

# **Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB?**

**Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der  
Philosophischen Fakultät II (Psychologie, Pädagogik und  
Sportwissenschaft) der Universität Regensburg**

**vorgelegt von**

**Christian Hartl  
aus Pentling  
2012**

**Regensburg, 2012**

Erstgutachter: Prof. Dr. Helmut Lukesch

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jürgen Zülley

**Für Annika, Miriam und Christiane**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>10</b>
<b>2.</b>	<b>Stand der Forschung.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Gesetzliche Grundlagen des Maßregelvollzuges.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Patientenmerkmale.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3</b>	<b>Behandlungskonzepte.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4</b>	<b>Qualität in der forensischen Behandlung.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5</b>	<b>Forensische Behandlung kostet Geld.....</b>	<b>35</b>
<b>2.6</b>	<b>Risikokalkulationen.....</b>	<b>38</b>
<b>2.7</b>	<b>Prognoseinstrumente.....</b>	<b>49</b>
<b>2.8</b>	<b>Rückfallrisiko nach forensischen Behandlungen.....</b>	<b>54</b>
<b>2.9</b>	<b>Katamnesestudien nach Suchtbehandlungen.....</b>	<b>62</b>
<b>2.10</b>	<b>Die Regensburger Katamnesestudie (Bezzel, 2008).....</b>	<b>65</b>
<b>3.</b>	<b>Fragestellung.....</b>	<b>70</b>
<b>4.</b>	<b>Methode.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1</b>	<b>Fachklinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirks- klinikum Regensburg.....</b>	<b>73</b>
4.1.1	Aufbau der Klinik.....	73
4.1.2	Therapiekonzept.....	76
4.1.3	Stufenprogramm.....	77
<b>4.2</b>	<b>Design der Regensburger Katamnesestudie.....</b>	<b>78</b>
4.2.1	Datenerhebung.....	78
4.2.2	Datenauswertung.....	83
4.2.3	Stichprobe.....	83

<b>5.</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>87</b>
<b>5.1</b>	<b>Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht waren.....</b>	<b>87</b>
5.1.1	Ergebnisse zum Zeitpunkt Entlassung (t0).....	87
5.1.1.1	Biografie.....	88
a.	Geburtsort.....	88
b.	Elternhaus.....	88
c.	Familiäre Belastungen.....	89
d.	Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend.....	90
e.	Schul- und Berufsbildung.....	91
f.	Arbeitssituation vor Aufnahme.....	92
g.	Alter bei Aufnahme.....	94
5.1.1.2	Klinische Anamnese.....	95
a.	Diagnose.....	95
b.	Intelligenzniveau.....	97
c.	Psychiatrische Vorgeschichte.....	97
5.1.1.3	Forensische Anamnese.....	100
a.	Anlassdelikt.....	100
b.	Angaben zum Anlassdelikt.....	102
c.	Vordelikte.....	105
d.	Hafterfahrung.....	109
5.1.1.4	Zusammenfassung zu den anamnestischen Angaben.....	110
5.1.1.5	Therapieverlauf.....	113
a.	Entlassart.....	113
b.	Therapiedauer.....	114
c.	Lockerungsmissbräuche/Entweichungen.....	117
d.	Tätlichkeiten.....	118
e.	Erneute Straftaten.....	119
f.	Substanzmissbräuche/Rückfälle.....	120
g.	Behandlungsprobleme.....	121
5.1.1.6	Zusammenfassung zum Therapieverlauf.....	121
5.1.1.7	Behandlungsergebnis.....	124

5.1.1.8	Therapieabschluss.....	125
a.	Entlassungsmodus .....	125
b.	Soziale Situation bei der Entlassung.....	125
c.	Medikation.....	129
d.	Betreuer und Bewährungshelfer.....	130
e.	Weisungen.....	130
5.1.1.9	Zusammenfassung Behandlungsergebnis/Therapieabschluss.....	131
<b>5.2</b>	<b>Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht waren.....</b>	<b>133</b>
5.2.1	Ergebnisse zum Zeitpunkt Entlassung (t0).....	133
5.2.1.1	Biografie.....	135
a.	Geburtsort.....	135
b.	Elternhaus.....	136
c.	Familiäre Belastungen.....	137
d.	Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend.....	138
e.	Schul- und Berufsbildung.....	139
f.	Arbeitssituation vor Aufnahme.....	140
g.	Alter bei Aufnahme.....	141
5.2.2.2	Klinische Anamnese.....	142
a.	Diagnose.....	142
b.	Intelligenzniveau.....	144
c.	Psychiatrische Vorgeschichte.....	145
d.	Abstinenz.....	148
5.2.2.3	Forensische Anamnese.....	148
a.	Anlassdelikt.....	148
b.	Höhe der Freiheitsstrafe.....	151
c.	Vordelikte.....	153
d.	Hafterfahrung.....	157
5.2.2.4	Zusammenfassung zu den anamnestischen Angaben.....	160
5.2.2.5	Therapieverlauf.....	163
a.	Entlassart.....	163
b.	Therapiedauer.....	165
c.	Lockerungsmissbräuche/Entweichungen.....	167
d.	Tätlichkeiten.....	169
e.	Erneute Straftaten.....	171
f.	Substanzmissbrauch/Rückfall.....	171
g.	Behandlungsprobleme.....	174

5.2.2.6	Zusammenfassung zum Therapieverlauf.....	176
5.2.2.7	Behandlungsergebnis.....	177
5.2.2.8	Therapieabschluss.....	181
a.	Soziale Situation bei der Entlassung.....	181
b.	Medikation.....	185
c.	Betreuer und Bewährungshelfer.....	185
d.	Weisungen.....	186
5.2.2.9	Zusammenfassung zum Therapieabschluss.....	187
5.2.2.10	Abbruch der Therapie.....	188
a.	Abbruchsgründe.....	189
b.	Zeitpunkt des Abbruchsantrags.....	190
c.	Unterschiede zu bedingt entlassenen Patienten.....	192
<b>5.3</b>	<b>Ergebnisse zum poststationären Verlauf .....</b>	<b>206</b>
5.3.1	Ergebnisse von § 63-Patienten .....	206
5.3.1.1	Entwicklung der sozialen Situation.....	208
a.	Wohnsituation.....	208
b.	Berufliche Situation.....	210
c.	Familiäre Situation.....	215
d.	Zusammenfassung der sozialen Situation.....	216
5.3.1.2	Psychopathologischer Verlauf nach Entlassung.....	216
a.	Suchtverlauf.....	216
b.	Verlauf der psychischen Erkrankung.....	219
c.	Zusammenfassung zum psychopathologischen Verlauf.....	223
5.3.1.3	Prädiktoren für den psychopathologischen Verlauf nach Entlassung.....	224
5.3.1.4	Legalbewährung .....	229
5.3.1.5	Prädiktoren für die Legalbewährung .....	235
5.3.1.6	Subjektive Einschätzung der Veränderung .....	241
5.3.2	Ergebnisse von erfolgreich behandelten § 64-Patienten .....	247
5.3.2.1	Entwicklung der sozialen Situation.....	249
a.	Wohnsituation.....	249
b.	Berufliche Situation.....	250
c.	Familiäre Situation.....	255
d.	Zusammenfassung der sozialen Situation.....	255
5.3.2.2	Psychopathologischer Verlauf nach Entlassung.....	256
a.	Suchtverlauf.....	256
b.	Zusammenfassung zum Suchtverlauf.....	265

5.3.2.3	Prädiktoren für den Suchtverlauf nach Entlassung.....	266
5.3.2.4	Legalbewährung .....	287
a.	Eigene Angaben zu Rückfalldelikten.....	287
b.	Fremdeinschätzung zum Therapieerfolg.....	292
5.3.2.5	Prädiktoren für die Legalbewährung .....	295
5.3.2.6	Subjektive Einschätzung der Veränderung .....	318
5.3.3	Ergebnisse von § 64-Patienten, deren Therapie abgebrochen wurde.....	321
5.3.3.1	Entwicklung der sozialen Situation.....	323
a.	Wohnsituation.....	323
b.	Berufliche Situation.....	324
c.	Familiäre Situation.....	326
d.	Zusammenfassung der sozialen Situation.....	327
5.3.3.2	Psychopathologischer Verlauf nach Entlassung.....	328
a.	Suchtverlauf.....	328
b.	Zusammenfassung zum Suchtverlauf.....	336
5.3.3.3	Legalbewährung .....	338
a.	Eigene Angaben zu Rückfalldelikten.....	338
b.	Zusammenfassung zur Legalbewährung.....	344
c.	Fremdeinschätzung zum Therapieerfolg.....	345
5.3.3.4	Subjektive Einschätzung der Veränderung .....	346
<b>5.4</b>	<b>Aussagen von Bewährungshelfern.....</b>	<b>348</b>
5.4.1	Fremdangaben über ehemalige § 63-Patienten .....	348
5.4.2	Fremdangaben über bedingt entlassene § 64-Patienten .....	351
5.4.3	Fremdangaben über Therapieabbrecher bei § 64-Patienten .....	353
<b>5.5</b>	<b>Auszüge aus dem Bundeszentralregister.....</b>	<b>356</b>
5.5.1	BZR-Auszüge ehemaliger § 63-Patienten.....	357
5.5.2	Übereinstimmung der Probandenangaben von § 63-Patienten mit BZR-Auszügen.....	361
5.5.3	Weitere Prädiktoren bei § 63-Patienten.....	362
5.5.4	BZR-Auszüge bedingt entlassener § 64-Patienten.....	364
5.5.5	Übereinstimmung von Angaben bedingt entlassener § 64-Patienten mit BZR-Auszügen.....	368
5.5.6	Weitere Prädiktoren bei bedingt entlassenen § 64-Patienten.....	370
5.5.7	BZR-Auszüge von Therapieabbrechern bei § 64-Patienten .....	374
5.5.8	Übereinstimmung von § 64-Therapieabbrechern mit BZR-Auszügen.....	377



---

<b>6.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>380</b>
<b>6.1</b>	<b>Wer wurde in der Klinik behandelt? – Besonderheiten der Stichprobe</b>	<b>381</b>
6.1.1	§ 63-Patienten.....	381
6.1.2	§ 64-Patienten.....	384
6.1.3	Therapieabbrüche.....	386
<b>6.2</b>	<b>Was bringt die Behandlung? – Katamnese nach einem Jahr.....</b>	<b>387</b>
6.2.1	§ 63-Patienten.....	389
6.2.2	§ 64-Patienten.....	391
<b>6.3</b>	<b>Therapieabbrecher.....</b>	<b>394</b>
<b>6.4</b>	<b>Was macht den Unterschied? – Prädiktoren für einen erfolgreichen Verlauf.....</b>	<b>397</b>
<b>6.5</b>	<b>Wie glaubhaft sind die Aussagen der Patienten? – Übereinstimmung mit Fremangaben und BZR-Auszügen.....</b>	<b>427</b>
<b>6.6</b>	<b>Wie entwickelt sich das Deliktrisiko längerfristig? – Angaben aus BZR-Auszügen.....</b>	<b>431</b>
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>430</b>
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>433</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>440</b>
	<b>Dank.....</b>	<b>475</b>

## 1. Einleitung

Spätestens seit Beginn der 90er Jahre kann eine deutliche empirische Ausrichtung im Gesundheitswesen beobachtet werden. Es wird vermehrt darauf Wert gelegt, dass Entscheidungen und Vorgehensweisen basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen getroffen werden. „Evidenzbasierte Medizin (EbM) fördert den bewussten, ausdrücklichen und abwägenden Gebrauch der jeweils besten empirischen Evidenz für Entscheidungen in der Versorgung einzelner Kranker, von Gruppen von Kranken und ganzen Bevölkerungen“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin, <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>, [Stand: 15.03.2012]). Was eigentlich selbstverständlich klingt, stand nicht immer im Mittelpunkt von Entscheidungsprozessen. Während es vor wenigen Jahrzehnten durchaus als ausreichend erachtet wurde, von erfahrenen Behandlern gewonnene Erkenntnisse heranzuziehen und weiterzugeben, besteht das Bestreben heute darin, noch deutlich mehr empirische Erkenntnisse über Behandlungen zu erzielen und diese bei Entscheidungen heranzuziehen. Auch ein aktuelles Themenheft der Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie „Strengthening Psychotherapy Outcome: Neue Ansätze in Qualitätssicherung, Evaluation und Versorgungsforschung“ (Heft 4, 2011) widmet sich speziell dieser Fragestellung für psychotherapeutische Patienten (Im Folgenden wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit die männliche Form verwendet).

Im Bereich des Maßregelvollzugs, also der zwangsweisen Zuführung psychisch kranker oder süchtiger Straftäter zu einer Behandlung, wurde diese Sichtweise inzwischen ebenfalls aufgegriffen. Der spätere Einfluss dieser Überlegungen in der Forensik kann damit zusammenhängen, dass der Nachweisdruck hier weniger deutlich wirkt. Im Gegensatz zum regulären Gesundheitssystem, wo der Verteilungskampf um die knappen Ressourcen diese Bestrebungen stark forciert hat, sind bzw. waren die Behandlungskosten für die eingewiesenen Fälle im System der Forensik meist sichergestellt. Trotzdem scheint auch in diesem Bereich wichtig zu sein, nicht einfach Verfahrensweisen fortzuführen, die seit längerem tradiert werden, sondern systematische Erkenntnisse über Behandlungserfolge anzustreben und diese umzusetzen.

Ein wichtiges Betätigungsfeld forensischer Praktiker ist die Erstellung wissenschaftlich fundierter Prognosen. Während früher bei Entscheidungen in der forensischen Psychiatrie, die auf prognostischen Überlegungen basierten, oft die intuitive Methode Anwendung fand – ebenso basierend auf dem Erfahrungswissen einzelner, haben sich in der Zwischenzeit die statistische und die klinische Methode (Nedopil, 2005) durch-

gesetzt. In der Praxis werden die Methoden häufig in Kombination angewendet. Empirische Belege sind deshalb unabdingbar.

Bei der Planung und Implementierung der Regensburger Katamnese studie war außer diesen Überlegungen auch der Aspekt der Mitarbeitermotivation ein entscheidender Faktor. Für Mitarbeiter im Behandlungsprozess fand in der subjektiven Wahrnehmung vor dieser systematischen Datengewinnung oft eine negative Selektion statt. Diejenigen Patienten, die eine erfolgreiche Therapie absolviert hatten, wurden nicht mehr straffällig und waren somit für die Behandler „unsichtbar“. Dagegen wurden nicht-erfolgreiche Patienten häufig mehrmals in der Forensik behandelt. Dies führte folglich zur subjektiven Wahrnehmung, dass die Behandlung nicht effektiv ist, „nichts bringt“. Um dieser Verzerrung entgegen zu wirken und die Behandlungserfolge für die Mitarbeiter sichtbar zu machen, sollten die Ergebnisse der Katamnese ebenfalls verwendet werden.

Ein weiterer Nutzen der Studie wurde darin gesehen, Erkenntnisse zum einen zur Optimierung des Behandlungsangebotes einzusetzen, zum anderen um den Patienten selbst wichtige Rückmeldungen zu geben, die wiederum ihre Behandlungsaussichten verbessern können.

Aus all diesen geschilderten Gründen, wurde in der Regensburger Forensik, die zu diesem Zeitpunkt noch eine Abteilung der Psychiatrie des Bezirksklinikums Regensburg war, Anfang 2001 mit der Datenerhebung der Regensburger Katamnese studie begonnen. Das Vorgehen, Ergebnisse und Implikationen daraus sollen vorgestellt werden.

## 2. Stand der Forschung

### 2.1 Gesetzliche Grundlagen des Maßregelvollzuges

Der psychiatrische Maßregelvollzug geht auf ein Gesetz zurück, das bereits 1933 erlassen wurde, damals als „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“. Leygraf (2006) weist darauf hin, dass dieses Gesetz zwar 1933 unter den Nationalsozialisten eingeführt wurde, trotzdem aber nicht als ein „Nazigesetz“ bezeichnet werden könne. Dies mag auch der Grund dafür sein, dass diese Rechtsgrundlage weiterhin in seiner fortentwickelten Form angewendet wird. Bei der Einführung war das Gesetz – so Kröber (2001) – „Resultat einer jahrzehntelangen Diskussion über mögliche Sicherungsmaßnahmen gegenüber gefährlich erscheinenden psychisch kranken oder gestörten Rechtsbrechern“.

Hintergrund dieser Regelung war dabei eine Sicherung von psychisch Gestörten, die gleichzeitig für die Allgemeinheit gefährlich waren, aufgrund der Störung aber nicht als schuldfähig erachtet wurden. Sie sollten deshalb nicht im Strafvollzug bestraft werden. Lange Zeit stand somit der Sicherungsgedanke im Maßregelvollzug deutlich im Vordergrund. Therapeutische Gesichtspunkte spielten eine untergeordnete Rolle. Leygraf (1996) weist darauf hin, dass erst ab Mitte der 80er Jahre deutliche Verbesserungen im baulichen, personellen und therapeutischen Bereich zu verzeichnen waren.

Die gesetzlichen Regelungen zur Unterbringung in einer forensischen Klinik finden sich im Strafgesetzbuch (StGB), wo die Unterbringungsgründe in den §§ 20 und 21 geregelt sind. Laut diesen Paragraphen handeln Menschen ohne Schuld, die bei Begehung einer Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig sind, das Unrecht einer begangenen Tat einzusehen oder danach zu handeln. Auch wenn diese Fähigkeit zwar vorliegt, aber deutlich vermindert ist, besteht die Möglichkeit der Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik.

Die Feststellung der verminderten Schuldfähigkeit oder einer vollständigen Schuldunfähigkeit kann dazu führen, dass ein Täter nicht bestraft wird oder dass seine Strafe geringer ausfällt als im Falle einer komplett vorhandenen Schuldfähigkeit. Nach § 63 des Strafgesetzbuches muss aber vom Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet werden, wenn von einem schuldunfähigen oder vermindert schuldfähigen Täter eine erhebliche Allgemeingefährdung ausgeht. In diesem Fall wird vom Gericht eine prognostische Einschätzung getroffen, bei der ein psychiat-

rischer oder psychologischer Sachverständiger zur fundierten Begründung einer derartigen Entscheidung hinzugezogen wird (Tondorf, 2005).

Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist zeitlich unbefristet, die Vollstreckung wird gemäß § 67d des Strafgesetzbuches dann zur Bewährung ausgesetzt, wenn zu erwarten ist, dass vom Untergebrachten keine Gefahr mehr für die Öffentlichkeit ausgeht.

Am häufigsten werden Patienten aufgrund dieser nicht mehr fortbestehenden Gefährlichkeit aus der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus entlassen. In weniger Fällen findet eine Entlassung statt, weil die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen (§ 67d StGB), d. h. in der Regel, dass die Erkrankung nicht mehr vorliegt, die zur Unterbringung geführt hat. Ebenso werden Unterbringungen in seltenen Fällen beendet, weil die Zeitdauer der Unterbringung unverhältnismäßig lange ist (§ 67d StGB).

Eine weitere Maßregel, die in forensischen Kliniken angewendet wird, ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB. Diese Maßregel kann dann für Straftäter ausgesprochen werden, wenn ein Hang vorliegt, Alkohol oder andere Suchtmittel zu konsumieren. Sie kommt zur Anwendung, wenn ein Zusammenhang dieses Hanges mit einer Straftat festgestellt wird, entweder in dem Sinn, dass die Straftat unter maßgeblichem Einfluss dieses Suchtstoffes begangen wurde oder anderweitig auf diesen Hang, z. B. im Sinne einer Beschaffungskriminalität, zurückzuführen ist.

Dahinter steht die Überlegung, die Resozialisierung und die Rückfallgefahr eines Straftäters dadurch zu bessern, dass die angenommene Ursache der Delinquenz behandelt wird, anstatt nur durch eine Inhaftierung einen Erfolg erzielen zu wollen. Anders als bei der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 hängt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nicht von der aufgehobenen oder verminderten Schuldfähigkeit ab.

Ebenso im Gegensatz zur gesetzlichen Regelung, wie sie zur Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gilt, ist die Unterbringung nach § 64 zeitlich befristet. Die angenommene Dauer der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wird mit zwei Jahren angegeben (§ 67d StGB). Die Unterbringung kann verlängert werden, wenn gleichzeitig neben der Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt wurde, wobei die Höchstfrist dann zwei Jahre plus 2/3 der verhängten Freiheitsstrafe beträgt.

Ein weiterer Entlassungsgrund aus einer Unterbringung nach § 64 besteht, wenn sich im Nachhinein herausgestellt hat, dass keine Aussicht auf Erfolg der Behandlung besteht. Diese Einschätzung wird ebenso bereits bei Verhängung der Maßregel getroffen und die Unterbringung soll nur bei ausreichenden Erfolgsaussichten verhängt wer-

den. Es gibt aber auch die Möglichkeit, dass mangelnde Erfolgsaussichten erst zu einem Zeitpunkt festgestellt werden, wenn die Behandlung bereits begonnen wurde. Wenn aus diesem Grund die Unterbringung beendet wird, werden Patienten zur Verbüßung der restlichen Freiheitsstrafe in eine Haftanstalt verlegt. Die verbrachte Zeit in der Forensik wird dabei angerechnet. Ein Drittel der verhängten Freiheitsstrafe bleibt dabei aber offen, damit weiterhin ein externer Grund zum Abschluss einer Therapie besteht.

Auch die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB stellt im deutschen Rechtssystem eine Maßregel zur Besserung und Sicherung dar. Der Grundgedanke besteht dabei darin, dass es Täter mit einem Hang zu erheblichen Straftaten gibt, mit denen sie andere Menschen seelisch oder körperlich schwer schädigen. Um die Allgemeinheit vor diesen Tätern zu schützen, müssen sie nach dieser Einschätzung auch über die Zeit ihrer Freiheitsstrafe hinaus untergebracht werden. Diese Maßregeln werden in der Regel nicht in forensischen Kliniken durchgeführt, sondern in Haftanstalten. Dies stellt in der aktuellen Rechtsprechung einen stark diskutierten Sachbestand dar. Die Kontroverse bezieht sich dabei vor allem darauf, dass auch Menschen, die Straftaten begangen haben, sich auf eine Entscheidung verlassen können müssen, die bei ihrer Verurteilung getroffen wurde, und dass sie nicht nach Verbüßung ihrer Freiheitsstrafe für sie überraschend dauerhaft sicherungsverwahrt untergebracht werden können (Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, 17.12.2009). Ein weiterer Diskussionspunkt bezieht sich auf das sogenannte Abstandsgebot, das besagt, dass die Bedingungen einer Sicherungsverwahrung für den Unterbrachten deutlich andere sein müssen als für einen Inhaftierten, weil er seine Strafe bereits verbüßt hat (Bundesverfassungsgericht, 04.05.2011). Auch einer Therapie muss in diesem Fall mehr Bedeutung beigemessen werden.

In wenigen Ausnahmefällen werden auch Probanden in forensischen Kliniken untergebracht, die dieser Sicherungsverwahrung unterliegen. Dies trifft dann zu, wenn die Einschätzung getroffen wird, dass eine Resozialisierung – ein Recht, das Sicherungsverwahrten explizit zusteht – dort besser durchgeführt werden kann. Hier wurde vom Strafvollzug auf die Lockerungspraxis in forensischen Kliniken zugegriffen, die in dieser Form häufig in Justizvollzugsanstalten nicht stattfindet. Dies sollte in Zukunft noch weniger der Fall sein, dann nämlich, wenn in eigens geschaffenen Einrichtungen für Sicherungsverwahrte die Therapie- und Resozialisierungsbemühungen intensiviert werden.

Eine weitere Gruppe von Patienten, die in forensischen Kliniken angetroffen werden, sind solche, die nach § 126a StPO untergebracht sind. Die einstweilige Unterbrin-

gung findet zur Sicherung der Allgemeinheit statt, wenn ein Straftäter noch nicht rechtskräftig verurteilt wurde, aber die Erwartung besteht, dass er nach den §§ 63 oder 64 StGB verurteilt werden wird. Tritt dieser Fall nicht ein oder wird eine günstige Prognose angenommen, wird der Patient danach in Freiheit entlassen. Ansonsten wird er im Anschluss an die einstweilige Unterbringung regulär nach § 63 oder nach § 64 in der Klinik behandelt oder in einer JVA inhaftiert.

## 2.2 Patientenmerkmale

Interventionen, die bei Straftätern angewandt werden, sollen außer der Sicherung vor allem dazu dienen, Delinquenten zu bessern, d. h. es wird eine Verminderung des Rückfallrisikos angestrebt. Die Begriffe „Kriminaltherapie“ und „deliktorientierte Therapie“ scheinen inzwischen in vielen Bereichen und Publikationen etabliert (Müller-Isberner & Jöckel, 1994; Leygraf, 2006; Urbaniok, 2003). Im Bereich der forensischen Therapie, deren rechtliche Grundlagen im deutschen Rechtssystem im vorhergehenden Abschnitt dargestellt wurden, finden Methoden und Interventionen aus diesem Bereich Eingang, werden aber ergänzt durch den genuin psychiatrischen Bereich, in dem der Maßregelvollzug in Deutschland angesiedelt ist. D. h., dass die Interventionen, die im Bereich von § 64-Behandlungen durchgeführt werden, starke Verbindungen zu anderweitig etablierten suchtherapeutischen Verfahren in psychiatrischen Kliniken aufweisen. In der Therapie für § 63-Patienten finden Verfahren, vor allem auch Leitlinienstandards aus der allgemeinen Psychiatrie Eingang, die dort beispielsweise zur Behandlung von Schizophrenie, von Minderbegabungen, von Persönlichkeitsstörungen und von allen anderen auftretenden psychischen Störungen entwickelt wurden (Gaebel et al., 2006, Herpertz et al., 2009). Die Behandlung einzelner Patienten ist somit sehr von den jeweils festgestellten Diagnosen sowie von weiteren Patientenmerkmalen abhängig.

Bezüglich vorliegender Hauptdiagnosen in forensischen Kliniken (§ 63 StGB) sind Schizophrenien mit 40 % und Persönlichkeitsstörungen mit 44 % führend (Leygraf, 1996). Bei 6 % liegt eine geistige Behinderung vor. Es ist weiter von einer erheblichen Belastung forensischer Patienten mit einer Komorbidität auszugehen, bei mehr als der Hälfte der untergebrachten Patienten beispielsweise mit einer zusätzlichen Suchterkrankung. Insgesamt hat sich laut Nedopil (2000) die Verteilung nach Rechtsgrundlagen deutlich verändert. Der Anteil der nach § 64 untergebrachten Patienten hat bis zum Jahr 2000 stetig zugenommen, zu diesem Zeitpunkt betrug der Anteil am forensischen Gesamtklientel knapp ein Drittel. Auch danach war außer einer Zunahme foren-

sischer Patienten insgesamt eine Zunahme in Richtung der Patienten, die in einer Entziehungsanstalt untergebracht waren, zu verzeichnen. Innerhalb dieser Patientengruppe fand ebenfalls eine Verschiebung in Richtung drogenabhängiger Patienten statt. Seifert und Leygraf (1999) berichten von 25 % Drogenabhängigen unter den § 64-Patienten Ende der 80er Jahre, aber bereits 40 % Ende der 90er.

Die allgemeine Zunahme forensischer Unterbringungen lässt sich an der Auswertung des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden ablesen. Im Jahre 1990 wurden laut dieser Statistik mehr als 400 Patienten jährlich im Bundesgebiet aufgenommen, 2002 waren es bereits mehr als 900. Es ist dabei leicht nachvollziehbar, dass die Gesamtzahl untergebrachter Probanden bei restriktiverer Entlassung noch mehr zunimmt, gerade weil die durchschnittlichen Verweildauern je nach Autor und nach Untersuchungszeitraum unterschiedlich sind, aber nie unter vier Jahren liegen. Ein wichtiger Grund für die Zunahme forensischer Aufnahmen ist die vermehrte Unterbringung schuldunfähiger – also in der Regel schizophrener – Täter. Es wird diskutiert, dass dies mit der Deinstitutionalisierung einhergeht. Schizophrene Patienten, die ansonsten dauerhaft in Heimen für psychisch Kranke oder speziellen Abteilungen innerhalb psychiatrischer Kliniken untergebracht worden waren, haben diese Möglichkeit heutzutage nicht mehr. Einerseits sollte dies den Vorteil haben, dass häufiger unnötigen Hospitalisierungen entgegengewirkt wird. Andererseits scheint aber auch die Gefahr zu steigen, dass sich bei manchen dieser Patienten langfristig gefährliche Entwicklungen ergeben, die schließlich zu Straftaten und danach zur Unterbringung in der Forensik führen (Schanda, 2000; Lamb & Bachrach, 2001).

Bei den Delikten geht man nach Seifert und Leygraf (1997) bei § 63-Patienten von 30 % Tötungsdelikten und von 30 % Sexualdelikten aus. 15 % haben ein Körperverletzungsdelikt begangen, weitere 15 % ein Eigentumsdelikt. In der Restkategorie der sonstigen 10 % finden sich überwiegend Brandstiftungen. Die Stichpunkterhebung unterscheidet sich aber von den Daten, wie sie bei einer Entlassungserhebung (Seifert, 2005) gewonnen werden. Hier spiegelt sich unter anderem eine zurückhaltende Entlassungspraxis von Sexualstraftätern der Gerichte wieder, der Anteil an der Gesamtheit entlassener Patienten beträgt nur 13 %. Nach einer Untersuchung von Dessecker (2005) sank der Anteil von Straftaten gegen das Leben in Deutschland zwischen 1990 und 2002 von 25 % auf 14.5 %, während im gleichen Zeitraum der Anteil von Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit von 27.5 % auf 41.3 % angestiegen ist.

Allgemein kann bei Delinquenz davon ausgegangen werden, dass Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit häufig im Zusammenhang mit Straftaten steht. Dies trifft besonders auch für Gewaltdelikte zu. Laut amtlicher Strafverfolgungsstatistik be-



trug der Anteil alkoholisierter Täter bei Gewalkriminalität generell etwa ein Viertel, bei Vergewaltigung etwa 31 %, bei Totschlag sogar 38 % (Schalast, 2006). Dass Alkohol und auch Drogen bei Straftätern eine wichtige Rolle spielen, zeigt beispielhaft auch eine Untersuchung von Wirth (2002), die anhand der Daten von Anstaltsärzten in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde. Selbst unter Anlegung strenger medizinischer Kriterien fand sich knapp ein Drittel Drogenabhängige unter den Neuzugängen und 8 % Alkoholabhängige. Im Bereich der § 64-Kliniken kann in der jüngsten Vergangenheit eine Zuspitzung der Situation verzeichnet werden. Immer mehr Patienten werden nach § 64 untergebracht und auf dieser Grundlage behandelt. Gleichzeitig scheinen die Delikte dabei schwerwiegender zu werden. Die Zahl der Untergebrachten mit schweren Gewaltdelikten hat tendenziell zugenommen und auch gleichzeitig verhängte, sogenannte „Parallelstrafen“ sind angestiegen. In der Zwischenzeit ist diese Strafe bei knapp der Hälfte drei Jahre oder höher (von der Haar, 2003).

Untersuchungen weisen darauf hin, dass forensische Patienten nach ihren soziodemografischen Merkmalen eher nicht-kranken Straftätern vergleichbar sind als einer nicht-straffälligen Psychiatrie-Vergleichsgruppe. Nach Leygraf (1988) ist der Frauenanteil mit 3.8 % bis 6.2 % nur sehr gering und vergleichbar dem bei nicht kranken Straftätern. Die Patienten stammen in der Regel aus einem niedrigen sozialen Niveau, nur 42 % haben einen Hauptschulabschluss oder höher, nur 25 % eine Berufsausbildung. Bei Begehung des Deliktes waren annähernd zwei Drittel schon ein- oder mehrmals vorbestraft, ungefähr 40 % hatten bereits Haftstrafen verbüßt. Dies zeigt auch, wie langfristig einerseits Krankheitskarrieren, andererseits delinquente Verläufe der forensischen Patienten sind. Eine Unterbringung steht oft am Ende einer langen Karriere, was auf die hohe Belastung dieser Klientel hinweist. Häufig führten vormalige Behandlungsversuche nicht zum gewünschten Erfolg oder wurden zu früh wieder abgebrochen. Es mag auch immer wieder der Fall sein, dass Patienten, die schließlich in der Forensik untergebracht werden, vorher verschiedene Behandlungsangebote nicht angenommen haben, was zuletzt zur weiteren Verschlechterung und mithin zur Delinquenz geführt haben kann (Leygraf, 2006; Hodgins & Müller-Isberner, 2004).

Die Ähnlichkeit forensischer Stichproben mit Straftäterstichproben liefert bereits einen Hinweis darauf, dass eine psychische Erkrankung alleine in der Regel die Straffälligkeit nicht erklären kann. Dazu passen auch häufig berichtete Ergebnisse, dass außer verschiedenen kriminogenen Faktoren bei Maßregelvollzugspatienten eine Vielzahl sogenannter Doppeldiagnosen beobachtet werden können. Außer den bereits dargestellten Hauptdiagnosen Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung oder Minderbegabung treten oft weitere psychische Störungen auf. Ein typisches Beispiel hierfür wäre eine Suchterkrankung bei schizophrenen Patienten, die in ihrer Entstehung zum Teil auf

sogenannte „Selbstheilungsversuche“ ihrer psychischen Grunderkrankung zurückzuführen sind. Umgekehrt ist es eine häufige Beobachtung, dass gemäß § 64 untergebrachte Patienten meist nicht einfach „nur“ Suchtpatienten sind, sondern unter mindestens einer weiteren Diagnose, beispielsweise einer Persönlichkeitsstörung, zu leiden haben. Laut Leygraf (1988) und Seifert (1994) haben komorbide Suchtprobleme bei schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug deutlich zugenommen. Während dies in den 80er Jahren bei 31 % der untergebrachten § 63-Patienten der Fall war, traf dies 10 Jahre später bereits bei 52 % zu. Hodgins, Hiscok und Freese (2003) stellten bei 62 % der aus der Forensik entlassenen Patienten eine zusätzliche komorbide Alkoholproblematik fest, bei 42 % hinsichtlich illegaler Drogen. Was die Wahrscheinlichkeit bei der Begehung von Straftaten betrifft, wurde von Rasanen, Tiihonen, Isohanni, Rantakallio, Lehtonen und Moring (1998) für die Doppeldiagnose Schizophrenie und Alkoholmissbrauch ein 25-fach erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte aufgezeigt. Zudem findet sich bei Maßregelvollzugspatienten ähnlich wie bei Straftätern im Regelvollzug sehr häufig eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, teilweise mit psychopathischer Akzentuierung. Rohdich und Kirste (2005) sowie Hodgins et al. (2003) berichten von 21 % bis 29 % in ihren Untersuchungen.

## **2.3 Behandlungskonzepte**

Die forensische Psychiatrie und Psychotherapie und die damit verbundenen Behandlungskonzepte können nicht losgelöst von Psychiatrie und Psychotherapie allgemein betrachtet werden. Obwohl die rechtliche Grundlage der Behandlung anders als bei anderen Patienten und durch die dargestellten Rechtsvorschriften §§ 63, 64 StGB klar festgelegt ist, orientiert sich die Behandlung in der Regel an den Erkenntnissen, die in dem viel breiteren Feld der Allgemeinpsychiatrie gewonnen wurden. Dies bezieht sich auf Medikamente, die für psychisch Kranke entwickelt wurden, im forensischen Bereich besonders auf die Neuroleptika zur Behandlung schizophrener Straftäter, vor allem aber auf psychotherapeutische Methoden.

Nach den aktuellen Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Gaebel und Falkai (2006) oder der American Psychiatric Association (APA, 2004) sind in der Akutphase die Remission oder Suppression der akutpsychotischen Symptomatik die Hauptziele, die durch die Auswahl und die Dosierung der neuroleptischen Medikation erreicht werden soll. Im Anschluss daran geht es um die Remissionsstabilisierung und die Rezidivprophylaxe. Auch hier spielt die Behandlung mit Neuroleptika bei schizophrenen Patienten eine ganz entscheidende Rolle, mit fortschreitendem Behandlungsverlauf erhält aber die psychoedukativ-psychotherapeutische Begleitung eine immer wichtigere Bedeutung. So sollten Patienten mit medikamentös behandelten und damit abklingenden Denkstörungen besser durch verbale Interventionen erreicht werden können. Ein verstärkter Schwerpunkt der Behandlung wird somit in dieser Phase dem Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung zugesprochen. Verschiedene Vorgehensweisen versuchen auf die Problematik des Beziehungsaufbaus bei schizophrenen Patienten einzugehen. In der Regel ist die Krankheitseinsicht bei Patienten aus dieser Gruppe eingeschränkt bzw. manchmal nicht gegeben. Immerhin ist anders als bei somatischen Erkrankungen nicht „irgendein“ Körperteil oder Organ verletzt oder krank, sondern dasjenige, in dem die Wahrnehmung und Verarbeitung einer Beeinträchtigung stattfindet – das Gehirn. Somit ist gerade dieses Organ häufig auch in der Wahrnehmung und Verarbeitung der Erkrankung Psychose bzw. Schizophrenie gestört.

Zudem kommt eine besondere Bedrohlichkeit dieser Situation für Betroffene hinzu. Gerade das Organ ist von einer Krankheit betroffen, das zentral für die Identität und das Bewusstsein zuständig ist. Somit reicht es in der Psychoedukationsphase nicht aus oder kann für die therapeutische Beziehung sogar kontraproduktiv sein, Patienten zu sagen, dass ihr Denken nicht richtig funktioniert. Hierzu ist Fingerspitzengefühl und

vor allem das Beachten wichtiger therapeutischer Regeln gefragt (Vauth & Stieglitz, 2006; Bäuml, Pitschel-Waltz, Berger & Gunia, 2010). Auf der Grundlage einer stabilen Beziehung sollte den betroffenen Patienten dann ein Gefühl für die Erkrankung und die damit verbundenen Symptome vermittelt werden. Dies ist für die Bewältigung dieser Erfahrung, für die Rezidivprophylaxe, vor allem aber für eine Compliance bei der Einnahme von Medikamenten unabdingbar.

Im Unterschied zur nicht-forensischen Behandlung dieser Patientengruppe, bei der insbesondere bei einem unkooperativeren Anteil häufige Behandlungsabbrüche zu verzeichnen sind, findet in der Forensik immer eine längere Behandlung statt. Die häufigen Behandlungsabbrüche bei nicht-forensischen Patienten kommen oft dadurch zustande, dass diese Personen sich nach kurzer Stabilisierung einer Behandlung wieder entziehen, weil sie den Nutzen der weiteren Therapie nicht einsehen bzw. nicht einsehen können. Der Vorteil der längeren Behandlungsdauern in der Forensik ist dabei, dass auch in weniger kooperativen Phasen weiter positiv auf die Patienten eingewirkt und so die Behandlungsmotivation aufrechterhalten und stabilisiert werden kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der mit einer forensischen Behandlung einher geht, ist der Einfluss auf soziale Bedingungen, der in diesem Rahmen möglicherweise etwas besser ausgeübt werden kann. Nach einer sorgfältigen Analyse von ungünstigen Bedingungen in Bezug auf die Erkrankung kann an der Planung eines passenderen Umfeldes mit einerseits weniger Belastungsfaktoren und andererseits mit möglichst hohem Freiheitsgrad und Selbständigkeit gearbeitet werden. Die Vorbereitung und Umsetzung eines derartigen Rahmens ist oft entscheidend für eine dauerhafte oder zumindest längerfristige Stabilisierung.

Was beispielhaft für schizophren Erkrankte umrissen wurde, trifft auch für andere Gruppen forensischer Patienten zu.

Für persönlichkeitsgestörte Patienten liegen Behandlungsleitlinien (Herpertz, 2009) und verschiedene evaluierte Verfahren vor (z. B. Linehan, 2007 oder Ross, Fabiano & Ewles, 1988), die in der forensischen Behandlung Anwendung finden. Die Verteilung der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen ist in der Forensik eine andere als in der Allgemeinpsychiatrie, was sich in den jeweils angewandten Behandlungskonzepten niederschlägt. Im Vordergrund stehen sicherlich dissoziale bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörungen und auch andere sogenannte Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen mit starken Anteilen gestörter Emotions- und Impulskontrolle wie emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Störungen.

Auch in dieser Patientengruppe spielt die zur Allgemeinpsychiatrie unterschiedliche Behandlungsdauer eine wichtige Rolle. Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich durch

ihre sogenannte Ich-Syntonicität aus, was darauf Bezug nimmt, dass sie in der Regel nicht so ich-fremd erlebt werden, wie zum Beispiel eine Angst- oder eine Zwangsstörung, für welche Patienten einen ausgeprägten Leidensdruck entwickeln. Persönlichkeitsstörungen werden dagegen viel häufiger als zum eigenen Ich zugehörig erlebt und erst dann einer Behandlung zugeführt, wenn ein starker Leidensdruck entsteht oder wenn andere Personen zu Schaden kommen.

Dies ist auch der Weg, wie Patienten mit dieser Art von Persönlichkeitsstörungen in Behandlungssettings gelangen. Sie begehen Straftaten und werden inhaftiert bzw. zwangsweise untergebracht. Diese zwangsweise Unterbringung führt zur Möglichkeit einer längeren Behandlungsdauer und damit zur Möglichkeit, dass Interventionen über einen längeren Zeitraum wirken können. Manche der persönlichkeitsgestörten Patienten, die nicht oder nur wenig selbst unter dieser Störung leiden, lassen sich möglicherweise auch erst deshalb ernsthaft auf ein Behandlungsangebot ein, weil es eng mit ihrer Entlassungsperspektive aus dem Maßregelvollzug in die Freiheit verknüpft ist.

In einer weiteren größeren Gruppe – nämlich der der Minderbegabten – ist nicht mit deutlichen Änderungen der Grunderkrankung zu rechnen. Die Intelligenz, die in erster Linie über die Zuordnung zu dieser Diagnosegruppe bestimmt, kann nicht oder allhöchstens in geringem Maße beeinflusst werden. Interventionen zielen hier auf einen besseren Umgang mit dieser Behinderung und auf eine verbesserte Möglichkeit der Impulskontrolle ab. Einen ganz wichtigen Baustein stellt aber bei Minderbegabten ebenso wie bei den Schizophrenen die bessere soziale Integration dar. Häufig ist es die einzige Möglichkeit straffreien Lebens, wenn eine Einrichtung oder eine andere Form der Betreuung gefunden werden kann, die der jeweiligen Problematik des untergebrachten Patienten gerecht werden kann.

Schalast (2006) geht auf vielfältige und verschiedene Zusammenhänge von Suchterkrankungen und Straffälligkeit ein. Ein naheliegendes Konzept ist sicherlich das, dass durch die Wirkung verschiedener Substanzen die Steuerungsfähigkeit maßgeblich herabgesetzt werden kann, die andererseits zur Verhaltenskontrolle notwendig ist. Häufig sind Delinquenz und süchtiges Verhalten aber auch verschiedene Erscheinungsformen sozialer Probleme, die auf der Grundlage verschiedener Risikofaktoren gemeinsam auftreten. Bezzel (2008) weist auf den Zusammenhang verschiedener Substanzabhängigkeiten auf die Art der Delinquenz hin. In der untersuchten Alkoholikergruppe wird ein deutlich höherer Anteil von Gewaltstraftätern festgestellt. Gerade bei den Drogenabhängigen, die aufgrund eines BtMG-Deliktes verurteilt worden sind, ist der Zusammenhang sicher ein anderer als beispielsweise bei alkoholabhängigen Gewalt- oder Sexualstraftätern. Häufig steht bei den Drogenabhängigen Beschaffungskriminalität zur Finanzierung der eigenen Sucht im Vordergrund.

Behandlungen müssen somit bei gemäß § 64 Untergebrachten in erster Linie auf die Suchterkrankung, juristisch gesehen auf den sogenannten Hang abzielen. Auch wenn notwendigerweise andere psychische Aspekte oder Persönlichkeitsanteile in der Behandlung berücksichtigt werden, beschränkt sich die Behandlung schwerpunktmäßig auf die Suchterkrankung, auch um der gesetzlich vorgegebenen zeitlichen Beschränkung gerecht zu werden. In Bezug auf Suchterkrankungen nicht zu vernachlässigen ist der große Anteil an § 63-Patienten, die zwar nicht wegen dieser Suchterkrankung untergebracht wurden, dafür aber eine Doppelbelastung aufweisen. Flankierend zur Delinquenzbearbeitung und zur Behandlung einer Hauptdiagnose muss durch Interventionen auch versucht werden, die Suchterkrankung positiv zu beeinflussen.

Für die Suchtbehandlung wurde unter anderem bereits von Ross und Fabiano (1985) auf die wichtige Grundhaltung „firm but fair“ hingewiesen. Es ist eine basale Einstellung, die darauf abzielt, süchtigem Verhalten und den häufigen Rückfällen, mit denen man in der Behandlung von Abhängigen konfrontiert wird, konsequent zu begegnen. In der Vorgeschichte standen bei diesen Patienten oft sogenannte co-abhängige Angehörige oder andere Menschen im Umfeld, die durch Wegschauen und Tolerieren der Problematik Vorschub geleistet haben. Kontraproduktiv wird somit ein zu gewährender Stil angesehen, der sich nahtlos in dieses Muster einpasst und zu keiner großen Veränderung der Problematik führt.

Andererseits steht das „fair“ in diesem Grundsatz dafür, eigenen Ärger und Enttäuschungen auf Behandlerseite zu reflektieren und diesen nicht zum ausschlaggebenden Moment in der Behandlung zu machen, sondern Entscheidungen auf der Grundlage eines systematischen und evaluierten Therapierationale zu treffen.

Bei Süchtigen finden sich unter den forensischen Patienten vergleichbar zu den psychotisch Erkrankten viele, die in früheren freiwilligen Behandlungen gescheitert sind oder bisher aus verschiedenen Gründen nicht zu einer Therapie bereit waren. Bereits darin zeigt sich deutlich die Notwendigkeit einer ausgeprägten „Motivationsphase“. Während früher oft als Hauptmethode in dieser Phase die Konfrontation mit der Abhängigkeit ausgegeben wurde, gilt dieses Vorgehen spätestens seit Petry (1996) als obsolet. Viel wichtiger ist die Herstellung einer langfristig angelegten Motivation, die im Optimalfall aus der strukturierten Abwägung von negativen und positiven Konsequenzen des Konsums erarbeitet wird.

Nach Erreichung des Zwischenziels Therapiemotivation finden spezifische Maßnahmen statt, die auf die Verbesserung defizitärer Bereiche und die Erweiterung verschiedener notwendiger Kompetenzen abzielen. Dies können Strategien im Umgang mit angebotenen Suchtsubstanzen sein, aber auch der Ausbau persönlicher Fähigkei-

ten, deren Mangel unter Umständen Suchtrüpfälle begünstigen könnte. Beispielsweise erwerben abhängige Patienten, die zum Überspielen einer sozialen Unsicherheit Substanzen zu sich genommen haben, dazu benötigte soziale Kompetenzen. Das Erlernen von Ablehnungsfähigkeiten ist eine wichtige Strategie, um zukünftige Rückfälle zu vermeiden. Auch bei Alkoholikern und Drogenabhängigen kann die Veränderung der sozialen Umgebung einen wichtigen Therapiebaustein ausmachen. In der Regel führt das aber anders als bei § 63-Patienten nicht dazu, dass die Betroffenen in stark strukturierten Einrichtungen untergebracht werden müssen oder anderweitig intensiv nachbetreut werden. Es kann bereits entscheidend zu einer Veränderung beitragen, wenn es gelingt, Patienten nachzuqualifizieren und in eine Arbeit einzugliedern oder ihnen zu helfen, problematische Freundeskreise oder Bekannte zu meiden und alternative soziale Netze aufzubauen (Bezzel, 2008).

Weil natürlich auch in dieser Gruppe Delinquenz eine Rolle spielt – schließlich hat diese zur Unterbringung in der Forensik geführt – muss die Straffälligkeit therapeutisch bearbeitet werden. Weiterhin treten häufig behandlungsbedürftige Doppeldiagnosen auf wie beispielsweise eine dissoziale Persönlichkeitsstörung zusätzlich zur Suchterkrankung.

Immer häufiger wird in der Diskussion auch angesprochen, dass vollständige Abstinenz für Abhängige ein zu hohes Ziel darstellen könnte. Wenn dieses Ziel nicht erreicht wird, führt dies in der Regel zu einem Therapieabbruch – sei es im Rahmen einer regulären Suchtbehandlung oder einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64. Damit ist weder dem Patienten noch der Gesellschaft geholfen. Ganz im Gegenteil muss davon ausgegangen werden, dass jeder Therapieabbruch die Selbstwirksamkeitserwartung mindert und somit zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation führt (Lösel & Schmucker, 2004; Moos, 2005).

Bei Alkoholabhängigen führt dies vor allem zur Schlussfolgerung, dass auch kontrolliertes Trinken eine Alternative sein könnte, um das Ziel nicht zu hoch zu setzen, andererseits aber um die schädlichen Auswirkungen des Konsums möglichst zu begrenzen (Körkel & Schindler, 2003). Die Diskussion darüber, ob dies auch im Maßregelvollzug einen gangbaren Weg darstellt, ist noch im Gange. Bisher finden bedingte Entlassungen nur statt, wenn Abstinenz erreicht werden konnte.

Bei Drogenabhängigen stellt sich die Diskussion etwas anders dar, weil ja bereits die konsumierten Substanzen illegal sind und deshalb kontrolliertes Konsumieren nicht möglich ist. Es scheint sich aber eine Korrektur der Ziele insofern ergeben zu haben, dass Alkoholabstinenz bei Drogenabhängigen nicht die einzige Möglichkeit ist, weil es nicht ihr Hauptproblem darstellt. Gerade bei Patienten, bei denen sonst kein Therapieerfolg in Bezug auf Drogen möglich wäre und die möglicherweise bisher tatsächlich

kein deutliches Alkoholproblem hatten, stellt dies einen gangbaren Weg dar. Die Möglichkeit, schwerstabhängige Heroin-User auf legalem Wege über medizinische Ausnahmeregelungen mit Heroin zu versorgen, scheint im Rahmen einer forensischen Behandlung dabei kaum möglich zu sein. Der Vorteil dieses Vorgehens ist es, dass Patienten, bei denen alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, zwar von ihrer Erkrankung nicht geheilt werden können, aber möglichst gut vor medizinischen Folgeerkrankungen und vor allem auch vor Kriminalität geschützt werden können. Dies ist auch der positive Effekt, der durch dieses in Politik und Öffentlichkeit umstrittene Konzept für die Gesellschaft erreicht werden kann (Haasen & Verthein, 2008).

Ein etablierteres Vorgehen, das ähnlichen Überlegungen folgt, stellt die Substitutionsbehandlung dar, die auf die gleiche Zielgruppe, die der Opiatabhängigen abzielt (Verthein, Kalke & Raschke, 1994). Auch hier liegt die Annahme zugrunde, dass einmaliges oder mehrmaliges Scheitern in einer abstinenzorientierten Therapie zu einem Umdenken und einer Neuformulierung des Therapiezieles führen muss. Schalast (2006) fordert für die Umsetzung in der Forensik, zu Beginn der Behandlung ein Abstinenzziel zu verfolgen und gibt diesen Zeitraum mit einem halben Jahr an. Sollte sich zeigen, dass dieses Ziel nicht erfolgreich erreicht werden kann, wird von ihm die Prüfung der Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung vorgeschlagen. Somit könnte erreicht werden, bei Nicht-Heilung der Abhängigkeitserkrankung weitere Straftaten zu verhindern. Zum einen ist die konsumierte Substanz illegal, zum anderen können Kosten von 300.- bis 400.- € für eine Tagesration von den Patienten nicht auf legalem Wege finanziert werden und führen so fast unweigerlich zu neuen Delikten. Außerdem wird ein weiterer Vorteil darin gesehen, dass Patienten im Rahmen dieser Behandlung in der Regel täglich die behandelnde Ambulanz aufsuchen und somit im Kontakt Verschlechterungen schneller bemerkt und im Optimalfall sogar aufgefangen werden können. Gerade deshalb ist die Einhaltung der strikten Regeln für diese Behandlungsform besonders wichtig, die Behandlung sollte nur von besonders qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Auch hier ist die Diskussion bezüglich einer Umsetzung innerhalb der forensischen Behandlung noch im Gange und es sind deutliche regionale Unterschiede sowie von Klinik zu Klinik zu verzeichnen.

Abgesehen vom dargestellten störungsspezifischen Vorgehen stellt die deliktorientierte Therapie eine wichtige Entwicklung der letzten Jahre in der Behandlung von Straftätern allgemein, insbesondere aber bei Gewalt- und Sexualstraftätern dar. Im deutschen Sprachraum wird diese Richtung sehr pointiert von Urbaniok und Kollegen (u. a. 2003; Rossegger, Endrass, Urbaniok & Borchard, 2012) weiter entwickelt und verbreitet. Das Konzept basiert vor allem auf meta-analytischen Untersuchungen wie



denen von Andrews und Bonta (2010) zum Rückfallrisiko von Straftätern allgemein sowie von Hanson und Bussière (1998) bei Sexualstraftätern im Besonderen, die sich damit befassen, mit welchen Arten von Therapie bei Straftätern bisher am besten Erfolge nachgewiesen werden konnten und damit Rückschlüsse auf einzelne wichtige Faktoren zur Rückfallgefahr zulassen (Endrass, Rossegger & Braunschweig, 2012).

Urbaniok (2003) und Endrass und Kollegen (2012) betonen, dass die Senkung von Rückfallgefahren bei Straftätern durch Therapien als nachgewiesen gelten kann. Es wird in Anbetracht der Tatsache, dass Therapien für Straftäter oftmals politisch umstritten sind, auch auf Kosteneinsparungseffekte hingewiesen (Urbaniok, 2011; Endrass, Rossegger & Kuhn, 2012) – zusätzlich zum menschlich wichtigen Vermeiden weiterer Opfer. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei den meisten Interventionen ohne Therapien sogar eine leichte Erhöhung der Rückfallwahrscheinlichkeit. Durch Therapien konnten unter verschiedenen Bedingungen Verringerungen der Rückfallwahrscheinlichkeit zwischen 11 % und 47 % bzw. 8 % und 60 % verzeichnet werden (Gendreau, 1998; Lipsey & Cullen, 2007; Endrass et al., 2012).

Daraus abgeleitet bezeichnet Urbaniok es als besonders wichtig, die „Orientierung der Therapie auf Verhaltensaspekte vor einem klaren konzeptionellen und strukturellen Hintergrund“ in den Vordergrund zu stellen, wie dies vor allem bei kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen verfolgt wurde. Trotzdem – so Urbaniok – reiche es aber nicht aus, die Behandlung von Straftätern lediglich auf die Durchführung von Behandlungsmanualen zu reduzieren. Entscheidend sei vielmehr die Kombination deliktorientierter Behandlungselemente mit einer individuell auf eine einzelne Persönlichkeit zugeschnittenen Therapie unter besonderer Berücksichtigung einer sorgfältig entwickelten Delinquenzhypothese.

Alle Behandlungsmaßnahmen müssten dabei zum einen so gewählt werden, dass die Deliktmotivation des Täters verringert wird und dass andererseits die Steuerungsfähigkeit erhöht wird. Im deliktorientierten Konzept nach Urbaniok finden dabei die Methoden Aufdeckung fördern, Deliktreakonstruktion, Aufhebung kognitiver Verzerrungen, Schaffung von „Delikt-know-how“, Erklärungskontext für die Tat erarbeiten, Tatzyklus erarbeiten, affektive Kompetenz, Nachfühlen des Opfererlebens, permanente Wachsamkeit, Risikoentwicklung erkennen, Fantasiearbeit, Kontrolle und Steuerung erhöhen, „Deliktteil“ erkennen lernen, Täteridentität bilden und Aggressions- und Sexualpädagogik Anwendung. Erste Evaluationen speziell zu diesem Konzept weisen erfolgversprechende Tendenzen auf (Urbaniok, 2011).

## 2.4 Qualität in der forensischen Behandlung

### Exkurs – Falldarstellung

*Ein 27-jähriger Patient wurde nach seiner Verurteilung wegen pädosexueller Delikte in der Forensik aufgenommen. In seinem Äußeren und in seinem Auftreten wirkte er eher jünger, fast etwas kindlich. Besonders fiel sein deutliches Stottern auf, das dazu führte, dass er manchmal nur mit hoher Sprechanstrengung und sehr verzögert Äußerungen von sich geben konnte und dabei oft für den Gesprächspartner irritierend grimassierte. Abgesehen von dieser Problematik wirkte er insgesamt in seinem Auftreten sehr unsicher, was seine Körperhaltung oder auch das Aufnehmen von Blickkontakten betraf.*

*Der Verurteilung lagen deutlich progrediente Sexualdelikte mit Kindern zugrunde, was den psychiatrischen Gutachter dazu veranlasste, eine Unterbringung in der Psychiatrie zu empfehlen und das Gericht, dieser Empfehlung zu folgen. Etwa ein halbes Jahr vor den Delikten mit Kindern war der Patient der Polizei bereits aufgefallen, weil er über sein Mobiltelefon versuchte, an Kinderpornografie (Bilddateien per MMS) zu gelangen. Bei der Durchsuchung der Bilddateien auf seinem Handy und auch auf seinem Computer wurden einschlägige Bilder gefunden. Zu dieser Zeit hatte er eine gleichaltrige Freundin, die so von seinem Umgang mit kinderpornografischem Material erfuhr, ebenso der Arbeitgeber, bei dem er wohnte und zu dem er freundschaftliche Kontakte pflegte. Sein Versuch, sich wegen dieser Problematik in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, scheiterte, weil er keinen Therapeuten fand, der ihn kurzfristig wegen dieser Diagnose behandeln wollte oder konnte.*

*Im Rahmen der verurteilten Taten hatte er danach schließlich mit seinem Auto mehrmals ungefähr 10-jährige Mädchen beobachtet, sie in sexueller Absicht angesprochen und sich vor ihnen entblößt und in einem Fall sogar onaniert. Er hatte keinen körperlichen Zwang ausgeübt, die Kinder aufzuhalten, wenn sie sich der Situation entziehen wollten. Aufgrund dieser Vorfälle wurde er neben einer Freiheitsstrafe zur Unterbringung in der Psychiatrie gemäß § 63 StGB verurteilt. Vom Gutachter war die Diagnose Pädophilie (F65.4) nach ICD-10 gestellt worden. Der Sachverständige wies zudem auf die Progredienz der Taten und die verminderte Schuldfähigkeit hin, weil er durch den starken Suchtcharakter in seiner Steuerungsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Im Laufe der Therapie wurde deutlich, dass sich das Verlangen des Patienten nicht nur auf Kinder richtete, wie es für eine pädophile Störung typisch wäre. Er berichtete davon, dass er sich sehr häufig und zeitintensiv mit Sex, vor allem mit Pornografie*

beschäftigt habe und außerdem immer auf der Suche nach noch intensiveren Reizen gewesen sei. Es lagen vor dieser Verurteilung keinerlei Vorstrafen vor.

Der Patient zeigte sich von Beginn der Behandlung an offen und sehr motiviert. Er fiel bereits am Behandlungsanfang dadurch auf, dass er relevante Dinge in Bezug auf Fantasien, Gedanken und Gefühle berichtete, die andere Patienten verheimlichen würden, um nicht so kritisch gesehen zu werden. In dieser Phase wurde eine Delinquenzhypothese erarbeitet, um daraus Behandlungsziele abzuleiten. Als ein wichtiger Problembereich wurde dabei die unsichere Persönlichkeit des Patienten mit einem geringen Selbstwertgefühl ausgemacht. Mitverursachend dafür wurden die gewalttätige und oft auch lieblose und distanzierte Erziehung durch die Eltern sowie ein selbst erlebter sexueller Missbrauch durch einen fremden Mann im Alter von etwa 10 Jahren herausgearbeitet.

