationen aus derselben Arbeitsgruppe).

Rezidivraten von Haftentlassenen

Bei Haftentlassenen finden sich demgegenüber wesentlich höhere Rezidivraten:

Jehle, 2003

Vom Bundesministerium der Justiz wurde 2003 eine kommentierte Rückfallstatistik herausgegeben, die sich auf das gesamte Bundesgebiet bezog. Es wurden alle im Basisjahr 1994 strafrechtlich Sanktionierten einschließlich aus der Haft Entlassenen (insgesamt 947.093 Personen) während eines vierjährigen Zeitraums bis 1998 weiterverfolgt, um erneute Straffälligkeit zu untersuchen. Als Datenquelle dienten die Auszüge des Bundeszentralregisters (BZR).

In der Gruppe der Straßenverkehrsdelikte lag die Rückfallrate mit 22 % deutlich unter der allgemeinen Rückfallrate, während Personen, die wegen Diebstahls und räuberischer Handlungen verurteilt worden waren mit jeweils knapp 60 % rückfällig wurden. Bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz war die Rückfallrate 60 % und bei Sexualdelikten 40 %.

Die generelle Rückfälligkeit der Gesamtpopulation lag bei 40 %.

Diejenigen, die nach Verbüßung einer Jugendstrafe oder Freiheitsstrafe entlassen worden waren kehrten zu 45 % bzw. 29 % wieder in den Strafvollzug zurück.

Groß, 2004

Eine Dissertation über international erhobene Rezidivraten kam bezüglich allgemeiner Rezidivraten nach einer Analyse vierzehn verschiedener Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass es bei Haftpopulationen in einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren in über 70 % zu einer erneuten Festnahme und in über 40 % zu einer erneuten Verurteilung bzw. einer erneuten Haftstrafe kam.

Die Auswertung von dreizehn verschiedenen Studien der allgemeinen Rezidivraten speziell bei Gewaltstraftätern zeigte nach fünf Jahren ebenfalls erneute Verurteilungen in über 40 %. Nach primärer Gewaltdelinquenz zeigten sich nach fünf Jahren über 20% Rezidive mit Gewalttaten, wobei sich lediglich wenige Angaben in der Literatur gefunden hatten (Prentky, 1997 nach Groß, 2004).

Jehle, 2010

Die kommentierte Rückfallstatistik des Bundesministeriums der Justiz von 2010 (Bundesgebiet) befasste sich mit einer Untersuchung der im Basisjahr 2004 strafrechtlich sanktionierten einschließlich aus der Haft Entlassenen (insgesamt 1.049.922 Personen) während eines dreijährigen Zeitraums bezüglich erneuter Straffälligkeit. Als Datenquelle dienten die Auszüge des Bundeszentralregisters (BZR).

Bei der Berechnung der Rückfallrate ohne einbezogene Entscheidungen erhielt man hier eine Rückfallrate von 49,3 %; wurden alle Entscheidungen berücksichtigt, ergaben sich 62,1 %, und somit eine um 12,8 Prozentpunkte höhere Rückfallrate. Diese deutlich höhere Rückfallrate basierte vor allem auf einem deutlich höheren Anteil von Wiederverurteilungen zu Freiheits- und Jugendstrafen ohne Bewährung.

Ein Vergleich zu der Vorgängerstudie von 2003 (Jehle, 2003) zeigte eine Zunahme der Freiheitsstrafen bei Erwachsenen um 10,8 %, eine Zunahme der Jugendstrafen um 44,2 %, mit einer Zunahme der Haftstrafen bei Jugendlichen um 48,2 %. Während in allen Bereichen der strafrechtlichen Ahndungen ein Anstieg zu verzeichnen war, hatten die Geldstrafen um 5,9 % abgenommen.

2.5.3 Prognoseinstrumente

Meehl formulierte schon 1954 das Spannungsfeld zwischen klinischer und statistisch-basierter Vorhersage von deliktischem Rückfallverhalten. Um ein standardisiertes Vorgehen bei der Beurteilung des Rückfallrisikos von Straftätern zu ermöglichen, wurden in den letzten Jahren sogenannte „Prognoseinstrumente“ entwickelt und eingeführt. Die darin enthaltenen Kriterien sollen ein Übersehen von wichtigen Aspekten der Risikoeinschätzung verhindern, die Beurteilung des Gutachters leichter nachvollziehbar machen und die Grundlage für neue Forschungsansätze schaffen. Prognoseinstrumente basieren auf Erkenntnissen, die aus der empirischen Forschung gewonnen wurden. Mittlerweile liegt eine Vielzahl von unterschiedlichen Instrumenten vor, die auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet sind (Übersicht z. B. bei Nedopil, 2005; Rettenberger und von Franqué, 2013). Teilweise bestehen verschiedene Prognoseinstrumente aus gleichen oder ähnlichen Parametern oder bauen aufeinander auf, z. B. der Score der Psychopathy Checklist Revised (PCL-R, Hare, 1990) als ein Item der Historical, Clinical and Risk Variables (HCR-20, Webster et al. 1995/1997); Überlappungen von HCR-20 und Integrierter Liste von Prognosevariablen (ILRV, Nedopil, 1997; s. Tabelle 2.1).

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass Prognoseinstrumente nicht allgemein kriminelles Verhalten voraussagen, sondern sich ausschließlich auf die Rückfallwahrscheinlichkeit bei bereits stattgehabter Kriminalität beziehen.

Tabelle 2.1: Prognoseinstrumente und ihre Indikationen (modifiziert nach Nedopil, 2005)

Instrument zur Risikoeinschätzung (Autoren)	Zielgruppe
Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) (Hare, 1990)	Straftäter allgemein
Violence Risk Assessment Guide (VRAG) (Harris et al., 1993)	Gewalttäter allgemein
Level of Service Inventory-Revised (LSI-R) (Andrews and Bonta, 1995)	Nicht psychisch kranke Straftäter
Historical, Clinical and Risk Variables (HCR-20) (Webster et al., 1995/1997)	Psychisch kranke Gewalttäter
Integrierte Liste von Prognosevariablen (ILRV) (Nedopil, zuletzt 2005a)	Psychisch kranke Rechtsbrecher
Kriterien zur Beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter (Dittmann, 1999)	Gewalttäter mit Zusatz für Sexualstraftäter
Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) (Rice and Harris, 1997)	Sexualstraftäter mit Gewalttaten
Sexual Violence Risk 20 (SVR 20) (Boer et al., 1997)	Sexualstraftäter mit Gewalttaten
Static-99 (Hanson and Thornton, 1999) bzw. Static-2002 (Hanson and Thornton, 2003); statische Risikofaktoren	Sexualstraftäter allgemein
Sonar 2000 bzw. Stable (dynamische Risikofaktoren) (Hanson and Harris, 2000)	Sexualstraftäter allgemein

Im Folgenden soll ausschließlich auf die Prognoseinstrumente eingegangen werden, die in der vorliegenden Arbeit von besonderer Relevanz sind. Vorliegend kann eine erschöpfende Darstellung nicht erfolgen. Die Ausführungen beschränken sich auf die für das Verständnis der vorliegenden Arbeit notwendigen Kerninformationen.

Psychopathie-Checkliste Revised (PCL-R)

Die Psychopathie-Checkliste Revised (PCL-R) wurde 1990 von Robert D. Hare entwickelt, ausgehend von Arbeiten von Cleckley (1941). Das Instrument bezieht sich auf das angloamerikanische Konzept der Psychopathie. Es existieren lediglich zu Teilen Überschneidungen mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung im DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [American Psychiatric Association, 1994]) und der dissozialen Persönlichkeitsstörung im ICD-10 (The International Classification of Diseases. Classification of Mental and Behavioural Disorders [WHO, 1992]). Es konnte in zahlreichen Studien ein Zusammenhang zwischen Kriminalität bei hohem PCL-R-Score und dem Risiko weiterer krimineller Handlungen festgestellt werden (z. B. Salekin et al., 1996). Der PCL-R wurde auch in andere

Prognoseinstrumente einbezogen, z. B. VRAG (Harris et al., 1993) und HCR-20 (Webster et al., 1995/1997). „Psychopathy“ ist aber nicht mit Kriminalität gleichzusetzen.

Im Weiteren wurde aus diesem Prognoseinstrument eine Screening-Version mit ausschließlich zwölf Merkmalen erarbeitet (Hart et al., 1995).

Mit dem Instrument wurden die meisten Untersuchungen im Bereich der Prognoseforschung durchgeführt. Cooke und Michie entwickelten 2001 die Drei-Faktoren-Struktur des PCL-R, Faktor 1: „arrogantes und auf Täuschung angelegtes zwischenmenschliches Verhalten“, Faktor 2: „gestörte Affektivität“, Faktor 3: „impulsives und verantwortungsloses Verhaltensmuster“. Die Autoren fanden eine enge Korrelation zwischen kriminellen Verhalten und Faktor 3 (Cooke and Michie, 2001). Derzeit wird ein Vier-Faktoren-Modell empfohlen (Neumann et al., 2007). Auch wenn der Gesamtscore niedrig ausfällt, kann ein Muster von bestimmten Einzelitems auf eine problematische Konstellation hinweisen.

Unklarheit besteht darüber, ob die Psychopathie-Checkliste ein dimensionales oder kategoriales System darstellt und ob Grenzwerte länderspezifisch festzulegen sind (siehe auch Nedopil, 2005).

Innerhalb der Behandlung im Maßregelvollzug hat dieses Prognoseinstrument, auch wenn es vorrangig für Straftäter aus der Haft konzipiert wurde, eine wesentliche Bedeutung und wird routinemäßig eingesetzt. Ein hoher PCL-R-Score ist - auch im Falle von Untergebrachten in einer Maßregelvollzugseinrichtung - ein Prädiktor für gewalttätige Zwischenfälle, aber auch für Manipulation und Täuschung in die Behandlung involvierter Personen.

Demgegenüber ist bei Maßregelvollzugspatienten ein niedriger PCL-R-Score nicht zwangsläufig als günstiger Prädiktor zu werten. Gewisse Konstellationen psychischer Störungsbilder mit der Auswirkung gewalttätigen Verhaltens können durchaus auch mit einem eher niedrigen PCL-R-Score einhergehen.

Historical Clinical Risk Variables (HCR-20)

Der HCR-20 (Historical Clinical Risk Variables) wurde 1995 von dem Kanadier Chris Webster für die Vorhersage von Gewalttaten psychisch kranker Rechtsbrecher entwickelt (Webster et al., 1995). 1997 erschien die heute vorrangig angewendete zweite Auflage des HCR-20, die um die Items der protektiven Faktoren gekürzt worden war, da sich die erste Ausgabe als fehleranfällig erwiesen hatte (Webster et al., 1997). Insgesamt sind es zwanzig Merkmale, von denen zehn die Anamnese betreffen (statische Risikovariablen), fünf klinische Items (fixierte dynamische Risikofaktoren) und fünf Risikovariablen, die sich auf die in der Zukunft liegende Lebenssituation des Patienten beziehen.

Der HCR-20 eignet sich nicht zur Vorhersage von Kriminalität psychisch gesunder Straftäter. Im Falle von psychisch Kranken kann der HCR-20 - hier unterscheidet er sich von anderen Prognoseinstrumenten - sowohl zur Beurteilung der Rückfallprognose psychisch kranker

Straftäter als auch zur Gefährlichkeitsprognose psychisch Kranker ohne bisherige Delinquenz eingesetzt werden (Nedopil, 2005).

Die Integrierte Liste von Prognosevariablen (ILRV)

Bei der Integrierten Liste von Prognosevariablen (ILRV) handelt es sich um das Prognosemodul des FPDS (Forensisch Psychiatrisches Dokumentationssystem), welches von Nedopil und Graßl (1988) auf der Grundlage von Gutachtensanalysen entwickelt wurde. Neben dem Hauptmodul der Basisdokumentation, die soziodemographische Items abfragt, beinhaltet das FPDS die Ergänzungsmodule: Strafrecht, Behandlung, Sucht, Sexualität und Prognose.

Die ILRV besteht aus vier Teilen, die die Merkmale des Indexdeliktes, der prädeliktischen Persönlichkeit, der postdeliktischen Persönlichkeitsentwicklung und des sozialen Empfangsraumes beinhalten. Nachdem sich bei der Veröffentlichung des HCR-20 1995 in einer großen Zahl der Items Überlappungen mit denen der ILRV ergaben, wurden diese in der Version von 1997 (Nedopil, 1997) in der ILRV mit beiden Zuordnungsnummern gekennzeichnet, so dass bei Vergleichsuntersuchungen ein operationalisiertes Vorgehen möglich ist.

Wesentliche Unterschiede zum HCR-20 bestehen bei der ILRV vor allem darin, dass die Auswirkungen des Indexdeliktes auf die Basisrate mitberücksichtigt wird, und in der Beurteilung des sozialen Empfangsraumes nicht ausschließlich Risikofaktoren sondern auch protektive Merkmale einfließen.

Sowohl die ILRV als auch der HCR-20 zielen im Unterschied zum PCL-R nicht auf einen Score hin, dessen Zahl als Grenzwert für ein etwaiges Rückfallrisiko fungieren kann. Den Autoren ging es vor allem um eine Zusammenfassung wichtiger Prognose relevanter Faktoren mit dem Ziel, die Beurteilung des Risikoprofils von Patienten oder Probanden zu erleichtern und vor allem transparenter zu gestalten.

2.5.4 Risk-Assessment und -Management, Risikokommunikation

Die Implementierung der Prognoseforschung in die Praxis der Forensischen Kliniken und der Begutachtung führte zur Entwicklung eines standardisierten Vorgehens.

Die historischen Prognose-Variablen haben zwar eine erhebliche kriminalprognostische Aussagekraft, sind aber nicht veränderbar. Demgegenüber sind klinische Parameter und soziale Empfangsraumbedingungen dynamisch und wandlungsfähig sowie einer Behandlung zugänglich. Insofern liegt der Fokus nicht mehr in einer reinen Deskription des Risikoprofils, sondern vielmehr in einem Herausarbeiten von Änderungsmöglichkeiten unter Einbeziehung aller Ressourcen.

Zunehmend verlagerte sich der Schwerpunkt von einer ausschließlichen Stuserhebung hin zu einem dynamischen Verständnis. Das Risikoprofil wurde vermehrt als Bedarfsanalyse verstanden. Hieraus folgten Konsequenzen für das kriminalpräventive Vorgehen. Hierbei

handelt es sich sowohl um klinische Interventionen als auch Anpassungen der juristischen Rahmenvorgaben (ein Beispiel hierzu wäre eine Änderung der Bewährungsauflagen oder eine Unterbringung zur Krisenintervention nach § 67h StGB über eine begrenzte Wiederin-vollzugsetzung des § 63 StGB; siehe Anhang).

Hierbei sind unter anderem auch ein Netzwerk, ein sogenanntes Helfersystem, von Bedeu-tung und eine zeitnahe und umfangreiche Kommunikation zwischen allen Beteiligten und zwischen den einzelnen Berufsgruppen erforderlich.

2.5.5 Präventionsforschung

Eine Weiterentwicklung der Forschung zur Risikominimierung bei bereits straffällig geworde-nen Personen sind Bemühungen um eine Primärprävention, d. h. die Verhinderung von Straftaten bei bisher nicht straffällig gewordenen psychisch Kranken, die aber einer Risiko-gruppe zuzuordnen sind. Einige Arbeiten von forensischen Wissenschaftlern befassen sich mit der Frage, ob bei allgemeinspsychiatrischen Patienten Delinquenz und eine „Forensifizie-rung“ verhindert werden kann. Hierzu wurden Untersuchungen sowohl nach Einsatz von Prognoseinstrumenten als auch hinsichtlich deliktischen Verhaltens in Allgemein- und foren-sischer Psychiatrie vorgenommen (z. B. Soyka und Ufer 2002; Hodgins und Müller Isberner, 2004; Soyka et al., 2004a, 2004b; Lincoln et al., 2006, Hodgins et al., 2009).

2.5.6 Qualitätssicherung

Da es sich bei forensischen Fragestellungen um teilweise sehr komplexe Sachverhalte han-delt, deren Bearbeitung Kenntnisse auf unterschiedlichen Spezialgebieten erfordert, wurden in der letzten Zeit vermehrt Anstrengungen zur Qualitätssicherung unternommen. Dieser Prozess wurde sowohl von medizinischer als auch von juristischer Seite angestoßen und begleitet. Eine Gruppe von Juristen und forensischen Psychiatern formulierte beispielsweise Mindestanforderungen für das Abfassen von Schuldfähigkeits- und Prognosegutachten (Böt-ticher et al., 2005, 2006).

Das Erstellen einer größeren Anzahl psychiatrischer Gutachten unter Supervision ist in den Anforderungen für die Zulassung zur Facharztprüfung obligat.

Besondere forensische Expertise soll sich zudem in standardisierten Zusatzqualifikationen abbilden. Zunächst von der großen psychiatrischen Dachgesellschaft (DGPPN) 2001, später auch von der Bayerischen Landesärztekammer (2004) wurden Voraussetzungen für ein spe-zielles Zertifikat, bzw. eine Schwerpunktanerkennung „Forensische Psychiatrie“ entwickelt. Voraussetzungen dieser Qualifikationen sind u. a. die Abfassung supervidierter forensischer Gutachten, Absolvierung spezieller Weiterbildungsmaßnahmen in den verschiedenen Rechtsbereichen und Kenntnisse spezifisch forensischer Behandlungen.

2.6 Strukturelle Veränderungen in der Forensischen Psychiatrie am Beispiel des Isar-Amper-Klinikums Klinikum München Ost (IAK-KMO)

In den letzten zwanzig Jahren gab es neben und in Folge der aufgezeigten juristischen, all-gemeinpsychiatrischen und gesundheitspolitischen auch strukturelle Veränderungen in den einzelnen forensischen Maßregelvollzugskliniken.

Exemplarisch können diese am Beispiel des Isar-Amper-Klinikums München Ost (IAK-KMO), auf das sich auch die hier vorliegende Untersuchung bezieht, dargestellt werden:

Der stationäre Bereich der forensischen Psychiatrie im IAK-KMO umfasst über 300 Betten, die sich in etwa 2:1 auf die gemäß § 63 StGB im Maßregelvollzug und auf die gemäß § 64 StGB in der Entziehungsanstalt untergebrachten Patienten verteilen. Aus einem „Sonderbereich“, in dem forensische mit zivilrechtlich untergebrachten Patienten gemeinsam in Stationen für chronisch aggressive Patienten verwahrt wurden, entstanden 1994 die Fachbereiche Forensik I und Forensik II, mit einer getrennten Unterbringung von Patienten die sich gemäß der §§ 63 und 64 StGB im Maßregelvollzug befanden. Dieser wurde kontinuierlich ausgebaut (siehe auch Steinböck, 1999). Die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie umfasst heute 11 Stationen für psychisch kranke und sechs Stationen für suchtkranke Rechtsbrecher.

Vermeehrt wurde am IAK-KMO in diesem Zeitraum auf die Gestaltung eines besonders therapiefreundlichen Milieus in der Folge von administrativen, baulichen und personellen Veränderungen Wert gelegt, um eine qualifizierte forensisch-psychiatrische Behandlung zu begünstigen.

Ambulante Behandlung begann in der Forensik etwa 1995 in der sogenannten „grauen Ambulanz“. Die Patienten wurden auf eigenen Wunsch von den Bezugspersonen ihrer ehemaligen Entlass-Stationen weiter betreut.

1996 wurde die forensische Ambulanz als Teil der Institutsambulanz des IAK-KMO anerkannt. Schrittweise verdeutlichte sich, in welcher Form die Gratwanderung zwischen Behandlung und Kontrolle in die Praxis umgesetzt werden kann (siehe auch Steinböck et al., 2004). Eine forensische Ambulanz war zunächst als Modellprojekt „Ambulante Sicherungsnachsorge“ für Bayern durch das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Oktober 2000 konzipiert worden mit der Frage, ob eine Zunahme an Sicherheit, eine Kostenreduktion und eine spezifisch-forensische Behandlung dadurch zu erzielen seien. Im Rahmen des Projekts waren - zunächst begrenzt auf zwei Jahre - an den forensischen Einrichtungen der Bezirkskrankenhäuser (BKH) Haar, Bayreuth und Erlangen forensische Ambulanzen etabliert und nach Abschluss der Modellprojektes weitergeführt worden.

Seit November 2004 ist die forensische Ambulanz eine eigene Abteilung. 2010 kam zu dem Standort im IAK Klinikum München Ost die City-Ambulanz in München dazu.

1997 wurde in Kooperation mit der Bayerischen Gesellschaft für psychische Gesundheit eine forensische Wohngemeinschaft eröffnet. Diese betreut 15 Patienten. Es handelt sich vorwie-

gend um Patienten, die einen schwierigen Krankheitsverlauf mit einem hohen Betreuungsbedarf aufweisen und alternativ ausschließlich in einem Heim für psychisch Kranke leben könnten.

Anfang der 1990er Jahre begannen im gesamten Klinikum Renovierungs-, Sanierungs- und Umbaumaßnahmen. Die ehemaligen Bettensäle wichen ein- bis drei-Bett-Zimmern, der „Wohnsaal“ wurde durch mehrere Aufenthaltsräume ersetzt und die Betten der einzelnen Stationen von über 40 auf 20-25 reduziert.

Auch in der Forensik erfolgte eine Anpassung der personellen Ausstattung an die Psychiatriepersonalverordnung von 1990, auch wenn diese nicht explizit für die Forensik vorgesehen war. Es wurde mehr Personal eingestellt, mehr Wert auf eine therapeutische Ausbildung gelegt, und durch die Verkleinerung der Stationen kam es zu einer Verringerung des Case-loads.

Die Zuordnung von Funktionen wurde schrittweise zugunsten des Bezugspersonensystems verlassen. Auch wenn nach wie vor mehrere Berufsgruppen mit einem Patienten befasst sind, werden die Informationen über den Patienten durch den Bezugstherapeuten - im ambulanten Setting entspricht dieses dem „Case Manager“ - gebündelt.

Das Pflegepersonal spezialisiert sich in Fachpflegeausbildungen und sorgt milieutherapeutisch für ein behandlungsunterstützendes Stationsklima.

In den letzten zwanzig Jahren hat Forensik-intern ein Reformprozess stattgefunden, der wesentliche qualitative Veränderungen mit sich gebracht hat.

Seit 1996 gibt es ein stationsübergreifendes Angebot einer spezialisierten Gruppentherapie (Gruppe für Sexualstraftäter, Reasoning and Rehabilitation (R&R)-Gruppe [Ross and Gendreau, 1980], Suchtgruppe, Gruppe für soziales Kompetenztraining) und ab 1997 spezialisierte Stationen (für Sexualstraftäter, Persönlichkeitsstörungen und Doppeldiagnosen). Ebenfalls 1996 wurde eine Angehörigengruppe etabliert, die auf reges Interesse stößt.

Transparenz hat in den letzten Jahren sehr an Bedeutung gewonnen. Entscheidungen werden unter Einbezug aller Berufsgruppen diskutiert und kommuniziert. Therapiepläne werden gemeinsam mit den Patienten erstellt, prognostisch günstige und ungünstige Faktoren reflektiert und die Voraussetzungen für Lockerungsschritte besprochen. Klare und eindeutige Stationsregeln wurden etabliert.

Bei Entscheidungen über Lockerungen wird die Vollstreckungsstaatsanwaltschaft mit einbezogen und bei schweren Straftaten werden die Patienten von externen Gutachtern zu dieser Fragestellung untersucht.

Lockerungen erfolgen im Rahmen des sogenannten „Stufenplans“, der im Leitfaden der Forensik des IAK-KMO hinterlegt ist. Es handelt sich im Einzelnen um vier Lockerungsstufen (Stufen A bis D). Zunächst hat ein Patient die Möglichkeit, in Begleitung von Personal die Station zu verlassen (Stufe A), sich ab Stufe B unbegleitet im Klinikgelände aufzuhalten, ab

Stufe C das Klinikgelände zur externen Arbeitsaufnahme oder anderen Aktivitäten zu verlassen und ab Stufe D außerhalb der Klinik zu übernachten bzw. ein Probewohnen in der für die nach der Entlassung geplanten Wohnung anzutreten.

Die Zahl der Entweichungen in Relation zur Zahl der stationären Patienten ging über die Jahre deutlich zurück. Im Jahr 2011 gab es sieben Entweichungen bei 250 psychisch kranken Untergebrachten; 1994 waren es demgegenüber dreißig Entweichungen bei 120 psychisch kranken Maßregelpatienten gewesen. Diese Entwicklungen stützen die Hypothese, dass die getroffenen Maßnahmen wirkungsvoll waren.

Auf interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde zunehmend großer Wert gelegt, hierbei in Form von Projekten mit universitären Einrichtungen, allgemeinpsychiatrischen Kliniken sowie juristischen, sozialwissenschaftlichen und psychologischen Institutionen.

Im Juni 2012 wurde eine Begutachtungsabteilung eröffnet.

Die Forensik pflegt den Kontakt zu der Strafvollstreckungskammer und zu den Vollstreckungsstaatsanwaltschaften über regelmäßige Einladungen zu Gesprächen, Führungen und Präsentationen, wodurch diesen ein Einblick in das Tagesgeschäft der Maßregelvollzugsklinik gegeben wird. Mit der Bewährungshilfe ist vor allem die Ambulanz vernetzt.

In den letzten Jahren erhielt die Fort- und Weiterbildung einen hohen Stellenwert. Seit 1997 wird für alle Ärzte der Klinik, die noch nicht über die Facharztqualifikation verfügen, ein Gutachtensseminar angeboten. U. a. werden eigene Gutachten vorgestellt, diskutiert und von erfahrenen Oberärzten supervidiert. Innerhalb der Forensik werden Schulungen zur Anwendung von Prognoseinstrumenten (Übersicht z. B. bei Nedopil, 2005) angeboten, die im Rahmen der Erstellung von Therapieplänen oder auch von Stellungnahmen an die Strafvollstreckungskammer Anwendung finden. Externe Evaluationen gewährleisten eine objektive Betrachtung der Effizienz der Arbeit (z. B. Stübner und Nedopil 2009, 2010).

3 Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit steht im Kontext forensischer Forschung zur Frage nach Sinnhaftigkeit und praktischer Umsetzung von gesetzlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen.

Zur Überprüfung der Auswirkungen der veränderten Gesetzgebung, der strukturellen Maßgaben, der stationären und ambulanten Behandlung in der Forensischen Psychiatrie am IAK-KMO wurden zwei Kohorten untersucht.

Die erste Kohorte rekrutierte sich aus Patienten, die zwischen 1990 und 1994, die zweite Kohorte aus Patienten, die zwischen 2000 und 2004 aus der Forensischen Psychiatrie des IAK-KMO entlassen worden waren.

In einem ersten Schritt wurden die Kohorten in Bezug auf soziodemographische Daten, Diagnoseverteilung und Verteilung der Indexdelinquenz untersucht und verglichen.

Explizit waren die folgenden Fragestellungen zu beantworten:

Fragestellung 1: Ist der Entlassungsstatus - gemessen am prognostischen Status zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Maßregelvollzug - in Kohorte II günstiger?

In den letzten Jahrzehnten wurden Prognoseinstrumente entwickelt, um ein validiertes und transparentes Vorgehen in der Risikobeurteilung zu ermöglichen (z. B. Nedopil, 2005). Die Kenntnisse aus der Prognoseforschung fanden auch in spezifisch-forensischen Akzentsetzungen in der Behandlung Anwendung. Allgemein wird bei den Prognosevariablen unterschieden zwischen statischen, bzw. historischen Items, die unveränderbar die durch die Vorgeschichte bedingte Belastung anzeigen, und dynamischen Items, die veränderbar und somit einer Behandlung zugänglich sind und sich auf den klinischen Zustand und den Empfangsraum beziehen.

Da sich klinische und Empfangsraum bezogene Variablen als wichtige Prädiktoren zur Verringerung der Delinquenzrückfälligkeit erwiesen haben (z. B. Nedopil, 2005), veränderbar und Interventionen gegenüber zugänglich sind, waren diese im Fokus der zuletzt implementierten Gesetzes-, Vollzugs- und Therapiepraxisänderungen, um eine Verbesserung der prognostischen Situation zu erzielen.

Hypothese 1.1: Die historischen Prognosevariablen der beiden Kohorten unterscheiden sich nicht.

Hypothese 1.2: Die veränderbaren Prognosevariablen (klinische und Empfangsraumbezogene Variablen) sind in Kohorte II günstiger.

Fragestellung 2: Ist kriminelle Rückfälligkeit in Kohorte II niedriger als in Kohorte I?

Es wäre zu erwarten, dass sich die oben angeführten sozialpolitischen Veränderungen, wie Maßnahmen zur Verbesserung der stationären Therapiequalität, Etablierung einer forensischen Nachsorge, Erweiterung der rechtlichen Rahmenbedingungen etc. in einem Rückgang der kriminellen Rückfälligkeit abbilden.

Hypothese 2.1: Kohorte II zeigt eine geringere allgemeine Rückfälligkeit - gemessen an den Einträgen in den Bundeszentralregisterauszügen.

Hypothese 2.2: Kohorte II zeigt eine geringere Rückfälligkeit für Gewaltdelikte.

Hypothese 2.3: Kohorte II zeigt eine geringere allgemeine Rückfallgeschwindigkeit.

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Diagnose und Rückfälligkeit?

Es gibt Hinweise auf verschiedene Faktoren, die Einfluss auf die Rezidivraten haben (s. Groß, 2004), darunter auch bestimmte diagnostische Konstellationen psychischer Erkrankungen. Bei behandelten schizophrenen Patienten wird inzwischen von einer niedrigeren Rückfallrate als bei nicht-schizophrenen Straftätern ausgegangen (Stadtland und Nedopil, 2005), jedoch bei der Untergruppe der an einer schizophrenen Störungen in Kombination mit einer Suchterkrankung leidenden Personen von einer höheren Rückfälligkeit (z. B. Hodgins und Müller-Isberner, 2014).