Die distanzierte Haltung der Eltern führte auch dazu, dass der Patient ohne großen Aufhebens und kühl im Alter von 15 Jahren verabschiedet wurde und von da ab mehrere 100 km von den Eltern entfernt wohnte und eine Ausbildung begann. Er verblieb an dieser gleichen Arbeitsstelle nach der Ausbildung, weil er sich aufgrund seines mangelnden Selbstvertrauens keinen Wechsel zugetraut hätte. Dies auch, obwohl die Arbeitsbedingungen für ihn bei weitem nicht die Besten waren und vom Chef sowie von Arbeitskollegen seine Unsicherheit ausgenutzt wurde, so dass er häufig zu ungünstigen Zeiten einspringen musste und die Bezahlung zeitweise ausblieb. Zudem konnte er sich außer zu den wenigen Arbeitskollegen kein stabiles soziales Netz aufbauen. Für eine kürzere Zeitdauer konnte er immerhin eine Beziehung zu einer etwa gleichaltrigen Arbeitskollegin eingehen. Dies führte dazu, dass er mangels Alternativen und auch zum Abbau seiner unangenehmen Gefühle durch seine Selbstwertprobleme, die schlechte Behandlung am Arbeitsplatz und den erlebten Stress sofort nach der Arbeit in verschiedene Fantasiewelten abtauchte, die zu einem großen Teil sexueller Natur waren. Dies bereitete ihm positive Gefühle und angenehme Aspekte seines Lebens, hinterließ danach aber häufig ein Gefühl von Leere und Enttäuschung. Es entstand das Bedürfnis nach mehr, ein Bedürfnis, das mit weiteren Fantasien aber nicht wirklich befriedigt werden konnte. Andererseits führte dieses Verhalten zu noch mehr Rückzug und dadurch zu weniger Chancen, echte Zufriedenheit durch angenehm erlebte soziale Kontakte oder die Beziehung zu einer Frau unter anderem auch mit Sexualität zu erleben.

Die offene und motivierte Herangehensweise an die Therapie führte zu schrittweisen deutlichen Verbesserungen in verschiedenen Bereichen. Schritt für Schritt konnte der Patient durch therapeutische Interventionen und auch die sprachtherapeutische Behandlung des Stotterns sein Selbstwertgefühl verbessern und vor allem ein sehr

*gutes Verständnis für seine Delinquenzhypothese erarbeiten. Er arbeitete an seinem Männlichkeitsideal, lernte anders aufzutreten und veränderte auch sein Äußeres in diese Richtung. Gleichzeitig lernte er durch Verzicht auf bestimmte Dinge, dass er daraus auch Vorteile gewinnen konnte und für ihn trotzdem ein sehr lebenswertes Leben möglich war. So erlebte er auch positive Gefühle, die nicht mit Fantasiewelten verknüpft waren und teilweise zu länger andauernder Zufriedenheit führten. Er begann, mit Unterstützung einen Resozialisierungsplan zu entwickeln und erhielt vom therapeutischen Personal und von vielen Mitpatienten für die erzielten Verbesserungen viel Anerkennung. In der zweieinhalb Jahre dauernden Behandlungsgruppe für Sexualstraftäter (Wischka & Rehder, 2001) erarbeitete er sich die Position des „Vorzeigepatienten“. Er arbeitete engagiert, offen und motiviert mit und setzte viele der erarbeiteten Erkenntnisse auch in seinem Verhalten um.*

*Nach ungefähr dreijähriger Therapie konnten dem Untergebrachten unbegleitete Stadtausgänge bis zu 10 Stunden gewährt werden. In allen vorher erteilten Lockerungen traten keine Probleme auf. Bereits drei Monate, nachdem ihm diese Lockerungen gewährt wurden, wurde er von der Polizei beim Onanieren vor Kindern aufgegriffen. Als er durchsucht wurde, wurden einige Computerausdrucke von nackten Kindern bei ihm gefunden. Die Lockerungen mussten selbstverständlich zurückgenommen und die Therapieplanung komplett revidiert werden. Der Patient zeigte sich über sich selbst enttäuscht, reagierte mit einer depressiven Verstimmung und äußerte sich suizidal. Auch das Behandlungsteam war überrascht und enttäuscht und stellte die eigene Arbeit in Frage.*

In diesem Beispiel wurde ein nicht ganz alltäglicher forensischer Fall geschildert, jedoch ein Verlauf, der so oder ähnlich in jeder Forensik eruiert werden kann. Es gibt keine 100-prozentigen Therapien, weder bei psychischen Problemen noch bei somatischen Erkrankungen. Trotzdem soll an dieser Stelle auf die Auswirkung eines derartigen Verlaufs eingegangen werden.

Das behandelnde Team einschließlich dem behandelnden Therapeuten arbeitete drei Jahre mit dem vorgestellten Patienten, was für die Behandlungsdauer bei § 63-Patienten nicht ungewöhnlich ist. Bei vielen Patienten kann über lange Behandlungsdauern hinweg von den Behandlern nur wenig Veränderung festgestellt werden. Das kann im Alltag dazu führen, dass die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns immer wieder in Frage gestellt wird. Bis zum „Rückfall“ stellte sich der Verlauf des dargestellten Falles als insgesamt positiv dar. Der Patient entwickelte sich zu einem „Hoffnungsträger“ für die Station. Umso schwerwiegender wurde der Misserfolg durch den Rückfall auch

vom Behandlungsteam erlebt. Noch deutlicher trat zu diesem Zeitpunkt die Einschätzung „unsere Arbeit bringt nichts, wenn selbst dieser Patient keinen positiven Verlauf schafft“ zutage. Anders als in anderen Behandlungssettings können diesem Misserfolg subjektiv nicht mehrere Erfolge gegengerechnet werden, weil der „Patientendurchlauf“ auf §-63-Stationen gering ist und alle Patienten dort sehr lange verbleiben.

Aufgrund der Brisanz des Themas Sexualdelikte, in geringerem Ausmaß aber eigentlich bei allen Straftaten, scheinen verschiedene niederschwellige psychohygienische Selbsthilfemaßnahmen in solchen Fällen nur wenig zu greifen. Während Frustrationssituationen im Arbeitsalltag in anderen Bereichen dadurch bewältigt werden können, dass mit dem Ehepartner, mit Freunden oder Nachbarn darüber gesprochen wird, wird das in der Arbeit mit Straftätern viel häufiger vermieden. „Ich verstehe sowieso nicht, wie du auf so einer Station arbeiten kannst. Das bringt doch nichts.“ und teilweise noch verletzendere und unqualifiziertere Äußerungen werden aus Sicht der betroffenen Mitarbeiter vermieden, indem man sich nicht in vergleichbare Gesprächssituationen begibt. In einer vergleichenden Studie von Ryssok und Oprée (2010) zwischen der öffentlichen Einstellung zu psychisch kranken Straftätern bei Menschen, die in der Nähe einer Forensik wohnen gegenüber anderen zeigt sich das breite Spektrum, insgesamt aber auch viele ablehnende Einschätzungen.

Zudem gibt es häufig kaum die Möglichkeit eines positiven Ausgleichs. Während Mitarbeiter einer Autofirma sich beispielsweise über ein neu entwickeltes Produkt freuen können oder Klinikmitarbeiter somatischer Krankenhäuser über eine tolle Operation in ihrem Krankenhaus lesen und darauf stolz sind, wird von forensischen Mitarbeitern der eigene Tätigkeitsbereich eher verschwiegen.

Dies zusammen sind wirksame Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitern deutlich herabsetzen können.

Im § 64-Bereich in forensischen Kliniken sind die Behandlungsdauern deutlich niedriger. Misserfolge zeigen sich für Mitarbeiter vor allem in Rückfällen, die in Suchttherapien unweigerlich immer wieder auftreten und in den sehr häufigen Therapieabbrüchen, d. h. dass eine Suchttherapie wegen mangelnder Aussicht auf Erfolg abgebrochen wird, was so in der gesetzlichen Grundlage geregelt ist (§ 67d StGB). Für Mitarbeiter, die bereits längere Zeit in diesen Bereichen arbeiten, zeigt sich das Problem der „Drehtür-Psychiatrie“ sehr deutlich und einseitig verzerrt. Während die Erfolglosen deutlich wahrgenommen werden, weil sie nach kürzerer, manchmal aber auch nach längerer Zeit wieder behandelt werden müssen, sind die „Erfolgreichen“ weg und treten nicht mehr in Erscheinung. Übrig bleibt das subjektive Bild, dass die eigene Arbeit in der Regel nichts bringt, weil „sowieso alle Patienten“ früher oder später wieder zurück kommen.

Hier zeigt sich ein wichtiges Problem für Mitarbeiter von Forensiken, was ihre Arbeitszufriedenheit betrifft. Bereits in frühen Arbeiten eines Begründers der Forschung zur Arbeitsmotivation – Frederick Herzberg – wurden Faktoren, die diese Motivation bestimmen, herausgearbeitet (Herzberg, 1959). Wenn auch Herzbergs Zwei-Faktoren-Theorie nicht mehr in ihrer Ursprungsform vertreten wird, finden die eruierten Einzelaspekte immer wieder Bestätigung. Sowohl auf Seiten der Umweltfaktoren (sogenannte „Hygiene-Faktoren“), die vermieden werden sollten, um Unzufriedenheit zu minimieren, vor allem aber bei den Motivatoren, die notwendigerweise für Zufriedenheit vorhanden sein müssen, werden die Arbeitsinhalte aufgeführt. D. h. hier wird die Wichtigkeit dafür betont, dass Mitarbeiter einen Sinn in ihrem täglichen Tun sehen müssen, um mit Zufriedenheit und motiviert daran zu arbeiten. Wenn ihnen dieser Glaube abhanden kommt, kommt es zu therapeutischem Pessimismus (Schalast, 1997), was sich ungünstig auf die Mitarbeiter auswirkt und zudem die Effektivität von Behandlungen mindert. Bezzel, Hartl und Schlauderer (2011) weisen in ihrer Arbeit auf die Wichtigkeit der Rückmeldung von Behandlungsergebnissen an die Mitarbeiter zur Aufrechterhaltung der Arbeitsmotivation explizit hin. „Alleine die Mitarbeiter, die im Kontakt mit den Patienten stehen, können Qualität erzeugen, hierzu müssen die Mitarbeiter motiviert werden. Ein Mitarbeiter, der den Sinn seiner Tätigkeit erkennt und diesen als wünschenswertes Ergebnis ansieht ist motivierter und leistet qualitativ hochwertigere Arbeit.“, so Steidle in seiner Arbeit über Qualitätsmanagement in Krankenhäusern (Steidle, 2010, S. 1).

Die angestrebten Ziele einer Unterbringung, nämlich Sicherung und die Minderung des Rückfallrisikos, können bei Nicht-Berücksichtigung dieses Problems weniger gut erreicht werden. Es finden deshalb vermehrt Qualitätssicherungskonzepte für Kliniken Eingang. Eine allgemeine Qualitätsdefinition wird beispielsweise von Kolkmann, Seyfarth-Metzger und Stobrawa (1997, S. 5) oder Kaltenbach (1993) unternommen und auf Kliniken angewendet: „Als Qualität bezeichnet man die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes, eines Prozesses oder einer Dienstleistung, die sie zur Erfüllung vorgegebener Erfordernisse geeignet machen.“

An Anforderungen von Krankenhäusern angepasst, könnte eine Definition für Qualität lauten (Kolkmann et al., 1997, S. 6): Qualität ist der „Grad der Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung zu den von den Patienten gewünschten Resultaten führen wird und unter Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Wissens, das Risiko der unerwünschten Nebeneffekte minimalisiert.“ Für den forensischen Bereich wäre eine Erweiterung der Definition sinnvoll, die außer auf die Resultate, die von Patienten gewünscht werden, auch auf den Auftraggeber Justiz eingeht, der in diesem Fall das ge-

sellschaftliche Interesse abbildet, Delinquenz zu vermeiden und somit Schaden von Mitgliedern der Gesellschaft abzuwenden. Auch Bezzel et al. (2011) verweisen auf das Spannungsfeld, dass einerseits von der Öffentlichkeit von forensischen Krankenhäusern in erster Linie Sicherheit erwartet wird, dass andererseits von den Behandlern selbst bei Qualitätsdefinitionen eher an Therapiequalität gedacht wird. An anderer Stelle formulieren Kolkmann et al. (1997) die drei Bestandteile der Qualität:

1. Das erreichbare Ziel wird erreicht
2. Unnötiges Risiko wird vermieden
3. Unnötiger Aufwand wird vermieden

Der erste Punkt bezieht sich dabei auf explizite Behandlungsziele, die für den Dienstleistungsprozess Klinikbehandlung definiert werden müssen. Im zweiten wird darauf eingegangen, dass durchgeführte Maßnahmen, in unserem Falle Medikamente oder Psychotherapie häufig unerwünschte Nebenwirkungen haben. Nur ein sorgfältiger Abwägungsprozess zwischen dem erwarteten positiven Effekt einer erfolgreichen Behandlung und der Wahrscheinlichkeit für einen negativen Nebeneffekt sowie für die Schwere eines solchen Nebeneffektes kann als Grundlage für eine Entscheidung über die Anwendung einer Behandlungsmaßnahme dienen. In der Forensik kommt das zu berücksichtigende Risiko für die Allgemeinheit hinzu. Die Allgemeinheit sollte zum einen vor weiteren Straftaten geschützt werden, während ein Patient untergebracht ist, d. h., dass bestimmte Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden müssen und auch Behandlungsmaßnahmen das Risiko einer weiteren Straftat nicht erhöhen dürfen. Der Sicherheitsaspekt in der Forensik bildet diese Qualitätsanforderung in erster Linie ab. Zum anderen soll die Allgemeinheit insofern vor Risiken geschützt werden, dass Patienten Behandlungsmaßnahmen erhalten, die das deliktische Rückfallrisiko mindern, was eigentlich vollständig dem ersten Punkt der Qualitätsanforderungen entspricht. Außer diesen Maßnahmen ist aber auch ein wichtiges Qualitätskriterium des Maßregelvollzugs zur Minderung von Risiken für die Allgemeinheit, dass Entscheidungen über Lockerungen und vor allem über die Entlassung sorgfältig getroffen werden, bei § 63-Patienten noch mehr als bei nach § 64 Untergebrachten.

Der dritte Punkt aus diesen Qualitätsanforderungen berücksichtigt Effizienzgesichtspunkte. Im einfachsten Fall existieren zur Behandlung einer Erkrankung zwei verschiedene Medikamente, die eine gleich starke heilende Wirkung entfalten und sich auch hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen nicht unterscheiden. Die Entscheidung sollte in diesem Fall für die finanziell günstigere Alternative fallen, damit der Betroffene bzw. die Gesellschaft, wenn sie zum Beispiel über ein Krankenversicherungssystem einspringt, dadurch wenig finanzielle Verluste erleidet. Im Alltag sind diese Entscheidungen durch eine Vielzahl komplexer Faktoren schwieriger. Unabhängig vom jeweiligen Finanzie-

nungssystem sollten Ressourcen in der Forensik sparsam eingesetzt werden. Auch dies ist ein Kennzeichen von Qualität.

Was nun den ersten Punkt und somit die Zieldefinition für die Dienstleistung Krankenhausbehandlung betrifft, gibt es hierfür verschiedene Operationalisierungsmöglichkeiten, die auch in der Arbeit von Bezzel (2008) diskutiert wurden. Das naheliegendste Behandlungsziel einer medizinischen Behandlung ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes. Allerdings ist bereits dieser Begriff bzw. dieses Ziel sehr vielschichtig und es stellt sich die Frage, ab welchem Teilerfolg vom Erreichen des Zieles zu sprechen ist. Bei Patienten, die nach § 63 in der Psychiatrie untergebracht wurden, soll vor allem der Zustand im Hinblick auf die psychische Erkrankung betrachtet werden. Wenn verschiedene psychische Störungen vorliegen, bezieht sich diese Bewertung auf die forensisch relevanten. Eine nicht gebesserte Essstörung spielt dann bei der hier vorgenommenen Beurteilung keine Rolle. Eine Schwierigkeit dabei ist auch das Einschätzen der Ausprägung einer Veränderung. Im Gegensatz beispielsweise zu körperlichen Erkrankungen fällt es im psychischen Bereich oft schwerer einzuschätzen, ob eine Störung noch vorliegt oder nicht mehr bzw. ausreichend gut behandelt ist. Trotzdem sollte die Einschätzung des psychischen Zustandes – durch den Erkrankten selbst oder durch Experten für eine solche Erkrankung – ein sinnvolles Qualitätskriterium sein. Bei Suchtkranken, die gemäß § 64 in einer Entziehungsklinik untergebracht wurden, ist es vor allem der Umgang mit den für sie problematischen Substanzen, also die Abstinenz, die Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität zulassen sollte.

Im forensischen Setting entscheidend ist natürlich auch die Legalbewährung, weil dies ja sozusagen der explizite Auftrag an die Behandlungseinrichtungen ist. „...wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird...“ (§ 67d (2) StGB) ist der gesetzliche Maßstab zur Beurteilung der Qualität einer forensischen Behandlung und lässt direkt auf die Legalbewährung schließen.

Was ist aber nun, wenn nach der Behandlung wieder Straftaten begangen werden? Was, wenn sich der psychische Zustand wieder verschlechtert oder Suchtstoffe konsumiert werden? Was, wenn dies erst längere Zeit nach der Forensik-Unterbringung passiert? Kann daraus auf eine schlechte Qualität der Behandlung geschlossen werden?

Im Optimalfall sollte sich ein ehemals in der Forensik behandelter Patient besser fühlen. Es sollte ihm besser gehen und er sollte eine höhere Lebensqualität aufweisen. Auf die Wichtigkeit einer subjektiv wahrgenommenen Verbesserung des psychischen Zustandes weisen Jacobi, Uhlmann und Hoyer (2011) auch für ambulante Patienten



hin. Weiterhin sollte er am besten abstinent von Suchtmitteln oder/und psychisch stabil bleiben und nie wieder Straftaten begehen. Es kann aber auch verschiedene Abstufungen von Therapieerfolgen geben. Für schwer betroffene Suchtpatienten kann es unter Umständen bereits ein Erfolg sein, einen bestimmten Zeitraum im Leben ohne Suchtmittel zu verbringen und so die eigene körperliche Gesundheit weniger zu schädigen. Vielleicht gelingt es einem abhängigen Patienten zwar nicht, vollständig auf Suchtstoffe zu verzichten, aber seinen Konsum qualitativ auf weniger schädigende Mittel oder quantitativ in Bezug auf die konsumierte Menge einzuschränken. Dies stellt sicherlich einen Teilerfolg einer Behandlung dar. Es wird diskutiert, ob es nicht sogar als Teilerfolg zu werten ist, wenn sich ein betroffener Patient im Zeitraum seines Aufenthaltes durch den Konsum von Alkohol oder illegaler Substanzen nicht weiter schädigt. Aus Aufenthalt im Strafvollzug dagegen wird häufiger von weiterem, wenn auch im Vergleich zur Freiheit eingeschränkten, Konsum berichtet.

Zudem stellt sich die Frage, über wie lange Zeit ein Therapieerfolg auf eine bestimmte Intervention zurückgeführt werden kann. Je länger ein Patient nach seiner Unterbringung wieder in Freiheit verbringt, desto mehr ist er auch wieder verschiedensten Einflüssen ausgesetzt, die andererseits immer weniger mit dem vorhergehenden Forensik-Aufenthalt zu tun haben (Kolkmann et al., 1997).

Diese Qualitätsbeurteilung in Bezug auf einen Therapieerfolg betrifft die sogenannte Ergebnisqualität. Eine inzwischen weit verbreitete und bewährte Einteilung unterscheidet die drei Bereiche Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (Kaltenbacher, 1993; Kolkmann et al., 1997).

Nach Kolkmann und Kollegen (a. a. O.) umfasst die Strukturqualität die Charakteristika eines Krankenhauses, also die Anzahl der Mitarbeiter und ihrer Qualifikationen, aber auch andere Ressourcen, die zur Erbringung der Leistungen erforderlich sind wie „Räumlichkeiten in qualitativer und quantitativer Hinsicht, die Kommunikationswege, die medizinisch-technische Ausrüstung“ (S. 10). Ebenso wird die Ausstattung mit finanziellen Mitteln dem Strukturbereich zugerechnet. Diese Strukturaspekte sagen zwar alleine wenig über die Versorgungsqualität an sich aus, haben aber einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungserbringung. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich können Leistungen unter anderem nur dann gut erbracht werden, wenn hinreichend viele Personen vorgehalten werden, die die Leistungen erbringen können, und wenn diese dementsprechend qualifiziert sind oder werden (Rössler, 2003).

„Die Prozessqualität umfasst alle Maßnahmen und Aktivitäten, die im Laufe der Patientenversorgung ergriffen oder nicht ergriffen werden.“ Laut Kolkmann et al. (a. a. O., S. 10) stehe die Prozessqualität im Zentrum des Qualitätsmanagements in einem Krankenhaus. Diese Einschätzung beruht auf der Annahme, dass dies zwar für den

Einzelfall überprüft werden muss, dass aber die besten Behandlungsergebnisse nur dann erzielt werden können, wenn die Behandlung nach nachvollziehbaren und systematisierten Regeln erfolgt. Der aktuelle medizinisch-psychotherapeutische Wissensstand sollte in klinikinterne Richtlinien und somit in die Behandlung Eingang finden. Wichtig sind hierbei, gerade auch wenn es um Behandlungen „schwieriger“ Patienten geht, Formen des Umgangs zwischen Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen untereinander, aber auch zwischen Mitarbeitern und Patienten. Die besten Therapieergebnisse sollten dann erzielt werden können, wenn keine Reibungsverluste dadurch auftreten, dass verschiedene Berufsgruppen innerhalb der Behandlung verschiedene Ziele – im ungünstigsten Falle sich widersprechende – verfolgen. Nach Möglichkeit sollten die Ziele und Methoden ständig abgeglichen und bei Bedarf angepasst werden. Im Umgang mit Patienten besteht gerade in der Forensik die Gefahr eines sehr deutlichen Machtungleichgewichtes, das sich negativ auf die Beziehungsgestaltung auswirken kann. Mitarbeiter müssen diese Problematik reflektieren und auf die Angemessenheit ihrer Interventionen achten, um die Auswirkungen dieser Schwierigkeit zu begrenzen.

Bereits angesprochen wurde die Ergebnisqualität, die sich in der Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten zeigt. Wie ebenso bereits ausgeführt weisen Kolkman et al. (1997) u. a. darauf hin, dass die Messung der Ergebnisqualität dadurch Schwierigkeiten bereitet, dass die Verbesserung des Gesundheitszustandes sich meist nur schwer objektivieren lässt. Auf die Möglichkeiten der Erfassung dieses Zustandes für forensisches Klientel wurde bereits eingegangen. Abgesehen davon kann auch das finanzielle Ergebnis eines Krankenhausunternehmens bewertet werden. Verschiedene Autoren weisen auch auf das Betriebsklima oder Personalfluktuations als Teilaspekte der Ergebnisqualität hin (Kolkman et al., 1997). Cinkaya, Schindler und Hiller (2011) untersuchen Therapieabbrüche als Teilaspekt von Ergebnisqualität, einen Aspekt, der aus Sicht der Autoren gerade für den Bereich Psychotherapie häufig problematisch ist.

## 2.5 Forensische Behandlung kostet Geld

Offizielle Angaben über genaue Kosten der Behandlung in forensischen Kliniken, insbesondere sogenannte Tagessätze, also die Kosten, die für die Behandlung eines Patienten je Tag anfallen, werden kaum veröffentlicht, sie dürften sich aber auf ca. 200.- bis 300.- € belaufen (Endrass, Rossegger & Kuhn, 2012; u. a. Rheinische Post vom 20.02.2012; taz vom 30.12.2010) und sind damit in etwa dreimal so hoch wie die Tagessätze im Strafvollzug. Folglich ist es nachvollziehbar, dass sowohl von Kostenträgern als auch von der Öffentlichkeit nachgefragt wird, ob diese Ausgaben gerechtfertigt sind.

Die Gesellschaft leistet sich diese Ausgaben, um Schaden von Menschen abzuwenden. Dies ist sicherlich der Hauptgrund und an sich auch ausreichend, um finanzielle Ausgaben zu rechtfertigen. Um die Diskussion darüber auf eine nachvollziehbarere Grundlage zu stellen, gibt es Versuche, die die anfallenden Kosten einem finanziellen Nutzen gegenüber stellen. Auch Autoren, die diesen Überlegungen folgen, betonen, dass eine finanzielle Berechnung an sich zu kurz greift, andererseits aber je nach Ergebnis die Ausgaben rechtfertigen kann.

Entorf (2010) berechnet in seiner Arbeit Kostenaspekte von Kriminalität und stellt sie dem möglichen Nutzen gegenüber, den er ebenfalls finanziell zu bestimmen versucht. Er bezieht sich bei der Bestimmung der Kosten beispielhaft auf den Maßregelvollzug in Mecklenburg-Vorpommern. Aus 2004 bzw. aus 2003 geht er von jährlichen Kosten je Patient bzw. Inhaftierten von 92 923 Euro bzw. von 35 770 Euro aus, was Tagessätzen von 254 Euro bzw. 98 Euro entspricht. Diese beiden Zahlen lassen sich schon alleine aufgrund der verschiedenen gesetzlichen Grundlagen nicht miteinander vergleichen. Auch befinden sich im Maßregelvollzug in der Regel für die Gesellschaft gefährlichere Straftäter als im Regelvollzug, was einen höheren Sicherheitsstandard und damit Kosten rechtfertigt. Zudem ist der Anspruch an den Maßregelvollzug zusätzlich zur Sicherung eine intensivere medizinische und psychotherapeutische Versorgung. Zum Vergleich müssten therapeutisch intensivere Abteilungen im Regelvollzug, die sogenannten sozialtherapeutischen Abteilungen, herangezogen werden. Aus der Sicht des Autors sollten besonders dann höhere Kosten für den Maßregelvollzug gerechtfertigt sein, wenn durch einen Vergleich der Rückfallraten eine höhere Wirkung dieser Art von Intervention gezeigt werden könnte, nach Möglichkeit in einem den höheren Kosten entsprechenden Umfang.

Aus ökonomischer Sicht sollte es darum gehen, umfassend die von bereits verurteilten Straftätern erwarteten zukünftigen Straftaten zu minimieren, zudem auch die Kos-

teneinsparungseffekte einer möglichen generalpräventiven Abschreckung für zukünftige Täter zu berücksichtigen. Entorf (a. a. O.) berücksichtigt in seiner Berechnung den Nutzen während der Unterbringung durch die Sicherung, den Nutzen, der nach der Unterbringung durch resozialisierte ehemalige Straftäter und vermiedene Rückfälle entsteht, sowie auch generalpräventive Effekte. D. h., dass Straftaten durch einen Abschreckungseffekt präventiv vermieden werden sollen, und dass andererseits befürchtet werden müsste, dass ein erwünschter Abschreckungseffekt durch eine unverhältnismäßige Milde des Strafvollzugs erodieren könnte.

Wählt man eine derartige ökonomische Betrachtungsweise, muss auch bei herangezogenen Rückfallraten die jeweilige Schwere von Delikten berücksichtigt werden. Volkswirtschaftlich betrachtet stellt es einen Erfolg dar, wenn weniger schwerwiegende Straftaten begangen werden, die dann geringere Folgekosten, entweder direkt monetär oder beispielsweise über Behandlungskosten der Opfer, mit sich bringen. In seiner Untersuchung unternimmt Entorf den Versuch, die Kosten je Straftat zu berechnen, die man dann wiederum mit den Rückfallraten in Beziehung setzen kann. Eine „amtliche“ Schätzung über Kriminalitätsschäden gibt das Bundeskriminalamt (2004) für das Jahr 2003 mit 12 876 Mio. Euro an. Allerdings geht in diese Bewertung nur der direkt messbare materielle Schaden ein, d. h. es gehen nur polizeilich bekannt gewordene Fälle ein, die wirtschaftlichen Schaden mit sich bringen, z. B. Raub, Diebstahl, Betrug und Wirtschaftskriminalität. Nicht berücksichtigt werden Schäden an Leib, Leben oder Psyche des Opfers oder Schäden, die aus nicht entdeckten Straftaten entstehen. Die in dieser polizeilichen Statistik nicht berücksichtigten Schäden werden von Spengler (2004) für die registrierten 1 996 Todesopfer mit 4.5 – 10 Mrd. € geschätzt, sind also um ein Vielfaches höher als die Schäden aus den Eigentums- und Wirtschaftsdelikten. In diese Schätzung fließen verschiedene, komplexe Überlegungen ein, z. B. Befragungen über die Zahlungsbereitschaft, bestimmte Rest-Todesrisiken oder Hochrechnungen von möglichen Lohnzahlungen.

Aus vorliegenden Schätzungen zum volkswirtschaftlichen Schaden von Kriminalität mehrerer Länder (Frankreich, UK, USA, Australien) ergibt sich ein plausibler Mittelwert von 5 % des Bruttoinlandsprodukts. Um dem größeren Dunkelfeld gerecht zu werden, wurden von Entorf (a. a. O.) diese Kosten mit den (bekannt gewordenen) Tatverdächtigen in Beziehung gesetzt, was immer noch unter dem Dunkelfeld liegen sollte. Für das Jahr 2003 wird so ein Schaden von ungefähr 45 000 € je Täter angenommen. Der Nutzen, der durch die Inhaftierung alleine durch Sicherung erzielt werden kann, muss aber als höher angenommen werden, weil ja ein Großteil der Täter – diejenigen mit geringfügigeren Delikten – nicht inhaftiert wird, der Schaden je inhaftiertem Täter ist also

größer. Für den Maßregelvollzug mit insgesamt noch schwierigerem Klientel gilt dies umso mehr. Endrass, Rossegger und Kuhn (2012) beschreiben den Versuch, die Kosten unterschiedlicher Delikte zu berechnen und kommen dabei je nach Methode für ein Tötungsdelikt auf einen Schaden von mindestens 6.16 Mio. USD und bis zu 17.2 Mio. USD. Für eine Vergewaltigung wird die Spanne zwischen 151 000 und 448 000 USD angegeben, für eine schwere Körperverletzung zwischen 58 000 USD und 145 000 USD. Aufgrund dieser hohen Kosten ist bei einer bereits geringfügigen Senkung des Rückfallrisikos von einer großen Kostenersparnis auszugehen. Aus Sicht der Autoren ist der Nutzen damit auch besonders hoch, wenn sogenannte Intensivtäter erfolgreich behandelt werden können.

Schlussendlich wird nach ausführlicher Gegenüberstellung gefolgert, dass selbst bei einer Beschränkung auf eine monetäre Betrachtungsweise durch den Vollzug, vor allem aber auch durch den Maßregelvollzug, gesamtwirtschaftliche Vorteile erwachsen.

Auch Urbaniok (2011) versucht, den Nutzen von Behandlungsmaßnahmen zu verdeutlichen. In einer wichtigen Ausgangsüberlegung geht er davon aus, dass in der Regel Freiheitsstrafen sowieso zeitlich begrenzt sind und sich somit die Frage stellt, ob zu einem bestimmten Zeitpunkt ein behandelter Straftäter oder ein unbehandelter entlassen wird. Im Hinblick auf Therapieevaluationen allgemein werden verschiedene methodische Einschränkungen diskutiert und auf den nachgewiesenen Forschungsbedarf in diesem Bereich gerade im deutschsprachigen Raum hingewiesen. Trotzdem werden ausreichend Befunde angeführt, die einen positiven Behandlungseffekt von Therapiemaßnahmen bei Straftätern auf das weitere Rückfallrisiko belegen.

Bezüglich des Kostenaspektes wird auch von dem Autor nochmals explizit darauf hingewiesen, dass Gewalt- und Sexualstraftaten so gravierend schlimme Auswirkungen auf die Opfer haben, dass in Frage gestellt werden kann, inwieweit dazu Kostenüberlegungen angestellt werden dürfen. Anhand eigener dargestellter Berechnungen, aber auch aus international recherchierten Studien wird je nach Methode eine monetäre Einsparung vom 6- bis 27-fachen des eingesetzten Betrages geschätzt. Für jährliche Maßregelvollzugskosten von 90 000 € könnte somit von Einsparungen in Millionenhöhe ausgegangen werden (540 000 – 2.4 Mio. €).

Die Behandlung von Straftätern kostet also Geld, die Behandlung von psychisch kranken oder abhängigen Straftätern kostet noch mehr Geld. Diesen Ausgaben stehen aber jeweils deutlich positive Effekte gegenüber, die zu einem Teil auch finanziell beziffert werden können.

## 2.6 Risikokalkulationen

Sowohl forschende als auch praktisch tätige Forensiker beschäftigen sich mit den beiden großen Bereichen Risikokalkulationen/Prognosen und Deliktprävention. Eine vielfach zitierte Äußerung von Martinson aus den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts (1974) „nothing works“ drückte die pessimistische Grundeinstellung aus, dass trotz vielfacher und unterschiedlicher Bemühungen der Eindruck entstand, keinen Einfluss auf zukünftiges kriminelles Verhalten ausüben zu können. Diese Aussage kann inzwischen als widerlegt gelten. Es gibt aber immer noch Delinquenten, bei denen keine Veränderungen erzielt werden können.

Andrews und Bonta (2010) fassen dazu verschiedene meta-analytische Untersuchungen über einen längeren Zeitraum zusammen und stellen fest, dass die rückfallreduzierende Wirkung von Bestrafung, insbesondere auch in Form von Inhaftierungen keinesfalls als nachgewiesen gelten kann. Über lange Zeit gab es dazu überhaupt keine Untersuchungen, es wurde aber trotzdem von der Effektivität dieses Vorgehens ausgegangen und dieses nicht in Frage gestellt. In der zitierten Untersuchung, der sogenannten Carleton University Studie, wurde unter Berücksichtigung von insgesamt 374 einzelnen Untersuchungen festgestellt, dass die Effektstärke bestrafender Maßnahmen mit  $-.03$  leicht negativ war und eine schwerere Bestrafung sich ebenfalls wider Erwarten geringfügig risikosteigernd auswirkte. D. h., dass anders als erwartet der erwünschte rückfallsenkende Effekt einer Inhaftierung desto geringer ausfällt, je länger eine verhängte Freiheitsentziehung ist. In den Untersuchungen mit unterstützenden bzw. therapeutischen Maßnahmen war der Effekt mit  $.12$  dagegen stabil leicht positiv. Die durchschnittliche Rückfallquote in dieser Gruppe lag über alle berücksichtigten Studien hinweg bei 44 %, während dieser Anteil in der „Bestrafungsgruppe“ bei 56 % lag.

Andrews und Bonta (2010) fanden in den Studien Bestätigungen für ihr entwickeltes RNR-Prinzip aus Risiko (risk), Bedürfnis (need) und Ansprechbarkeit (responsivity). Interventionen sollten nach dem ersten Prinzip das Rückfallrisiko (risk) möglichst genau berücksichtigen. Diese Aussage mutet auf den ersten Blick trivial an, wird aber nicht immer so umgesetzt. Es werden beispielsweise Ergebnisse angeführt, die eine verschlechterte Rezidivrate nachweisen, wenn Probanden mit einer eigentlich niedrigen Wahrscheinlichkeit, wieder straffällig zu werden, mit einer hoch-intensiven Therapie behandelt werden (Bonta, Wallace-Capretta & Rooney, 2000). Das bedeutet, dass es auch wichtig ist, wenig rückfallgefährdete Täter zu erkennen und diese nicht intensiven Behandlungsmaßnahmen zuzuführen. Dies wäre nicht nur ökonomisch fragwürdig,

sondern würde auch zu einer unerwünschten Verschlechterung des Risikos führen. Mehr bringt also in diesem Falle nicht unbedingt mehr.

Das „need principle“ bezieht sich darauf, dass Interventionen dann am wirksamsten sind, wenn sie auf die spezifischen – die sogenannten kriminogenen – Bedürfnisse von Probanden zielen. Wichtig ist es vor allem, nicht alle festgestellten Defizite miteinzubeziehen, sondern diejenigen, die nach einer spezifisch entwickelten Delinquenzhypothese für ein Delikt und somit auch für eine zukünftig befürchtete Straftat relevant sind. Das „responsivity“-Prinzip schließlich berücksichtigt, dass verschiedene Probanden auf verschiedene Maßnahmen gut ansprechen, und dass somit bei Interventionen auf diese Ansprechbarkeit ganz besonders eingegangen werden muss. Minderbegabte oder psychisch gestörte Straftäter müssen bei Einbeziehung dieses Prinzips folglich anders behandelt werden als Täter, die dieses Problem nicht haben. Die besten Behandlungseffekte konnten nachgewiesen werden, wenn alle drei Prinzipien in der Behandlung angewendet wurden. Bei Anwendung von zwei dieser Prinzipien konnte immer noch ein sehr guter Effekt festgestellt werden, während dies bei einem oder keinem der Prinzipien nicht mehr so war.

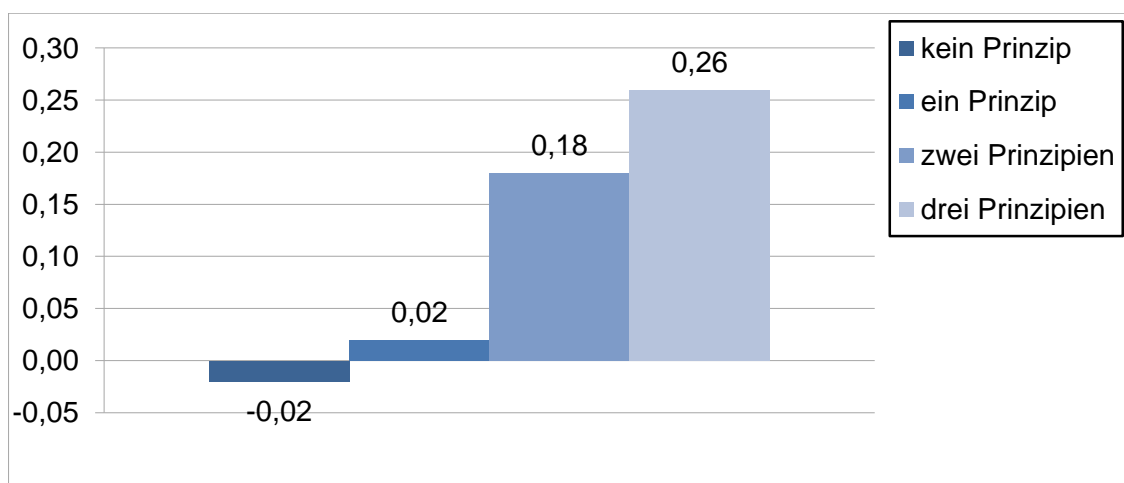


Abbildung 2.1: Effektstärke  $r$  nach der Anzahl berücksichtigter RNR-Prinzipien (risk, needs, responsivity) nach Andrews und Bonta (2010)

Eine Hauptaufgabe der forensischen Psychiatrie und Psychologie ist demnach die möglichst treffsichere Einschätzung des Risikos, dass wieder eine Straftat begangen wird. Folgt man den Untersuchungen von Andrews und Bonta ergeben sich vier Hauptrisikobereiche, die den größten Einfluss auf die deliktische Rückfallgefahr aufweisen – die sogenannten „Big Four“, die die Autoren aus verschiedenen Meta-Analysen extrahierten.

Der erste Hauptfaktor ist dabei früheres antisoziales Verhalten, was den frühen Beginn der Delinquenz und eine hohe Intensität, d. h. viele Delikte bzw. auch viele Vor-

verurteilungen oder anderweitige Regelverstöße (z. B. Bewährungsverstöße) umfasst. Im Gegensatz dazu spielt die Schwere des Anlassdeliktes, anders als dies intuitiv erwartet würde, nur eine untergeordnete Rolle. Der zweite Faktor dieser Big Four sind die antisozialen Persönlichkeitszüge. Hierunter fallen eine starke Impulsivität, eine Neigung zu aggressivem Verhalten und auch eine ruhelose Suche nach immer mehr und stärkeren Reizen, das sogenannte sensation seeking. Häufig zeichnen sich Menschen mit diesen Zügen auch dadurch aus, dass sie ihr Verhalten sehr viel mehr nach kurzfristigen als nach langfristigen Konsequenzen ausrichten. Als drittes spielen antisoziale oder dissoziale Kognitionen, also Gedanken und Einstellungen eine große Rolle. Kriminelles Verhalten wird als legitimes Mittel zum Erreichen persönlicher Ziele angesehen. Dies kann beispielsweise ein Einstellungen wie „Jeder muss selbst schauen, wo er bleibt“ oder „man darf alles machen, solange man nicht erwischt wird“ umfassen. Wenn sich eine vergleichbare Einstellung auf mögliche Opfer bezieht, kann sie lauten: „Der hat das so verdient“ oder „wenn ich ihm nicht zuvor gekommen wäre, hätte er mich verletzt“. Der letzte große Big Four-Faktor ist das antisoziale Umfeld, das über verschiedene Einflusswege wirken kann, z. B. auch über die Bildung von Einstellungen oder von Glaubenssätzen. Problematisch ist folglich, wenn straffällige Menschen sich nur oder fast nur unter anderen Menschen mit ähnlichen Einstellungen aufhalten und im Gegensatz dazu wenig Kontaktmöglichkeiten zu Menschen mit eher prosozialen Einstellungen und Verhaltensweisen besitzen.

Weitere weniger stark, aber moderat prädiktive vier Risikobereiche ergeben nach Andrews und Bonta zusammen mit den Big Four die sogenannten „Central Eight“, also acht zentrale Bereiche, die zur Einschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit die höchste Vorhersagekraft aufweisen. Der erste dieser vier moderateren Bereiche ist das familiäre Umfeld. Für jüngere Täter, die noch nicht verheiratet sind und noch keine feste Partnerschaft haben, ist die Ursprungsfamilie, vor allem Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen, gemeint. Mit zunehmendem Lebensalter spielen Partnerschaften eine größere Rolle. Dementsprechend geht es dann um mögliche protektive Einflüsse durch prosoziale Einstellungen des Partners oder auch eine Verantwortungsübernahme gegenüber eigenen Kindern, während bei der Ursprungsfamilie das Bindungsverhalten der Bezugspersonen ausschlaggebend ist. Ein weiterer moderater Faktor ist die schulische und berufliche Bildung. Auch hier geht es vor allem um den sozialen Einfluss, der damit verbunden ist, zudem die Anerkennung und die Verstärkungsaspekte, die Menschen dadurch erhalten. Der moderate Faktor Freizeitverhalten und Erholung ist zwar bisher weniger gut untersucht, scheint aber ebenso ein moderater Prädiktor zu sein. Besonders hilfreich werden Tätigkeiten angesehen, die zu kriminellm Verhalten



oder zu antisozialen Einstellungen inkompatibel sind. Als letzter der acht zentralen Bereiche zur Vorhersage deliktischer Rückfälle wird Substanzmissbrauch beschrieben. Hier wirkt sich auf zukünftiges Verhalten vor allem die aktuell eingeschätzte Problematik mit Alkohol oder Drogen aus und weniger das Ausmaß der Vorgeschichte, die damit verbunden ist.

Interessanterweise scheinen andere Bereiche, von denen oft angenommen wurde, dass sie in einem Zusammenhang zu kriminellem Verhalten stehen, keinen oder nur sehr wenig Einfluss zu haben. Die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht spielt keine Rolle, ebenso wenig die verbale Intelligenz der Täter. Auffällig ist, dass auch die Furcht vor einer Bestrafung, z. B. durch eine Inhaftierung, und auch psychische Probleme bzw. eine psychische Störung keinen Effekt auf die Rückfallquote haben. Laubacher, Gerth, Gmür und Fries (2012) weisen darauf hin, dass Schizophrenie zwar ein Risikofaktor für das Begehen einer Gewaltstraftat ist, im Hinblick auf das Rückfallrisiko dagegen protektiv ist.

Tabelle 2.1: Die Central Eight; Hauptrisikobereiche nach Andrews und Bonta (2010)

<b>Central Eight/Big Four</b>	
<b>Früheres antisoziales Verhalten</b>	Frühes antisoziales Verhalten in unterschiedlichen Bereichen, u. a. erste Straftat, erste Verurteilung, Anzahl der Vorstrafen, verschiedene Straftatbereiche, andere Regelverstöße wie Verstöße gegen Bewährungsauflagen
<b>Antisoziale Persönlichkeitszüge</b>	Impulsivität, Aggressivität, sensation seeking
<b>Antisoziale Kognitionen/ Einstellung</b>	Straftatnahe Überzeugungen und Einstellungen, Identifikation mit kriminellen Idolen/Idealen, negative Einstellungen gegenüber Rechtssystem und Gesetzen, verschiedene Rechtfertigungen und Bagatellisierungen bei Straftaten
<b>Antisoziales Umfeld</b>	Umfeld mit kriminellen/antisozialen Freunden und Bekannten, kaum nicht-kriminelle Kontakte
<b>Central Eight/Moderate Four</b>	
<b>Ursprungsfamilie/Familienstand</b>	Ursprungsfamilie: Bindungsverhalten, Wärme, Zugewandtheit, Konsequenz, keine Gewalt Falls Familie/ Beziehung: Positive, unterstützende Beziehung, nicht-kriminelle Einstellungen des Partners, Verantwortung gegenüber eigenen Kindern
<b>Schule/Arbeit</b>	Positives, prosoziales Umfeld durch Schule bzw. Arbeitsbeziehungen, positive Verstärkungen durch Erfolge in Schule bzw. Arbeitsalltag
<b>Freizeitverhalten/Erholung</b>	Nicht-kriminelles Freizeitverhalten, vielfältiges Freizeitverhalten in prosozialem Umfeld, Erleben von Bestätigung durch Erfolge in Freizeit/Hobby
<b>Substanzmissbrauch</b>	Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol oder Drogen, vor allem aktuell

<b>Geringer bzw. kein Einfluss</b>
<b>Niedrige soziale Schicht</b>
<b>Angst vor Bestrafungsmaßnahmen</b>
<b>Psychische Störung/psychische Probleme</b>
<b>Verbale Intelligenz</b>

Auch Endrass, Rossegger und Braunschweig (2012) zeigen, dass bestrafende Maßnahmen keine risikosenkenden Effekt haben und teilweise sogar risikosteigernd wirken, teilweise mit 14 % mehr Rückfällen als in einer Kontrollgruppe. Die Anforderung zur Risikokalkulation besteht bereits direkt, nachdem eine Straftat begangen wurde. Maßnahmen, die ergriffen werden, sollen auf eine möglichst hohe Sicherheit für die Mitglieder der Gesellschaft abzielen. Nach einem Delikt und einem damit bereits eingetretenen Schaden für die Gesellschaft stellt sich die Frage, wie am sinnvollsten darauf reagiert werden kann. Welche Maßnahme kann den Täter am ehesten dazu bringen, keine Straftat mehr zu begehen? Ein überraschendes Ergebnis zeigte sich für Deutschland in einer Untersuchung von Bosinski, Budde, Frommel und Köhnken (2011). Nur in 11.7 % aller Fälle mit Gewalt- und Sexualstraftaten wurde überhaupt ein Sachverständigengutachten eingeholt, das eine Aussage zur Risikokalkulation machen sollte. Es konnten insbesondere keine systematischen Überlegungen oder Begründungen festgestellt werden, wann ein Gutachten in Auftrag gegeben wurde und wann nicht. Zum einen liegt das mit am deutschen Rechtssystem, das lediglich die Überprüfung der Schuldfähigkeit zu diesem Zeitpunkt gesetzlich klar regelt. Es finden sich aber auch Hinweise dazu, dass eine Maßnahme so gewählt werden soll, dass ein mögliches Rückfallrisiko gesenkt werden kann. In der Praxis scheint aber oft der Sanktionsgedanke ausschlaggebend zu sein und die oben zitierten Ergebnisse der nur wenig risikosenkenden Wirkung von Bestrafungsmaßnahmen wird nur wenig Rechnung getragen.

Aus generalpräventiver Sicht lautet die Fragestellung, welche Abschreckung am meisten Sinn macht, um auch andere mögliche Täter davon abzuschrecken, ein ähnliches Delikt zu begehen. Es wird dabei immer eine politische Kontroverse darüber geben, welcher Abschreckungseffekt dabei verhältnismäßig ist.

Je nach Rechtssystem und Rechtsgrundlage findet eine weitere Risikokalkulation dann statt, wenn während einer Maßnahme – Inhaftierung oder Behandlungsmaßnahme – und bei der Entlassung erneut die Prognose überprüft wird. Auch im Verlaufe einer Behandlung fließen permanent Risikokalkulationen und prognostische Einschätzungen in den Prozess mit ein. Zur Gewährung von Lockerungen ist die Einschätzung einer möglichen Gefahr, diese Lockerung zu missbrauchen, sowie eine mögliche straftatbezogene Rückfallgefahr ausschlaggebend. Deshalb nimmt die Prognoseforschung im Bereich der Forensik einen großen Raum ein.

Nedopil (2005) unterscheidet in seiner Arbeit zwischen Basisraten für Delinquenz bzw. für verschiedene Delikte, die das Vorhandensein eines Merkmales in einer Population beschreiben, und Rezidiv- bzw. Rückfallraten, ebenso Laubacher, Gerth, Gmür und Fries (2012). Für den Bereich der Risikoeinschätzung lautet dieses Merkmal „Be-

gehen einer Straftat“. Die Rezidivrate bezieht sich im Gegensatz zur Basisrate auf das wiederholte Auftreten von Straftaten bei Merkmalsträgern. Für Deutschland liegen insgesamt nur wenige Daten vor. Es zeichnet sich ab, dass innerhalb des ersten Jahres nach der Entlassung aus einem Gefängnis die Rezidivrate am höchsten ist, sie wird mit 20 % Wiederverurteilungen zu Inhaftierungen angegeben. Der weitere Anstieg wird auf 30 % nach einem weiteren Jahr und auf etwa 40 % nach fünf Jahren verzeichnet. Nach 12 Jahren wird ein Anstieg der erneuten Inhaftierungen auf etwa 50 % angenommen.

Von Nedopil werden als Einflussfaktoren unter anderem das Geschlecht, das Alter und das Verhalten während der Strafhaft, also die Anpassungsleistung, berichtet. Während die Kriminalität (bzw. die Verurteilungen) unter Frauen allgemein niedriger als bei Männern ist, ist dieser Unterschied bei Rückfallraten zwar auch vorhanden, aber weniger ausgeprägt. Mit zunehmendem Alter der Täter nimmt die Rückfallwahrscheinlichkeit insgesamt ebenso ab, wenn auch für bestimmte Delikte (z. B. sexueller Missbrauch von Kindern) Ausnahmen deutlich werden. Spätestens ab dem 50. Lebensjahr beginnt das Alter als protektiver Faktor deutlich an Bedeutung zu gewinnen, ab dem Alter von 70 Jahren können nach Nedopil außer dem hohen Lebensalter nahezu alle anderen Faktoren vernachlässigt werden. Jedoch finden gerade auch sexuelle Missbrauchsdelikte nicht selten noch in hohem Alter des Täters statt. Wie wichtig gerade der frühe Beginn von Delinquenz und dabei auch eine hohe Intensität dieses Verhaltens ist, zeigt die sehr hohe Rückfallquote von 94,1 % unter den Tätern, die bereits im Alter zwischen 18 und 24 Jahren 11 oder mehr Straftaten begangen hatten. Außer diesen Aspekten, die bereits zum Zeitpunkt der Straftat festgestellt und unter die antisoziale Vorgeschichte der Big Four von Andrews und Bonta gefasst werden können, wird von deutlich niedrigeren Rezidivraten disziplinarisch unauffälliger Inhaftierter verwiesen, gegenüber solchen, die in der Haft durch Regelverstöße aufgefallen waren. Bei Tätern mit 11 und mehr Disziplinarmaßnahmen war diese Rate doppelt so hoch als in der Vergleichsgruppe.

Deutliche Unterschiede in den Rückfallraten zeigen sich bei Nedopil (2005) je nach begangenen Anlassdelikt. Bei den Gewaltdelikten weisen Tötungsdelikte deutlich niedrigere Rezidivraten auf, einerseits einschlägig, aber auch allgemein im Vergleich zu Körperverletzungen und Raubdelikten, die mit sehr hohen Rückfallwahrscheinlichkeiten imponieren. Bei Körperverletzungen als Anlassdelikt kann bei etwa einem Drittel (32 – 35 %) mit einer Wiederverurteilung aufgrund eines erneuten Gewaltdelikt aus-gegangen werden. Die Beobachtungszeiträume betragen hier in mehreren Studien drei Jahre. Die Gewaltdelikte als Rezidiv nach einem Raub als Anlasstat bewegen sich in einer vergleichbaren Größenordnung, die generelle Rückfallrate liegt bei etwa 50 %.

Bei Sexualstraftätern wird von einem größeren Dunkelfeldproblem ausgegangen, was die Verwertbarkeit von Rezidivraten deutlich einschränkt. Aufgrund der großen Heterogenität und auch der sehr unterschiedlichen Studiendesigns ist für Sexualstraftäter eine allgemeine Schlussfolgerung schwierig; über längere Zeitdauer ist aber davon auszugehen, dass jeder zweite ehemals deshalb Inhaftierte wieder wegen einer Straftat verurteilt wird. Bei behandelten Sexualstraftätern wird der Anteil Rückfälliger je nach Untersuchungsdesign und Beobachtungszeitraum mit 7 bis 36 % angegeben, einschlägig mit einem weiteren Sexualdelikt niedriger (13 %).

In der Berliner CRIME-Studie (Dahle & Kahnt, 2006) wurden Ergebnisse dargestellt, die aus einer unselektierten Strafgefangenenstichprobe über einen langen Zeitraum gewonnen werden konnten. Insgesamt 397 Probanden, die im Zeitraum zwischen 1976 und 1990 aus dem Berliner Vollzug entlassen wurden, wurden mit verschiedenen Verfahren untersucht. Ein Hauptzweck der Untersuchung war dabei, verschiedene Prognoseverfahren hinsichtlich ihrer prädiktiven Aussagekraft zu vergleichen. Zum Zeitpunkt der Abfrage von BZR-Auszügen (Auszüge aus dem Bundeszentralregister) im Jahr 1997 betrug die durchschnittliche Katamnesezeit 19.6 Jahre (SD = 1.7 Jahre). Die Auswertungen beziehen sich noch auf 77.3 % der ursprünglichen Stichprobe (n = 307). Es finden sich für 72 % der Probanden erneut Einträge im BZR, teilweise bis zu 20 neue Vorfälle (M = 4.68; SD = 4.35). 64 % hatten neue Haftstrafen zu verbüßen.

Auf bestimmte Katamnesezeiträume bezogene (2 Jahre nach Entlassung bzw. 5 Jahre nach Entlassung) Rückfallraten bilden den zeitlichen Verlauf der erneuten Straffälligkeit ab. Wird die generelle Rückfälligkeit herangezogen, bei der jede Art von Kriminalität berücksichtigt wird, die zu einer Verurteilung führte, ergibt sich für die 2-Jahres-Katamnese eine Rückfälligkeit von 47 %, nach fünf Jahren haben nahezu zwei Drittel wieder ein Delikt begangen. Betrachtet man sehr schwere Gewaltdelikte, die in der vorliegenden Untersuchung definitionsgemäß zu einer Verurteilung von mehr als zwei Jahren Freiheitsstrafe geführt haben, sind es nach zwei Jahren 4 % und nach fünf Jahren 6 %, die so schwerwiegend wieder straffällig geworden sind.

*Tabelle 2.2:* Basisrückfallraten in der CRIME-Studie nach Katamnesezeiträumen (Dahle und Kahnt, 2006)

	<b>Jede neue Verurteilung</b>	<b>Erneute Straftaft</b>	<b>Gewaltdelikt</b>	<b>Gravierendes Gewaltdelikt</b>
<b>2 Jahre nach Haftentlassung</b>	47 %	38 %	7 %	4 %
<b>5 Jahre nach Haftentlassung</b>	63 %	57 %	13 %	6 %
<b>Gesamtkatamnese</b>	72 %	64 %	23 %	9 %

Die generelle Rückfälligkeit ist bei den Eigentums- und Betrugsdelinquenten mit 75 bis 80 % am höchsten, bei den Gewaltstraftätern mit 68 % etwas niedriger und am niedrigsten bei den Tätern, die ursprünglich wegen einer Unterhaltspflichtverletzung verurteilt worden waren (54 %). Bei der Rückfälligkeit mit einem Gewaltdelikt oder gar mit einem gravierenden Gewaltdelikt zeigt sich die gegenläufige Verteilung. Diejenigen Probanden sind am gefährdetsten, die bereits als Anlassdelikt eine Gewaltstraftat begangen hatten. Jeder Dritte hat wieder eine Gewaltstraftat begangen, bei den Eigentums- und Betrugsdelinquenten war es nur etwas jeder Fünfte.

*Tabelle 2.3:* Basisrückfallraten in der CRIME-Studie nach Deliktgruppen (Dahle und Kahnt, 2006)

	<b>Jede neue Verurteilung</b>	<b>Erneute Straftaft</b>	<b>Gewaltdelikt</b>	<b>Gravierendes Gewaltdelikt</b>
<b>Eigentumsdelikte</b>	75 %	70 %	22 %	11 %
<b>Betrugsdelikte</b>	80 %	64 %	18 %	5 %
<b>Gewaltdelikte</b>	68 %	59 %	36 %	14 %
<b>Unterhaltspflichtverletzung</b>	54 %	39 %	6 %	0 %
<b>Sonstige Delikte</b>	78 %	72 %	17 %	6 %

Dahle und Kahnt (2006) beschreiben zudem unter anderem den stabilen Einfluss von statischen Variablen der forensischen Vorgeschichte wie polytrope Kriminalität und früher Beginn von Delinquenz. Es liegen auch für dynamische Variablen stabile und

nachweisbare Zusammenhänge vor, wobei hier soziale Einbettung bei Haftentlassung, Arbeitsperspektiven und kriminogene Einstellungen besondere Erwähnung finden. Der Einfluss dieser Variablen wird im Zeitverlauf deutlich geringer. Straftäter, die nicht nur inhaftiert, sondern in der sozialtherapeutischen Abteilung behandelt wurden, weisen einen nachweisbar besseren postmuralen Verlauf auf.

Egg (2002) gibt in seiner Untersuchung für eine Stichprobe aus Deutschland die Rückfallquote über einen Beobachtungszeitraum von sechs Jahren mit 22.1 % für sexuelle Kindesmissbraucher, 19.3 % bei sexuellen Gewaltdelikten und deutlich höher (55.8 %) bei exhibitionistischen Handlungen an. Es handelt sich dabei jeweils um einschlägige Delikte. Der recht hohe Anteil der exhibitionistisch Rückfälligen begeht im Rückfalldelikt in der Regel erneut ein exhibitionistisches Delikt. Als spezifische Faktoren konnten auch hier die Täter als besonders gefährdet herausgearbeitet werden, die ihr erstes Sexualdelikt bereits vor Erreichen des 21. Lebensjahres begangen hatten. Bei ihnen lag die allgemeine Rückfälligkeit gemessen an Verurteilungen bei 90 % im Gegensatz zu 50 % bei den anderen. Inzesttäter hatten wie auch in anderen Studien mit 6 % eine sehr niedrige Rate. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass über die Hälfte der Rückfälle bereits in den ersten beiden Jahren nach der Entlassung stattfinden. Wichtig ist aus Sicht des Autors die richtige Zuordnung zu einzelnen Täterklassen, weil 70 % der untersuchten Täter lediglich ein Delikt begehen und somit ein sehr geringes Rückfallrisiko haben sollten. 10 % entsprechen dem in der Öffentlichkeit erwarteten und befürchteten Bild eines „Serientäters“ mit drei oder mehr Sexualdelikten (Egg, 2006). Bei der Untersuchung von Risikomerkmale zeigt sich der Befund, dass es sich oft um Anzeichen handelt, die auf eine hohe kriminelle Energie schließen lassen, also antisoziale Einstellungen und wenig Kontrollfähigkeit. Beispielsweise sind das Kriterien wie eher ungezielte Opferwahl oder ein sehr früher Delinquenz- vor allem aber Sexualdelinquenzbeginn.

Schmucker und Lösel untersuchten 2007 in einer internationalen Metaanalyse mit insgesamt 69 verschiedenen Studien, wie effektiv die Behandlung bei Sexualstraftätern ist. Trotz einiger Einschränkungen durch die große Heterogenität zeigte sich insgesamt eine signifikante Minderung von 17.5 % einschlägigen Rückfällen in den unbehandelten Vergleichsgruppen auf 11.1 % in den verschiedenen Behandlungsgruppen. Die allgemeine Rückfälligkeit unabhängig von der Deliktart lag bei 22.4 % statt bei 32.5 %. Nach den methodisch und ethisch problematischen chirurgischen Kastrationen war die hormonelle Medikation am effektivsten, die jedoch nie ohne psychosoziale Begleitung durchgeführt wurde. Von den psychotherapeutischen Verfahren konnten auch in dieser Untersuchung für behaviorale Verfahren Vorteile festgestellt werden. Weiterhin zeigte sich, dass freiwillig durchgeführte Therapien einen besseren Therapieerfolg nach sich

zogen. Dies hängt nach Ansicht der Autoren damit zusammen, dass bei dieser Probandengruppe, die Behandlungsmotivation zu Beginn bereits deutlich höher ist. Trotzdem wird darauf hingewiesen, dass äußerer Druck zwar problematisch ist, eine erfolgreiche Behandlung aber keinesfalls ausschließt. Vielmehr verdeutlicht es noch einmal die Notwendigkeit, zu Beginn der Behandlung eine optimale Motivation sicherzustellen. Ein interessantes Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass die Therapieabbrecher, über die jedoch nicht in jeder Studie ausreichend berichtet wurde, sehr häufig mit einem Sexualdelikt rückfällig werden, sogar doppelt so häufig als nicht-behandelte Täter. Dies mag zum einen daran liegen, dass diese Gruppe problematischere Persönlichkeitsmerkmale aufweist. Aber es ist auch zu berücksichtigen, dass das Scheitern in einer Therapie das Risiko für eine Straftat – auch für eine einschlägige – erhöhen kann, was damit dringend im Rahmen der Therapie bei Abbrüchen berücksichtigt werden muss.

*Tabelle 2.4:* Risikomerkmale für die Rückfallgefahr von Sexualstraftätern nach Egg (2008)

Risikomerkmale von Sexualstraftätern
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorstrafen wegen sexueller Delikte</li> <li>- Missbrauch (auch oder ausschließlich) männlicher Opfer</li> <li>- Missbrauch jüngerer Kinder</li> <li>- Geringer Alkoholeinfluss bei der Tat</li> <li>- Ungünstige Sozialisation, eigene Gewalterfahrung</li> <li>- Frühe psychiatrische Auffälligkeit oder Therapie des Täters</li> <li>- Volle Verbüßung einer Freiheitsstrafe, also keine Strafrestaussetzung zur Bewährung</li> <li>- Erstes Sexualdelikt vor dem 21. Lebensjahr</li> </ul>

Bei Eigentumsdelikten ist nach Nedopil (2005) von einem hohen Rückfallrisiko auszugehen. Es wird mit 43 bis 52 % innerhalb von drei Jahren angegeben. Ein sehr hohes Risiko zeigte sich insgesamt für neue Straftaten, wenn als Anlassdelikt ein Drogendelikt vorlag. Um erneut zu einer Haftstrafe verurteilt zu werden, muss ein massiver Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz vorliegen. Für eine neue Haftstrafe wird die Rate bei Nedopil mit 7 bis 52 % angegeben, so dass sich je nach eingeschlossenem Kriterium eine große Spanne ergibt.



## **2.7 Prognoseinstrumente**

Erkenntnisse, die in einer Vielzahl von Untersuchungen zur Risikoeinschätzung gefunden wurden, haben in verschiedene Prognoseverfahren Eingang gefunden. Während früher im sogenannten intuitiven Prognoseverfahren ohne Berücksichtigung empirischer Ergebnisse oder auch, weil derartige Ergebnisse noch nicht vorhanden waren, Einschätzungen aufgrund subjektiver Alltagserfahrungen gemacht wurden, galten für Prognosen nach der klinischen Methode zumindest Standards in Bezug auf die sorgfältige klinische und forensische Anamneseerhebung, die zur Extrapolation zukünftigen Verhaltens dienen sollten. Um nun aber auch dem zunehmenden Erkenntnisstand über Risikofaktoren und auch protektiven Einflüssen Rechnung zu tragen, werden vermehrt Prognoseinstrumente und Kriterienlisten herangezogen. Rossegger, Endrass und Gerth (2012) fassen den aktuellen Erkenntnisstand bezüglich der Validität von Prognosen bzw. „risk assessment“ zusammen und kommen zu dem eindeutigen Schluss, dass mechanische, also strukturierte Verfahren den klinischen deutlich überlegen sind.

Ein bekanntes Beispiel ist die sogenannte Dittmann-Liste (Dittmann, 1998), die in der Schweiz entwickelt wurde und in der folgende Bereiche abgefragt werden, die in der Anweisung noch genauer expliziert und operationalisiert werden: Für den sozialen Empfangsraum bei einer Lockerung, Beurlaubung oder bei der Entlassung werden als günstig die Einbindung in Familie oder Partnerschaft und tragfähige, verlässliche Kontakte zu Hilfspersonen angesehen. Ebenso werden ein gesichertes Einkommen sowie eine Wohnung als protektiv angesehen, eine realistische Zukunftsplanung mit angemessenen Erwartungen und auch das Annehmen von Unterstützung. Ungünstig ist hingegen in diesem Bereich das Fehlen dieser Faktoren sowie eine Rückkehr in ein kriminogenes Milieu, beispielsweise in konflikträchtige Beziehungen, in die Drogen-szene oder Prostitution. In der Anleitung werden für jeden Bereich der „Kriterienliste“ Operationalisierungen beschrieben (vgl. Tab. 2.5).

Tabelle 2.5: Die Dittmann-Kriterienliste (Dittmann, 1998)

Kriterienliste zur Prognose von Straftatrückfälligkeit
<ul style="list-style-type: none"><li>- Analyse der Anlasstat</li><li>- Bisherige Kriminalitätsentwicklung</li><li>- Persönlichkeit und psychische Störung</li><li>- Einsicht des Täters in seine Störung</li><li>- Soziale Kompetenz</li><li>- Spezifisches Konfliktverhalten</li><li>- Auseinandersetzung mit der Tat</li><li>- Allgemeine Therapiemöglichkeiten</li><li>- Reale Therapiemöglichkeiten</li><li>- Therapiebereitschaft</li><li>- Sozialer Empfangsraum</li><li>- Bisheriger Verlauf nach der Tat</li></ul>

In vielen Prognoseinstrumenten werden nicht nur Kriterien angegeben, sondern es werden explizite Richtlinien zur Bewertung vorgegeben. In einem sehr verbreiteten Instrument, der von Hare (1990) entwickelten Check-Liste für „psychopathy“, werden insgesamt 20 Kriterien mit 0, 1 oder 2 bewertet (vgl. Tab. 2.6). Diese Checkliste wurde ursprünglich zur Bewertung solcher Persönlichkeiten entwickelt, die sich durch Verantwortungslosigkeit, Aggressivität, Rücksichtslosigkeit und fehlende Empathie auszeichnen, sogenannte „psychopaths“. Es zeigte sich, dass sich diese Liste, sozusagen als Nebeneffekt gut zur Vorhersage von Rückfallstraftaten eignet (Dahle, 2005). Die einzelnen Items sind dabei gut operationalisiert und werden in Trainings für Anwender eingeübt. Das Verfahren sollte nur von geschulten und erfahrenen Forensikern verwendet werden.

Tabelle 2.6: Die Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) nach Hare (1990)

PCL-R
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme</li> <li>- Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl</li> <li>- Stimulationsbedürfnis, ständiges Gefühl der Langeweile</li> <li>- Pathologisches Lügen</li> <li>- Betrügerisch-manipulatives Verhalten</li> <li>- Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein</li> <li>- Oberflächliche Gefühle</li> <li>- Gefühlskälte, Mangel an Empathie</li> <li>- Parasitärer Lebensstil</li> <li>- Unzureichende Verhaltenskontrolle</li> <li>- Promiskuität</li> <li>- Frühe Verhaltensauffälligkeiten</li> <li>- Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen</li> <li>- Impulsivität</li> <li>- Verantwortungslosigkeit</li> <li>- Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen</li> <li>- Viele kurzzeitige ehe(ähn)liche Beziehungen</li> <li>- Jugendkriminalität</li> <li>- Missachtung von Weisungen und Auflagen</li> <li>- Polytrope Kriminalität</li> </ul>

Vergleichbare Verfahren gibt es zur Vorhersage verschiedener Straftaten bzw. Deliktbereiche, was der Tatsache Rechnung trägt, dass für diese verschiedenen Bereiche unterschiedliche Prädiktoren relevant sein können. Beispielhaft sind hier die Verfahren HCR-20 (Historical, Clinical, Risk; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) für Gewaltdelikte und der SVR-20 (Sex Violence Risk 20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997) für Sexualstraftäter.

Ein differenziertes Verfahren zur Risikokalkulation, bei dem insbesondere das bereits dargestellte Prinzip der Risk-Need-Responsivity und die empirisch fundierten Central Eight, also die wichtigsten acht Prädiktorbereiche, berücksichtigt werden, ist das Level of Service Inventory (LSI-R; Andrews & Bonta, 1995) und Weiterentwicklungen. In diesem Inventar werden insgesamt 54 Merkmale aus 10 Bereichen abgefragt und in Abstufungen zwischen 0 und 3 gewertet (vgl. Tab. 2.7).

Tabelle 2.7: Level of Service Inventory – Revised (LSI-R) nach Andrews und Bonta (1995)

LSI-R
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kriminelle Vorgeschichte</li> <li>- Schule/Arbeit</li> <li>- Finanzen</li> <li>- Familie/Ehe</li> <li>- Unterkunft</li> <li>- Freizeit/Erholung</li> <li>- Bekanntenkreis</li> <li>- Alkohol/Drogen</li> <li>- Emotionale/Persönliche Probleme</li> <li>- Einstellungen/Orientierung</li> </ul>

Ein ebenso differenziertes Verfahren, das als computergestütztes Verfahren auch statistische Algorithmen mit berücksichtigt, ist das forensisch operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System von Urbaniok (2007). Auch in diesem System wird das empirisch fundierte RNR-System (Risiko, Bedürfnisse, Ansprechbarkeit) abgebildet. In einem Bereich mit statischen und wenig veränderbaren Risikomerkmale werden die delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition mit den verschiedenen Teilaspekten, u. a. jugendliche Delinquenz, polymorphe Delinquenz oder auch Persönlichkeitsstörung und eine mögliche Suchtmittelproblematik eingeschätzt. Dies wird durch Experten, die in dem Verfahren geschult werden, im Idealfall unter Zuhilfenahme fremdanamnestischer Angaben, z. B. der verschiedenen Akten und dem Interview/Verhaltensbeobachtung mit Probanden, bewertet (vgl. Tab. 2.8). Hier und in allen anderen Verfahren ist die Berücksichtigung von selbst- und fremdanamnestischen Angaben ausgesprochen wichtig, weil sonst die Gefahr besteht, dass Täter sich positiver und in der Regel sozial erwünschter darstellen, als dies tatsächlich der Fall ist. Auch in verschiedenen Fragebogentests zur Selbsteinschätzung treten häufig Probleme auf, wenn es um das Einräumen dissozialer Tendenzen geht.

**Tabelle 2.8:** Delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition aus dem forensischen operationalisierten Therapie-Risiko-Evaluations-System FOTRES nach Urbaniok (2007)

<b>FOTRES: Delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugendliche Delinquenz</li> <li>- Polymorphe Kriminalität</li> <li>- Grenzverletzung gegenüber Fremden</li> <li>- Taten mit überproportionaler Gewaltanwendung</li> <li>- Identifizierung mit delinquenter Kultur und krimineller Sozialisationsgrad</li> <li>- Mangelndes Einfühlungsvermögen</li> <li>- Allgemeine Rücksichtslosigkeit/Grausamkeit</li> <li>- Instrumentalisierung von Beziehungen</li> <li>- Persönlichkeitsstörung</li> <li>- Dissoziale Persönlichkeitsstörung</li> <li>- Suchtmittelgebrauch</li> </ul>

Außer den Einschätzungen zur delinquenznahen Persönlichkeit wird auch das jeweilige Tatmuster analysiert und vor allem auch eine individuelle Delinquenzhypothese unter Zuhilfenahme typischer Problembereiche erstellt, um die kriminogenen Bedürfnisse (needs) abzubilden, auf die in der Behandlung besonders eingegangen werden muss. Dies kann z. B. eine bestimmte sexuelle Deviation wie Pädophilie oder Sadismus sein, aber auch eine ausgeprägte Selbstwertproblematik oder eigenes Opfererleben, das sich auf zukünftiges delinquentes Verhalten auswirken kann. Zu diesen Bereichen wird die sogenannte Beeinflussbarkeit anhand verschiedener Teilaspekte bewertet, um die Veränderbarkeit des jeweiligen Probanden abzuschätzen.

Zuletzt wird im Hinblick auf eine Entlassungsperspektive das individuelle Risikomanagement des Probanden eingeschätzt. Unter anderem spielen dabei die Arbeitssituation, Wohnen, Freizeitverhalten, aber auch die momentane Situation der Beziehungsgestaltung eine Rolle. Obwohl das Verfahren erst in jüngerer Vergangenheit eingeführt und angewendet wurde, finden sich erste Hinweise auf den praktischen Nutzen dieses Verfahrens (Rosegger, Laubacher, Moskvitin, Villmar, Palermo & Endrass, 2011).

## 2.8 Rückfallrisiko nach forensischen Behandlungen

Nachdem über lange Zeit in erster Linie Vermutungen über Rückfallgefahren und Rückfallverhinderung bei Straftätern angestellt wurden, wurde von Jehle, Heinz und Sutterer (2003) eine kommentierte Rückfallstatistik zur Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen vorgelegt. Um spezifische Daten für Deutschland und damit auch eine Grundlage für kriminalpolitische und für individuelle Entscheidungen zu haben, wurde diese breit angelegte, umfassende Statistik für alle erfassten Straftäter eines Jahres erhoben. Es wurden in dieser Untersuchung alle Entscheidungen mit dem Bezugsjahr 1994 einbezogen, die im Bundeszentralregister aktenkundig wurden. D. h., um die Auswirkungen verschiedener Sanktionen zu vergleichen, wurden alle derartigen Maßnahmen einbezogen, die aus den BZR-Auszügen dieses Jahres entnommen werden konnten. Da bei Inhaftierungen und bei Unterbringungen nach einer Maßregel berücksichtigt werden muss, dass die Rückfallgefahr in erster Linie für ein Leben in Freiheit bestimmt werden soll, wurden auch Fälle mit eingeschlossen, die 1994 entlassen wurden, also ihre Freiheit wieder erlangten. Die so in die Studie eingeschlossenen Probanden wurden ebenfalls, wie auch die anderen Probanden anhand der BZR-Auszüge über einen vierjährigen Rückfallzeitraum, also bis 1998 weiterverfolgt, so dass ausgewertet werden konnte, ob und wie die betrachteten Probanden wieder straffällig wurden.

Mit diesem Vorgehen konnten die Verläufe von fast 950.000 Probanden verfolgt werden, bei denen 1994 eine relevante strafrechtliche Entscheidung getroffen wurde. Bei 64 % aus dieser Stichprobe konnte keine Folgeentscheidung festgestellt werden, d. h. zwei Drittel bleiben im entsprechenden Zeitraum ohne weiteres Delikt. Immerhin 11 % wurden im vierjährigen Folgezeitraum zu Freiheitsstrafen mit oder ohne Bewährung verurteilt. Den Hauptanteil bei den Folgeentscheidungen machten aber 17 % Geldstrafen aus. Die restlichen 8 % verteilen sich auf Jugendstrafen und Verfahrenseinstellungen.

In Bezug auf die einzelnen Strafen, mit denen die Täter im Ausgangsjahr 1994 sanktioniert worden waren, zeigt sich, dass das Risiko erneut straffällig zu werden höher ist, wenn die Sanktion härter war. Dabei kann nicht auf einen ursächlichen Zusammenhang rückgeschlossen werden. Vielmehr dürfte der Grund dafür darin liegen, dass Menschen mit einem aus verschiedenen Gründen grundsätzlich höheren Deliktrisiko im Bezugsjahr härter bestraft wurden und aufgrund des hohen Risikos auch eine Folgeentscheidung bei ihnen wahrscheinlicher war. So zeigt sich für die erwachsenen Probanden, dass mehr als jeder Zweite innerhalb von vier Jahren wieder eine Straftat

begeht, wenn er aus einer Inhaftierung entlassen worden war. Wenn nur eine Freiheitsstrafe auf Bewährung verhängt worden war, ist es nur etwas weniger als jeder Zweite, was aber immer noch mehr als der Anteil in der Gesamtgruppe von 35.71 % ist. Lediglich die große Gruppe derer, die mit einer Geldstrafe belegt wurde, liegt mit einem Anteil von 30.17 % etwas unter dem Gesamtanteil und scheint somit die unproblematischste der Gruppen zu sein.

Tabelle 2.9: Rückfallraten nach Bezugsentscheidungen nach Jehle et al. (2003)

Bezugsentscheidung	Anteil Folgeentscheidungen
<b>Alle</b>	35.71 %
<b>Freiheitsstrafe ohne Bewährung</b>	56.41 %
<b>Freiheitsstrafe mit Bewährung</b>	44.67 %
<b>Jugendstrafe ohne Bewährung</b>	77.83 %
<b>Jugendstrafe mit Bewährung</b>	59.64 %
<b>Geldstrafe</b>	30.17 %
<b>Sonstige Entscheidungen nach JGG</b>	44.40 %

In den vorliegenden Zahlen zeigt sich ein sehr deutlicher Alterseffekt. Während bei Probanden bis zum 20. Lebensjahr in etwa 45 % wieder rückfällig werden, sind es nach stetigem Rückgang bei über 50-jährigen 20 % oder noch weniger. Auch Frauen werden seltener rückfällig, unabhängig davon, dass die Basisrate unter Frauen ohnehin niedriger ist. Für die Gesamtgruppe werden nur rund 24 % erneut straffällig während die Quote bei den Männern bei etwa 38 % liegt. Auch von Probanden, die eine deutsche Staatsbürgerschaft haben, wird eine höhere Rezidivrate berichtet als von denen mit einer anderen Staatsangehörigkeit oder keiner. Besonders deutlich wird das bei vollzogenen Freiheitsstrafen (ohne Bewährung). Deutschen Staatsbürgern gelingt danach nur in knapp 38 % Straffreiheit, während es bei Nicht-Deutschen – immerhin etwa ein Viertel der Gesamtgruppe – rund 65 % sind. Kritisch diskutiert werden muss hierbei die Methode der Datengewinnung. Die Datengrundlage der BZR-Einträge bringt die Unschärfe mit sich, dass bei Ausländern u. a. die Gefahr einer Abschiebung be-

steht, die häufiger bei erneut Straffälligen vollzogen wird. Wenn dies geschieht, kann eine Unterschätzung des Rückfallrisikos eintreten, weil die „besseren“ Probanden in Deutschland verbleiben. Bei Betrachtung der jeweils verhängten Freiheitsstrafe ist die Rückfallrate am höchsten bei Freiheitsstrafen zwischen einem und zwei Jahren (62.87 %), während sie bei kürzeren und längeren Zeitstrafen niedriger liegt, am niedrigsten bei über 5-jährigen mit dann etwa 40 % deliktischen Rückfällen.

Ein weiterer interessanter Befund zeigt sich im Hinblick darauf, ob eine Haftstrafe vollständig verbüßt wurde oder ob ein Strafrest zur Bewährung ausgesetzt wurde. Probanden, die erst am Ende ihrer Strafe entlassen wurden, werden mit etwa 64 % deutlich öfter rückfällig als in der Gruppe, in der am Ende eine Reststrafe zur Bewährung ausgesetzt wurde (47.21 %). Zum einen handelt es sich dabei um eine selektierte Gruppenzuweisung, indem zum Beispiel entschieden wurde, einen Probanden bereits vor Strafende auf Bewährung zu entlassen. Zum anderen mag aber die „offene“ Reststrafe tatsächlich wie erwünscht zu einer besseren Bewährung beitragen. Nur auf den ersten Blick überraschend ist die Tatsache, dass Probanden, die von einem Bewährungshelfer betreut werden, ein höheres Risiko einer weiteren Straftat mit sich tragen (51.76 vs. 38.60 %). Ein Bewährungshelfer wird allerdings auch vor allem dann zugewiesen, wenn das Rückfallrisiko vom Gericht als erhöht angesehen wird.

Auch für Maßregeln als Bezugsentscheidung wurden die vorliegenden Daten ausgewertet. Hierunter werden auch die Maßregeln des Fahrerlaubnisentzuges sowie ein Fahrverbot gefasst. Bei Betrachtung der Maßregeln, die besonders für die Forensik relevant sind, wird deutlich, dass der Anteil Rückfälliger bei gemäß § 63 StGB in der Psychiatrie Untergebrachten mit 18.42 % nach vier Jahren auffällig niedrig ist. Bei denjenigen, die nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebracht waren und 1994 von dort in die Freiheit entlassen wurden, ist der Anteil mit 59 % viel höher und liegt auch höher als der Anteil der Gesamtgruppe und ist am ehesten mit dem ehemals ohne Bewährung Inhaftierter vergleichbar.



Tabelle 2.10: Rückfallraten nach Maßregeln nach Jehle et al. (2003)

Bezugsentscheidung	Anteil Folgeentscheidungen
Sicherungsverwahrung	41.67 %
Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus	18.42 %
Unterbringung in einer Entziehungsanstalt	58.97 %
Führungsaufsicht	55.03 %
Entziehung der Fahrerlaubnis und Sperre	26.81 %
Fahrverbot	27.11 %

Nach den unterschiedlichen Anlassdelikten, die in Deliktgruppen eingeteilt wurden, besteht das höchste Rückfallrisiko mit über 50 % beim schweren Diebstahl und bei Raub oder räuberischer Erpressung. Auch wenn der Bezugsentscheidung ein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz zugrunde lag, wird noch mehr als jeder Zweite in den folgenden vier Jahren wieder straffällig. Nach Tötungsdelikten wird jeder Vierte wieder deliktisch rückfällig, nach Sexualdelikten sind es zwei von fünf. Bei den Sexualdelikten ist aber zu beachten, dass in der Auswertung nur die Paragraphen eingeschlossen sind, die sich auf Vergewaltigung und sexuelle Nötigung beziehen. Sexuelle Missbrauchsdelikte, die ein deutlich niedrigeres Rückfallrisiko aufweisen, sind nicht inkludiert. Zudem ist es wichtig, im Blick zu behalten, dass diese 40.69 % Rückfälle bei den berücksichtigten Sexualdelikten und bei 26.86 % der Tötungsdelikte nicht einschlägig sind und somit die generelle Delinquenz in der Folgezeit umfassen. Auf Körperverletzungsdelikte wird von Jehle und Kollegen (2003) nicht eingegangen.

Tabelle 2.11: Rückfallraten nach Deliktgruppen nach Jehle et al. (2003)

Bezugsentscheidung	Anteil Folgeentscheidungen
<b>Sexualdelikt (nur Vergewaltigung und sexuelle Nötigung)</b>	40.69 %
<b>Tötungsdelikte</b>	26.86 %
<b>Diebstahl</b>	38.58 %
<b>Schwerer Diebstahl</b>	58.90 %
<b>Raub/Räuberische Erpressung</b>	58.54 %
<b>Betrug</b>	34.53 %
<b>Verkehrsdelikte</b>	22.19 - 23.80 % (StVG 44.74 %)
<b>BtMG-Delikte</b>	52.14 %

Sehr deutlich zeigt sich auch in dieser Auswertung der von Andrews und Bonta (2010) beschriebene Big-Four-Faktor der antisozialen Vorgeschichte. Sowohl der jeweilige Schweregrad vorhergehender Straftaten, hier anhand der ausgesprochenen Sanktion dargestellt, als auch die Anzahl an Vorstrafen lässt eine Aussage auf das Rückfallrisiko zu. Probanden ohne Vorstrafen werden in der untersuchten Stichprobe in 20.85 % der Fälle rückfällig. Bereits bei einer Vorstrafe verdoppelt sich dieser Anteil annähernd auf fast 40 %, liegt dann bei 2 - 4 Vorstrafen in etwa bei 50 % und schließlich bei 60 %, wenn ein Proband bereits fünfmal oder häufiger in Erscheinung getreten ist.

Es können aus dieser Untersuchung somit auch Rückfallraten forensischer Patienten abgelesen werden. Es ist dabei aber davon auszugehen, dass Patienten, die im vorliegenden Untersuchungsdesign 1994 aus einer forensischen Behandlung entlassen wurden, eine andere Behandlung durchlaufen haben als dies heute der Fall wäre. Es ist von einer deutlichen Weiterentwicklung therapeutischer Verfahren in diesem Bereich auszugehen. Kritisch ist am Design dieser Untersuchung anzumerken, dass Verfahrenseinstellungen (§§ 153, 153a StPO) nicht berücksichtigt werden können. Dies führt zwangsläufig zu einer Unterschätzung des wahren Wertes. Das gleiche trifft für fehlende Einträge und die teilweise schlechte Meldemoral zu. Selbst das für das BZR zuständige Amt beklagt, häufig relevante Daten nicht übermittelt zu bekommen.

Andere Daten gehen auf dem Weg oder bei der Speicherung verloren. Verstorbene oder ins Ausland abgewanderte Probanden können so ebenfalls nicht erfasst werden.

In einer Untersuchung von Dimmek und Duncker (1996), die sich auf einen noch früheren Zeitraum von aus der Forensik entlassenen Patienten bezog, nämlich zwischen 1984 und 1991 ergaben sich annähernd vergleichbare Zahlen. Für insgesamt 241 Probanden wurde die Legalbewährungsquote für § 63-Patienten in einem bis zu vierjährigen Zeitraum mit 79.2 % angegeben, für die § 64-Patienten mit etwa 48 %. Auch hier wurde berichtet, dass es sich bei den § 64-Rückfällen häufig um erneute Drogendelikte handelte.

Seifert (2007) bezieht in seiner Essener Prognosestudie nur Probanden ein, die nach § 63 StGB untergebracht worden waren, dies aber in einer Multi-Center-Studie, in der 23 Kliniken aus sieben deutschen Bundesländern beteiligt waren. Es werden sozialstatistische/historische Items, testpsychologische, apparative und neurologische Daten sowie auch klinische Parameter erhoben. In einem knapp sechsjährigen Zeitraum wurden die Daten von 255 im psychiatrischen Maßregelvollzug untergebrachten Straftätern erhoben, von denen auch Bundeszentralregisterauszüge über einen Katamnesezeitraum von mindestens zwei Jahren vorlagen. Bei der Analyse der Rückfallkriterien wurde zudem allen rückfälligen Probanden ein „gematchter Zwilling“ zugeordnet, um die Ergebnisse dann direkt vergleichen zu können. Bei 55 der 255 Probanden war die Wiedereingliederung gescheitert, wenn das Kriterium der Legalbewährung als einziges Kriterium zur Bewertung herangezogen wird, d. h. dass 21.6 % in einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren nach ihrer Entlassung aus der Maßregel eine Straftat begangen oder gegen die richterlichen Weisungen verstoßen hatten.

Bei den Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Wiedereingliederung spielte die Diagnose eine wichtige Rolle. Bei schizophrenen Patienten war die Chance dafür höher als in der Gesamtstichprobe. Bei den Persönlichkeitsgestörten dagegen war dieses Verhältnis umgekehrt, die Prognose eher ungünstig. Besonders negativ waren dissozial Persönlichkeitsgestörte. In einem großen Teil der Fälle wurden die Rückfalldelikte bereits im ersten Jahr nach der Entlassung, also sehr früh, begangen.

Auch das Anlassdelikt zeigte sich in der Auswertung als wichtiges Prognosemerkmal. Während bei Tötungsdelikten die Rückfallgefahr relativ niedrig war, lag sie für Brandstiftung und Eigentumsdelikte hoch. Die Wohnsituation wirkte sich insofern auf den Erfolg aus, als dass die Wiedereingliederung häufiger scheiterte, wenn Probanden in freiere Wohnumgebungen entlassen wurden.

Signifikante anamnestische Risikomerkmale waren denen aus anderen Untersuchungen (Leygraf, 1988) ähnlich: Erziehungsschwierigkeiten, vorhergehende Inhaftierungen und das Alter zum Zeitpunkt der ersten Inhaftierung. Andere der teilweise als

wichtig erachteten Faktoren, die beispielsweise auch in aktuellen Prognosetafeln Berücksichtigung finden wie Familienstand, gewalttätiges Familienmilieu, niedrige Sozialschicht und frühes Alter bei Delinquenzbeginn zeigten dagegen keinen bedeutsamen Zusammenhang mit einem Scheitern der Wiedereingliederung. Überraschenderweise konnte im Gegensatz auch zu den Erkenntnissen aus Meta-Analysen von Andrews und Bonta (2010) kein Einfluss biografischer Faktoren wie Schul- und Berufsbildung gefunden werden. Dieser Befund zeigte sich auch für die überwiegende Anzahl der erhobenen kriminologisch-anamnestischen Daten mit Ausnahme vorhergehender Inhaftierungen und dem Alter bei Erstinhaftierung, die einen nachweisbaren Zusammenhang aufwiesen. Wie folgende Tabelle zeigt, konnten von den untersuchten Variablen nur bei wenigen eine signifikante bzw. tendenzielle Vorhersagekraft für Rückfälligkeit gezeigt werden.

*Tabelle 2.12: Signifikante und tendenzielle anamnestische Risikomerkmale nach Diagnose- und Deliktuntergruppen nach Seifert (2007)*

Probandengruppen	Rückfällige		Nicht-Rückfällige		Test	p-Wert
	n	%	n	%		
<b>Schizophrene Patienten (n=28)</b>						
vorhergehende Inhaftierung	6	43 %	1	7 %	Chi <sup>2</sup> = 4.8	.08
<b>Persönlichkeitsstörungen (n=62)</b>						
psych. Erkrankungen in der Primärfamilie	3	10 %	11	36 %	Chi <sup>2</sup> = 5.9	.05
Erziehungsschwierigkeiten in der Kindheit	22	71 %	9	29 %	Chi <sup>2</sup> = 11.4	.00
Probleme während der Schulzeit	21	68 %	15	48 %	Chi <sup>2</sup> = 2.8	.09
Suchtproblematik	10	32 %	6	19 %	Chi <sup>2</sup> = 5.5	.04
<b>Probanden mit Sexualdelikten (n=18)</b>						
unvollständige Primärfamilie	6	67 %	2	22 %	Chi <sup>2</sup> = 3.4	.12
Suchtproblematik	4	44 %	2	22 %	Chi <sup>2</sup> = 6.3	.03
Alkoholisierung beim Delikt	6	67 %	2	22 %	Chi <sup>2</sup> = 4.7	.05
Anzahl der Vordelikte	6		4		t = -1.8	.09

Alter z.Z. der 1. Inhaftierung	18 J.		26 J.		t = 2.0	.07
Gesamtdauer der Inhaftierungen	120 mon		48 mon		t = -2.1	.07
<b>zusätzliche Suchtproblematik (n=94)</b>						
psych. Erkrankung in der Primärfamilie	5	11 %	13	28 %	Chi² = 5.2	.03
konfliktreiche Partnerschaften	15	32 %	26	55 %	Chi² = 5.1	.03
Alter bei der 1. strafrechtlichen Sanktion	20.2 J.		22.7 J.		t = 2.0	.05
Dauer des Probewohnens	13.1 mon		8.5 mon		t = -2.8	.01

Die klinischen Risikomerkmale wurden einer Faktorenanalyse unterzogen. Als signifikante Faktoren für eine negative Legalprognose ergaben sich bei der aktuellen Symptomatik eine geringe produktiv-psychotische Symptomatik und ein hohes Suchtpotential, beim Sozialverhalten Streitsucht (mit geringer sozialer Kompetenz) und Unbefangenheit im Umgang mit Anderen, bei den Belastungsfaktoren eine hohe Aggressivität und beim Anpassungsverhalten eine eher hohe Position in der Patientenhierarchie. Im Bereich Emotion/Motivation waren eine geringe depressiv-apathische Symptomatik und eine gering ausgeprägte Ängstlichkeit, beim Leistungs- und Kontrollverhalten eine hohe Belastungsfähigkeit und wenig reflexives Handeln für einen negativen Therapieerfolg ausschlaggebend.

Eine Besonderheit in der Untersuchung von Seifert ist, dass auch die Berichte der Bewährungshelfer und somit Fremdinformationen, die über die Aussagekraft von BZR-Auszügen alleine hinausgehen, sorgfältig ausgewertet wurden. Dabei wurde deutlich, dass der Verlauf nach Entlassung verbessert werden konnte, wenn auf die Hinweise der Bewährungshelfer reagiert wurde, was aber nicht immer der Fall war.

In einer späteren Auswertung des Essener Datensatzes (Seifert, 2010) zeigt sich bei inzwischen 321 inkludierten Probanden über einen mittleren Katamnesezeitraum von 7.5 Jahren eine generelle Rückfälligkeit von 31.5 %. Insgesamt jeder Zehnte (10.3 %) hatte eine schwerwiegende Gewalt- oder Sexualstraftat begangen. Die gravierenden Delikte haben somit über den längeren Zeitraum deutlicher zugenommen. Erstaunlicherweise zeigte sich in der späteren Auswertung mit einem größeren Datensatz keine Signifikanz mehr bei den Zusammenhängen zu historisch-anamnestischen Daten. Explizit wird vom Autor auf die Notwendigkeit wissenschaftlicher Studien hingewiesen, die über die Auswertung von BZR-Auszügen hinausgehen, weil nur so eine

differenziertere Betrachtung von Zusammenhängen möglich ist, die dauerhaft zur Senkung des Rückfallrisikos beitragen kann.

## 2.9 Katamnese Studien nach Suchtbehandlungen

Lindenmeyer (2005) geht davon aus, dass im Bereich von Suchtbehandlungen zahlreiche Studien vorliegen, die die Effektivität der Behandlung von Alkoholabhängigen nachweisen. Er verweist unter anderem auf eine internationale Metaanalyse, die von Berglund, Thelander und Jonsson (2003) durchgeführt wurde und 16 randomisierte Studien auswertete. Es konnte für diese Zusammenfassung eine Effektstärke von .37 berechnet werden.

In einer Totalerhebung des Entlassungsjahres, die für 12 deutsche Suchtkliniken insgesamt 7824 Patienten umfasste, wurde eine Ein-Jahres-Katamnese der Verläufe durchgeführt. Nachdem diese in den Kliniken zwischen 4 und 26 Wochen behandelt worden waren, wurden sie ein Jahr nach ihrer Entlassung schriftlich kontaktiert. Der deutlich größte Teil der untersuchten Gruppe war alkoholabhängig (96.9 %). Sehr deutlich zeigt sich in dieser Untersuchung das Problem von Teilnahmeverweigerern. Die Autoren werten für die 4744 (60.63 %) Katamnesebeantworter die Daten aus, insbesondere auch die interessierende Rückfälligkeit nach einem Jahr. Es stellt sich aber die Frage, wie mit den immerhin 40 % umgegangen werden muss, die nicht zu einer Befragung erreicht werden konnten. Ein Problem, das auch Cinkaya, Schindler und Hiller (2011) für ambulante Psychotherapiepatienten ausführlich thematisieren. In Meta-Analysen wird häufig eine maximale Abbrecherquote von 20 % gefordert, die zum Einschluss in die Analyse führt (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009). Bemerkenswert dabei ist, dass ein hoher Aufwand betrieben wurde, um diese 60 % Teilnahmequote zu erzielen. Wenn auf den ersten postalischen Kontaktversuch keine Antwort erfolgte, wurden im Abstand von insgesamt vier Wochen zwei weitere Erinnerungsbriefe geschrieben und schließlich noch ein Telefonanruf unternommen. Würde man nun die Daten auswerten ohne die Probanden zu berücksichtigen, die nicht teilgenommen haben, könnte dies zu einer deutlichen Verzerrung des Ergebnisses führen. Vermutlich würde man den Effekt zu positiv einschätzen, weil die unproblematischen Patienten meist besser erreicht werden können und sich zudem eher zu einer Teilnahme bereit erklären. Deshalb wird auf die Bewertungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie verwiesen (DGSS). In der konservativsten Schätzung wird davon ausgegangen, dass nur bei den Probanden, die ihre Abstinenz bestätigten, tatsächlich auch Abstinenz angenommen werden kann. Alle Verweigerer wer-

den sozusagen „vorsichtshalber“ als Therapieversager und als rückfällig gewertet. Für diese Schätzung gehen Zobel et al. (2005) von einem gesicherten katamnestischen Erfolg von 43.9 % (abstinenter oder zumindest abstinenter nach einem Rückfall) aus.

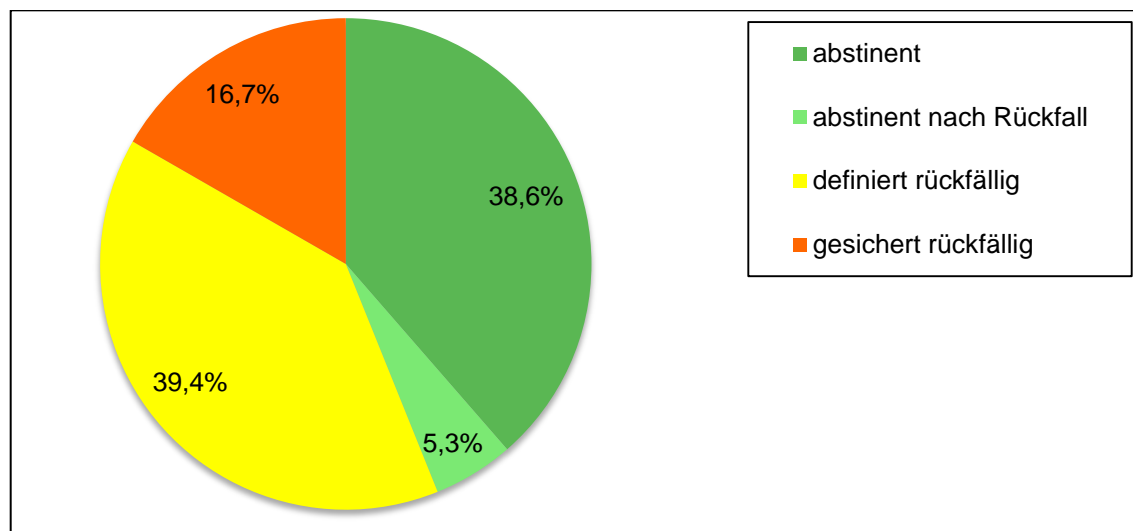


Abbildung 2.2: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) nach Zobel et al. (2005)

Würden dagegen alle Nicht-Teilnehmer unberücksichtigt bleiben und nur diejenigen in die Berechnung eingehen, die die Fragen beantwortet haben, ergäbe sich ein positiver Erfolg bei 74.2 %. Die Gegenüberstellung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen bei nach einem Jahr noch Abstinenten gegenüber Rückfälligen ergibt signifikante Unterschiede für das Vorliegen einer festen Partnerschaft (48.5 % abstinent vs. 38.2 %; Chi-Quadrat-Test\*\*), Erwerbstätigkeit bei Therapiebeginn (47.9 % vs. 41.4 %\*\*), frühere Entgiftungsbehandlungen (keine: 51.2 % vs. mind. Eine: 41.5 %\*\*), frühere Entwöhnungsbehandlungen (47.4 % vs. 32.4 %\*\*) und planmäßiger gegenüber einer „nicht planmäßigen“ Entlassung (46.7 % vs. 21.3 %\*\*). Bezüglich der Behandlungsdauer erzielten diejenigen Patienten das beste Ergebnis, die zwischen 12 und 16 Wochen behandelt worden waren. Eine Behandlungsdauer unter 12 Wochen war vermutlich nicht so effektiv, eine längere als 16 Wochen weist möglicherweise auf deutlichere Behandlungsprobleme im Verlauf hin. Keine nachweisbaren Zusammenhänge konnten für das Geschlecht und für die bisherige Dauer der Abhängigkeitserkrankung festgestellt werden.

Dies bestätigt auch Ergebnisse wie sie unter anderem von Küfner, Feuerlein und Huber (1988) berichtet worden waren. Auch dort wurde die prognostische Bedeutsamkeit sozialer und beruflicher Stabilitätsfaktoren betont. Immer wieder wird diskutiert, wie lange ein Katamnesezeitraum sein soll, um am besten den Erfolg einer Entwöhnungs-

behandlung abzubilden. Je länger die Zeit ist, die bereits nach einer Entlassung verstrichen ist, desto weniger kann ein möglicher Erfolg (oder auch Misserfolg) auf die Behandlung zurückgeführt werden. Andererseits kann ein zu kurzer Beobachtungszeitraum auch zur Überschätzung eines Erfolges führen, weil Rückfälle möglicherweise dann erst etwas später eintreten. Zobel et al. (2005) weisen aber darauf hin, dass bereits bei ihrem gewählten Ein-Jahres-Zeitraum auffällt, dass die meisten Rückfälle bereits sehr früh nach der Entlassung stattfinden, z. B. im ersten Monat waren es bereits 20.1 %. Mehr als die Hälfte aller Rückfälle fand in den ersten drei Monaten statt und mehr als drei Viertel bereits im ersten halben Jahr. Im weiteren Zeitverlauf wurde die Häufigkeit der Rückfälle immer geringer. Auch Vergleiche zwischen Ein-Jahres- und Vier-Jahres-Zeiträumen bei Katamnesen erbringen keine großen Unterschiede. Reine Drogenabhängigen-Gruppen werden bisher deutlich seltener untersucht, v. a. weil die Teilnahmebereitschaft deutlich schlechter zu sein scheint. In der Meta-Analyse von Berglund, Thelander und Jonsson (2003) wurden auch Studien zusammengefasst, die Behandlungseffekte bei Opiatabhängigen untersuchten. Für insgesamt 5429 einbezogene Probanden wurden eher geringe Effektstärken gefunden. Für verhaltenstherapeutische Maßnahmen wurden je nach Katamnesezeitraum niedrige Effekte mit Effektstärken zwischen .06 und .27 gefunden, für tiefenpsychologische Methoden sogar negative Effekte.



## **2.10 Die Regensburger Katamnese studie (Bezzel, 2008)**

In der Regensburger Katamnese studie verfolgte Bezzel (2008) von 2001-2006 alle entlassenen Patienten der Regensburger Forensik über einen Zeitraum von einem Jahr. Im Gegensatz zur oben geschilderten Studie von Seifert (2007) handelt es sich hierbei um psychisch kranke Straftäter (§ 63 StGB) und um Suchtkranke (§ 64 StGB). Es sollten dabei wichtige Kernaspekte forensischer Patienten, ihrer Therapie und poststationären Verläufe untersucht werden, insbesondere auch die Effizienz der Therapie im Maßregelvollzug. Es wurde auf eine umfassende Datensammlung mit Informationen sowohl aus den Akten als auch aus Interviews mit den Probanden selbst zurückgegriffen. Untersucht wurde, ob sich die Gesamtgruppe der forensischen Patienten in Subgruppen nach Rechtsgrundlage der Unterbringung, Diagnose und Entlassungsgrundlage unterteilen lässt. Eine weitere Fragestellung bezog sich auf signifikante Unterschiede in soziodemografischen, krankheitsspezifischen und forensisch-anamnestischen Aspekten der Subgruppen als auch bezüglich diverser Therapieaspekte.

Weiterhin wurden signifikante Unterschiede bezüglich des Behandlungserfolgs und im poststationären Verlauf der Untergruppen untersucht. Als besonders praxisrelevant wurde die Extraktion von Therapieerfolgsprädiktoren erachtet. Schließlich sollten die Angaben der Probanden selbst dazu verwendet werden, um Zusammenhänge zur Patientenzufriedenheit zu untersuchen.

Zusammenfassend zeigten sich ähnliche anamnestische Besonderheiten wie in den bereits beschriebenen Untersuchungen. Die schulische bzw. berufliche Qualifikation war insgesamt niedrig oder sogar unzureichend, das Erkrankungsalter lag überwiegend im Jugendalter, was mit der relativ hohen Anzahl bereits vorbehandelter Probanden korrespondierte. Ein Großteil der Probanden war bereits vorbestraft und wies häufig ein Ersttatalter unter 20 Jahren auf. Frühere Hafterfahrungen spielten eher bei Patienten mit Suchterkrankungen (§ 64 StGB) eine Rolle. Viele von diesen Probanden hatten außer ihrer Suchtdiagnose eine zweite Diagnose (ca. 50 %), am häufigsten aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Frühere Therapieversuche waren häufig negativ verlaufen, die Verurteilungen fanden am häufigsten wegen BtMG-Delikten statt. Obwohl die Deliktschwere insgesamt bei den Drogenabhängigen geringer war als bei den Alkoholabhängigen, wurde die erste Gruppe mit höheren Freiheitsstrafen belegt. Ein wichtiges Merkmal der vorliegenden Stichprobe war der mit 30 % sehr hohe Migrantenanteil, wobei mit ungefähr 70 % Probanden aus den ehemaligen GUS-Staaten der weitaus größte Teil stellten. Bei den psychiatrisch untergebrachten Patienten (§ 63 StGB) standen die diagnostischen Gruppen Schizophrenie und Persön-

lichkeitsstörung im Vordergrund. Die Delikte, wegen derer die Verurteilung stattfand, waren am häufigsten Körperverletzungen (ca. 40 %). In der untersuchten Stichprobe wurden – ähnlich wie in anderen Studien – Schizophrene eher später strafrechtlich auffällig (ab 30 Jahren) während dies bei Persönlichkeitsgestörten häufig bereits im Jugendalter der Fall war (unter 18 Jahren).

Bezogen auf den Therapieverlauf zeigte sich bei den psychiatrisch Untergebrachten (§ 63 StGB) mit 4.5 Jahren eine im Vergleich zu anderen Stichproben niedrigere mittlere Therapiedauer (bis zur bedingten Entlassung), wobei Minderbegabte und auch Schizophrene vergleichsweise länger untergebracht waren. Im Verlauf der Therapie kam es nur selten zu ernsthaften Zwischenfällen wie Aggressionen oder Straftaten. Hier zeigten sich vor allem Persönlichkeitsgestörte und jüngere, familiär ungebundene Gewalttäter und gewaltlose Eigentumstäter als besonders gefährdet.

Bei der Einschätzung des Behandlungsergebnisses zeigte sich, dass die Behandler bei den bedingt entlassenen Patienten den Erfolg meist zumindest mittelgradig erfolgreich einschätzen. Bei Schizophrenen wurde das Ergebnis eher als gut eingeschätzt.

Nach ihrer bedingten Entlassung nutzte ein großer Teil extramurale Wohn- und Arbeitsangebote, nur weniger als ein Drittel dieser Klientel kann selbständig wohnen und auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten. Über 60 % der Probanden sind zudem alleinstehend.

Bei den untergebrachten Suchtkranken waren 50 % bei der Aufnahme unter 30 Jahre, Frauen waren wie in anderen Studien und allgemein bei Straftaten unterrepräsentiert. Im Schnitt dauerte die Therapie eineinhalb Jahre, was etwas über dem Schnitt anderer Studien lag. Gewalttäter hatten dabei eine längere Therapiedauer. Bezzel schlug als eine Erklärung hierfür möglicherweise höhere angeordnete Haftstrafen vor, die auch die Behandlungsdauer verlängern würden. In der vorliegenden Studie musste diese Annahme aber zurückgewiesen werden. Gewalttäter wurden überraschend zu signifikant kürzeren Haftstrafen als z. B. BtMG-Delinquente verurteilt. Somit erschien die Erklärung plausibler, dass dies auf Ressentiments bei Therapeuten und Gutachtern zurückzuführen war, die eventuell auch die kritischere öffentliche Haltung dieser Personengruppe gegenüber widerspiegelte.

Zwischenfälle im Therapieverlauf waren am häufigsten Suchtmittelrückfälle, welche häufig zu einer überdurchschnittlich langen Therapiedauer führten. Vergleichbar mit anderen Studien war dies öfter ein Problem bei Drogenabhängigen als bei Alkoholkern. Anders als bei Gerl (2000) schien sich in der vorliegenden Untersuchung aber nicht zu bestätigen, dass bei Drogenabhängigen schneller und kompromissloser die Therapie abgebrochen wird.

Insgesamt wurde bei fast 50 % der entlassenen Probanden die Therapie als gescheitert bewertet (Bezzel, 2009). Dazu im Zusammenhang standen männliches Geschlecht, niedriges Ersttatalter und schlechtere Schul- und Berufsbildung. Weitere Aspekte waren die Anzahl und der negative Verlauf therapeutischer Vorerfahrungen, familiäre Bindungslosigkeit und Zwischenfälle sowie massive Behandlungsprobleme in der Therapie. Auch wenn Patienten aus den ehemaligen GUS-Staaten stammten, hatten sie schlechtere Chancen, eine Therapie erfolgreich abzuschließen.

*Tabelle 2.13: Charakteristika von Therapieabbrechern (n = 327) nach Bezzel (2009)*

Anamnese
<ul style="list-style-type: none"> <li>- männliches Geschlecht</li> <li>- meist vorbestraft</li> <li>- junges Ersttatalter (unter 18 Jahren)</li> <li>- niedrigeres IQ-Niveau (minderbegabt, unterer Durchschnitt)</li> <li>- junges Erkrankungsalter (unter 18 Jahren)</li> <li>- Suchttherapieerfahrung</li> <li>- häufig Therapieabbrüche in der Vergangenheit</li> <li>- höherer Anteil aus GUS-Staaten</li> <li>- niedrigerer Qualifikationsgrad (Förder-, Hauptschule, kein Berufsabschluss)</li> <li>- alleinstehend</li> </ul>
Therapie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entweichung</li> <li>- aggressives Verhalten gegen Team, Mitpatienten</li> <li>- Straftat während Unterbringung</li> <li>- Suchtmittelrückfälle</li> <li>- massive Behandlungsprobleme</li> </ul>

Entlassene Patienten wurden auch nach ihrer Zufriedenheit mit der Therapie und mit Einzelaspekten befragt. Bei den psychiatrischen Patienten zeigte sich dabei insgesamt eine gute Zufriedenheit, besonders was Einzel- und Gruppentherapien betraf. Eine ablehnende Haltung wurde gegenüber dem Stufenprogramm (Lockerungsstufen) und der Stationsatmosphäre eingenommen, auch gegenüber dem Patientenmilieu. Bei den Suchtkranken wurden offene Kommentare etwas differenzierter abgegeben. Auch hier wurde die positive Bedeutung von Modulen mit Gesprächs- und Beziehungscharakter besonders betont. Interessanterweise zeigte sich ein ähnliches Ergebnis nicht nur für erfolgreich Therapierte, sondern auch für Therapieabbrecher. Auch diese Gruppe konnte differenziert Unterschiede benennen und Zufriedenheit mit Einzelaspekten oder der Therapie insgesamt angeben. Problematisch zeigten sich insgesamt Gefühle von Ohnmacht dem Stationsteam gegenüber. Bezzel betonte in ihrer Arbeit weiterhin, dass von der Gruppendynamik therapeutisch unerwünschte Wirkungen ausgehen können und beispielsweise der Einbezug der Patienten bei der Integration neuer Patienten und die Reduktion von heimlichem Suchtmittelkonsum gefördert werden sollte. Wichtig sei auch ein nachvollziehbares und verständliches Regelwerk, um die Gefahr zu reduzieren, dass es als Druckmittel verstanden wird.

Bei der katamnestischen Nachbefragung nach einem Jahr zeigte sich ein im Vergleich zu anderen Untersuchungen sehr guter Rücklauf (83.9 %). Die Verläufe waren bei ehemals psychiatrisch Untergebrachten und den suchtkranken Straftätern sehr unterschiedlich.

Bei den psychiatrischen Patienten konnte im gewählten Beobachtungszeitraum von einem Jahr eine Legalbewährungsquote von 89.2 % festgestellt werden, der psychopathologische Befund war bei knapp Dreiviertel der Probanden stabil. Bezzel (2008) musste feststellen, dass eine statistisch abgesicherte Extraktion von Verlaufsprädiktoren aufgrund der teilweise zu niedrig besetzten Felder nicht gelang und wies auf folgende tendenziellen Erkenntnisse hin: Prognostisch negativ seien vor allem Gewaltdelikte als Anlassstraftat sowie die Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Schizophrenie. Ungünstig seien weiterhin ein jüngeres Aufnahmealter und die Anzahl therapeutischer Vorversuche. Die Einschätzung des Behandlungsergebnisses durch die Behandler schien dagegen keine prognostische Relevanz zu besitzen. Ein Großteil der Probanden war nach einem Jahr mit der eigenen Entwicklung zufrieden.

Bei Suchtkranken zeigte sich, dass die soziale Integration insgesamt besser gelang. Als negative Entwicklung stieg jedoch der Erwerbslosenanteil im poststationären Jahr auf über 40 %, freundschaftliche Kontakte bestanden kaum und Freizeitangebote wurden nur wenig wahrgenommen. Positiv dagegen erwies sich die familiäre Situation mit

insgesamt nur ca. 20 % ledigen Probanden. Die Legalbewährung war in dieser Studie im Vergleich zu anderen Studie mit 64.6 bzw. 80.9 % (untere und obere Schätzgrenze) gut. Ähnlich wie in anderen Studien zeigte sich, dass sowohl deliktisch als auch suchtbezogen das erste Halbjahr nach Entlassung besonders kritisch war. Dauerhaft abstinent oder abstinent nach einem Rückfall waren je nach Schätzkriterium 52.1 bzw. 65.1 %. Prognostisch negativ waren in dieser Subgruppe BtMG-Delikte und Drogenabhängigkeit, Vorbehandlungen im Maßregelvollzug und Substanzmissbrauch in der Therapie (Bezzel, 2010). Positiv war eine familiäre Einbindung, während von Freundeskontakten häufig ein eher negativer Effekt ausging, ein Ergebnis, das gut zu den Central-Eight-Faktoren von Andrews und Bonta (2010), hier zum antisozialen Umfeld passt. Bezüglich der Legalbewährung ergaben sich als tendenzielle aber nicht signifikante Faktoren eine betreute Wohnform, gute finanzielle Absicherung, Schuldenfreiheit, Abstinenz bzw. reduzierter Konsum sowie beispielsweise die Zufriedenheit mit der Lebenssituation. Für eine regelmäßige Nachsorge konnten keine Hinweise auf derartige Effekte festgestellt werden. Dafür konnte ein signifikanter Effekt dieses Faktors auf das Abstinenzverhalten nachgewiesen werden. Zudem war eine positive Legalbewährung hierfür signifikant. Tendenzielle Effekte für die Abstinenz gingen von Partnerschaft, Familie und Zufriedenheit mit dem Erreichten aus.

Als weiteres wichtiges Ergebnis wurde festgestellt, dass eine positive Einschätzung der Suchtentwicklung bei Entlassung durch den Behandler prognostisch aussagekräftig war, was für die Einschätzung bei den psychisch Kranken nicht zutraf.

### 3. Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung soll die Untersuchung von Bezzel (2008) weiterentwickeln. Da die Datenerhebung bereits seit 2001 läuft und alle seither entlassenen Patienten einbezogen werden, kann auf das etablierte Verfahren zurückgegriffen werden. Von Bezzel wurde darauf verwiesen, dass bei einigen der Berechnungen eine statistische Hypothesentestung wegen zu niedriger Zellenbesetzungen nicht möglich ist. Mit den nun größeren Fallzahlen und Zellenbesetzungen soll der Versuch unternommen werden, die formulierten Annahmen erneut einer Prüfung zu unterziehen.

Deshalb sei auch auf die Fragestellung von Bezzel (2008) verwiesen, der zufolge untersucht werden soll, ob sich diagnose-, rechtsgrundlage- und entlassartspezifische Subgruppen unterscheiden:

- in soziodemografischen, krankheitsspezifischen und forensischen Aspekten ihrer Vorgeschichte,
- in diversen Therapieaspekten,
- in Behandlungserfolgen zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses und
- in Behandlungserfolgen im poststationären Verlauf bezüglich sozialer, krankheitsbezogener und forensischer Kriterien.

Ein weiterer Versuch von Bezzel (a. a. O.) bestand darin, Prädiktoren zum Therapieerfolg bzw. -misserfolg im Längsschnitt (Katamnese) zu extrahieren, was zu einem Teil auch gelang. An einigen Stellen war dies wegen zu geringen Fallzahlen bzw. Zellenbesetzungen nicht möglich, was hier durch weiter gesammelte Fälle ergänzt werden soll.

Außer diesen beschriebenen Fragestellungen, die weiterverfolgt werden sollen, werden folgende weitere Überlegungen geprüft:

1. Es besteht im untersuchten Bereich prinzipiell die Schwierigkeit, dass Kontrollgruppendesigns nicht möglich sind. Durch die rechtlichen Voraussetzungen wird bestimmt, welche Probanden der Therapiebedingung zugeordnet werden und welche im Regelvollzug eine Strafe verbüßen. Diese Zuteilung ist dadurch nicht zufällig, sondern sollte systematisch erfolgen und den Erfordernissen des Rechtssystems entsprechen. Dieses Problem wurde ausführlich u. a. von Endrass, Rossegger und Braunschweig (2012) erörtert. Bezzel (2008) untersuchte in ihrer Studie, in welchen Aspekten sich die beiden Subgruppen der § 64-Patienten zum Entlassungszeitpunkt unterscheiden, die entweder ihre Therapie nach Einschätzung der Klinik erfolgreich durchlaufen haben und regulär entlassen wurden, oder deren Therapie mangels Aussicht auf Erfolg – so die gesetzliche Vorgabe für eine Beendigung ohne erfolgreichen Abschluss – abgebrochen wurde. Wenn die Entwöhnungstherapie erfolgreich ist, sollten die Ergebnisse

der Gruppe der bedingt, also regulär, Entlassenen zum Einjahres-Katamnesezeitpunkt besser sein als die der Therapieabbrecher. Somit kann zumindest für die Probanden, die nach § 64 untergebracht waren, ein Vergleich zwischen Therapieabbrechern und erfolgreich Behandelten stattfinden. Auch das ist kein Kontrollgruppendesign, bietet aber bessere Möglichkeiten eines Vergleiches.

Hypothese: Der postmurale Behandlungserfolg unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen bedingt Entlassener und Therapieabbrecher. Bedingt Entlassene erzielen in den untersuchten Bereichen bessere Ergebnisse.

2. Aufgrund der Studienlage zu Suchtpatienten zeigt sich, dass besonders das erste Jahr nach Abschluss einer Therapie zur Erfolgsbeurteilung relevant ist. Auch bezüglich deliktischer Rückfälle zeigt sich das erste Jahr in Freiheit besonders kritisch. Der Ein-Jahres-Zeitraum ist für die Katamnese von § 64-Patienten sinnvoll. Für § 63-Patienten, die sich von diesen deutlich unterscheiden und häufig auch einen weit längeren Behandlungsverlauf in der Forensik hinter sich haben, stellt sich zusätzlich die Frage nach einem längerfristigen Verlauf. Seit 2006 wird diese Subgruppe auch drei und fünf Jahre nach ihrer Entlassung untersucht. Es sollen für die vorliegende Stichprobe erste Ergebnisse für eine Drei-Jahres-Katamnese abgebildet werden.

Hypothese: Der postmurale Therapieerfolg, der durch die forensische Behandlung erzielt werden kann, zeigt sich auch längerfristig (3-Jahres-Katamnese).

3. Bezzel (2008) legte ausführlich die Vorteile eines weiter gefassten Erfolgskriteriums zur Erfolgsbeurteilung als nur Auszüge aus dem Bundeszentralregister (BZR) dar. Kritisch anzumerken an der direkten Probandenbefragung ist dabei aber, dass eine ehrliche Beantwortung der Fragen durch die befragten Patienten nicht selbstverständlich ist. Möglicherweise findet eine sozial erwünschte Verzerrung statt, so dass Erfolge zu positiv eingeschätzt werden könnten. Es wird deshalb ein Vergleich mit zusätzlich abgefragten BZR-Auszügen durchgeführt. Um außer des Legalverhaltens auch fremdanamnestische Angaben zu weiteren Erfolgsangaben, insbesondere zum weiteren Suchtverlauf zu validieren, werden Informationen von Bewährungshelfern ebenfalls systematisch ausgewertet.

Hypothese: Eigene Angaben zum Therapieerfolg stimmen mit den Fremdanangaben überein, die von Bewährungshelfern oder durch das Bundeszentralregister gewonnen wurden.

4. Die Angaben aus dem BZR werden zur längerfristigen Darstellung der Delinquenz genutzt, um längere Zeitverläufe abzubilden, die über den Einjahres-Zeitraum bei § 64-Patienten und den Dreijahres-Zeitraum bei § 63-Patienten hinausgehen.