Hypothese 3.1: Die veränderbaren Prognosevariablen (klinische und Empfangsraum bezogene Variablen) sind bei den Patienten mit Schizophrenie günstiger.

Hypothese 3.2: Die veränderbaren Prognosevariablen (klinische und Empfangsraum bezogene Variablen) sind bei den Patienten mit Schizophrenie in Kohorte II günstiger als in Kohorte I.

Hypothese 3.3: Schizophrene Patienten haben weniger kriminelle Rückfälle als Patienten mit anderen Diagnosen.

Hypothese 3.4: Schizophrene Patienten der Kohorte II haben weniger kriminelle Rückfälle als diejenigen der Kohorte I.

Hypothese 3.5: Schizophrene Patienten mit Zweitdiagnose Sucht werden häufiger rückfällig als schizophrene Patienten ohne Zweitdiagnose Sucht.

Hypothese 3.6: Schizophrene Patienten mit Zweitdiagnose Sucht der Kohorte II werden weniger deliktisch rückfällig als diejenigen der Kohorte I.

4 Methoden

Die vorliegende Arbeit war Teil einer Gesamtstudie.

Für Bayern konzipierte das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Oktober 2000 ein »Konzept zur ambulanten Sicherungsnachsorge im Rahmen der Führungsaufsicht« und beauftragte mit der Etablierung von Ambulanzen - zunächst begrenzt auf zwei Jahre - die forensischen Einrichtungen der Bezirkskrankenhäuser (BKH) Haar, Bayreuth und Erlangen.

Mit der Begleitevaluation des Projektes über fünf Jahre wurde die Abteilung für Forensische Psychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München beauftragt.

Das Design für eine Untersuchung wurde im November 2001 erstellt, Ministerium und Ethikkommission vorgelegt und von diesen genehmigt (s. a. Nedopil und Stübner, 2008).

Die Untersuchung wurde gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

4.1 Studiendesign

Bei vormals in der Maßregel gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten sollten nach einer Entlassung zwischen den Jahren 2000 und 2004 und bei anschließender forensischer ambulanter Behandlung die kriminellen Rückfalldaten aus den Bundeszentralregisterauszügen ermittelt werden.

Diese sollten verglichen werden mit den Rückfalldaten aus den Bundeszentralregisterauszügen ebenfalls aus der Maßregel gemäß § 63 StGB entlassener Patienten, die jedoch nicht durch eine forensische Ambulanz nachbehandelt worden waren; hierbei handelte es sich um eine historische Kontrollgruppe, eine zwischen 1990 und 1994 entlassene Kohorte.

Für beide Kohorten lagen die Bundeszentralregisterauszüge von Oktober 2010 vor (siehe auch Abbildung 4.1).

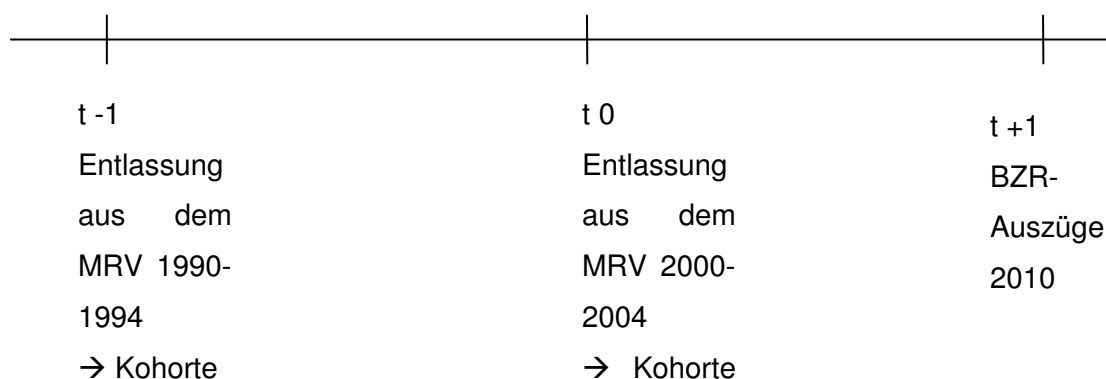


Abbildung 4.1: Studiendesign

Im Rahmen einer größeren Untersuchung zur sogenannten „Ambulanten Sicherungsnachsorge“ waren von 2002 bis 2004 bereits Daten einer zwischen 2000 und 2004 aus drei bayerischen Maßregelvollzugseinrichtungen (MRV) entlassenen Kohorte erhoben worden (s. a. Stübner und Nedopil, 2009; Stübner und Nedopil, 2010).

Eine Subgruppe der Untersuchung zur „Ambulanten Sicherungsnachsorge“ - die aus dem Maßregelvollzug (MRV) im Isar-Amper-Klinikum Klinikum München-Ost (IAK-KMO), vormals Bezirkskrankenhaus Haar (BKH Haar), entlassenen Patienten - wurde als Kohorte II der hiesigen Analyse herangezogen. Diese Kohorte II wurde mit einer historischen Kontrollgruppe (Kohorte I) aus derselben Institution verglichen.

Entscheidendes Unterscheidungsmerkmal sollte das Vorhandensein bzw. das sichere Nicht-Vorhandensein einer speziellen forensischen ambulanten Behandlung sein.

Bereits vor Etablierung der „Ambulanten Sicherungsnachsorge“, im Jahr 2002, waren im Rahmen von sogenannten „grauen Ambulanzen“ ab 1995 aus dem MRV entlassene Patienten zu Teilen forensisch nachbetreut worden. Von 1996 an war die forensische Ambulanz im damaligen BKH Haar Teil der Klinik eigenen Institutsambulanz und erst ab 2004 eine eigene Abteilung der Forensischen Klinik. Deshalb war die historische Kontrollgruppe als Kohorte zu definieren, deren Entlassung aus der Maßregel noch vor der Entstehung derartiger Nachsorgeformen erfolgt war, bei der somit sicher von keiner spezifisch-forensischen Nachbehandlung ausgegangen werden konnte und die auch nicht zu einem späteren Zeitraum in der Forensischen Ambulanz behandelt worden war.

Der letzte Entlassungsjahrgang, bei dem diese Voraussetzungen zutrafen, war 1994. Da pro Jahr in diesem Zeitraum maximal 20, ehemals nach § 63 StGB untergebrachte Patienten aus dem MRV entlassen wurden, war eine Zeitspanne von mindestens vier Jahren zu wählen, um eine ausreichend große Stichprobe zu generieren.

Es handelte sich bei beiden Kohorten um männliche Patienten, die aus der Unterbringung im MRV gemäß § 63 StGB aus dem BKH Haar, später IAK-KMO, entlassen worden waren (siehe auch Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Übersicht zur Methodik - Kohortendefinition

Kohortendefinition	Kohorte I	Kohorte II
	historische Kontrollgruppe	Subgruppe Modellprojekt I „Ambulante Sicherungsnachsorge“
	ohne forensische Nachsorge	mit forensischer Nachsorge
Zeitraum der Entlassung aus dem Maßregelvollzug	1990-1994	2000-2004
Patienten	männliche, psychisch kranke Rechtsbrecher, ehemals im Maßregelvollzug im IAK-KMO gemäß § 63 StGB untergebracht	

4.2 Durchführung

4.2.1 Datenerhebung

Daten bei Entlassung aus dem MRV:

Für die Erhebung der Daten für Kohorte I wurden zwischen 2009 und 2010 den archivierten sogenannten „Standbüchern“ der Stationen des IAK-KMO die Namen und Geburtsdaten der Patienten entnommen, die zwischen 1990 und 1994 entlassen worden waren. Standbücher werden von allen Stationen des Krankenhauses geführt und enthalten die Zu-, Abgänge und besonderen Vorkommnisse eines Jahres in Kalenderform. Zur Datengewinnung wurden nun gemäß der erstellten Namensliste die Krankenakten aus dem Archiv des IAK-KMO angefordert. Die darin enthaltenen Gutachten, Urteile, Arztbriefe, jährliche Stellungnahmen gemäß § 67e StGB an die Vollstreckungsstaatsanwaltschaften und Berichte über den stationären Verlauf wurden durchgesehen und ausgewertet.

Die Erhebung der Daten für Kohorte II war im Vorfeld der hier vorliegenden Untersuchung im Rahmen des Modellprojekts „Ambulante Sicherungsnachsorge“ 2000-2004 durch die jeweiligen Bezugstherapeuten erfolgt. Die Patienten waren in diesem Zeitraum aus dem stationären MRV entlassen und in die ambulante Nachsorge übernommen worden. Zum Zeitpunkt der Entlassung der einzelnen Patienten erfolgten ein Interview und eine Sichtung der Akten. Es handelte sich um mehrere Dokumentationsbögen, die für die Begleitevaluation der ambulanten Sicherungsnachsorge konzipiert worden waren und sich an der Praxis der bereits bestehenden Basisdokumentation und forensischer Zusatzdokumentationen orientierten (Details siehe Nedopil und Stübner, 2008 sowie Kapitel 4.5).

Im Hinblick auf den Einsatz von Prognoseinstrumenten erfolgte im Mai 2002 ein ganztätiges Ratertraining für die Mitarbeiter der forensischen Klinik des IAK-KMO, einschließlich der Referentin.

Bundeszentralregisterauszüge aus 2010:

Von beiden Kohorten wurden im Mai 2010 beim Generalbundesanwalt die Auszüge aus den Bundeszentralregistern angefordert und im Oktober erhalten.

4.2.2 Datenschutz und Verblindung

Kohorte I: Die Pseudonymisierung durch Zuordnung von Fallnummern erfolgte durch die Referentin.

Kohorte II: Durch die Rater erfolgte eine Pseudonymisierung durch Zuordnung von Fallnummern.

Die ausgefüllten Dokumentationsbögen wurden mit Fallnummern kodiert und der zentralen Auswertungsstelle der Forensischen Abteilung der LMU übergeben.

Dort erfolgte die Eingabe durch studentische Hilfskräfte in eine SPSS-Datenbank.

Im Rahmen der Untersuchung der „Ambulanten Sicherungsnachsorge“ war die Einholung der BZR-Auszüge beider Kohorten bei der Generalbundesanwaltschaft durch die Forensische Abteilung der LMU als Forschungsprojekt begründet beantragt und bewilligt worden.

Für die Anforderung der Auszüge wurden am IAK-KMO sowohl für die Kohorte II der „Ambulanten Sicherungsnachsorge“ als auch für die Kohorte I eine Liste aller Patienten mit Namen, Vornamen, Geburtsnamen, Geburtsdatum, Geburtsort und Staatsangehörigkeit erstellt mit den dazugehörigen Fallnummern. Diese Liste wurde vom IAK-KMO in Bezugnahme auf das bewilligte Forschungsprojekt der Forensischen Abteilung direkt an den Generalbundesanwalt gesandt.

Die Zusendung der pseudonymisierten BZR-Auszüge erfolgte durch den Generalbundesanwalt im Oktober 2010 an die Forensische Abteilung der LMU München, wo die Eingabe der Daten aus den BZR-Auszügen in eine Excel-Datei stattfand. Im Anschluss wurden die BZR-Auszüge zurückgesandt.

Die Verblindung erfolgte über eine Trennung von Datenerhebern und Datenauswertern.

Im ersten Teil der erfolgten Auswertungen waren die Daten aus dem Modellprojekt zur Ambulanten Sicherungsnachsorge durch Mitarbeiter des IAK-KMO pseudonymisiert erhoben worden, und die Dateneingabe und Auswertungen an der Forensischen Abteilung der LMU München erfolgt.

Der zweite Teil der Datenerhebung wurde, ebenfalls pseudonymisiert, von der Referentin durchgeführt, und die Auswertungen an der LMU München aus einer SPSS-Datei vorgenommen, die nun beide Kohorten enthielt.

Analog war die Anforderung der BZR-Auszüge beim Generalbundesanwalt durch Mitarbeiter des IAK-KMO erfolgt, und die mit Fallnummern pseudonymisierten BZR-Auszüge an der Forensischen Abteilung der LMU München in die Datenbank eingegeben und ausgewertet worden.

Tabelle 4.2: Übersicht zur Methodik - Datenerhebung

	Kohorte I	Kohorte II	BZR-Auszüge
Zeitraum	2009-2010	2002-2004	2010
Untersucher	Referentin	Behandler	Mitarbeiter der forensischen Abteilung der LMU
Quellen	Aktenstudium	Aktenstudium und Patientenbefragung	BZR-Auszüge 2010
Items	soziodemographische Daten, Diagnosen, rechtliche Grundlagen, Prognosevariablen, Indexdelikte		BZR-Einträge nach Entlassung aus dem MRV
Rating	ein erfahrener Rater Ratertraining, Interraterreliabilitätskontrolle	mehrere Rater	entfällt
Dokumentation	Access- Datenbank	In Papierform durch Behandler	in Excel- Datenbank
Dateneingabe	durch Referentin	in SPSS-Datenbank durch Mitarbeiter der forensischen Abteilung der LMU	durch Mitarbeiter der forensischen Abteilung der LMU
Verblindung und Datenschutz	Pseudonymisierung durch Referentin	Pseudonymisierung durch Behandler	Pseudonymisierung durch Referentin
	Trennung zwischen Erhebung und Auswertung (personell und örtlich)		

4.3 Stichproben

4.3.1 Kohorte I (historische Kontrollgruppe)

Es handelte sich bei Kohorte I um Patienten, die im Maßregelvollzug nach § 63 StGB im Isar-Amper-Klinikum Klinikum München Ost, vormals BKH Haar, untergebracht und zwischen 1990 und 1994 entlassen worden waren. Den archivierten, sogenannten „Standbüchern“ der Stationen wurden die Namen und Geburtsdaten der Patienten entnommen, und deren Akten angefordert und gesichtet (siehe oben, Kapitel 4.2.1). Nicht eingeschlossen werden konnten die Patienten, deren Akten nicht vollständig vorlagen (Fehlen der Urteile oder Gutachten).

In Kohorte I konnten die Daten von 55 Patienten aufgenommen werden.

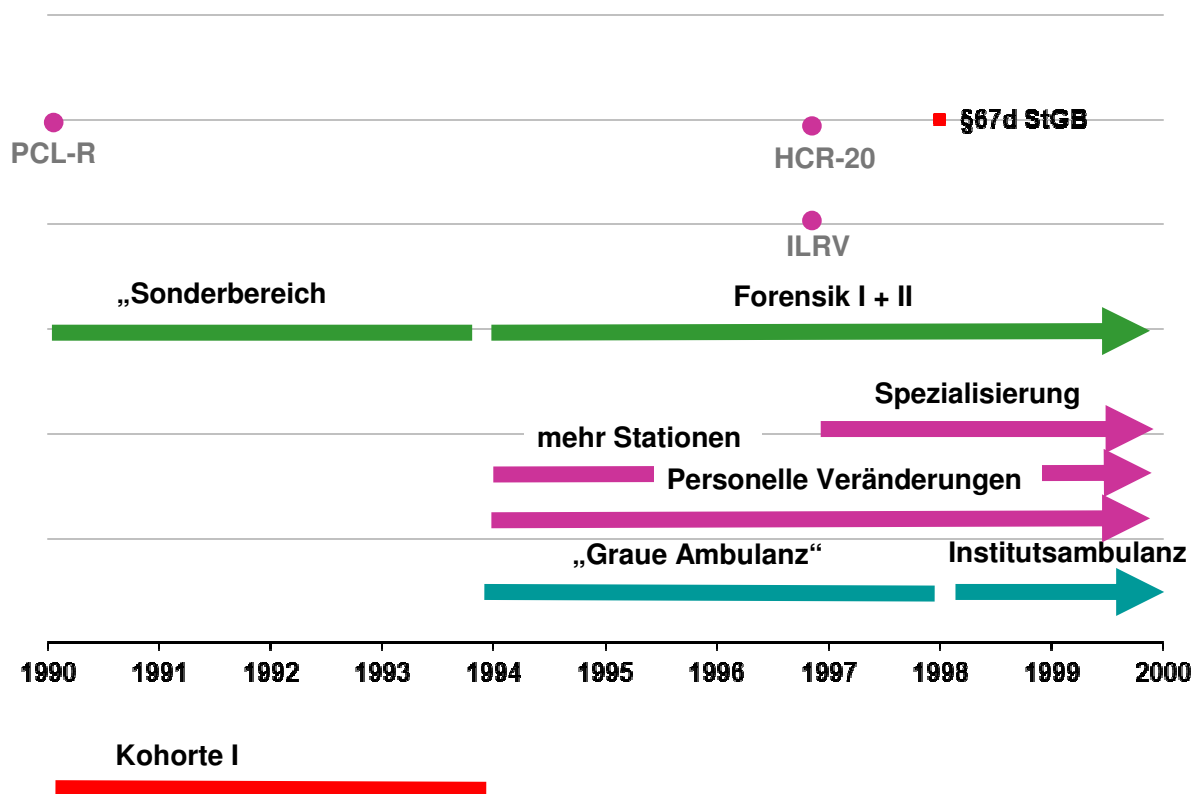


Abbildung 4.2: Rekrutierung der Kohorte I vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug 1990-2000

4.3.2 Kohorte II

Für die hier vorliegende Untersuchung wurde die Kohorte II aus einer Subgruppe der „Ambulanten Sicherungsnachsorge“ rekrutiert, Patienten, die am IAK-KMO behandelt worden waren.

Die Kohorte II setzte sich zu Teilen aus den Patienten zusammen, die von 2000 bis 2004 in die Sicherungsnachsorge der forensischen Ambulanz im IAK Klinikum München Ost aufgenommen worden waren ($n = 65$; siehe auch Nedopil und Stübner, 2008).

Einige dieser Patienten waren bereits vor 2000 aus der Maßregel entlassen worden, waren vor ihrer Entlassung gemäß § 64 StGB untergebracht gewesen, zudem waren auch vereinzelt Frauen einbezogen worden. Diese Patienten wurden in der vorliegenden Untersuchung ausgeschlossen. Insgesamt waren somit 39 Patienten aus der „Ambulanten Sicherungsnachsorge“ in Kohorte II übernommen worden.

Einige Patienten waren ebenfalls nach Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB im IAK-KMO behandelt und im Zeitraum zwischen 2000 und 2004 entlassen und forensisch nachbehandelt worden, jedoch außerhalb des Modellprojektes „Ambulante Sicherungsnach-

sorge“. Diese Patienten wurden in die vorliegende Untersuchung in Kohorte II mit einbezogen. Es handelte sich um weitere sieben Patienten.

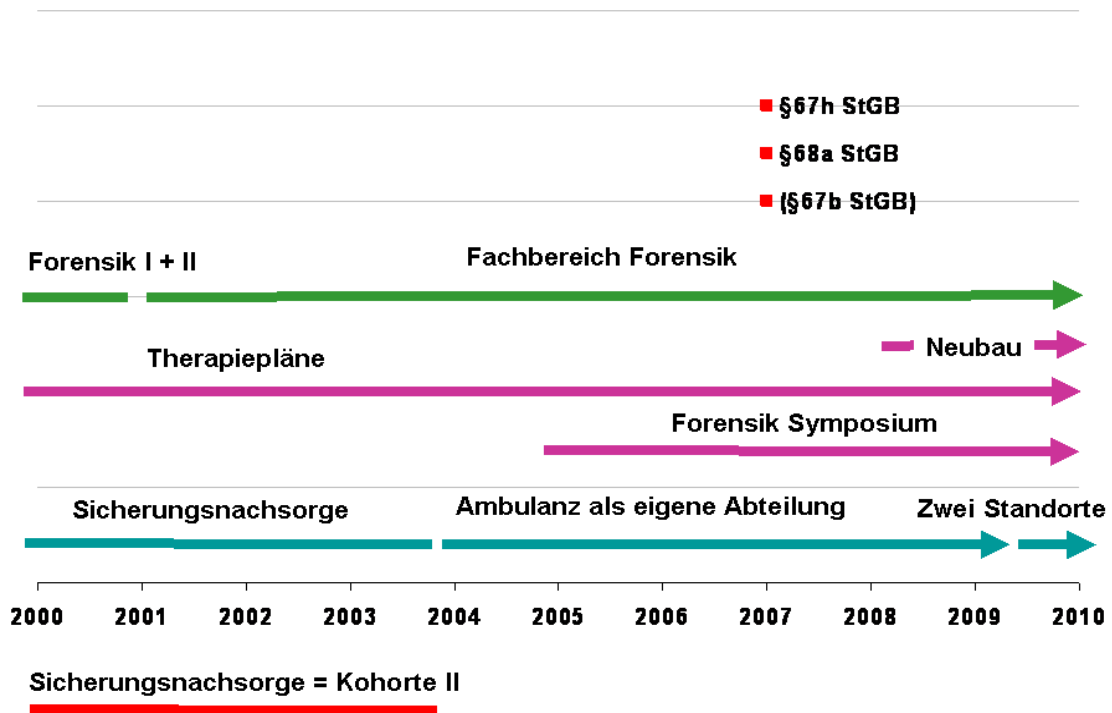


Abbildung 4.3: Rekrutierung der Kohorte II vor dem Hintergrund der Veränderungen der Rahmenbedingungen der Unterbringung in der Maßregel 2000-2010

Tabelle 4.3: Übersicht der Rekrutierung von Kohorte II

Sicherungs- nachsorge	Subgruppe IAK-KMO	Kohorte II
MRV-Kliniken in Bay- reuth, Erlangen und Haar	ausschließlich IAK-KMO	ausschließlich IAK-KMO
Vereinzelt Entlas- sungen bereits vor 2000	Vereinzelt Entlas- sungen bereits vor 2000	Entlassung 2000-2004
vereinzelt Frauen Unterbringungen gemäß §§ 63 und 64 StGB	vereinzelt Frauen Unterbringungen gemäß §§ 63 und 64 StGB	ausschließlich Männer ausschließlich Unterbringungen gemäß § 63 StGB
n = 111	n = 65	n = 39
		zusätzlich Patienten, die nicht in das Projekt „Ambulante Sicherungsnachsorge“ aufge- nommen worden, aber forensisch nachbe- handelt worden waren
		n = 7 Gesamt N = 46

4.3.3 Fallzahlen

Bei Kohorte I handelte es sich um insgesamt 55 Patienten, die zwischen 1990 und 1994 ($n = 55$; „historische Kontrollgruppe“), und bei Kohorte II um 46 Patienten, die zwischen 2000 und 2004 aus dem Maßregelvollzug entlassen worden waren ($n = 46$).

Von den für alle Patienten angeforderten BZR-Auszügen gingen insgesamt 89 ein, 46 für Kohorte I und 43 für Kohorte II

Tabelle 4.4: Fallzahlen der BZR-Auszüge

	Kohorte I	Kohorte II	gesamt
BZR	46	43	89
n	55	46	101

4.3.4 Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung

In beiden Kohorten waren alle Patienten auf der Grundlage von § 63 StGB, die meisten in Verbindung mit § 20 StGB (Schuldunfähigkeit), die anderen in Verbindung mit § 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit) untergebracht gewesen. Bei einem kleinen Teil der Patienten war die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB zugleich mit ihrer Anordnung zur Bewährung ausgesetzt worden (§ 67b StGB).

Tabelle 4.5: Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung

Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung	Kohorte I	Kohorte II	gesamt
§ 20 StGB	35	34	69
§ 21 StGB	20	12	32
§ 63 StGB	51	41	92
§§ 63, 67b StGB	4	5	9
N	55	46	101

4.4 Interventionen

4.4.1 Nachbetreuung durch die Forensische Ambulanz

Eine Intervention im Sinne einer Manipulation in der Interventionsgruppe wurde in dieser retrospektiven Untersuchung naturalistischer Daten nicht durchgeführt.

Der wesentliche Unterschied der beiden miteinander verglichenen Kohorten war allerdings die fehlende (Kohorte I) bzw. verfügbare (Kohorte II) Nachbetreuung durch eine forensische Ambulanz.

Die forensische Ambulanz am IAK-KMO war im Oktober 2000 zunächst als Modellprojekt „Ambulante Sicherungsnachsorge“ für Bayern durch das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen konzipiert worden.

Das Konzept des Ministeriums hatte als Einschlusskriterien für die „Ambulante Sicherungsnachsorge“ vorgesehen:

- Entlassung nach Unterbringung im Maßregelvollzug,
- Schwere des Einweisungsdeliktes,
- psychiatrische Diagnose,
- ungünstiges Lebensumfeld bei Entlassung,
- keine ausreichende allgemeinpsychiatrische Versorgung,
- räumliche Nähe zu den ausgewählten Institutionen,
- Therapiebereitschaft und Einverständnis.

Die Patienten der Kohorte II hatten nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug zunächst wöchentliche Kontakte in der forensischen Ambulanz, deren Frequenz im Verlauf der Führungsaufsicht auf zwei- bis vierwöchentliche Abstände reduziert wurde. Bei Bedarf fanden häufigere Termine statt, Hausbesuche, Telefonate, Gruppen- und Angehörigengespräche. Zudem erfolgten Medikamentenverabreichungen, Blutspiegel- und Laborkontrollen sowie Drogenscreenings.

4.5 Instrumente

Für beide Kohorten wurden folgende Items erhoben, bzw. geratet:

4.5.1 Daten aus der Basisdokumentation (BADO) und soziodemographische Daten

Kohortennummer, Fallnummer, Datum der Aufnahme und Entlassung aus dem MRV, Schulabschluss (ohne Abschluss, Sonderschulabschluss, Hauptschulabschluss, qualifizierender Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Fachabitur, Abitur, polytechnische Oberschule), Berufsausbildung (ohne Ausbildung, Lehre, akademisch, sonstiges), Migrationshintergrund (gegeben oder nicht), Alter bei Entlassung aus dem MRV, Wohnsituation (eigene Wohnung oder Einrichtung), Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt/geschieden), berufliche Situation (akademisch, Lehrberuf, ungelernt, berentet, arbeitslos), gesetzliche Betreuung (jeweils gegeben oder nicht);

4.5.2 Diagnosen

Hauptdiagnose in Worten und verschlüsselt nach ICD-10 kodiert (International Classification of Diseases; World Health Organization, 1992 – s. a. u.; erste numerische Stelle), Zweitdiagnose (gegeben oder nicht; etwaige Diagnose in Worten und nach ICD-10 kodiert, erste numerische Stelle), Drittdiagnose (gegeben oder nicht; etwaige Diagnose in Worten und nach ICD-10 kodiert, erste numerische Stelle).

Tabelle 4.6: Hauptkategorien psychischer Erkrankungen gemäß ICD-10

Diagnostische Kategorien gemäß ICD-10, Kapitel F	
0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
3	Affektive Störungen
6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Intelligenzminderungen

Aus den zur Diagnose erhobenen Daten wurden folgende Variablen gebildet: Für die Diagnose der Schizophrenie (ICD-10 F2) wurde ein Item „gegeben oder nicht“ erstellt, ferner für die Diagnosekonstellation Schizophrenie und Zweitdiagnose Sucht „gegeben oder nicht“.

4.5.3 Indexdelinquenz

Zur Unterbringung führendes Delikt (bei mehreren Delikten das schwerste; bei Straftaten gegen das Leben sowie gegen die sexuelle Selbstbestimmung einschließlich Versuch [wenn im Urteil zur Unterbringung nach § 63 StGB als Straftat gewertet]).

Zur Bearbeitung erfolgte eine Kodierung in Anlehnung an die Polizeiliche Kriminalstatistik, (z. B. Polizeiliche Kriminalstatistik, 2012): Delikt gegen das Leben, gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Körperverletzungsdelikt, Eigentumsdelikt, Brandstiftung, Verkehrsdelikt, Betrug, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz und sonstige Delikte. Die vollendete Vergewaltigung wurde als Gewaltdelikt gewertet, der Versuch als Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung.

Für eine weitere Detail-Auswertung erfolgte eine Einteilung in drei Kategorien: jegliches Gewaltdelikt (einschließlich Straftaten gegen das Leben), Delikt gegen die sexuelle Selbstbestimmung und sonstiges.

Ferner wurde eine Variable gebildet: Straftaten gegen das Leben „gegeben oder nicht“.

Tabelle 4.7: Delikt-Kategorien, in Anlehnung an die Polizeiliche Kriminalstatistik

Delikt-Kategorien	
0	Straftaten gegen das Leben
1	Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung
2	Körperverletzungsdelikt
3	Eigentumsdelikt
4	Brandstiftung
5	Verkehrsdelikt
6	Betrug
7	Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz
8	Sonstiges Delikt

4.5.4 Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung

Es wurde festgehalten, ob ein Patient bei Begehung der Straftat schuldunfähig war (§ 20 StGB) oder vermindert schuldfähig (§ 21 StGB), ob die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet wurde (§ 63 StGB) oder ob die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zugleich mit ihrer Anordnung zur Bewährung ausgesetzt wurde

(§ 67b StGB). Die Items wurden als jeweils gegeben oder nicht kodiert. (Zu den einzelnen Gesetzestexten s. a. Tabelle im Anhang).

4.5.5 Prognosevariablen

Es wurden folgende Prognoseinstrumente angewandt:

PCL-R (Psychopathy Checklist – Revised; Hare 1990; in der deutschen Übersetzung, Born et al., 1991; s. a. u. sowie Tabelle 4.8). Die einzelnen Items werden mit 0 für „trifft nicht zu“, mit 1 für „trifft möglicherweise oder teilweise zu“ bis 2 für „trifft sicher zu“ bewertet. Zuletzt wird ein Summenscore gebildet. Dieser geht auch als eigenes Item in den HCR-20 ein (s. a. u.). Bei 20 Items liegt der maximal erreichbare Wert bei 40.