Hypothese: Ein Therapieerfolg bezogen auf das deliktische Rückfallrisiko kann auch im längerfristigen Verlauf durch die Angaben in BZR-Auszügen dargestellt und nachgewiesen werden.



## 4. Methode

### 4.1 Fachklinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirksklinikum Regensburg

#### 4.1.1 Aufbau der Klinik

Die Datenerhebung fand an den entlassenen Patienten der Fachklinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Regensburg statt. Es gibt in Bayern insgesamt 14 forensische Kliniken, die sich in verschiedenen Ausprägungen bezüglich Aufbau, Größe und Klientel unterscheiden. Die Regensburger Klinik (inklusive ihrer Filiale in Parsberg) gehört hier mit durchschnittlich über 250 Patienten (<http://www.medbo.de/979.0.html>, [Stand: 31.05.2012]) zu den größeren Kliniken. Ein Spezifikum der Regensburger Forensik ist der zahlenmäßige Schwerpunkt von suchtkranken Straftätern im Vergleich zu den psychisch kranken Delinquenten. Das zeigt sich auch in der Zusammensetzung der Stichprobe. Die Klinik vergrößerte sich im Zeitraum der Datenerhebung (seit 2001) und besteht zur Zeit aus insgesamt zehn Stationen, von welchen sich zwei am Standort Parsberg befinden, sowie einer Forensisch-Psychiatrischen Ambulanz. In folgender Abbildung ist die Struktur dieser Stationen schematisch abgebildet.

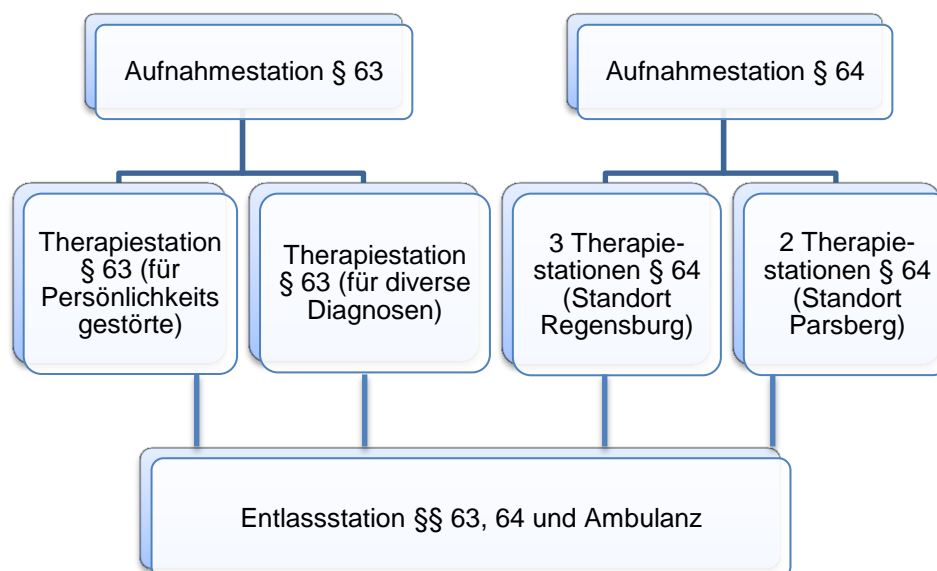


Abbildung 4.1: Gliederung der Stationen innerhalb der Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirksklinikum Regensburg

Patienten, die nach § 63 untergebracht sind, werden in der Regel von der zuständigen Aufnahmestation aufgenommen und am Behandlungsbeginn auch dort behandelt. Bei nach § 126a StPO vorläufig untergebrachten Patienten, bei denen die Unterbringung nach § 63 StGB zu erwarten ist, ist das vergleichbar. Die Behandlung auf der Aufnahmestation dient in erster Linie der medikamentösen Einstellung und dem Aufbau einer Behandlungsmotivation sowie der Entwicklung eines ersten individuellen Therapieplanes. Danach werden die Patienten auf eine der beiden weiterführenden Therapiestationen verlegt, wobei eine auf persönlichkeitsgestörte Patienten spezialisiert ist und die andere Patienten mit verschiedenen Diagnosen, vorwiegend mit Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Minderbegabungen, aufnimmt. Nach der Therapie auf diesen Stationen kann eine Verlegung auf die Entlassstation zur Resozialisierung und zur Vorbereitung der Entlassung stattfinden.

Patienten, die nach § 64 untergebracht sind, werden ebenso anfangs auf der zuständigen Aufnahmestation behandelt. Der Therapiebeginn dort findet im Rahmen weniger Wochen statt. Zum einen werden hier Entgiftungen durchgeführt, zum anderen ebenfalls Patienten zur Behandlung motiviert. Im Gegensatz zu den § 63-Patienten können sich Untergebrachte nach § 64 noch zum Abbruch ihrer Therapie entscheiden und ihre Strafe im Regelvollzug verbüßen. Auch das Behandlungsteam versucht in dieser Phase, die Behandelbarkeit des jeweiligen Patienten zu überprüfen. Eine Ausnahme bilden weibliche Patienten, die in Regensburg direkt auf der gemischtgeschlechtlichen Station aufgenommen werden. Von der § 64-Aufnahmestation werden Patienten auf die verschiedenen Behandlungsstationen mit teilweise unterschiedlichen Schwerpunkten (z. B. Alkoholismus, Polytoxikomanie) verteilt und dort therapiert. Nach ihrer Therapie werden die Patienten im Regelfall ebenfalls zur Resozialisierung auf die Entlassstation verlegt und von dort entlassen.

Je nach Auslastung einzelner Stationen und auch nach Besonderheiten in Einzelfällen sind Abweichungen von diesem Verlauf möglich, so dass beispielsweise Patienten direkt von einer Therapiestation entlassen werden und nicht die Entlassungsstation durchlaufen. Außerdem fanden in dem Zeitraum, in dem die Datenerhebung durchgeführt wurde, im Rahmen einer stetigen Erweiterung strukturelle Veränderungen statt. Zum Beispiel wurde die § 64-Aufnahmestation neu gegründet und zu einem späteren Zeitpunkt ein umfassendes Konzept zur Resozialisierungsvorbereitung und zur Übernahme in die gesetzlich neu eingeführte forensisch-psychiatrische Ambulanz geschaffen.

Weiterhin ist anzumerken, dass außer der Ausweitung der Klinik auch konzeptuelle Veränderungen durchgeführt wurden. So wurde für die § 64-Patienten eine Aufnahmestation zur Diagnostik und Motivation neu aufgebaut, auch um von dort die Patien-

ten den spezialisierten Behandlungsstationen zuführen zu können. Bis zu diesem Zeitpunkt waren die Patienten meist von ihrer Aufnahme bis zur Entlassung auf einer Station behandelt worden. Eine weitere einschneidende Veränderung gegen Ende des Datenerhebungszeitraums war der Aufbau der Entlassungsstation. 2007 wurde das Gesetz zur Führungsaufsicht reformiert (§ 68 StGB). Unter anderem wurde die Behandlung in der forensisch-psychiatrischen Ambulanz geregelt. Vor dieser Neuregelung war es teilweise problematisch, ein forensisch tragfähiges Angebot der nachstationären Behandlung anzubieten. Manchmal bestand das Problem darin, überhaupt niedergelassene Therapeuten oder Psychiater für die ambulante Behandlung zu finden. Wenn Patienten an niedergelassene Behandler angebunden werden konnten, gelang es ihnen in nicht wenigen Fällen, subjektiv einschränkend empfundene Maßnahmen auszuhebeln, z. B. wenn es um die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka ging oder auch um die selbstkritische Bearbeitung von Rückfällen. Im Zusammenhang mit dem Neuaufbau der Ambulanz wurde zusätzlich eine Entlassungsstation gegründet, um den Kontakt zum nachbetreuenden Personal bereits während der stationären Behandlung anzubahnen. Zudem war unter anderem auch durch Ergebnisse aus der laufenden Katamnesestudie festgestellt worden, dass Schwierigkeiten im Therapieverlauf gehäuft zweigipflig auftreten. Zum einen werden am Anfang der Therapie Probleme beobachtet, die bei suchtkranken Straftätern zum Therapieabbruch führen können. Eine weitere Häufung findet sich am Ende eines jeweiligen Therapieverlaufs, wenn für die Patienten die Loslösung vom stationären Setting ansteht oder bereits durchgeführt wird. Die Schaffung der Entlassungsstation war dafür als mögliche Lösungsmöglichkeit für die Probleme am Ende der Therapie gedacht. Die kritische Loslösung aus dem stationären Setting sollte bereits stattfinden, wenn der § 64 bei den suchtkranken Patienten noch in Kraft ist. Auf möglicherweise auftretende Probleme kann so besser reagiert werden.

#### 4.1.2 Therapiekonzept

Laut Klinikkonzept (<http://www.medbo.de/1319.0.html>, [Stand: 31.05.2012]) besteht die Kernaufgabe der Klinik darin, „die uns zugewiesenen Patienten zutreffend zu diagnostizieren und erfolgreich zu behandeln, wobei Sicherungsanforderungen berücksichtigt werden müssen.“ Weiter ausgeführt wird das therapeutische Konzept der Klinik ebenfalls dort: „Neben dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung steht am Beginn der therapeutischen Arbeit die Notwendigkeit, für jeden einzelnen Patienten eine **Hypothese zur Delinquenzgenese** (Hervorhebung im Originaltext) zu erarbeiten. In dieser Hypothese wird der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsentwicklung, psychischer Symptomatik und Delinquenzentwicklung herausgearbeitet. Im Anschluss hieran wird für jeden einzelnen Patienten eine **individuelle Therapieplanung** (Hervorhebung im Originaltext) erstellt. Die hierbei zur Anwendung kommenden Behandlungsverfahren sind multimodal angelegt: Biologische, psychotherapeutische, pädagogische und milieutherapeutische Verfahren müssen oft kombiniert werden, um einem Patienten und seiner Krankheit gerecht werden zu können. In der therapeutischen Arbeit beziehen wir uns auf individuelle, ganze Menschen und auf Symptome oder Krankheitsdiagnosen. Das Behandlungsziel ist folglich nicht nur die Beseitigung einiger Symptome. Stattdessen behandeln wir immer ganze Menschen und versuchen, diesen eine positive Persönlichkeitsentwicklung und (Re-)Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Leitgedanke dabei ist, den Patienten an ein möglichst selbstbestimmtes, straffatenfreies und zufriedenes Leben in sozialer Verantwortung heranzuführen. Kontinuierlich muss das Erreichen von therapeutischen Zielen überprüft und ggf. die Therapieplanung abgeändert werden.“

Auch verschiedene Therapieangebote werden vorgehalten. Eine wichtige Grundlage der Therapie ist die regelmäßige Einzeltherapie mit Ärzten und Psychologen. Im gleichen Umfang finden auch Gespräche mit Mitgliedern des sogenannten Bezugspflegeteams statt. Die Planung weiterer therapeutischer Schritte wird in der Therapieplanung vom gesamten Behandlungsteam einer Station besprochen. Je nach Bedarf nehmen Patienten an verschiedenen Angeboten wie Sporttherapie, Arbeitstherapie, Ergotherapie, lebenspraktischem Training, an suchtbezogenen und delinquenzbezogenen Gruppen (für Gewaltstraftäter, für Sexualstraftäter), an sozialen Kompetenzgruppen, an Psychoedukationsgruppen für verschiedene psychische Erkrankungen (z. B. für Psychosen) und an weiteren Behandlungsangeboten teil.

Abgesehen von den verschiedenen Therapieangeboten ist die Schaffung eines therapieförderlichen Milieus ein zentrales Thema. Gerade in Justizvollzugsanstalten wird häufig beklagt, dass Inhaftierte sich durch das Klima dort möglicherweise verschlech-

tern und krimineller werden. Häufig herrscht dort das Recht des Stärkeren und in vielen Zusammenhängen werden antisoziale Verhaltensweisen eher verstärkt. Derartige Umstände können bei Sexualstraftätern zum Beispiel dazu führen, dass kognitive Verzerrungen des Tatgeschehens oder gar die Verleugnung der Straftat eher verstärkt als abgebaut werden. Auch bei Gewaltstraftaten wird das Unrechtsbewusstsein im JVA-Setting häufig nicht verbessert. Im Rahmen des Stationsklimas müssen derartige Entwicklungen sorgfältig beobachtet und immer wieder aufgegriffen werden. Ein wichtiger Baustein dazu sind die geleiteten Foren auf den jeweiligen Stationen, in denen vor allem auch solche Inhalte thematisiert werden.

#### 4.1.3 Stufenprogramm

Die Patienten in der forensischen Fachklinik nehmen von Anfang an in erster Linie nicht freiwillig an der Therapie teil. Somit stellt es einen wichtigen Baustein in der Therapie dar, intrinsische Motivation für eine Verhaltensänderung zu wecken. Zu Beginn der Behandlung sind die Patienten deshalb geschlossen untergebracht und haben keine Lockerungen. Nicht aufschiebbare Arztbesuche werden begleitet durch zwei Aufsichtspersonen und mit Hand- und Fußfesseln durchgeführt. Um die Motivation für therapeutische Veränderungen zu erhöhen, können Patienten bei erfolgreicher Teilnahme an der Therapie schrittweise bestimmte Lockerungen erhalten. Des Weiteren dienen diese Lockerungen dazu, bestimmte Freiheitsgrade zu erproben und auf mögliche Schwierigkeiten dabei zu reagieren. Von der Fachaufsicht, dem bayerischen Arbeits- und Sozialministerium, sind dafür folgende Lockerungsstufen vorgesehen.

*Tabelle 4.1:* Lockerungsstufen in forensischen Fachklinik

Stufen	Lockerungen
<b>Stufe 0</b>	kein Ausgang
<b>Stufe A</b>	Ausgang mit Personal
<b>Stufe B</b>	unbegleiteter Ausgang auf dem Gelände
<b>Stufe C</b>	Beurlaubung stundenweise
<b>Stufe D</b>	Beurlaubung mit Übernachtung(en)

Innerhalb der Klinik werden diese Stufen teilweise noch weiter differenziert, v. a. in Abteilungen für § 63-Patienten. Es gibt z. B. unbegleiteten Ausgang im Gelände in der

Gruppe bereits bevor Ausgänge alleine stattfinden. Auch in der D-Stufe wird beispielsweise nach der Anzahl der Übernachtungen unterschieden und abgestuft.

Das Erreichen einzelner Stufen unterliegt bestimmten rechtlichen Bedingungen und ist an das Erreichen bestimmter therapeutischer Leistungen geknüpft. Üblicherweise sind die Anforderungen individuell nach Schwere des Delikts und Zeitdauer der Strafe etwas unterschiedlich, unterliegen aber bestimmten Mindestvoraussetzungen, z. B. was die zeitliche Dauer betrifft. In der Regel ist das Erreichen einer neuen Stufe mit dem Halten eines Stufenantrags vor dem Forum, also einer Versammlung vor Patienten und Mitarbeitern verbunden. Es müssen in diesem Stufenantrag bestimmte therapeutische Aspekte bearbeitet und vorgestellt werden, wie die Vorwarnzeichen einer Psychose oder mögliche Schritte eines Rückfallvermeidungsplans. Bei Problemen im Therapieverlauf können Lockerungen auch wieder zurückgenommen werden.

## **4.2 Design der Regensburger Katamnesestudie**

### **4.2.1 Datenerhebung**

Zur Beantwortung der Fragestellungen werden anamnestische und katamnestische Daten der im Maßregelvollzug behandelten Patienten gesammelt und ausgewertet. Eingesetzt werden dazu Fragebögen zur Erfassung verschiedener Variablen, die Prädiktoren für den weiteren Verlauf nach der Behandlung umfassen sollen. Die Entwicklung der Fragebögen wurden von Bezzel (2008) ausführlich dargestellt. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik handelt es sich dabei um Fragen aus den Rubriken Allgemeine Angaben, Gesundheit / Suchtentwicklung (vor der forensischen Unterbringung), forensische Anamnese, biografische Anamnese und Abschluss der stationären Behandlung / Therapieverlauf. Schließlich wird auch eine Befragung der Patienten selbst zu verschiedenen Therapiebausteinen und zur Therapie insgesamt durchgeführt.

Innerhalb der Klinik stellt die Katamnesestudie ein inzwischen etabliertes Element der Qualitätssicherung dar. Einerseits werden die Ergebnisse regelmäßig gesichtet und führen auf Klinikleitungsebene zu konzeptionellen Verbesserungen. Sie werden aber auch an die beteiligten Mitarbeiter weitergeleitet, v. a. um die Motivation und die Arbeitszufriedenheit durch die Rückmeldung positiver Verläufe zu verbessern und zukünftige Behandlungsverläufe zu optimieren. Auch Patienten werden ausgewählte Ergebnisse zur Verfügung gestellt, ebenfalls um ihre Motivation zu erhöhen und anhand spezifischer Befunde relevante Punkte für ihre Therapie herauszuarbeiten.

Tabelle 4.2: Erhobene Variablen zum Entlassungszeitpunkt (t0)

Bereiche	Variablen
<b>Allgemeine Angaben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter des Patienten bei Aufnahme</li> <li>- Anlassdelikt</li> <li>- Ergänzung (ab 2006, § 63): primäres Tatmotiv und Beziehung zum Tatopfer</li> <li>- Höhe der Freiheitsstrafe</li> <li>- Zeit in JVA vor Therapiebeginn</li> <li>- Dauer eines (möglichen) Zwischenvollzugs</li> <li>- Art der Entlassung</li> </ul>
<b>Gesundheit / Suchtentwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosen bei Entlassung</li> <li>- (geschätzter) Intelligenzbereich</li> <li>- Alter bei Beginn der Erkrankung</li> <li>- Anzahl stationärer psychiatrischer Vorbehandlungen</li> <li>- Anzahl der Vorbehandlungen im Maßregelvollzug</li> <li>- vorzeitige Therapieabbrüche</li> <li>- bisher längste Abstinenzphase</li> </ul>
<b>Forensische Anamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vordelinquenz</li> <li>- Anzahl der Eintragungen im Strafregister</li> <li>- Alter bei der ersten Straftat</li> <li>- Ergänzung (ab 2006, § 63): Anzahl der Sexualdelikte, Alter beim ersten Sexualdelikt</li> <li>- bisher in Haft verbrachte Lebenszeit</li> </ul>
<b>Biografische Anamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geburtsland</li> <li>- seit wann in Deutschland</li> <li>- Ergänzung (ab 2006): bei wem aufgewachsen, Belastungen in Kindheit und Jugend, Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend</li> <li>- höchster erreichter Schulabschluss</li> <li>- Berufsausbildung</li> <li>- Arbeitssituation vor der Inhaftierung</li> <li>- Ergänzung (ab 2006, § 63): Anzahl der Arbeitsplätze, längstes Arbeitsverhältnis</li> </ul>

Bereiche	Variablen
<b>Abschluss der stationären Behandlung / Therapieverlauf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeit bei Entlassung</li> <li>- Wohnsituation bei Entlassung</li> <li>- Finanzielle Situation bei Entlassung</li> <li>- Schulden/Regulierung</li> <li>- Sozialbeziehungen</li> <li>- Medikamente</li> <li>- Lockerungsmissbrauch/Entweichungen</li> <li>- Tötlichkeiten gegen Personal/gegen Mitpatienten</li> <li>- neue Straftaten</li> <li>- Rückfälle</li> <li>- Behandlungsprobleme</li> <li>- Einschätzung des Behandlungsergebnisses durch das Team</li> <li>- richterliche Weisungen</li> <li>- Entlassungsort</li> <li>- gesetzliche Betreuung</li> <li>- Kontakt zum Bewährungshelfer</li> </ul>
<b>Befragung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewertung einzelner Therapiebausteine</li> <li>- Bewertung der Therapie insgesamt</li> <li>- Wovon haben Sie profitiert?/Was hat Ihnen geholfen?</li> <li>- Was hat Ihnen gefehlt?</li> <li>- Was war Ihnen am Unangenehmsten? Wo hatten Sie Schwierigkeiten?</li> <li>- Verbesserungsvorschläge</li> </ul>

Die vollständigen Fragebögen sind im Anhang angefügt. Die Besonderheit des Designs war zum Entlassungszeitpunkt (t0) die Erhebung und Befragung, die Therapieabbrecher ebenso ausführlich einbezog wie diejenigen, die ihre Therapie erfolgreich abschließen konnten.

Während die erste Befragung, die an den Zeitpunkt der Entlassung gekoppelt war, von den behandelnden Therapeuten durchgeführt wurde, fand die Nachuntersuchung durch den jeweils zuständigen Sozialpädagogen bei den Patienten zu Hause statt. Davon wurde abgewichen, wenn dieser mehr als 100 km entfernt von der Klinik wohnte. In diesem Fall konnten telefonische Befragungen stattfinden. Alle Probanden, die aus



der Klinik nach erfolgreichem Abschluss der Therapie oder nach Ablauf ihrer Höchstfrist, also in der Regel mit erfolgreichem Therapieverlauf entlassen wurden, wurden zur Nachuntersuchung nach Ablauf eines Jahres eingeschlossen. Es wurde ein Katamnesezeitraum von einem Jahr gewählt, um einen relevanten Zeitraum zu berücksichtigen. Der Zeitraum sollte zum einen aus praktischen Gründen nicht zu lange sein, zum anderen auch um Ergebnisse noch auf die vorherige Behandlung zurückführen zu können. Je mehr Zeit seit der Behandlung vergangen ist, desto weniger ist ein festgestelltes Ergebnis tatsächlich auf die zeitlich zurückliegende Behandlung zurückzuführen. In bereits früher durchgeführten Untersuchungen zeigte sich zudem, dass Probleme im Sinne von deliktischen Rückfällen oder psychopathologischen Verschlechterungen gehäuft in einem frühen Zeitraum nach der Entlassung stattfinden und danach nur noch wenig ansteigen (Küfner, Feuerlein & Huber, 1988; Seifert, 2007; Zobel et al., 2005).

Bezüglich des Designs fand zusammen mit einer inhaltlichen Revision in mancher Hinsicht bei der katamnестischen Nachbefragung 2006 eine Veränderung statt. Seit 2006 werden bei den § 64-Patienten nicht mehr nur die erfolgreich Therapierten nachbefragt, sondern auch die Therapieabbrecher. Hier ist die Datenerhebung problematischer, weil diese Gruppe nicht in Freiheit entlassen wird. Üblicherweise werden diese Patienten in die jeweilige Justiz-Vollzugsanstalt verlegt, wo sie in der Regel mindestens noch ein Drittel ihrer Freiheitsstrafe (Reststrafe) verbüßen müssen. Um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, beginnt also die „riskante“ Zeit erst nach Entlassung aus der JVA und soll dann auch ein Jahr umfassen. Ergebnisse aus dieser Gruppe liegen nur für Probanden vor, die ab 2006 aus unserer Klinik entlassen wurde. Eine weitere Veränderung war die Ausweitung des Untersuchungszeitraums für § 63-Patienten. Während diese vorher auch nach Ablauf eines Jahres untersucht und befragt worden waren (t1), wurden zwei weitere Untersuchungszeitpunkte nach drei (t2) und nach fünf Jahren (t3) eingeführt. In der vorliegenden Studie werden entsprechend der Fragestellung zum dreijährigen Katamnesezeitraum Aussagen gemacht. Für die Fünfjahreskatamnese liegen noch keine Ergebnisse vor. Eine weitere Veränderung, die auch das Design betrifft, war die regelmäßige Einbeziehung von Fremddaten ab 2006, die meist bei Bewährungshelfern, manchmal aber auch bei Betreuern oder Nachbehandlern erhoben wurden.

Tabelle 4.3: Erhobene Variablen zum Katamnesezeitpunkt (t1, t2, t3)

Bereiche	Variablen
<b>Angaben zur Datengewinnung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesprächspartner</li> <li>- Fremdanamnestic Angaben</li> <li>- Validität</li> </ul>
<b>Soziale Situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeit</li> <li>- Wohnen</li> <li>- Familie</li> </ul>
<b>Psychischer Zustand / Sucht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychischer Zustand und Medikation</li> <li>- Suchtrückfälle</li> <li>- Umstände des Rückfalls und Inanspruchnahme von Hilfe</li> <li>- erneute Behandlungen</li> </ul>
<b>Delinquenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erneute Straffälligkeit und Konsequenzen</li> </ul>
<b>Erfolgsbewertung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfolgsbewertung durch Interviewer für Krankheitsverlauf und Delinquenz</li> </ul>
<b>Befragung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewertung einzelner Therapiebausteine</li> <li>- Bewertung der Therapie insgesamt</li> <li>- Wie schätzen Sie Ihren Zustand in Bezug auf Sucht, psychisches Befinden, Beruf und soziale Situation ein?</li> </ul>

#### 4.2.2 Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung wird mit SPSS 18.0 vorgenommen. Die Daten liegen überwiegend in nominal bzw. ordinal skalierten Form vor. Aus verschiedenen intervallskalierten Angaben werden ordinalskalierte Gruppen gebildet. Es sollen Häufigkeiten und Kreuztabellen für die Basisdaten dargestellt werden. Um Zusammenhänge zu bestimmen, werden Kontingenzanalysen durchgeführt. Beispielsweise wurde das Alter bei Aufnahme in die Kategorien unter 18 Jahre, 18 bis 21 Jahre, 22 bis 25 Jahre, 26 bis 30 Jahre usw. eingeteilt, um auswertbare Gruppengrößen zu erhalten.

Bei Vergleichen von ordinal skalierten Ergebnissen zwischen zwei unterschiedlichen Teilgruppen der Stichprobe wird der Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Wenn intervallskalierte Daten vorliegen, werden Gruppenunterschiede mit t-Tests überprüft, bei mehreren Gruppen wird zudem eine ANOVA-Varianzanalyse berechnet.

Vor allem bei für die Analyse des poststationären Verlaufs und die vorliegenden Erfolgsmaße liegen Kreuztabellen vor, in denen verschiedene anamnestische Parameter mit Verlaufsparametern nach der Entlassung in Beziehung gesetzt werden. Um die statistische Aussagekraft dieser Zusammenhänge zu überprüfen, werden Chi-Quadrat-Tests nach Pearson berechnet.

#### 4.2.3 Stichprobe

Hinsichtlich der Stichprobe wird auf die Belegung der Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Regensburg zurückgegriffen. Die Klinik ist innerhalb der medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz dafür zuständig, psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter aufzunehmen und zu behandeln. Es gibt dafür im Strafgesetzbuch (StGB) als rechtliche Grundlage die beiden §§ 63 und 64. Im § 63 ist geregelt, welche Straftäter zur Unterbringung in der Psychiatrie verurteilt werden, im § 64 die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Somit befinden sich diese beiden Patientengruppen in der forensischen Klinik und können für eine Untersuchung an entlassenen Patienten herangezogen werden. Da die Entscheidung zur Unterbringung nach diesen beiden Paragraphen erst in einem Prozess fällt, stellt sich die Frage nach einer Unterbringung bis zu diesem Zeitpunkt. Manche Straftäter befinden sich in dieser Zeit in der Untersuchungshaft in einer Justizvollzugsanstalt. Wenn eine Verurteilung nach den §§ 63 oder 64 aber bereits zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich ist, kann bereits dann vorläufig eine Unterbringung nach der Strafprozessordnung (StPO) angeordnet werden. Dies ist im § 126a (StPO) geregelt. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird diese Patientengruppe nicht berücksichtigt, weil nicht immer vom Durchlau-

fen des kompletten Behandlungsprogramms ausgegangen werden kann. Entweder wird nach dem § 126a im Urteil eine Unterbringung nach den §§ 63 oder 64 StGB angeordnet oder der jeweilige Proband wird in eine JVA verlegt oder in Freiheit entlassen. Es werden also alle diejenigen Probanden in der vorliegenden Untersuchung erfasst, die entweder aus dem § 63 oder aus § 64 entlassen wurden. Dabei wurden Patienten nicht berücksichtigt, deren Aufenthaltsdauer kürzer als 30 Tage war.

In der Regensburger Forensik begann die Datenerhebung im März 2001. Es wurde versucht, ab diesem Zeitpunkt alle entlassenen Patienten zu erfassen. Eingeschlossen wurden dabei alle Entlassungen bis Ende des Jahres 2009. Dieser Zeitpunkt wurde deshalb gewählt, damit noch Einjahres-Katamnesen bis Ende 2010 berücksichtigt werden können.

Bereits am Beginn der Datenerhebung 2001 war geplant, die entlassenen Patienten nachzubefragen. Dabei wurde ein Nachbefragungszeitraum von einem Jahr in Freiheit gewählt. In diese Nachbefragung wurden aber Patienten nicht eingeschlossen, die in eine andere Klinik entlassen wurden oder bei denen ein Zwischenvollzug in einer JVA angeordnet worden war. Zudem wurden bei den § 64-Patienten nur die befragt, die eine erfolgreiche Therapie abgeschlossen hatten und in Freiheit bzw. in eine komplementäre Einrichtung entlassen worden waren. Patienten, deren Therapie abgebrochen worden war und die deshalb die restliche Freiheitsstrafe in einer JVA verbüßten, wurden anfangs ebenfalls nicht nachbefragt.

Nach geringfügigen Veränderungen des Fragebogens wurde 2006 begonnen, auch die Therapieabbrecher mit einzuschließen. Um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, wurden diese aber erst befragt, nachdem sie nach Verbüßung der Restfreiheitsstrafe ein Jahr in Freiheit verbracht hatten. Für die § 63-Patienten wurden weitere Befragungszeitpunkte drei und fünf Jahre nach Entlassung eingeführt. Aus diesen Gründen ist die Stichprobe der Nachbefragungen eine Teilmenge der Entlassungs-Stichprobe.

Zum Entlassungszeitpunkt liegen für die Gruppe der ehemals nach § 63 Unterbrachten Daten von 128 Probanden vor, für die § 64-Gruppe sind mit 994 Datensätzen deutlich mehr Probanden vorhanden, insgesamt also 1122.

Die wichtigsten Kennzahlen der Stichproben sollen im Folgenden dargestellt werden und sind in Tabelle 4.4 zusammengefasst.

Tabelle 4.4: Kennzahlen der Gesamt- und Teilstichproben (t0), in Klammern gültige Prozent

	<b>Gesamtstichprobe</b> <b>N = 1122</b>	<b>§ 63 StGB</b> <b>n = 128</b>	<b>§ 64 StGB</b> <b>n = 994</b>
<b>Geschlecht</b>	Männlich: 1039 (92.6 %)	Männlich: 127 (99.2 %)	Männlich: 912 (91.8 %)
<b>Alter bei Aufnahme</b>	Bis 30 Jahre: 618 (55.1 %) 31 - 45 J.: 421 (37.5 %) (missing: 3)	Bis 30 Jahre: 52 (41.3 %) 31 - 45 J.: 57 (45.2 %) (missing: 2)	Bis 30 Jahre: 563 (56.6 %) 31 - 45 J.: 364 (36.6 %) (missing: 1)
<b>Herkunftsland</b>	Deutschland 775 (69.0 %) (missing: 5)	Deutschland 106 (84.8 %) (missing: 3)	Deutschland 669 (67.4 %) (missing: 2)
<b>Höchstens Haupt- schulabschluss</b>	940 (83.8 %) (missing: 21)	101 (82.1 %) (missing: 5)	839 (84.4 %) (missing: 16)
<b>ungelernt / abgebro- chene Lehre</b>	688 (61.3 %) (missing: 8)	72 (57.6 %) (missing: 3)	616 (62.0 %) (missing: 5)
<b>Häufigstes Anlassde- likt</b>	BtMG-Delikt: 487 (42.3 %) (missing: 8)	Körperverletzung: 52 (41.3 %) (missing: 2)	BtMG-Delikt: 484 (47.2 %) (missing: 6)
<b>Häufigste Hauptdiag- nose</b>	F19: 501 (43.7 %) F10 293 (25.6 %) (missing: 13)	F20: 43 (35.0 %) F60-F60.1 42 (34.2 %) (missing: 5)	F19: 499 (48.7 %) F10 282 (27.5 %) (missing: 8)
<b>Freiheitsstrafe</b>	Keine: 76 (6.6 %) 0 < FHS <= 2 J.: 514 (44.6 %) (missing: 8)	Keine: 66 (52.8 %) 0 < FHS <= 2 J.: 24 (19.2 %) (missing: 3)	Keine: 10 (1.0 %) 0 < FHS <= 2 J.: 490 (47.7 %) (missing: 5)
<b>Bedingte Entlassung</b>	434 (38.9 %) (missing: 6)	84 (66.1 %) (missing: 1)	350 (35.2 %) (missing: 5)

Anmerkungen: BtMG-Delikt = Delikt nach dem Betäubungsmittel-Gesetz, FHS = Freiheitsstrafe

Es handelt sich in der Stichprobe überwiegend um männliche Probanden, die häufig jüngeren Alters sind. Etwa ein Drittel wurde nicht in Deutschland geboren. Dies waren 21.0 % Probanden, die in den ehemaligen GUS-Staaten geboren worden waren, und 7.4 % Probanden, die aus dem europäischen Ausland stammten, der Rest kommt aus dem nicht-europäischen Ausland. Ein ebenfalls überwiegender Anteil hat die Schulbahn mit einem Hauptschulabschluss oder einem niedrigeren Abschluss beendet und häufig keine abgeschlossene Berufsausbildung. Sowohl Hauptdiagnose als auch Anlassdelikt unterscheiden sich in den beiden Teilstichproben deutlich. In der Suchtkranken-Stichprobe dominieren polytoxikomane Straftäter mit BtMG-Delikten. In der Gruppe der psychisch Kranken machen Körperverletzungsdelikte sowie Psychotiker dicht gefolgt von Persönlichkeitsgestörten den Hauptanteil aus.

## **5. Ergebnisse**

### **5.1 Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht waren**

#### **5.1.1 Ergebnisse zum Zeitpunkt Entlassung (t0)**

Hier können die Ergebnisse von 128 Probanden Berücksichtigung finden. So viele Patienten wurden im Zeitraum von März 2001 bis Dezember 2009 aus der Fachklinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Regensburg entlassen. Der Großteil wurde dabei auf Bewährung aus dem Maßregelvollzug entlassen, weitere Teilgruppen wurden aber auch in andere Kliniken oder zum Zwischenvollzug in eine Justizvollzugsanstalt verlegt. Fünf Patienten waren während ihrer Unterbringung verstorben.

Verlegungen in andere Kliniken werden dabei aus unterschiedlichen Gründen durchgeführt. Im Rahmen eines positiven Behandlungsverlaufs gibt es einzelne Fälle, bei denen eine Resozialisierung nicht im Raum Regensburg bzw. Oberpfalz/Niederbayern durchgeführt wird. Im Einzelfall werden diese Patienten zur weiteren Resozialisierung in eine wohnortnähere Maßregelvollzugsklinik verlegt. Dagegen gibt es bei einem zahlenmäßig eher größeren Anteil einen ungünstigeren Therapieverlauf mit einer Verlegung in die forensische Klinik nach Straubing. Diese Klinik nimmt unter den bayerischen Forensiken eine Sonderstellung ein. Patienten mit nur wenig Therapiefortschritten oder stagnierendem Therapieverlauf häufig in Kombination mit einem erhöhten Gefährdungsrisiko für Personal können abweichend von der sonstigen regionalen Zuordnung der Unterbrachten in der hochgesicherten Straubinger Klinik untergebracht werden. Von dort aus finden in der Regel keine Lockerungen und dementsprechend auch keine Entlassungen statt. Andererseits empfinden manche Patienten es als angenehm, weniger therapeutischem Druck ausgesetzt zu sein. Des Weiteren gibt es dort sehr hilfreiche schulische und berufliche Qualifikationsmaßnahmen. Das heißt im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung, dass eine Verlegung nach Straubing meist nach eher ungünstigem Therapieverlauf stattfindet. Die meisten Patienten, die dorthin verlegt worden waren, werden später wieder in die vorherigen Kliniken zurückverlegt, um einen neuen Therapieversuch zu beginnen.

Von den erfassten 128 Patienten fand bei insgesamt 85 eine bedingte Entlassung statt. Das heißt diese ehemaligen Patienten wurden unter Auferlegung bestimmter Weisungen in Freiheit entlassen, wobei zu erwähnen ist, dass bei manchen dieser Patienten die Freiheit auch dann noch durch eng strukturierte Heimbedingungen eingeschränkt sein kann. Dies ist für spätere Erhebungszeitpunkte zu berücksichtigen, weil dementsprechend das Risiko für Rückfälle unterschiedlich hoch ist.

Bei weiteren sechs Patienten fand eine formale Entlassung durch die Patientenverwaltung statt, nachdem diese entwichen waren. Die Entweichungen ereigneten sich, als die jeweiligen Patienten Lockerungen unterschiedlicher Qualität wahrnahmen und diese dazu nützten, nicht mehr zurückzukehren.

Wie in der Stichprobenbeschreibung ausgeführt, waren 127 dieser 128 Probanden Männer. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 4.04 Jahre (Standardabweichung 2.98), der Median 3.41 Jahre. Die längste Verweildauer in der Stichprobe lag bei 15.81 Jahren. Wenn nur diejenige Gruppe berücksichtigt wird, bei denen eine bedingte Entlassung stattfand, beträgt das arithmetische Mittel 4.63 Jahre (Standardabweichung 2.92) und der Median 4.32. Immerhin ein Viertel dieser Gruppe hält sich vor der Entlassung weniger als zweieinhalb Jahre in der Forensik auf (2.48 Jahre).

#### **5.1.1.1 Biografie**

##### **a. Geburtsort**

Bei dieser Frage wird das Geburtsland der Probanden erhoben. 106 von 125 Probanden sind in Deutschland geboren worden (84.8 %; missing: 3) und haben nach dieser Definition keinen Migrationshintergrund. Zehn weitere Probanden stammen aus den ehemaligen GUS-Staaten (8 %), während sich die anderen auf weitere Geburtsländer verteilen. Der größte Teil der nicht in Deutschland Geborenen lebt schon mehr als vier Jahre in Deutschland (83.3 %; missing: 4).

##### **b. Elternhaus**

Die Frage nach dem Elternhaus bzw. danach, bei wem der Proband überwiegend aufgewachsen ist, wird seit der Fragebogenrevision 2006 erhoben, weshalb sich hier eine deutlich kleinere Anzahl gewonnener Aussagen ergibt ( $n = 53$ ). Auf den wichtigen Einfluss dieses Faktors wird in einer wachsenden Anzahl von Literaturstellen und auch in verschiedenen Prognose-Instrumenten, z. B. HCR-20 oder SVR-20 hingewiesen (Müller-Isberner, Jöckel & Gonzalez Cabeza, 1998; Müller-Isberner, Gonzalez Cabeza & Eucker, 2000). In der vorliegenden Stichprobe zeigt sich, dass über vier Fünftel bei den eigenen Eltern oder zumindest bei einem Elternteil aufgewachsen sind. Etwa jeder Zehnte wuchs überwiegend in Heimen auf, was als deutlich kritischerer Sozialisationsfaktor gesehen werden darf. Der restliche Anteil ist bei Verwandten oder Pflegeeltern aufgewachsen (vgl. Tab. 5.1).



Tabelle 5.1: Elternhaus, § 63 StGB-Patienten (n = 53)

Aufgewachsen bei (bis zum 15. Lebensjahr)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 46)
Bei den Eltern	34	64.2
Bei einem Elternteil	9	17.0
Bei Pflegeeltern/Verwandten	3	5.7
In einem Heim	6	11.3
sonstiges	1	1.9
missing	7	
Gesamt	53	

### c. Familiäre Belastungen

Ebenfalls ab 2006 wurde begonnen, familiäre Belastungen als Risikofaktor zu erheben. Hier zeigt sich ein für die Probanden deutlich kritischeres Bild. Es liegen Angaben über insgesamt 60 Probanden vor (missing: 2). Bei 49 von 58 werden familiäre Belastungen als Risiko angegeben. Nur bei 15.5 % wird diese Aussage als unbelastet angegeben. Es zeigt sich dabei, dass Trennungen bzw. Scheidungen mit annähernd 50 % die größte Rolle spielen, aber auch Gewalttätigkeit (36.7 %) und Sucht (30.6 %) der Eltern häufig vorkommen. Bei immerhin 12.2 % spielte die Delinquenz der Eltern oder eines Elternteiles eine belastende Rolle.

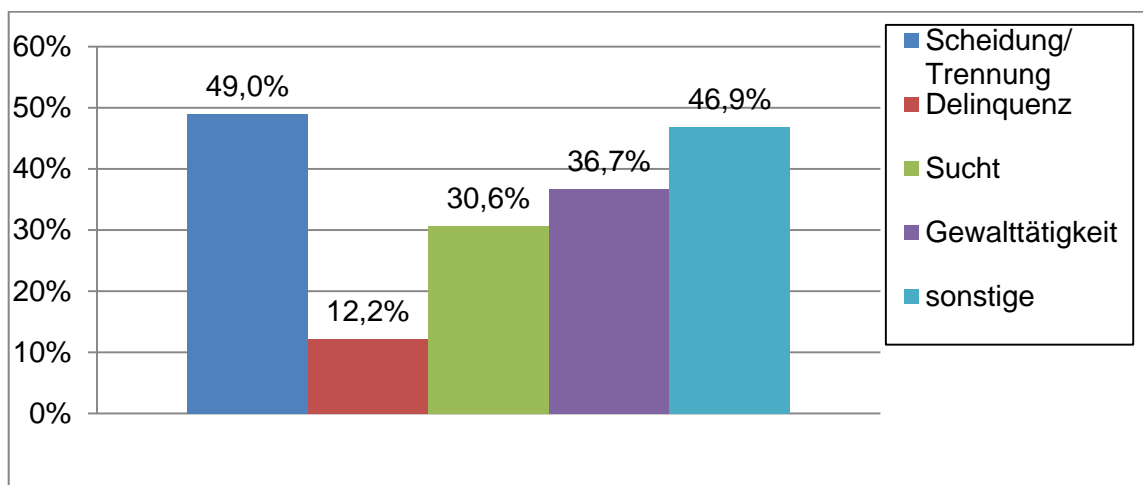


Abbildung 5.1: Familiäre Belastungen, § 63 Patienten (n = 60; missing: 2), Mehrfachnennungen möglich

#### d. Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend

Eine ähnliche Rolle sollten Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend spielen. Bei der Auswertung der 60 Datensätze (missing: 1) werden bei 42 der 59 Probanden Auffälligkeiten festgestellt (72.1 %). Mit über der Hälfte bei den angegebenen Fällen sind Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensstörungen am häufigsten.

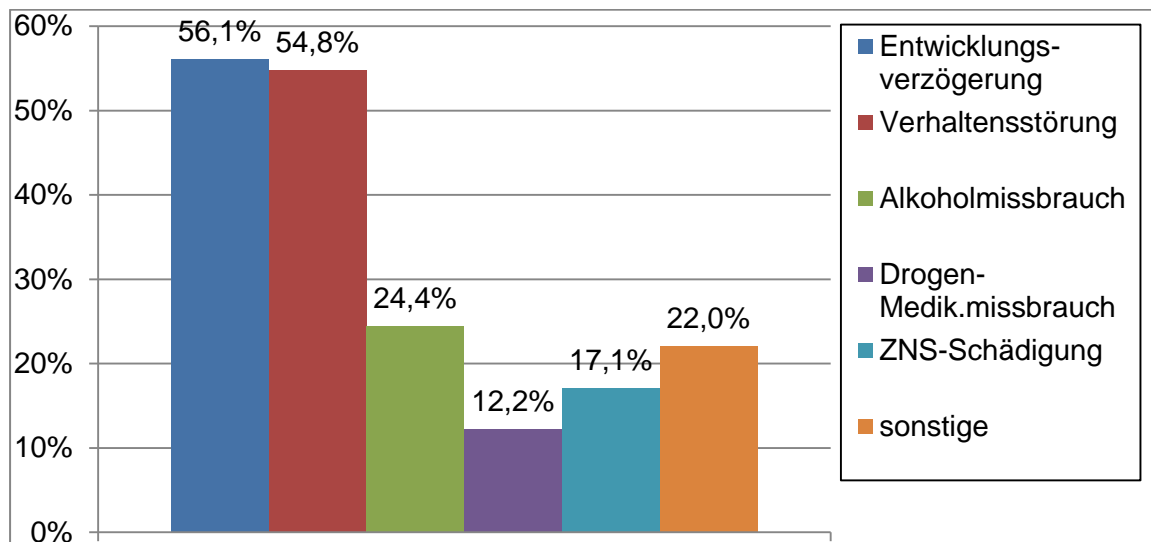


Abbildung 5.2: Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, § 63 Patienten (n = 60; missing: 1), Mehrfachnennungen möglich

### e. Schul- und Berufsbildung

Hinsichtlich der Schulbildung zeigt sich, dass lediglich 5.7 % (missing: 5) eine gymnasiale Schulausbildung erfolgreich absolviert haben. Bei nahezu zwei Dritteln (62.6 %) liegt kein qualifizierender Schulabschluss vor.

Tabelle 5.2: Schulbildung, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Schule	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 123)
Förderschule	33	26.8
Hauptschule (ohne qualifizierenden Abschluss)	44	35.8
Hauptschule (mit qualifizierenden Abschluss)	24	19.5
Realschule	10	8.1
Gymnasium	7	5.7
sonst: Unklare Schulausbildung	5	4.1
missing	5	
Gesamt	128	

Auch hinsichtlich der beruflichen Bildung kann ein vergleichsweise niedriges Ausbildungsniveau festgestellt werden. Deutlich über die Hälfte der Probanden (57.6 %) haben entweder überhaupt keine Ausbildung oder konnten eine Ausbildung nicht mit einem regulären Abschluss beenden. Ungefähr ein Drittel (36.0 %) kann eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen.

## f. Arbeitssituation vor Aufnahme

Auch in der jeweiligen Arbeitssituation, die vor Aufnahme in die JVA oder in die Forensik vorliegt, bildet sich das niedrige Ausbildungsniveau ab. Ein Großteil dieser Gruppe ging vor dem Zeitpunkt der Inhaftierung keiner geregelten Tätigkeit nach (62.3 %; missing: 6). Nur in etwa jeder Zehnte hatte ein reguläres sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis inne, immerhin weitere 6.6 % waren selbständig, wobei selbständige Tätigkeiten sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können. Fast jeder Zehnte war bereits berentet, hatte damit aber in der Regel ebenfalls keine geregelte und strukturierende Tätigkeit.

Tabelle 5.3: Arbeit vor Aufnahme, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Arbeit vor Aufnahme	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 122)
erwerbslos	76	62.3
Ausbildung	4	3.3
Berentung	12	9.8
Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis	14	11.5
selbständig	8	6.6
Minijob	3	2.5
sonstiges	5	4.1
missing	6	
Gesamt	128	

Es wurden auch Angaben dazu erhoben, wie viele Arbeitsstellen die Probanden bisher hatten und wie lange sie an der am längsten ausgeübten Arbeitsstelle gearbeitet haben. Auch hier kommt die niedrigere Gesamtzahl dadurch zustande, dass dieses Item erst bei der Fragebogenrevision 2006 eingeführt wurde. Dieser Faktor wird deshalb als riskant in der Literatur diskutiert und in Prognoseinstrumenten geführt, weil häufig bei dissozialen Straftätern das Problem besteht, dass es ihnen schwer fällt, über einen längeren Zeitraum eine bestimmte Tätigkeit auszuführen. Sie verspüren dabei recht schnell ein Gefühl von Langeweile und fühlen sich auch nicht durch Regeln oder soziale Normen genügend gebunden und verlassen die Arbeit oder wechseln sehr schnell

zu einer nächsten. In vorliegender Stichprobe gibt es mit über einem Viertel bereits eine sehr große Gruppe, die bisher noch keinen regulären Arbeitsplatz hatte. Knapp jeder Zehnte hatte bereits mehr als zehn verschiedene Arbeitsplätze und weitere 12.1 % lagen in der Gruppe mit 7 bis 10 Arbeitsplätzen. Für die Dauer, wie lange eine Arbeitsstelle bisher am längsten gehalten werden konnte, liegen von 39 Probanden Angaben vor. Acht (20.5 %) konnten das länger als fünf Jahre, bei immerhin 13 (33.3 %) waren es zwei bis fünf Jahre.

Tabelle 5.4: Anzahl der Arbeitsplätze, § 63 StGB-Patienten (n = 62)

Anzahl Arbeitsplätze	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 58)	Kumulierte Prozent
keine	16	27.6	27.6
1 - 3 Arbeitsplätze	14	24.1	51.7
4 - 6 Arbeitsplätze	16	27.6	79.3
7 - 10 Arbeitsplätze	7	12.1	91.4
mehr als 10 Arbeitsplätze	5	8.6	100.0
missing	4		
Gesamt	62		

#### g. Alter bei Aufnahme

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie alt die Probanden bei ihrer Aufnahme zur aktuellen forensischen Behandlung waren. In etwa jeder Zehnte (9.5 %) war zu diesem Zeitpunkt noch unter 21 oder 21 Jahre alt. Über zwei Drittel (69.0 %) waren unter vierzig Jahre alt und nur gute 6 % sind älter als 50 Jahre (vgl. Tab. 5.5).

Tabelle 5.5: Alter bei Aufnahme, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Alter bei Aufnahme	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 126)	Kumulierte Prozent
unter 18 Jahre	1	0.8	0.8
18 – 21 Jahre	11	8.7	9.5
22 – 25 Jahre	11	8.7	18.3
26 – 30 Jahre	29	23.0	41.3
31 – 35 Jahre	21	16.7	57.9
36 – 40 Jahre	14	11.1	69.0
41 – 45 Jahre	22	17.5	86.5
46 – 50 Jahre	9	7.1	93.7
51 – 55 Jahre	3	2.4	96.0
56 – 60 Jahre	3	2.4	98.4
mehr 60 Jahre	2	1.6	100.0
missing	2		
Gesamt	128		

### 5.1.1.2 Klinische Anamnese

#### a. Diagnose

Es werden für jeden Probanden maximal drei psychiatrische Diagnosen nach dem Internationalen Klassifikationssystem ICD-10, Kapitel F erhoben (Dilling et al. 1993), die bei Entlassung vorliegen. Dies kann sich durchaus vom Aufnahmezustand unterscheiden, weil während des längeren Aufenthaltes in der Forensik Veränderungen möglich sind, zum anderen aber wegen der längeren Zeitdauer präzisere Diagnosen gestellt werden können. Bei 123 der 128 Probanden (missing: 5) wird von den jeweiligen Untersuchern eine Hauptdiagnose angegeben. Die führende Diagnosegruppe der Patienten, die aus dem Maßregelvollzug entlassen werden, sind die Schizophrenie und wahnhaftige Störungen. Mehr als jeder Dritte aus vorliegender Untersuchungspopulation hat diese Diagnose. In etwa genauso groß ist die Gruppe derer, deren Diagnose aus der Kategorie F6 ist. Es ist hier jedoch sinnvoller, in Persönlichkeitsstörungen und Störungen aus dem sexuellen Bereich (hier im Vordergrund Pädosexualität) zu unterscheiden. So ergibt sich für Persönlichkeitsstörungen ein Anteil von 26,0 %, häufig sind hier dissoziale Persönlichkeitsstörungen. Für die sexuellen Störungen ergibt sich ein Anteil von 8,1 %. Die drittgrößte Gruppe sind Minderbegabungen, insgesamt 16 der 123 Probanden erhalten diese Hauptdiagnose (13,0 %). Insgesamt 4,9 % sind laut dieser Diagnose in ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit sogar mittelgradig beeinträchtigt. Immerhin jeder Zehnte erhält auch hier in der §-63-Stichprobe eine Hauptdiagnose aus dem Abhängigkeitsbereich.

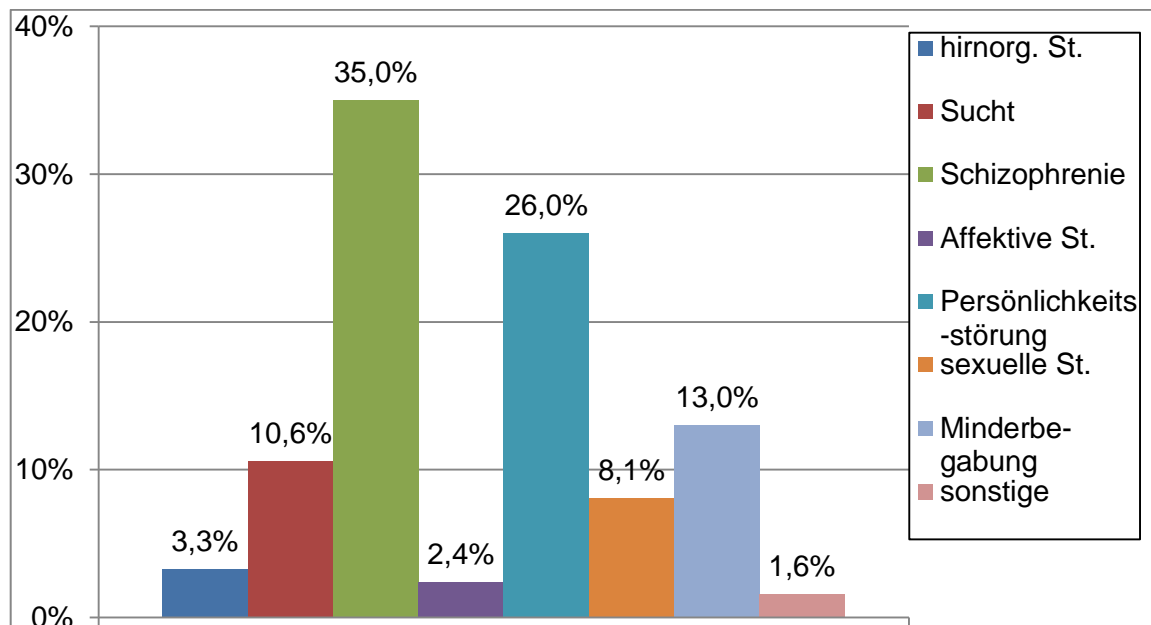


Abbildung 5.3: Hauptdiagnose, § 63 StGB-Patienten (n = 128; missing: 5)

Insgesamt 87 der Probanden erhalten von den Untersuchern eine Zweitdiagnose (70.2 %; n = 128; missing: 4). Bei der Zweitdiagnose wird besonders deutlich, dass viele der in der Psychiatrie untergebrachten Straftäter unter einer sogenannten Doppeldiagnose leiden, d. h., dass sie außer ihrer Hauptdiagnose auch noch eine Abhängigkeitserkrankung haben. In der vorliegenden Gruppe ist dies bei 44.8 % der Probanden der Fall, die eine Zweitdiagnose haben. Bezogen auf die Gesamtgruppe von 128 bedeutet das einen gesicherten Anteil von 30.5 %. Nimmt man die dritte Diagnose mit dazu ergeben sich 43.8 %. Auch bei den Zusatzdiagnosen spielt eine weitere Persönlichkeitsstörung eine wichtige Rolle, von den vergebenen Zweitdiagnosen immerhin jede Fünfte.

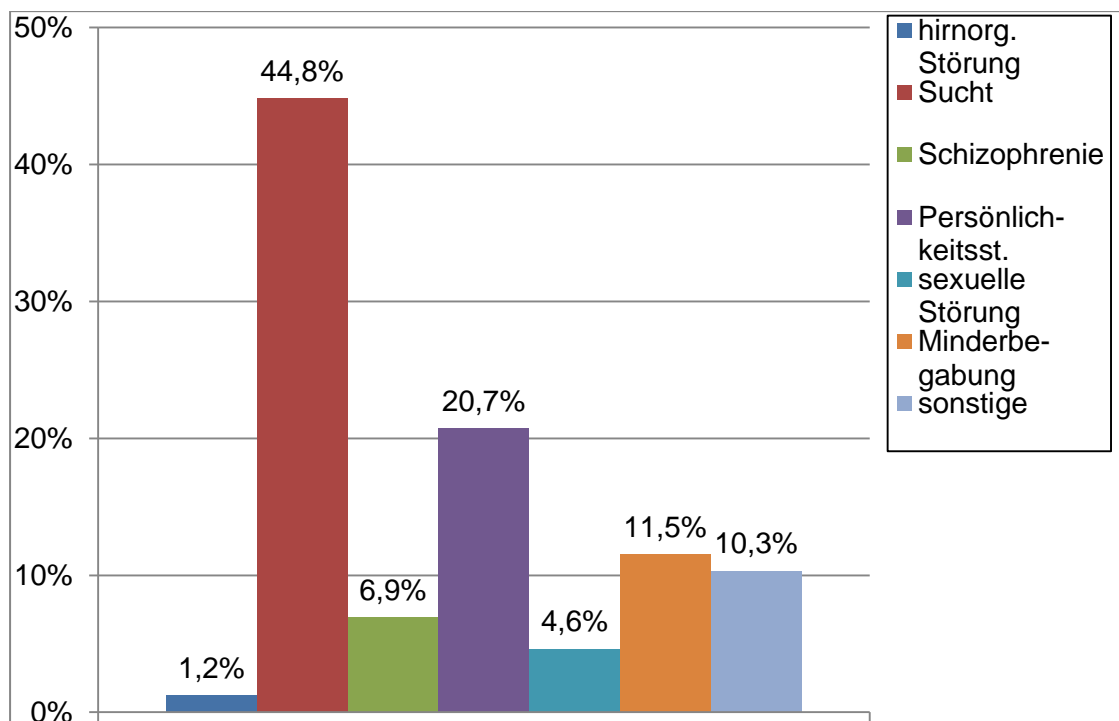


Abbildung 5.4: Diagnose 2, § 63 StGB-Patienten (n = 87; missing: 4)



**b. Intelligenzniveau**

Bei den Diagnosen wurde bereits auf die Minderbegabungen eingegangen. Um jedoch ein zusätzliches Merkmal zu erheben, das Aussagen auf die Therapiefähigkeit von Probanden zulässt, wurde von den Untersuchern eine pauschale Einschätzung der intellektuellen Leistungsfähigkeit in Kategorien erhoben (minderbegabt, unterer Durchschnitt, durchschnittlich, oberer Durchschnitt, überdurchschnittlich).

Tabelle 5.6: Intelligenzschätzung, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Intelligenzschätzung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 125)	Kumulierte Prozent
minderbegabt	26	20.8	20.8
unterer Durchschnitt	34	27.2	48.0
durchschnittlich	50	40.0	88.0
oberer Durchschnitt	9	7.2	95.2
überdurchschnittlich	6	4.8	100.0
missing	3		
Gesamt	128		

**c. Psychiatrische Vorgeschichte**

Für diesen Bereich wurde als maßgebliches Kriterium erhoben, wann der Beginn der psychiatrischen Erkrankung vermutet wird. Weiterhin soll festgestellt werden, ob der jeweilige Patient bereits stationär psychiatrisch vorbehandelt wurde und wie oft. Bezüglich dem Ersterkrankungsalter liegen von 120 Probanden Angaben vor (missing: 8). Bei fast 95 % trat die Erkrankung zum ersten mal vor dem Alter von 35 Jahren auf, bei Dreiviertel der Patienten (n = 43; 75.0 %) bereits vor dem Alter von 25 Jahren. Wenn man die Gesamtgruppe in die beiden größten Gruppen trennt, lässt sich die Verteilung für schizophrene Patienten der von Persönlichkeitsgestörten gegenüberstellen. Es wird dabei sehr deutlich, dass bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Hälfte der Fälle der Beginn bereits vor Erreichen des 18. Lebensjahres gesehen wird und bei einem nahezu gleich großen Anteil vor 25, insgesamt also deutlich über 90 %. Bei den Schizophrenen dagegen kommt ein so früher Beginn seltener vor, die Hauptgruppen liegen zwischen 18 und 25 Jahren und zwischen 26 und 35.

Tabelle 5.7: Erkrankungsalter in Abhängigkeit von Hauptdiagnose, § 63 StGB-Patienten (n = 72)

Diagnose	Unter 18 Jahren	18 bis 25 Jahre	26 bis 35 Jahre	Über 36 Jahre	Gesamt
<b>F20-F29</b> <b>Schizophrenie und wahn- hafte Störungen</b>	7 (17.1 %)	14 (34.1 %)	17 (41.5 %)	3 (7.3 %)	41 (100.0 %)
<b>F60-F61</b> <b>Persönlichkeitsstörungen</b>	15 (48.3 %)	14 (45.2 %)	2 (6.5 %)	0 (0.0 %)	31 (100.0 %)
<b>Gesamt</b>	22 (30.6 %)	28 (38.9 %)	19 (26.4 %)	3 (4.2 %)	72 (100.0 %)

Zur statistischen Absicherung dieses Unterschiedes wurde der Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Nach diesem Test unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant. Bei den Persönlichkeitsgestörten wird der jeweilige Erkrankungsbeginn deutlich früher angegeben.