Tabelle 4.8: Merkmale der revidierten Psychopathie-Check-Liste (Hare, 1990; Tabelle nach Nedopil, 2005)

Nr.	Item
1.	Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme
2.	Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl
3.	Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile
4.	Pathologisches Lügen (Pseudologie)
5.	Betrügerisch-manipulatives Verhalten
6.	Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein
7.	Oberflächliche Gefühle
8.	Gefühlskälte, Mangel an Empathie
9.	Parasitärer Lebensstil
10.	Unzureichende Verhaltenskontrolle
11.	Promiskuität
12.	Frühe Verhaltensauffälligkeiten
13.	Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen
14.	Impulsivität
15.	Verantwortungslosigkeit
16.	Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen
17.	Viele kurzzeitige, ehe(ähn)liche Beziehungen
18.	Jugendkriminalität
19.	Missachtung von Weisungen und Auflagen
20.	Polytrope Kriminalität

HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20 Scheme. The Assessment of Dangerousness and Risk, 2nd ed.; Webster et al.,1997; s. a. Tabelle 4.9). Der HCR-20 umfasst zehn Variablen zur Vorgeschichte (historische Variablen), fünf klinische Parameter sowie fünf Risikovariablen. Die einzelnen Items werden mit 0 für „nicht vorhanden“ bis 2 für „ausgeprägt vorhanden“ bewertet. Bei 20 Items liegt der maximal erreichbare Gesamtwert bei 40; für die Sub-Scores bei 20 für den H-Score bzw. bei 10 für den C- und R-Score.

Tabelle 4.9: Merkmale des HCR-20 (Webster et al.,1997; deutsche Übersetzung Müller-Isberner et al., 1998; Tabelle nach Nedopil, 2005)

Nr.	Item
Historische Variablen	
H 1	Frühere Gewaltanwendung
H 2	Alter bei erster Gewalttat
H 3	Stabilität von Partnerbeziehungen
H 4	Stabilität in Arbeitsverhältnissen
H 5	Alkohol-/Drogenmissbrauch
H 6	Psychische Störung
H 7	Psychopathie (PCL-R-Wert)
H 8	Frühe Anpassungsstörung
H 9	Persönlichkeitsstörung
H 10	Frühere Verstöße gegen Bewährungsaufgaben
Klinische Variablen	
C 1	Mangel an Einsicht
C 2	Negative Einstellungen
C 3	Aktive Symptome
C 4	Impulsivität
C 5	Fehlender Behandlungserfolg
Risikovariablen	
R 1	Fehlen realisierbarer Pläne
R 2	Destabilisierende Einflüsse
R 3	Mangel an Unterstützung
R 4	Fehlen der Compliance
R 5	Stressoren

ILRV (Integrierte Liste der Risikovariablen; nach Nedopil u. Graßl 1988; Nedopil, 2005; s. a. Tabelle 4.10). Die ILRV ist ein in vier Abschnitte gegliedertes Prognoseinstrument und umfasst Variablen zum Ausgangsdelikt (5 Items), zur Anamnese (9 Items), zur klinischen Situation (7 Items) und zum sozialen Empfangsraum (8 Items). Die ILRV beinhaltet einige Variablen aus dem HCR-20 (s. a. Tabelle 4.10). Die einzelnen Items werden, wie im HCR-20, mit 0 für „nicht vorhanden“ bis 2 für „ausgeprägt vorhanden“ codiert. Der maximal erreichbare Gesamtwert liegt bei 58.

In die Datenbank wurden alle einzelnen Items der Prognoseinstrumente sowie PCL-R-Score, HCR-20-Score, H-Sub-Score, C-Sub-Score, R-Sub-Score und ILRV-Score, ILRV-A-Sub-Score, ILRV-B-Sub-Score, ILRV-C-Sub-Score und ILRV-D-Sub-Score aufgenommen.

Die in ILRV und HCR-20 identischen Parameter wurden im Rahmen des HCR-20 geratet und in die ILRV übernommen.

Anmerkung: Die Voraussetzung zur Anwendung eines Prognoseinstruments ist ein Rater-Training; die Instrumente dürfen ausschließlich von geschulten Personen angewendet werden; dies war vorliegend gegeben. Die Instrumente sind lizenziert; entsprechende Lizenzen lagen an der forensischen Abteilung der LMU München vor.

Tabelle 4.10: Merkmale ILVR (Nedopil und Graßl, 1988; Nedopil, 2005, Tabelle nach Nedopil, 2005)

HCR20	Nr.	Item
	A	Ausgangsdelikt
	1	Statistische Rückfallwahrscheinlichkeit
	2	Bedeutung situativer Faktoren für das Delikt
	3	Einfluss einer vorübergehenden Krankheit
	4	Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung
	5	Erkennbarkeit kriminogener oder sexuell devianter Motivation
	B	Anamnestische Daten
H 1	1	Frühere Gewaltanwendung
H 2	2	Alter bei erster Gewalttat
H 3	3	Stabilität von Partnerbeziehungen
H 4	4	Stabilität in Arbeitsverhältnissen
H 5	5	Alkohol-/Drogenmissbrauch
H 6	6	Psychische Störung
H 8	7	Frühe Anpassungsstörung
H 9	8	Persönlichkeitsstörung
H 10	9	Frühere Verstöße gegen Bewährungsauflagen

	C	Postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung (Klinische Variablen)
	1	Krankheitseinsicht und Therapiemotivation
	2	Selbstkritischer Umgang mit bisheriger Delinquenz
	3	Besserung psychopathologischer Auffälligkeiten
C 2	4	Pro-/Antisoziale Lebenseinstellung
C 4	5	Emotionale Stabilität
	6	Entwicklung von Coping- Mechanismen
	7	Widerstand gegen Folgeschäden durch Institutionalisierung
	D	Sozialer Empfangsraum (Risiko-Variablen)
	1	Arbeit
	2	Unterkunft
	3	Soziale Beziehungen mit Kontrollfunktion
	4	Offizielle Kontrollmöglichkeiten
	5	Konfliktbereiche die rückfallgefährdende Situationen wahrscheinlich machen
	6	Verfügbarkeit von Opfern
R 2	7	Zugangsmöglichkeiten zu Risiken
R 4	8	Compliance
R 5	9	Stressoren

4.5.6 Bundeszentralregister(BZR)-Einträge

Zunächst wurde vermerkt, ob ein BZR-Auszug zu dem einzelnen Fall erhalten wurde oder nicht.

Den BZR- Auszügen wurden entnommen:

Vermerk eines Widerrufs der Aussetzung zur Bewährung des § 63 StGB (vorliegend oder nicht), Verlängerung der Führungsaufsicht (vorliegend oder nicht), Eintrag im BZR bzgl. Freiheitsentzug nach Entlassung aus dem MRV (vorhanden oder nicht), gesamte Anzahl der Einträge im BZR nach Entlassung aus dem MRV, Einträge über Delikte nach Entlassung aus dem MRV (gegeben oder nicht), Delikte nach Entlassung aus dem MRV (wie Deliktkatalog, s. o.), Datum des ersten Eintrags nach Entlassung.

Es zeigte sich, dass bei allen Patienten, die Einträge in das BZR enthalten hatten, auch Delikte vorlagen, so dass die Anzahl der Einträge gleich der Anzahl der Delikte war. Zwar fanden sich Einträge in das BZR, die nicht einem Delikt gleichkamen (z. B. Nicht-Gewährung eines Waffenscheines), jedoch fanden sich auch bei diesen Patienten Einträge über Delikte bzw. über Widerruf oder Verlängerung der Führungsaufsicht. Insofern wurden eigene Berechnungen über Einträge nicht vorgenommen. Ein Widerruf der Aussetzung zur Bewährung des § 63 StGB wurde auch als Delikt gewertet, da ausschließlich eine Straftat zum Widerruf

führt; bei drohender Straftat wäre eine Unterbringung nach § 453c StPO, entsprechend einem Sicherungshaftbefehl, jedoch kein Widerruf erfolgt. Eine Verlängerung der Führungsaufsicht wurde deshalb ebenfalls als Delikt gewertet, da diesem ein Verstoß gegen Bewährungsaufgaben zugrunde liegt, der ebenfalls ein Delikt darstellt.

Derzeit kann bei entsprechend ungünstiger Prognose von der forensischen Ambulanz eine Verlängerung der Führungsaufsicht empfohlen werden, deren Notwendigkeit durch einen externen Gutachter überprüft werden muss. Folgt das Gericht einer entsprechenden Empfehlung, kann demnach inzwischen eine Verlängerung auch ohne Delikt eintreten. Allerdings existiert diese Praxis erst in den letzten Jahren, so dass im hier gegenständlichen Untersuchungszeitraum bei Verlängerung der Führungsaufsicht von Delinquenz auszugehen war.

Aus den dem BZR entnommenen Informationen wurden folgende Berechnungen angestellt: Das Datum des ersten Eintrags nach Entlassung oder Datum der Anforderung des BZR-Auszugs (zur Berechnung der Kaplan-Meier-Überlebenskurven), analog das Datum der ersten Gewalttat bzw. ersten Freiheitsentzugs oder Datum der Anforderung des BZR-Auszuges. Hieraus erfolgten wiederum Berechnungen der Dauer in Monaten bis zum ersten Eintrag im BZR nach Entlassung aus dem MRV, Dauer in Monaten bis zur ersten Gewalttat nach Entlassung aus dem MRV, Dauer in Monaten bis zum ersten Freiheitsentzug nach Entlassung aus dem MRV.

Ferner erfolgten analog Aufarbeitungen der Einträge jeweils innerhalb von fünf und sechs Jahren nach Entlassung aus dem MRV. Der fünfjährige Zeitraum entspricht in der Regel - seltene Abweichungen sind 3 Jahre - dem Zeitraum der angeordneten Führungsaufsicht. Sechs Jahre nach Entlassung aus der Maßregel war der längst mögliche gemeinsam zu untersuchende Zeitraum der beiden Kohorten nach einer Entlassung aus dem MRV bis zur Beantragung der Bundeszentralregisterauszüge.

4.6 Dokumentation und Rating

Im Rahmen der Begleituntersuchung der „Ambulanten Sicherungsnachsorge“ waren mehrere Dokumentationsbögen entwickelt worden, die sich an bereits bestehenden, allgemein verwendeten Basis- und forensischen Zusatzdokumentationen orientierten und die o. a. Items umfassten.

Die Bögen wurden von den Therapeuten der forensischen Ambulanz für Kohorte II begleitend zur Behandlung in Papierform ausgefüllt.

Zuvor war ein ganztägiges Seminar mit Besprechung der Bögen und einem speziellen Rater-Training bezüglich der Prognoseinstrumente für alle Mitarbeiter der Maßregelvollzugseinrichtung an der Forensischen Abteilung der LMU unter Leitung von Professor Nedopil erfolgt. Alle Mitarbeiter der Forensischen Klinik des IAK-KMO sind überdies im Rahmen der klinischen Tätigkeit in der Handhabung der Prognoseinstrumente, in diesem Fall HCR-20, PCL-R

und ILRV geschult. Zudem erfolgten Überprüfungen der Interraterreliabilität (gemeinsame Ratings und vergleichende Überprüfungen durch andere erfahrene Rater).

Das Rating für Kohorte I durch die Referentin erfolgte ebenfalls nach Ratertrainings. Diese waren bereits im Rahmen der klinischen Tätigkeit in der Forensischen Klinik des IAK-KMO erfolgt, wurden vor Beginn der Untersuchung sowie später mehrfach aufgefrischt. Zudem erfolgten Überprüfungen der Interraterreliabilität (gemeinsame Ratings und vergleichende Überprüfungen durch andere erfahrene Rater).

Die Dokumentation für Kohorte I erfolgte durch die Referentin direkt in die Datenbank.

4.7 Statistische Analysen

Die beiden unabhängigen Stichproben (Kohorte I und II) wurden zunächst deskriptiv statistisch bezüglich soziodemographischer Daten, Diagnose- und Indexdeliktverteilung untersucht und miteinander verglichen (t-Test, bzw. Mann-Whitney-U-Test).

Der Levene-Test wurde eingesetzt, um die Varianz-Homogenität zu überprüfen.

Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq .05$ festgelegt (p zweiseitig).

Mitunter wurde auch dann der t-Test für unabhängige Stichproben berechnet, wenn die Normalverteilungsannahme nicht erfüllt war, da dieser bei Varianzhomogenität auf Verletzungen der Voraussetzungen sehr robust reagiert (Bortz, 2005).

Bei einer Häufigkeit von $< 20\%$ kam, entsprechend der statistischen Vorgaben, nicht der Chi²-Test, sondern der Fisher's Exact-Test zum Einsatz.

Ob sich die beiden Kohorten hinsichtlich Rückfallhäufigkeit und Rückfallgeschwindigkeit unterscheiden, wurde mit Hilfe der Kaplan-Meier-Methode überprüft. Mit dem Log-Rank-Test wurde verifiziert, ob signifikante Gruppenunterschiede vorliegen. Es wurde einmal der gesamte Beobachtungszeitraum untersucht, sowie die Zeiträume von fünf bzw. sechs Jahren nach Entlassung aus der Maßregel.

Die Prognosevariablen der Prognoseinstrumente HCR-20 und ILRV wurden mit dem U-Test untersucht.

4.8 Umgang mit Dropouts

Es wurden von allen Patienten der beiden Kohorten ($N = 101$) Bundeszentralregisterauszüge angefordert, die aber nicht vollständig eingingen ($n = 89$), entsprechend 80 %. Für die Berechnungen betreffend die kriminelle Rückfälligkeit konnten lediglich die Daten der Patienten herangezogen werden, für die Bundeszentralregisterauszüge vorlagen.

4.9 Computerprogramme

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe von Acces- und Excel-Datenbanken, die in das Statistikprogramm SPSS Windows 19 (SPSS Inc., 2012) überführt wurden. Die Auswertung und

Darstellung erfolgten mit den Programmen SPSS, Excel und Power Point (Microsoft-Corporation, 2003a und b).

5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Ergebnisse

Zunächst wurden die Kohorten in Bezug auf soziodemographische Daten, Diagnoseverteilung und Verteilung der Indexdelinquenz untersucht und verglichen.

5.1.1 Soziodemographische Daten zum Entlassungszeitpunkt

Alter

Die Patienten der Kohorte I waren bei Entlassung aus dem MRV durchschnittlich 44,58 Jahre alt (SD = 11.41 Jahre), die der Kohorte II 38,5 Jahre (SD = 10.85 Jahre); $t(99) = 2.72$, $p = .008$.

Familienstand

Von beiden Kohorten war der Großteil der Patienten ledig; von Kohorte I waren es 36 Patienten, 65,45 %, und von Kohorte II 35 Patienten, 76,09 %. Nur fünf Patienten der Kohorte I, 9,09 %, und vier Patienten der Kohorte II, 8,70 %, waren verheiratet, 14 Patienten der Kohorte I, 25,45 %, und sieben Patienten der Kohorte II, 15,21 %, lebten getrennt bzw. waren geschieden; die Verteilung unterschied sich zwischen den beiden Kohorten nicht signifikant ($p = .494$; Fisher's Exact Test).

Tabelle 5.1: Familienstand bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug

	Kohorte I		Kohorte II		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
ledig	36	65,45	35	76,09	71	70,30
verheiratet	5	9,09	4	8,70	9	8,91
getrennt/geschieden	14	25,45	7	15,21	21	20,79
gesamt	55	100,00	46	100,00	101	100,00

Migration

In Kohorte I hatten 14 Patienten - 25,45 % - einen Migrationshintergrund, in Kohorte II waren es 10 % weniger. Die Verteilung zwischen den beiden Kohorten unterschied sich nicht signifikant; $\chi^2(1, N = 101) = 1.594$, $p = .207$.

Schulabschluss

Die meisten Patienten verfügten über einen nicht qualifizierenden Volks- bzw. Hauptschulabschluss (Kohorte I: $n = 26$; Kohorte II: $n = 15$). Keinen Schulabschluss hatten in Kohorte I sieben und in Kohorte II fünf Patienten. In beiden Kohorten hatten jeweils vier Patienten einen Sonderschulabschluss. Einen qualifizierenden Hauptschulabschluss hatten in Kohorte I drei und Kohorte II acht Patienten. Über eine Mittlere Reife verfügten in Kohorte I zehn und in Kohorte II vier Patienten, über Fachabitur in Kohorte I kein Patient und in Kohorte II zwei Patienten, über ein Abitur in Kohorte I fünf und in Kohorte II sieben Patienten. Eine polytechnische Oberschule hatte ein Patient der Kohorte II besucht. Die Verteilung unterschied sich nicht signifikant (Fisher`s Exact Test; $p = .141$).

Tabelle 5.2: Schulabschluss

	Kohorte I		Kohorte II		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Kein Schulabschluss	7	12,73	5	10,87	12	11,88
Sonderschulabschluss	4	7,27	4	8,69	8	7,92
Hauptschulabschluss	26	47,27	15	32,61	41	40,59
Qualifiz. Hauptschulabschluss	3	5,45	8	17,39	11	10,89
Mittlere Reife	10	18,18	4	8,69	14	13,86
Fachabitur	0	0,00	2	4,35	2	1,98
Abitur	5	9,09	7	15,22	12	11,88
Polytechnische Oberschule	0	0,00	1	2,17	1	0,99
gesamt	55	100,00	46	100,00	101	100,00

Ausbildung

In Kohorte I hatten die meisten Patienten ($n = 37$) eine Lehre abgeschlossen. Über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten 15 Patienten. Drei Patienten hatten eine akademische Ausbildung.

In Kohorte II waren die meisten Patienten ohne abgeschlossene Berufsausbildung ($n = 24$), 17 hatten eine Lehre absolviert und fünf Patienten einen akademischen Beruf erlernt.

Die Verteilung zwischen den Kohorten unterschied sich signifikant (Fisher`s Exact Test; $p = .008$).

Tabelle 5.3: Berufsausbildung

	Kohorte I		Kohorte II		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Keine Berufsausbildung	15	27,27	24	52,17	39	38,61
Lehre	37	67,27	17	36,96	54	53,47
Akademischer Abschluss	3	5,45	5	10,87	8	7,92
gesamt	55	100,00	46	100,00	101	100,00

Wohnsituation

Von Kohorte I waren 22 Patienten, 40 %, aus dem MRV in eine eigene Wohnung entlassen worden und 33 Patienten, 60 %, in Einrichtungen für psychisch Kranke.

Bei den Patienten von Kohorte II waren 16 Entlassungen, 34,78 %, in eine eigene Wohnung erfolgt und 30 Entlassungen, 65,22 %, in Einrichtungen für psychisch Kranke.

Auch wenn der Anteil an Entlassungen in Einrichtungen für psychisch Kranke in Kohorte II höher lag, unterschieden sich die beiden Kohorten nicht signifikant ($X^2(1, N = 101) = .291, p = .590$).

Tabelle 5.4: Wohnsituation bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug

	Kohorte I		Kohorte II		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Eigene Wohnung	22	40,00	16	34,78	38	37,62
Einrichtung	33	60,00	30	65,22	63	62,38
gesamt	55	100,00	46	100,00	101	100,00

Gesetzliche Betreuung

Eine gesetzliche Betreuung hatten bei Entlassung aus der Maßregel 28 Patienten, 50,91 %, der Kohorte I und 29 Patienten, 63,4 %, der Kohorte II. Auch hier ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kohorten ($X^2(1, N = 101) = 1.50, p = .221$).

Tabelle 5.5: Gesetzliche Betreuung bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug

	Kohorte I		Kohorte II		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Keine Betreuung	27	49,09	17	36,96	44	43,56
Betreuung	28	50,91	29	63,04	57	56,44
gesamt	55	100,00	46	100,00	101	100,00

5.1.2 Diagnosen

Hauptdiagnosen

Die Diagnose einer Schizophrenie war am häufigsten vergeben worden (Kohorte I: $n = 30$, 54,54 %; Kohorte II: $n = 38$, 82,61 %). Es folgten Persönlichkeitsstörungen (Kohorte I: $n = 13$, 23,64 %; Kohorte II, $n = 6$, 13,04 %), organische psychische Störungen (Kohorte I: $n = 7$, 12,73 %; Kohorte II: $n = 1$, 2,17 %), Intelligenzminderungen (Kohorte I: $n = 2$, 3,64 %; Kohorte II, $n = 0$, 0 %), Suchterkrankungen (Kohorte I: $n = 2$, 3,64 %; Kohorte II: $n = 0$, 0 %), affektive Störungen (Kohorte I: $n = 0$, 0 %, Kohorte II: $n = 1$, 2,17 %) und neurotische Störungen (Kohorte I: $n = 1$, 1,82 %; Kohorte II: $n = 0$, 0 %).

Die Verteilung der Hauptdiagnosen unterschied sich signifikant zwischen Kohorte I und II ($p = .015$; Fisher's Exact Test). Hierbei fiel auf, dass insbesondere ICD-10: F0, F2 und F6, d. h. organische Störungen, Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen unterschiedlich verteilt waren (s. Abbildung 5.1). In Kohorte II zeigte sich ein deutlich größerer Anteil an Schizophrenien, während der Anteil von organischen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen wesentlich geringer ausfiel.

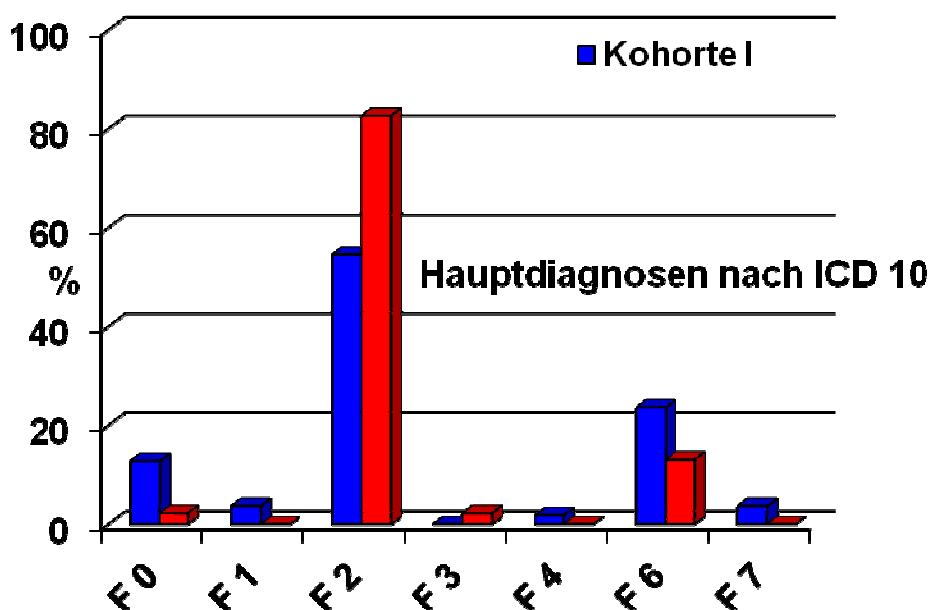


Abbildung 5.1: Verteilung der Hauptdiagnosen innerhalb der beiden Kohorten
(erste Ziffer nach ICD 10; Anteil in Prozent)

Häufigkeit von Zweitdiagnosen

In Kohorte I hatten 37 Patienten (67,27 %) eine zweite Diagnose erhalten, in Kohorte II 29 (63,04 %). Der Unterschied zwischen den Kohorten war nicht signifikant ($X^2(1, N = 101) = .705, p = .401$).

Zweitdiagnosen

In Kohorte I hatten 30 Patienten (81,80 %), als Zweitdiagnose eine Störung durch Substanzkonsum, in Kohorte II waren es 23 Patienten (79,31 %). Persönlichkeitsstörungen hatten jeweils vier Patienten in beiden Kohorten (10, 81 % in Kohorte I und 13,79 % in Kohorte II), Intelligenzminderungen drei in Kohorte I (8,11 %), und einer in Kohorte II (3,45 %). In Kohorte II hatte ein Patient die Zweitdiagnose einer Schizophrenie (1,52 %). In diesem Fall war die Erstdiagnose eine organische psychische Störung.

Die Verteilung der Zweitdiagnosen unterschied sich zwischen den Kohorten nicht signifikant ($X^2(3, N = 66) = 1.98, p = .699$).

Tabelle 5.6: Zweitdiagnosen nach ICD 10

	Kohorte I		Kohorte II		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Strg. Substanzkonsum	30	81,08	23	79,31	53	80,30
Persönlichkeitsstörung	4	10,81	4	13,79	8	12,12
Intelligenzminderung	3	8,11	1	3,45	4	6,06
Schizophrenie	0	0,00	1	3,45	1	1,52
gesamt	37	100,00	29	100,00	66	100,00

5.1.3 Indexdelinquenz

In Kohorte I zeigte sich folgende Verteilung der Indexdelikte: Die meisten Patienten ($n = 20$; 36,36 %) waren wegen einer Straftat gegen das Leben im Maßregelvollzug untergebracht gewesen. In der Häufigkeit der Unterbringungsdelikte folgten Straften gegen die sexuelle Selbstbestimmung ($n = 11$; 20 %), Gewaltdelikte ($n = 9$; 16,36 %), Eigentumsdelikte ($n = 7$; 12,73 %), Brandstiftung ($n = 4$; 7,27 %), Betrug ($n = 3$; 5,45 %), Straftaten gegen das Betäubungsmittelgesetz ($n = 1$; 1,82 %) (s. Abbildung 5.2).

Ein ähnliches Muster der Deliktverteilungen zeigte sich für Kohorte II, in der ebenfalls die meisten Patienten nach einer Straftat gegen das Leben im MRV untergebracht gewesen waren ($n = 23$; 50 %). Es folgten Straften gegen die sexuelle Selbstbestimmung ($n = 8$; 17,39 %), Gewaltdelikte ($n = 5$), Eigentumsdelikte ($n = 5$; 10,87 %), Brandstiftung ($n = 4$; 8,69 %), Straftaten gegen das Betäubungsmittelgesetz ($n = 1$; 2,17 %) (s. Abbildung 5.2).

Die Deliktverteilung unterschied sich nicht signifikant zwischen Kohorte I und II (Fisher's Exact Test; $p = .675$).

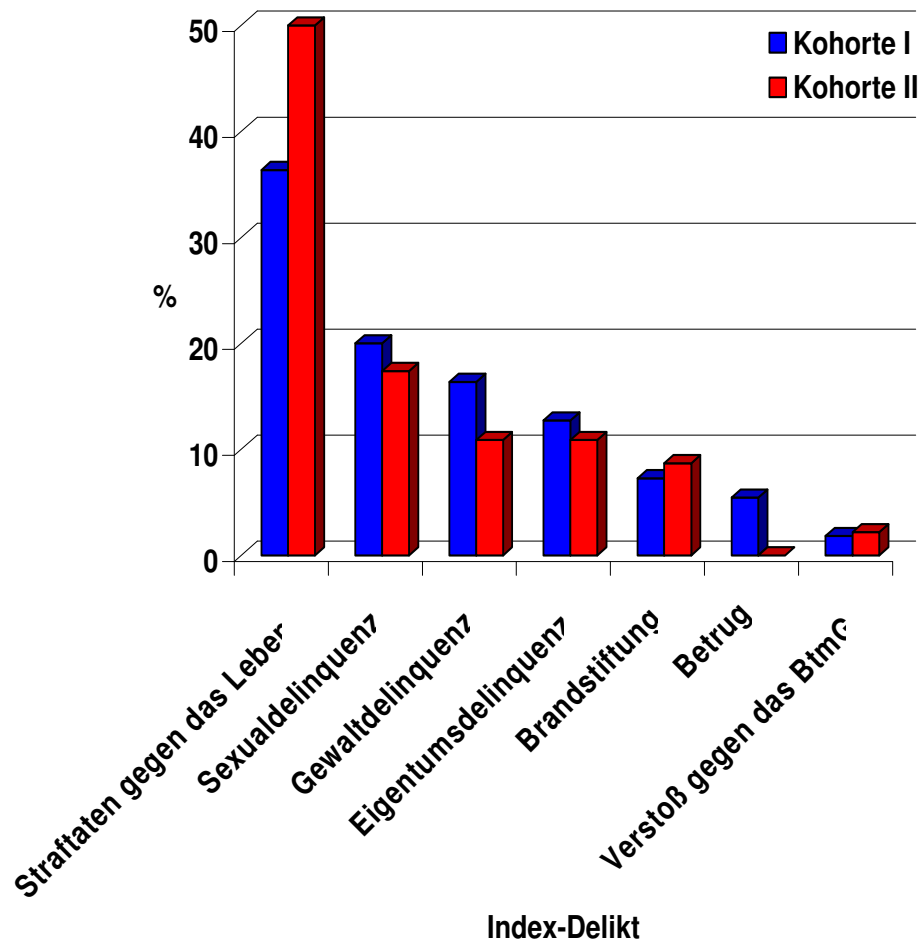


Abbildung 5.2: Deliktverteilung innerhalb der beiden Kohorten

Hinsichtlich der Delinquenzverteilung kategorisiert in Gewaltdelinquenz, Sexualdelinquenz und anderer Delinquenz gab es zwischen den beiden Kohorten keinen signifikanten Unterschied ($X^2 (2, N = 101) = .695, p = .707$).

In Kohorte II hatte die Hälfte der Patienten eine Straftat gegen das Leben als Index-Delikt, wohingegen es in Kohorte I etwa ein Drittel waren; der Unterschied war nicht signifikant ($X^2 (1, N = 101) = 1.905, p = .167$).

5.1.4 Dauer der Unterbringung in der Maßregel

Für Kohorte I betrug die durchschnittliche Unterbringungsdauer im MRV 48,09 Monate (SD = 34.22 Monate), für Kohorte II 48,89 Monate (SD = 36.62 Monate). Der Unterschied war nicht signifikant; $t (99) = -.113, p = .910$.

5.2 Hypothesentestungen

5.2.1 Prognostische Daten

Zur Überprüfung der Hypothese 1.1 („die historischen Prognosevariablen der beiden Kohorten unterscheiden sich nicht“) und der Hypothese 1.2 („die veränderbaren Prognosevariablen [klinische und Empfangsraum bezogene Variablen] sind in Kohorte II günstiger“) wurden die mittels verschiedener Instrumente erhobenen Scores zwischen den beiden Kohorten verglichen. Die Beurteilungen der Prognose erfolgten jeweils zum Zeitpunkte der Entlassung aus der stationären Behandlung des Maßregelvollzugs.

PCL-R

In Kohorte I lag der PCL-R-Wert im Durchschnitt bei 17.20 (SD = 7.63), in Kohorte II bei 11.17 (SD = 6.55). Der Unterschied war signifikant ($U = 665.50$, $p = .000$).

In beiden Kohorten lagen die Mittelwerte deutlich unter dem europäischen Psychopathie-Grenzwert von 25 (s. a. Nedopil und Müller, 2012).

HCR-20

Der HCR-20-Gesamtscore lag in Kohorte I im Durchschnitt bei 19.18 (SD = 5.70), in Kohorte II bei 13.43 (SD = 5.45); der Unterschied war signifikant ($U = 547.50$, $p = .000$).

Der H-Score (Historische Variablen) lag in Kohorte I im Durchschnitt bei 9.20 (SD = 3.67), in Kohorte II bei 8.37 (SD = 3.28). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 1120.50$, $p = .322$).

Der C-Score (Klinische Variablen) war in Kohorte I im Durchschnitt 5.02 (SD = 1.84), in Kohorte II 2.50 (SD = 2.07). Der Unterschied war signifikant ($U = 468.50$, $p = .000$).

Der R-Score (Risikovariablen) betrug in Kohorte I im Durchschnitt 4.96 (SD = 1.54), in Kohorte II 2.57 (SD = 2.01). Der Unterschied war signifikant ($U = 460.00$, $p = .000$).

Zwischen den H-Variablen der beiden Kohorten zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf Item H7 („Psychopathie“, PCL-R-Score) und H10 („frühere Verstöße gegen Bewährungsaufgaben“). Zur Übersicht siehe auch Tabelle 5.7.

Tabelle 5.7: Übersicht der Einzel-Items des HCR-20 der beiden Kohorten im Vergleich

	Kohorte I		Kohorte II		
	M	SD	M	SD	
H					
H1	0.87	0.86	0.57	0.66	U = 1032.00, p = .085
H2	0.64	0.65	0.83	0.68	U = 1075.00, p = .153
H3	1.07	0.79	1.09	0.76	U = 1255.00, p = .942
H4	1.29	0.79	1.28	0.72	U = 1239.00, p = .847
H5	1.05	0.80	1.09	0.92	U = 1230.50, p = .802
H6	1.55	0.79	1.67	0.70	U = 1167.50, p = .371
H7	0.24	0.51	0.02	0.15	U = 1038.50, p = .006 *
H8	0.87	0.75	0.80	0.83	U = 1190.50, p = .587
H9	0.56	0.86	0.48	0.84	U = 1193.00, p = .540
H10	1.05	0.95	0.54	0.81	U = 905.00, p = .006 *
C					
C1	1.09	0.52	0.57	0.54	U = 702.50, p = .000 *
C2	0.91	0.62	0.48	0.55	U = 813.50, p = .001 *
C3	0.95	0.41	0.63	0.53	U = 890.50, p = .001 *
C4	1.02	0.65	0.41	0.54	U = 662.00, p = .000 *
C5	1.05	0.68	0.41	0.58	U = 645.50, p = .000 *
R					
R1	0.93	0.47	0.33	0.52	U = 564.50, p = .000 *
R2	0.91	0.44	0.57	0.54	U = 847.50, p = .001 *
R3	1.16	0.71	0.70	0.66	U = 828.50, p = .001 *
R4	1.00	0.39	0.41	0.54	U = 576.50, p = .000 *
R5	0.96	0.47	0.57	0.50	U = 811.00, p = .000 *

* signifikant ($p \leq .05$)

ILRV

Die Kohorten unterschieden sich hinsichtlich des ILRV-Gesamtscores signifikant ($U = 534.00$, $p = .001$).

Bei Kohorte I lag der Score im Durchschnitt bei 29.67 ($SD = 7.78$) und bei Kohorte II bei 21.80 ($SD = 6.19$). Zur Übersicht siehe auch Tabelle 4.10 im Kapitel 4.5.5 (Beschreibung der Prognoseinstrumente).

Der ILRV-A-Subscore (Ausgangsdelikt) lag in Kohorte I im Durchschnitt bei 4.80 ($SD = 2.16$), in Kohorte II bei 4.39 ($SD = 2.19$). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 1126.00$, $p = .337$).

Der ILRV-B-Score (Anamnestische Daten) hatte in Kohorte I einen Durchschnitt von 8.96 ($SD = 3.43$), in Kohorte II von 8.35 ($SD = 3.23$), der Unterschied war nicht signifikant ($U = 1152.50$, $p = .441$).

Der ILRV-C-Score (Postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung) hatte in Kohorte I einen durchschnittlichen Wert von 6.87 ($SD = 2.59$) und in Kohorte II von 3.65 ($SD = 2.58$). Der Unterschied war signifikant ($U = 482.00$, $p = .000$).

Der ILRV-D-Score (Sozialer Empfangsraum) hatte in Kohorte I einen Durchschnitt von 9.04 ($SD = 2.55$), in Kohorte II von 5.41 ($SD = 2.49$), auch hier war der Unterschied signifikant ($U = 372.00$, $p = .000$).

In Teil A der ILRV zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kohorten auf den Items ILRV-A2 und ILRV-A3 („Bedeutung situativer Faktoren für das Delikt“ und „Einfluss einer vorübergehenden Krankheit“), wobei Kohorte I jeweils die höheren mittleren Werte zeigte; die übrigen Items erbrachten keine signifikanten Unterschiede (s. Tabelle 5.8).

In Teil B der ILRV war ausschließlich das Item ILRV-B-9 (Frühere Verstöße gegen Bewährungsaufgaben) in den beiden Kohorten signifikant unterschiedlich ausgeprägt; auch hier zeigte sich in Kohorte I ein höherer Wert. Die übrigen Items unterschieden sich nicht signifikant (s. Tabelle 5.8).

In Teil C der ILRV unterschieden sich von den insgesamt sieben Items die Items C1-C6 signifikant zwischen den beiden Kohorten, mit jeweils höheren durchschnittlichen Werten in Kohorte I. Das Item C7 (Widerstand gegen Folgeschäden durch Institutionalisierung) zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Kohorten (s. Tabelle 5.8).

In Teil D der ILRV unterschieden sich die Items D-2 und D-6 nicht signifikant, während die weiteren Items von D-1 bis D-9 signifikant unterschiedlich waren, mit jeweils höheren Werten in Kohorte I (s. Tabelle 5.8).

Tabelle 5.8: Übersicht der Einzel-Items der ILRV der beiden Kohorten im Vergleich

ILRV-A	Kohorte I		Kohorte II		
	M	SD	M	SD	
ILRV-A-1	1.29	0.74	1.28	0.62	U = 1228.00, $p = .782$
ILRV-A-2	0.91	0.52	0.57	0.75	U = 862.50, $p = .002^*$
ILRV-A-3	0.84	0.86	0.46	0.75	U = 952.00, $p = .017^*$
ILRV-A-4	1.02	0.73	1.07	0.71	U = 1221.50, $p = .748$
ILRV-A-5	0.75	0.73	1.02	0.83	U = 1032.00, $p = .090$
ILRV-B					
ILRV-B-1	0.87	0.86	0.57	0.66	U = 1032.00, $p = .085$
ILRV-B-2	0.64	0.65	0.83	0.68	U = 1075.00, $p = .153$
ILRV-B-3	1.07	0.79	1.09	0.76	U = 1255.00, $p = .942$
ILRV-B-4	1.29	0.79	1.28	0.72	U = 1239.00, $p = .847$
ILRV-B-5	1.05	0.80	1.09	0.92	U = 1230.50, $p = .802$
ILRV-B-6	1.55	0.79	1.67	0.70	U = 1167.50, $p = .371$
ILRV-B-7	0.87	0.75	0.80	0.83	U = 1190.50, $p = .587$
ILRV-B-8	0.56	0.85	0.48	0.84	U = 1193.00, $p = .540$
ILRV-B-9	1.05	0.95	0.54	0.81	U = 905.00, $p = .006^*$
ILRV-C					
ILRV-C-1	1.07	0.50	0.52	0.59	U = 671.00, $p = .000^*$
ILRV-C-2	1.07	0.57	0.63	0.61	U = 805.00, $p = .000^*$
ILRV-C-3	0.91	0.40	0.33	0.56	U = 553.50, $p = .000^*$
ILRV-C-4	0.91	0.62	0.48	0.55	U = 813.50, $p = .001^*$
ILRV-C-5	1.02	0.65	0.41	0.54	U = 662.00, $p = .000^*$
ILRV-C-6	1.00	0.54	0.61	0.34	U = 842.00, $p = .001^*$
ILRV-C-7	0.89	0.66	0.67	0.56	U = 1052.00, $p = .100$
ILRV-D					
ILRV-D-1	1.24	0.82	0.46	0.62	U = 623.00, $p = .000^*$
ILRV-D-2	0.36	0.59	0.20	0.50	U = 1073.00, $p = .078$
ILRV-D-3	1.22	0.71	0.70	0.70	U = 787.00, $p = .000^*$
ILRV-D-4	0.80	0.59	0.30	0.55	U = 707.00, $p = .000^*$
ILRV-D-5	1.22	0.66	0.89	0.53	U = 923.00, $p = .007^*$
ILRV-D-6	1.33	0.51	1.33	0.56	U = 1256.00, $p = .942$
ILRV-D-7	0.91	0.44	0.57	0.54	U = 857.50, $p = .001^*$
ILRV-D-8	1.00	0.39	0.41	0.54	U = 576.50, $p = .000^*$
ILRV-D-9	0.96	0.47	0.57	0.50	U = 811.00, $p = .000^*$

* signifikant ($p \leq .05$)

Tabelle 5.9: Übersicht der Gesamt- und Sub-Scores der Prognoseinstrumente PCLR, HCR-20 und ILRV im Vergleich der beiden Kohorten

	Kohorte I		Kohorte II		
	M	SD	M	SD	
PCLR-Score	17.20	7.63	11.17	6.55	U = 665.50, $p = .001$ *
HCR-20-Score	19.18	5.70	13.43	5.45	U = 547.50, $p = .001$ *
H-Score	9.20	3.67	8.37	3.28	U = 1120.50, $p = .322$
C-Score	5.02	1.84	2.50	2.07	U = 468.50, $p = .001$ *
R-Score	4.96	1.54	2.57	2.01	U = 460.00, $p = .001$ *
ILRV-Score	29.67	7.78	21.80	6.19	U = 534.00, $p = .000$ *
ILRV-A-Score	4.80	2.16	4.39	2.19	U = 1126.00, $p = .337$
ILRV-B-Score	8.96	3.43	8.35	3.23	U = 1152.50, $p = .441$
ILRV-C-Score	6.87	2.59	3.65	2.58	U = 482.00, $p = .000$ *
ILRV-D-Score	9.04	2.55	5.41	2.49	U = 372.00, $p = .000$ *

* signifikant ($p \leq .05$)

Sowohl im HCR-20 als auch in der ILRV zeigte sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der historischen Variablen (Subscores: HCR-20-H-Score, ILRV-A- und ILRV-B-Score), während die klinischen und Empfangsraum bezogenen Variablen (Subscores: HCR-20-C-Score, HCR-20- R-Score, ILRV-C- und ILRV-D-Score) sich signifikant unterschieden.

Die Hypothesen 1.1 und 1.2. können somit beibehalten werden.

5.2.2 Kriminelle Rückfälligkeit nach Entlassung aus der Maßregel

Zur Überprüfung der Hypothese 2.1 („Kohorte II zeigt eine geringere allgemeine Rückfälligkeit“), Hypothese 2.2 („Kohorte II zeigt eine geringere Rückfälligkeit für Gewaltdelikte.“) und Hypothese 2.3 („Kohorte II zeigt eine geringere allgemeine Rückfallgeschwindigkeit.“) wurden die Auswertungen der Einträge in den Bundeszentralregisterauszügen zwischen den beiden Kohorten verglichen.

Für Kohorte I war der Beobachtungszeitraum länger (mindestens 1994-2010 und höchstens 1990-2010; d. h. 16-20 Jahre) als für Kohorte II (mindestens 2004-2010 und höchstens 2000-2010; d. h. 6-10 Jahre).

Es wurden die Daten für einen Fünf-Jahres-Zeitraum (Dauer entsprechend der Führungsaufsicht) sowie für einen Sechs-Jahres-Zeitraum, als dem längsten für beide Kohorten überwachten Intervall, verglichen.

Gesamter Beobachtungszeitraum

In Kohorte I hatten 26 Patienten nach Entlassung aus dem MRV keinen Eintrag ins BZR erhalten. 20 Patienten hatten Einträge, davon hatte ein Patient 27, ein anderer Patient sieben Einträge zu verzeichnen, drei Patienten vier Einträge, zwei Patienten drei Einträge, vier Patienten zwei Einträge und neun Patienten einen Eintrag.

In Kohorte II hatten 34 Patienten nach Entlassung aus dem MRV keinen Eintrag ins BZR erhalten, neun Patienten hatten Einträge, davon zwei Patienten zwei Einträge und sieben Patienten einen Eintrag.

Im Durchschnitt gab es in Kohorte I 1.50 (SD = 4.12), in Kohorte II 0.26 Einträge (SD = 0.54). Ein Widerruf der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung nach Entlassung aus der Maßregel war zehn BZR-Auszügen der Kohorte I zu entnehmen und acht BZR-Auszügen der Kohorte II (siehe auch Tabelle 5.10).

Die Führungsaufsicht war bei Kohorte I bei acht Patienten verlängert worden, bei Kohorte II bei sechs Patienten (siehe auch Tabelle 5.10).

Bei jeweils vier Patienten fanden sich im BZR-Auszug Einträge über einen Freiheitsentzug nach Entlassung aus dem MRV (siehe auch Tabelle 5.10).

In Kohorte I wiesen 20 Patienten einen Eintrag über eine Straftat im BZR-Auszug auf, in Kohorte II waren es 9 Patienten (siehe auch Tabelle 5.10 und Abbildung 5.3).

Hinsichtlich Gewaltdelinquenz gab es bei Kohorte I bei fünf Patienten Eintragungen, bei Kohorte II bei zwei Patienten (siehe auch Tabelle 5.10).

Eine bildliche Darstellung der Entwicklungen nach Entlassung hinsichtlich neuer Delinquenz, verzeichnet im BZR, ließen sich durch Kaplan-Meier-Überlebenskurven erhalten (siehe Abb. 5.3). Hier zeigten sich ein steilerer Abfall und ein tieferes Absinken bei Kohorte I, entsprechend einer höheren kriminellen Rückfallrate und Rückfallgeschwindigkeit.

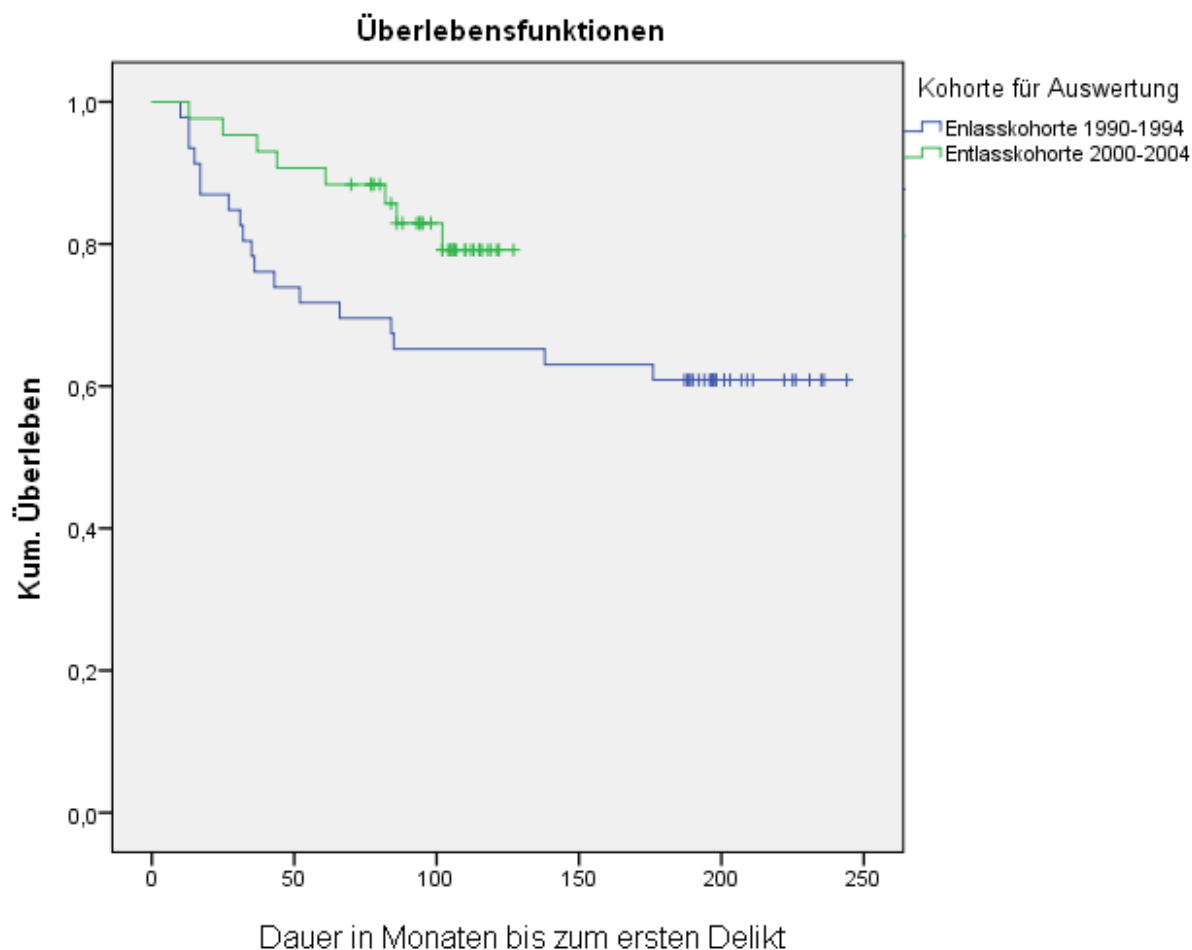


Abbildung 5.3: Darstellung der Delikte über den gesamten Beobachtungszeitraum in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)

Tabelle 5.10: Bundeszentralregistereinträge nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug

Beobachtungszeitraum	Kohorte I		Kohorte II		Gesamt	
	16-20 Jahre		6-10 Jahre		n	%
	n	%	n	%		
Widerruf der Aussetzung zur Bewährung des § 63 StGB	10	21,74	8	18,60	18	20,22
Verlängerung der Führungsaufsicht	8	17,39	6	13,95	14	15,73
Freiheitsentzug	4	8,70	4	9,30	8	8,99
Delinquenz	20	43,47	9	20,93	29	32,58
Gewaltdelinquenz	5	10,87	2	4,65	7	7,87
BZR Auszug (n)	46	100,00	43	100,00	89	100,00
Gesamt	55		46		101	

Beobachtungszeitraum von fünf Jahren nach Entlassung

Im Folgenden handelt es sich um Vergleiche beider Kohorten über einen identisch langen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren (entsprechend der Dauer der Führungsaufsicht).

Bezüglich BZR-Einträgen über Freiheitsentzug nach Entlassung aus der Maßregel, jeweils drei für jede Kohorte (siehe auch Tabelle 5.11), unterschieden sich die beiden Kohorten nicht ($\chi^2(1, N = 89) = 0.011, p = .917$).

Den BZR-Auszügen war zu entnehmen, dass innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem MRV bei Kohorte I 16 Straftaten und bei Kohorte II sechs Straftaten eingetragen worden waren (siehe auch Tabelle 5.11 und Abbildung 5.4). Der Unterschied war signifikant ($\chi^2(1, N = 89) = 5.182, p = .023$).

In der bildlichen Darstellung in Form der Kaplan-Meier-Überlebenskurve zeigte sich eine frühere und häufigere kriminelle Rückfälligkeit in Kohorte I (siehe Abb. 5.4).

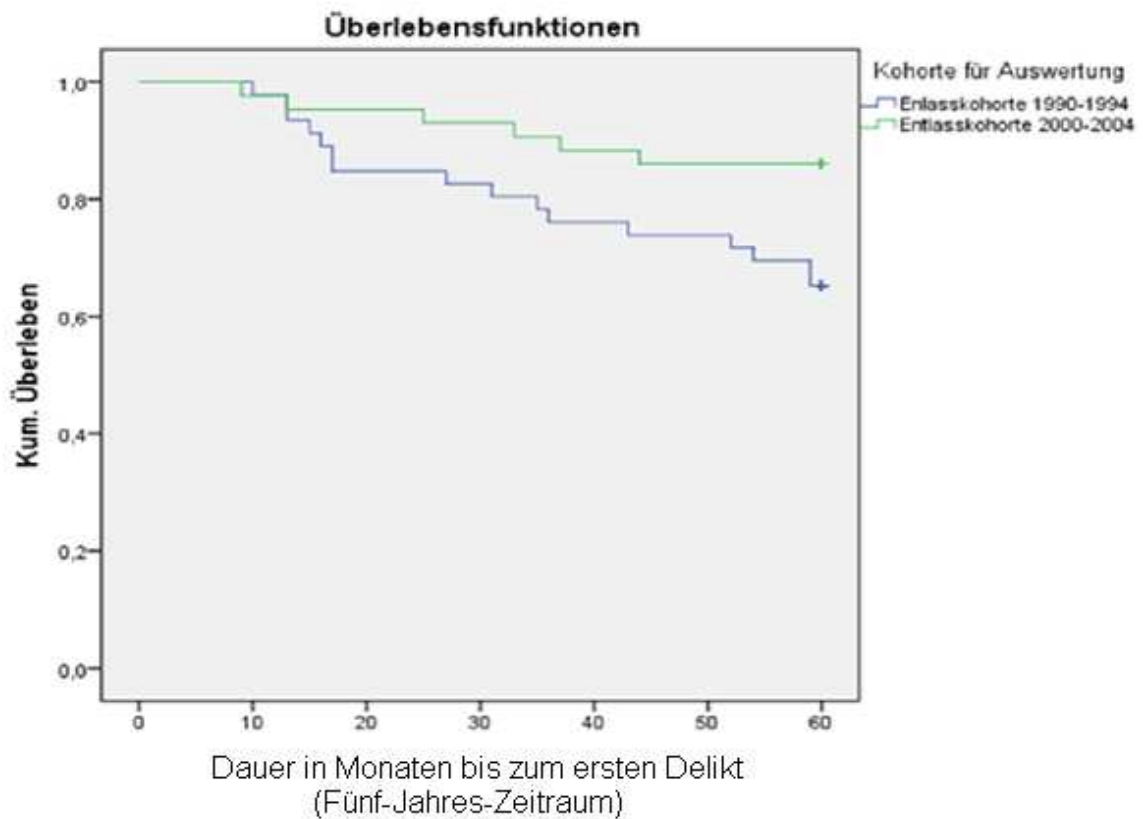


Abbildung 5.4: Einträge über Delinquenz innerhalb der ersten fünf Jahre nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)

In Kohorte I erfolgten innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung drei Gewaltdelikte, in Kohorte II eines. Es zeigte sich eine Tendenz - in Kohorte I waren mehr Gewaltdelikte als in Kohorte II - aber keine Signifikanz ($X^2(1, N = 89) = 0.911, p = .340$).

Bezüglich Gewaltdelinquenz ließen sich in der bildlichen Darstellung in Form der Kaplan-Meier-Überlebenskurve angesichts der geringen Fallzahl Unterschiede in Form einer höheren Rückfallrate in Kohorte I andeutungsweise erkennen (siehe Abb. 5.5).

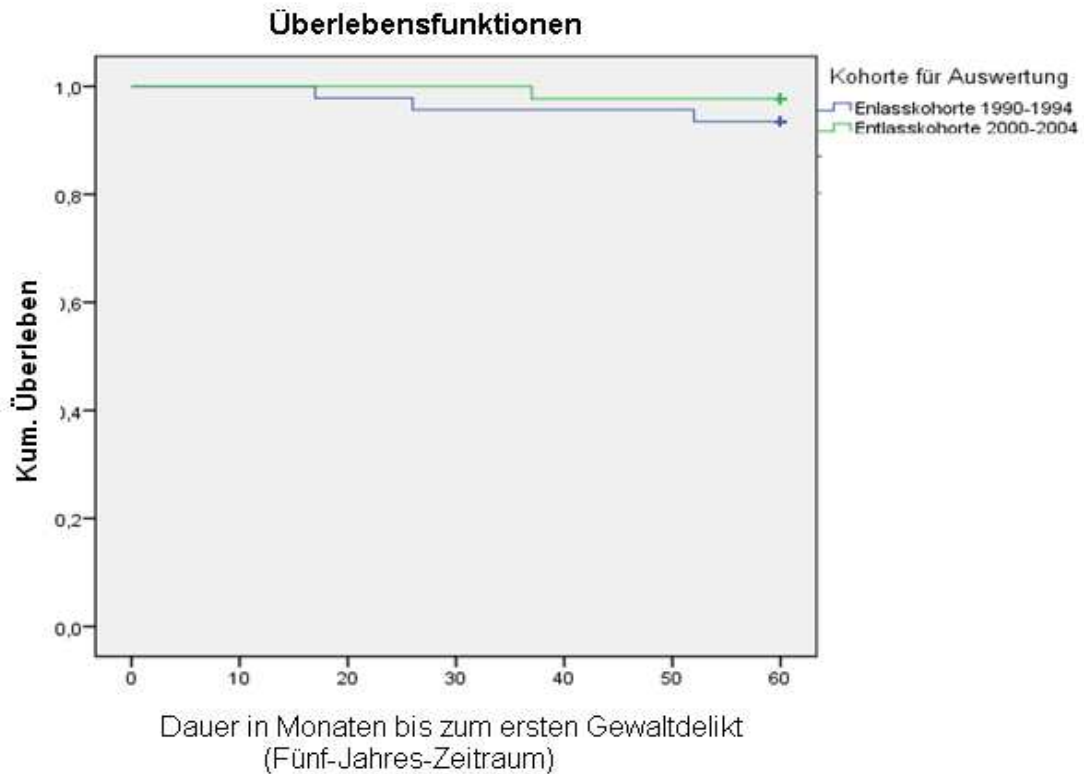


Abbildung 5.5: Einträge über Gewaltdelinquenz in das BZR innerhalb der ersten fünf Jahre nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug (MRV) in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)

Tabelle 5.11: BZR-Einträge innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem MRV

	Kohorte I		Kohorte II		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Freiheitsentzug	3	6,52	3	6,97	6	6,74
Delinquenz	16	34,78	6	13,95	22	24,72
Gewaltdelinquenz	3	6,52	1	2,33	4	4,49
BZR Auszug (n)	46	100,00	43	100,00	89	100,00
Gesamt	55		46		101	

Beobachtungszeitraum von sechs Jahren nach Entlassung

Im Folgenden handelt es sich um Vergleiche beider Kohorten über einen identisch langen Beobachtungszeitraum von sechs Jahren (entsprechend des längst möglichen und gleichen Beobachtungszeitraums für beide Kohorten).

Den BZR-Auszügen waren innerhalb der ersten sechs Jahre nach Entlassung aus dem MRV bei Kohorte I 17 Straftaten zu entnehmen und bei Kohorte II sieben. Der Unterschied war signifikant ($\chi^2(1, N = 89) = 4.825, p = .028$).

In der bildlichen Darstellung in Form der Kaplan-Meier-Überlebenskurve zeigte sich eine frühere und häufigere kriminelle Rückfälligkeit in Kohorte I (siehe Abb. 5.6).

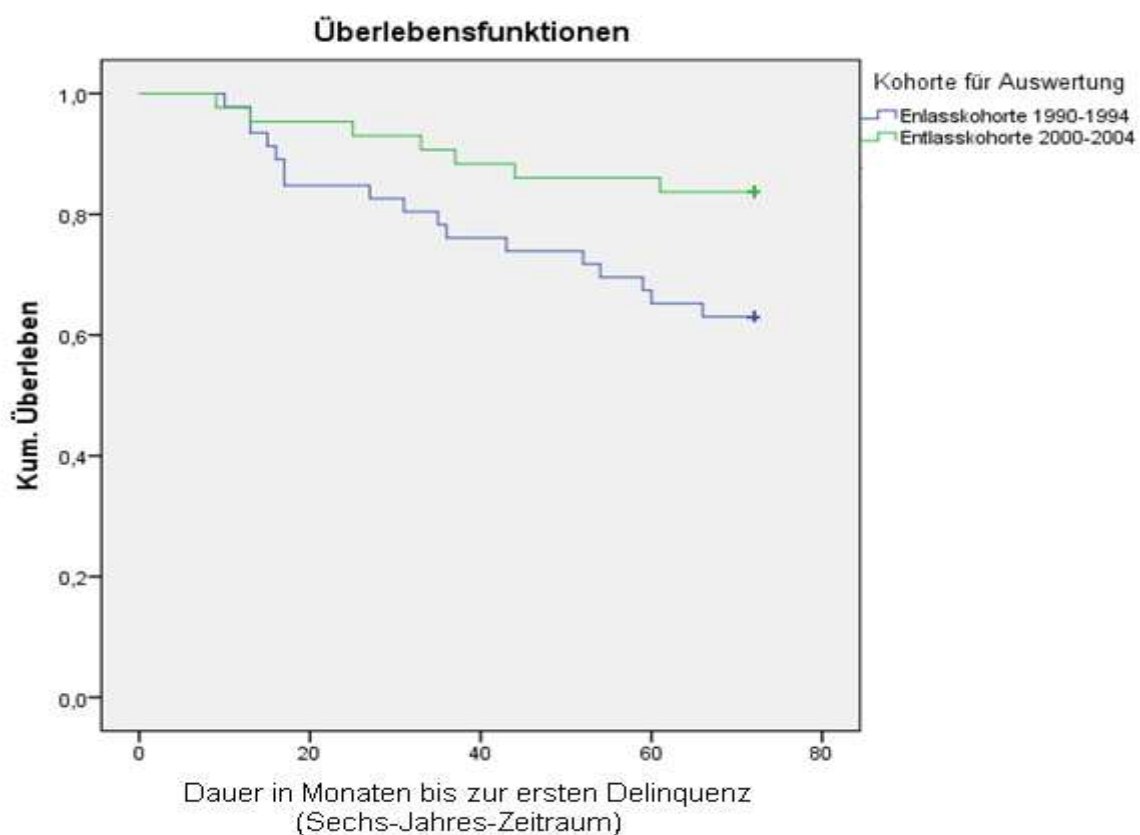


Abbildung 5.6: Einträge in das BZR über Delinquenz innerhalb der ersten sechs Jahre nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)

In Kohorte I erfolgten innerhalb von sechs Jahre nach Entlassung drei Gewaltdelikte, in Kohorte II eines. Es zeigte sich eine Tendenz, aber keine Signifikanz ($\chi^2(1, N = 89) = 0.911, p = .340$), und kein Unterschied zu der Verlaufsbeobachtung innerhalb von fünf Jahren.