Tabelle 5.8: Erkrankungsalter in Abhängigkeit von Hauptdiagnose, § 63 StGB-Patienten (n = 72), Mann-Whitney-U-Test

Diagnose	Anzahl	Mittlerer Rang	Rangsumme
<b>F20-F29</b> <b>Schizophrenie und wahnhafte Störungen</b>	41	44.50	1824.50
<b>F60-F61</b> <b>Persönlichkeitsstörungen</b>	31	25.92	803.50
<b>Mann-Whitney-U</b>	307.50		
<b>z</b>	-3.94		
<b>Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)</b>	.00		

Auch bei Betrachtung der stationär psychiatrischen Vorbehandlung ist die hohe Belastung der nach § 63 Untergebrachten zu erkennen. So sind bereits 77 der Probanden (61.6 %; missing: 3) zu einem früheren Zeitpunkt bekanntermaßen mehrmals stationär psychiatrisch behandelt worden. Nur jeder Vierte (24.0 %) hatte bisher überhaupt keine

stationäre Vorbehandlung in der Psychiatrie. Geringer ist dagegen der Anteil derer, die bereits in der Vorgeschichte im Maßregelvollzug behandelt worden waren. 90 (72.0 %; missing: 3) hatten hier keinerlei Vorerfahrung. Es ist somit festzustellen, dass der psychiatrische Verlauf der jeweiligen Probanden schon über einen längeren Zeitverlauf nachvollzogen werden kann, dies aber in der überwiegenden Anzahl der Fälle noch zu keiner forensischen Behandlung geführt hat.

Auch im Durchhaltevermögen bei stationär-psychiatrischen Maßnahmen sollte sich der Schweregrad einer Störung abbilden lassen. Hier wird die Abbruchquote jeglicher stationärer Vorbehandlung (forensisch und regulär psychiatrisch) in der Vorgeschichte mit 45.3 % angegeben (39; missing: 16). Bei immerhin mehr als der Hälfte aller Angaben ist das nicht der Fall, durchgeführte Behandlungsmaßnahmen wurden vermutlich abgeschlossen.

### 5.1.1.3 Forensische Anamnese

#### a. Anlassdelikt

Eine der wichtigsten Informationen im forensischen Kontext ist die über das jeweilige Anlassdelikt. Bereits bei der Urteilsfindung hat diese Information einen maßgeblichen Einfluss auf die Zeitstrafe, falls eine solche verhängt wird, aber auch darauf, ob von den Richtern eine Unterbringung in der Psychiatrie angeordnet wird oder nicht. Die Schwere dieses Delikts muss sozusagen den schwerwiegenden Eingriff der zunächst unbefristeten Unterbringung rechtfertigen. Bei den nach § 63 StGB in der Psychiatrie untergebrachten Patienten stehen Körperverletzungsdelikte deutlich im Vordergrund (41.3 %). Für zwei von fünf Patienten trifft dies zu. Jeder fünfte hat ein Sexualdelikt (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, sexueller Missbrauch o.a.) begangen. Die meisten unter diesen wiederum sind Missbrauchsdelikte. In der drittgrößten Gruppe haben 21 Probanden (16.7 %) Betrugs- oder Diebstahlsdelikte begangen. Mit 7.1 % gehört die Gruppe der Tötungsdelikte zwar zu den Kleineren, ist aber aus Opfersicht und auch aus Sicht der Gesellschaft die mit den schlimmsten Auswirkungen. Üblicherweise kann zur Gruppenbildung die Gruppe von Gewaltstraftätern gebildet werden, wenn von den jeweils schwerwiegendsten Delikten Tötungs- und Körperverletzungsdelikte zusammengefasst werden. Hier sind das 61 der Täter (48.4 %; missing: 2).

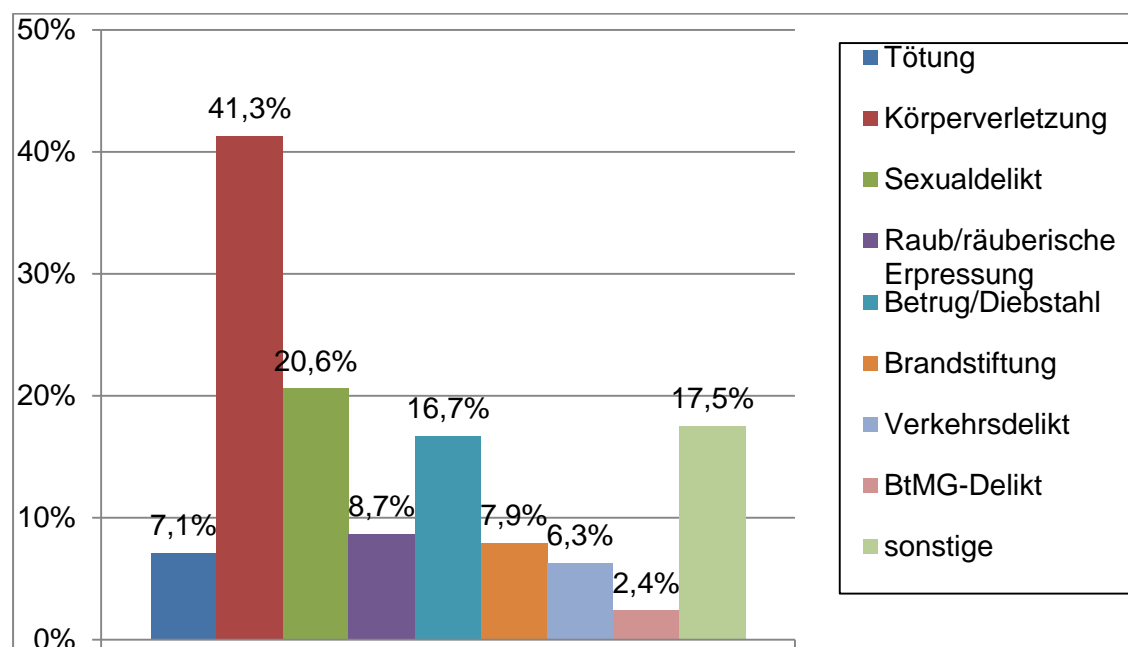


Abbildung 5.5: Anlassdelikt, § 63 StGB-Patienten (n = 128; missing: 2), Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 5.9: Kreuztabelle zu Delikten nach Diagnosegruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 128; missing: 2), Mehrfachnennungen möglich

Diagnose- gruppe	T (in %)	KV (in %)	Sex (in %)	Raub (in %)	Betrug (in %)	Brand (in %)	Ver (in %)	BtMG (in %)	Sonst (in %)
<b>F20 Schizo., wahnhaft</b>	3 (7.0)	29 (67.4)	4 (9.3)	4 (9.3)	6 (14.0)	0 (0.0)	2 (4.7)	2 (4.7)	8 (18.6)
<b>F60 PS ohne sex.</b>	2 (6.3)	6 (18.8)	6 (18.8)	5 (15.6)	10 (31.3)	3 (9.4)	3 (9.4)	0 (0.0)	8 (25.0)
<b>F65 sexuelle St.</b>	0 (0.0)	1 (10.0)	9 (90.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>F70 Minder- begabung</b>	2 (12.5)	5 (31.3)	4 (25.0)	1 (6.3)	3 (18.8)	3 (18.8)	1 (6.3)	0 (0.0)	2 (12.5)
<b>sonstige</b>	2 (8.0)	11 (44.0)	3 (12.0)	1 (4.0)	1 (4.0)	4 (16.0)	2 (8.0)	1 (4.0)	4 (16.0)
<b>Gesamt</b>	9 (7.1)	52 (41.3)	26 (20.6)	11 (8.7)	21 (16.7)	10 (7.9)	8 (6.3)	3 (2.4)	22 (17.5)

Anmerkungen: T = Tötung, KV = Körperverletzung, Sex = Sexualdelikt, Raub = Raub / räuberische Erpressung, Betrug = Betrug / Diebstahl, Brand = Brandstiftung, Ver = Verkehrsdelikt, BtMG = BtMG-Delikt, sonst. = sonstige Delikte, Mehrfachnennungen möglich

Wenn Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Delikten betrachtet werden, sind nur bei Delikten, die in der Stichprobe häufiger auftreten, die erwarteten Häufigkeiten in den einzelnen Feldern groß genug (erwartete Häufigkeit > 5), damit Ergebnisse auch statistisch abgesichert werden können. Dies trifft für Tötungsdelikte, Raub/räuberische Erpressung, Betrug/Diebstahl, Brandstiftung, Verkehrsdelikte, BtMG-Delikte und sonstige Delikte nicht zu. Für Körperverletzungsdelikte wird nur in einem Feld (10.0 % der Fälle) diese Häufigkeit nicht erreicht. Das Ergebnis ist deutlich und bildet inhaltlich ab, dass die Psychotiker relativ gesehen häufig Körperverletzungsdelikte begingen, während das bei Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeits- und sexuellen Störungen sehr selten vorkommt. Auf eine statistische Absicherung wird wegen der zu geringen Zellenbesetzung verzichtet.

Bei den Sexualdelikten wird bei zwei Feldern (20.0 %) diese Häufigkeit nicht erreicht. Inhaltlich sind diese Delikte erwartungsgemäß bei den sexuellen Störungen mit 90.0 % sehr häufig und vor allem bei den Psychotikern mit 9.3 % sehr gering.

## **b. Angaben zum Anlassdelikt**

Um ein genaueres Verständnis zu bekommen, aus welchem Motiv die Täter das jeweilige Anlassdelikt begangen haben, wurde nach der Fragebogenrevision die Frage nach dem primären Motiv eingeführt. Eine gruppenbezogene statistische Auswertung ist aufgrund der noch geringen Fallzahlen nicht möglich. Während hier materiell Bereicherung als Motiv nur eine geringe Rolle spielt (6.8 %), geht es bei mehr als jedem Dritten vorwiegend um das Ausagieren aggressiver Impulse (37.3 %). Falls es ein Tatopfer gab, wird im Fragebogen auch die Beziehung zu diesem Opfer untersucht. Hier sind die beiden Kategorien Bekanntschaft und anonymes Opfer deutlich führend. Wenn sich das vermutete Motiv keiner der vorgegebenen Kategorien zuordnen lässt oder unklar ist, wird es in der Kategorie sonstiges eingeordnet (z. B. gruppenspezifisches Geschehen).

*Tabelle 5.10: Primäres Motiv für das Anlassdelikt, § 63 StGB-Patienten (n = 61)*

<b>Primäres Motiv für das Anlassdelikt</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Gültige Prozent (n = 59)</b>
<b>Ausagieren aggressiver Impulse</b>	22	37.3
<b>Sexueller Lustgewinn</b>	14	23.7
<b>Materielle Bereicherung</b>	4	6.8
<b>Situationsverkenntung</b>	12	20.3
<b>sonstiges</b>	7	11.9
<b>missing</b>	2	
<b>Gesamt</b>	61	

Tabelle 5.11: Beziehung zum Tatopfer, § 63 StGB-Patienten (n = 61)

Beziehung zum Tatopfer	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 54)
unbekannt/unklar	6	11.1
(intime) Partnerschaft	4	7.4
Bekanntschaft	24	44.4
anonymes Opfer	20	37.0
missing	7	
Gesamt	61	

Für eine genauere Einschätzung des Schweregrades einer Straftat kann unter anderem auch die Freiheitsstrafe herangezogen werden, zu der ein Täter verurteilt wurde. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist dabei aber zu berücksichtigen, dass bei Vorliegen einer verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) dies bei der Dauer Freiheitsstrafe mildernd berücksichtigt wird. Wenn ein Täter schuldunfähig ist (§ 20 StGB), wird überhaupt keine Freiheitsstrafe neben der Unterbringung in der Psychiatrie ausgesprochen. Dies trifft bei 66 der Probanden, d. h. für mehr als die Hälfte (52.8 %; missing: 3), zu. Für die restlichen Probanden ist die Zeitstrafe in etwa gleich verteilt. Wenn die Dauer der Freiheitsstrafe mit anderen Variablen in Beziehung gesetzt wird, wird ein geringfügiger Zusammenhang zur Diagnosegruppe sichtbar. So ist bei der Gruppe der schizophrenen Patienten der Anteil mit keiner Freiheitsstrafe mit 79.1 % (n = 43) und bei den Minderbegabten mit 81.3 % (n = 16) höher als in der Gesamtgruppe. Bei den Persönlichkeitsgestörten ist er mit 21.9 % (n = 32) und bei den Patienten mit sexuellen Störungen mit 10.0 % (n = 10) niedriger. Dementsprechend sind bei diesen beiden Diagnosegruppen Zeitstrafen über drei Jahre bei fast jedem Dritten Probanden auch am häufigsten.

Bezogen auf das Anlassdelikt fällt auf, dass bei Tötungsdelikten in allen Fällen (100.0 %; n = 9) keine Freiheitsstrafe ausgesprochen wurde. Hier wurde also bei allen Probanden das Vorliegen einer Schuldunfähigkeit angenommen.

Tabelle 5.12: Höhe der Freiheitsstrafe, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Höhe der Freiheitsstrafe	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 125)	Kumulierte Prozent
keine	66	52.8	52.8
bis einschließlich 6 Monate	2	1.6	54.4
7 Monate – 1 Jahr	8	6.4	60.8
13 – 18 Monate	6	4.8	65.6
19 – 24 Monate	8	6.4	72.0
25 – 30 Monate	7	5.6	77.6
31 – 36 Monate	6	4.8	82.4
3 – 5 Jahre	18	14.4	96.8
über 5 Jahre	4	3.2	100.0
missing	3		
Gesamt	128		



Tabelle 5.13: Kreuztabelle zur Dauer der Freiheitsstrafe nach Diagnosegruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 128; missing: 3)

Diagnose- gruppe	Keine mon. (in %)	bis 6 mon. (in %)	6 - 12 mon. (in %)	13 – 18 mon. (in %)	19 – 24 mon. (in %)	25 – 30 mon. (in %)	31 – 36 mon. (in %)	3 – 5 Jahre (in %)	über 5 Jahre (in %)	
<b>F20 Schizo., wahnhaft</b>	34 (79.1)	1 (2.3)	1 (2.3)	2 (4.7)	1 (2.3)	2 (4.7)	2 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	43
<b>F60 PS ohne sexuelle Stör.</b>	7 (21.9)	1 (3.1)	3 (9.4)	2 (6.3)	3 (9.4)	3 (9.4)	2 (6.3)	10 (31.3)	1 (3.1)	32
<b>F65 sexuelle Störungen</b>	1 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	10
<b>F70 Minder- begabung</b>	13 (81.3)	0 (0.0)	2 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)	16
<b>sonstige</b>	11 (45.8)	0 (0.0)	2 (8.3)	2 (8.3)	2 (8.3)	0 (0.0)	1 (4.2)	4 (16.7)	2 (8.3)	24
<b>Gesamt</b>	66 (52.8)	2 (1.6)	8 (6.4)	6 (4.8)	8 (6.4)	7 (5.6)	6 (4.8)	18 (14.4)	4 (3.2)	125

### c. Vordelikte

Aussagekräftige Indikatoren im Rahmen der forensischen Vorgeschichte sind die Vorstrafen, was die Anzahl und auch die Art der Delikte betrifft, aber auch der Beginn der Delinquenz. Von den 128 Probanden liegen zu Vorstrafen die Daten von 125 Probanden vor (missing: 3). 94 davon (75.2 %) sind bereits vorbestraft. 41 Probanden sind ein bis fünf mal vorbestraft (32.8 %). Das macht in der Gruppe der § 63-Patienten einen Anteil von deutlich mehr als der Hälfte (57.6 %) aus, der höchstens fünf Eintragungen im Strafregister hat.

Tabelle 5.14: Eintragungen im Strafregister, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Eintragungen im Strafregister	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 125)	Kumulierte Prozent
unbekannt	9	7.2	7.2
keine	31	24.8	32.0
1 bis 5 Eintragungen	41	32.8	64.8
6 bis 10 Eintragungen	20	16.0	80.8
11 bis 15 Eintragungen	14	11.2	92.0
16 bis 20 Eintragungen	7	5.6	97.6
über 20 Eintragungen	3	2.4	100.0
missing	3		
<b>Gesamt</b>	<b>128</b>		

Tabelle 5.15: Vordelinquenz, § 63 StGB-Patienten (n = 128; missing: 3), Mehrfachnennungen möglich

Vordelinquenz	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 125)
Tötungsdelikte	2	1.6
Körperverletzung	41	32.8
Sexualdelikt	22	17.6
Raub/räuberische Erpressung	14	11.2
Betrug/Diebstahl	60	48.0
Brandstiftung	9	7.2
BtMG-Delikte	16	12.8
Verkehrsdelikte	40	32.0
Sonstige Delikte	37	29.6

Was die Art der Vordelikte betrifft, werden hier am meisten Betrugs- und Diebstahldelikte berichtet. Ungefähr jeder zweite Proband ist hier betroffen. In etwa jeder Dritte hat eine Körperverletzung oder ein Verkehrsdelikt begangen.

Wenn man die Anlassdelikte mit der Vordelinquenz in Beziehung setzt und korreliert, ergeben sich für das Anlassdelikt Tötung keine signifikanten Zusammenhänge. Beim Anlassdelikt Körperverletzung ergibt sich eine signifikante Korrelation mit Körperverletzungen in der Vorgeschichte (Korrelation nach Pearson: .466\*\*\*). Beim Anlassdelikt Sexualstraftat trifft selbiges für gleichartige Vordelinquenz zu (Korrelation nach Pearson: .498\*\*\*). Beim Anlassdelikt Raub/räuberische Erpressung gibt es zwei signifikante Korrelationen, die etwas niedriger und auf niedrigerem Signifikanzniveau ausfallen, einmal mit der Vordelinquenz Raub/räuberische Erpressung (Korrelation nach Pearson: .251\*), zum anderen mit Betrug/Diebstahl (Korrelation nach Pearson: .207\*). Auch beim Anlassdelikt Betrug/Diebstahl liegen zwei etwas niedrigere Korrelationen mit Sexualdelikten (Korrelation nach Pearson: -.211\*) und mit Betrug/Diebstahl (Korrelation nach Pearson: .274\*\*) in der Vorgeschichte vor. Eine sehr hohe Korrelation liegt bei Brandstiftern mit Brandstiftungen in der Vorgeschichte vor (Korrelation nach Pearson: .552\*\*\*). Sowohl Verkehrs- als auch BtMG-Delinquente sind vor allem mit jeweils gleich gearteten Vordelikten belastet, Verkehr (Korrelation nach Pearson: .337\*\*), BtMG (Korrelation nach Pearson: .403\*\*\*). Man kann somit davon ausgehen, dass man in der Regel ein gleichartiges Vordelikt in der Vorgeschichte findet, wenn Vordelinquenz vorliegt.

Das Alter, welches für die erste Straftat angegeben wird, liegt bei 42 Probanden noch vor dem Erreichen der Volljährigkeit (35.0 %; missing: 8). Etwas mehr als jeder Zweite hat seine erste Straftat bis zum Alter von 20 Jahren begangen. Andererseits begehen in dieser Teilstichprobe ihre erste Straftat erst mit 31 Jahren oder später. In diese Auswertung gehen auch nicht geahndete Taten mit ein, wobei man hier in der Befragung auf die Ehrlichkeit der Probanden angewiesen ist, während die verurteilten Straftaten meist aus den Auszügen aus dem Bundeszentralregister entnommen werden können.

Tabelle 5.16: Alter bei der ersten Straftat, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Alter bei 1.Straftat	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 120)	Kumulierte Prozent
unter 18 Jahre	42	35.0	35.0
18 bis 20 Jahre	20	16.7	51.7
21 bis 30 Jahre	35	29.2	80.8
31 bis 40 Jahre	14	11.7	92.5
über 40 Jahre	9	7.5	100.0
missing	8		
Gesamt	128		

Bei Bezugnahme auf die jeweiligen Diagnosegruppen fällt auf, dass ein Schwerpunkt des frühzeitigen Delinquenzbeginns einerseits bei den Persönlichkeitsgestörten (58.1 %), andererseits bei den Minderbegabten (46.7 %) liegt. Bei den Persönlichkeitsgestörten mag dies an der Dissozialität liegen, die bereits früh begann und zur Delinquenz führte, bei den Minderbegabten eher an mangelnden kognitiven Fähigkeiten beim Einhalten wichtiger Regeln. Während bei diesen beiden Gruppen kaum ein Ersttatalter über 40 Jahren vorkommt, ist dies bei schizophrenen Patienten, die eben nicht unbedingt von früher Jugend an dissozial sind, zumindest manchmal der Fall (12.2 %). Auch bei Probanden mit sexuellen Störungen kommt dies mit 20.0 % manchmal vor.

Wenn die Probanden nach ihren jeweiligen Anlassdelikten aufgeteilt werden, gibt es einzelne Deliktgruppen, bei denen besonders häufig eine erste Straftat bereits vor dem 18. Lebensjahr stattgefunden hat. Besonders erwähnenswert sind hier Probanden mit Körperverletzungen (43.8 %), Raub/räuberische Erpressung (45.5 %), Betrug/Diebstahl (52.4 %) und Verkehrsdelikte (50.0 %).

#### d. Hafterfahrung

Unter den Sozialisationsbedingungen ist ein wichtiges Kriterium die bisherige Hafterfahrung des Probanden. Dies ist in der Regel die Zeit, die der jeweilige Mensch nicht unter „normalen“ Lebensbedingungen verbracht hat und möglicherweise besonders mit dissozialen Mithäftlingen Kontakt hatte. Bei Betrachtung dieser Teilgruppe wird deutlich, dass dies für die psychisch kranken Straftäter insgesamt ein geringeres Problem darstellt. So haben über die Hälfte der Probanden (52.8 %) bisher überhaupt keine Zeit in Haft verbracht oder weniger als ein halbes Jahr. Ungefähr jeder Fünfte hat mehr als vier Jahre Hafterfahrung (19.2 %).

Tabelle 5.17: Hafterfahrung, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Hafterfahrung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 125)	Kumulierte Prozent
<b>keine Haft</b>	51	40.8	40.8
<b>bis einschließlich 6 Monate</b>	15	12.0	52.8
<b>7 Monate bis 1 Jahr</b>	10	8.0	60.8
<b>über 1 Jahr bis 2 Jahre</b>	14	11.2	72.0
<b>über 2 Jahre bis 4 Jahre</b>	11	8.8	80.8
<b>über 4 Jahre bis 6 Jahre</b>	9	7.2	88.0
<b>über 6 Jahre bis 8 Jahre</b>	3	2.4	90.4
<b>über 8 Jahre</b>	12	9.6	100.0
<b>missing</b>	3		
<b>Gesamt</b>	128		

Zu den Diagnosegruppen und zu den Anlassdelikten können hier keine systematischen Zusammenhänge festgestellt werden.

#### **5.1.1.4 Zusammenfassung zu den anamnestischen Angaben**

Die überwiegend in Deutschland aufgewachsenen Probanden sind zwar hauptsächlich bei ihren eigenen Eltern aufgewachsen, zu einem gewissen Anteil aber auch in einem Heim. Dies trifft für über jeden Zehnten der Probanden zu. Dies wird als Risikofaktor für die weitere Entwicklung gesehen und kann in der untersuchten Gruppe auch deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung festgestellt werden. Es kann jedoch auch bei Patienten, die bei ihren Eltern aufgewachsen sind, nicht selbstverständlich von einer unbeeinträchtigten Entwicklung ausgegangen werden. Wie bei den Angaben zu familiären Belastungen deutlich wird, hatte jeder zweite Proband unter einer oder mehrerer Trennungen der Bezugspersonen oder einer Scheidung zu leiden. Auch Gewalttätigkeit der Eltern und Suchtprobleme bzw. -erkrankungen sind häufig aufgetreten und stellen gravierende Risiken für die Probanden dar. Delinquenz der Eltern kommt von den Belastungsfaktoren am seltensten vor, ist bei jedem achten Probanden aber auch deutlich häufiger als in der Normalbevölkerung vorhanden. Nicht nur die familiären Belastungen sind häufiger als in der Normalbevölkerung sondern auch Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, wobei unklar bleiben muss, ob dies jeweils alleinige Ursachen im negativen Entwicklungsverlauf sind oder erste Anzeichen der Auswirkung der vorher beschriebenen familiären Belastungen. Besonders erwähnenswert sind dabei Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensstörungen. Zusammengefasst hat auch jedes zweite Kind Alkohol, Drogen oder Medikamente missbraucht.

Während bereits in frühen Entwicklungsphasen diese negativen Einflussfaktoren ausgemacht werden können, setzt sich dies in der weiteren Entwicklung weiter fort und kann sich potenzieren. Es fällt in der untersuchten Gruppe ein niedriges schulisches und berufliches Ausbildungsniveau auf. Während fast zwei Drittel keinen qualifizierenden Schulabschluss besitzen, was als wichtige Grundvoraussetzung für viele Berufsausbildungen gesehen werden kann, hat nur jeder Zwanzigste eine gymnasiale Schulausbildung vorzuweisen. Nur ein Drittel konnte eine Berufsausbildung erfolgreich absolvieren. Dies zeigt einerseits wieder die schlechten „Startbedingungen“, die in dieser Gruppe vorherrschen, und diese bereiten andererseits das Feld für mögliche ungünstige Weiterentwicklungen vor, was Probleme in verschiedensten Bereichen betrifft, und zwar in Bezug auf die psychische Gesundheit und möglicherweise auch auf die Kriminalität. Auch bei der Betrachtung der Situation der Probanden direkt vor Aufnahme in der Forensik bzw. in der JVA, zeigt sich, dass zwei Drittel zu diesem Zeitpunkt arbeitslos sind.

Die Altersstruktur der aufgenommenen Patienten ist relativ gleichmäßig verteilt. Auch in höherem Alter (bis zum Alter von 50) gibt es noch einen nennenswerten Anteil

neu aufgenommener Patienten. Ein Gipfel in der Verteilung findet sich bei den 26-30-Jährigen, die ein Viertel der aufgenommenen Patienten ausmachen.

In der klinischen Anamnese stehen die F20-Diagnosen, d. h. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und andere wahnhafte Störungen mit 35.0 % im Vordergrund. Die F60-Diagnosen, d. h. die Persönlichkeitsstörungen, spielen insgesamt eine ähnliche Rolle. Aufgrund der Besonderheit macht es aber Sinn, in der Betrachtung die F65-Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen auszuklammern, weil diese sich nur auf den sexuellen Bereich beziehen und hier überwiegend die pädophilen Patienten (F65.4 des ICD-10) betreffen. Jeder vierte Proband, der untersuchten Gruppe weist als Hauptdiagnose eine Persönlichkeitsstörung auf. Die drittgrößte Gruppe machen minderbegabte Patienten aus, gefolgt von solchen, die auch in der § 63-Gruppe als Hauptdiagnose eine Abhängigkeitserkrankung haben. Bei den zusätzlichen Diagnosen sind es die Abhängigkeitsdiagnosen, die stark dominieren und zu den typischen Doppeldiagnosen führen. Auch Persönlichkeitsstörungen spielen an zweiter und dritter Stelle eine wichtige Rolle.

Die Unterscheidung in die beiden Hauptdiagnosegruppen macht besonders bei der Analyse des Ersterkrankungsalters Sinn. Bei den Persönlichkeitsstörungen wird ein sehr früher Beginn angenommen. Bei mehr als neun von zehn Patienten wird der Beginn bereits vor dem 25. Lebensjahr vermutet. Bei den Psychotikern trifft das nur für etwa die Hälfte zu. Dieser Unterschied kann auch als hoch signifikant nachgewiesen werden.

Fast die Hälfte aller untersuchten Probanden haben Gewaltdelikte im engeren Sinn, namentlich Tötungs- und Körperverletzungsdelikte, als Anlassdelikt begangen. Jeder Fünfte kann als Sexualstraftäter klassifiziert werden. Während weiterhin bei einem Sechstel Betrugs- und Diebstahlsdelikte als Anlass der Unterbringung angegeben werden, machen die anderen abgefragten Deliktgruppen zwischen sechs und neun Prozent aus. BtMG-Delikte kommen in dieser Gruppe mit gut 2 % kaum vor. Die Diagnosegruppe mit den meisten Körperverletzungsdelikten sind die Schizophrenen, während es bei Sexualdelikten naheliegenderweise die Patienten mit sexuellen Störungen sind. Bei den Persönlichkeitsgestörten imponieren die Betrugsdelikte, bei den Minderbegabten ist der Anteil der Brandstiftungen besonders hoch.

In dieser Gruppe kann es vorkommen, dass neben der Unterbringung in der Psychiatrie keine Freiheitsstrafe ausgesprochen wurde. Dies trifft bei Anwendung des § 20 StGB (Schuldunfähigkeit) zu. Vor allem bei schizophrenen Patienten ist das anzunehmen, wenn sie zum Tatzeitpunkt beispielsweise die Situation völlig verkennen. Dies wird bei vier Fünftel der Psychotiker angenommen. Die längsten Haftstrafen (vor allem drei bis fünf Jahre) finden sich bei den Persönlichkeitsgestörten.

Hinsichtlich krimineller Vorbelastung gibt es in der Gruppe der § 63-Patienten einen hohen Anteil von nicht Vorbestraften. Besonders bei Schizophrenen ohne kriminelle Sozialisation und ohne dissoziale Entwicklung trifft dies zu, wenn zum Tatzeitpunkt eine Situationsverkennung vorlag, die zum Beispiel zu einem Tötungs- oder Körperverletzungsdelikt führte. So erklärt es sich, dass ein Drittel der gesamten Stichprobe keinerlei Vorstrafen aufweist. Die Heterogenität der untersuchten Gruppe, bezogen auf dieses Kriterium, zeigt sich besonders darin, dass ein Fünftel der § 63-Patienten im Gegensatz dazu bereits mehr als zehnmal aktenkundig straffällig wurde.

Häufig sind hier besonders Diebstahlsdelikte, aber auch Körperverletzungen und Verkehrsdelikte. Oft korrelieren Anlassdelikt und Vordelikte hoch. Diebstähle in der Vorgeschichte sprechen dabei unspezifisch für eine kriminelle Entwicklung, Körperverletzungen und Sexualdelikte korrelieren ganz spezifisch mit den jeweils gleichen Delikten. Ein besonders auffälliger und offensichtlich spezifischer Zusammenhang besteht bei Brandstiftungen.

Der Beginn einer kriminellen Entwicklung ist bei der Hälfte bereits vor dem Alter von 20 Jahren anzusiedeln. Immerhin 20 % dagegen begehen ihre erste Straftat erst im Alter nach 30 Jahren. Vier von fünf der Patienten haben ihre erste Straftat bereits vor dem Alter von 20 verübt.

Insgesamt kann bei der Betrachtung der anamnestischen Daten deutlich eine Häufung verschiedener Risikofaktoren festgestellt werden. Es scheint jedoch so zu sein, dass es mindestens zwei Untergruppen gibt, die eine mit einer eher kriminellen Entwicklung, unspezifischer Kriminalität und häufigem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen. Bei der anderen Gruppe steht statt der kriminellen Entwicklung eher die psychische Erkrankung im Vordergrund. Hier ist eine schwerwiegende Straftat (z. B. Körperverletzung oder gar Tötungsdelikt) auch ohne längeren kriminellen Vorlauf denkbar, oft ausgelöst durch eine massive Situationsverkennung beim Vorliegen einer psychotischen Grunderkrankung.



### 5.1.1.5 Therapieverlauf

#### a. Entlassart

Für den Großteil der Auswertungen ist es entscheidend, ob eine erfolgreiche Therapie absolviert worden ist. Aber auch von Patienten, die zum Beispiel in eine heimatnähere Forensik verlegt wurden, werden Daten zum t0-Zeitpunkt erhoben. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine erfolgreiche Therapie absolviert worden war. Noch augenscheinlicher wird das bei der Betrachtung von Patienten, die gerade wegen Problemen im Therapieverlauf ins Bezirkskrankenhaus Straubing verlegt worden sind. Für einen Großteil der Auswertungen ist es deshalb besonders wichtig, nur die Gruppe der bedingt Entlassenen zu analysieren. Aus der Gesamtgruppe der 128 Probanden liegen Angaben von 127 vor. 84 (66.1 %) von diesen wurden bedingt entlassen.

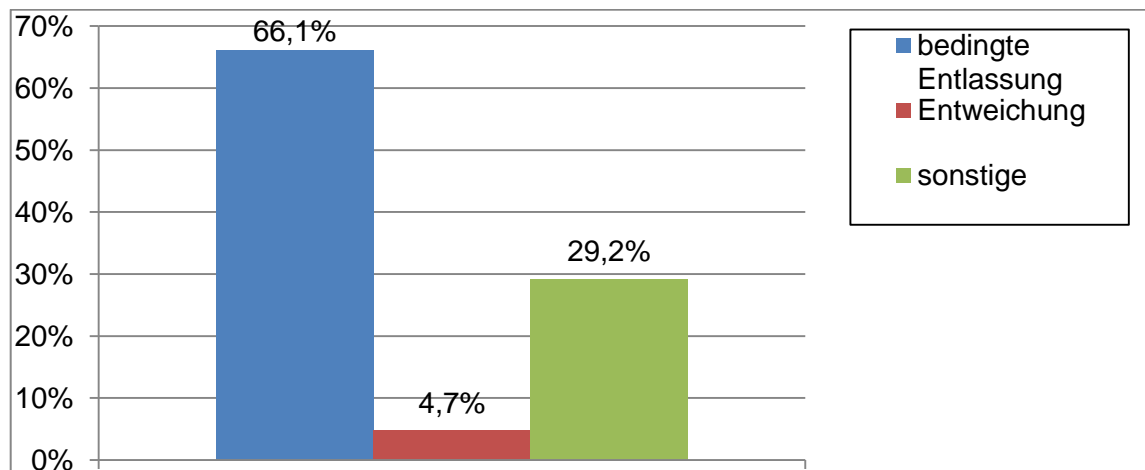


Abbildung 5.6: Art der Entlassung, § 63-Patienten (n = 128; missing: 1)

## **b. Therapiedauer**

Das Minimum der Therapiedauer ist durch die methodische Vorgabe bestimmt, dass alle Probanden berücksichtigt werden sollen, die mindestens vier Wochen am Therapieprogramm teilgenommen haben. Bei kürzeren Aufenthaltszeiten wird davon ausgegangen, dass kein maßgeblicher Einfluss auf einen weiteren Verlauf festgestellt werden kann; diese Probanden werden in die Datenerhebung nicht inkludiert. Der Maximalwert der Therapiedauer beträgt für die Gesamtgruppe 15.81 Jahre. Der Mittelwert liegt bei 4.04 Jahren ( $n = 128$ ; Standardabweichung: 2.98), der Median bei 3.41 Jahren.

Für die weitere und spezifischere Auswertung nach Diagnosegruppen und nach Hauptgruppen der Straftaten werden nur die bedingt entlassenen Patienten berücksichtigt, weil bei einer Entweichung oder auch einer Verlegung in eine andere Klinik kaum sinnvolle Schlüsse gezogen werden können. Der Zeitpunkt der Verlegung ist eher von anderen Faktoren als vom erfolgreichen Abschluss einer Therapie abhängig.

Die 83 bedingt entlassenen Probanden, für die eine Diagnose angegeben war, wurden einer Hauptdiagnosegruppe zugeordnet. Es wurden alle schizophrenen/wahnhaften Störungen (F20-F29), alle Persönlichkeitsstörungen ohne sexuelle Störungen (F60-F63), alle sexuellen Störungen, vor allem Pädophilie (F65), Minderbegabungen (F70-F79) und die sonstigen Störungen zusammengefasst. Für alle diese Probanden beträgt der Mittelwert für die Therapiedauer in der forensischen Klinik 4.62 Jahre (Standardabweichung: 2.93). Bei einer Spannweite von 15.65 Jahren beträgt der Maximalwert 15.81 Jahre, der Median 4.32 Jahre. Am längsten wurden im Durchschnitt die Straftäter mit sexuellen Störungen therapiert (9.00 Jahre). Allerdings war diese Gruppe in vorliegender Gruppe der bedingt Entlassenen mit  $n = 3$  sehr gering. Ebenfalls überdurchschnittlich lange waren Minderbegabte mit 6.50 Jahren untergebracht.

Tabelle 5.18: Therapiedauer nach Hauptdiagnosegruppe, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 83), Angaben in Jahren

Diagnosegruppe	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum	Median	n
<b>F20 Schizo., wahnhaft</b>	4.23	2.06	7.99	3.95	36
<b>F60 PS ohne sex.</b>	4.70	3.03	11.94	4.34	17
<b>F65 sexuelle St.</b>	9.00	6.03	15.81	6.87	3
<b>F70 Minderbegabung</b>	6.50	3.75	14.63	6.22	11
<b>sonstige</b>	3.36	2.12	8.99	2.98	16
<b>Gesamt</b>	4.63	2.93	15.81	4.32	83

In einer univariaten ANOVA-Varianzanalyse werden die schizophrenen Patienten (n = 36), die Persönlichkeitsgestörten (n = 17) und die Minderbegabten (n = 11) eingeschlossen. Aufgrund der Heterogenität werden die 16 Probanden mit sonstigen Diagnosen nicht berücksichtigt. Die drei Probanden, deren Hauptdiagnose eine sexuelle Störung ist, werden in der Varianzanalyse wegen der geringen Gruppengröße ebenfalls nicht mit berechnet. Über die restlichen drei Gruppen ergibt sich dabei kein signifikantes Ergebnis (df: 2; F: 3.03). Die durch die Gruppen aufgeklärte Varianz beträgt 9.0 %.

Mithilfe von t-Tests werden die Gruppenunterschiede von jeweils zwei Gruppen verglichen. Die sehr kleine Gruppe der Probanden mit sexuellen Störungen wird nicht berücksichtigt.

Obwohl die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen teilweise deutlich scheinen, erreichen sie nur beim Vergleich der Gruppen psychotischer Probanden (F20: Schizophrenie, wahnhafte Störung) und Minderbegabungen (F70) einen signifikanten Wert (mittlere Differenz: 2.27\*; t-Wert: -2.59; df: 45). Die letzte Gruppe verbleibt signifikant länger in der Unterbringung. Für den Vergleich zwischen den Persönlichkeitsstörungen und diesen beiden Gruppen ist kein nachweisbarer Unterschied vorhanden.

Die Therapiedauern können nach verschiedenen Anlassdelikten verglichen werden. Hierzu wird eine Einteilung in die drei Gruppen Gewaltstraftäter mit Tötungs- und Körperverletzungsdelikten, Sexualstraftäter mit Sexualdelikten und solche mit anderen

Delikten vorgenommen. Da Mehrfachnennungen möglich sind, ist eine eindeutige Einteilung manchmal erschwert. Da Gewalt- und Sexualdelikte als schwerwiegender eingeschätzt werden, werden diese Kategorisierungen gewählt, wenn mehrere Nennungen bei einem Probanden vorliegen. Liegt eine Sexual- und eine Gewaltstraftat vor, wird mit Sexualdelikt klassifiziert. Es wird dabei davon ausgegangen, dass bei einer Mehrfachnennung das sexuelle Motiv im Vordergrund steht und eine Körperverletzung zur Erreichung eines solchen Ziels stattfindet. Im Extremfall findet eine Tötung in diesem Zusammenhang zur Verdeckung oder auch zur Befriedigung eines sexuell-sadistischen Motivs statt. Es zeigt sich, dass Gewalt- und Sexualstraftäter im Mittel annähernd gleich lang in Therapie verbleiben, während die Restgruppe eine kürzere Therapiedauer aufweist.

*Tabelle 5.19:* Therapiedauer nach Hauptdeliktgruppe, bedingt entlassene § 63 StGB-Patienten (n = 83), Angaben in Jahren

Hauptdeliktgruppe	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum	Median	n
<b>Gewaltdelikt</b>	5.00	2.64	14.63	4.62	36
<b>Sexualdelikt</b>	5.65	3.93	15.81	4.62	18
<b>sonstige Delikte</b>	3.53	2.22	9.52	2.83	29
<b>Gesamt</b>	4.63	2.93	15.81	4.32	83

Bei den paarweise durchgeführten t-Tests ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Therapiedauer der Sexual- und der Gewalt-Straftäter, jedoch jeweils zwischen diesen Gruppen und den Probanden mit sonstigen Delikten. Es ist also festzustellen, dass sowohl Gewalt- als auch Sexual-Delinquenten signifikant länger therapiert werden als Probanden mit anderen Delikten, wie z. B. Betrug, Diebstahl, Verkehrs- oder BtMG-Delikte (mittlere Differenz: 1.48\*; t-Wert: 2.40; df: 63; mittlere Differenz: 2.13\*; t-Wert: -2.59; df: 45).

### **c. Lockerungsmissbräuche/Entweichungen**

Verschiedene Variablen dienen dazu, den Behandlungsverlauf der Probanden einschätzen zu können. Auch hier muss eine Beschränkung auf einige besonders aussagekräftige Parameter vorgenommen werden, um den zum Teil mehrjährigen Therapieverlauf erfassen zu können. Besonders markant sind die Parameter, welche gravierend negative Auffälligkeiten abbilden, wie zum Beispiel Lockerungsmissbräuche, Suchtrückfälle oder aggressive Verhaltensweisen.

Bei diesem Item werden sowohl Lockerungsmissbräuche als auch Entweichungen erfasst. Eine Entweichung liegt dabei dann vor, wenn ein Patient sich aus dem gesicherten Bereich in der Regel gewaltsam eine Möglichkeit verschafft, sich zu entfernen. Dies kann zum Beispiel durch Gewalt an dem Gebäude oder an sichernden Zäunen/Gittern geschehen oder auch durch Gewalt an Personen, etwa durch eine Geiselnahme. Ein Lockerungsmissbrauch ist im Normalfall weniger gewaltsam. Wie im Abschnitt zum Therapierahmenkonzept beschrieben, erhalten Patienten im Zuge ihrer Therapie sogenannte Lockerungen und können so Ausgänge in die Stadt unternehmen oder in einer eigenen Wohnung übernachten. Wenn gegen Vereinbarungen im Zusammenhang mit diesen Lockerungen gravierend verstoßen wird, liegt ein Lockerungsmissbrauch vor. Nicht erfasst wird hier der Anteil der Patienten, die entweichen und über längere Zeit nicht aufgegriffen werden können und somit aus dem Patientenstand der Klinik entlassen werden. Diese Gruppe findet sich bei der Entlassungsart „Entweichung/Flucht“.

In der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass immerhin jeder fünfte Proband einen Lockerungsmissbrauch begangen hat. Es ist dazu zu bemerken, dass sich auch in der Bewertung dieses Sachverhaltes im Laufe der Zeit eine deutliche Veränderung ergeben hat. Hier fand in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung der Sicherheitsmaßnahmen, insbesondere im baulichen Bereich statt, weil die Anzahl der Entweichungen über längere Zeit zu hoch war.

Tabelle 5.20: Lockerungsmisbräuche/Entweichungen, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Lockerungsmisbräuche/Entweichungen	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 125)	Kumulierte Prozent
keine Entweichung	99	79.2	79.2
eine Entweichung	11	8.8	88.0
zwei und mehr Entweichungen	15	12.0	100.0
missing	3		
Gesamt	128		

#### d. Tätlichkeiten

Bei Tätlichkeiten kann differenziert werden zwischen solchen, die gegen Mitpatienten ausgeübt werden, und solchen gegen das Personal. Während solche Übergriffe insgesamt eine Aussage über die Gewaltbereitschaft und möglicherweise auch die Impulsivität eines Patienten zulassen, ist die Hemmschwelle für Tätlichkeiten gegenüber dem Personal in der Regel höher. In Alltagssituationen mit Mitpatienten kommt es häufiger zu Übergriffen als in kontrollierteren Situationen mit dem Personal. Dies wird in den folgenden beiden Tabellen deutlich. 111 der 128 Patienten (missing: 4; 89.5 %) begehen nie eine Tätlichkeit gegen das Personal, gegen Mitpatienten sind es mit 102 82.1 %, die nie eine Tätlichkeit begehen. Zudem dürfte die Dunkelquote bei den Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten etwas höher sein.

Tabelle 5.21: Tötlichkeiten gegen Personal, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Tötlichkeiten gegen Personal	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 124)	Kumulierte Prozent
keine Tötlichkeit	111	89.5	89.5
eine Tötlichkeit	5	4.0	93.5
mehrere Tötlichkeiten	8	6.5	100.0
missing	4		
Gesamt	128		

Tabelle 5.22: Tötlichkeiten gegen Mitpatienten, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Tötlichkeiten gegen Mitpatienten	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 123)	Kumulierte Prozent
keine Tötlichkeit	101	82.1	82.1
eine Tötlichkeit	11	8.9	91.1
mehrere Tötlichkeiten	11	8.9	100.0
missing	5		
Gesamt	128		

#### e. Erneute Straftaten

Es kann auch im Rahmen forensischer Behandlungen vorkommen, dass Straftaten ausgeübt werden. So ist hier auf niedrigeren Lockerungsstufen z. B. eine Körperverletzung gegenüber Mitpatienten denkbar, am häufigsten treten Straftaten aber im Rahmen von höheren Lockerungsstufen auf, wenn dann beispielsweise Diebstähle begangen werden können. Erfasst werden mit dieser Frage all die Straftaten, die auch zur Anzeige gebracht wurden. Es ist so möglich, dass bei Suchtpatienten, die im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung Verstöße gegen das Betäubungsmittel-Gesetz begehen, diese zur Aufrechterhaltung des weiteren Therapiebündnisses nicht angezeigt werden. Suchtrüpfälle gehören zum Behandlungsverlauf und müssen im Rahmen der Therapie behandelt werden. Mit 15 Probanden werden immerhin 12.4 % der Stichprobe straffällig (missing: 7). Bei 87.6 % ist dies nicht der Fall.

Tabelle 5.23: Straftaten, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Straftaten	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 121)
nein	106	87.6
ja	15	12.4
missing	7	
Gesamt	128	

#### f. Substanzmissbräuche/Rückfälle

Betrachtet man Substanzmissbräuche, können hier bei 75.9 % (n = 88; missing: 12) keine Auffälligkeiten festgestellt werden; bei nahezu jedem vierten Patienten dagegen schon. 8.6 % der Probanden haben sogar mehr als drei Rückfälle.

Tabelle 5.24: Substanzmissbrauch/Rückfall, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Substanzmissbrauch/ Rückfall	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 116)	Kumulierte Prozent
kein Rückfall	88	75.9	75.9
ein Rückfall	8	6.9	82.8
zwei Rückfälle	10	8.6	91.4
drei bis sechs Rückfälle	8	6.9	98.3
mehr als sechs Rückfälle	2	1.7	100.0
missing	12		
Gesamt	128		



### g. Behandlungsprobleme

Als weiteres Kriterium zur Erfassung von Auffälligkeiten im Behandlungsverlauf wird noch unspezifisch nach Behandlungsproblemen gefragt. Im Ergebnis zeigt sich, dass dieses Klientel von den Behandlern häufig als schwierig und problematisch eingestuft wird. Es werden bei 57.0 % "besondere Behandlungsprobleme" angegeben. Von den Interviewern werden hier Probleme kodiert, wie besondere Motivationsprobleme, Aggressivität, Impulsivität oder auch besondere Vollzugsprobleme, wenn beispielsweise noch eine weitere Zeitstrafe vollzogen werden soll.

Tabelle 5.25: besondere Behandlungsprobleme, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

besondere Behandlungsprobleme	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 121)
nein	52	43.0
ja	69	57.0
missing	7	
Gesamt	128	

#### 5.1.1.6 Zusammenfassung zum Therapieverlauf

Aus der vorliegenden Stichprobe wurden zwei Drittel bedingt, d. h. auf Bewährung, aus dem Maßregelvollzug entlassen. Für die weiteren Messzeitpunkte t1, t2 und t3 wird das die Gruppe des Hauptinteresses folgender Berechnungen sein, weil sie zumindest prinzipiell auch für weitere Fragen zur Verfügung steht. Patienten, die aufgrund einer Entweichung schließlich auch verwaltungstechnisch entlassen werden müssen, stehen selbstverständlich zu einer anschließenden Befragung nicht zur Verfügung. Bei den meisten Probanden mit „sonstigen“ Entlassungsgründen, manchmal also eine Verlegung in eine Justizvollzugsanstalt zum Verbüßen eines Zwischenvollzugs, meistens aber eine Verlegung in eine andere Forensik beispielsweise in die höher gesicherte Einrichtung nach Straubing, macht eine Nachbefragung zu späteren Zeitpunkten inhaltlich keinen Sinn. Die verschiedenen Bewährungs- und Erfolgsparameter, die im Rahmen des vorliegenden Designs erhoben werden, beziehen sich auf Lebenssituationen in Freiheit, in denen also eine „realistische“ Wahrscheinlichkeit für Straftaten, für Suchtrückfälle oder für psychische Verschlechterungen besteht (time-at-risk).

Die jeweiligen Zeiträume, während derer Patienten nach dem § 63 StGB untergebracht sind, beträgt für die Patientengruppe, die nach ihrer Unterbringung in Freiheit entlassen wurde, etwas mehr als viereinhalb Jahre, was unter dem sonst in der Literatur berichteten Schnitt von sechs Jahren liegt (Leygraf 2006). Die einzelnen Zeiträume unterscheiden sich von Patient zu Patient deutlich und hängen von verschiedenen Faktoren ab. Im Schnitt am kürzesten bleiben Probanden mit der Hauptdiagnose Psychose in der Forensik. Es sind in dieser Gruppe knapp vier Jahre. Ein signifikanter Unterschied lässt sich – unter anderem auch aufgrund statistisch zu geringer Gruppengrößen – nur für Minderbegabte feststellen, die eine über sechs Jahre reichende durchschnittliche, forensische Behandlungszeit haben. Es ist dabei aber die methodische Besonderheit vorliegender Untersuchung zu beachten. Die längste Behandlungsdauer beträgt in dieser Stichprobe 16 Jahre – der § 63 StGB ist prinzipiell unbefristet. Da es auch einzelne Probanden gibt, die aufgrund anhaltender schwerer Gefährlichkeit nicht entlassen werden können, würden bei einer vergleichbaren Querschnitterhebung zumindest für Einzelfälle auch höhere Werte beobachtet werden. Während für die beiden Kategorien schwerer Straftaten Gewalt- und Sexualverbrechen keine Unterschiede in der Behandlungsdauer festgestellt werden, unterscheiden sich diese beiden Gruppen aus nachvollziehbaren Gründen deutlich von geringfügigeren Delikten, die mit durchschnittlich zweieinhalb Jahren deutlich kürzer behandelt werden.

Für den Therapieverlauf werden Aussagen zu den Parametern Entweichungen/ Lockerungsmisbräuche, Tötlichkeiten, Substanzmissbräuche/Rückfälle und zu besonderen Behandlungsproblemen erhoben. Wenn man bedenkt, dass ein Fünftel aller ehemals in der Forensik Untergebrachten mindestens einen Lockerungsmisbrauch aufweisen, scheint diese Zahl zumindest auf den ersten Blick hoch. Hier ist zu berücksichtigen, dass das Gewähren von Lockerungen ein maßgeblicher Bestandteil eines Therapiekonzeptes zur Vorbereitung auf ein Leben in Freiheit ist. Da Entweichungen und Lockerungsmisbräuche hier nicht weiter differenziert werden, umfasst diese Kategorie schwere dissoziale Verstöße wie gewaltsame Ausbrüche, möglicherweise auch unter Androhung oder Ausübung von Gewalt gegen Personal – was glücklicherweise sehr selten vorkommt – aber auch Fälle, in denen beispielsweise ein Proband sich bei einem zehnstündigen Ausgang mehr als eine Stunde unentschuldigt verspätet und möglicherweise deswegen eine polizeiliche Fahndung eingeleitet wird. Als Zweites ist zu beachten, dass im Verlauf der Datenerhebung eine deutliche Veränderung stattgefunden hat. Sicherheit bei der Unterbringung ist mehr in das öffentliche Interesse gerückt und hat zu baulichen aber auch konzeptuellen Veränderungen geführt und auch deutliche Verbesserungen in diesem Parameter bewirkt.

Tätlichkeiten beschreiben handgreifliche, aggressive Verhaltensweisen, die üblicherweise von Probanden mit dissozialem Hintergrund häufiger ausgeführt werden. Es ist aber durchaus denkbar, dass Tätlichkeiten nicht nur aus instrumentell-dissozialen Gründen auftreten, sondern einen unproduktiven, für andere aber bedrohlichen und schädlichen Lösungsversuch von Problemen darstellen. Die besondere Situation einer zwangsweisen Unterbringung, teilweise in beengenden Zuständen, tut ein Übriges dazu. Die Hemmschwelle, gegenüber Mitpatienten aggressiv zu werden, ist niedriger; zum einen ist das Zusammenleben „näher“ und intensiver, zum anderen besteht möglicherweise auch die Hoffnung, aggressive Entgleisungen vertuschen zu können. Etwa jeder Fünfte wird im Laufe seiner Behandlung gegenüber seinen Mitpatienten tätlich aggressiv, ein weiterer Dunkelfeld-Anteil ist anzunehmen. Ungefähr jeder Zehnte wird auch gegenüber dem Personal tätlich, was entweder eine deutlichere Dissozialität oder noch größere Probleme bei der Impulskontrolle ausdrückt.

Auch weitere Straftaten können mit einer ähnlichen Häufigkeit von über einem Zehntel festgestellt werden. Im Zuge des Behandlungsverlaufes kommt es dann darauf an, Gründe einer solchen Straftat herauszuarbeiten und Strategien für eine Veränderung zu finden. Suchtbezogene Rückfälle spielen zwar in der §-63-Klientel eine andere Rolle als bei den §-64-Suchtpatienten, werden aber für jeden Vierten im Laufe seiner Behandlung angegeben. Im Einzelfall ist es sicher unerlässlich, Zusammenhänge und Auswirkungen von Konsum zu analysieren und bei Bedarf auch in der Modifikation eines Behandlungsplans zu berücksichtigen. Dies ist auch für den letzten Parameter besondere Behandlungsprobleme der Fall. Ungefähr jeder Zweite wird vom Behandlungsteam als schwierig eingeschätzt. Es werden Probleme, wie zum Beispiel sehr häufig mangelnde Motivation zur Behandlung oder bei psychotischen Patienten eine problematische Krankheitseinsicht, angegeben.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass sich unter Maßregelvollzugspatienten diejenigen psychisch Kranken befinden, die schon verschiedene weniger regulierende und beschränkende Behandlungsmaßnahmen durchlaufen haben, von diesen aber aus verschiedenen Gründen nicht hinreichend profitieren konnten. Es wird deutlich, dass im Verlaufe der jeweils vergleichsweise langen Behandlungszeiträume die unterschiedlichsten Probleme und Schwierigkeiten auftauchen, die unter anderem auch die Behandlungsdauer verlängern.

### 5.1.1.7 Behandlungsergebnis

Am Abschluss der Behandlung wird vom jeweiligen Behandlungsteam eine Einschätzung zum Behandlungsverlauf abgegeben. Es werden die Bereiche Sozialverhalten, Krankheit, Sucht, weitere (psychische) Krankheiten bewertet und als nicht, mäßig oder sehr gebessert eingestuft.

Beim Sozialverhalten konnte laut Einschätzung der Behandler nur bei einem bedingt entlassenen Probanden (1.2 %) keine Verbesserung erzielt werden. Drei Viertel der Probanden (n = 62; 76.6 %) konnte dagegen eine deutliche Verbesserung erreichen. Bezüglich ihrer Haupterkrankung gelang das bei 48 (61.6 %) der Patienten. Hier wurde nur bei 3.8 % (n = 3) keine Verbesserung erreicht. Obwohl in dieser Gruppe eine Unterbringung in der Psychiatrie nach § 63 und nicht in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) angeordnet worden war, wurde von den Interviewern bei 41 Probanden die Einschätzung eines Behandlungserfolgs bezüglich einer Suchterkrankung als sinnvoll erachtet und abgegeben. Auch hier erzielten drei Viertel (73.2 %; n = 30) einen sehr guten Erfolg und kein Patient blieb ganz ohne Erfolg (0.0 %; n = 00).

Seit der Fragebogenrevision 2006 wurde auch nach Veränderungen bei weiteren psychischen Störungen gefragt, deshalb liegt bei vielen Probanden keine Einschätzung vor, weil die Entlassung vor der Revision stattfand. Von den 12 eingeschätzten Probanden wurde bei 8.3 % (n = 1) keine Verbesserung erzielt.

Tabelle 5.26: Behandlungsergebnis, § 63 StGB-Patienten (n = 85)

	nicht gebessert (in %)	mäßig gebessert (in %)	sehr gebessert (in %)	Gesamt
<b>Sozialverhalten</b>	1 (1.2)	18 (22.2)	62 (76.6)	81 (missing: 4)
<b>Krankheit/Störung</b>	3 (3.8)	27 (34.6)	48 (61.6)	78 (missing: 5; nicht zutreffend: 2)
<b>Suchterkrankung</b>	0 (0.0)	11 (26.8)	30 (73.2)	41 (missing: 4; nicht zutreffend: 40)
<b>weitere (psychi- sche) Störung</b>	1 (8.3)	4 (33.3)	7 (58.4)	12 (missing: 49; nicht zutreffend: 24)

### 5.1.1.8 Therapieabschluss

#### a. Entlassungsmodus

Anders als bei den Patienten, die nach § 64 untergebracht worden waren, gibt es bei den § 63-Patienten in der Regel keinen Therapieabbruch. Dieses Klientel kann erst entlassen werden, wenn die Rückfallgefahr als gering genug eingeschätzt wird. Somit werden in der weiteren Betrachtung die Probanden berücksichtigt, die regulär, d. h. „bedingt“, entlassen werden konnten. Bei einem Probanden liegt zum Entlassungsmodus keine Angabe vor, 85 (66.9 %) wurden bedingt (auf Bewährung) entlassen. Die restliche Gruppe verteilt sich auf 4.7 % (n = 6) Entweichungen, 5 Todesfälle (3.9 %) und Verlegungen in andere Kliniken.

#### b. Soziale Situation bei der Entlassung

Eine wesentliche Rolle in der Therapie spielt die Vorbereitung einer günstigen Entlassungssituation, die sogenannte Resozialisierung. Es ist davon auszugehen, dass schwierige soziale Bedingungen das Risiko für psychische Probleme und auch für Delinquenz erhöhen. In der Ergebnisdarstellung der Situation bei Aufnahme der Patienten wurde bereits die hohe Belastung der vorliegenden Gruppe in diesem Bereich deutlich. Innerhalb der Therapie soll bei den Patienten dafür ein Problembewusstsein geschaffen werden. Weiter sollen die Patienten bei der Verbesserung ihrer Situation unterstützt werden. Eine hoffnungslose soziale Situation ohne Tagesstrukturierung und mit finanziellen Problemen würde das Risiko für erneute Delinquenz oder das Wiederauftreten psychischer Probleme erhöhen. Aus den Angaben der Patienten, die nach § 63 untergebracht waren, wird deutlich, dass für dieses Klientel häufig eine Wohnsituation geschaffen oder ausgewählt wird, in der ein hoher Strukturierungsgrad und viele Unterstützungsmöglichkeiten vorliegen.

Tabelle 5.27: Wohnsituation bei Entlassung, § 63 StGB-Patienten (n = 93)

Wohnsituation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 90)
<b>selbständig/allein</b>	15	16.7
<b>mit Partner/Familie</b>	13	14.4
<b>sozialtherapeutische WG/betreutes Wohnen</b>	11	12.2

<b>Forensik-WG</b>	4	4.4
<b>Heim/sozialtherapeutische Übergangseinrichtung</b>	30	33.3
<b>kontrollierendes Heim</b>	10	11.1
<b>sonstiges</b>	7	7.8
<b>missing</b>	3	

Außer der Wohnsituation, die ein Patient nach seiner Entlassung vorfindet, wird in der Resozialisierung auf die Arbeitssituation ebenfalls sehr viel Wert gelegt. Aus verschiedenen Gründen scheint es hier sehr wichtig, das richtige Maß zwischen Unter- und Überforderung zu finden. Zum einen ist es für die Gesellschaft wichtig, den jeweiligen Probanden möglichst viel ihres Lebensunterhaltes wieder selber verdienen zu lassen. Es kann sogar als Messwert für eine gelungene Resozialisierung gelten, wie gut dieses Ziel erreicht wird. Auch für das Selbstwertgefühl der meisten Menschen im Allgemeinen spielt es eine wichtige Rolle, ob man Arbeit hat oder durch eine sinnvoll erlebte Arbeit einen Beitrag für die Gesellschaft leisten kann. Diese Aspekte sprechen dafür, in diesem Bereich für die Entlassungsvorbereitung möglichst hohe Ziele zu setzen. Andererseits stellen Überlastungen in beruflichen Situationen häufig einen wichtigen Risikofaktor für psychische Erkrankungen dar. Hier ist es wichtig, ein richtiges Maß der Anforderung auszuwählen und zu etablieren.