Rezidivraten

Im gesamten Beobachtungszeitraum (16-20 Jahre) lag die Rezidivrate für Delinquenz in Kohorte I bei 43,47 % und in Kohorte II (6-10 Jahre) bei 20,93 %.

Für Gewaltdelinquenz lag die Rezidivrate für den gesamten Beobachtungszeitraum (16-20 Jahre) in Kohorte I bei 10,87 % und in Kohorte II (6-10 Jahre) bei 4,65 %.

In den jeweils ersten fünf Jahren nach Entlassung hatte Kohorte I eine Rezidivrate für Delinquenz von 34,78 % und Kohorte II von 13,95 %.

Die Rezidivrate für Gewaltdelinquenz lag in den ersten fünf Jahren nach Entlassung in Kohorte I bei 6,52 % und in Kohorte II bei 2,33 %.

In den ersten sechs Jahren nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug lag die Rezidivrate für Delinquenz in Kohorte I bei 36,96 % und in Kohorte II bei 16,28 %.

Die Rezidivrate für Gewaltdelinquenz veränderte sich nach einer Verlängerung des Beobachtungszeitraumes von fünf auf sechs Jahre nicht.

Tabelle 5.12: Rezidivraten von Delinquenz und Gewaltdelinquenz in unterschiedlichen Beobachtungszeiträumen, Kohorte I und Kohorte II im Vergleich

	Kohorte I		Kohorte II		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Beobachtungszeitraum	16-20 Jahre		6-10 Jahre		6-20 Jahre	
Delinquenz	20	43,47	9	20,93	29	32,58
Gewaltdelinquenz	5	10,87	2	4,65	7	7,87
Beobachtungszeitraum	5 Jahre					
Delinquenz	16	34,78	6	13,95	22	24,72
Gewaltdelinquenz	3	6,52	1	2,33	4	4,49
Beobachtungszeitraum	6 Jahre					
Delinquenz	17	36,96	7	16,28	24	26,97
Gewaltdelinquenz	3	6,52	1	2,33	4	4,49
BZR Auszug (n)/	46/		43/		89	100
Gesamt	55		46		101	

Der Vergleich zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen, fünf und sechs Jahre, zeigte sowohl numerisch als auch prozentuell keinen wesentlichen Unterschied.

Die Betrachtung der beiden Kohorten im fünf- und sechs-Jahreszeitraum erbrachte einen signifikanten Unterschied bezüglich allgemeiner Delinquenz. Die Hypothese 2.1 kann beibehalten werden.

Hinsichtlich Gewaltdelikten fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kohorten. Die Hypothese 2.2 muss verworfen werden.

In der Darstellung durch Kaplan-Meier-Überlebenskurven zeigte sich für Kohorte II eine geringere allgemeine Rückfallgeschwindigkeit. Die Hypothese 2.3 kann somit beibehalten werden.

5.3 Schizophrenie

5.3.1 Deskriptive Ergebnisse

Es wurden Untersuchungen zur Gruppe der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie in verschiedenen Vergleichen durchgeführt.

Hierbei wurden zum einen jeweils die Gruppe der schizophrenen Patienten beider Kohorten mit den Patienten mit anderen Diagnosen verglichen (jeweils unter a); s. a. Tabelle 5.13), sowie zum anderen die schizophrenen Patienten der Kohorte I mit denen der Kohorte II (jeweils unter b); s. a. Tabelle 5.14).

Tabelle 5.13: Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen
Kohorte I und II (N = 101)

Schizophrenie (n = 68)	Andere Diagnosen (n = 33)
------------------------	---------------------------

Tabelle 5.14: Diagnose Schizophrenie: Vergleich der beiden Kohorten
Schizophrenie (n = 68)

Kohorte I (n = 30)	Kohorte II (n = 38)
--------------------	---------------------

Alter

a) Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen

Das Alter bei Entlassung aus der Maßregel lag bei den Patienten mit Schizophrenie beider Kohorten im Durchschnitt bei 40.2 Jahren (SD = 11.13), Patienten mit anderen Diagnosen waren bei Entlassung im Durchschnitt vier Jahre älter, 44.27 (SD = 12.08) Jahre. Der Unterschied war nicht signifikant ($t(99) = 1.505, p = .135$).

b) Diagnose Schizophrenie: Vergleich der Kohorten

Das Alter bei Entlassung aus der Maßregel lag bei den Patienten mit Schizophrenie in Kohorte I im Durchschnitt bei 43.07 Jahren (SD = 10.08) und bei den Patienten in Kohorte II bei 38.68 Jahren (SD = 11.66). Die Patienten der Kohorte II waren bei Entlassung im Durchschnitt etwa 4 Jahre jünger. Der Unterschied war nicht signifikant ($t(66) = 1.632, p = .107$).

Index-Delinquenz

a) Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen

Die 68 schizophrenen Patienten beider Kohorten, (67,33 % der Gesamtstichprobe) hatten 31 von insgesamt 43 Delikten (72,09 %) gegen das Leben begangen. Die schizophrenen Patienten hatten sechs (31,58 %) von insgesamt 19 Sexualdelikten begangen, 13 (92,86 %) von insgesamt 14 Körperverletzungsdelikten, 10 (83,33 %) von insgesamt 12 Eigentumsdelikten, fünf (62,50 %) von insgesamt acht Brandstiftungen, zwei (66,67 %) von drei Betrugsdelikten und eines (50 %) von insgesamt zwei Btm-Delikten. Der Unterschied zwischen Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie und Patienten mit anderen Diagnosen war hinsichtlich der Verteilung der Indexdelikte signifikant (Fisher's Exact Test; $p = .004$).

Tabelle 5.15: Indexdelikte (nach Straftatenkatalog) bei Diagnose Schizophrenie und anderen Hauptdiagnosen

Indexdelikt	Hauptdiagnose		Andere		Gesamt	
	Schizophrenie		Hauptdiagnose			
	n	%	n	%	n	%
Straftaten gegen das Leben	31	45,59	12	36,36	43	42,57
Sexualdelikte	6	8,02	13	39,40	19	18,81
Körperverletzungsdelikte	13	19,12	1	3,03	14	13,86
Eigentumsdelikte	10	14,71	2	6,06	12	11,88
Brandstiftung	5	7,35	3	9,09	8	7,92
Betrug	2	2,94	1	3,03	3	2,97
Btm-Delikte	1	1,47	1	3,03	2	1,98
gesamt	68	100,00	33	100,00	101	100,00

In einer anderen Kategorisierung der Delikte (Gewalt-, Sexualdelikte und andere), hatten die Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie 44 der insgesamt 57 Gewaltdelikte, sechs der insgesamt 19 Sexualdelikte und 18 der insgesamt 25 anderen Deliktarten verübt. Bezüglich Gewalt- und Sexualdelikten unterschieden sich schizophrene Patienten signifikant von Patienten mit anderen Hauptdiagnosen ($X^2(2, N = 101) = 13,81, p = .001$).

Tabelle 5.16: Indexdelikte (kategorisiert in Gewaltdelikte, Sexualdelikte und andere Delinquenz) bei Diagnose Schizophrenie und anderen Hauptdiagnosen

Indexdelikt	Hauptdiagnose Schizophrenie		Andere Diagnose		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Gewaltdelikte	44	64,71	13	39,39	57	56,44
Sexualdelikte	6	8,82	13	39,39	19	18,81
Andere Delinquenz	18	26,47	7	21,21	25	24,75
gesamt	68	100,00	33	100,00	101	100,00

Die Patienten mit der Diagnose Schizophrenie hatten in beiden Kohorten insgesamt 31 (45,59 %) und die Patienten mit anderen Diagnosen 12 (36,36 %) der insgesamt 43 Straftaten gegen das Leben als Indexdelikt verübt. Der Unterschied war nicht signifikant ($X^2(1, N = 101) = .773, p = .379$).

b) Diagnose Schizophrenie: Vergleich der Kohorten

Die schizophrenen Patienten in Kohorte I hatten 10 und in Kohorte II 21 Delikte gegen das Leben, in Kohorte I zwei und in Kohorte II vier Sexualdelikte, in Kohorte I acht und in Kohorte II fünf Körperverletzungsdelikte, in Kohorte I und II jeweils fünf Eigentumsdelikte, in Kohorte I drei und in Kohorte II zwei Brandstiftungen, in Kohorte I zwei und in Kohorte II kein Betrugsdelikt, in Kohorte I kein und in Kohorte II ein BtmG-Delikt.

Die Deliktverteilung der Indexdelikte in den beiden Kohorten war nicht signifikant unterschiedlich (Fisher's Exact Test; $p = .257$).

In der Kategorisierung der Delikte in Gewalt-, Sexualdelikte und andere hatten die Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie in Kohorte I 18 und die der Kohorte II 26 von insgesamt 44 Gewaltdelikten, die Patienten der Kohorte I zwei, der Kohorte II vier von insgesamt sechs Sexualdelikten und die Patienten der Kohorte I zehn und der Kohorte II acht von insgesamt 18 anderen Deliktarten verübt. Der Unterschied von schizophrenen Patienten bezüglich Gewaltdelikten zwischen Kohorte I und Kohorte II war nicht signifikant (Fisher's Exact Test, $p = .595$).

Unter den 68 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie hatten in Kohorte I 10 (33,33 %) und in Kohorte II 21 (55,26 %) Patienten der insgesamt 31 Straftaten gegen das Leben als Indexdelikt verübt. Der Unterschied war nicht signifikant ($X^2(1, N = 68) = 3.250, p = .071$).

Dauer der Unterbringung

a) Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen

Schizophrene Patienten waren im Durchschnitt 44.38 Monate (SD = 29.99) in der Maßregel untergebracht, Patienten mit anderen Diagnosen etwa ein Jahr länger, $M = 56.85$ (SD = 43.27) Monate. Bezüglich der Unterbringungsdauer bestand kein signifikanter Unterschied ($t(47.43) = 1.490, p = .143$).

b) Diagnose Schizophrenie: Vergleich der Kohorten

Schizophrene Patienten in Kohorte I waren im Durchschnitt 43.07 Monate (SD = 28.53) in der Maßregel untergebracht, in Kohorte II 45.2 Monate (SD = 31.44). Bezüglich der Unterbringungsdauer bestand kein signifikanter Unterschied ($t(66) = -.319, p = .751$).

5.3.2 Hypothesentestungen

Prognostische Daten

Zur Überprüfung der Hypothese 3.1 („die veränderbaren Prognosevariablen [klinische und Empfangsraum bezogene Variablen] sind bei den Patienten mit Schizophrenie günstiger.“) und der Hypothese 3.2 („die veränderbaren Prognosevariablen [klinische und Empfangsraum bezogene Variablen] sind bei den Patienten mit Schizophrenie der Kohorte II günstiger als bei denen der Kohorte I.“) wurden die Scores der verschiedenen Instrumente verglichen.

PCL-R

a) Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen

In beiden Kohorten lag der Mittelwert des PCL-R-Scores bei den Patienten mit einer Schizophrenie bei 12.99 (SD = 6.68) und war damit niedriger als bei den Patienten mit anderen Diagnosen, 17.48 (SD = 8.93). Der Unterschied war signifikant ($U = 756.50, p = .008$).

b) Diagnose Schizophrenie: Vergleich der Kohorten

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie lag der Mittelwert des PCL-R-Scores in Kohorte I bei 15.30 (SD = 6.21) und war damit höher als bei den Patienten in Kohorte II mit 11.16 (SD = 6.55). Der Unterschied war signifikant ($U = 333.50, p = .003$).

HCR-20 - Gesamtscore und Subscores

a) Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des HCR-Scores bei 15.88 (SD = 5.37), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 17.97 (SD = 7.68). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 910.00$, $p = .124$).

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des H-Subscores bei 8.68 (SD = 3.08), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 9.12 (SD = 4.28). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 1047.00$, $p = .585$).

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des C-Subscores bei 3.49 (SD = 2.01), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 4.67 (SD = 2.70). Der Unterschied war signifikant ($U = 767.00$, $p = .009$).

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des R-Subscores bei 3.72 (SD = 2.12), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 4.18 (SD = 2.14). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 951.00$, $p = .210$).

b) Diagnose Schizophrenie: Vergleich der Kohorten

Bei Patienten mit einer Schizophrenie der Kohorte I lag der Mittelwert des HCR-Scores bei 18.07 (SD = 4.59) und war damit höher als bei den Patienten der Kohorte II mit 14.16 (SD = 5.36). Der Unterschied war signifikant ($U = 288.50$, $p = .000$).

Bei Patienten mit einer Schizophrenie der Kohorte I lag der Mittelwert des H-Subscores bei 8.70 (SD = 2.96) und bei den Patienten der Kohorte II bei 8.66 (SD = 3.21). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 564.50$, $p = .946$).

Bei Patienten mit einer Schizophrenie der Kohorte I lag der Mittelwert des C-Subscores bei 4.43 (SD = 1.38) und bei den Patienten der Kohorte II mit 2.74 (SD = 2.12) niedriger. Der Unterschied war signifikant ($U = 294.00$, $p = .001$).

Bei Patienten mit einer Schizophrenie der Kohorte I lag der Mittelwert des R-Subscores bei 4.93 (SD = 1.48) und bei den Patienten der Kohorte II mit 2.76 (SD = 2.07) niedriger. Der Unterschied war signifikant ($U = 240.50$, $p = .000$).

ILRV, Gesamtscore und Subscores

a) Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des ILRV-Scores bei 24.81 (SD = 7.11), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 28.73 (SD = 9.38). Der Unterschied war signifikant ($U = 839.00$, $p = .040$).

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des ILRV-A-Subscores bei 3.96 (SD = 1.95), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 5.97 (SD = 1.99). Der Unterschied war signifikant ($U = 524.00$, $p = .000$).

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des ILRV-B-Subscores bei 8.63 (SD = 3.04), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 8.97 (SD = 3.94). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 1076.50$, $p = .741$).

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des ILRV-C-Subscores bei 5.07 (SD = 2.75), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 6.09 (SD = 3.50). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 880$, $p = .078$).

Bei den Patienten mit einer Schizophrenie beider Kohorten lag der Mittelwert des ILRV-D-Subscores bei 7.15 (SD = 2.93), bei den Patienten mit anderen Diagnosen bei 7.88 (SD = 3.41). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 931.500$, $p = .165$).

b) Diagnose Schizophrenie: Vergleich der Kohorten

Bei Patienten mit einer Schizophrenie der Kohorte I lag der Mittelwert des ILRV-Scores bei 27.90 (SD = 6.91) und bei den Patienten der Kohorte II bei 22.37 (SD = 6.34). Der Unterschied war signifikant ($U = 303.00$, $p = .001$).

In Kohorte I lag der Mittelwert des ILRV-A-Subscores bei 3.93 (SD = 1.91) und in Kohorte II bei 3.97 (SD = 2.01). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 560.50$, $p = .905$).

Der Mittelwert des ILRV-B-Subscores lag in Kohorte I bei 8.63 (SD = 2.92) und in Kohorte II bei 8.63 (SD = 3.17). Der Unterschied war nicht signifikant ($U = 569.00$, $p = .990$).

In Kohorte I lag der Mittelwert des ILRV-C-Subscores bei 6.43 (SD = 2.39) und in Kohorte II bei 4.00 (SD = 2.56). Der Unterschied war signifikant ($U = 285.50$, $p = .000$).

Der Mittelwert des ILRV-D-Subscores lag in Kohorte I bei 8.90 (SD = 2.44) und in Kohorte II bei 5.76 (SD = 2.54). Der Unterschied war signifikant ($U = 191.50$, $p = .000$).

Tabelle 5.17: Scores und Subscores der Prognoseinstrumente im Vergleich Schizophrenie versus andere Hauptdiagnosen

	Schizophrenie		Andere Hauptdiag- nose		
	M	SD	M	SD	
PCLR-Score	12.99	6.68	17.48	8.93	U = 756.50, $p = .008$ *
HCR-20-Score	15.88	5.37	17.97	7.68	U = 910.00, $p = .124$
H-Score	8.68	3.08	9.12	4.28	U = 1047.00, $p = .585$
C-Score	3.49	2.01	4.67	2.70	U = 767.00, $p = .009$ *
R-Score	3.72	2.12	4.18	2.14	U = 951.00, $p = .210$
ILRV-Score	24.81	7.11	28.73	9.38	U = 839.00, $p = .040$ *
ILRV-A-Score	3.96	1.95	5.97	1.99	U = 524.00, $p = .000$ *
ILRV-B-Score	8.63	3.04	8.98	3.94	U = 1076.50, $p = .741$
ILRV-C-Score	5.07	2.75	6.09	3.50	U = 880, $p = .078$
ILRV-D-Score	7.15	2.93	7.88	3.41	U = 931.500, $p = .165$

* signifikant ($p \leq .05$)

Tabelle 5.18: Schizophrenie: Scores und Subscores der Prognoseinstrumente im Vergleich der beiden Kohorten

	Kohorte I		Kohorte II		
	M	SD	M	SD	
PCLR-Score	15.30	6.21	11.16	6.55	U = 333.50, $p = .003$ *
HCR-20-Score	18.07	4.59	14.16	5.36	U = 288.50, $p = .000$ *
H-Score	8.70	2.96	8.66	3.21	U = 564.50, $p = .946$
C-Score	4.43	1.38	2.74	2.12	U = 294.00, $p = .001$ *
R-Score	4.93	1.48	2.76	2.07	U = 240.50, $p = .000$ *
ILRV-Score	27.90	6.91	22.37	6.34	U = 303.00, $p = .001$ *
ILRV-A-Score	3.93	1.91	3.97	2.01	U = 560.50, $p = .905$
ILRV-B-Score	8.63	2.92	8.63	3.17	U = 569.00, $p = .990$
ILRV-C-Score	6.43	2.39	4.00	2.56	U = 285.50, $p = .000$ *
ILRV-D-Score	8.90	2.44	5.76	2.54	U = 191.50, $p = .000$ *

* signifikant ($p \leq .05$)

Im HCR-20 zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den historischen und den Empfangsraum bezogenen Variablen, während die klinischen Variablen bei den Patienten mit Schizophrenie im Vergleich zu denen mit anderen Diagnosen günstiger waren. Im Bereich der

ILRV zeigten sich in den historischen Variablen (Subscore: ILRV-A) ein günstigerer Score bei den Patienten mit Schizophrenie, während die Subscores ILRV-B, ILRV-C und ILRV-D sich nicht unterschieden.

Die Hypothese 3.1 kann somit lediglich teilweise beibehalten werden.

Der HCR-20- Gesamtscore war bei den schizophrenen Patienten der Kohorte II signifikant günstiger als bei denen der Kohorte I; die H-Scores unterschieden sich nicht, während C- und R-Score in Kohorte II signifikant günstiger waren. Der ILRV-Gesamtscore zeigte einen signifikanten Unterschied zugunsten der Kohorte II; die historischen Variablen im ILRV-A und ILR-B-Score unterschieden sich nicht signifikant, während die klinischen und Empfangsraum bezogenen Variablen im ILRV-C- und ILRV-D-Score in Kohorte II signifikant günstiger waren. Die Hypothese 3.2 kann demnach beibehalten werden.

Kriminelle Rückfälligkeit nach Entlassung aus der Maßregel

Zur Überprüfung der Hypothese 3.3 („Schizophrene Patienten werden weniger rückfällig als Patienten mit anderen Diagnosen.“) und Hypothese 3.4 („Schizophrene Patienten der Kohorte II werden weniger rückfällig als diejenigen der Kohorte I.“) wurden BZR-Eintragungen ausgewertet und verglichen.

Von den insgesamt 68 schizophrenen Patienten beider Kohorten waren 60 BZR-Auszüge eingegangen (Kohorte I: $n = 25$ und Kohorte II: $n = 35$).

Gesamter Beobachtungszeitraum

Über die gesamte Beobachtungszeit hatten schizophrene Patienten 17 und Patienten mit anderen Diagnosen 12 der insgesamt 29 im BZR eingetragenen Delikte.

Von Kohorte I hatten neun der 25 schizophrenen Patienten und von Kohorte II 8 der 35 schizophrenen Patienten Einträge im BZR über ein Delikt nach der Entlassung aus der MRV.

In den beiden Kohorten hatten vier Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie nach Entlassung einen Eintrag im BZR über ein Gewaltdelikt, drei Patienten mit anderen Diagnosen.

Von Kohorte I hatten zwei von insgesamt 25 Patienten mit Schizophrenie Einträge über ein Gewaltdelikt, von Kohorte II waren es zwei von insgesamt 35 Patienten.

Beobachtungszeitraum von fünf Jahren nach Entlassung

a) Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen

13 Patienten (21,6 %) mit der Diagnose einer Schizophrenie wiesen innerhalb von fünf Jahren einen Eintrag im BZR nach Entlassung über ein Delikt auf, neun Patienten (31 %) mit anderen Diagnosen. Der Unterschied war nicht signifikant ($X^2(1, N = 89) = .922, p = .337$).

Zwei Patienten (3,33 %) mit der Diagnose einer Schizophrenie wiesen innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem MRV einen Eintrag im BZR über ein Gewaltdelikt auf, zwei Patienten (6,9 %) mit anderen Diagnosen. Der Unterschied war nicht signifikant (Fisher's Exact Test, $p = .594$).

b) Diagnose Schizophrenie: Vergleich der Kohorten

Von Kohorte I hatten innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem MRV acht von insgesamt 25 Patienten (32 %) mit Schizophrenie einen Eintrag über ein Delikt; und von Kohorte II waren es fünf von insgesamt 35 (14,29 %). Der Unterschied war nicht signifikant ($\chi^2(1, N = 60) = 2.696, p = .101$).

Von Kohorte I hatten innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem MRV einer von insgesamt 25 Patienten (4 %) mit Schizophrenie einen Eintrag über ein Gewaltdelikt; und von Kohorte II einer von insgesamt 35 (2,9 %). Der Unterschied war nicht signifikant (Fisher's Exact Test, $p = 1.00$).

Tabelle 5.19: Schizophrene Patienten: Delinquenz und Gewaltdelinquenz innerhalb von fünf Jahren

	Kohorte I		Kohorte II		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Delikt	8	32,00	5	14,29	13	21,67
Gewaltdelikt	1	4,00	1	2,90	2	3,33
Gesamt	25	100,00	35	100,00	60	100,00

Die Rückfälligkeit von Patienten mit Schizophrenie unterschied sich gegenüber derjenigen von Patienten mit anderen Diagnosen nicht signifikant. Die Hypothese 3.3 muss verworfen werden.

Die Rückfälligkeit schizophrener Patienten der Kohorte I und II unterschied sich nicht signifikant. Die Hypothese 3.4 muss verworfen werden.

5.4 Schizophrenie und Sucht

5.4.1 Deskriptive Ergebnisse

37 Patienten mit Hauptdiagnose Schizophrenie (insgesamt 68) hatten als Zweitdiagnose eine Störung durch Substanzkonsum (16 in Kohorte I und 21 in Kohorte II); vier Patienten hatten die Zweitdiagnose einer Persönlichkeitsstörung (einer in Kohorte I und drei in Kohorte II); ein Patient der Kohorte I hatte eine Intelligenzminderung. Die Verteilung der Zweitdiagnosen unterschied sich zwischen den Kohorten nicht signifikant (Fisher's Exact Test, $p = .443$).

Die 37 Patienten mit Hauptdiagnose Schizophrenie und Zweitdiagnose Störung durch Substanzkonsum wurden genauer untersucht.

Es wurden zum einen die schizophrenen Patienten mit Zweitdiagnose Sucht mit den schizophrenen Patienten mit anderer oder ohne Zweitdiagnose zum anderen die schizophrenen Patienten mit Zweitdiagnose Sucht der Kohorte I und II hinsichtlich deliktischer Rückfälligkeit verglichen(s. a. Tabelle 5.20 und Tabelle 5.21).

Tabelle 5.20: Beide Kohorten; Diagnose Schizophrenie: Vergleich Zweitdiagnose Sucht und andere oder keine Zweitdiagnose

Beide Kohorten; Diagnose Schizophrenie (n = 60)

Zweitdiagnose Sucht (n = 33)	Andere oder keine Zweitdiagnose (n = 27)
---------------------------------	---

Tabelle 5.21: Diagnose Schizophrenie mit Zweitdiagnose Sucht: Vergleich Kohorte I und II
Schizophrenie und Sucht (n = 33)

Kohorte I (n = 13)	Kohorte II (n = 20)
-----------------------	------------------------

5.4.2 Hypothesentestung

Zur Überprüfung der Hypothese 3.5 („Schizophrene Patienten mit Zweitdiagnose Sucht werden häufiger rückfällig als schizophrene Patienten ohne Zweitdiagnose Sucht.“) und der Hypothese 3.6 („Schizophrene Patienten mit Zweitdiagnose Sucht der Kohorte II werden weniger deliktisch rückfällig als diejenigen der Kohorte I.“) wurden BZR-Auszüge ausgewertet und verglichen. Es handelte sich um einen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug.

a) Beide Kohorten; Diagnose Schizophrenie: Vergleich mit und ohne Zweitdiagnose Sucht
Zehn (30,30 %) von den insgesamt 33 schizophrenen Patienten mit Zweitdiagnose Sucht hatten einen Eintrag über ein Delikt innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem MRV, und drei (11,11 %) Patienten von insgesamt 27 Patienten mit Schizophrenie ohne Zweitdiagnose Sucht. Der Unterschied war nicht signifikant ($X^2(1, N = 60) = 3.223, p = .073$). Einer (3,03 %) von den insgesamt 33 schizophrenen Patienten mit Zweitdiagnose Sucht hatten einen Eintrag über ein Gewaltdelikt innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem

MRV, und ein Patient (3,70 %) von insgesamt 27 Patienten mit Schizophrenie ohne Zweitdiagnose Sucht. Die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich nicht (Fisher's Exact Test, $p = 1.000$).

b) Diagnose Schizophrenie mit Zweitdiagnose Sucht: Vergleich Kohorte I und II

Von den 33 Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie und Sucht, von denen ein BZR Auszug einging, waren dreizehn Patienten in Kohorte I und 20 Patienten in Kohorte II.

Nach Entlassung aus der MRV hatten innerhalb der ersten 5 Jahre acht (61,54 %) Patienten der Kohorte I und fünf (25 %) Patienten der Kohorte II einen Eintrag im BZR über ein Delikt. Der Unterschied war signifikant ($X^2 (1, N = 33) = 4.406, p = .036$).

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der kriminellen Rückfälligkeit zwischen schizophrenen Patienten mit Zweitdiagnose Sucht und schizophrenen Patienten ohne Zweitdiagnose Sucht. Die Hypothese 3.5 muss dementsprechend verworfen werden.

Ein Vergleich der schizophrenen Patienten mit Zweitdiagnose Sucht zwischen den beiden Kohorten zeigte ein signifikant günstigeres Ergebnis für Kohorte II. Die Hypothese 3.6 kann somit beibehalten werden.

6 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, anhand von zwei Patientenkohorten, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus dem Maßregelvollzug entlassen worden waren, die Auswirkungen neuer Gesetzgebungen sowie struktureller und therapeutischer Veränderungen in der forensischen Psychiatrie zu untersuchen.

Es wurde ein Vergleich von zwei Kohorten, von denen eine - die historische Kontrollgruppe, bzw. die Kohorte I - aus psychisch kranken Rechtsbrechern zusammengesetzt war, die bereits 1990 bis 1994 aus der Maßregel entlassen worden waren. Die Patienten der zweiten Kohorte waren demgegenüber erst 2000-2004 entlassen worden.

Bundeszentralregisterauszüge beider Kohorten waren 2010 angefordert worden.

Die beiden Kohorten wurden zum prognostischen Status zum Entlassungszeitpunkt und zur kriminellen Rückfälligkeit verglichen.

Im Einzelnen waren die folgenden Fragen formuliert worden:

1. Ist der Entlassungsstatus - gemessen am prognostischen Status zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Maßregelvollzug - in Kohorte II günstiger?
2. Wird Kohorte II weniger kriminell rückfällig als Kohorte I?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Diagnose und Rückfälligkeit?

Zunächst waren die Rahmenbedingungen der Zeiträume in denen die Rekrutierung der beiden Kohorten erfolgt war zu betrachten.

6.1 Rahmenbedingungen der Forensischen Psychiatrie in den letzten 20 Jahren

Zwischen 1990 und 2010 hatten sich Veränderungen im Bereich der Psychiatrie und der Gesetzgebung von forensischer Relevanz sowie strukturelle Umgestaltungen innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtungen und Fortschritte auf dem Gebiet der forensischen Forschung ergeben.

Zusammengefasst hatten die Folgen der Enquete von 1971, die in der Allgemeinpsychiatrie ab 1990 umgesetzt wurden, in den forensischen Maßregelvollzugskliniken etwas später Einzug gefunden. Es erfolgte auch dort eine Anpassung der Personalausstattung an die Psychiatrie-Personal-Verordnung (PsychPV) im Sinne einer Personalmehrung, einer Verkleinerung der Stationen und einer Zunahme von therapeutisch-ausgebildetem Personal.

Bestrebungen zur Dezentralisierung und heimatnahen psychiatrischen Versorgung in kleineren psychiatrischen Abteilungen wurden in der Allgemeinpsychiatrie umgesetzt, während die Forensische Psychiatrie, mit dem Anstieg der Einweisungen, eine Zunahme der Stationen verzeichnete. Von 1987 bis 2011 stieg die Anzahl der strafrechtlich Untergebrachten im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt von 3.746 auf 10.663 (Statistisches

Bundesamt, 2013). Dieser Anstieg wurde vielfach auch auf die Enthospitalisierung psychisch Kranker sogenannter „Langzeituntergebrachter“ zurückgeführt und die zunächst unzureichende Vorbereitung im komplementären Sektor.

Im juristischen Bereich hatten wesentliche Auswirkungen auf die Forensische Psychiatrie die Verschärfung des § 67e StGB von der „Erprobungs“- zur „Erwartungsklausel“, die eine Erhöhung des prognostischen Augenmerks zum Zeitpunkt der Entlassung nach sich zog (1998).

Von Relevanz war die Einführung des § 67h StGB, der eine Krisenintervention durch eine befristete Wiederinvolzugsetzung der Maßregel ermöglichte (2007).

Im gleichen Jahr wurde die Behandlung in der Forensischen Ambulanz im Gesetzestext des § 68a StGB als Nachsorge-Verpflichtung aufgenommen.

Die Auswirkungen dieser Paragraphen, § 67h und § 68a StGB, waren Ausbau, Akzentsetzung und Unterstützung der ambulanten Arbeit.

Ferner ergaben sich Änderungen in der Zusammenarbeit zwischen Justiz und Maßregelvollzugskliniken. Die Strafvollstreckungskammer und -Staatsanwaltschaft begleiten als juristische Instanzen den gesamten Prozess der Maßregel von der Einweisung bis zur Beendigung der Führungsaufsicht. Hierbei kam es in den letzten Jahren zu einer intensiveren Kommunikation und einer transparenteren Gestaltung der Abläufe in der Maßregel, so dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Lockerungs-, im Entlassungsvorbereitungs- und Entlassungsprozess möglich wurde.

In der forensischen Wissenschaft hatten insbesondere die Forschungen zur Gefährlichkeitseinschätzung und zur Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher Relevanz für die Praxis. Die Entwicklung, Einführung und Etablierung von Prognose-Instrumenten ermöglichte ein standardisiertes Vorgehen bei der Beurteilung der Gefährlichkeit und eine Berücksichtigung aller für die Risikoeinschätzung wichtiger Bereiche. Auch Nachvollziehbarkeit und Transparenz waren hierdurch besser gegeben. Innerhalb des therapeutischen Prozesses wurden die Instrumente zur Unterstützung bei Lockerungsentscheidungen und zur Überprüfung der Therapie-Fortschritte eingesetzt. Es erfolgten weiterführende Entwicklungen spezialisierter Instrumente für unterschiedliche Zielgruppen, z. B. für Sexual- oder Gewaltstraftäter (Static 99, SVR20, SORAG, SONAR, bzw. VRAG; siehe Kapitel 2.5.2).

Gleichzeitig wurde das empirische Wissen vermehrt durch vergleichende Untersuchungen von delikt-, demographie- und tätergruppenbezogenen Rezidivraten (z. B. Groß, 2004; Stadtland und Nedopil, 2005a, 2005b), so dass immer mehr Bezugsgrößen zur Verfügung standen und in die individuellen Prognoseeinschätzungen einbezogen werden konnten.

Auf dem Gebiet der Versorgungsforschung waren insbesondere Untersuchungen zur Ambulanzarbeit von praktischer Relevanz; so wurde für die verschiedenen Bundesländer nacheinander der Nutzen ambulanter Nachsorgeeinrichtungen verifiziert (siehe unten, Kapitel 6.4), was zum Ausbau eines Netzwerkes führte.

Diese Entwicklung stellte eine der wesentlichen strukturellen Veränderungen dar. Bereits vor Etablierung einer forensischen Ambulanz war es an vielen Maßregelvollzugskliniken Usus gewesen, Patienten auf eigenen Wunsch durch ihre Bezugspersonen auf der ehemaligen Entlassungsstation ambulant weiter zu betreuen. Da es damals weder über die Krankenkassen noch anderweitig ein klares Finanzierungsmodell gab, wurde diese Praxis als „graue Ambulanz“ bezeichnet. Im IAK-KMO wurde ab 1996 die forensische Ambulanz als Teil der Institutsambulanz anerkannt, und Leistungen konnten über die Krankenkassen abgerechnet werden. Aus dieser Ambulanz rekrutierte sich das Modellprojekt „Ambulante Sicherungsnachsorge“ des bayerischen Staatsministeriums (Stübner und Nedopil, 2009) mit der Folge der festen Etablierung einer eigenständigen forensischen Ambulanz Ende 2004. Seit 2007 ist die Nachbehandlung in einer solchen forensischen Spezialambulanz im § 68a StGB juristisch verankert. Diese Behandlung war somit etabliert und konnte zur Verfügung gestellt werden. Die Inanspruchnahme erwies sich als sehr hoch, inzwischen wurden am IAK-KMO mehrere Dependancen gegründet.

Diese vielschichtigen und miteinander in Beziehung stehenden Veränderungen waren bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zu berücksichtigen und mussten insofern eingehend aufgezeigt und dargestellt werden.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Diskussion der Deskriptiven Ergebnisse

Zunächst wurden die beiden Kohorten hinsichtlich soziodemographischer Daten, sowie Diagnosen und Indexdelikten verglichen.

Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug lag bei Kohorte I bei 45 Jahren und bei Kohorte II bei 39 Jahren. Der Unterschied war signifikant. Möglicherweise könnte dies auf den vergleichsweise höheren Anteil schizophrener Patienten in Kohorte II zurückzuführen sein (s. a. u.).

Dieser Befund erschien interessant: Alter gilt als wesentlicher protektiver Faktor hinsichtlich zukünftiger Delinquenz (Groß, 2005). Ausgehend hiervon war eine deutlich ungünstigere prognostische Situation bei Kohorte II vorliegend, und es wäre eine höhere Rückfallrate zu erwarten gewesen. Dies bestätigte sich jedoch nicht. Insofern hatten offenbar andere Einflussgrößen als das Alter mehr Gewicht, wie sie sich beispielsweise auch in der prognostischen Einschätzung widerspiegeln (s. a. u.).

Sowohl bezüglich der Wohnsituation als auch des Familienstandes gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Kohorten. Insgesamt zeigten sich hohe Anteile an alleinstehenden Personen (jeweils 91 %). Das Leben in einer Gemeinschaft gilt als protektiver

Faktor sowohl gegenüber Krankheiten allgemein, als auch gegenüber psychischen Erkrankungen im Besonderen, dabei auch Suizidalität, aber auch kriminellem Verhalten. Insofern könnte in diesem Ergebnis ein Hinweis auf ein gewisses Risikopotential zu erkennen sein, wenn auch der offizielle Familienstand nur begrenzte Aussagen über die tatsächliche Beziehungssituation zulässt. Den Ergebnissen zur Wohnsituation war zu entnehmen, dass ein relativ hoher Anteil der Patienten in betreute Einrichtungen entlassen worden (60 %, bzw. 65 %) und somit auf diesem Weg zumindest einem gemeinschaftlichen Leben zugeführt worden war.

Die Anteile von Patienten mit Migrationshintergrund unterschieden sich in den beiden Kohorten nicht signifikant; insgesamt erschienen die Anteile mit 15 % bzw. 25 % aber relativ hoch. Erklärungen hierfür ließen sich lediglich aus dem klinischen Bild vermuten: Psychisch Kranke, vornehmlich schizophrene Patienten sind oftmals nicht sesshaft (s. a. Fichter und Quadflieg, 2005).

Hinsichtlich des Schulabschlusses unterschieden sich die Kohorten nicht signifikant, während bezüglich Berufsausbildung Kohorte I über ein höheres Niveau verfügte. Dies könnte im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Diagnoseverteilung zu sehen sein: In Kohorte II waren mehr Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Das Erkrankungsalter ist bei dieser Störung zumeist so niedrig, dass es zu erheblichen Auffälligkeiten im Lebenslauf, meist zu Ausbildungsabbrüchen und dem sogenannten „Leistungsknick“ kommt.

Die berufliche Situation zeigte in den beiden Kohorten eine ähnliche Verteilung, wobei etwa die Hälfte der Patienten zum Entlassungszeitpunkt arbeitslos gemeldet war. Während in Kohorte I die Beschäftigungssituation der arbeitslos gemeldeten Patienten unklar blieb, waren arbeitslose Patienten der Kohorte II im Rahmen einer tagesstrukturierenden Maßnahme in ambulante Arbeitstherapie integriert. Tagesstruktur gilt klinisch als protektiv gegenüber Krankheitsschüben und auch als kriminalprognostisch günstiger Faktor.

Hinsichtlich des Vorliegens einer gesetzlichen Betreuung unterschieden sich die Kohorten nicht signifikant, mehr als die Hälfte der Patienten waren betreut. Ausgehend davon, dass eine Betreuung dann eingerichtet wird, wenn ein Patient nicht geschäftsfähig ist oder in gewissen Bereichen unbedingt einer Unterstützung bedarf, war in beiden Kohorten von einem hohen Anteil an schwer beeinträchtigten Personen auszugehen. Auch wenn sich die Kohorten deutlich hinsichtlich der Diagnoseverteilung unterschieden und in Kohorte II ein höherer Anteil an schizophrenen Patienten vorlag, zeigten sowohl die historische Belastung, wie z. B. abzulesen am H-Score des HCR-20 (s. a. u.), als auch der hohe Betreuungsanteil die schwere Störung bei den Patienten beider Kohorten.

Diagnosen

Hinsichtlich der Diagnoseverteilung unterschieden sich die beiden Kohorten signifikant, wobei Kohorte II einen deutlich größeren Anteil an schizophrenen Störungen hatte (83 % versus 55 %), während der Anteil von organischen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen in Kohorte I höher lag.

Die Unterschiedlichkeit der Diagnoseverteilung erschien insofern relevant, als von einer diagnosebezogenen Beeinflussung von Rezidivraten auszugehen ist. Zwar ist für schizophrene Patienten ein höheres Gewaltisiko als bei der Allgemeinbevölkerung bekannt (Böker und Häfner, 1973), jedoch auch - unter Behandlung - eine niedrigere Rezidivrate im Vergleich zu psychisch gesunden Straftätern (z. B. Stadtland und Nedopil, 2005a, 2005b). Die Empfehlung einer Entlassung erfolgt durch die Maßregelvollzugseinrichtung. Ein wichtiges Kriterium ist die Besserung der Erkrankung, in deren Zusammenhang das Delikt verübt wurde. Kann bei einem schizophrenen Patienten rasch eine psychopathologische Besserung erzielt werden, z. B. durch eine psychopharmakologische Intervention, wird u. U. auch eine Entlassung relativ bald erfolgen. Jokusch und Keller berichteten 2001 über eine Abnahme der Verweildauer von schizophrenen Patienten in der Maßregel. Zwischen 1978 und 1993 verringerte sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 71 auf 34 Monate. Demgegenüber stieg die Aufenthaltsdauer von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im gleichen Zeitraum von 30 auf 51 Monate an (Jokusch und Keller, 2001).

Es war für die vorliegende Entlass-Klientel zu vermuten, dass durch die Implementierung des theoretischen Wissens über die verhältnismäßig gute Prognose behandelter schizophrener Patienten in der Klinik, eine Entlassung solcher Patienten eher erwogen wurde. Durch die ambulante Therapie war auch eine gesicherte Fortführung der Behandlung gegeben. Die Therapie einer Schizophrenie erfordert i. d. R. eine langfristige und durchgehende Medikamenteneinnahme. Für die These, dass unter der Behandlung remittierte schizophrene Patienten eher zur Entlassung vorgesehen gewesen waren als Patienten mit anderen und ggf. einer Behandlung weniger zugänglichen Störungen, sprachen auch die Berichte von Piontek et al., 2012.

Unter diesem Aspekt hatte die Kohorte II prognostisch günstigere Voraussetzungen.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Zweitdiagnosen unterschieden sich die beiden Kohorten nicht signifikant. Es zeigte sich jedoch insgesamt ein hoher Anteil (etwa zwei Drittel). Dies konnte als Indiz für die Schwere der psychischen Beeinträchtigung gewertet werden.

Auch hinsichtlich der Art der Zweitdiagnosen unterschieden sich die Kohorten nicht, wobei die häufigste Zweitdiagnose eine Störung durch Substanzkonsum war (etwa vier Fünftel).

Index-Delinquenz

Die Deliktverteilung unterschied sich nicht signifikant. Es zeigte sich insgesamt ein hoher Anteil an schweren Straftaten (gegen das Leben, Gewalt). Die Unterbringung in der Maßregel gemäß § 63 StGB erfolgt in der Regel nach schweren Straftaten. Daraus waren die Ernsthaftigkeit der kriminellen Vorgeschichte und die Besonderheit der Klientel zu erkennen. Stattgehabte Gewalt gilt als einer der gewichtigsten prädiktiven Faktoren für künftige Gewalt (z. B. Groß, 2004), insofern war auch bei der hier betrachteten Klientel insgesamt von einem hohen Risikopotential auszugehen.

Dauer der Unterbringung im MRV

Auch wenn sich die Kriterien für eine Entlassung im Laufe des gesamten Beobachtungszeitraumes geändert hatten, war die Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug der beiden Kohorten nicht signifikant unterschiedlich. Die durchschnittlichen Unterbringungsdauern betrugen 48 und 49 Monate. Aufgrund der Gesetzesänderung des § 67e StGB von der „Erprobungs-“, zur „Erwartungsklausel“ 1998 wäre eher eine Verlängerung der Unterbringungsdauer zu erwarten gewesen. Möglicherweise könnte sich eine Gegenteiligkeit aus der unterschiedlichen Diagnoseverteilung und dem höheren Anteil an schizophrenen Patienten in Kohorte II ergeben haben (s. a. o.).

6.2.2 Diskussion der Fragestellungen

Fragestellung 1: Ist der prognostische Entlassungsstatus in Kohorte II günstiger als in Kohorte I?

Der PCL-R-Score lag bei Kohorte I im Durchschnitt signifikant höher als bei Kohorte II. Ein hoher Score bedeutet einen hohen Anteil psychopathischer Merkmale und ist mit einer tendenziell schlechteren Prognose assoziiert. Der Unterschied dürfte auf den höheren Anteil von schizophrenen Patienten in Kohorte II zurückzuführen sein, und demgegenüber auf einen höheren Anteil an Persönlichkeitsstörungen in Kohorte I. Ein hoher PCL-R-Score als Ausdruck von dissozialen Zügen stellt unabhängig von Diagnose, Maßregel- oder Haftpopulation einen Indikator für ein Potential delinquenten Verhaltens dar. Delinquenz bei Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist in großen Teilen Auswirkung von dissozialen Persönlichkeitsmerkmalen, wobei aber auch straffällige schizophrene Patienten einen höheren Anteil an dissozialen Merkmalen aufweisen als nicht-delinquente (s. a. Hodgins und Müller-Isberner, 2014), was durch die Definition von Dissozialität im ICD konfundiert (straffällig = dissozial) ist.

Auch beim HCR-20 lag der Gesamtscore in Kohorte I signifikant höher als in Kohorte II. Der HCR-20 erlaubt eine differenzierte Betrachtung hinsichtlich der Subscores: Während der H-Score, der die historischen, bzw. statischen und nicht mehr veränderbaren Items umfasst,

keinen signifikanten Unterschied zwischen den Kohorten zeigte, unterschieden sich die C- und R-Scores, d. h. die dynamischen, veränderlichen, klinischen und Empfangsraum bezogenen, demnach therapeutisch zugänglichen Variablen hochsignifikant. In Kohorte II zeigten sich jeweils niedrigere Werte, wobei auch bezüglich der Einzelitems der C- und R-Scores die Unterschiede hochsignifikant waren. Dieses Ergebnis verdeutlichte, dass in Kohorte II sowohl die klinische Besserung als auch die Vorbereitung des sozialen Empfangsraumes zum Entlass-Zeitpunkt ein höheres Niveau hatten. Entsprechende Akzentsetzungen in der stationären Therapie im Zeitraum 2000-2004 waren hieraus ersichtlich.

Bei Betrachtung der Einzel-Items des H-Scores zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Kohorten mit jeweils höheren Werten in Kohorte I im Item 7, welches dem PCL-R-Score entspricht, und ferner dem Item H10, das frühere Verstöße gegen Bewährungsaufgaben erfasst. Aufgrund der insgesamt eher kleinen Fallzahl mussten Interpretationen hierzu mit entsprechender Vorsicht erfolgen. Es ist zu erwägen, dass Personen der Kohorte I vor der aktuell erfassten Unterbringung, bei fehlender spezifisch forensischer Nachbetreuung und Unterstützung, häufiger zu einem Nichteinhalten der Bewährungsaufgaben verleitet waren als Patienten der Kohorte II. (Oder: ...weniger gut vor Verstößen gegen Bewährungsaufgaben geschützt werden konnten.)

Auch der Gesamtscore der ILR-V lag bei Kohorte I signifikant höher als bei Kohorte II. Analog zum HCR-20 unterschieden sich die ILRV-A- und B-Subscores, die im Wesentlichen den historischen Variablen des HCR-20 entsprechen, in den beiden Kohorten nicht signifikant. In den ILRV-C- und -D-Subscores, die wie die C- und R-Subscores des HCR-20 klinische und empfangsraumbezogene Größen darstellen, zeigten sich jedoch wiederum signifikante Unterschiede.

In der Betrachtung der Einzelitems zeigte sich lediglich bei ILRV-A2, -A3 und -B9 ein signifikanter Unterschied (jeweils höhere Werte in Kohorte I). Dies betraf die Parameter „Bedeutung situativer Faktoren für das Delikt“. Dies könnte auf den höheren Anteil an Persönlichkeitsstörungen in Kohorte I zurückzuführen sein, da bestimmte Persönlichkeitsstörungen mit einer mangelnden Impulskontrolle assoziiert sind (s. a. WHO, 1992). Der gegenüber Kohorte II leicht erhöhte durchschnittliche Wert des Items „Einfluss einer vorübergehenden Krankheit“ könnte wiederum mit dem höheren Anteil an Patienten mit schizophrenen Erkrankungen und einem akuten Krankheitsschub zum Tatzeitpunkt erklärbar sein.

Bei den ILRV-C- und -D-Scores waren alle Items der Kohorte I signifikant höher als die der Kohorte II, eine Ausnahme bildeten das Item ILRV-C7, „Widerstand gegen Folgeschäden durch Institutionalisierung“; das Item ILRV-D2, „Unterkunft“ sowie das Item ILRV-D6, „Verfügbarkeit von Opfern“. Hieraus könnte gefolgert werden, dass es sich bei den entlassenen Patienten der beiden Kohorten um ähnlich große Anteile chronifizierter Störungsbilder und Grade von Hospitalisierung handelte, und dass die Art der Unterkunft (offen versus ge-

geschlossen) anteilmäßig gleich gewählt wurde. Bei der Unterkunft und der Verfügbarkeit von Opfern handelt es sich um reine Faktoren der Umgebung, in die ein Patient entlassen wird, sie betreffen nicht den Patienten selbst. Die Verfügbarkeit von Opfern ist ausschließlich durch eine Einschränkung der Freiheit des Patienten, d. h. außerhalb der Maßregel z. B. im Rahmen einer zivilrechtlichen Unterbringung in einem Heim zu reduzieren.

Fragestellung 2: Ist kriminelle Rückfälligkeit in Kohorte II niedriger als in Kohorte I?

Bei Ausstellung der Bundeszentralregisterauszüge lagen für die Patienten der einzelnen Kohorten unterschiedliche Beobachtungszeiträume vor: Für Patienten der Kohorte I 16 bis 20 Jahre, für die der Kohorte II 6-10 Jahre.

Über die vollständige Beobachtungszeitspanne (16-20 Jahre) hatten in Kohorte I 20 der insgesamt 46 Patienten einen Eintrag, damit lag die allgemeine Rezidivrate für erneute Delinquenz in Kohorte I bei 43 %. Es wurden bei Kohorte I davon 5 Gewaltdelikte verzeichnet, entsprechend einer Rezidivrate für Gewaltdelinquenz von 11 %.

Insgesamt sind Berichte über derartig lange Beobachtungszeiträume selten. Insofern sollen die hier erhaltenen Daten als etwaig benötigte Vergleichsgrößen in die allgemeine Wissensbasis mit zur Verfügung gestellt werden.

In Kohorte II hatten 9 der insgesamt 43 Patienten über die vollständige Beobachtungszeitspanne (6-10 Jahre) einen Eintrag im BZR, entsprechend einer allgemeinen Rezidivrate von 21 %. Es waren 2 Gewaltdelikte verzeichnet, entsprechend einer Rezidivrate für Gewaltdelinquenz von 5 %.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Kohorten herzustellen, wurden Auswertungen für den Fünf-Jahreszeitraum, entsprechend der Dauer einer regelhaften Führungsaufsicht, sowie für den Sechs-Jahreszeitraum, dem maximalen gemeinsamen Beobachtungsintervall, vorgenommen.

Bei genauer Betrachtung der Zeitpunkte der einzelnen Delikte, auch im Rahmen einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve fiel auf, dass etwa nach fünf Jahren ein Plateau der Rückfälligkeit erreicht war. Insgesamt zeigte sich in dieser Betrachtung auch eine steilere Rückfallgeschwindigkeit bei Kohorte I gegenüber Kohorte II.

In der Untersuchung der jeweils ersten fünf Jahre nach Entlassung zeigte sich bezüglich Freiheitsentzug kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kohorten, jedoch bezüglich Delinquenz: In Kohorte I waren es 16 und In Kohorte II 6 Straftaten bei 46 bzw. 43 Patienten ($\chi^2(1, N = 89) = 5.182, p = .023$). Gewaltdelikte fanden sich in Kohorte I in 3 Fällen und in Kohorte II einem. Der Unterschied war nicht signifikant, wobei es sich um zu kleine Fallzahlen handelte.

Innerhalb des Sechs-Jahresintervalls waren in Kohorte I 17 und in Kohorte II 7 Straftaten im BZR vermerkt. Es handelte sich um einen signifikanten Unterschied ($\chi^2(1, N = 89) = 4.825,$

$p = .028$). Hinsichtlich der Gewaltdelikte hatte sich die Situation gegenüber dem Fünf-Jahreszeitraum nicht verändert. Auch diese Beobachtung sprach für die Betrachtung der ersten fünf Jahre als hauptsächlich kritische Zeit betreffend etwaiger Rückfälle.

In Rezidivraten ausgedrückt lag die Rate für allgemeine Delinquenz im Fünf-Jahreszeitraum in Kohorte I bei 35 % und in Kohorte II bei 14 %; für Gewaltdelinquenz in Kohorte I bei 7 % und in Kohorte II bei 2 %.

Im Sechs-Jahreszeitraum erhöhten sich die Rezidivraten demgegenüber für Kohorte I auf 37 % und in Kohorte II auf 16 %, wobei für jede Kohorte in diesem einen zwischen dem fünften und sechsten gelegenen Jahr nur mehr ein Delikt hinzukam.

Bereits in anderen Arbeiten zur Thematik wurde darauf hingewiesen, dass eine geringere Rückfallquote unter forensischer Nachsorge möglicherweise auf häufige Interventionen und Rückverlegungen zurückgeführt werden kann (Wiederanders and Bromley, 1997; Seifert et al., 2003; Stübner und Nedopil, 2009). Die forensische Ambulanz kann sowohl mit intensiven ambulanten, aber auch durch allgemein-psychiatrische Aufnahmen zeitnah intervenieren. Solche Aufenthalte waren in der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst worden. Die vormals erfolgte Auswertung der Daten der Sicherungsnachsorge hatte jedoch eine deutliche Anzahl stationär-allgemeinpsychiatrischer Interventionen gezeigt: Von 111 Patienten waren in 4,5 Jahren 19 Patienten (entsprechend 17 %) aufgenommen worden, darunter einige Patienten mehrfach (Stübner und Nedopil, 2009). Daher ist davon auszugehen, dass auch in der hier untersuchten Stichprobe ambulante und stationäre Interventionen sowohl forensisch als auch allgemeinpsychiatrisch stattgefunden hatten und rückfallpräventiv wirksam waren.

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Diagnose und Rückfälligkeit?

In der vorliegenden Untersuchung wurden Auswertungen zur Gruppe der Patienten mit Schizophrenie vorgenommen: Zum einen wurden diese mit Patienten mit anderen Diagnosen verglichen, zum anderen wurden die schizophrenen Patienten der beiden Kohorten gegenübergestellt.

Die nach der Schizophrenie zweithäufigste Hauptdiagnose war die Persönlichkeitsstörung, der wesentliche Teil der anderen Diagnosen.

Bei der Betrachtung aller 68 schizophrenen Patienten fiel eine signifikant andere Indexdeliktverteilung im Vergleich zu den 33 Patienten anderer Diagnosen auf. Die Gewaltdelinquenz war eher der Gruppe der schizophrenen Patienten zuzuordnen. Die Vorgeschichte schwerer Gewalttaten zeigte die aktuarische Belastung dieser Gruppe an. Sexualdelikte waren zum überwiegenden Teil von Patienten mit anderen Diagnosen, v. a. Persönlichkeitsstörungen, begangen worden.

Die Deliktverteilung bei den schizophrenen Patienten der beiden Kohorten war nicht unterschiedlich.

Innerhalb von fünf Jahren hatten dreizehn (entsprechend 22 %) der Patienten mit Schizophrenie einen erneuten Eintrag über Delinquenz, davon zwei über ein Gewaltdelikt; demgegenüber neun (entsprechend 32 %) der Patienten mit anderen Diagnosen, davon hatten ebenfalls zwei einen Eintrag über ein Gewaltdelikt. Die Unterschiede waren statistisch nicht bedeutsam. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen waren keine Interpretationen möglich.

Diese Ergebnisse konnten in Übereinstimmung mit der Literatur gesehen werden: Bei schizophrenen Patienten ist das Risiko einer primären Gewaltdelinquenz gegenüber der Normalbevölkerung erhöht (Böker und Häfner, 1973; Soyka et al. 2004), das Risiko von Rezidiven gegenüber nicht-schizophrenen Straftätern jedoch niedriger (Stadtland und Nedopil, 2005a, 2005b). Der Verlust des Realitätsbezuges ist krankheitsimmanent und kann handlungsrelevant werden. Der Unterschied zwischen Basis- und Rezidivrate kann im Zusammenhang mit einer konsequenten Behandlung gesehen werden.

Beim Vergleich des PCL-R-Gesamtscores zwischen Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie und Patienten mit anderen Diagnosen zeigte sich ein signifikant niedrigerer PCL-R-Score bei schizophrenen Patienten.

Demgegenüber ergab der Vergleich der beiden Kohorten, dass die schizophrenen Patienten der Kohorte I einen höheren PCL-R-Score aufwiesen, als die der Kohorte II.

Die Tatsache, dass in Kohorte I weniger schizophrene Patienten vertreten waren als in Kohorte II, ließ demnach nicht die Schlussfolgerung zu, dass der höhere PCL-R in Kohorte I ausschließlich dem größeren Anteil an Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen war.

Ein hoher PCL-R-Score ist auch bei schizophrenen Patienten mit einer hohen Rezidivrate vergesellschaftet. Die Anwendung der Prognoseinstrumente zum Entlassungszeitpunkt und der sorgfältige Umgang mit Entlassungsentscheidungen könnte sich insofern ausgewirkt haben, dass in Kohorte II die Auswahl der zu entlassenden Patienten mit einem günstigeren prognostischen Status erfolgt war.

Der Gesamtscore des HCR-20 sowie die Subscores unterschieden sich nicht signifikant zwischen den schizophrenen und nicht-schizophrenen Patienten, lediglich der C-Score, der die klinischen Variablen umfasst. Dies spiegelt den positiven Einfluss der Therapie auf die Erkrankung wider, der bei der Schizophrenie deutlicher erscheint als bei anderen psychischen Erkrankungen.

Beim Vergleich der schizophrenen Patienten der beiden Kohorten zeigten sich hochsignifikante Unterschiede hinsichtlich des HCR-Gesamtscores sowie des C- und R-Sub-Scores, d. h. der veränderbaren Variablen, was für eine deutlich bessere Entlass-Vorbereitung der zweiten Kohorte sprach und somit für eine Veränderung der Fokus-Setzung während der stationären Therapie. Demgegenüber waren die historischen Variablen, also der H-Subscore, nicht signifikant unterschiedlich, was eine ähnlich hohe aktuarische Belastung anzeigte.

Beim ILRV-Gesamtcore und beim A-Subscore zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit einer Schizophrenie und anderen Diagnosen. Auch wenn es sich hier, wie auch im H-Score des HCR-20 um historische Variablen handelt, beinhaltet der ILRV-A-Score die Rezidivrate des Indexdeliktes und als weiteres Item den Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung, Items, die für schizophrene Patienten in der Regel günstiger ausfallen: Schwere Indexdelikte wie Straftaten gegen das Leben haben eine deliktbezogen niedrige Rezidivrate.

Obwohl der C-Score des HCR-20 zwischen schizophrenen und nicht-schizophrenen Patienten unterschiedlich ausfiel, fanden sich bezüglich des C-Subscores der ILRV keine Unterschiede, obwohl es sich hierbei ebenfalls um klinische Variablen handelt. Dies könnte dadurch zu erklären sein, dass es sich um eine andere Zusammensetzung von Einzelvariablen handelt. In der ILRV ist das zusätzliche Item „Widerstand gegen Folgeschäden durch Institutionalisierung“ enthalten, d. h. ein Maß für Hospitalisierung. Für die Entwicklung einer Hospitalisierung sind schizophrene Patienten krankheitsbedingt prädisponiert.