In der vorliegenden Stichprobe wurde bei 41 Probanden diese Frage als nicht zutreffend gewertet, z. B. weil die Probanden nicht in Freiheit sondern in eine andere Klinik oder eine JVA verlegt worden waren. Bei drei Probanden fehlten diese Angaben. Für die gültigen Angaben konnten mit 16.7 % (n = 14) ein Sechstel in „normale“ sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse Vollzeit oder Teilzeit integriert werden. Auch in eigens für psychisch oder geistig behinderte Menschen geschaffene WfbMs (Werkstätten für behinderte Menschen) werden Sozialabgaben abgeführt und dort tätige Probanden können sich dort einen Rentenanspruch erwerben. Hier konnten weitere 13.1 % (n = 11) integriert werden. Der größte Teil wurde mit 29.8 % (n = 25) in arbeitstherapeutischen Maßnahmen beschäftigt. In manchen Einrichtungen ist diese Tätigkeit fest mit der dortigen Unterbringung verknüpft. Zudem wurden auch manche Probanden als Alternative gegenüber einer drohenden Erwerbslosigkeit dauerhaft in forensische arbeitstherapeutische Maßnahmen eingebunden.

Tabelle 5.28: Arbeitssituation bei Entlassung, § 63 StGB-Patienten (n = 87)

Arbeitssituation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 84)
Minijob	5	6.0
sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Teilzeit	3	3.6
sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Vollzeit	11	13.1
Ausbildungsverhältnis	4	4.8
Berentung	13	15.5
Arbeitstherapeutische Maßnahme	25	29.8
WfbM	11	13.1
erwerbslos	2	2.4
sonstiges	10	11.9
missing	3	

Die Art der Beschäftigung wirkt sich darauf aus, durch welches Einkommen die Probanden ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Es liegen die Angaben von 89 Probanden vor (missing: 6; nicht zutreffend: 33). Es wird deutlich, dass ein großer Teil auf Grundsicherung, auf Lohnersatzleistungen, bei früher Entlassenen auf Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld angewiesen ist. Insgesamt sind das 39.4 %. Nur knapp jeder fünfte (n = 17; 19.1 %) kann seinen Lebensunterhalt selbständig aus Arbeitslohn bestreiten. Etwas mehr Probanden sind berentet und erhalten hier Leistungen (n = 20; 22.5 %). Bei den sonstigen Einkommensarten finden sich zum Beispiel Mischformen oder auch Unterstützung durch Angehörige wie eigene Eltern.

Tabelle 5.29: Einkommen bei Entlassung, § 63 StGB-Patienten (n = 95)

Einkommen	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 89)
Arbeitslohn	17	19.1
ALG I/II (Lohnersatzleistungen)	12	13.5
Sozialhilfe/Grundsicherung	23	25.8
Rente	20	22.5
sonstiges	17	19.1
missing	6	

Der größte Teil der Patienten, die aus der forensischen Klinik nach einer § 63-Unterbringung entlassen wurde, ist nicht partnerschaftlich gebunden. 79 von 124 (63.7 %) sind alleinstehend, weitere 20 (16.1 %) sind geschieden bzw. getrennt lebend. Dies wird zum einen in der Regel als riskanter für den psychischen Zustand und für Delinquenz angesehen als die Einbindung in eine funktionierende Partnerschaft, zum anderen ist dies in dieser Gruppe häufig auch Ausdruck der psychischen Störung, die eine Kontaktaufnahme oder das Beziehungsverhalten beeinträchtigt.

Tabelle 5.30: Familienstand bei Entlassung, § 63 StGB-Patienten (n = 124)

Familienstand	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 124)
alleinstehend	79	63.7
geschieden/getrennt lebend	20	16.1
verwitwet	1	0.8
feste Partnerschaft/eheähnliche Gemeinschaft	14	11.3
verheiratet	10	8.1

Eine ähnliche Beobachtung zeigt sich auch darin, dass 88 (72.1 %) von 122 Probanden keine Kinder haben, 18.9 % haben ein Kind, die anderen haben mehrere.



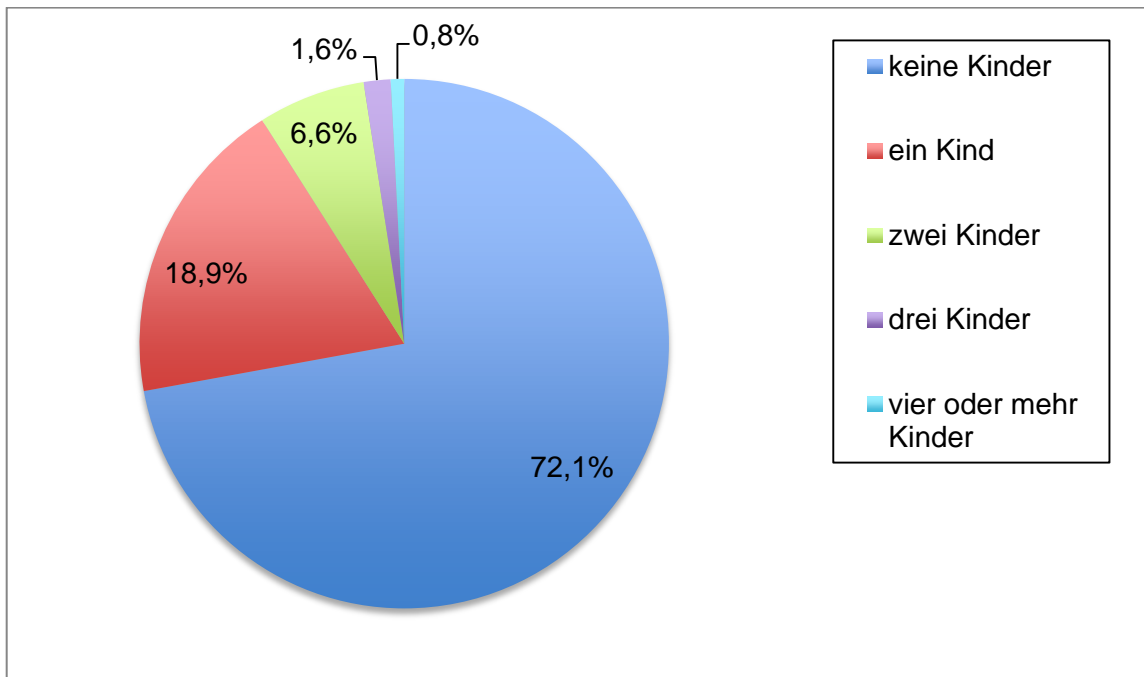


Abbildung 5.7: Anzahl der Kinder, § 63 StGB-Patienten (n = 128); missing: 6

### c. Medikation

Bei psychiatrisch Untergebrachten spielen medikamentöse Therapie und Psychotherapie in der Behandlung eine wichtige Rolle. Für die vorliegende Stichprobe ergibt sich eine regelmäßige Medikation bei Entlassung von 71.0 % (n = 88; missing: 4). 74 (85.1 %) der medizierten Probanden erhalten Neuroleptika, Medikamente die in erster Linie für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vorgesehen sind. Medikamentös antidepressiv werden 26.7 % der medizierten Probanden behandelt. Hier spielt unter anderem auch die triebdämpfende Nebenwirkung bei manchen dieser Antidepressiva eine Rolle. Sie werden zum Beispiel auch bei ausgewählten Tätern mit Sexualdelikten eingesetzt.

Tabelle 5.31: Medikation bei Entlassung, § 63 StGB-Patienten (n = 128)

Medikation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 124)
nein oder nur bei Bedarf	36	29.0
ja	88	71.0
missing	4	
Gesamt	128	

#### d. Betreuer und Bewährungshelfer

Bedingt Entlassene werden aus der Unterbringung auf Bewährung entlassen. Um in dieser Phase Unterstützung zu haben und auch zur Überprüfung der Einhaltung von ebenfalls für die Bewährungszeit erteilten Weisungen bekommen diese Probanden Bewährungshelfer zugewiesen. Für den weiteren Verlauf ist es vorteilhaft, wenn der Bewährungshelfer bereits zum Entlassungszeitpunkt bekannt ist, um Hilfsmöglichkeiten optimal abzustimmen. Dies war bei 57 (51.8 %; missing: 9; nicht zutreffend: 9) von 110 Probanden der Fall. Auch rechtliche Betreuer mit teilweise unterschiedlichen Aufgabenbereichen wie Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung oder Unterstützung in finanziellen Belangen spielen bei § 63-Patienten eine große Rolle. Für 56.0 % (n = 65; missing: 10; nicht zutreffend: 2) wurde bei Entlassung das Vorliegen einer rechtlichen Betreuung angegeben.

#### e. Weisungen

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, werden den Probanden, die auf Bewährung entlassen wurden, richterliche Weisungen erteilt. In der vorliegenden Stichprobe entfallen die Angaben hierzu für einige Probanden deshalb, weil dies im Normalfall für Patienten, die verlegt, aber nicht bedingt entlassen werden, nicht zutrifft. Bei insgesamt 90 vorliegenden Angaben wurden 87 Probanden also 96.7 % Weisungen erteilt. Am häufigsten wird die Weisung erteilt, eine ambulante Nachsorge aufzusuchen. Ebenfalls häufig wird die Auflage erteilt, regelmäßigen Kontakt zu einem Bewährungshelfer oder Betreuer zu halten. Immerhin jeder Vierte hatte in der vorliegenden Stichprobe diese Weisung nicht. Sehr selten, nämlich nicht einmal in jedem zwanzigsten Fall sollen die Probanden eine Selbsthilfegruppe besuchen.

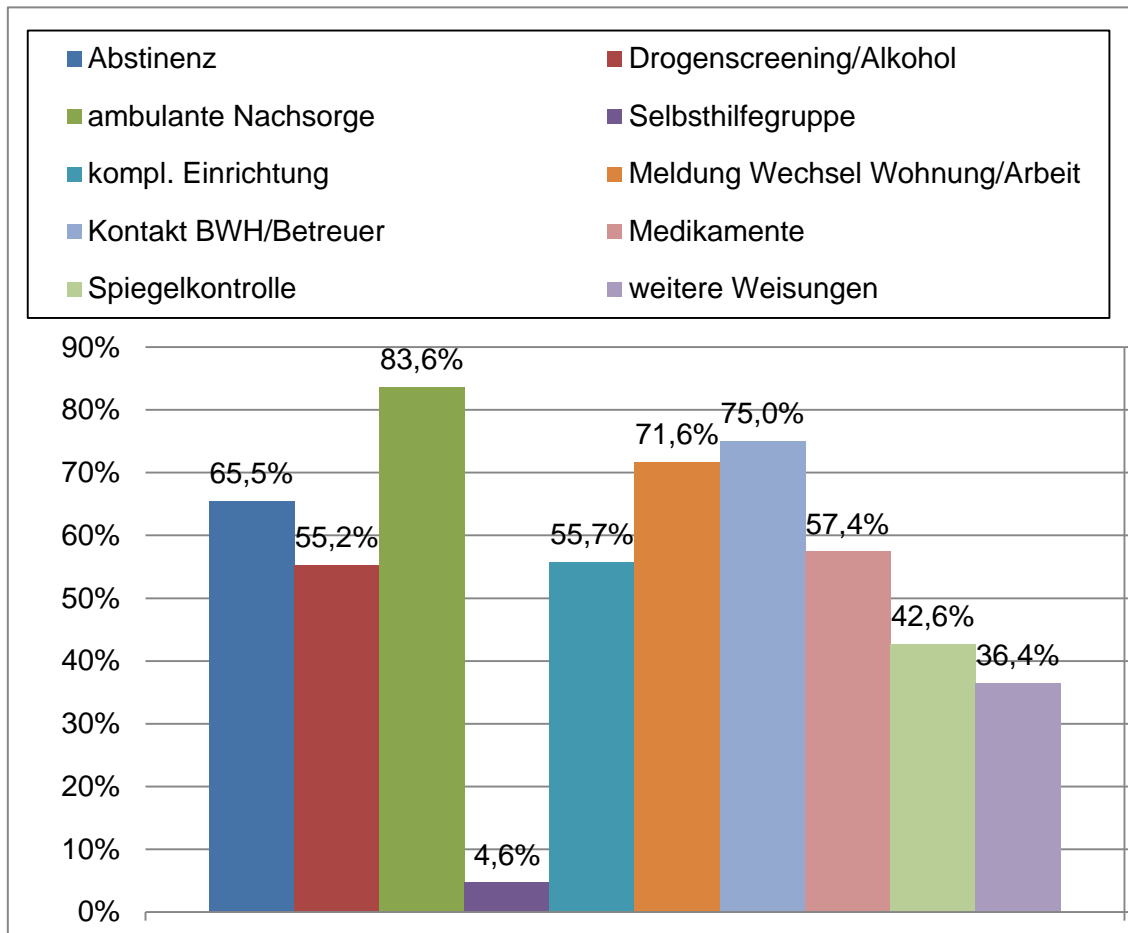


Abbildung 5.8: Weisungen, § 63 StGB-Patienten (n = 90), Mehrfachnennungen möglich

#### 5.1.1.9 Zusammenfassung Behandlungsergebnis/Therapieabschluss

Nach dem Abschluss der Behandlung wird das Behandlungsergebnis vom Behandlungsteam nach den verschiedenen Aspekten Sozialverhalten, psychische Störung, Suchterkrankung und weitere psychische Störung eingeschätzt. Für die Gruppe der Patienten, die auf Bewährung aus dem Maßregelvollzug entlassen werden, ergibt sich ein insgesamt recht positives Bild. Am wichtigsten ist dabei natürlich die Betrachtung der psychischen Störung, die in der Regel zur Unterbringung in der Psychiatrie nach § 63 StGB geführt hat. Bei 96,2 % (n = 76; missing: 6) dieser Probanden wurde hier eine zumindest mäßige oder möglicherweise sogar sehr gut Verbesserung angegeben. Bei drei Probanden wurde von den Behandlern keine Verbesserung angegeben. Hier wurde möglicherweise das Risiko für eine weitere Straftat trotz Fortbestehen der psychischen Erkrankung als gering eingeschätzt. Möglicherweise konnten auch gute Umgebungsbedingungen, die die Rückfallgefahr für den Probanden begrenzen, geschaffen werden. Eine weitere Störung konnte ebenfalls bei einem Großteil gut behandelt

werden (61.5 % sehr guter Erfolg, 30.8 % mäßiger Erfolg), eine möglicherweise vorliegende Suchterkrankung sogar in drei Viertel der Fälle.

Bezüglich der sozialen Situation, in welche die Patienten entlassen werden, wird deutlich, dass es sich häufig um Wohnformen mit mehr oder weniger weiterer Unterstützung oder sogar kontrollierender Struktur handelt. So wurde fast jeder zweite Patient, in ein Heim oder ein sozialtherapeutisches Übergangsheim entlassen, teilweise mit sehr kontrollierender bzw. fast oder komplett geschlossener Struktur. Ein Teil konnte von offeneren Wohnformen profitieren, die aber trotzdem eine gewisse Unterstützung aufweisen, wie therapeutische Wohngemeinschaften. Ein Drittel schließlich konnte auch selbständig wohnen, in etwa die Hälfte alleine, die andere Hälfte mit einer Partnerin oder der Familie. Insgesamt zeigen sich im sozialen Bereich insoweit Probleme, als für vier Fünftel angegeben wird, dass sie alleinstehend oder getrennt lebend sind. Nur jeder Fünfte lebt in einer festen Partnerschaft oder ist verheiratet. Drei Viertel der Probanden sind dementsprechend kinderlos, ein Fünftel hat ein Kind.

Wie in der Verteilung zur Arbeitssituation bei der Entlassung deutlich wird, geht es bei vielen Patienten eher darum, ein ideales Arbeitsumfeld mit einer Struktur zu schaffen und weniger um die Integration in ein reguläres sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis. Dies gelingt auch nur bei etwa jedem sechsten Probanden (16.7 %; n = 14; missing: 3). Im Vordergrund stehen arbeitstherapeutische Maßnahmen für ein Drittel (29.8 %), die oft auch in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Heimunterbringung angeboten werden und 13.1 % in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, die zum einen eine Tagesstruktur bieten und zum anderen Sozialbeiträge z. B. für die Altersvorsorge leisten. In etwa ein Viertel ist auf Grundsicherung/Sozialhilfe (25.8 %) angewiesen, ein weiteres Viertel erhält Rente (22.5 %). Nur jeder Fünfte kann vom eigenen Arbeitslohn auch leben (19.1 %).

Weisungen werden Patienten häufig standardmäßig erteilt, individuelle Besonderheiten nur teilweise berücksichtigt. Am häufigsten wird eine ambulante Nachsorge angeordnet, ebenfalls noch häufig Kontakt zu einem Bewährungshelfer (75.0 %) und die Verpflichtung, den Wechsel eines Wohnortes oder des Arbeitsplatzes bekannt zu machen.

Insgesamt wird deutlich, dass von den Behandlern zum Entlasszeitpunkt davon ausgegangen wird, dass gute Behandlungsergebnisse erzielt werden konnten. Weiterhin zeigt sich, dass Patienten, die aus der Unterbringung nach § 63 entlassen werden, der größte Teil auch weiterhin auf verschiedenartige Hilfsangebote angewiesen ist, sei es in Form einer therapeutischen Wohnform oder Unterstützungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz.

## **5.2 Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht waren**

### **5.2.1 Ergebnisse zum Zeitpunkt Entlassung (t0)**

Für den Zeitraum von März 2001 bis Dezember 2009 können die Daten von insgesamt 994 Probanden berücksichtigt werden, die aus dem Maßregelvollzug nach dem § 64 StGB entlassen wurden. Ein regulärer Therapieabschluss mit Entlassung in Freiheit findet statt, wenn aus Sicht der Einrichtung eine Therapie erfolgreich absolviert werden konnte. Diese Patienten werden in der Regel mit einer Reststrafe auf Bewährung entlassen. Dies trifft auf 350 Probanden (35.2 %; missing: 2) zu.

Die größte Gruppe ist diejenige, deren Therapie wegen „Aussichtslosigkeit“ abgebrochen wurde. Diese Möglichkeit ist im deutschen Rechtssystem bei Anordnung des § 64 StGB vorgesehen, wenn sich im Verlauf der Behandlung zeigt, dass keine ausreichende Aussicht auf einen erfolgreichen Therapieabschluss besteht. Im Falle eines Therapieabbruchs bleibt eine Reststrafe von mindestens einem Drittel der ursprünglichen Haftstrafe offen und muss im Regelfall in der Justizvollzugsanstalt verbüßt werden. Diese Regelung soll verhindern, dass zu Verurteilte für eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt plädieren, um eine vermeintliche Vollzugserleichterung zu erhalten. Abgebrochen wurde nach dieser Regelung fast jede zweite Therapie in der vorliegenden Stichprobe (n = 453 ; 45.7 %; missing: 2). Ebenso kritisch im Sinne einer erfolgreichen Therapie müssen die Entwichenen gewertet werden. Hier ist eine wichtige Unterscheidung zu berücksichtigen. Während in der Regensburger Klinik eine Flucht zum aktuellen Zeitpunkt zum Abbruch der Therapie nach § 64 führt, wurde dies früher und auch noch in der ersten Hälfte des Erhebungszeitraums so gehandhabt, dass eine Therapie auch danach fortgesetzt werden konnte. Deshalb wird als ein Item in der Datenerhebung abgefragt, ob ein Lockerungsmissbrauch oder eine Entweichung stattfand. Von einer Entweichung wird dann gesprochen, wenn das Klinikgebäude unerlaubt verlassen wird, z.B. indem Sicherungsanlagen überwunden oder im schlimmsten Fall Mitarbeiter durch eine Geiselnahme gezwungen werden, die Türe zu öffnen. Lockerungsmissbräuche sind bereits Überschreitungen vereinbarter Ausgangszeiten oder das Verlassen eines genehmigten Ausgangs im ungesicherten Gelände. Bei den möglichen Entlassungen handelt es sich nur um Entweichungen, nach denen die jeweiligen Patienten so lange flüchtig waren, dass sie aus der Forensik verwaltungstechnisch entlassen worden waren, also in der Regel mindestens mehrere Tage. Dies ist für 28 Probanden (2.8 %; missing: 2) der Fall. Hier ist seit einer Verbesserung verschiedener Sicherheitsmaßnahmen eine deutliche Besserungstendenz sichtbar. Seit 2006 fanden nur 8 der gesamten 28 Entweichungen statt. Mit 20 waren das von 2001 bis 2005 deut-

lich mehr. Dies korreliert auch mit der offiziellen Lockerungs- und Entweichungsstatistik des Hauses ([www.medbo.de/fileadmin/content/medbo/UK/Geschaeftsbericht\\_2007.pdf](http://www.medbo.de/fileadmin/content/medbo/UK/Geschaeftsbericht_2007.pdf), S. 9).

Eine noch kleinere Gruppe stellen diejenigen dar, deren Therapie wegen Ablauf der Höchstfrist beendet wurde. Dies ist der Fall, wenn von Seiten der Klinik noch nicht vorgeschlagen wird, einen Patienten auf Bewährung zu entlassen, andererseits aber die Höchstunterbringungsdauer erreicht ist, die je nach ausgesprochener Freiheitsstrafe berechnet wird. Tendenziell wird dies eher als erfolgreicher Verlauf gewertet, weil die Therapie nicht abgebrochen wurde. Dies betrifft aber mit 16 ehemaligen Patienten (1.6 %) nur sehr wenige.

Eine weitere Kategorie von Entlassungen, die nur schwer einem positiven oder negativen Therapieverlauf zuzuordnen ist, sind die in den Zwischenvollzug entlassenen Patienten. Bei Maßregelvollzugspatienten kann aus diversen Gründen die Unterbringung in der Entziehungsanstalt unterbrochen und ein Teil der Freiheitsstrafe in einer Justizvollzugsanstalt vollzogen werden. Eher unabhängig vom jeweiligen Therapieverlauf kann von Seiten der Justiz entschieden werden, einen Zwischenvollzug zu vollstrecken, wenn der Patient beispielsweise aus einer anderen Straftat eine Freiheitsstrafe offen hat und noch verbüßen muss. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen aus Sicht der Klinik ein Zwischenvollzug angeregt wird, weil die Therapie stagniert. In diesem Fall wird der Zwischenvollzug vergleichbar einer Vorstufe zum Therapieabbruch vorgeschlagen, ähnlich einer „letzten Chance“. Die Erhebung bei dieser Patientengruppe ist dadurch erschwert, dass bei Verlegung in eine JVA nicht bekannt ist, ob der jeweilige Proband in die Forensik zurückkehrt. Falls er sich für das Absolvieren der restlichen Freiheitsstrafe im Regelvollzug entscheidet, muss die Entlassung in den Zwischenvollzug bereits als Entlassung gewertet werden. Wenn der Proband zurückkehrt, wird lediglich das Item „Zeit im Zwischenvollzug“ gewertet. 33 Probanden wurden in den Zwischenvollzug entlassen und kehrten nicht mehr zu einer Behandlung zurück (3.3 %). In der Restkategorie „sonstige Entlassungen“ verbleiben mit 112 insgesamt 11.3 %. Hier sind besonders Verlegungen in andere forensische Kliniken zu erwähnen, meistens um eine heimatnähere Behandlung zu ermöglichen, häufig auch erst in der Resozialisierungsphase.

Eine weitere Besonderheit sind Verlegungen in Therapieeinrichtungen, in denen Behandlungen nach dem § 35 des Betäubungsmittelgesetzes durchgeführt werden. Dies sind im Vergleich zum Maßregelvollzug offenere Therapieeinrichtungen, die Patienten eine Drogenentwöhnungstherapie ermöglichen. Eine Behandlung wird Patienten dort manchmal in weniger schwerwiegenden Fällen statt dem § 64 StGB ermöglicht.

Gelegentlich können § 64-Patienten dorthin verlegt werden, nachdem sie eine bestimmte Lockerungsstufe erreicht haben.

Wie in der Stichprobenbeschreibung ausgeführt, waren 912 dieser 994 Probanden Männer (91.8 %). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 1.18 Jahre bei einer Standardabweichung von 0.86 Jahren, das Maximum lag bei 5.46 Jahren. Da Therapieabbrüche zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden — manchmal bereits ganz am Anfang, manchmal aber auch erst in der Entlassungsphase — ist dieser Gesamtwert nur wenig aussagekräftig. Wenn man sich die Zeitdauer der Unterbringung nur für die Gruppe der Therapieabbrecher betrachtet, ergibt sich für 453 Probanden eine mittlere Aufenthaltsdauer von 0.89 Jahren (Standardabweichung = 0.77 Jahre). Der Median liegt bei 0.58 Jahre, also die Hälfte der Therapieabbrecher verbringt insgesamt höchstens ein halbes Jahr in der Unterbringung. Auch in dieser Gruppe liegt der Maximalwert mit fast 5 Jahren sehr hoch (4.92). Wenn nur diejenige Gruppe berücksichtigt wird, von denen ein erfolgreicher Therapieverlauf angenommen wird, bei denen also eine bedingte Entlassung stattfand, beträgt das arithmetische Mittel für 350 Probanden 1.83 Jahre (Standardabweichung = 0.64 Jahre), der Median beträgt 1.75 Jahre. Ein Viertel aus dieser Probandengruppe verbleibt länger als 2.14 Jahre in der Forensik.

#### **5.2.1.1. Biografie**

##### **a. Geburtsort**

In der gesamten § 64-Gruppe sind 669 von 992 (missing: 2) in Deutschland geboren (67.4 %). Ein sehr großer Anteil, nämlich nahezu ein Viertel (22.6 %), stammt aus den Staaten der ehemaligen GUS. 7.7 % stammen aus anderen europäischen Ländern, 2.2 % von außerhalb Europas. Der gesamte Anteil von Probanden, die im Ausland geboren wurden, beträgt somit in etwa ein Drittel. Diese Definition umfasst damit eine kleinere Gruppe, als wenn beim Migrationshintergrund auch ausländische Eltern oder Elternteile gewertet werden würden.

Ein sehr großer Anteil derer, die im Ausland geboren wurden (89.8 %; missing: 8), lebt seit über vier Jahren in Deutschland, nur insgesamt 8 (2.5 %) kürzer als zwei Jahre.

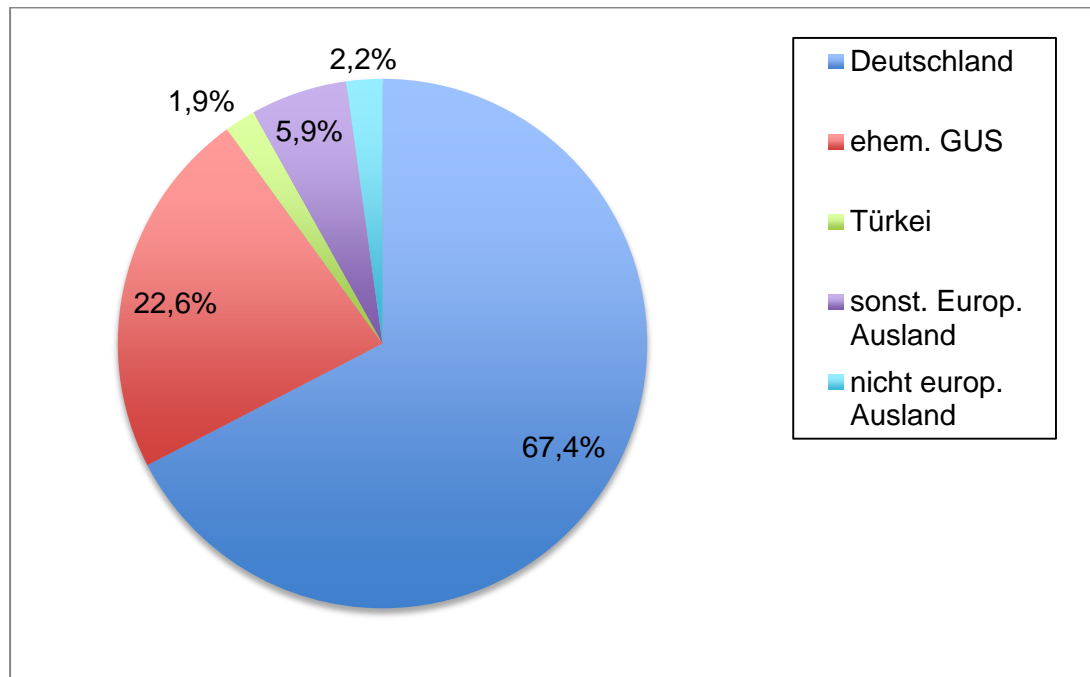


Abbildung 5.9: Herkunftsland, § 64 StGB-Patienten (n = 994), missing: 2

## b. Elternhaus

Erst seit der Fragebogenrevision im Jahr 2006 wird erhoben, bei wem die Probanden aufgewachsen sind und welche spezifischen Belastungsfaktoren und Auffälligkeiten es in der Kindheit und Jugend gab. Deshalb liegen nur für 262 Probanden hierzu Angaben vor. 208 von diesen (79.4 %) sind bei den Eltern aufgewachsen. 13.0 % sind zwar bei einem Elternteil aufgewachsen, wobei sich auch dahinter als Belastung eine Trennung/Scheidung oder gar der Tod eines Elternteils verbergen kann. Fünf Probanden (1.9 %) sind in einem Heim aufgewachsen. Auf den wichtigen Einfluss dieses Faktors wird in einer wachsenden Anzahl von Literaturstellen und auch in verschiedenen Prognose-Instrumenten, z. B. HCR-20 oder SVR-20, hingewiesen (Müller-Isberner, Jöckel, Gonzalez Cabeza, 1998, Müller-Isberner, Gonzalez Cabeza, Eucker, 2000).



Tabelle 5.32: Elternhaus, § 64 StGB-Patienten (n = 280)

Aufgewachsen bei (bis zum 15. Lebensjahr)	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 262)	Kumulierte Prozent
Bei den Eltern	208	79.4	79.4
Bei einem Elternteil	34	13.0	92.4
Bei Pflegeeltern/Verwandten	10	3.8	96.2
In einem Heim	5	1.9	98.1
sonstiges	5	1.9	100.0
missing	18		
Gesamt	280		

### c. Familiäre Belastungen

Wie erwähnt, werden ebenfalls seit der Revision des Erhebungsinstruments familiäre Belastungen der Probanden erhoben. Es zeigt sich für die Probanden ein insgesamt kritischeres Bild. Es liegen Angaben von insgesamt 280 Probanden vor (missing: 5). Bei 192 von 275, also bei mehr als zwei Drittel (69.8 %) werden familiäre Belastungen als Risiko angegeben. Nur bei 15,5 % wird diese Aussage als unbelastet angegeben. Trennungen bzw. Scheidungen sowie Suchterkrankungen der Eltern spielen mit jeweils 42.4 % (n = 81) die größte Rolle, aber auch Gewalttätigkeit der Eltern kommt mit über einem Drittel (38.2 %) sehr häufig vor.

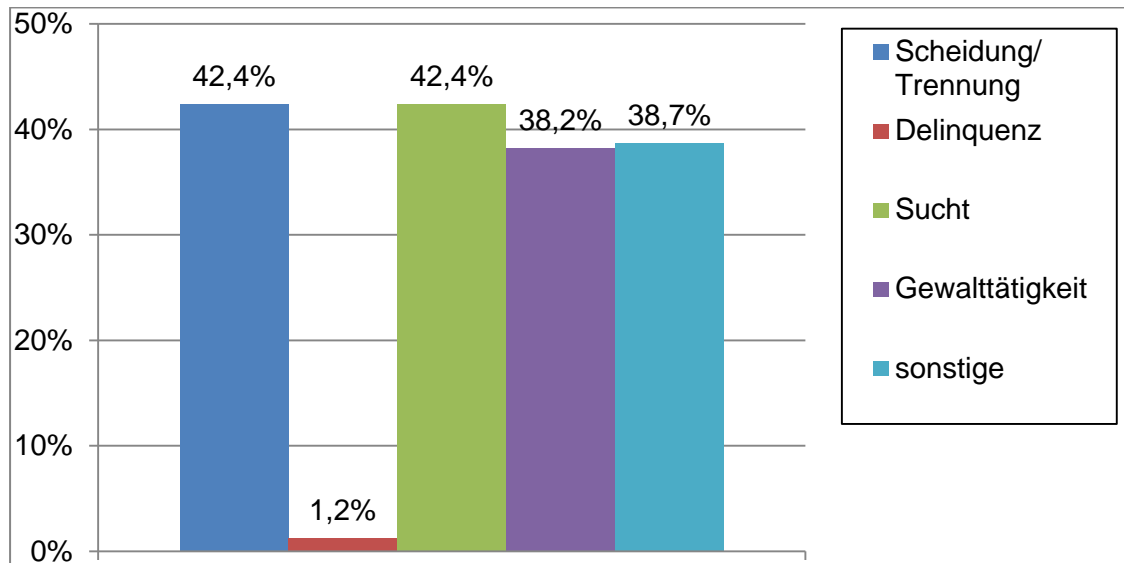


Abbildung 5.10: Familiäre Belastungen, § 64 StGB-Patienten (n = 280; missing: 5)

#### d. Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend

Eine ähnliche Rolle spielen Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend. Drei Fünftel der 275 ausgewerteten Probanden weisen hier Auffälligkeiten auf (60.1 %). In dieser Gruppe der § 64-Patienten sind die meisten Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im Bereich Alkoholmissbrauch in 62.0 % der angegebenen Fälle, Drogen- und Medikamentenmissbrauch in 50.0 %. Ein Drittel zeigte Verhaltensstörungen, jedoch nur wenige Entwicklungsverzögerungen und keine ZNS-Schädigungen.

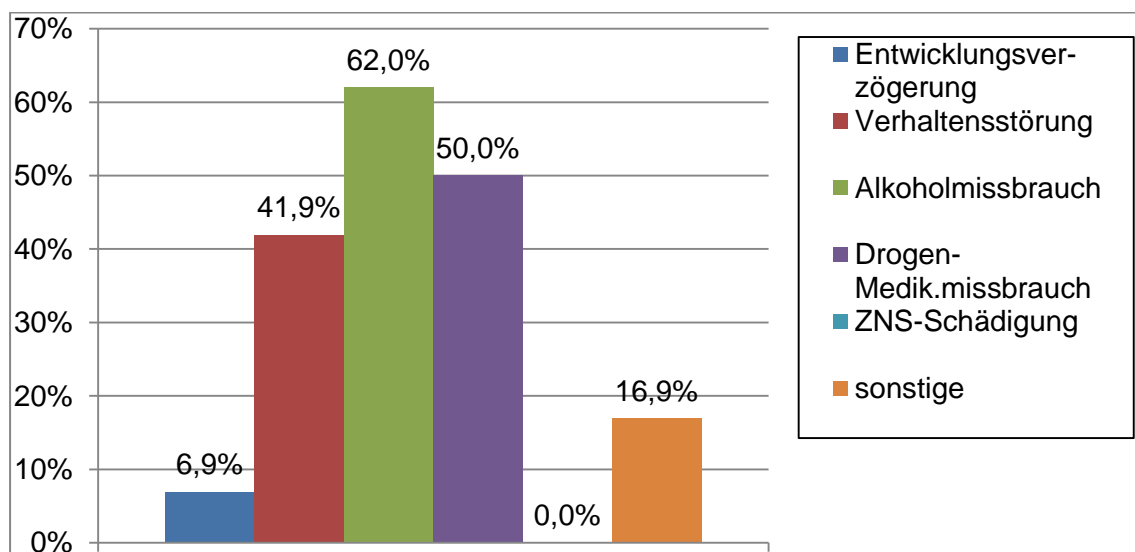


Abbildung 5.11: Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, § 64 StGB-Patienten (n = 280; missing: 5)

**e. Schul- und Berufsbildung**

Hinsichtlich der Schulbildung zeigt sich, dass mit 2.5 % (missing: 16) nur jeder 40. eine gymnasiale Schulausbildung erfolgreich absolviert hat. Bei 57.8 % liegt kein qualifizierender Schulabschluss vor, bei insgesamt 85.8 % als höchster Abschluss maximal Hauptschulabschluss.

Tabelle 5.33: Schulbildung, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Schule	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 978)	Kumulierte Prozent
<b>Förderschule</b>	83	8.5	8.5
<b>Hauptschule (ohne qualifizierenden Abschluss)</b>	482	49.3	57.8
<b>Hauptschule (mit qualifizierenden Abschluss)</b>	274	28.0	85.8
<b>Realschule</b>	92	9.4	95.2
<b>Gymnasium</b>	24	2.5	97.6
<b>Sonst: Unklare Schulausbildung</b>	23	2.4	100.0
<b>missing</b>	16		
<b>Gesamt</b>	994		

Dieser insgesamt niedrige Bildungsstatus setzt sich im Rahmen der beruflichen Sozialisation noch deutlicher fort. Jeder vierte hat überhaupt keinen Beruf erlernt (25.9 %; missing: 5), fast zwei Drittel haben keine abgeschlossene Berufsausbildung (62.3 %), weil kein Beruf erlernt oder eine begonnene Ausbildung abgebrochen wurde. Mit 1.1 % ist ein abgeschlossenes Studium extrem selten.

Tabelle 5.34: Berufsausbildung, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Schule	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 989)	Kumulierte Prozent
<b>ungelernt</b>	256	25.9	25.9
<b>abgebrochene Lehre</b>	360	36.4	62.3
<b>abgeschlossene Lehre</b>	327	33.1	95.3

<b>FH/Uni-Studium</b>	11	1.1	96.5
<b>mehrere Ausbildungen</b>	16	1.6	98.1
<b>Sonst: Unklare Ausbildung</b>	19	1.9	100.0
<b>missing</b>	5		
<b>Gesamt</b>	989		

#### f. Arbeitssituation vor Aufnahme

Abgesehen von der unterdurchschnittlich niedrigen Schul- und Berufsausbildung sollten viele der forensischen Patienten auch Probleme haben, Arbeitsplätze zu finden oder dabei, diese über eine längere Zeitdauer zu behalten. Hierfür wird mit einer Frage erfasst, wie die Arbeitssituation vor Aufnahme in die JVA oder in die Forensik war. Mit 68.9 % (missing: 13) gingen zu diesem Zeitpunkt über zwei Drittel der betroffenen Klientel keiner geregelten Tätigkeit nach. Immerhin jeder fünfte war aber sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder war selbständig.

Tabelle 5.35: Arbeit vor Aufnahme, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

<b>Arbeit vor Aufnahme</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Gültige Prozent (n = 981)</b>	<b>Kumulierte Prozent</b>
<b>erwerbslos</b>	676	68.9	68.9
<b>Ausbildung</b>	21	2.1	71.0
<b>Berentung</b>	8	0.8	71.9
<b>Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis</b>	177	18.0	89.9
<b>Selbständig</b>	46	4.7	94.6
<b>Minijob</b>	22	2.2	96.8
<b>sonstiges</b>	31	3.2	100.0
<b>missing</b>	13		
<b>Gesamt</b>	994		

### g. Alter bei Aufnahme

Abschließend in dieser Rubrik soll dargestellt werden, wie alt die Probanden bei ihrer Aufnahme zur aktuellen forensischen Behandlung waren. Es zeigt sich deutlich, dass es sich um ein überwiegend sehr junges Klientel handelt. Weit über die Hälfte (56.7 %; missing: 1) der Probanden ist bei Aufnahme unter 30 Jahren. Nur 6.6 % sind bei Aufnahme bereits älter als 45.

Tabelle 5.36: Alter bei Aufnahme, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Alter bei Aufnahme	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 993)	Kumulierte Prozent
Unter 18 Jahre	6	0.6	0.6
18 – 21 Jahre	71	7.2	7.8
22 – 25 Jahre	227	22.9	30.6
26 – 30 Jahre	259	26.1	56.7
31 – 35 Jahre	168	16.9	73.6
36 – 40 Jahre	127	12.8	86.4
41 – 45 Jahre	69	6.9	93.4
46 – 50 Jahre	41	4.1	97.5
51 – 55 Jahre	17	1.7	99.2
56 – 60 Jahre	4	0.4	99.6
Mehr als 60 Jahre	4	0.4	100.0
missing	1		
Gesamt	994		

### **5.2.2.2 Klinische Anamnese**

#### **a. Diagnose**

Innerhalb der Gruppe der § 64-Patienten stehen die Sucht- und Abhängigkeitsdiagnosen F10-F19 (ICD-10, Dilling et al., 1993) im Vordergrund. § 64 StGB legt fest, dass Straftäter in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden können, wenn ein Zusammenhang zu einem Hang besteht, alkoholische Getränke oder berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Auch wenn es sich hier um eine juristische Definition handelt, ist das Vorliegen einer Sucht- oder Abhängigkeitsdiagnose annähernd eine Grundvoraussetzung für die Unterbringung nach diesem Paragraphen. Für jeden Probanden werden in der vorliegenden Untersuchung maximal drei psychiatrische Diagnosen nach dem Internationalen Klassifikationssystem ICD-10, Kapitel F erhoben (Dilling et al., 1993), die bei Entlassung vorliegen. Während die erste Diagnose (Hauptdiagnose) somit in der Regel eine Suchtdiagnose sein sollte, kann es sich bei den beiden weiteren Diagnosen um verschiedene Krankheiten aus dem psychiatrischen Bereich handeln.

Für vier der 994 Probanden wurde von den jeweiligen Untersuchern keine Hauptdiagnose angegeben. Bei insgesamt 18 Probanden (1.8 %) wurde als Hauptdiagnose keine Erkrankung aus dem Bereich F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ vom Interviewer bzw. Therapeuten vergeben. Beim Vorliegen einer Abhängigkeit von einer einzelnen Substanz ist das am häufigsten Alkohol. Mehr als jeder vierte behandelte Patient leidet unter einer Abhängigkeit von dieser Substanz (27.6 %; missing: 4). 15.1 % der Patienten leiden unter einer Abhängigkeit von Opioiden. Die weiteren Substanzgruppen Cannabinoide, Sedativa, Kokain, Stimulantien und Halluzinogene spielen mit jeweils 0.2 % bis 2.8 % eher untergeordnete Rollen. Die Hauptgruppe wird von der Gruppe gebildet, die regelmäßig verschiedene Substanzen konsumiert und diese chaotisch und wahllos aufnimmt (Polytoxikomanie). Es handelt sich mit 486 (49.1 %) um fast die Hälfte der untersuchten Patienten.

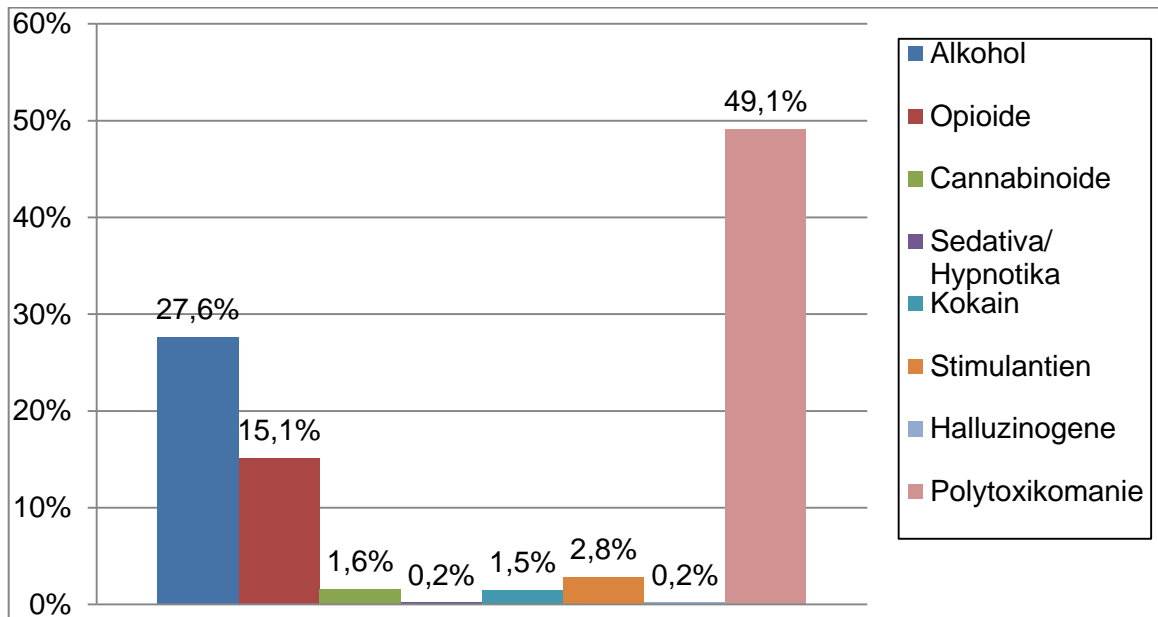


Abbildung 5.12: Hauptdiagnose, § 64 StGB-Patienten (n = 994; missing: 4)

Eine zweite Diagnose erhielten 446 Patienten (44.9 %). Als Zweitdiagnose sind erneut die Suchtdiagnosen (F1) führend (n = 187; 18.8 %). Dies dürfte vor allem für Patienten zutreffen, deren Konsum nicht chaotisch oder wahllos ist, wie für multiplen Substanzgebrauch (Polytoxikomanie) erforderlich. Die zweithäufigste Störungsgruppe und damit die häufigste, die nicht dem Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet wird, sind die Persönlichkeitsstörungen (n = 174; 17.5 %). Während Diagnosen aus den Bereichen organische Schädigungen, Schizophrenie, affektive Störungen, neurotische Störungen und Minderbegabungen kaum vorkommen (0.5 % - 1.3 %), liegt bei 4.2 % eine Aufmerksamkeitsstörung (z. B. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, hyperkinetische Störung) vor.

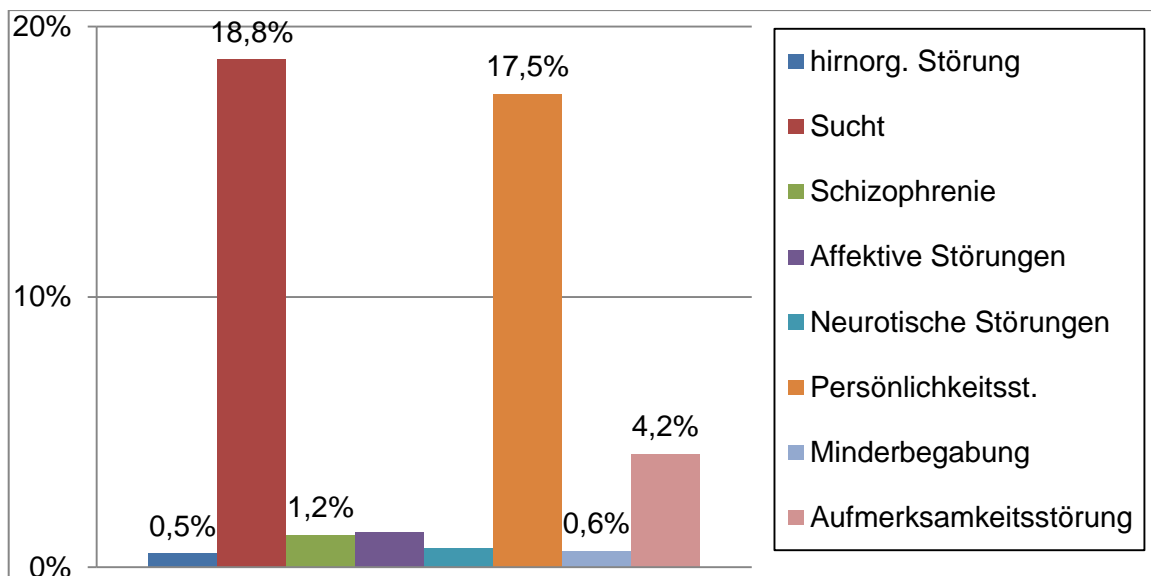


Abbildung 5.13: Diagnose 2, § 64 StGB-Patienten (n = 446)

Eine weitere und damit dritte Diagnose wird nur bei jedem zehnten Probanden (9.4 %) vergeben. Nennenswerte Anteile werden von Abhängigkeitserkrankungen und von Persönlichkeitsstörungen erreicht (3.1 % bzw. 3.4 %).

## b. Intelligenzniveau

Um ein zusätzliches Merkmal zu erheben, das Aussagen auf die Therapiefähigkeit von Probanden zulässt, wurde von den Untersuchern eine pauschale Einschätzung der intellektuellen Leistungsfähigkeit in Kategorien erhoben (minderbegabt, unterer Durchschnitt, durchschnittlich, oberer Durchschnitt, überdurchschnittlich). Dreiviertel aller Probanden werden dabei als mindestens im mittleren Durchschnittsbereich liegend angenommen (73.9 %; missing: 15). Auch von den nicht Minderbegabten, aber im Bereich „unterer Durchschnitt“ Liegenden, ist eine gewisse grundlegende Therapiefähigkeit anzunehmen. Dies betrifft 239 weitere Probanden (24.4 %; missing: 15). Erfahrungsgemäß geht es bei Patienten, die aufgrund mangelnder kognitiver Fähigkeiten inhaltlich nicht von einer Therapie oder Psychotherapie im engeren Sinn profitieren können, um die Schaffung günstiger Umgebungsbedingungen und einer gut strukturierten Wohn- und Lebenssituation.

Tabelle 5.37: Intelligenzschätzung, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Intelligenzschätzung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 979)	Kumulierte Prozent
minderbegabt	17	1.7	1.7
unterer Durchschnitt	239	24.4	26.1
durchschnittlich	546	55.8	81.9
oberer Durchschnitt	154	15.7	97.7
überdurchschnittlich	23	2.3	100.0
missing	15		
Gesamt	994		



### c. Psychiatrische Vorgeschichte

In Bezug auf die psychiatrische Vorgeschichte wurde als maßgebliches Kriterium erhoben, sowohl wann der Beginn der psychiatrischen Erkrankung vermutet wird als auch die Vorerfahrung des jeweiligen Patienten im Rahmen psychiatrischer Vorbehandlungen. Bezüglich dem Ersterkrankungsalter liegen von 964 Probanden die Angaben vor (missing: 30). Bei über der Hälfte (56.5 %) trat die Erkrankung zum ersten mal bereits vor dem Alter von 18 auf. Neun von zehn Probanden erkrankten, bevor sie 25 Jahre alt wurden. Während eine kleinere Restgruppe noch in den nächsten zehn Lebensjahren erkrankt, kommt dies ab 36 Jahren kaum bis überhaupt nicht mehr vor. Gerade Suchterkrankungen beginnen in der Regel bereits sehr früh im jugendlichen Alter.

Tabelle 5.38: Alter bei Erstmanifestation, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Alter bei Erstmanifestation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 964)	Kumulierte Prozent
Unter 18 Jahre	545	56.5	56.5
18 – 25 Jahre	323	33.5	90.0
26 – 35 Jahre	75	7.8	97.8
36 – 45 Jahre	19	2.0	99.8
46 – 55 Jahre	2	0.2	100.0
mehr als 55 Jahre	0	0.0	100.0
missing	30		
Gesamt	994		

Auch bei Betrachtung der Vorbehandlung ist die hohe Belastung dieser Gruppe zu erkennen. Im Gegensatz zur § 63-Stichprobe ist hier die Hälfte der Patienten bisher nicht stationär psychiatrisch vorbehandelt worden (n = 497; 50.7 %; missing: 14). Während 19.3 % (n = 189) bislang einmal stationär in der Psychiatrie waren, trifft das für 30.0 % (n = 294) mehrmals zu. Wenn die Patienten hier dichotomisiert den beiden Gruppen Alkoholabhängige bzw. Drogen- und Medikamentenabhängige zugeordnet werden, so zeigt sich, dass die zweite Gruppe bezüglich ihrer Vorgeschichte höher belastet erscheint. Aus der Drogengruppe sind bereits 31.0 % (n = 213) mehrmals vorbehandelt

worden, während dies für die Alkoholgruppe nur bei 25.7 % (n = 70) zutrifft. Alkoholiker sind zu 54.0 % (n = 147) bisher nicht stationär behandelt worden, Drogenabhängige nur zu 50.3 % (n = 346). Die Unterschiede sind nicht signifikant.

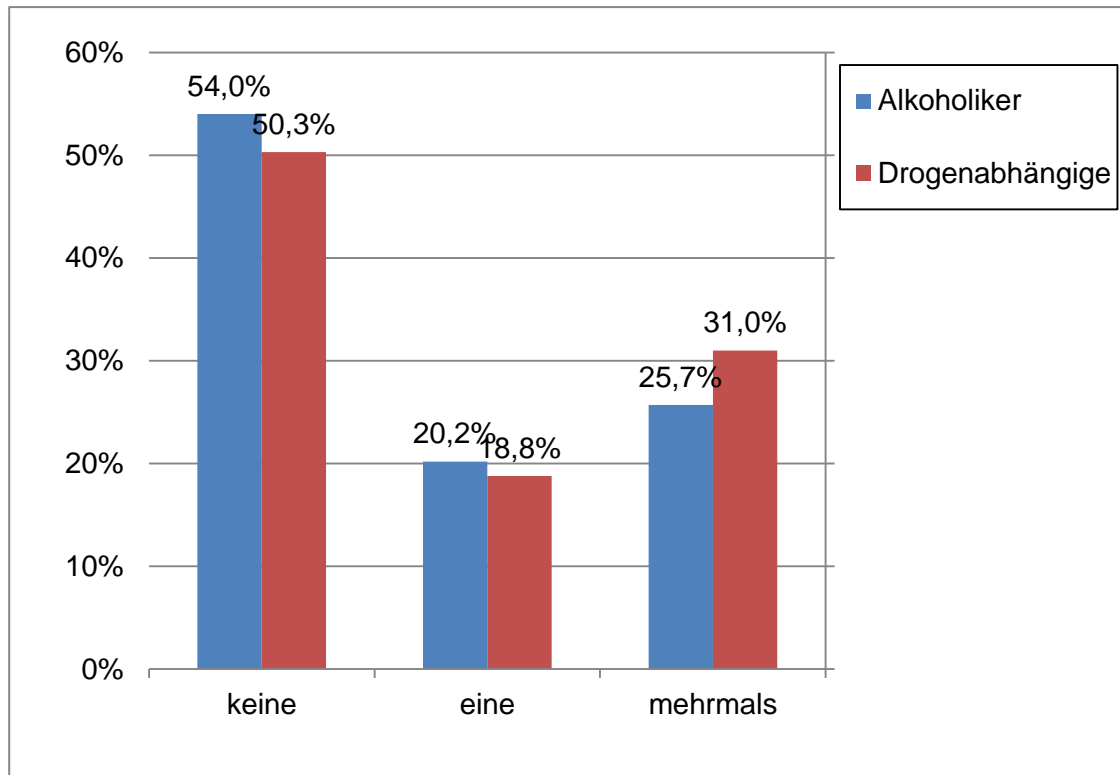


Abbildung 5.14: Stationäre Vorbehandlungen, § 64 StGB-Patienten (n = 960; missing: 34), Alkoholabhängige n = 272; Drogenabhängige n = 688

Auch forensisch sind einige Probanden bereits vor ihrem aktuellen Aufenthalt in Erscheinung getreten. So sind fast ein Viertel (22.6 %) bereits mindestens einmal, davon 3.8 % sogar mehrmals in der Forensik stationär behandelt worden. Auch hier gibt es einen Unterschied zwischen den beiden Subgruppen. 86.4 % der Alkoholkranken hatten bisher keine forensische Unterbringung, bei den Drogenabhängigen waren dies mit 74.1 % deutlich und hoch signifikant weniger (Chi-Quadrat: 17.37\*\*\*; df: 2).

Tabelle 5.39: Vorbehandlung im Maßregelvollzug, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Vorbehandlung im Maßregelvollzug	Alkoholabhängige (in %)	Drogenabhängige (in %)	Gesamt (in %)
keine	236 (86.4)	516 (74.1)	752 (77.6)
eine	32 (11.7)	148 (21.3)	180 (18.6)
mehrmals	5 (1.8)	32 (4.6)	37 (3.8)
<b>Gesamt</b>	273 (100.0)	696 (100.0)	969 (100.0; missing: 25)

Von den 453 Probanden, die bereits stationär psychiatrisch behandelt wurden, hat nahezu die Hälfte keine Therapie abgebrochen (48.0 %). Der Rest teilt sich sehr gleichmäßig auf die beiden Kategorien ein Abbruch bzw. mehrere Abbrüche (26.3 % bzw. 25.7 %) auf. Es liegen zwischen den beiden Hauptgruppen Alkohol- vs. Drogen-/Medikamentenabhängige deutliche Unterschiede vor. Bei den Alkoholikern haben deutlich mehr als die Hälfte (56.3 %; n = 71) nicht die negative Erfahrung eines Therapieabbruchs hinter sich, während das bei den Drogenabhängigen nur 45.8 % (n = 168) sind. Mehrere Therapieabbrüche haben bei Alkoholikern bisher in etwa ein Sechstel (15.1 %; n = 19), bei den Drogenabhängigen aber fast jeder Dritte (29.2 %; n = 107) erlebt (Chi-Quadrat: 9.88\*\*\*; df: 2).

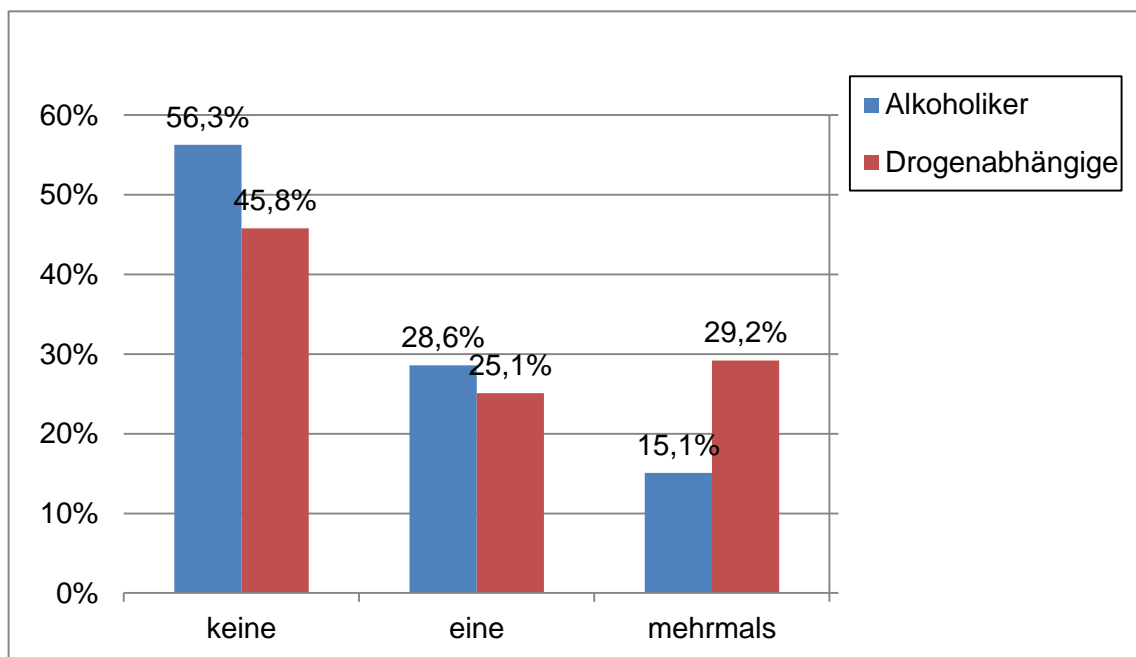


Abbildung 5.15: Vorzeitige Therapieabbrüche, § 64 StGB-Patienten (n = 493), Alkoholabhängige n = 126; Drogenabhängige n = 367

#### **d. Abstinenz**

Aus der Gesamtgruppe von 994 liegen bei 957 Probanden Angaben zu bisherigen Abstinenzphasen vor (missing: 37). Jeder Vierte war seit dem Beginn seiner Suchterkrankung noch niemals abstinent (24.9 %; n = 238). 132 (13.8 %) waren immerhin bis zu einer Woche abstinent und weitere 191 (20.0 %) bis zu mehreren Wochen. Ein weiteres Fünftel gab einen Abstinenzzeitraum von mehreren Monaten (n = 205; 21.4 %) an, ein Jahr 4.5 % (n = 43) und 15.5 % (n = 148) mehr als ein Jahr. Insgesamt scheinen es wenige Patienten der vorliegenden Stichprobe bisher geschafft zu haben, längere Zeiträume ohne Suchtmittel zu bleiben. Es liegen hier keine größeren Unterschiede zwischen den beiden Untergruppen vor.

#### **5.2.2.3 Forensische Anamnese**

##### **a. Anlassdelikt**

Auch bei den § 64-Patienten ist das Anlassdelikt eine ausgesprochen wichtige Information. Bei der Betrachtung dieser Delikte wird deutlich, dass sich die Verteilung von der weiter oben dargestellten § 63-Patienten unterscheidet. Fast die Hälfte der hier untersuchten Gruppe (48.1 %; n = 477) sind wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittel-Gesetzes verurteilt worden. Davon abgesehen sind die beiden nächst häufigsten Deliktgruppen mit etwas mehr als einem Viertel (26.7 %; n = 265) Betrugs- und Diebstahlsdelikte und ein Fünftel (20.2 %; n = 200) Körperverletzungsdelikte. Tötungs-, Sexual- und Brandstiftungsdelikte spielen in dieser Gruppe mit 0.8 - 2.3 % eine zahlenmäßig untergeordnete Rolle.

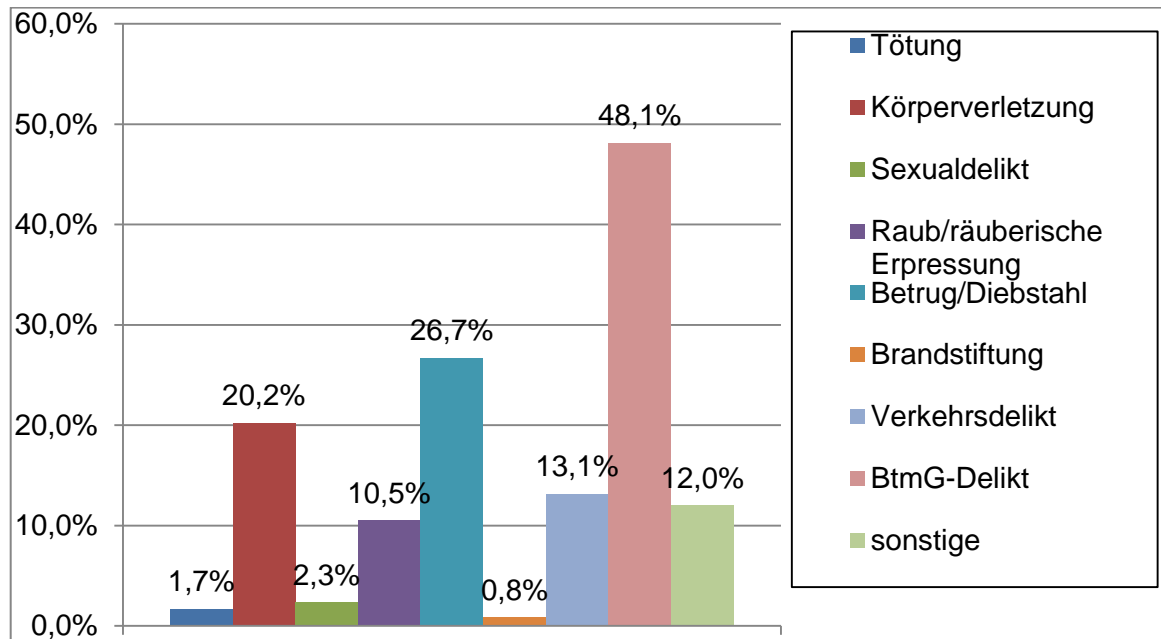


Abbildung 5.16: Anlassdelikt, § 64 StGB-Patienten (n = 994; missing: 3), Mehrfachnennungen möglich

Beim Vergleich der beiden Gruppen Alkoholabhängige und Drogenabhängige können deutliche Unterschiede festgestellt werden. Bei den Drogenabhängigen stehen die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz im Vordergrund. Zwei von drei drogenabhängigen Probanden (65.3 %; n = 455) wurden wegen eines derartigen Deliktes verurteilt, während das bei den Alkoholabhängigen nur für 3.7 % (n = 10) zutrifft. Dieser Unterschied ist hoch signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson: 298.42\*\*, df: 1). Zwei weitere Deliktgruppen treten bei den Drogenabhängigen häufiger auf, Raub/ räuberische Erpressung und Betrug/Diebstahl. Während dies bei Raub/räuberische Erpressung tendenziell so ist, ist der Unterschied bei Betrug/Diebstahl signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson: 4.15\*, df: 1). Alle anderen Deliktgruppen sind bei den Alkoholabhängigen häufiger vertreten. Sehr deutlich wird das für die Gewaltdelikte Tötungen und Körperverletzungen. Bei den Körperverletzungen stehen 39.9 % (n = 109) bei den Alkoholikern 12.3 % (n = 86) bei den Drogenabhängigen gegenüber, bei den Tötungsdelikten sind es 3.7 gegenüber 1.0 %. Beide Unterschiede sind hoch signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson: 92.96\*\*, df: 1; Chi-Quadrat nach Pearson: 8.05\*\*, df: 1). Auch Sexualdelikte sind bei Alkoholikern anteilmäßig häufiger (7.0 vs. 0.6 %), ebenso Brandstiftungen, die bei Drogenabhängigen in der vorliegenden Stichprobe überhaupt nicht vorkommen, bei den Alkoholabhängigen immerhin in 2.9 % der Fälle. Einen sehr deutlichen Unterschied gibt es auch bei den Verkehrsdelikten. Hiervon ist jeder dritte Alkoholiker betroffen (32.6 %; n = 89), jedoch nur jeder zwanzigste Drogenabhängige (5.9 %; n = 41). Auch diese drei Unterschiede sind allesamt hoch signifikant (Chi-

Quadrat nach Pearson: 34.56\*\*; df: 1; Chi-Quadrat nach Pearson: 20.56\*\*; df: 1; Chi-Quadrat nach Pearson: 120.66\*\*; df: 1).

Unter den sonstigen Delikten finden sich Sachbeschädigungen, Beleidigungen, Verstöße gegen das Waffengesetz, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Leistungserschleichungen und ähnliche Delikte. Diese Straftaten werden als Mehrfachnennungen zusätzlich zu den vorgegebenen Kategorien genannt und treten insgesamt selten auf.

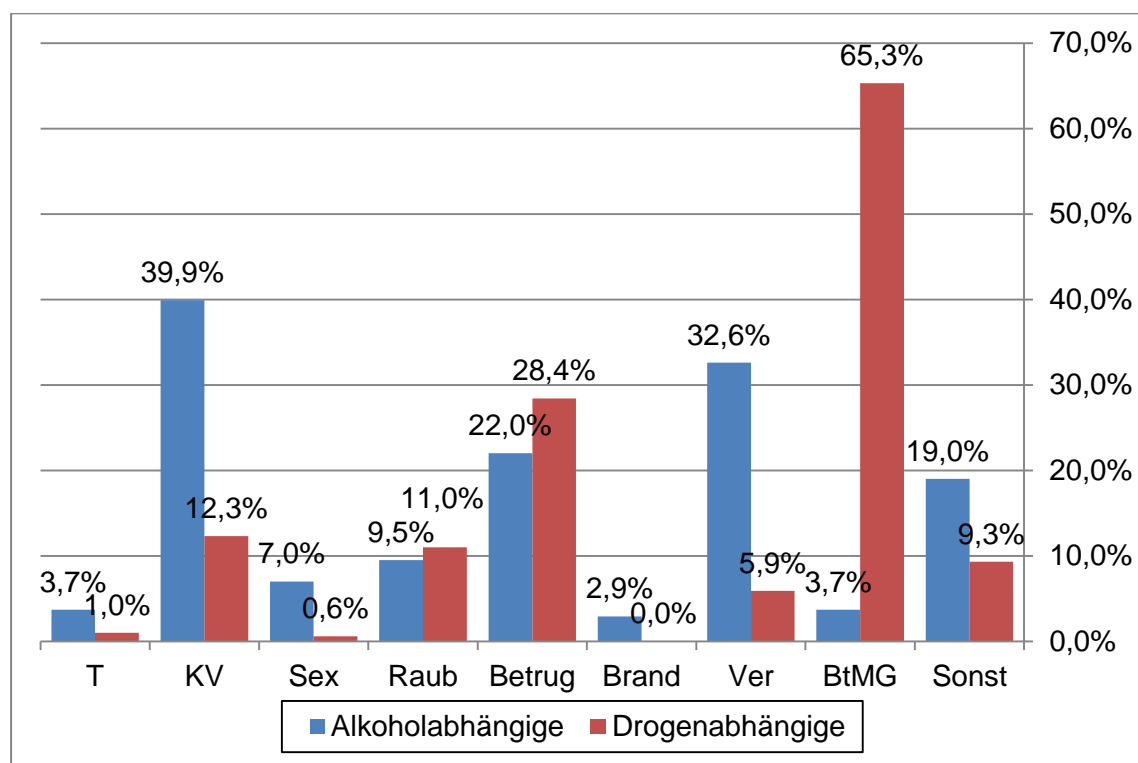


Abbildung 5.17: Anlassdelikt, § 64 StGB-Patienten (n = 970; missing: 24), Mehrfachnennungen möglich, Alkoholabhängige n = 273; Drogenabhängige n = 697

Anmerkungen: T = Tötung, KV = Körperverletzung, Sex = Sexualdelikt, Raub = Raub / räuberische Erpressung, Betrug = Betrug / Diebstahl, Brand = Brandstiftung, Ver = Verkehrsdelikt, BtMG = BtMG-Delikt, sonst. = sonstige Delikte, Mehrfachnennungen möglich

Eine weitere Zusammenfassung wie bei den § 63-Patienten in die drei Gruppen Gewaltstraftäter mit Tötungs- und Körperverletzungsdelikten, Sexualstraftäter mit Sexualdelikten und solche mit anderen Delikten erbringt hier keine sinnvolle Aufteilung. Es lassen sich zwar 20.5 % (n = 203) den Gewaltdelinquenten zuordnen, jedoch nur 2.2 % (n = 22) den Sexualdelinquenten. Der überwiegende Rest von 766 Probanden mit verwertbaren Angaben (77.1 %) ist der Gruppe mit sonstigen Delikten zuzuordnen, was für eine weitere Auswertung keine Vorteile in der Eingruppierung erbringt. Hauptsächlich ist dies auf den sehr hohen Anteil an BtMG-Delikten zurückzuführen. Eine Auftei-

lung nach diesem Kriterium erbringt keine Vorteile, weil diese Unterscheidung bereits gut mit der Gruppe der Drogenabhängigen abgebildet wird.

## **b. Höhe der Freiheitsstrafe**

Für eine genauere Einschätzung des Schweregrades einer Straftat soll an dieser Stelle die Freiheitsstrafe herangezogen werden, zu der ein Täter verurteilt wurde. Auch in dieser Subgruppe ist zu berücksichtigen, dass bei Vorliegen einer verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) dies bei der Dauer der Freiheitsstrafe mildernd berücksichtigt wird. Wenn ein Täter schuldunfähig ist (§ 20 StGB), wird überhaupt keine Freiheitsstrafe neben der Unterbringung in der Psychiatrie ausgesprochen. Insgesamt kann von der Freiheitsstrafe in der § 64-Gruppe eher auf den Schwergrad der Straftat geschlossen werden, weil zum einen bei Verhängung des § 64 eine Minderung der Schuldunfähigkeit keine notwendige Voraussetzung ist und weil zum anderen der komplette Ausschluss der Schuldfähigkeit (§ 20 StGB) nur in den aller seltensten Fällen vorkommt. Diese Voraussetzung wurde nicht erhoben. Die Tatsache, dass insgesamt nur neun Probanden (0.9 %) behandelt wurden, die keine Freiheitsstrafe zu verbüßen hatten, verdeutlicht aber, dass dieser Paragraph kaum angewendet wird. Mit 5.4 % (n = 54) haben nur wenige Probanden Freiheitsstrafen unter einem halben Jahr. Dies lässt sich gut nachvollziehen, weil bei derart geringen Haftstrafen die Motivation in der Regel gering ist, sich einer Behandlung zu unterziehen, die dann möglicherweise länger als die Freiheitsstrafe dauert. Dies ist auch für die Zeitstrafen zwischen sieben Monaten und einem Jahr der Fall, die aber bereits deutlich häufiger in der Stichprobe vorkommen (16.7 %; n = 166). Insgesamt hat also ungefähr jeder Vierte eine Freiheitsstrafe, die kürzer als ein Jahr oder ein Jahr ist. Über die weiteren Kategorien von Freiheitsstrafen sind die Anteile in etwa gleichmäßig zwischen 11.1 und 13.8 % verteilt. Mehr als ein Viertel (28.3 %; n = 281) der Probanden liegt aber in der Restkategorie derer mit Freiheitsstrafen, die länger als drei Jahre sind.

Tabelle 5.40: Höhe der Freiheitsstrafe, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Höhe der Freiheitsstrafe	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 992)	Kumulierte Prozent
keine	9	0.9	0.9
bis einschließlich 6 Monate	54	5.4	6.4
7 – 12 Monate	166	16.7	23.1
13 – 18 Monate	114	11.5	34.6
19 – 24 Monate	137	13.8	48.4
25 – 30 Monate	121	12.2	60.6
31 – 36 Monate	110	11.1	71.7
über 3 Jahre	281	28.3	100.0
missing	2		
Gesamt	994		

Da die Dauer der Freiheitsstrafen in erster Linie vom Schweregrad der Straftaten abhängt, sollten unterschiedliche Zeiten für die beiden Hauptdiagnosegruppen vorliegen, da die Alkoholiker-Gruppe zumeist schwerere Gesetzesverstöße, wie Tötungsdelikte, Körperverletzungen und Sexualstraftaten aufwies. Aus Abbildung 5.18 wird deutlich, dass der Anteil der Alkoholabhängigen bei den Freiheitsstrafen bis zu 18 Monaten höher, zum Teil deutlich höher lag als bei den Drogenabhängigen. Bei höheren Freiheitsstrafen kehrt sich dieses Verhältnis um, bei Freiheitsstrafen zwischen zweieinhalb und drei Jahren ist der Anteil bei den Drogenabhängigen sogar mehr als doppelt so hoch (13.5 vs. 5.9 %). Auch zu einer Freiheitsstrafe von mehr als drei Jahren werden deutlich mehr Drogenabhängige als Alkoholiker verurteilt (30.9 vs. 21.6 %). Der Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen ist hoch signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson: 95.90\*\*; df: 7). Auch Bezzel (2008) konnte in ihrer Untersuchung mit etwas weniger Probanden ein ähnliches Ergebnis nachweisen. 33.1 % der 145 Gewalttäter waren zu Freiheitsstrafen von weniger als einem Jahr verurteilt worden, während dies nur bei 11 % der 285 BtM-Täter der Fall war. Dafür hatten 51.9 % dieser Gruppe Freiheitsstrafen von über 31 Monaten. Sie erklärte diesen Befund mit einer möglicherweise „strengerer“ Rechtsprechung bei BtMG-Delikten.



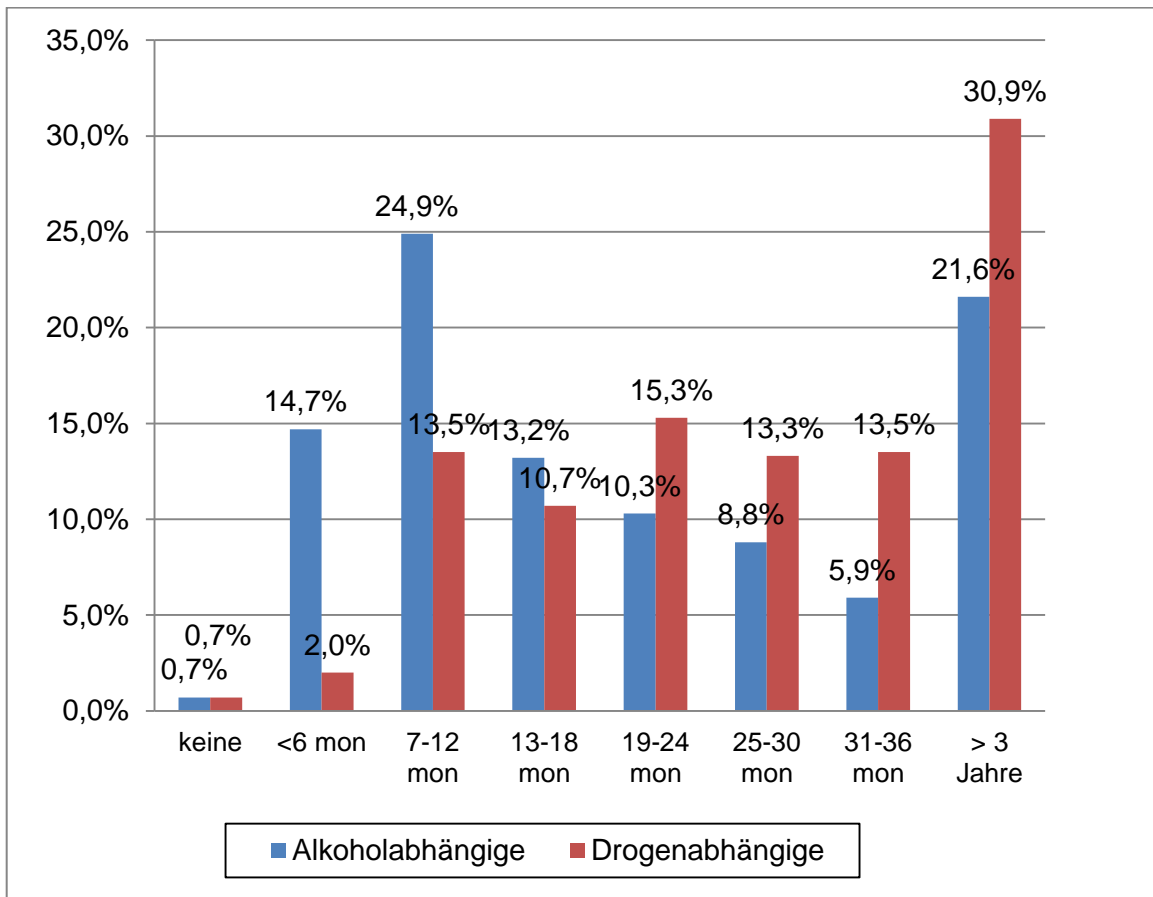


Abbildung 5.18: Dauer der Freiheitsstrafe, § 64 StGB-Patienten (n = 971; missing: 23), Mehrfachnennungen möglich, Alkoholabhängige n = 273; Drogenabhängige n = 698

### c. Vordelikte

Im Vergleich zur weiter oben dargestellten Gruppe der § 63-Probanden liegen in dieser Gruppe mehr Vorstrafen vor. Von 987 Probanden (missing: 7) sind 928 (94.0 %) bereits vorbestraft. 6.0 % (n = 59) sind bisher strafrechtlich nicht in Erscheinung getreten. Die Hälfte der Probanden hat dabei weniger als fünf oder genau fünf Vorstrafen (47.3 %), ein Viertel hat über zehn Vorstrafen (22.6 %). Weniger als jeder Zehnte ist bereits mehr als 15 mal vorbestraft (7.9 %).

Tabelle 5.41: Eintragungen im Strafregister, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Eintragungen im Strafregister	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 980)	Kumulierte Prozent
unbekannt	32	3.3	3.3
keine	59	6.0	9.3
1 bis 5 Eintragungen	372	38.0	47.3
6 bis 10 Eintragungen	295	30.1	77.4
11 bis 15 Eintragungen	144	14.7	92.1
16 bis 20 Eintragungen	54	5.5	97.6
über 20 Eintragungen	24	2.4	100.0
missing	14		
<b>Gesamt</b>	994		

Am häufigsten kommen Betrugs- und Diebstahlsdelikte als Vorstrafen vor (71.1 %). Möglicherweise stehen Diebstähle oft am Anfang einer kriminellen Entwicklung. Bei den Drogenabhängigen sind Verstöße gegen das Betäubungsmittel-Gesetz in der Vorgeschichte führend (75.7 %; n = 492), drei Viertel aller Probanden aus dieser Gruppe waren in diesem Bereich bereits vorbestraft. Bei den primär Alkoholabhängigen trifft das nur bei jedem Zehnten zu (11.3 %; n = 29). In der Alkoholikergruppe finden sich die meisten Vorstrafen im Bereich der Verkehrsdelikte, drei Viertel der betroffenen Gruppe sind in Erscheinung getreten (74.3 %; n = 191). Ähnlich wie bei den Anlassdelikten sind die Alkoholiker anteilmäßig auch bei den Vorstrafen stärker bei Gewalt- und Sexualdelikten vertreten. 1.6 % sind bereits wegen eines Tötungsdeliktes vorbestraft (Drogenabhängige 0.8 %), 58.8 % wegen einer Körperverletzung (Drogenabhängige 41.2 %) und 5.8 % wegen eines Sexualdelikts (Drogenabhängige 1.2 %). Bezogen auf diese drei Kategorien sind die Unterschiede bei Körperverletzungen und Sexualdelikten hoch signifikant, nicht jedoch bei den Tötungsdelikten (sehr niedrige Fallzahlen). Weiterhin sind die Unterschiede bei Betrug/Diebstahl und bei sonstigen Delikten (Leistungserschleichung, Sachbeschädigung, Urkundenfälschung u. ä.) signifikant, bei Brandstiftung, BtMG-Delikten und Verkehrsdelikten hoch signifikant.

Tabelle 5.42: Vordelikte, § 64 StGB-Patienten (n = 907), Alkoholabhängige n = 257; Drogenabhängige n = 650, Mehrfachnennungen möglich

Vordelikte	Alkoholabhängige (in %)	Drogenabhängige (in %)	Gesamt (in %)
<b>Tötungsdelikt</b>	4 (1.6)	5 (0.8)	9 (1.0)
<b>Körperverletzung</b>	151 (58.8)	268 (41.2)	419 (46.2)
<b>Sexualdelikt</b>	15 (5.8)	8 (1.2)	23 (2.5)
<b>Raub/räuberische Er- pressung</b>	37 (14.4)	99 (15.2)	136 (15.0)
<b>Betrug/Diebstahl</b>	170 (66.1)	475 (73.1)	645 (71.1)
<b>Brandstiftung</b>	7 (2.7)	4 (0.6)	11 (1.2)
<b>BtMG-Delikte</b>	29 (11.3)	492 (75.7)	521 (57.4)
<b>Verkehrsdelikte</b>	191 (74.3)	327 (50.3)	518 (57.1)
<b>Sonstige Delikte</b>	97 (37.7)	214 (32.9)	311 (34.3)

Es liegen von 951 Probanden Angaben zum Alter vor, in welchem die erste Straftat verübt wurde. Obwohl 59 Probanden nicht vorbestraft sind, gibt es hier etwas mehr Angaben, weil das Alter auch eingeschätzt werden soll, wenn keine aktenkundige Vorverurteilung vorliegt. Die Hälfte (47.2 %) der Patienten, haben ihre erste Tat bereits vor dem Erreichen der Volljährigkeit mit 18 verübt, zwei Drittel bis zum Alter von 20. Mit dem Alter von 30 waren bereits 92.3 % straffällig.

Tabelle 5.43: Alter bei der ersten Straftat, § 64 StGB-Patienten (n = 994); missing: 43

Alter bei 1.Straftat	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 951)	Kumulierte Prozent
unter 18 Jahre	449	47.2	47.2
18 bis 20 Jahre	188	19.8	67.0
21 bis 30 Jahre	241	25.3	92.3
31 bis 40 Jahre	55	5.8	98.1
über 40 Jahre	18	1.9	100.0
missing	43		
<b>Gesamt</b>	994		

Bei Betrachtung der beiden verschiedenen Hauptdiagnosegruppen fällt auf, dass der Delinquenzbeginn bei den Drogenabhängigen früher ist. Bei Alkoholikern, die in der Forensik behandelt werden, gibt es nennenswerte Gruppen mit einer ersten Straftat nach dem Erreichen des Alters von 30 Jahren (12.6 %), was bei Drogenabhängigen kaum vorkommt (5.7 %). Immerhin jeder 20. der Alkoholiker begeht seine erste Straftat erst, nachdem er über 40 ist, während dies nur bei jedem 100. Drogenabhängigen vorkommt. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist auch hier hoch signifikant.

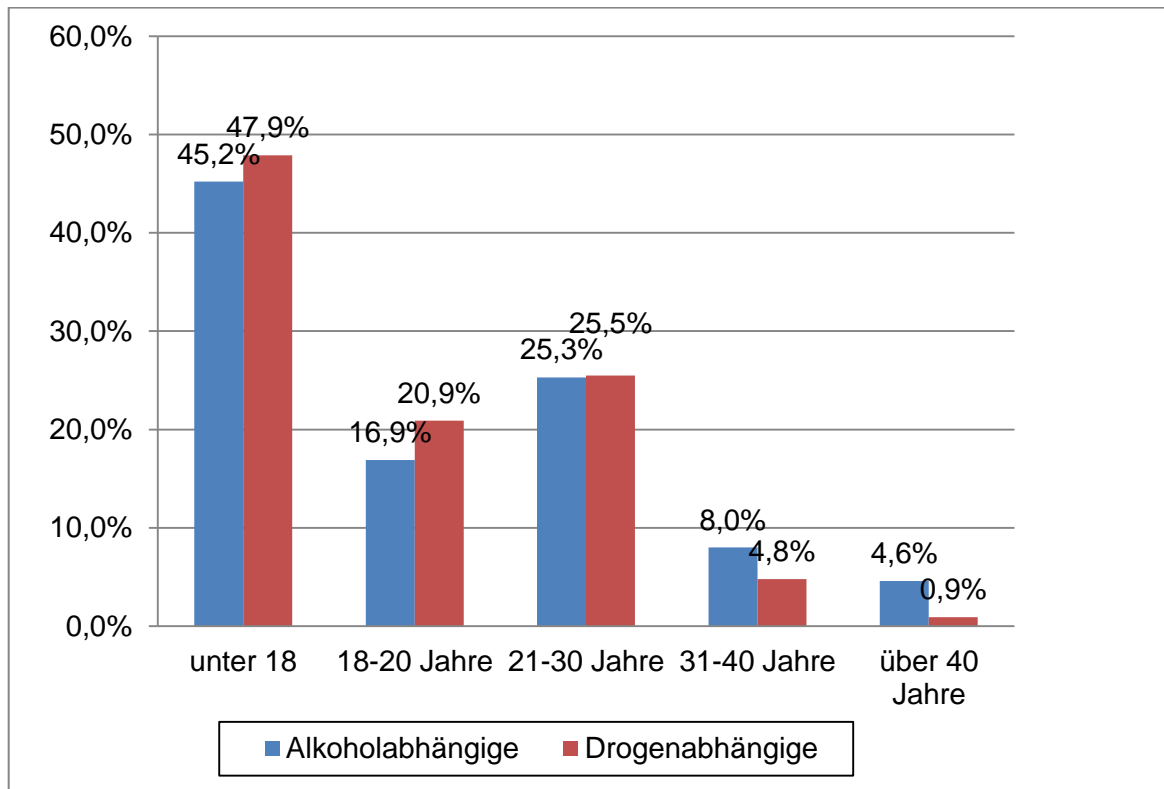


Abbildung 5.19: Alter bei der ersten Straftat, § 64 StGB-Patienten (n = 931), Alkoholabhängige n = 261; Drogenabhängige n = 670

#### d. Hafterfahrung

Bei der Betrachtung bisheriger Sozialisationsbedingungen, vor allem derer, die zu einer kriminellen Entwicklung beitragen können, spielt die Hafterfahrung eine wichtige Rolle. Es ist die Zeit, die der jeweilige Mensch nicht unter „normalen“ Lebensbedingungen verbracht hat und möglicherweise besonders mit dissozialen Mithäftlingen Kontakt hatte. Es gibt hier eine größere Gruppe, die etwa ein Drittel ausmacht (31,7 %), die noch nicht inhaftiert war oder maximal bis zu einem halben Jahr. Über die weiteren Zeiträume gibt es keine besonderen Auffälligkeiten, über vier Jahre inhaftiert war insgesamt nur jeder zehnte Proband.

Tabelle 5.44: Hafterfahrung, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Hafterfahrung	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 974)	Kumulierte Prozent
<b>keine Haft</b>	162	16.6	16.6
<b>bis einschließlich 6 Monate</b>	147	15.1	31.7
<b>7 Monate bis 1 Jahr</b>	144	14.8	46.5
<b>über 1 Jahr bis 2 Jahre</b>	181	18.6	65.1
<b>über 2 Jahre bis 4 Jahre</b>	184	18.9	84.0
<b>über 4 Jahre bis 6 Jahre</b>	67	6.9	90.9
<b>über 6 Jahre bis 8 Jahre</b>	35	3.6	94.5
<b>über 8 Jahre</b>	54	5.5	100.0
<b>missing</b>	20		
<b>Gesamt</b>	994		

Interessante Unterschiede zeigen sich beim Vergleich der beiden Teilgruppen. In der Gruppe der Drogenabhängigen sind die kurzen Zeiträume bisheriger Inhaftierung anteilmäßig eher selten. Die Anteile zwischen einem und vier Jahren Inhaftierung sind deutlich höher, um dann bei der über vierjährigen bisherigen Inhaftierungszeit wieder deutlich abzufallen. In der Alkoholikergruppe gibt es dagegen anteilmäßig bei der niedrigen Vorbelastung mit keiner Inhaftierung oder Inhaftierungen bis zu einem halben Jahr höhere Anteile. Die Probandengruppen mit mittleren Belastungen fallen hinter die der Drogenabhängigen zurück. In der Gruppe der am höchsten vorbelasteten Täter sind die Alkoholiker dagegen relativ gesehen wieder führend. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen stellen sich hier zweigipflig dar. Unter den Alkoholikern finden sich viele mit einer geringeren kriminellen Sozialisation (bezogen auf diese Variable) und dann wieder relativ viele mit einer sehr hohen Belastung, immerhin fast jeder Zehnte hat bisher mehr als acht Jahre in Haft verbracht. Andererseits ist dabei zu berücksichtigen, dass in dieser Gruppe auch eher ältere Probanden zu finden sind. Der eine Verteilungsgipfel, der sich bei den Drogenabhängigen feststellen lässt, liegt in den mittleren Zeiten bisheriger Inhaftierungen.

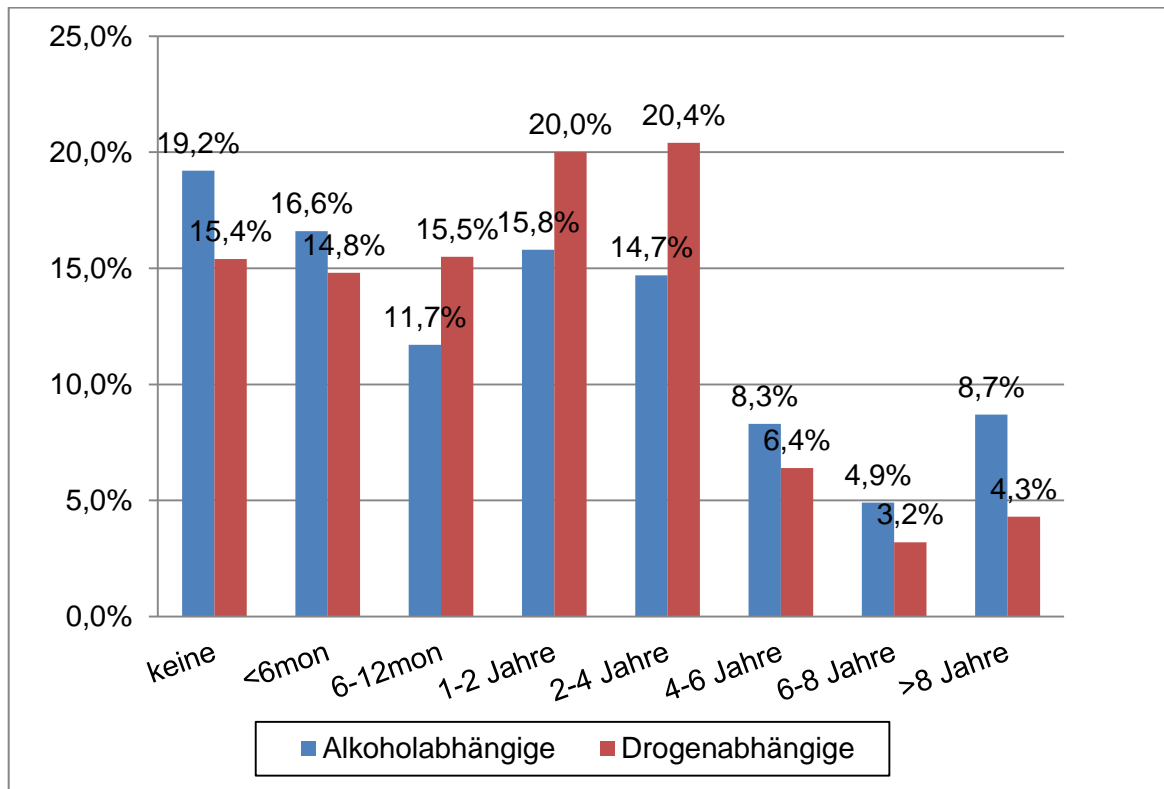


Abbildung 5.19: Hafterfahrung, § 64 StGB-Patienten (n = 955), Alkoholabhängige n = 265; Drogenabhängige n = 690

#### **5.2.2.4 Zusammenfassung zu den anamnestischen Angaben**

Wenn man die Biografie der vorliegenden Stichprobe betrachtet, fällt auf, dass mit einem Drittel ein insgesamt sehr großer Anteil nicht in Deutschland geboren ist. Der größte Anteil, der nicht in Deutschland geborenen Probanden stammt aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Dies trifft insgesamt für jeden vierten Probanden zu, weitere zehn Prozent verteilen sich auf andere europäische und nicht europäische Länder, wobei insgesamt der weitaus größte Teil seit mehr als vier Jahren in Deutschland lebt. Es gibt in der Gruppe der §-64-Patienten nur wenige Probanden, die nicht bei ihren Eltern oder zumindest bei einem Elternteil aufgewachsen sind. Trotzdem müssen bei über zwei Dritteln familiäre Belastungen in Kindheit und Jugend, vor allem Scheidung/Trennung und Suchtprobleme in der Ursprungsfamilie ausgemacht werden. Auch erlebte Gewalttätigkeit in der Familie spielt bei mehr als jedem Dritten eine wichtige Rolle. 60 % der Probanden weisen selbst Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend auf, am allerhäufigsten tritt bereits in frühem Alter Missbrauch von Alkohol gefolgt vom Missbrauch von Drogen oder Medikamenten auf. Während neurologische Auffälligkeiten keine Rolle spielen oder zumindest nicht berichtet werden und Entwicklungsverzögerungen nur etwa bei jedem zwanzigsten Probanden bekannt sind, werden bei fast der Hälfte Verhaltensstörungen, wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Störungen des Sozialverhaltens angegeben.

Bezüglich der schulischen und beruflichen Ausbildung zeigen sich unterdurchschnittliche Entwicklungen, was zum einen von Auffälligkeiten, Suchtproblemen und delinquenten Entwicklungen verursacht sein kann. Zum anderen tragen schulische Misserfolge oder Unzufriedenheit im beruflichen Alltag sicherlich auch zur Entwicklung von Suchtproblemen und möglicherweise auch kriminellern Verhalten bei. Einen höheren Schulabschluss wie Mittlere Reife oder Abitur können nur gut 10 % der Probanden vorweisen, fast ein Drittel konnte immerhin eine Hauptschullaufbahn mit einem qualifizierenden Abschluss beenden. Jeder Zweite hat eine Hauptschule besucht, ohne aber einen qualifizierenden Abschluss zu erreichen, jeder Zehnte hat die Förderschule besucht. Diese schulische Entwicklung setzt sich noch deutlicher im beruflichen Bildungsniveau fort, wo fast zwei Drittel aus verschiedenen Gründen keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können. Dies führt zum einen zu Unzufriedenheit, zum anderen fällt eine wichtige Voraussetzung weg, einen geregelten Arbeitsplatz zu erhalten. Gerade auch in wirtschaftlichen Krisenzeiten ist das die Personengruppe, die am meisten von Arbeitslosigkeit betroffen ist. Demgegenüber hat jeder Dritte eine abgeschlossene Berufsausbildung, ein abgeschlossenes Studium kommt nur sehr selten



vor (ca. 1 %). Zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme waren fast 70 % arbeitslos, immerhin 20 % waren sozialversicherungspflichtig angestellt, 5 % selbständig.

In der Gruppe der §-64-Patienten findet man tendenziell eher junge Patienten. Fast drei Viertel der Patienten sind bei ihrer Aufnahme in der Forensik unter 35 Jahre alt, weniger als 5 % sind über 45 Jahre.

Im § 64 des deutschen Strafgesetzbuches ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt beim Vorliegen des Hanges, Suchtmittel zu konsumieren, geregelt, wenn dieser Hang in Zusammenhang mit einer Straftat steht. Obwohl diese Begrifflichkeit nicht vollständig mit medizinischen Einteilungen übereinstimmt, ist das Vorliegen einer Sucht- (oder zumindest Missbrauchs-)erkrankung als Hauptdiagnose naheliegend. Unter diesen Suchterkrankungen steht die Abhängigkeit von multiplen Substanzen (ICD-10 F19) mit fast 50 % deutlich im Vordergrund. Diese Diagnose wird vor allem dann vergeben, wenn ein fast schon wahlloses Konsumieren verschiedener Substanzen im Vordergrund steht. Bei genauerer Betrachtung dieser Diagnose müsste möglicherweise bei einzelnen Patienten die Vergabe dieser Diagnose in Frage gestellt werden, wenn zwar verschiedene Substanzen konsumiert werden, aber eine Präferenzdroge festgestellt werden kann. Eine nennenswerte Rolle bei den Hauptdiagnosen mit einer bestimmten Substanz spielen Alkohol (27.6 %) und Opioide (Heroin) mit 15 %. Abhängigkeiten treten häufig vergesellschaftet mit anderen psychischen Störungen auf (sogenannte Doppeldiagnosen). In der vorliegenden Stichprobe erhält ungefähr die Hälfte der Probanden eine weitere Diagnose, wobei häufig eine zweite Suchtdiagnose genannt wird. Eine wichtige Rolle spielen mit einem Sechstel Persönlichkeitsstörungen. Immerhin annähernd 5 % leiden unter einer zusätzlich diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörung.

Bei Probanden, die nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden, findet in Regensburg keine standardmäßige Intelligenztestung statt. Wenn das jeweilige Intelligenzniveau von den behandelnden Therapeuten eingeschätzt wird, zeigt sich, dass zwar nur wenige Probanden minderbegabt im Sinne einer klinischen Diagnose sind, aber ein Viertel im unteren Durchschnittsbereich der Intelligenz liegen. Drei Viertel sind mindestens durchschnittlich oder sogar darüber.

Wenn Patienten in der Forensik untergebracht werden, haben sie zu diesem Zeitpunkt in der Regel bereits verschiedene psychiatrische Behandlungsmaßnahmen durchlaufen. Bei neun von zehn Probanden besteht die Erkrankung, hier meist eine Suchterkrankung, bereits vor dem 25. Lebensjahr. In etwa die Hälfte sind zu einem früheren Zeitpunkt bereits mindestens einmal psychiatrisch stationär, z. B. im Rahmen einer Entgiftungs- oder Entwöhnungstherapie behandelt worden. Selbst im Maßregelvollzug werden Vorbehandlungen beschrieben, wobei hier deutliche Unterschiede zwi-

schen Alkoholabhängigen und Abhängigen von anderen Substanzen („Drogenabhängigen“) auffallen. Von diesen befand sich bereits ein Viertel zu einem früheren Zeitpunkt in der Forensik, während das bei Alkoholikern nur bei 13.5 % der Fälle war. Die recht hohe Belastung bzw. der deutliche Schweregrad der Erkrankung in der Stichprobe zeigt sich auch darin, dass es den beschriebenen Probanden bisher kaum gelungen ist, über einen längeren Zeitraum abstinent zu leben.

Das Anlassdelikt, wegen dem Patienten verurteilt wurden, ist sehr häufig ein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz. Mit deutlichem Abstand folgen in einem Viertel bzw. einem Fünftel der Fälle Eigentumsdelikte bzw. Körperverletzungen. Sehr schwere Delikte wie Sexualdelikte oder Tötungsdelikte kommen mit 2.3 % und 1.7 % eher selten vor. Die beiden Subgruppen Alkoholiker und Drogenabhängige unterscheiden sich hier deutlich mit führenden BtMG-Delikten bei den Drogenabhängigen. Gewaltdelikte wie Körperverletzungen aber auch Tötungsdelikte, treten in der Alkoholikergruppe signifikant häufiger auf, ebenso Sexualdelikte. Die ausgesprochenen Freiheitsstrafen sind fast immer länger als ein halbes Jahr. Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB, die zu keiner Freiheitsstrafe führen würde, spielt bei den §-64-Patienten keine Rolle. Bei Betrachtung der beiden Subgruppen fällt auf, dass der Anteil je Freiheitsstrafe bei niedrigeren Strafzeiten bei Alkoholikern deutlich höher lag. Drogenabhängige erhalten dagegen höhere Haftstrafen. Dies ist insofern interessant, da die „härter“ verurteilten Drogenabhängigen im Schnitt weniger schwerwiegende Straftaten hatten. Die schwersten Straftaten hatten Alkoholiker im Vorfeld begangen, eine Tatsache auf die auch Bezzel (2008) in ihrer Arbeit verwies.

Die deutliche Vorbelastung mit Risikofaktoren in der Stichprobe zeigt sich sehr deutlich in der Vordelinquenz. Nur 6.0 % der Probanden sind nicht vorbestraft. Jeder Vierte hat sogar mehr als zehn Vorstrafen, die im Bundeszentralregister aktenkundig wurden. In beiden Gruppen handelt es sich häufig um Eigentumsdelikte, aber auch Körperverletzungen sind nicht selten vertreten. Während BtMG-Delikte in der Vorgeschichte bei den Drogenabhängigen recht häufig sind, gibt es bei den Alkoholikern viele Verkehrsdelikte. Die kriminelle Karriere begann bei vielen Probanden bereits sehr früh, bei der Hälfte bereits im Jugendalter, bei über 90 % vor Erreichen des 30. Lebensjahres. Ein eher spätes Auftreten der ersten Straftat scheint ein Phänomen zu sein, das für die Alkoholikergruppe typisch ist. Hafterfahrung in der bisherigen Lebenszeit zeigt ebenso den Schweregrad der kriminellen Entwicklung, kann aber auch einen Aspekt ungünstiger Sozialisationsbedingungen darstellen. Obwohl die Stichprobe insgesamt „recht jung“ ist, hat nur jeder sechste Patient noch nie Zeit in Haft verbracht. Ein Drittel war bereits länger als zwei Jahre vor dem aktuellen Aufenthalt inhaftiert.

### 5.2.2.5 Therapieverlauf

#### a. Entlassart

Innerhalb der Gruppe der § 64-Patienten ist es besonders wichtig, die Entlassarten zu unterscheiden. Bei einer Auswertung dieser Gesamtgruppe nach Variablen des Therapieverlaufs oder der Entlassung sind die Ergebnisse sonst kaum interpretierbar. Wenn beispielsweise statistische Parameter wie die Therapiedauer erhoben werden, ist es problematisch, Therapieabbrecher, die möglicherweise nur wenige Wochen behandelt wurden, und regulär Entlassene, die dagegen mehrere Jahre in Behandlung waren, in einer Berechnung zusammen zu fassen. In der Auswertung der folgenden Parameter soll deshalb diese Unterscheidung berücksichtigt werden. Bei zwei der 994 Probanden wurden zur Entlassart von den jeweiligen Interviewern keine Angaben gemacht. Von den 992 verwertbaren Angaben wurden 35.3 % ( $n = 350$ ) bedingt entlassen, d. h. diese Probanden absolvierten in der Regel laut dem jeweils einschätzenden Behandlungsteam eine erfolgreiche Therapie – vor allem auf dieser Grundlage wird vom Gericht entschieden. Dem gegenüber steht die sehr große Gruppe der Therapieabbrecher, die vermutlich heterogener ist. Hier befinden sich einerseits Patienten, die die Unterbringung nach § 64 wollten, um angenehmere Haftbedingungen zu haben und innerhalb kürzerer Zeit in der Forensik eine Entscheidung gegen eine Therapie treffen. Andererseits sind hier auch Patienten mit erfasst, die erst nach einem längeren Zeitraum „erfolgreicher“ Therapie ebenfalls aus unterschiedlichen Gründen Probleme bekommen und deshalb ihre Therapie abgebrochen haben oder deren Therapie vom Behandlungsteam wegen vermuteter Aussichtslosigkeit (der dafür notwendigen rechtlichen Grundlage) abgebrochen wird. Diese Gruppe umfasst 453 Probanden, also 45.7 %.

Ebenso kritisch in Bezug auf einen Therapieerfolg ist die Gruppe der 28 entwichenen Patienten, zu sehen, die (in seltenen Fällen) aus der geschlossenen Unterbringung geflohen sind oder solche, die eine gewährte Lockerung, z. B. Gelände- oder Stadtausgang zur Flucht nutzten. Es gab hier konzeptionelle Veränderungen während des Untersuchungszeitraums, die sich auch in der zeitlichen Verteilung dieser Zahlen niederschlugen. Während die meisten dieser Entweichungen ( $n = 20$ ) vor 2006 stattfanden, wurden zum einen verbesserte Sicherheitsvorkehrungen z. B. im baulichen Bereich getroffen, aber auch im Therapieverlauf Entweichungen anders bewertet. Die Gruppe der Patienten, die aufgrund einer noch nicht positiven Erfolgseinschätzung nicht bedingt entlassen werden konnten, deren rechtlich höchstmögliche Unterbringungsdauer aber abgelaufen war (Ablauf Höchstfrist), ist mit 16 (1.6 %) sehr gering.

In den Zwischenvollzug in eine JVA wurden 77 Patienten verlegt (7.8 %), die zur weiteren Behandlung nicht mehr in die Forensik zurückkehrten. Andere Patienten, die in den Zwischenvollzug kamen, wurden danach weiter behandelt und je nach Behandlungserfolg bedingt entlassen oder es wurde ein Therapieabbruch angeregt. Eine relativ große Restgruppe „sonstiger Entlassungen“ (14.6 %; n = 145) umfasst vor allem Verlegungen in andere Kliniken, teilweise nicht-forensische (n = 3), vor allem aber in andere Forensiken (n = 34). Dies findet vor allem im Sinne einer heimatnahen Verlegung statt, manchmal aber auch bei sehr jungen drogenabhängigen Straftätern, für die es eine spezialisierte Therapieeinrichtung in Parsberg/Oberpfalz gibt.

14 Patienten wurden nach § 35 des BtMG in eine offene Therapieeinrichtung verlegt. Dies kann geschehen, wenn das Gericht eine geringere Gefahr einschätzt und dies den Patienten ermöglicht. Der § 64 StGB wird dann zur Bewährung ausgesetzt. Teilweise wird das auch nach einem längeren erfolgreichen Therapieverlauf gewährt, wenn der jeweilige Proband in der Forensik bereits eine höhere Lockerungsstufe erreicht hat.

Zwei Patienten verstarben während ihres Aufenthaltes, bei zwei weiteren wurde vom Gericht entschieden, dass die Rechtsgrundlage nicht weiter fortbestehe und die Maßregel deshalb beendet werden müsse. Bei weiteren 13 Probanden schließlich wurde die Therapie beendet, weil sie in ihre jeweiligen Heimatländer abgeschoben wurden.

Werden nun die Probanden berücksichtigt, die bedingt entlassen wurden, deren Höchstfrist der Unterbringungsdauer abgelaufen war, die entwichen waren oder deren Therapie aufgrund eingeschätzter Aussichtslosigkeit abgebrochen worden war, ergibt sich folgende Verteilung bezüglich der Entlassmodi. Bei über der Hälfte (53.5 %; n = 453) der entlassenen Probanden war die Therapie abgebrochen worden, 3.3 % (n = 28) waren entwichen. Insgesamt 350 Patienten (41.3 %) konnten im untersuchten Zeitraum erfolgreich therapiert und auf Bewährung entlassen werden. Bei einer relativ kleinen Gruppe (1.9 %; n = 16) war die Höchstfrist abgelaufen, während der eine Unterbringung möglich war.

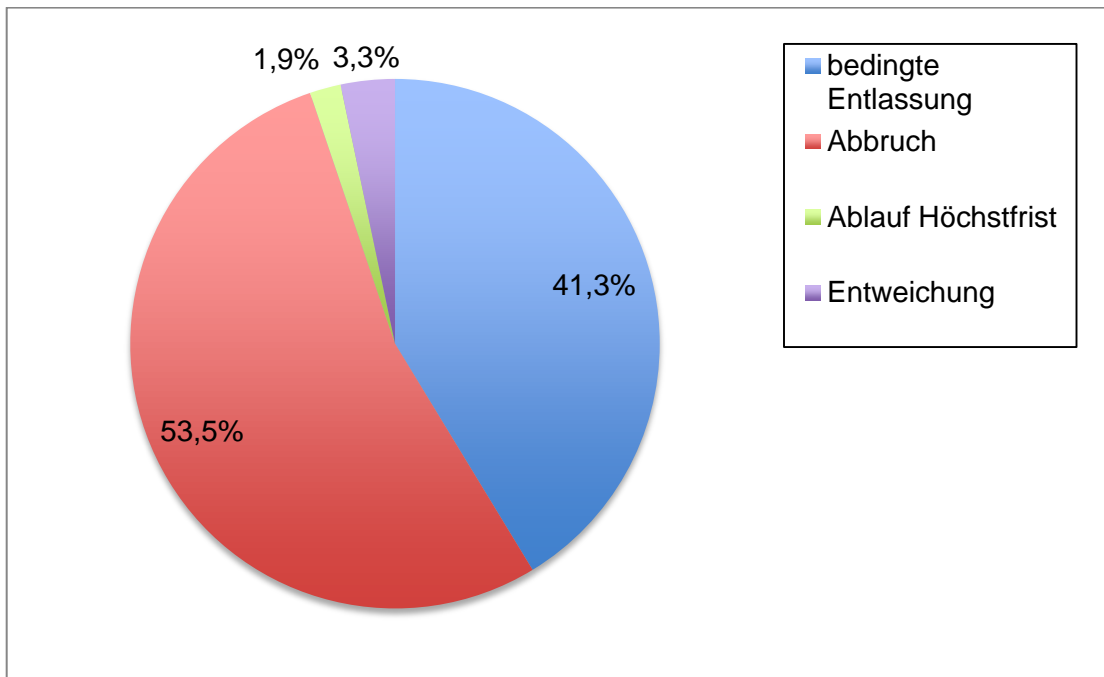


Abbildung 5.20: Art der Entlassung, § 64-Patienten (n = 847)

#### b. Therapiedauer

Für die so entlassenen 847 Probanden ergibt sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 1.30 Jahren (SA: 0.86) und ein Median von 1.26 Jahren. Dieser Gesamtwert ist jedoch aus oben genannten Gründen nicht sinnvoll interpretierbar. Deshalb werden diese Parameter für die vier verschiedenen Entlassarten angegeben. Die bedingt Entlassenen haben in der Regel eine vollständige Therapie in der Klinik durchlaufen. Sie benötigen dafür im Durchschnitt 1.83 Jahre (SA: 0.64), der Median liegt bei 1.75, das Maximum liegt immerhin bei 5.46 Jahren. Bei den Patienten, bei denen die Therapie abgebrochen wurde, ist die Gruppe heterogen, wie bereits weiter oben erläutert. Zum Teil entstehen noch längere „Therapiedauern“ in dieser Gruppe auch dadurch, dass nach einem Abbruchsantrag noch sehr viel Zeit verstreichen kann, bis ein Proband tatsächlich in den Regelvollzug verlegt wird. Als Durchschnittswert der Aufenthaltsdauer ergeben sich 0.89 Jahre (SA: 0.77), der Median liegt bei 0.87. Dass die Gruppe sehr heterogen ist, zeigt sich auch darin, dass der Maximalwert auch hier mit 4.92 Jahren sehr hoch ist. D. h. es gibt Patienten, die nach nahezu fünf Jahren Therapie ihre Behandlung abbrechen oder deren Behandlung abgebrochen wird.

Tabelle 5.45: Therapiedauer nach Entlassart, § 64 StGB-Patienten (n = 847), Angaben in Jahren

Entlassung	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum	Median	n
<b>bedingte Entlassung</b>	1.83	0.64	5.46	1.75	350
<b>Ablauf Höchstfrist</b>	2.06	0.91	3.40	2.32	16
<b>Entweichung</b>	0.92	0.65	3.18	0.87	28
<b>Abbruch wegen Aussichtslosigkeit</b>	0.89	0.77	4.92	0.58	453

Die durchschnittliche Therapiedauer unterscheidet sich bei den bedingt Entlassenen zwischen den beiden Hauptdiagnosegruppen nicht deutlich. Alkoholiker befinden sich mit 1.88 Jahren (SA: 0.71) im Schnitt etwas länger in Therapie als die Drogenabhängigen (M: 1.79; SA: 0.57). Dieser Unterschied ist nicht signifikant (t-Wert: 1.18; df: 341). Bei den Therapieabbrechern ergibt sich ein signifikanter Unterschied (t-Wert: -3.38\*\*\*; df: 441). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für diese Teilgruppe der Alkoholabhängigen ist mit 0.70 Jahren (SA: 0.63) niedriger als bei den Drogenabhängigen mit 0.97 Jahren (SA: 0.82). Wie bereits mehrfach erwähnt, ist die Gruppe der Therapieabbrecher sehr heterogen und weist eine große Spannbreite auf.

Wenn man die jeweilige Therapiedauer der bedingt entlassenen Probanden auf die Anlassdelikte bezieht, zeigt sich, dass sowohl bezogen auf den Mittelwert als auch auf den Median Straftäter mit Tötungs- und Sexualdelikten am längsten untergebracht sind. Auch Delinquenten mit Körperverletzungen als Anlassdelikt sind signifikant länger untergebracht als solche ohne ein derartiges Delikt (t-Wert: -3.03\*\*\*; df: 348). Am kürzesten untergebracht sind diejenigen Probanden, die ein Verkehrsdelikt begangen hatten mit einem Mittelwert von 1.56 Jahren (SD: 0.52). Auch diese Gruppe unterscheidet sich signifikant von dem Rest der Stichprobe (t-Wert: 3.46\*\*\*; df: 62).

Tabelle 5.46: Therapiedauer nach Anlassdelikt, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 350), Angaben in Jahren

Anlassdelikt	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum	Median	n
<b>Tötungsdelikt</b>	2.54	0.93	3.46	2.66	5
<b>Körperverletzung</b>	2.07	0.82	5.46	1.86	53
<b>Sexualdelikt</b>	2.24	0.66	3.16	2.45	9
<b>Raub/räuberische Erpressung</b>	1.77	0.77	4.22	1.57	34
<b>Betrug/Diebstahl</b>	1.91	0.51	3.28	1.84	70
<b>Brandstiftung</b>	2.31	0.56	2.72	2.55	3
<b>Verkehrsdelikt</b>	1.56	0.52	3.29	1.51	43
<b>BtMG-Delikt</b>	1.80	0.58	4.22	1.75	201
<b>sonstige Delikte</b>	1.83	0.54	3.04	1.85	33

### c. Lockerungsmissbräuche/Entweichungen

Hier werden sowohl Lockerungsmissbräuche als auch Entweichungen dargestellt. Eine Entweichung liegt vor, wenn ein Patient sich aus dem gesicherten Bereich in der Regel gewaltsam eine Möglichkeit verschafft, sich aus diesem Bereich zu entfernen. Dies kann zum Beispiel durch Gewalt an dem Gebäude oder an sichernden Zäunen/Gittern geschehen oder auch durch Gewalt an Personen, etwa durch eine Geiselnahme. Wie im Abschnitt zum Therapierahmenkonzept beschrieben, erhalten Patienten bei ihrer Therapie sogenannte Lockerungen und können so Ausgänge in die Stadt unternehmen oder in einer eigenen Wohnung übernachten. Wenn gegen Vereinbarungen im Zusammenhang mit diesen Lockerungen gravierend verstoßen wird, liegt ein Lockerungsmissbrauch vor. Ein Lockerungsmissbrauch ist dabei nicht gewaltsam. Nicht erfasst wird der Anteil der Patienten, die entweichen und über längere Zeit nicht aufgegriffen werden können und somit aus dem Patientenstand der Klinik entlassen werden. Diese Gruppe findet sich bei der Entlassungsart „Entweichung/Flucht“. Hier wurde während des Erhebungszeitraums eine konzeptionelle Änderung eingeführt. So wird nach einer Flucht nun ein Therapieabbruch von Klinikseite angeregt.

In der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass mit 14.9 % fast jeder Sechste mindestens einen Lockerungsmissbrauch begangen hat, 3.0 % sogar zwei oder mehr.

Tabelle 5.47: Lockerungsmissbräuche/Entweichungen, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Lockerungsmissbräuche/ Entweichungen	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 984)	Kumulierte Prozent
Kein Lockerungsmissbrauch/Entweichung	837	85.1	85.1
Ein Lockerungsmissbrauch/ Entweichung	117	11.9	97.0
Zwei und mehr Lockerungsmissbräuche/Entweichungen	30	3.0	100.0
missing	10		
<b>Gesamt</b>	994		

Beim Vergleich bedingt Entlassener mit Abbrechern zeigt sich, dass die erste Gruppe während ihres Aufenthaltes weniger Entweichungen und Lockerungsmissbräuche aufwies. Bei den bedingt Entlassenen liegt der Anteil derer, die keine Entweichung während ihres Aufenthaltes hatten bei 94.0 % (n = 328; missing: 1), bei den Therapieabbrechern sind es nur 79.9 % (n = 358; missing: 5). Bei Überprüfung mit dem Mann-Whitney-U-Test zeigt sich, dass dieser Unterschied signifikant ist.

Tabelle 5.48: Lockerungsmissbräuche/Entweichungen in Abhängigkeit von Entlassungsart, § 64 StGB-Patienten (n = 797), Mann-Whitney-U-Test

Entlassart	Anzahl	Mittlerer Rang	Rangsumme
Bedingt Entlassene	349	367.26	128175.00
Therapieabbrecher	448	423.72	189828.00
Mann-Whitney-U	67100.00		
z	-5.72		
Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	.00		



#### d. Tötlichkeiten

Bei Tötlichkeiten wird zwischen solchen, die gegen Mitpatienten ausgeübt werden, und solchen gegen das Personal differenziert. Übergriffe insgesamt lassen eine Aussage über die Gewaltbereitschaft und möglicherweise auch die Impulsivität eines Patienten zu.

Mit 956 Probanden haben 97.5 % keine Tötlichkeiten gegenüber dem Personal ausgeübt. Dass ein Proband mehrmals gegenüber Mitarbeitern tödlich aggressiv wurde, kommt in den seltensten Fällen vor (0.2 %; n = 2). Gegenüber Mitpatienten ist die Hemmschwelle dabei etwas niedriger. Hier werden immerhin in 6.2 % der Fälle Vorfälle berichtet.