Betrachtet man die schizophrenen Patienten der beiden Kohorten im Vergleich, ergeben sich ein signifikant unterschiedlicher ILRV-Gesamtcore sowie ILRV-C- und -D-Subscores. Dieses Ergebnis spricht für eine deutlichere klinische Besserung und bessere Vorbereitung des sozialen Empfangsraumes bei der zweiten Kohorte gegenüber der ersten.

Im Vergleich der Kohorten zeigten sich fünf Jahre nach Entlassung aus der Maßregel bei Kohorte I Einträge über ein Delikt bei acht von insgesamt 25 Patienten (entsprechend 32 %) und bei Kohorte II bei fünf von insgesamt 35 Patienten (entsprechend 14 %). Die Unterschiede waren nicht signifikant, wobei eine Interpretation aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht möglich war. Einträge über Gewaltdelikte fanden sich in beiden Kohorten bei jeweils einem Patienten.

Die Beibehaltung eines guten Behandlungsergebnisses und den guten prognostischen Status bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist bei schizophrenen Patienten möglich, erfordert jedoch eine konsequente und engmaschige Nachbehandlung. Die oben beschriebenen für Kohorte II günstigeren Ergebnisse sind durch die Interventionen der forensischen Ambulanz zu erklären.

Es fanden sich in beiden Kohorten ($n = 13$ bzw. $n = 20$) Patienten mit der als besonders problematisch bekannten diagnostischen Konstellation von Schizophrenie und Sucht (z. B. Hodgins und Müller-Isberner, 2004; Schanda, 2005; Soyka und Ufer 2002).

Bezüglich des Indexdeliktes unterschieden sich diese Patienten nicht von denen anderer diagnostischer Konstellationen und auch nicht zwischen den Kohorten.

In einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren nach Entlassung aus der Maßregel zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich erneuter Delinquenz zwischen den beiden Ko-

horten: acht von 13 Patienten der Kohorte I (entsprechend 62 %) und fünf von 20 Patienten der Kohorte II (entsprechend 25 %).

Diese Ergebnisse sind in Übereinstimmung mit der Literatur (s. a. o.) zu sehen und unterstreichen die Bedeutung dieses Risikoprofils.

Diskussion der Ergebnisse im Referenzsystem vergleichbarer Studien

Untersuchungen zu Rückfälligkeit von Maßregelvollzugspatienten, die vormals gemäß § 63 StGB untergebracht waren, sind bezüglich des Zeitraumes (Publikationen aus 1978 bis dato), der Beobachtungsdauer (zwischen zwei und elf Jahre), der Fallzahl und der Bedingungen sehr unterschiedlich und somit schwer zu vergleichen. Im Folgenden soll die vorliegende Arbeit im Kontext einiger Untersuchungen (siehe Kapitel 2.5.2) gegenübergestellt werden. Aus hiesiger Perspektive erscheinen die Studien aufgrund der vielen unterschiedlichen Einflussgrößen jedoch lediglich bedingt vergleichbar.

Die Besonderheiten der vorliegenden Untersuchung bestanden zum ersten darin, dass es sich um Probanden einer Maßregelvollzugsklinik handelte, die unter gleichen Bedingungen behandelt worden waren. Insofern waren die Fallzahlen als relativ groß und homogen anzusehen. In anderen Untersuchungen waren zumeist verschiedene Gruppen von Patienten, die in unterschiedlichen Kliniken oder Dependancen behandelt worden waren zusammengefasst worden (z. B. Seifert et al. 2003 und 2010; Seifert und Möller-Mussavi, 2005; Schmidt-Quernheim, 2010; Stübner und Nedopil, 2009). Zum zweiten war vorliegend die Berechnung der Rezidivraten im Zusammenhang mit einer exakten Time-at-Risk erfolgt. In anderen Studien hatte es sich zumeist um ein Intervall gehandelt, bzw. um durchschnittliche Beobachtungszeiträume (z. B. oben genannte Arbeiten). Insofern war vorliegend von einer höheren Genauigkeit auszugehen. Schließlich umfasste die Beobachtungsdauer der Kohorte I einen sehr langen Zeitraum. Derartige Angaben finden sich in der Literatur selten.

Die ermittelten Rezidivraten zeigten sich niedriger als die in Studien von Haftpopulationen (Groß, 2004). Die Ergebnisse von Kohorte II zeigten sich vergleichbar mit Untersuchungen ähnlicher Settings (z. B. Seifert, 2003 und 2010).

6.2.3 Methodische Limitationen

Allgemeine Problematik forensischer Forschung

Psychisch kranke Rechtsbrecher werden analog zu Häftlingen als besonders geschützte Gruppen betrachtet. Forschungen unterliegen hier gemäß der Deklaration von Helsinki besonders strengen Vorgaben (WMA, 2013).

Die Forensische Psychiatrie ist stets eng verknüpft mit den entsprechenden juristischen Vorgaben des jeweiligen Landes. Da es hierbei große Unterschiede gibt, sind Ergebnisse aus unterschiedlichen Ländern schwer vergleichbar.

Forensische Forschungsergebnisse sind somit häufig auch nur in nationalen Organen publizierbar und erreichen selten hochrangige wissenschaftliche Journale. Die Zurverfügungstellung forensischer Daten auf internationaler Ebene als auch die Zugriffsmöglichkeit auf internationale Studien sind somit insgesamt begrenzt.

Der Evaluation einer Behandlungseffektivität in der Maßregel und im Rahmen der forensisch-psychiatrischen Nachsorge sind schon aufgrund einer Selektion der Entlassungen aus der Maßregelbehandlung Grenzen gesetzt, da es sich um psychisch kranke Straftäter mit einer günstigen Prognose bezüglich weiterer Straftaten (bzw. Rückfälligkeit) handelt.

Im Hinblick auf Rezidivraten handelt es sich um seltene bis sehr seltene Ereignisse. Insofern wären große Fallzahlen notwendig und die Gewährleistung einer relativ langen Beobachtungszeit vonnöten, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Es handelt sich zudem um ein, in vielen Aspekten heterogenes Klientel (z. B. Alter, Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung, Delikt). Lange Beobachtungszeiträume und relativ homogene Patientengruppen sind ausschließlich auf Kosten sehr kleiner Fallzahlen zu gewinnen, da die Zahl der Entlassungen pro Jahr in einer Maßregelvollzugsklinik zu gering sind. Fasst man mehrere Kliniken zusammen, kommen wiederum neue Variablen hinzu. Der so genannte „Goldstandard“ einer kontrollierten randomisierten Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit einer Behandlung ist für Maßregelpatienten nicht durchführbar. Die Voraussetzung einer zeitgleichen Kontrollgruppe, die von der Behandlung ausgeschlossen wird, ist aus ethischen Gründen nicht zu vertreten (Schalast, 2007).

Problematik von Versorgungsforschung

Naturalistische Studienansätze und Anwendungsbeobachtungen sind methodisch verbunden mit den Nachteilen eines niedrigen Evaluations- und Evidenzbasierungs-Levels, aber auch mit den Vorteilen eines naturalistischen, realitätsnahen und klinisch relevanten Experiments. Wirksamkeitsnachweise einer Maßnahme im Sinne eines Sicherheitszuwachses beinhalten per se eine methodische Problematik. Sonst übliche Untersuchungen zur Wirksamkeit einer medizinischen oder therapeutischen Maßnahme erfolgen entsprechend allgemein anerkannt

ter methodischer Kriterien. Üblicherweise müssen mehrere Doppelblindstudien die Wirksamkeit belegen. Untersuchungen zu einer Verbesserung von Sicherheit können derartige Anforderungen nicht erfüllen, da es sich verbietet, Sicherungsmaßnahmen vorzuenthalten, wenn dadurch die Sicherheit gefährdet wäre. Es wäre auch nicht möglich, zu belegen, dass eine Maßnahme effektiver ist als eine andere. Es wäre nicht erdenklich, etwaige Risiken wahrzunehmen und zu dokumentieren und dann nicht korrigierend in das Geschehen einzugreifen. Dies bedeutet, dass alleine die Untersuchung eine spezifische Intervention darstellt und somit das Ergebnis beeinflusst. Eine Untersuchung aus dem forensischen Bereich über aggressive Zwischenfälle während der Unterbringung führte beispielsweise nachweislich bereits zu einer vermehrten Registrierung, damit zu einer früheren Erkennung und auch zu einer verbesserten Interventionsstrategie (siehe Taylor und Schanda, 2000; Schanda und Taylor, 2001). Dies stellt eine methodische Problematik dar - ist jedoch klinisch erwünscht.

Spezielle Problematik der Methodik der vorliegenden Arbeit

Auch für die vorliegende Untersuchung mussten die genannten methodischen Schwierigkeiten in Kauf genommen werden.

Bei der vorliegenden Arbeit handelte sich um ein »natürliches Experiment«, das sich durch die exemplarische Etablierung einer am Ort neuen Therapieform und deren Beobachtung ergeben hatte.

Es handelte sich demnach um eine Anwendungsbeobachtung. Diese ist methodisch verbunden mit den Nachteilen eines niedrigen Evaluations- und Evidenzbasierungs-Levels, aber auch mit den Vorteilen eines naturalistischen, realitätsnahen und klinisch relevanten Experiments.

Immerhin handelte es sich um eine Kohortenstudie im Sinne eines Vergleichs einer Untersuchungsgruppe mit einer Kontrollgruppe. Die gleichzeitige Untersuchung einer unter anderen Bedingungen behandelten Gruppe verbot sich u. a. bereits aus ethischen Gründen. Die Wahl einer historischen stellte bei Ausschluss einer parallel untersuchten Kontrollgruppe den methodisch bestmöglichen Untersuchungsansatz dar.

Untersuchungen zur Sicherheit werfen grundsätzlich methodische Probleme auf und können hohen wissenschaftlichen Standards nicht genügen, u. a. deshalb, da eine Messung ohne Einflussnahme nicht möglich ist.

Die vorliegende Untersuchung wies spezielle Limitierungen auf: So waren die Daten der Kohorte I von einer Person aus den Akten erhoben worden, diejenigen der Kohorte II von verschiedenen Personen sowohl aus Akten als auch aus den persönlichen Gesprächen.

Wie in anderen forensischen Untersuchungen handelte es sich um eher kleine absolute Fallzahlen und seltene Ereignisse, die eine statistische Aussagekraft limitieren.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten allgemeinen Problematik handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine zumindest relativ hohe Fallzahl sowie um einen langen Beobachtungszeitraum.

Die Aussagegenauigkeit der Ergebnisse hängt unter anderem vom Anteil der fehlenden Werte ab: Analysen vollständiger Datensätze beinhalten eine verlässlichere Gesamtaussage. Vorliegend waren zu allen Patienten die Bundeszentralregisterauszüge angefordert, jedoch nicht vollständig erhalten worden.

Multizentrische Ansätze können u. U. eine höhere Fallzahl generieren, haben aber den Nachteil einer heterogeneren Datenerhebung.

Beim Vergleich der beiden Kohorten konnte lediglich ein Zeitraum von jeweils maximal sechs Jahren betrachtet werden. Dies schien jedoch angesichts der Ergebnisse ausreichend, da es nach diesem Vergleichszeitraum kaum noch Delikte gab.

6.2.4 Diskussion im Gesamt-Kontext der gegenwärtigen forensischen Situation und Fazit

Die Zunahme der Anzahl von Maßregelpatienten der letzten Jahre dürfte u. a. auf die der Enquete gefolgte Enthospitalisierung zurückzuführen sein. Komplementäre Einrichtungen, die notwendig gewesen wären, um ein Netz zu spannen, wurden erst viel später geschaffen. Entlassungen erfolgten also viel früher, als komplementäre Dienste etabliert worden wären, um diese Patienten aufzufangen.

Bereits mehrfach wurde die Vermutung geäußert, dass die Enthospitalisierung zum Teil auch für den Anstieg forensischer Betten verantwortlich ist.

Von 1987 bis 2011 stieg die Anzahl der strafrechtlich Untergebrachten im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt von 3.746 auf 10.663 (Statistisches Bundesamt, 2013); demgegenüber erfolgte 1980 bis 2000 in der Allgemeinpsychiatrie ein Bettenabbau von 100.000 auf 63.400 (Leygraf, 2006, nach Schmidt-Quernheim, 2007).

Aus der klinischen Erfahrung kann berichtet werden, dass vormals auch Patienten nach Gewaltdelikten in allgemeinpsychiatrischen Kliniken aufgenommen wurden, ohne dass die Taten aktenkundig geworden oder juristische Konsequenzen nach sich gezogen hätten. Ein solches Vorgehen ist auch heute noch vereinzelt anzutreffen, jedoch war vormals eine Ignorierung kriminogener Aspekte häufiger zu beobachten. In einer Art Dunkelfeld werden diese Patienten in der Allgemeinpsychiatrie betreut, wobei Rückfall- oder Gewaltprävention nicht im Fokus der dortigen Behandlung sind.

Die Beobachtungen, dass bezüglich der kriminellen Rückfälligkeit von ehemaligen Maßregelvollzugspatienten keine wesentlichen Unterschiede zwischen einem Fünf- und Sechs-Jahres-Zeitraum vorlagen, bekräftigt die Annahme, dass die in der Regel begrenzte Füh-

rungsaufsicht auf fünf Jahre ausreichend ist, da bei einer Verlängerung der Führungsaufsicht dem höheren Aufwand nur ein geringer präventiver Mehrgewinn gegenüber steht.

Untersuchungen bei schizophrenen Patienten und Patientinnen zeigten, dass fünf Jahre nach einer stationären allgemeinspsychiatrischen Behandlung für über 20 % Einträge in das Bundeszentralregister erfolgt waren (Soyka u. a. 2004a, 2004b). Es konnte nachgewiesen werden, dass es bei forensisch nachbetreuten schizophrenen Patienten seltener gewalttätige Handlungen gibt als bei Patientinnen und Patienten, die aus allgemeinspsychiatrischen Kliniken entlassen werden (Hodgins u. a. 2003).

Betrachtet man die Klientel der Schizophrenen der Kohorte I, die zwischen 1990 und 1994, d. h. vor Umsetzung der Enquete aus der Maßregel entlassen wurden, zeigt sich ein höherer PCL-R Score, der ein Indiz für eine höhere Dissozialität sein kann. Demgegenüber kann ein eher niedriger PCL-R-Score eher einen prosozialen Lebensstil anzeigen, jedoch ggf. im Kontext einer stationär untergebrachten Klientel auch für eine starke Anpassung bis hin zu einer Hospitalisierung. Es ist anzunehmen, dass ein Teil der hier untersuchten Klientel sich vormals in Langzeitstationen in psychiatrischen Großkliniken befunden haben dürfte, welche infolge der Enquete aufgelöst und die Patienten heimatnah entlassen worden waren, danach möglicherweise keine ausreichende Versorgung hatten und straffällig wurden. Diese Patienten wären in der vorliegenden Untersuchung eher in der Kohorte II zu finden gewesen. Für eine solche Hypothese würde der niedrigere PCL-R-Score sprechen.

Die Patienten der Kohorte I waren jedoch im Durchschnitt älter als die der Kohorte II; in prognostischer Hinsicht stellt das Alter einen protektiven Faktor dar. Demgegenüber zeigte Kohorte II eine niedrigere Rückfalldelinquenz als Kohorte I.

Die Verteilung der Indexdelinquenz und die historischen Prognosefaktoren waren in beiden Gruppen vergleichbar hoch. Ausgehend von dem eher jungen Alter der Kohorte II war hier die Gesamtkonstellation hinsichtlich zu erwartender Rückfalldelinquenz ungünstiger. Ein früher Beginn delinquenten Verhaltens ist ein Prädiktor für hohe Rückfalldelinquenz; die gleiche Anzahl von Straftaten in einem höheren Alter ging mit einem geringeren Rückfallrisiko als bei jüngeren Personen einher (Jehle et al., 2003).

Zusammengefasst zeigte Kohorte I ein hinsichtlich krimineller Rückfälligkeit ungünstigeres Profil in Form von höheren Scores der Prognoseinstrumente in Bezug auf klinische und empfangsraumbezogene Variablen - kennzeichnend für eine weniger akzentuierte Entlassungsvorbereitung - sowie der Tatsache, dass eine spezifisch forensische Nachsorge nicht zur Verfügung stand; Kohorte II zeigte hinsichtlich des Alters ein prognostisch ungünstigeres Profil.

Die unterschiedliche Diagnoseverteilung innerhalb der beiden Kohorten mit einem deutlich höheren Anteil an schizophrenen Patienten in Kohorte II ist ausschließlich unter der Bedin-

gung einer verbindlichen und konsequenten Behandlung, also nur in Verbindung mit einer forensischen Nachsorge eine prognostisch günstigere Konstellation.

Eine Detailauswertung der vorliegenden Untersuchung zeigte ein signifikant erhöhtes Rückfallrisiko von Schizophrenen mit der Zweitdiagnose einer Suchterkrankung in Kohorte I gegenüber den Patienten in Kohorte II.

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen in Einklang mit der Literatur (z. B. Soyka, 2000; Schanda, 2006, Piontek et al., 2013) die Problematik dieser diagnostischen Konstellation, besonders im forensischen Kontext.

Diese Beobachtung erscheint klinisch relevant und sollte Auswirkungen auf die Behandlungspraxis haben: Die üblicherweise abnehmende Frequenz an ambulanten Behandlungsterminen im Verlauf der Führungsaufsicht, die in der Regel bei psychisch Kranken sowohl indiziert als auch ohne Rückfall verträglich sind, sind bei dieser diagnostischen Konstellation nicht anzuraten.

Die vorliegende Untersuchung ergab, dass die Verbesserungen der forensischen Interventionen über die letzten zwanzig Jahre zu einer Verminderung von Rückfälligkeit geführt haben, diese jedoch nicht gänzlich zu verhindern vermochten. Schwerwiegende Delikte waren in Einzelfällen dennoch aufgetreten.

Auch Seifert und Möller-Musavi kamen anhand ihrer Untersuchung zu einer ähnlichen Einschätzung (Seifert und Möller-Musavi, 2005). Es zeigt sich, dass bei einer sehr kleinen Gruppe von Patienten die Rückfälligkeit schwer zu prognostizieren und demzufolge kaum zu verhindern ist.

Schwere Delinquenz, die mit einer strafrechtlichen Sanktion in Form von Haft oder einer Unterbringung in der Maßregel verbunden ist, gilt als einer der gewichtigsten Risikofaktoren für erneute schwere Delinquenz (siehe auch Jehle, 2003; 2010). Auch wenn bei haftentlassenen wie auch bei vormals strafrechtlich in einer psychiatrischen Klinik untergebrachten Personen das Risiko erneuter Delinquenz durch die Indexdelinquenz belastet ist, zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung, dass eine positive Beeinflussung der dynamischen Variablen dieses Risiko deutlich reduzieren kann.

Kohorte II wurde in einem Zeitraum rekrutiert, in dem sowohl innerhalb der Unterbringung in der Maßregel als auch durch die Intervention der forensischen Nachsorge wesentliche Fortschritte in der Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern erzielt werden konnten, und zeigte ein besseres Outcome.

Die Frage, ob die Reduktion der Rückfälligkeit in Kohorte II gegenüber Kohorte I auf die forensische Nachbehandlung und ein verbessertes Risikomanagement oder eine bessere Entlassungsvorbereitung während der Unterbringung zurückzuführen ist, war durch die vorliegende Untersuchung nicht zu beantworten. Aber es gibt einige Hinweise: Die schizophrenen Patienten der Kohorte II hatten weniger kriminelle Rückfälle als diejenigen der Kohorte I. Da

bei schizophrenen Patienten eine konsequente Behandlung allein zur Aufrechterhaltung eines einmal erzielten günstigen prognostischen Status unabdingbar ist, kann davon ausgegangen werden, dass die geringere Rückfälligkeit in Kohorte II auf die spezifisch-forensische ambulante Betreuung zurückzuführen ist.

Die Gewichtung der Ursachen der Reduktion der Rezidivraten in den letzten Jahren wäre zwar von wissenschaftlichem Interesse, war jedoch aufgrund der niedrigen Fallzahlen und der Seltenheit der Ereignisse nicht valide auszuwerten. Aus klinischer Perspektive stellt sich jedoch die Frage, ob eine solche Trennung wirklich vorzunehmen und vor allem zielführend wäre: Die Erfahrungen in beiden Bereichen, der stationären Entlassungsvorbereitung und der ambulanten Nachsorge, führten wechselseitig zu Verbesserungen; „Erst durch den Beginn der ambulanten Nachsorge von Maßregelpatienten war man im stationären Setting in der Lage, die Versorgungsbedürfnisse nach einer Entlassung zu erkennen und entsprechend darauf einzugehen“ (v. Vopelius, 2011).

7 Literatur

Andrews, D.A., Bonta, J.L. (1995) The Level of Service Inventory-Revised. Toronto, Canada: Multi-Health Systems

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington DC: APA. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1996). Deutsche Bearbeitung und Einleitung. Göttingen: Hogrefe

Böker, W., Häfner, H. (1973) Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York

Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., Webster, C.D. (1997) Manual for the Sexual Violence Risk - 20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence. Vancouver: The Mental Health, Law & Policy Institute

Boetticher, A., Kröber, H.L., Müller-Isberner, R., Böhm, K.M., Müller-Metz, R., Wolf, T. (2006) Mindestanforderungen für Prognosegutachten. NStZ 10: 537- 551

Boetticher, A., Nedopil, N., Bosinski, H., Saß, H. (2005) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten NStZ 2: 57-68

Bortz, J. (2005) Statistik. 6 Auflage. Springer Verlag, Heidelberg

Bürgerliches Gesetzbuch (2013). 72. Auflage, München: Beck Verlag im dtv,

Burgess EW (1928). Factors determining success or failure on parole. J Crim Law Criminol 19:241

Butz, M., Mokros, A., Osterheider, M. (2013) Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts. PsychiatPrax 40:36–42

Cleckley, H. M. (1941) The Mask of Sanity: An Attempt to Reinterpret the So-Called Psychopathic Personality. St. Louis, MO: C.V. Mosby. First Edition

Cooke, D.J, Michie C (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment* 13 (2): 171–188.

Dessecker, A. (1997) *Straftäter und Psychiatrie*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013). Stellungnahme. URL: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Stellungnahme_Reform%C3%BCberlegungen_63_StGB_BMJ_final_01.pdf (zuletzt aufgerufen am 15.02.2014)

Dittmann, V. (1999) Kriterien zur Beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter; Arbeitsinstrument der Fachkommissionen des Strafvollzugskonkordats der Nordwest- und Innerschweiz; Version 2.S. a: URL: http://www.forensiktagung.ch/index.cfm?action=act_getfile&doc_id=100340 (zuletzt aufgerufen am 15.02.2014)

Fichter, M.M., Quadflieg, N. (2005) Three year course and outcome of mental illness in homeless men; A prospective longitudinal study based on a representative sample *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255 : 111–120

Freese R (2000). *Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter – Entstehung, Entwicklung, aktueller Stand und Zukunft der 63er-Nachsorge in Hessen*. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L. *Psychiatrische Kriminaltherapie*. Band 2. Lengerich: Pabst Science Publishers

Freese R (2003). *Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter*, Lengerich: Pabst Science Publishers

Freese, R. (2014). *Zum Stand der forensischen und forensisch-psychiatrischen Nachsorge in der Bundesrepublik Deutschland (Daten aus der sog. Pflingstabfrage 2013)*. *ForensPsychiatrPsycholKriminol* DOI 10.1007/s11757-014-0260-9 Eingegangen: 17. Dezember 2013 / Angenommen: 21. Januar 2014, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Gericke B, Kallert TW (2007). Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiat Prax* 34 (Suppl. 2): 218-226

Gretenkord, L. (2001) Empirisch Fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag ISBN: 978-3-931589-39-4

Groß G (2004). Deliktbezogene Rezidivraten von Straftätern im Vergleich. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. S. a: URL: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/1834/1/Gross_Gregor.pdf (zuletzt aufgerufen: 15.02.12014)

Groß G, Nedopil N (2005). Basisraten für kriminelle Rückfälle - Ergebnisse einer Literaturübersicht. In: Nedopil N (Hrsg.) Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis. Pabst Verlag, Lengerich

Groß G (2012). Besonderheiten der Gefängnispsychiatrie. Vortrag im Rahmen der Ärztefortbildungen am Bezirkskrankenhaus Augsburg

Hambrecht M, Häfner HH (1996) Führen Alkohol-oder Drogenmissbrauch zu Schizophrenie? *Nervenarzt* 67: 36-45

Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sex offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*.27:6-35

Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. (Corrections Research User Report 99-02.) Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Hanson RK, Thornton D (2003). Notes on the development of Static-2002. (Corrections Research User Report No. 2003-01). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Hare R D (1990). The Hare Psychopathy Checklist – Revised. Multi-Health Systems, Toronto, Niagara Falls. Deutsche Übersetzung: Born, P., Freese, R., Hollweg, R., Muller-Isberner, R., Nedopil, N., Wack, R. (1991) Haina. Eigenverlag, Institut für Forensische Psychiatrie, Haina e.V.

Harrendorf S (2007). Rückfälligkeit und kriminelle Karrieren von Gewalttätern. Ergebnisse einer bundesweiten Rückfalluntersuchung „Göttinger Studien zu den Kriminalwissenschaften“ Band 1., Göttingen, Universitätsverlag

Harris GT, Rice ME, Quinsey VL (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Crim Just Behav.* 20: 315 -335

Hart SD, Cox DN, Hare RD (1995). *The Hare Psychopathy Checklist — Revised Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems

Hodgins S, Hiscoke U L, Freese R (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with Schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law.* 21: 523–56

Hodgins S, Müller-Isberner R (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry.* 185: 245-250

Hodgins S, Müller-Isberner R (2014). Schizophrenie und Gewalt. *Nervenarzt.* 85(3): 273-278

Jehle JM, Heinz W, Sutterer P (2003). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Berlin: Bundesministerium der Justiz

Jehle JM, Albrecht HJ, Hohmann-Fricke S, Tetel C (2010). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2004 bis 2007 in Kooperation mit dem Bundesamt für Justiz Berlin: Bundesministerium der Justiz*

Jokusch, U.(1996) Neue Ergebnisse zur Rückfalldelinquenz forensischer Patienten. Vortrag anlässlich des DGPPN-Kongresses, Düsseldorf. Zitiert nach Seifert D; Möller-Mussavi S (2005) Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie. Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener? *Fortschr Neurol Psychiatr.* 73(1): 16-22

Jokusch U, Keller F (2001). Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. Ergebnisse einer Fünf-Jahres-Katamnese aus dem Zentrum für Psychiatrie Weissenau. *Monatsschr Krim Strafrechtsreform.* 84: 453 – 465

Knahl A (1997). *Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten: Synopse der Modellerprobungen des BMG*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 82

Leygraf N, Kutscher S (2006). Aktuelle Situation schizophrener Patienten in psychiatrischer Maßregelunterbringung gemäß § 63 StGB in NRW. Unveröffentlichtes Manuskript Nach:

Schmidt-Quernheim F (2007). Kommunizierende Röhren - vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. *Psychia tPrax.* 34: 217-222

Lincoln T, Hodgins S, Jöckel D, Freese R, Born P, Eucker S, Schmidt P, Gretenkord L, Müller-Isberner R (2006). Forensische Patienten und Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt.* 77:576-586

Meehl, E (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence.* Minneapolis, MN, US: University of Minnesota Press URL: <http://psycnet.apa.org/books/11281>, zuletzt aufgerufen 15.02.2014

Microsoft-Corporation (2003a) Microsoft® Office Excel 2003 (11.6355.6408) SP1, XP edn. Microsoft Corporation

Microsoft-Corporation (2003b) Microsoft® Office PowerPoint 2003 (11.6355.6408) SP1, XP edn. Microsoft-Corporation

Müller-Isberner R, Lomb B, März S, Tansinna A (1993). Ambulante Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe.* 2: 176 – 185

Müller-Isberner R, Rohdich R, Cabeza S G (1997): Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe.* 3: 272–285

Nedopil N, Graßl P (1988) Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS). *Forensia* 9: 139-147

Nedopil N (2005a). Die Integrierte Liste der Risikovariablen (ILRV). Letzte Version in: Nedopil N. Nedopil N (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis“* unter Mitwirkung von Groß G, Hollweg M, Stadtland C, Stübner S, Wolf T. Lengerich: Pabst Verlag

Nedopil N (2005b). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis“* unter Mitwirkung von Groß G, Hollweg M, Stadtland C, Stübner S, Wolf T. Lengerich: Pabst Verlag

Nedopil N, Müller JL (2012). *Forensische Psychiatrie.* 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag

Neumann, C. S., Hare, R.D., & Newman, J. P. (2007). The super-ordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*. 21: 102-107

Piontek K, Kutscher SU, König A, Leygraf N (2013). Prädeltische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. *Nervenarzt*. 84: 55-64

Pollähne H. (2011) *Kriminalprognostik: Untersuchungen im Spannungsfeld zwischen Sicherheitsrecht und Rechtssicherheit*. Berlin: De Gruyter Verlag

Polizeiliche Kriminalstatistik, 2012. Bundesministerium des Innern. URL: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/PKS2012.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen 05.01.2014

Rettenberger M., von Franquè F (2013) *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe Verlag

Rice ME, Harris GT (1997). Cross validation and extension of the Sex Offender Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law Human Behav* 21:231-241

Ross RR, Gendreau P (1980). *Effective Correctional Treatment*. Butterworth: Toronto.