Tabelle 5.49: Tötlichkeiten gegen Personal, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Tötlichkeiten gegen Personal	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 981)	Kumulierte Prozent
keine Tötlichkeit	956	97.5	97.5
eine Tötlichkeit	23	2.3	99.8
mehrere Tötlichkeiten	2	0.2	100.0
missing	13		
Gesamt	994		

Tabelle 5.50: Tötlichkeiten gegen Mitpatienten, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Tötlichkeiten gegen Mitpatienten	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 970)	Kumulierte Prozent
keine Tötlichkeit	910	93.8	93.8
eine Tötlichkeit	49	5.1	98.9
mehrere Tötlichkeiten	11	1.1	100.0
missing	24		
Gesamt	994		

Es gibt hier zwar keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Hauptdiagnosegruppen, jedoch sehr deutliche zwischen Therapieabbrechern und bedingt Entlassenen. Nur zwei der bedingt entlassenen Patienten waren mit Tötlichkeiten gegen Personal aufgefallen (0.6 %), dagegen 4.5 % der Therapieabbrecher (n = 20), auch die beiden mehrfach Gewalttätigen waren in dieser Gruppe. Gegenüber Mitpatienten lag die Rate bei den bedingt Entlassenen bei 3.2 % (n = 11), bei den Abbrechern bei 8.8 % (n = 39). In beiden Variablen unterscheiden sich die beiden Gruppen hoch signifikant.

Tabelle 5.51: Tötlichkeiten gegen Personal in Abhängigkeit von Entlassungsart, § 64 StGB-Patienten (n = 795), Mann-Whitney-U-Test

Entlassart	Anzahl	Mittlerer Rang	Rangsumme
<b>Bedingt Entlassene</b>	348	389.28	135469.00
<b>Therapieabbrecher</b>	447	404.79	180941.00
<b>Mann-Whitney-U</b>	74743.00		
<b>z</b>	-3.33		
<b>Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)</b>	.00		

Tabelle 5.52: Tötlichkeiten gegen Mitpatienten in Abhängigkeit von Entlassungsart, § 64 StGB-Patienten (n = 784), Mann-Whitney-U-Test

Entlassart	Anzahl	Mittlerer Rang	Rangsumme
<b>Bedingt Entlassene</b>	343	379.98	130334.50
<b>Therapieabbrecher</b>	441	402.23	177385.50
<b>Mann-Whitney-U</b>	71338.50		
<b>z</b>	-3.22		
<b>Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)</b>	.00		

**e. Erneute Straftaten**

Hier werden die Straftaten bewertet, die bei einer Anzeige auch juristische Konsequenzen hätten. Die Beantwortung durch die behandelnden Therapeuten ist dabei sehr unterschiedlich. Beispielsweise wird Drogenbeschaffung auf den Behandlungsstationen in der Regel eher als therapeutisches Problem gesehen und daher nicht zur Anzeige gebracht. Eine juristische Aufarbeitung könnte dagegen die therapeutische Beziehung beeinträchtigen und den Therapieerfolg schmälern. Dieses Item wird bei 59 Probanden mit „ja“ beantwortet, was einem Anteil von 6.1 % entspricht. Auch diese Angabe wird in der Gruppe der Therapieabbrecher (9.6 %; n = 42; mittlerer Rang: 406.14; Rangsumme: 177888.00) häufiger vergeben als in der der bedingt Entlassenen (2.0 %; n = 7; mittlerer Rang: 376.42; Rangsumme: 130617.00), der Unterschied ist signifikant (Mann-Whitney-U: 70239.00\*\*\*; Z: -4.352).

**f. Substanzmissbrauch/Rückfall**

Von den Kriterien zur Beurteilung des Therapieverlaufs sollten Rückfälle am häufigsten auftreten. Rückfälle werden aus therapeutischer Sicht nicht als Abbruchgrund für eine Therapie betrachtet, sondern als ein Vorfall, der wichtige Hinweise für die weitere Behandlung bringt. In der Gruppe der § 64-Patienten schaffen weniger als die Hälfte eine Behandlung ganz ohne Rückfall laut Aussage der Alkohol- und Drogenscreenings (45.5 %; n = 445). Zudem ist von einem gewissen Dunkelfeld auch in diesem Bereich auszugehen.

Tabelle 5.53: Substanzmissbrauch/Rückfall, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

Substanzmissbrauch/Rückfall	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 977)	Kumulierte Prozent
kein Rückfall	445	45.5	45.5
ein Rückfall	136	13.9	59.5
zwei Rückfälle	115	11.8	71.2
drei bis sechs Rückfälle	200	20.1	91.7
mehr als sechs Rückfälle	81	8.3	100.0
missing	17		
Gesamt	994		

Es gibt dabei Unterschiede zwischen den bedingt Entlassenen und den Therapieabbrechern. Bei über der Hälfte (53.3 %) der bedingt Entlassenen gab es während des Aufenthalts keinen Substanzmissbrauch oder es war keiner bekannt geworden. Bei den Therapieabbrechern (35.4 %) trifft das nur für ein Drittel zu. Auch der Anteil derer, von denen ein Rückfall berichtet wird, ist bei den bedingt Entlassenen höher als bei den Therapieabbrechern, während für zwei Rückfälle die Anteile nahezu gleich bei 11.8 bzw. 11.7 % liegen. Für die Gruppen mit drei bis sechs Rückfällen oder sogar mehr als sechs Rückfälle ist der Anteil unter den Therapieabbrechern jeweils deutlich höher.

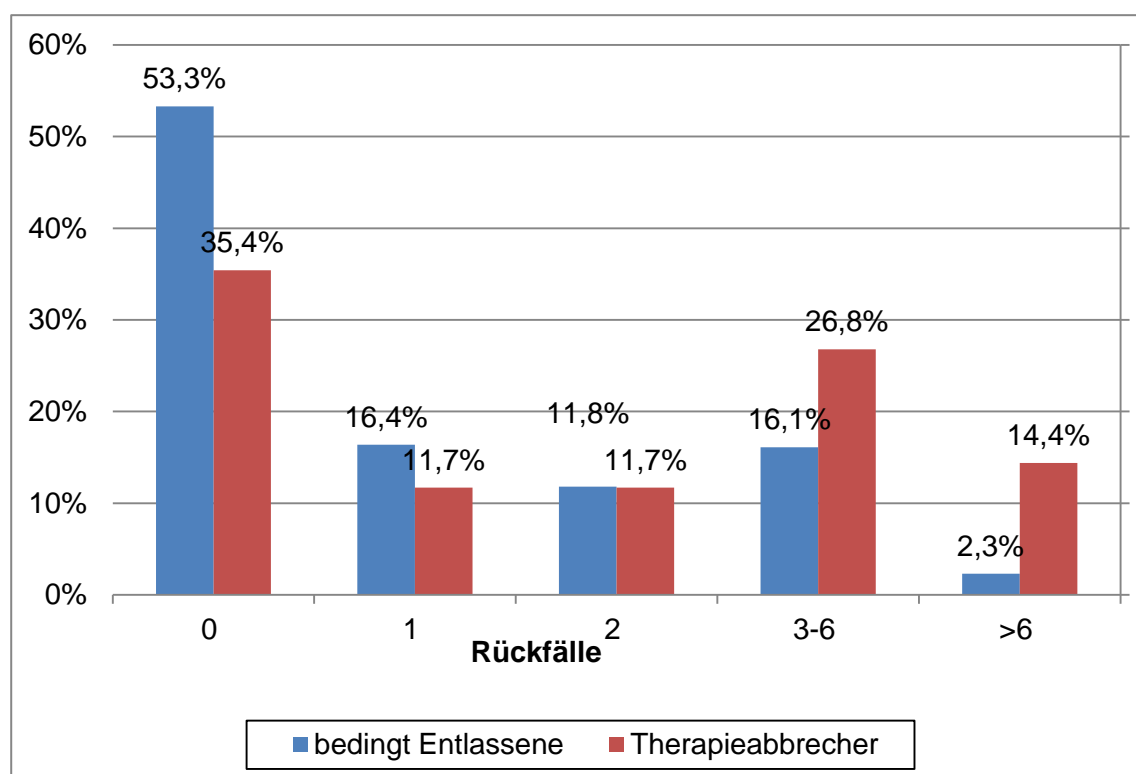


Abbildung 5.21: Substanzmissbrauch/Rückfall, § 64 StGB-Patienten (n = 791), bedingt Entlassene n = 347; Therapieabbrecher n = 444

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist hoch signifikant. Bei Therapieabbrechern sind Substanzmissbräuche und Rückfälle deutlich häufiger. Oft sind fortgesetzte Rückfallserien auch der Grund dafür, warum vom Behandlungsteam erwogen wird, eine Therapie abzubrechen.

Tabelle 5.54: Substanzmissbrauch/Rückfall in Abhängigkeit von Entlassungsart, § 64 StGB-Patienten (n = 791), Mann-Whitney-U-Test

Entlassart	Anzahl	Mittlerer Rang	Rangsumme
Bedingt Entlassene	347	334.90	116210.50
Therapieabbrecher	444	443.75	197025.50
Mann-Whitney-U	55832.50		
z	-7.00		
Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	.00		

Auch die beiden Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich deutlich. Zwei Drittel (67.9 %) aller Alkoholabhängigen haben keinen Rückfall, aber nur gut ein Drittel (36.9 %) der Drogenabhängigen. Ab einem Rückfall sind die Anteile bei den Drogenabhängigen höher. Bei drei bis sechs Rückfällen und bei mehr als drei Rückfällen ist der Anteil bei den Drogenabhängigen jeweils mehr als doppelt so hoch.

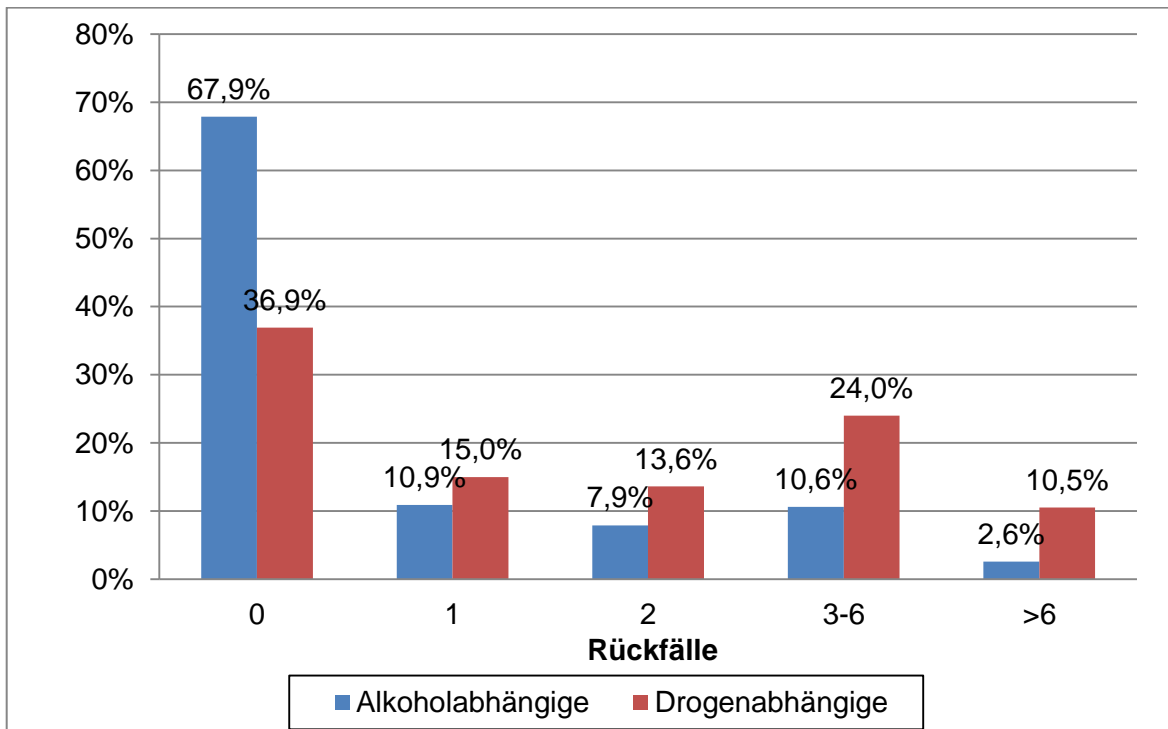


Abbildung 5.22: Substanzmissbrauch/Rückfall, § 64 StGB-Patienten (n = 958), Alkoholabhängige n = 265; Drogenabhängige n = 693

Auch im Mann-Whitney-U-Test ergibt sich hier für die beiden Gruppen ein hoch signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U: 60150.50\*\*\*; z: -8.75).

Tabelle 5.55: Substanzmissbrauch/Rückfall in Abhängigkeit von der Hauptdiagnosegruppe, § 64 StGB-Patienten (n = 958), Mann-Whitney-U-Test

Entlassart	Anzahl	Mittlerer Rang	Rangsumme
Alkoholabhängige	265	359.98	95395.50
Drogenabhängige	693	525.20	363965.50
Mann-Whitney-U	60150.50		
z	-8.75		
Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	.00		

#### g. Behandlungsprobleme

Schließlich wurden Behandlungsprobleme der Probanden abgefragt (z. B. Motivationsprobleme, Aggressivität, Impulsivität, Vollzugsprobleme). Im Ergebnis zeigt sich, dass fast die Hälfte der § 64-Patienten von den Behandlern als schwierig und problematisch eingestuft wird. Es werden bei 46.2 % "besondere Behandlungsprobleme" angegeben.

Tabelle 5.56: besondere Behandlungsprobleme, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

besondere Behandlungsprobleme	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 948)
nein	510	53.8
ja	438	46.2
missing	46	
Gesamt	994	

In der Gruppe der bedingt Entlassenen werden von den Behandlern nur bei jedem vierten Probanden (26.1 %; n = 89) Behandlungsprobleme angegeben, bei den Therapieabbrechern sind es fast zwei von drei (64.9 %; n = 277). Die Therapieabbrecher weisen demnach signifikant häufiger besondere Behandlungsprobleme auf (Chi-Quadrat nach Pearson: 114.25\*\*\*; df: 1). In der Regel führen ja gerade diese Behandlungsprobleme zu Behandlungsabbrüchen.

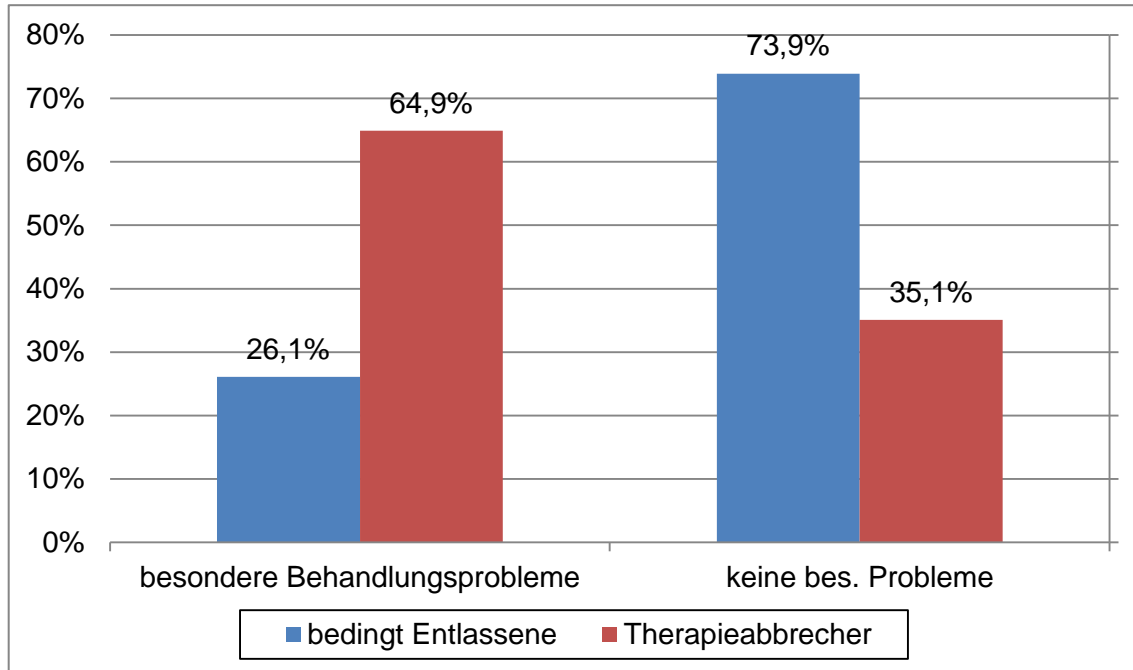


Abbildung 5.23: Besondere Behandlungsprobleme, § 64 StGB-Patienten (n = 803; missing: 35)

Auch innerhalb der Hauptdiagnosegruppen gibt es Unterschiede: Hier scheinen die Alkoholiker in der Behandlung insgesamt problematischer zu sein. Es werden bei 54.4 % (n = 143) besondere Behandlungsprobleme angegeben, während es bei den Drogenabhängigen nur 42.2 % (n = 282) sind. Auch dieser Unterschied ist signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson: 11.24\*\*\*; df: 1). Vor allem mangelnde Motivation und impulsives, teilweise auch aggressives Verhalten wird hier angegeben.

### **5.2.2.6 Zusammenfassung zum Therapieverlauf**

Wie bereits weiter oben dargestellt, handelt es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Patientengruppe, die gehäuft verschiedenste Belastungs- und Risikofaktoren aufweist. Es ist daher zu erwarten, dass es sich nicht um ein Klientel handelt, welches bereits am Anfang der Behandlung hoch motiviert ist und diese Bereitschaft über die recht lange Behandlungsdauer aufrecht erhalten kann. Bis zu einem erfolgreichen Therapieabschluss mit einer Entlassung in Freiheit unter Bewährungsaufgaben werden im Schnitt fast zwei Jahre benötigt, die längste Dauer in der vorliegenden Stichprobe beträgt sogar fünfeinhalb Jahre. In dieser „belasteten“ Stichprobe ist von Schwierigkeiten in der Behandlung auszugehen, die mit bestimmten Operationalisierungen erhoben wurden.

Unter dem Begriff Lockerungsmissbräuche/Entweichungen werden verschieden schwerwiegende Verstöße subsumiert. Alle Regelverstöße dieser Art sind aus forensischer Sicht Ernst zu nehmen. Ein gewaltsamer Ausbruch aus einem Sicherungsbereich, möglicherweise mit Gewaltandrohung oder -ausübung stellt dabei einen gravierenden Verstoß dar als beispielsweise ein deutliches „zu spät“ kommen aus einer gewährten Lockerung. Insgesamt hat jeder sechste Proband während seines Aufenthaltes mindestens einen derartigen Verstoß begangen. In der kritischen Gruppe der Therapieabbrecher ist das signifikant häufiger der Fall. Auch Tötlichkeiten stellen eine gravierende Auffälligkeit während eines Behandlungsverlaufs dar. Gegenüber Mitpatienten waren 6.2 % während ihres Aufenthaltes tödlich geworden, wobei von einem zusätzlichen Dunkelfeld auszugehen ist, 2.5 % wurden gegenüber dem Personal übergriffig. Auch hier unterscheidet sich die Gruppe der Therapieabbrecher signifikant von der der bedingt Entlassenen. Ein ähnlicher Anteil von 6.1 % hat innerhalb der Behandlung eine erneute Straftat begangen.

Ein wichtiger Indikator im Rahmen einer Suchtbehandlung sind Suchtmittelrückfälle. Einerseits werden im Rahmen einer Behandlung derartige Rückfälle erwartet und stellen auch einen sinnvollen Hinweis zur weiteren Bearbeitung dar, andererseits wird damit gegen Regeln verstoßen, gerade wenn diese Rückfälle gehäuft auftreten. Es sollte auch ein gewisses Maß der Behandlungsmotivation aus dieser Anzahl abgelesen werden können. Knapp die Hälfte der Probanden kann eine Behandlung absolvieren, ohne dass ein Rückfall aufgetreten ist oder bemerkt wurde. Der Unterschied zwischen den bedingt Entlassenen und den Therapieabbrechern zeigt sich darin, dass über die Hälfte der Erfolgreichen keinen Rückfall hatten (53.3 %) während dies nur ein Drittel (35.4 %) der Therapieabbrecher war. Das Verhältnis kehrt sich ab drei bekannten Rückfällen zuungunsten der Therapieabbrecher um. Der Unterschied ist hoch signifi-



kant. Auch die Alkoholiker unterscheiden sich von den Drogenabhängigen deutlich. Zwei Drittel der Alkoholiker haben keinen Rückfall gegenüber nur einem Drittel bei den Drogenabhängigen. Bei mehr als drei Rückfällen ist der jeweilige Anteil bei den Drogenabhängigen mehr als doppelt so hoch.

Ein eher unspezifisches Item, das den Beurteilern die Möglichkeit bieten soll, auch anderweitige Vorfälle abzubilden, fragt nach besonderen Behandlungsproblemen. Auch hier werden weitere 46 % als problematisch gewertet, zum Beispiel weil Besonderheiten in der Vollzugsanordnung vorlagen – zeitweise mussten Therapien zeitlich sehr ausgedehnt werden, um einer langen Zeitstrafe Rechnung zu tragen – oder auch wegen grundsätzlicher Motivationsprobleme. Andere Patienten waren motiviert zur Therapie, hatten aber derart gravierende Probleme, ihre Impulse zu kontrollieren, dass ihnen keine sinnvolle Verhaltenskontrolle gelang. Bei den Therapieabrechern lagen solche Probleme bei zwei von drei Probanden vor, bei den bedingt Entlassenen nur bei jedem Vierten.

Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei forensischen Patienten insgesamt um ein „schwieriges“ Klientel handelt, bei dem im Behandlungsverlauf häufig Probleme auftauchen. Es wurde bei jedem der erhobenen Fragen ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe, die eine Therapie schließlich erfolgreich abschließen konnte und der Gruppe der Therapieabbrecher festgestellt. Zudem unterscheiden sich die Alkoholiker in einigen dieser Erfolgsmaße von den Drogenabhängigen.

#### **5.2.2.7 Behandlungsergebnis**

Das jeweilige Behandlungsteam gibt am Ende der Behandlung eine Einschätzung zum Behandlungsverlauf ab. Es werden die Bereiche Sozialverhalten, Sucht und weitere (psychische) Krankheiten bewertet und als nicht, mäßig oder sehr gebessert eingestuft.

Beim Sozialverhalten konnte laut Einschätzung der Behandler bei 38.7 % (n = 361) keine Verbesserung erzielt werden. Der Großteil von 380 Probanden (40.7 %) konnte in diesem Bereich eine mäßige Verbesserung erzielen, 193 (20.6 %) sogar eine sehr gute. Das Hauptziel der Behandlung bei den Patienten, die nach § 64 untergebracht sind, ist die Behandlung der Suchterkrankung. Hier konnten 59.0 % eine Verbesserung erzielen, wenn man die Gesamtgruppe betrachtet und nicht weiter differenziert, 26.7 % ein mäßige, 32.3 % eine sehr gute. Weitere psychische Erkrankungen spielen neben der Suchterkrankung nur eine geringfügige Rolle, bei 703 wird dieser Bereich als nicht zutreffend eingeschätzt. In der Restgruppe konnten 16.2 % eine sehr gute Verbesserung erzielen, 37.0 % eine mäßige.

Tabelle 5.57: Behandlungsergebnis, § 64 StGB-Patienten (n = 994)

	nicht gebessert (in %)	mäßig gebessert (in %)	sehr gebes- sert (in %)	Gesamt
<b>Sozialverhalten</b>	361 (38.7)	380 (40.7)	193 (20.6)	934 (missing: 24; nicht zutreffend: 36)
<b>Krank- heit/Störung</b>	133 (46.8)	105 (37.0)	46 (16.2)	284 (missing: 7; nicht zutreffend: 703)
<b>Suchterkran- kung</b>	394 (41.0)	257 (26.7)	311 (32.3)	962 (missing: 22; nicht zutreffend: 10)
<b>weitere (psychi- sche) Störung</b>	9 (33.3)	8 (29.6)	10 (37.0)	27 (missing: 67; nicht zutreffend: 34)

Gerade bei der Einschätzung des Therapieergebnisses sollte es eine maßgebliche Rolle spielen, ob ein Patient seine Therapie erfolgreich regulär beendet hat (bedingt Entlassene), oder ob die Therapie abgebrochen wurde, was in der Abbildung 5.23 für die Veränderung sehr deutlich wird. Der Unterschied dabei ist hoch signifikant (Mann-Whitney-U: 15041.50\*\*\*).

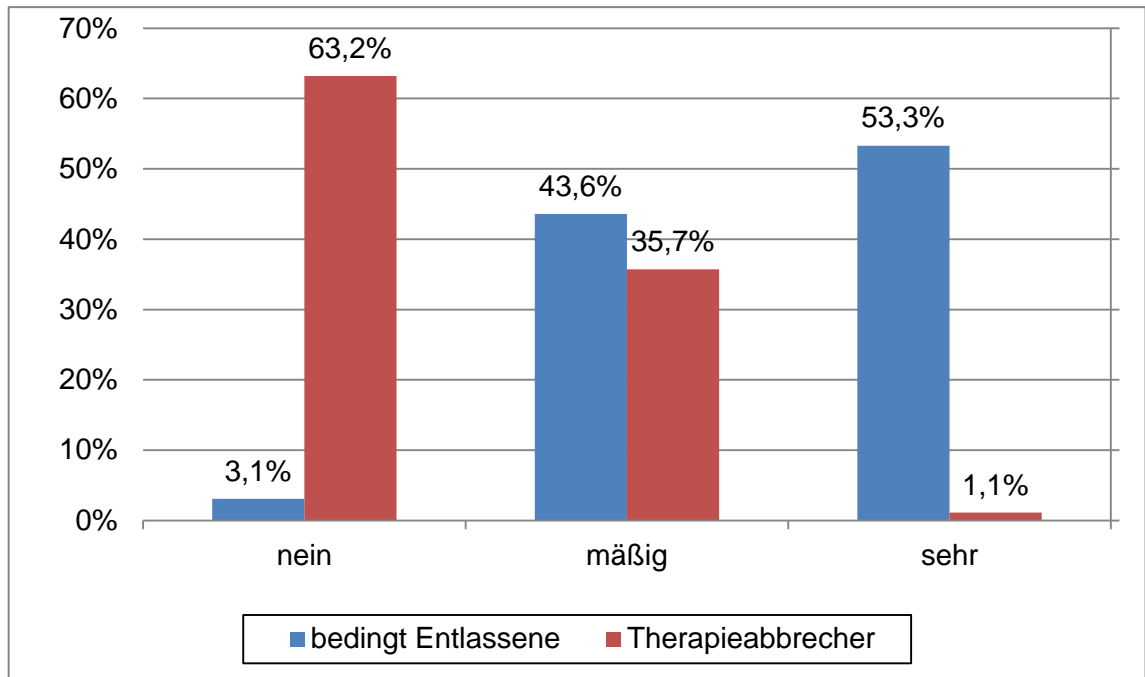


Abbildung 5.23: Verbesserung des Sozialverhaltens, § 64 StGB-Patienten (bedingt Entlassene: n = 319; Therapieabbrecher: n = 440)

Für die Frage, ob sich die Patienten im Laufe ihrer Behandlung bezüglich einer psychischen Erkrankung gebessert haben, liegen nur Daten von 241 Probanden vor. Dies liegt daran, dass die § 64-Probanden wegen ihrer Suchterkrankung behandelt werden und psychische Störungen als Doppeldiagnosen nur in einem Teil der Fälle vorkommen. Trotzdem zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede zwischen den erfolgreich Behandelten und den Therapieabbrechern, die auch hier hoch signifikant werden (Mann-Whitney-U: 1413.00\*\*\*).

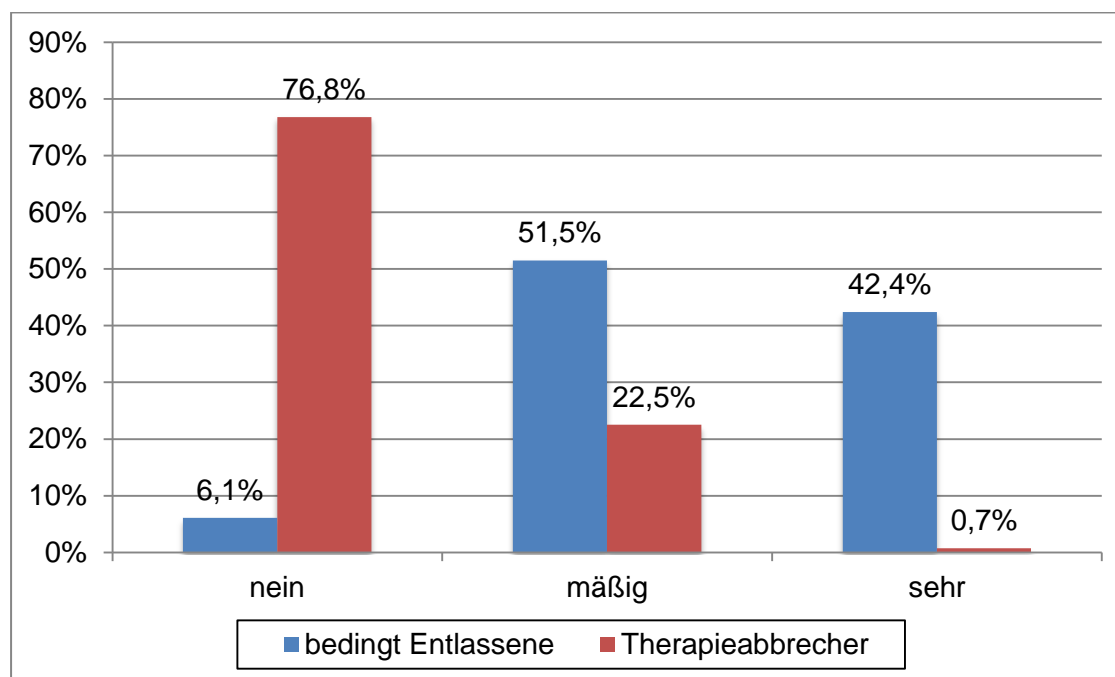


Abbildung 5.24: Verbesserung der Krankheit/Störung, § 64 StGB-Patienten (bedingt Entlassene: n = 99; Therapieabbrecher: n = 142)

Für die nach § 64 in einer Entziehungsanstalt untergebrachten Patienten ist die wichtigste Frage die nach dem Erfolg in der Suchtbehandlung. Die Unterschiede in der Einschätzung des jeweiligen Behandlungsteams sind in Abbildung 5.25 dargestellt. Fast vier von fünf Probanden, die bedingt entlassen worden waren, waren in diesem Kriterium als sehr gebessert eingeschätzt worden, während das nur bei 2,3 % der Therapieabbrecher der Fall war. Dafür wurden in dieser Gruppe nahezu 70 % als nicht gebessert eingeschätzt, eine Einschätzung, die bei den erfolgreich Therapierten kaum vorkam (0,6 %). Die Unterschiede in dieser Variable waren zwischen den beiden verglichenen Gruppen hoch signifikant (Mann-Whitney-U: 7040.00\*\*\*).

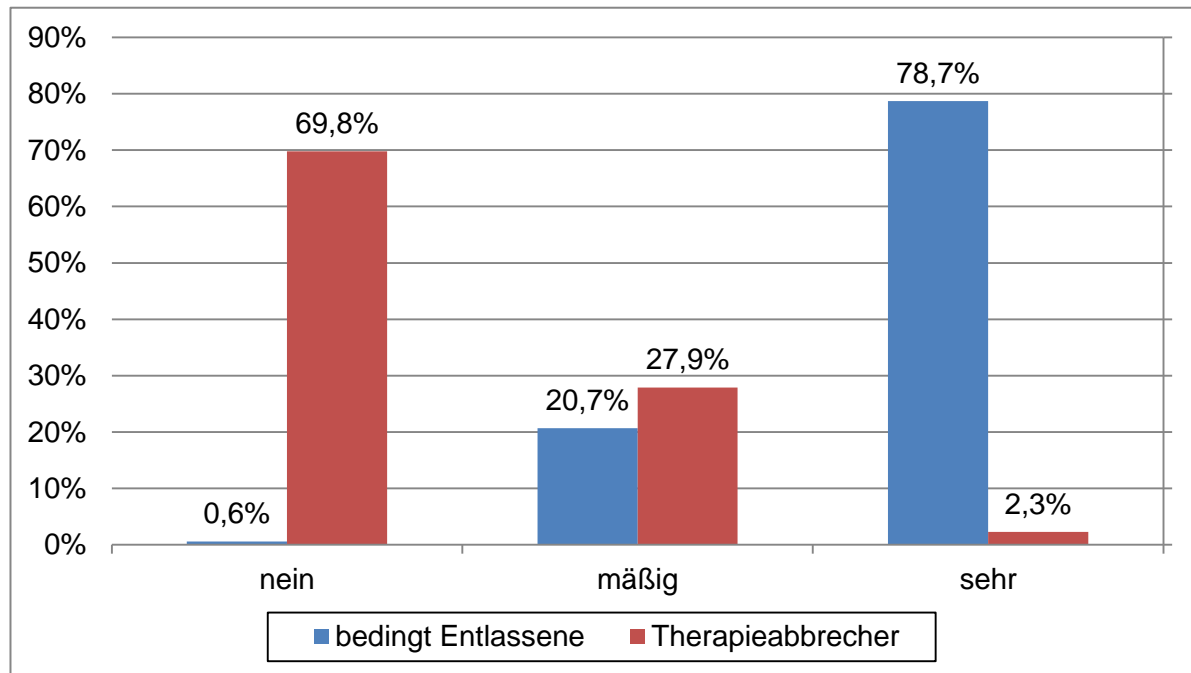


Abbildung 5.25: Verbesserung der Suchterkrankung, § 64 StGB-Patienten (bedingt Entlassene: n = 343; Therapieabbrecher: n = 444)

### 5.2.2.8 Therapieabschluss

#### a. Soziale Situation bei der Entlassung

Es ist für Patienten in der Therapie wichtig, Veränderungen der Gefühle, der Gedanken und des Verhaltens zu erzielen. Insbesondere bezieht sich dies im forensischen Zusammenhang auf Aspekte, die straffälliges Verhalten begünstigen können und bei § 64-Patienten vor allem auch auf süchtiges Verhalten. Abgesehen von diesen inneren Veränderungen wird auch äußeren Entwicklungen eine wesentliche Rolle beigemessen. Es stellt einen Unterschied dar, ob ein Patient nach seiner Therapie sofort wieder Kontakt mit früheren, immer noch konsumierenden Freunden hat oder Abstand dazu gewinnen kann. Wenn Sucht oder kriminelles Verhalten durch bestimmte Situationen, wie Unzufriedenheit in der Arbeit, z. B. durch Überforderung oder auch Arbeitslosigkeit begünstigt wurde, sollten geänderte äußere Bedingungen eine günstigere Ausgangssituation schaffen. Unter anderem ist hier die Wohnsituation wichtig, die zum Entlassungszeitpunkt geschaffen werden kann. Anders als in der Gruppe der § 63-Patienten können die meisten dieser Patienten in eine selbständige Wohnform resozialisiert werden. 43,0 % (n = 157) der 365 Patienten, für die Angaben vorliegen, wohnen nach ihrer Entlassung selbständig alleine, 46,0 % (n = 168) ebenfalls selbständig aber in einer Partnerschaft oder in der Familie. Nur 24 Probanden (6,6 %) wohnen in einem Heim

oder in einer Übergangseinrichtung. Außer anderen seltenen Entlassformen wurde auch ein Patient (n = 0.3 %) in die Obdachlosigkeit entlassen, die sicherlich ungünstigste Entlassungsbedingung. Es liegen hier nur von 365 Probanden Angaben vor, weil die Items zur Entlassungssituation sinnvollerweise nicht von Therapieabbrechern erhoben werden können. Diese werden bei ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug in Justizvollzugsanstalten verlegt und gelangen erst nach Verbüßen der restlichen Freiheitsstrafe in Freiheit.

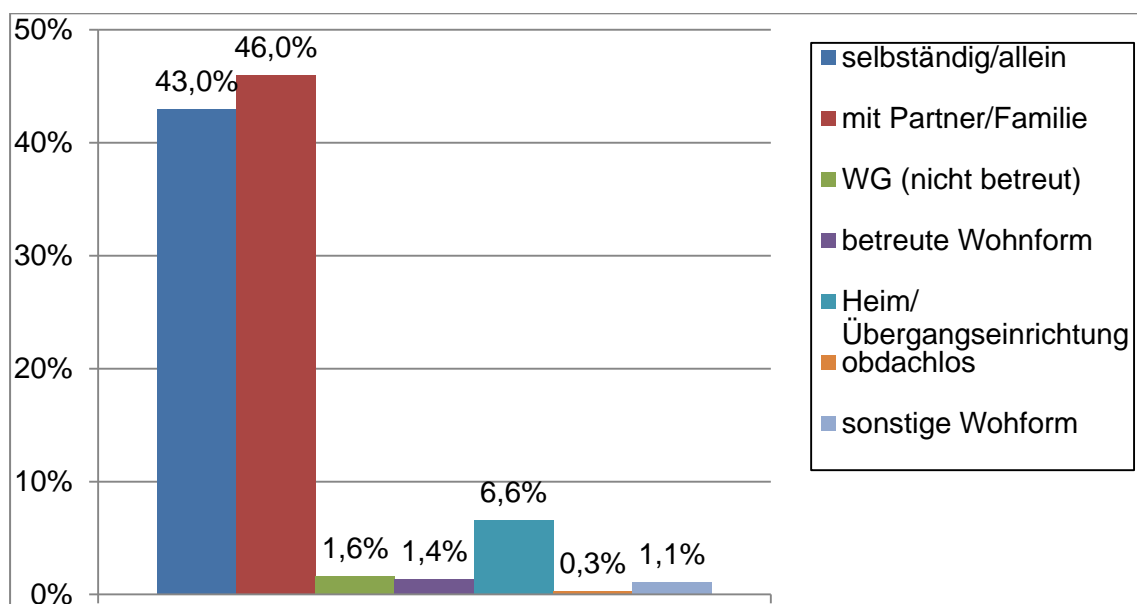


Abbildung 5.26: Wohnsituation bei Entlassung, § 64 StGB-Patienten (n = 365)

Außer der Wohnsituation, die ein Patient nach seiner Entlassung vorfindet, wird in der Resozialisierung auf die Arbeitssituation ebenfalls sehr viel Wert gelegt. Besonders wichtig ist es, die richtige Mischung aus Unter- und Überforderung zu finden. Für das Selbstwertgefühl vieler Menschen spielt es eine wichtige Rolle, ob man Arbeit hat oder durch eine sinnvoll erlebte Arbeit einen Beitrag für die Gesellschaft leisten kann. Bei Unzufriedenheit in diesem Bereich kann die Wahrscheinlichkeit für Straftaten oder Suchtrübfälle steigen. Diese Aspekte sprechen dafür, in diesem Bereich für die Entlassungsvorbereitung möglichst hohe Ziele zu setzen. Andererseits stellen Überlastungen in beruflichen Situationen häufig einen wichtigen Risikofaktor für psychische Erkrankungen dar. Hier muss ein richtiges Maß der Anforderung erarbeitet werden.

Auch hier liegen nicht von allen Probanden Daten vor, weil dieses Item gerade auch bei Therapieabbrechern nicht erhoben wird. Es liegen Angaben bei 353 entlassenen Patienten vor. Ein Großteil (n = 200; 56.7 %) konnte tatsächlich in ein vollschichtiges sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis resozialisiert werden, für die meisten Probanden ein Idealziel; weitere 19 (5.4 %) fanden immerhin eine Teilzeitbeschäfti-

gung. Fast jeder Zehnte ( $n = 33$ ; 9.3 %) befand sich zum Entlassungszeitpunkt in Ausbildung. Für viele Probanden handelt es sich um die erste Ausbildung, die sie absolvieren, weil sie dies bisher aufgrund ihrer Umgebungsbedingungen oder wegen mangelndem Durchhaltevermögens nicht geschafft haben. In der recht großen Restkategorie von 14.2 % ( $n = 50$ ) befinden sich unter anderem vor allem viele Mischformen aus mehreren Tätigkeiten oder auch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse.

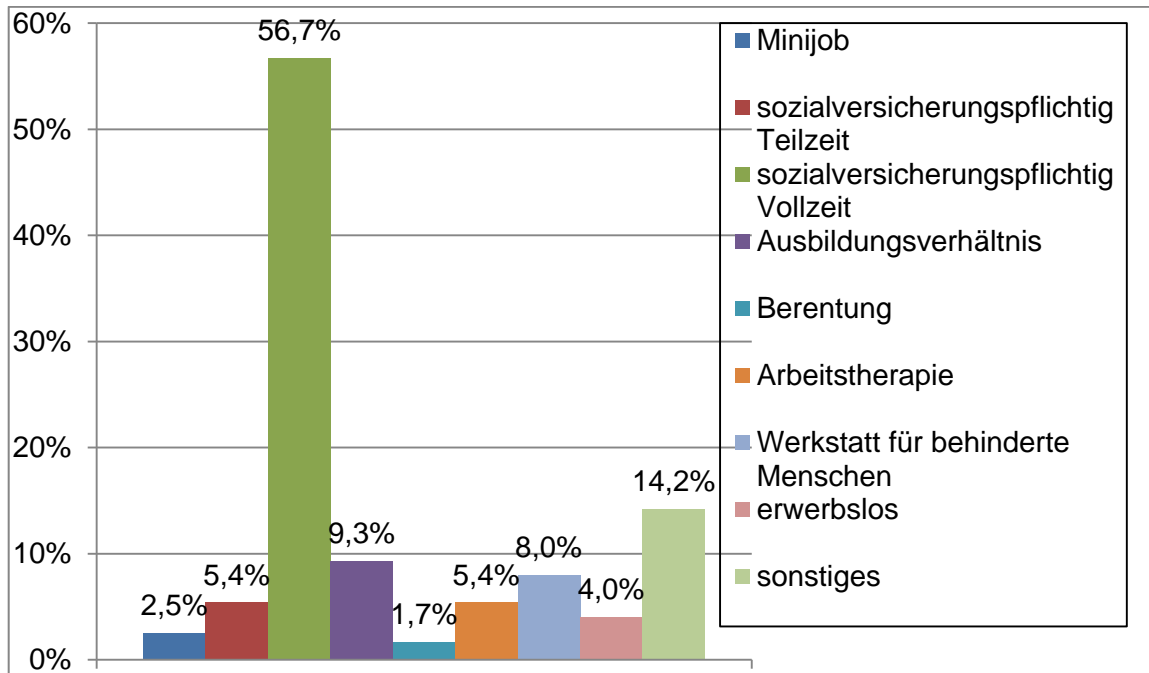


Abbildung 5.27: Arbeitssituation bei Entlassung, § 64 StGB-Patienten ( $n = 353$ )

Die Arbeit erfüllt verschiedene wichtige Funktionen für die Individuen. Sie dient der Beschäftigung, der Sinnfindung, sozialen Kontakten, vor allem ist sie dazu da, um Geld zu verdienen. Auch diese Frage wurde mit den Probanden erörtert. Hier ergibt sich für vorliegende Stichprobe folgendes Bild. Es gelingt zwei Dritteln der Stichprobe mehr oder weniger gut, ihren Lebensunterhalt mit Lohn zu bestreiten (67.1 %;  $n = 243$ ). Etwa 20 % beziehen Lohnersatzleistungen oder Sozialhilfe/Hartz IV (21.5 %;  $n = 78$ ). Auch hier gibt es mit 9.4 % eine relativ große Restkategorie, die sich wiederum aus Mischformen oder beispielsweise Unterstützung durch Eltern zusammensetzt.

Tabelle 5.58: Einkommen bei Entlassung, § 64 StGB-Patienten (n = 362)

Einkommen	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 362)
Arbeitslohn	243	67.1
ALG I/II (Lohnersatzleistungen)	43	11.9
Sozialhilfe/Grundsicherung	32	8.8
Rente	7	1.9
Hartz IV	3	0.8
sonstiges	34	9.4
Gesamt	362	

Die größte Gruppe unter den Patienten, die aus der forensischen Klinik nach einer § 64-Unterbringung entlassen wurde, ist nicht partnerschaftlich gebunden. 459 von 971 (47.3 %) sind alleinstehend, weitere 175 (18.0 %) sind geschieden bzw. getrennt lebend oder verwitwet. In einer festen Partnerschaft gebunden oder verheiratet sind insgesamt 34.7 %, also gut jeder dritte Proband.

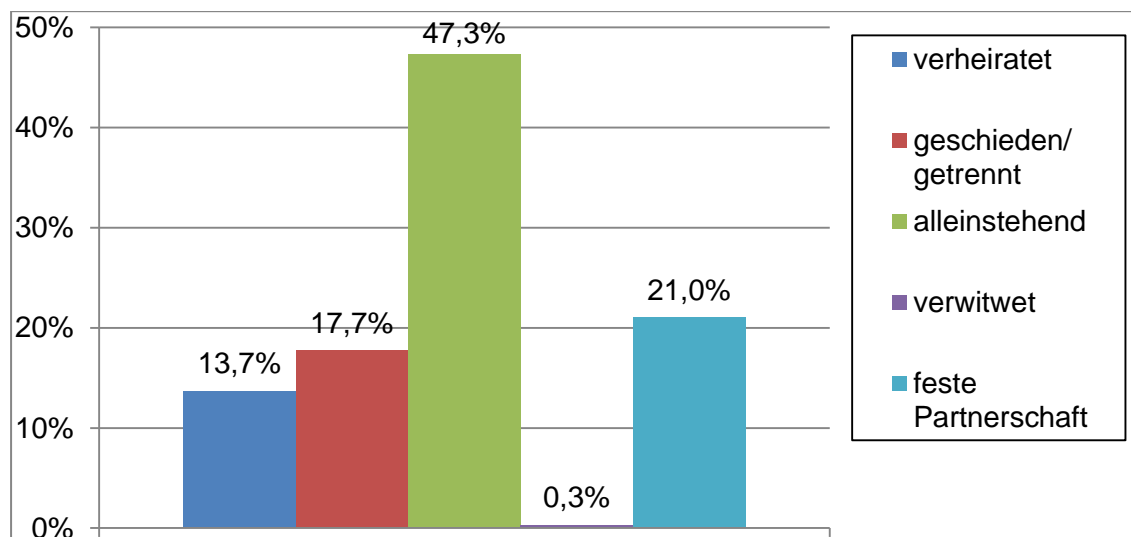


Abbildung 5.28: Familienstand bei Entlassung, § 64 StGB-Patienten (n = 994; missing: 23)

Ebenfalls ein wichtiges Kriterium für soziale und familiäre Einbindung sind eigene Kinder, wobei hier nicht die Nähe des Kontaktes erhoben wurde. Es wurde lediglich danach gefragt, ob Patienten Kinder haben und wie viele. Über die Hälfte (58.6 %; n = 564) sind kinderlos, jeder Vierte (22.2 %) hat ein Kind, 6.6 % haben drei Kinder oder mehr.



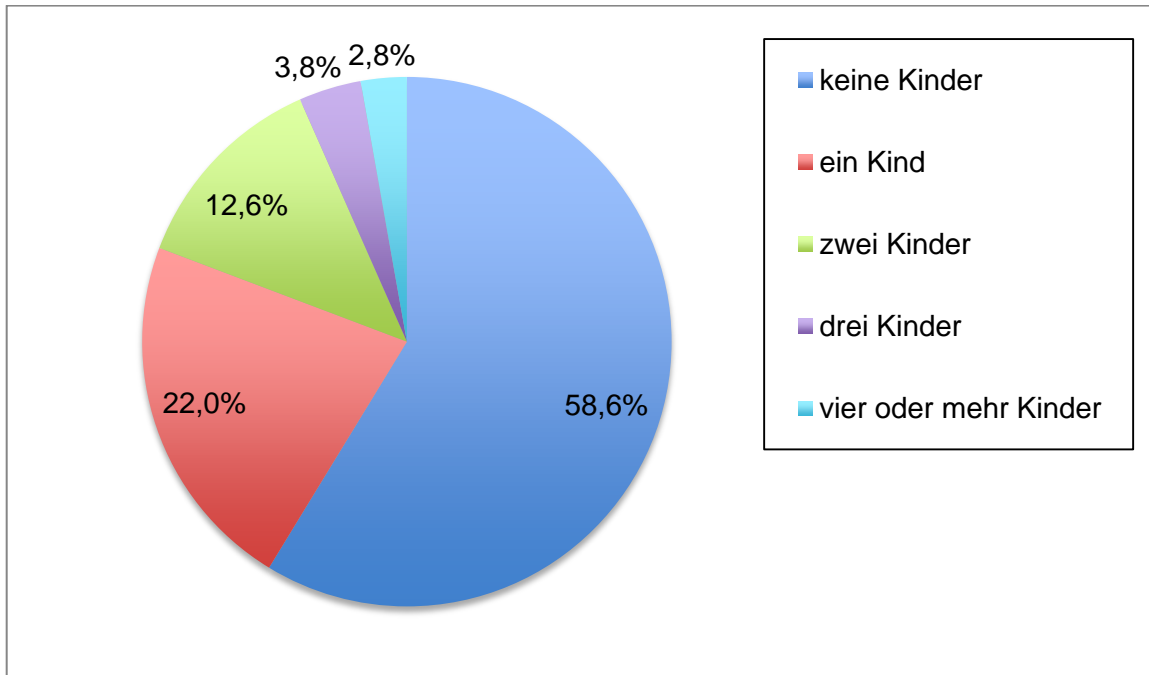


Abbildung 5.29: Anzahl der Kinder, § 64 StGB-Patienten (n = 994); missing: 31

## b. Medikation

Bei den nach § 64 untergebrachten Abhängigkeitserkrankten spielt eine medikamentöse Behandlung nur eine untergeordnete Rolle. Dies wird auch an der Medikation zum Entlassungszeitpunkt deutlich, die nur bei 14,8 % (n = 145; missing: 17) liegt.

## c. Betreuer und Bewährungshelfer

Bedingt Entlassene werden aus der Unterbringung auf Bewährung entlassen. Um in dieser Phase Unterstützung zu haben und auch zur Überprüfung der Einhaltung von ebenfalls für die Bewährungszeit erteilten Weisungen, bekommen diese Probanden Bewährungshelfer zugewiesen. Für den weiteren Verlauf ist es vorteilhaft, wenn der Bewährungshelfer bereits zum Entlassungszeitpunkt bekannt ist, um Hilfsmöglichkeiten optimal aufeinander abzustimmen. Dies war bei 300 (34,8 %; missing: 133; nicht zutreffend: 9) von 861 Probanden der Fall. Wenn man nur die Gruppe der bedingt Entlassenen betrachtet, weil bei Abbrechern die Entlassung in Freiheit meist noch nicht absehbar ist und möglicherweise auch deshalb kein Kontakt zum Bewährungshelfer angebahnt wurde, ergeben sich folgende Zahlen: Von den insgesamt 350 Probanden liegen 336 Angaben vor (missing: 14). Bei 58,9 % ist der Bewährungshelfer bei der Entlassung bereits bekannt, es konnte also eine günstigere Ausgangsbedingung geschaffen werden. Auch rechtliche Betreuer mit teilweise unterschiedlichen Aufgabebereichen wie Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung oder Unterstützung in

finanziellen Belangen können zur Unterstützung der Patienten beitragen. Im Vergleich zur Gruppe der § 63-Patienten spielen sie hier aber eine geringere Rolle. Mit 36 haben nur 4.1 % (missing: 111) einen rechtlichen Betreuer.

#### d. Weisungen

Den Probanden, die auf Bewährung entlassen wurden, werden richterliche Weisungen erteilt. In der vorliegenden Stichprobe entfallen die Angaben für die meisten der Therapieabbrecher hierzu, weil Weisungen im Normalfall nur für Patienten erteilt werden, die bedingt entlassen werden. Bei insgesamt 814 Angaben, wurden bei 514 Probanden (63.1 %) Weisungen erteilt. Bei den bedingt Entlassenen liegen von acht Probanden keine Angaben vor. Von den 342 vorliegenden Angaben erhalten lediglich zwei (0.6 %) keine Weisung, 99.4 % müssen sich an richterliche Weisungen halten. Welche Weisungen dies sind, kann der Abbildung 5.28 entnommen werden.

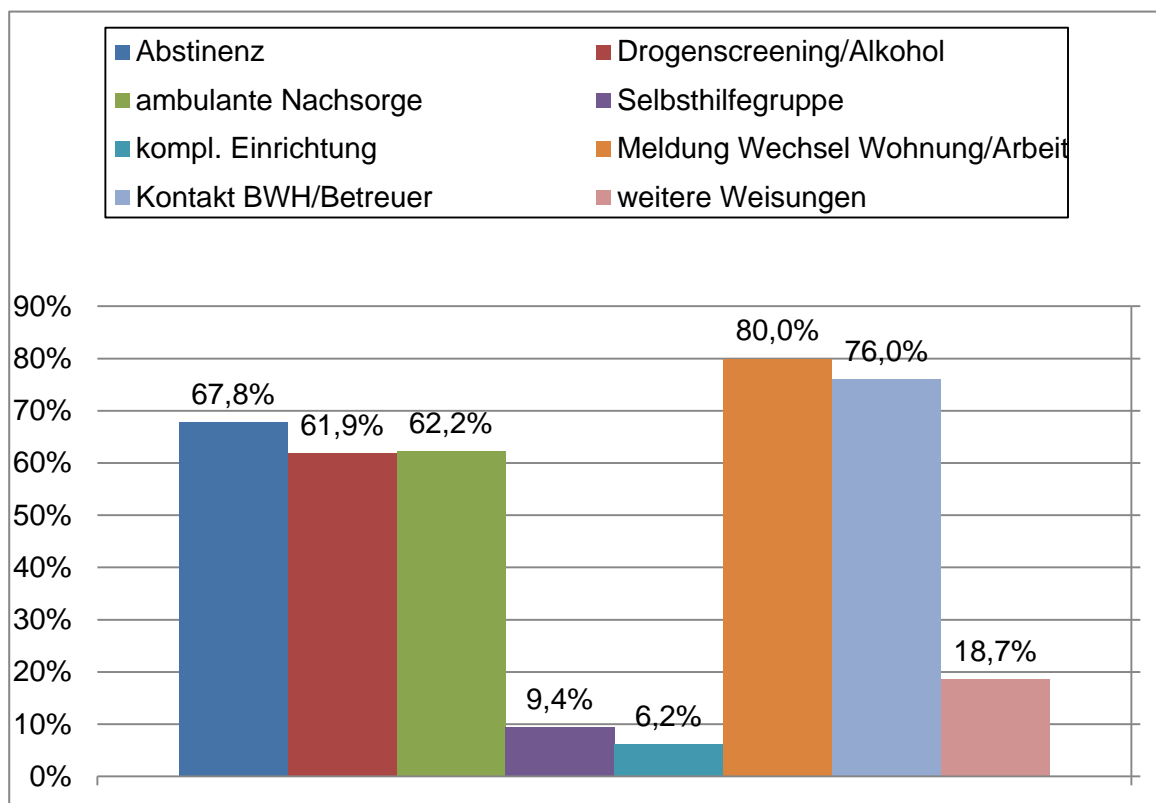


Abbildung 5.30: Weisungen, § 64 StGB-Patienten (n = 519), Mehrfachnennungen möglich

### **5.2.2.9 Zusammenfassung zum Therapieabschluss**

In der Therapie soll zum einen eine intrapsychische Veränderung bzw. Weiterentwicklung erreicht werden, zum anderen sollen auch Umgebungsbedingungen geschaffen werden, die ein suchtmittel- und straftatfreies Leben fördern. Viele Therapiebausteine und inhaltliche Anstrengungen im Rahmen der Therapie zielen auf eine Verbesserung in diesem Bereich ab.

Im Gegensatz zu den Patienten, die nach § 63 untergebracht waren, zeigt sich bei den § 64-Patienten, dass komplementäre Einrichtungen nur eine deutlich geringere Rolle (8.0 %) spielen. Das Funktionsniveau dieser Probanden reicht aus Sicht der jeweiligen Sozialpädagogen und des weiteren Behandlungsteams aus, dass diese Menschen selbständig oder in gemeinsamer Wohnung mit Partnern leben können (89.0 %). Die Suchterkrankung wird als Hauptproblem angesehen und sollte die selbständige Lebensführung nicht maßgeblich beeinträchtigen. Problematisch ist es, wenn keine geregelte Wohnform erreicht werden kann, was bei 0.3 % der Fall ist, die in die Obdachlosigkeit entlassen werden mussten. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass für diese Einschätzung als auch für die folgenden, die die soziale Situation betreffen nur für erfolgreich Therapierte getroffen werden, weil die Abbrecher in JVAS verlegt werden. In der Regel spielen dort Resozialisierungsmaßnahmen eine deutlich geringere Rolle. Dies kann mit den vorliegenden Daten aber nicht belegt werden, weil zu den Entlassungsbedingungen aus den JVAS keine Informationen vorliegen.

Wie bereits an verschiedenen Stellen erwähnt, stellt Arbeit einen wichtigen Faktor für psychisches Wohlbefinden dar. Fast zwei Drittel konnten bei ihrer Entlassung sozialversicherungspflichtig arbeiten, was als durchaus günstiger Faktor gewertet werden kann. Nahezu jeder Zehnte befindet sich in einem Ausbildungsverhältnis. Dies lässt darauf schließen, dass im Rahmen der Resozialisierung innerhalb der stationären Behandlung Weichen für eine berufliche Ausrichtung gestellt wurden, die vom Behandlungsteam in der Regel als günstig eingeschätzt wurden. Etwa jeder Sechste ist aber auf unterstützende Maßnahmen wie Arbeitstherapie oder eine Werkstatt für behinderte Menschen angewiesen. Je nach gesamtwirtschaftlicher Situation waren einige Patienten bei ihrer Entlassung erwerbslos (4.0 %).

Als ein Maß der sozialen Einbettung kann der Familienstand herangezogen werden. Der größte Anteil ist hier alleinstehend oder getrennt lebend (insgesamt 65.0 %). Das andere Drittel der Patientengruppe lebt in einer festen Partnerschaft oder ist verheiratet. Entsprechend dem relativ großen Anteil alleinstehender Probanden haben fast 60 % keine Kinder. Knapp ein Viertel hat jeweils ein Kind, die anderen haben mehrere

Kinder. Dies wird in den Selbstbeschreibungen der Probanden häufig als Schutzfaktor bzw. als psychischer Halt angesehen.

Wenn Patienten aus der Forensik bedingt entlassen werden, erhalten sie mit dem Beschluss richterliche Weisungen, die das Gelingen eines straftatfreien Lebens unterstützen sollen. Ein Wohnungs- oder Arbeitswechsel muss in 80.0 % der Fälle angezeigt werden. Weiterhin häufige Weisungen sind die Abstinenz von Alkohol oder Suchtmitteln, regelmäßige Drogenscreenings und Alkoholkontrollen sowie eine ambulante Nachsorge. Gerade letzter Punkt hat in jüngster Vergangenheit durch die Einrichtung einer Forensisch-psychiatrischen Ambulanz noch mehr Betonung erfahren.

Insgesamt zeigt sich, dass für viele der auf Bewährung entlassenen Probanden gute soziale Umgebungsbedingungen geschaffen werden konnten, der größte Teil wohnt selbständig und kann einer geregelten und bezahlten Arbeitstätigkeit nachgehen.

#### **5.2.2.10 Abbruch der Therapie**

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB kann angeordnet werden, wenn jemand den Hang hat, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und im Zusammenhang damit eine Straftat begangen hat (§ 64 (1) StGB). Im Absatz (2) dieses Paragraphen ist geregelt, dass die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vorneherein aussichtslos erscheint. Im § 67 d ist die Dauer von Unterbringungen im Absatz (5) geregelt; das Gericht kann bestimmen, die Unterbringung nicht weiter zu vollziehen, wenn der Zweck nicht erreicht werden kann. Laut einer entsprechenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (Volckart, 1997) darf die Behandlung in einer Entziehungsanstalt nur so lange dauern, wie eine hinreichend konkrete Aussicht auf Erfolg besteht. Unter bestimmten Umständen wird von der Klinik aus diesem Grund vorgeschlagen, die Behandlung zu beenden. Es ist auch denkbar, dass Patienten selbst einen Therapieabbruch vorschlagen, um die Behandlung zu beenden und die restliche Freiheitsstrafe in einer JVA zu verbüßen. Bereits bei Bezzel (2008) zeigte sich, dass ein großer Teil der § 64-Patienten nicht regulär bedingt entlassen wird, sondern dass ein Therapieabbruch stattfindet.

### a. Abbruchsgründe

Um diese Gruppe näher zu untersuchen, wurden bei der Fragebogenrevision 2006 neue Items eingeführt. Eine Frage bezieht sich dabei auf die Gründe, die in der Stellungnahme von der Klinik für den Abbruch