Salekin, R.T., Rogers, R., Sewell, K.W. (1996) A Review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy-Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science Practice*. 3: 203-15

Schalast, N., Seifert, D., Leygraf, N. (2007) Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 1: 34–42 (2007)

Schanda H (2006). Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 74: 85-100

Schanda H, Taylor P (2001). Aggressives Verhalten psychisch Kranker im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 69: 443-452

Schmidt-Quernheim F (2007). Kommunizierende Röhren - vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. *Psychiat Prax.* 34: 217-222

Schmidt-Quernheim F (2011). Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. Dissertation aus der Fakultät für Bildungswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen. URL: http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-28123/Diss_Schmidt_Quernheim.pdf. Zuletzt aufgerufen am 15.01.2014

Schmidt-Quernheim, F., Seifert, D. (2013), Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Nervenarzt* 2013 Dec 19. Epub ahead of print. URL: http://download.springer.com/static/pdf/336/art%253A10.1007%252Fs00115-013-3932-3.pdf?auth66=1398260116_e93fb0c67ecacfeddc744974a5cd2209&ext=.pdf. Zuletzt aufgerufen am 14.02.2014

Schneider F (Hrsg; 2012) *Psychiatrie im Nationalsozialismus – Gedenken und Verantwortung. Psychiatry in National Socialism. Remembrance and Responsibility.* Berlin: Springer

Seifert D, Schiffer B, Leygraf, N (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge. Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiat Prax.* 30: 235-241

Seifert, D., Möller-Mussavi, S. (2005) Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie. Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener? *Fortschr Neurol Psychiatr.* 73(1): 16-22

Seifert D, Jahn K, Bolten S (2001). Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 69: 245-255

Seifert, D. (2010) Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 4: 60–69

Soyka M (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry.* 176:345-350

Soyka M, Ufer S (2002). Aggression bei Schizophrenien: Prävalenz, psychopathologische und soziodemographische Korrelate. *Fortschr Neurol Psychiat.* 70:171-177

Soyka M, Morhart-Klute V, Schöch H (2004a). Delinquenz und Gewalttätigkeit bei Schizophrenen. *Nervenheilkunde.* 23: 165–170

Soyka M, Morhart-Klute V, Schöch H (2004b) Delinquency and criminal offences on former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 254:289-294

SPSS. Inc (2004) SPSS for Windows, 13.0.1. edn. SPSS Inc., fortlaufend verwendet und aktualisiert bis einschl. (2012) SPSS for Windows, 21

Stadtland C, Nedopil N (2005a). Psychiatrische Erkrankungen und Prognose für kriminelle Rückfälligkeit. *Nervenarzt.* 76(11):1402-11

Stadtland C, Nedopil N (2005b). Ergebnisse des Münchner Prognoseprojektes. In: Nedopil N (Hrsg.) *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis.* Lengerich: Pabst-Verlag

Statistisches Bundesamt, 2013. Statistisches Jahrbuch. Wiesbaden. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2013.pdf?__blob=publicationFile

Steinböck H 1999. Veränderungen der forensisch-psychiatrischen Versorgung in Oberbayern. *Recht & Psychiatrie* 1: 16-27

Steinböck H, Groß G, Nedopil N, Stübner S, Tiltcher E, von Vopelius G, Werner M (2004). Ambulante Betreuung forensischer Patienten – vom Modell zur Institution. *Recht & Psychiatrie.* 22 (4): 199–207

Strafgesetzbuch (2012). 50. Auflage Buch XXXIV, München: Beck Verlag im dtv

Strafprozessordnung (2013). 56.Auflage, Buch LXVIII, München: Beck Verlag im dtv

Stübner S, Volkl G, Soyka M (1998). Zur Differentialdiagnose der dissoziativen Persönlichkeitsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung). *Nervenarzt.* 69(5):440-5

Stübner S, Nedopil N. (2004). Ambulante Sicherungsnachsorge des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen – Erste Ergebnisse aus der Begleitevaluation. In: Egg R (Hrsg.) „Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug“, Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. Band 44,

Stübner S, Nedopil N. (2009). Ambulante Sicherungsnachsorge – Begleituntersuchung eines forensischen Modellprojektes in Bayern *Psychiatr Praxis* 36:317-319

Stübner S, Nedopil N (2010). Ambulante Sicherungsnachsorge in Bayern. Bericht aus der ersten Phase des Modellprojektes. In: Hahn G, Stiels-Glenn M (Hrsg.) *Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle, Prävention*. Bonn: Psychiatrie Verlag

Stübner, S (2012) „Ambulante Behandlung in der forensischen Psychiatrie“ München. Öffentliche Vorträge zur Nachfolge der Professur für Forensische Psychiatrie der LMU

Taylor P, Schanda H (2000). Violence against others by psychiatric hospital in-patients with psychosis. In: Hodgins S (ed.) *Violence among the mentally ill*. Dordrecht: Kluwer

v. Vopelius-Feldt G (2011) Persönliche Mitteilung

Warmuth M (1990). Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin-West. *Aufbau – Erfahrungen – Konsequenzen*. *Recht & Psychiatrie* 8: 109 – 120

Webster CD, Eaves D, Douglas KS, Wintrup A (1995). The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk. Vancouver, B.C: Mental Health Law and Policy Institute, and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia

Webster C D, Douglas K S, Eaves D, Hart S D (1997). *The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk* (2nd ed.). Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Services Commission of British Columbia. Deutsche Übersetzung: Müller-Isberner R, Gonzalez-Cabeza S. (1998). Haina. Eigenverlag, Institut für Forensische Psychiatrie, Haina e.V.

Wiederanders MR, Bromley DL (1997). Forensic Conditional Release Programs and Outcomes in Three States. *Int J of Law Psychiatry*. 20: 249 – 257

World Health Organization (1992) ICD 10. The International Classification of Diseases. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. Deutsche Übersetzung und Herausgabe: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1993). Bern, Göttingen: Huber

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013 URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>; zuletzt aufgerufen am 14.01.2014

Zimmermann W. (2009) Bayerisches Unterbringungsgesetz, Praxiskommentar; 3. Auflage. Stuttgart: Boorberg Verlag

Teile dieser Arbeit wurden in wissenschaftlichen Symposien, Zeitschriften und Büchern veröffentlicht:

2011, München. 26. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP). „Das Modellprojekt Sicherungsnach-sorge. Vergleich zu einer historischen Kontrollgruppe.“

2012, München. 27. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP). „Schizophrene versus nicht-schizophrene Patienten. Vergleich zweier Entlasskohorten hinsichtlich Prognose und Outcome“

2012, Haar bei München. Forensik-Symposium des Isar-Amper-Klinikum München Ost (IAKMO): „Von der Besserungsanstalt zur modernen Therapielandschaft“; „Die Zeit heilt nur, wenn wir sie nutzen“

Nedopil N, Löprich-Zerbes R, Stübner S. (2012) Gefährlichkeitsprognose und Rückfallprognose. Jatro Neurologie & Psychiatrie. Universimed. 4: 39-41

Löprich-Zerbes R, Stübner S „Von der Besserungsanstalt zur modernen Therapielandschaft - Die Zeit heilt nur, wenn wir sie nutzen“. In: Steinböck H (Hrsg.) „Der Maßregelvollzug - von der Besserungsanstalt zur modernen Therapielandschaft“ Pabst Science Publishers, Lengerich 2012

8 Anhang

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Prognoseinstrumente und ihre Indikationen	19
Tabelle 4.1: Übersicht zur Methodik - Kohortendefinition	30
Tabelle 4.2: Übersicht zur Methodik - Datenerhebung	32
Tabelle 4.3: Übersicht der Rekrutierung von Kohorte II	35
Tabelle 4.4: Fallzahlen der BZR-Auszüge	35
Tabelle 4.5: Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung	36
Tabelle 4.6: Hauptkategorien psychischer Erkrankungen gemäß ICD-10	37
Tabelle 4.7: Delikt-Kategorien, in Anlehnung an die Polizeiliche Kriminalstatistik	38
Tabelle 4.8: Merkmale der revidierten Psychopathie-Check-Liste	39
Tabelle 4.9: Merkmale des HCR-20.....	40
Tabelle 4.10: Merkmale ILVR	41
Tabelle 5.1: Familienstand bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug	46
Tabelle 5.2: Schulabschluss	47
Tabelle 5.3: Berufsausbildung	48
Tabelle 5.4: Wohnsituation bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug.....	48
Tabelle 5.5: Gesetzliche Betreuung bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug	48
Tabelle 5.6: Zweitdiagnosen nach ICD 10	50
Tabelle 5.7: Übersicht der Einzel-Items des HCR-20 der beiden Kohorten im Vergleich	53
Tabelle 5.8: Übersicht der Einzel-Items der ILRV der beiden Kohorten im Vergleich.....	55
Tabelle 5.9: Übersicht der Gesamt- und Sub-Scores der Prognoseinstrumente PCLR, HCR-20 und ILRV im Vergleich der beiden Kohorten.....	56
Tabelle 5.10: Bundeszentralregistereinträge nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug	58
Tabelle 5.11: Einträge in das Bundeszentralregister innerhalb von fünf Jahren nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug.....	60
Tabelle 5.12: Rezidivraten von Delinquenz und Gewaltdelinquenz in unterschiedlichen Beobachtungszeiträumen, Kohorte I und Kohorte II im Vergleich.....	62
Tabelle 5.13: Beide Kohorten: Vergleich Diagnose Schizophrenie versus andere Diagnosen.....	63
Tabelle 5.14: Diagnose Schizophrenie: Vergleich der beiden Kohorten.....	63
Tabelle 5.15: Indexdelikte (nach Straftatenkatalog) bei Diagnose Schizophrenie und anderen Hauptdiagnosen	64
Tabelle 5.16: Indexdelikte (kategorisiert in Gewaltdelikte, Sexualdelikte und andere Delinquenz) bei Diagnose Schizophrenie und anderen Hauptdiagnosen	65
Tabelle 5.17: Scores und Subscores der Prognoseinstrumente im Vergleich Schizophrenie versus andere Hauptdiagnosen	69

Tabelle 5.18: Schizophrenie: Scores und Subscores der Prognoseinstrumente im Vergleich der beiden Kohorten.....	69
Tabelle 5.19: Schizophrene Patienten: Delinquenz und Gewaltdelinquenz innerhalb von fünf Jahren.....	71
Tabelle 5.20: Beide Kohorten; Diagnose Schizophrenie: Vergleich Zweitdiagnose Sucht und andere oder keine Zweitdiagnose	72
Tabelle 5.21: Diagnose Schizophrenie mit Zweitdiagnose Sucht: Vergleich Kohorte I und II.....	72

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Forensische Psychiatrie und benachbarte Wissenschaften.....	4
Abbildung 2.2: Strafrechtliche Grundlagen der Unterbringung in der Maßregel	8
Abbildung 4.1: Studiendesign.....	28
Abbildung 4.2: Rekrutierung der Kohorte I vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug 1990-2000	33
Abbildung 4.3: Rekrutierung der Kohorte II vor dem Hintergrund der Veränderungen der Rahmenbedingungen der Unterbringung in der Maßregel 2000-2010.....	34
Abbildung 5.1: Verteilung der Hauptdiagnosen innerhalb der beiden Kohorten	49
Abbildung 5.2: Deliktverteilung innerhalb der beiden Kohorten.....	51
Abbildung 5.3: Darstellung der Delikte über den gesamten Beobachtungszeitraum in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)	58
Abbildung 5.4: Einträge über Delinquenz innerhalb der ersten fünf Jahre nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)	59
Abbildung 5.5: Einträge über Gewaltdelinquenz in das BZR innerhalb der ersten fünf Jahre nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)	60
Abbildung 5.6: Einträge in das BZR über Delinquenz innerhalb der ersten sechs Jahre nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug in Form einer Kaplan-Meier-Überlebenskurve für Kohorte I (blau) und II (grün)	61

8.3 Abkürzungsverzeichnis

BKH	Bezirkskrankenhaus Haar
BZR	Bundeszentralregister
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FPDS	Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem
IAK-KMO	Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost
ICD 10	The International Classification of Diseases. Classification of Mental and Behavioural Disorders
ILRV	Die Integrierte Liste der Risikovariablen
HCR-20	The Assessment of Dangerousness and Risk
MRV	Maßregelvollzug
PCL-R	Psychopathy-Checklist-Revised
R&R	Reasoning and Rehabilitation (Gruppe für Sexualstraftäter)
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
WHO	World Health Organization

8.4 Tabellarische Übersicht der regelnden Gesetzgebung in der Forensischen Psychiatrie

Übersicht der rechtlichen Grundlagen der Unterbringung in der Maßregel und der Führungsaufsicht (aus: Strafgesetzbuch [50.Auflage, 2012], Strafprozessordnung [56.Auflage, 2013], Bayerisches Unterbringungsgesetz [3.Auflage, 2009], Bürgerliches Gesetzbuch [72.Auflage, 2012])

(Anmerkung: Für einige Bundesländer gibt es Maßregelvollzugsgesetze. In Bayern sind in Ermangelung eines solchen Gesetzes die Regeln des Bayerischen Unterbringungsgesetzes bindend)

Strafgesetzbuch

§ 20 StGB

Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

„Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“

§ 21 StGB

„Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.“

§ 63 StGB

Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“

§ 64 StGB

Unterbringung in einer Entziehungsanstalt.

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.“

§ 67a StGB

Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel

(1) Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet worden, so kann das Gericht die untergebrachte Person nachträglich in den Vollzug der anderen Maßregel überweisen, wenn ihre Resozialisierung dadurch besser gefördert werden kann.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 kann das Gericht nachträglich auch eine Person, gegen die Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist, in den Vollzug einer der in Absatz 1 genannten Maßregeln überweisen. Die Möglichkeit einer nachträglichen Überweisung besteht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 vorliegen und die Überweisung zur Durchführung einer Heilbehandlung oder Entziehungskur angezeigt ist, auch bei einer Person, die sich noch im Strafvollzug befindet und deren Unterbringung in der Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten worden ist.

(3) Das Gericht kann eine Entscheidung nach den Absätzen 1 und 2 ändern oder aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, dass die Resozialisierung der untergebrachten Person dadurch besser gefördert werden kann. Eine Entscheidung nach Absatz 2 kann das Gericht ferner aufheben, wenn sich

nachträglich ergibt, dass mit dem Vollzug der in Absatz 1 genannten Maßregeln kein Erfolg erzielt werden kann.

(4) Die Fristen für die Dauer der Unterbringung und die Überprüfung richten sich nach den Vorschriften, die für die im Urteil angeordnete Unterbringung gelten. Im Falle des Absatzes 2 Satz 2 hat das Gericht bis zum Beginn der Vollstreckung der Unterbringung jeweils spätestens vor Ablauf eines Jahres zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Entscheidung nach Absatz 3 Satz 2 vorliegen.

§ 67b StGB

Aussetzung zugleich mit der Anordnung

„(1) Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt wird.

(2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.“

§ 67d StGB

Dauer der Unterbringung.

„(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.“

§ 67e StGB

Überprüfung.

„(1) Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist. Es muss dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt sechs Monate, in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr, in der Sicherungsverwahrung ein Jahr, nach dem Vollzug von zehn Jahren der Unterbringung neun Monate.

(3) Das Gericht kann die Fristen kürzen. Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist.

(4) Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Lehnt das Gericht die Aussetzung oder Erledigungserklärung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.“

§ 67g StGB

Widerruf der Aussetzung.

„(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn die verurteilte Person 1. während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht, 2. gegen Weisungen nach § 68b gröblich oder beharrlich verstößt oder 3. sich der Aufsicht und Leitung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert. Satz 1 Nr. 1 gilt entsprechend, wenn der Widerrufgrund zwischen der Entscheidung über die Aussetzung und dem Beginn der Führungsaufsicht (§ 68c Abs. 4) entstanden ist.

(2) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung nach den §§ 63 und 64 auch dann,

wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, dass von der verurteilten Person infolge ihres Zustands rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert.

(3) Das Gericht widerruft die Aussetzung ferner, wenn Umstände, die ihm während der Dauer der Führungsaufsicht bekannt werden und zur Versagung der Aussetzung geführt hätten, zeigen, dass der Zweck der Maßregel die Unterbringung der verurteilten Person erfordert.

(4) Die Dauer der Unterbringung vor und nach dem Widerruf darf insgesamt die gesetzliche Höchstfrist der Maßregel nicht übersteigen.

(5) Widerruft das Gericht die Aussetzung der Unterbringung nicht, so ist die Maßregel mit dem Ende der Führungsaufsicht erledigt.

(6) Leistungen, die die verurteilte Person zur Erfüllung von Weisungen erbracht hat, werden nicht erstattet.“

§ 67h StGB

Befristete Wiederinvollzugsetzung; Krisenintervention.

„(1) Während der Dauer der Führungsaufsicht kann das Gericht die ausgesetzte Unterbringung nach § 63 oder § 64 für eine Dauer von höchstens drei Monaten wieder in Vollzug setzen, wenn eine akute Verschlechterung des Zustands der aus der Unterbringung entlassenen Person oder ein Rückfall in ihr Suchtverhalten eingetreten ist und die Maßnahme erforderlich ist, um einen Widerruf nach § 67g zu vermeiden. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 kann es die Maßnahme erneut anordnen oder ihre Dauer verlängern; die Dauer der Maßnahme darf insgesamt sechs Monate nicht überschreiten. § 67g Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Das Gericht hebt die Maßnahme vor Ablauf der nach Absatz 1 gesetzten Frist auf, wenn ihr Zweck erreicht ist.“

§ 68a StGB

Aufsichtsstelle, Bewährungshilfe, forensische Ambulanz.

„(1) Die verurteilte Person untersteht einer Aufsichtsstelle; das Gericht bestellt ihr für die Dauer der Führungsaufsicht eine Bewährungshelferin oder einen Bewährungshelfer.

(2) Die Bewährungshelferin oder der Bewährungshelfer und die Aufsichtsstelle stehen im Einvernehmen miteinander der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite.

(3) Die Aufsichtsstelle überwacht im Einvernehmen mit dem Gericht und mit Unterstützung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers das Verhalten der verurteilten Person und die Erfüllung der Weisungen.

(4) Besteht zwischen der Aufsichtsstelle und der Bewährungshelferin oder dem Bewährungshelfer in Fragen, welche die Hilfe für die verurteilte Person und ihre Betreuung berühren, kein Einvernehmen, entscheidet das Gericht.

(5) Das Gericht kann der Aufsichtsstelle und der Bewährungshelferin oder dem Bewährungshelfer für ihre Tätigkeit Anweisungen erteilen.

(6) Vor Stellung eines Antrags nach § 145a Satz 2 hört die Aufsichtsstelle die Bewährungshelferin oder den Bewährungshelfer; Absatz 4 ist nicht anzuwenden.

(7) Wird eine Weisung nach § 68b Abs. 2 Satz 2 und 3 erteilt, steht im Einvernehmen mit den in Absatz 2 Genannten auch die forensische Ambulanz der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 6, soweit sie die Stellung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers betreffen, auch für die forensische Ambulanz.

(8) Die in Absatz 1 Genannten und die in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 5 genannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der forensischen Ambulanz haben fremde Geheimnisse, die ihnen im Rahmen des durch § 203 geschützten Verhältnisses anvertraut oder sonst bekannt geworden sind, einander zu offenbaren, soweit dies notwendig ist, um der verurteilten Person zu helfen, nicht wieder straffällig zu werden. Darüber hinaus haben die in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 5 genannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der forensischen Ambulanz solche Geheimnisse gegenüber der Aufsichtsstelle und dem Gericht zu offenbaren, soweit aus ihrer Sicht 1. dies notwendig ist, um zu überwachen, ob die verurteilte Person einer Vorstellungsweisung nach § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 nachkommt oder im Rahmen einer Weisung nach § 68b Abs. 2 Satz 2 und 3 an einer Behandlung teilnimmt, 2. das Verhalten oder der Zustand der verurteilten Person Maßnahmen nach § 67g, § 67h oder § 68c Abs. 2 oder Abs. 3 erforderlich erscheinen lässt oder 3. dies zur Abwehr einer erheblichen gegenwärtigen Gefahr für das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung Dritter erforderlich ist. In den Fällen der Sätze 1 und 2 Nr. 2 und 3 dürfen Tatsachen im Sinne von § 203 Abs. 1, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der forensischen Ambulanz offenbart wurden, nur zu den dort genannten Zwecken verwendet werden.“

§ 68c StGB

Dauer der Führungsaufsicht

(1) Die Führungsaufsicht dauert mindestens zwei und höchstens fünf Jahre. Das Gericht kann die Höchstdauer abkürzen.

(2) Das Gericht kann eine die Höchstdauer nach Absatz 1 Satz 1 überschreitende unbefristete Führungsaufsicht anordnen, wenn die verurteilte Person 1. in eine Weisung nach § 56c Abs. 3 Nr. 1 nicht einwilligt oder 2. einer Weisung, sich einer Heilbehandlung oder einer Entziehungskur zu unterziehen, oder einer Therapieweisung nicht nachkommt und eine Gefährdung der Allgemeinheit durch die Begehung weiterer erheblicher Straftaten zu befürchten ist. Erklärt die verurteilte Person in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 nachträglich ihre Einwilligung, setzt das Gericht die weitere Dauer der Führungsaufsicht fest. Im Übrigen gilt § 68e Abs. 3.

(3) Das Gericht kann die Führungsaufsicht über die Höchstdauer nach Absatz 1 Satz 1 hinaus unbefristet verlängern, wenn 1. in Fällen der Aussetzung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 67d Abs. 2 aufgrund bestimmter Tatsachen Gründe für die Annahme bestehen, dass die verurteilte Person andernfalls alsbald in einen Zustand nach § 20 oder § 21 geraten wird, infolge dessen eine Gefährdung der Allgemeinheit durch die Begehung weiterer erheblicher rechtswidriger Taten zu befürchten ist, oder 2. sich aus dem Verstoß gegen Weisungen nach § 68b Absatz 1 oder 2 oder auf Grund anderer bestimmter Tatsachen konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass eine Gefährdung der Allgemeinheit durch die Begehung weiterer erheblicher Straftaten zu befürchten ist, und a) gegen die verurteilte Person wegen Straftaten der in § 181b genannten Art eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verhängt oder die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt angeordnet wurde oder b) die Führungsaufsicht unter den Voraussetzungen des § 68b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 eingetreten ist und die Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe oder die Unterbringung wegen eines oder mehrerer Verbrechen gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder nach den §§ 250, 251, auch in Verbindung mit § 252 oder § 255, verhängt oder angeordnet wurde. Für die Beendigung der Führungsaufsicht gilt § 68b Absatz 1 Satz 4 entsprechend.

(4) In den Fällen des § 68 Abs. 1 beginnt die Führungsaufsicht mit der Rechtskraft ihrer Anordnung, in den Fällen des § 67b Abs. 2, des § 67c Absatz 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 4 und des § 67d Absatz 2 Satz 3 mit der Rechtskraft der Aussetzungsentscheidung oder zu einem gerichtlich angeordneten späteren Zeitpunkt. In ihre Dauer wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher die verurteilte Person flüchtig ist, sich verborgen hält oder auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt wird.

Strafprozessordnung

§ 81a StPO

„(1) Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den psychischen Zustand des Beschuldigten kann das Gericht nach Anhörung eines Sachverständigen und des Verteidigers anordnen, dass der Beschuldigte in ein öffentliches psychiatrisches Krankenhaus gebracht und dort beobachtet wird.

(2) Das Gericht trifft die Anordnung nach Absatz 1 nur, wenn der Beschuldigte der Tat dringend verdächtig ist. Das Gericht darf diese Anordnung nicht treffen, wenn sie zu der Bedeutung der Sache und der zu erwartenden Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung außer Verhältnis steht.

(3) Im vorbereitenden Verfahren entscheidet das Gericht, das für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständig wäre.

(4) Gegen den Beschluss ist sofortige Beschwerde zulässig. Sie hat aufschiebende Wirkung.

(5) Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach Absatz 1 darf die Dauer von insgesamt sechs Wochen nicht überschreiten.“

§ 126a StPO

„(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einseitige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.“

§ 463 StPO

„(1) Die Vorschriften über die Strafvollstreckung gelten für die Vollstreckung von Maßregeln der Besserung und Sicherung sinngemäß, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 453 gilt auch für die nach den §§ 68a bis 68d des Strafgesetzbuches zu treffenden Entscheidungen.

(3) § 454 Abs. 1, 3 und 4 gilt auch für die nach § 67c Abs. 1, § 67d Abs. 2 und 3, § 67e Abs. 3, den §§ 68e, 68f Abs. 2 und § 72 Abs. 3 des Strafgesetzbuches zu treffenden Entscheidungen. In den Fällen des § 68e des Strafgesetzbuches bedarf es einer mündlichen Anhörung des Verurteilten nicht. § 454 Abs. 2 findet in den Fällen des § 67d Absatz 2 und 3 und des § 72 Absatz 3 des Strafgesetzbu-

ches unabhängig von den dort genannten Straftaten sowie bei Prüfung der Voraussetzungen des § 67c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Strafgesetzbuches auch unabhängig davon, ob das Gericht eine Aussetzung erwägt, entsprechende Anwendung, soweit das Gericht über die Vollstreckung der Sicherungsverwahrung zu entscheiden hat; im Übrigen findet § 454 Abs. 2 bei den dort genannten Straftaten Anwendung. Zur Vorbereitung der Entscheidung nach § 67d Abs. 3 des Strafgesetzbuches sowie der nachfolgenden Entscheidungen nach § 67d Abs. 2 des Strafgesetzbuches hat das Gericht das Gutachten eines Sachverständigen namentlich zu der Frage einzuholen, ob von dem Verurteilten weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind. Ist die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung angeordnet worden, bestellt das Gericht dem Verurteilten, der keinen Verteidiger hat, rechtzeitig vor einer Entscheidung nach § 67c Absatz 1 des Strafgesetzbuches einen Verteidiger.

(4) Im Rahmen der Überprüfungen nach § 67e des Strafgesetzbuches soll das Gericht nach jeweils fünf Jahren vollzogener Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63) das Gutachten eines Sachverständigen einholen. Der Sachverständige darf weder im Rahmen des Vollzugs der Unterbringung mit der Behandlung der untergebrachten Person befasst gewesen sein noch in dem psychiatrischen Krankenhaus arbeiten, in dem sich die untergebrachte Person befindet. Dem Sachverständigen ist Einsicht in die Patientendaten des Krankenhauses über die untergebrachte Person zu gewähren. § 454 Abs. 2 gilt entsprechend. Der untergebrachten Person, die keinen Verteidiger hat, bestellt das Gericht für das Verfahren nach Satz 1 einen Verteidiger.

(5) § 455 Abs. 1 ist nicht anzuwenden, wenn die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet ist. Ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet worden und verfällt der Verurteilte in Geisteskrankheit, so kann die Vollstreckung der Maßregel aufgeschoben werden. § 456 ist nicht anzuwenden, wenn die Unterbringung des Verurteilten in der Sicherungsverwahrung angeordnet ist.

(6) § 462 gilt auch für die nach § 67 Abs. 3 und Abs. 5 Satz 2, den §§ 67a und 67c Abs. 2, § 67d Abs. 5 und 6, den §§ 67g, 67h und 69a Abs. 7 sowie den §§ 70a und 70b des Strafgesetzbuches zu treffenden Entscheidungen. Das Gericht erklärt die Anordnung von Maßnahmen nach § 67h Abs. 1 Satz 1 und 2 des Strafgesetzbuchs für sofort vollziehbar, wenn erhebliche rechtswidrige Taten des Verurteilten drohen.

(7) Für die Anwendung des § 462a Abs. 1 steht die Führungsaufsicht in den Fällen des § 67c Abs. 1, des § 67d Abs. 2 bis 6 und des § 68f des Strafgesetzbuches der Aussetzung eines Strafrestes gleich.

(8) Wird die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollstreckt, bestellt das Gericht dem Verurteilten, der keinen Verteidiger hat, für die Verfahren über die auf dem Gebiet der Vollstreckung zu treffenden gerichtlichen Entscheidungen einen Verteidiger. Die Bestellung hat rechtzeitig vor der ersten gerichtlichen Entscheidung zu erfolgen und gilt auch für jedes weitere Verfahren, solange die Bestellung nicht aufgehoben wird.

.Fassung aufgrund des Gesetzes zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 05.12.2012 (BGBl. I S. 2425) m.W.v. 01.06.2013.“

Bayerisches Unterbringungsgesetz

Siebter Abschnitt Artikel 28

Unterbringung auf Grund strafgerichtlicher Entscheidung

„(1) 1 Für die Unterbringung auf Grund strafgerichtlicher Entscheidung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt (§§ 63, 64 StGB, §§ 136 bis 138 des Strafvollzugsgesetzes - StVollzG) gelten die Art. 12 bis 21 entsprechend. 2 In den Fällen des Art. 15 Abs. 5 Satz 4 sowie des Art. 16 Abs. 2 Satz 1 finden § 29 Abs. 1 Sätze 2 und 3 StVollzG sinngemäße Anwendung.

(2) Art. 22 und 23 gelten entsprechend mit folgender Maßgabe:

1.vor der Gewährung von Urlaub nach Art. 22 Abs. 1 und vor Erlass einer Maßnahme nach Art. 23 Abs. 2 ist ... die Vollstreckungsbehörde zu hören; Art. 22 Abs. 2 Sätze 3 und 4 finden keine Anwendung;

2.die Gewährung von Urlaub ist neben den nach Art. 22 Abs. 1 Satz 2 Antragsberechtigten der Vollstreckungsbehörde mitzuteilen;

3.die nach Art. 23 Abs. 2 getroffene Maßnahme ist nur der Vollstreckungsbehörde mitzuteilen;

4. wurde ein Antrag auf Beurlaubung abgelehnt, so ist an Stelle der Kreisverwaltungsbehörde der Vollstreckungsbehörde Mitteilung zu machen.“

Gesetz über das Zentralregister und das Erziehungsregister (Bundeszentralregistergesetz – BZRG)

§ 46 Länge der Tilgungsfrist

„...3. zwanzig Jahre bei Verurteilungen wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuches zu einer Freiheitsstrafe oder Jugendstrafe von mehr als einem Jahr...“

Eidesstattliche Versicherung

Löprich-Zerbes Edith Renate

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Prognostischer Status und kriminelle Rückfälligkeit nach Entlassung aus dem
Maßregelvollzug - Kohortenstudie -**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 17.01.2015

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand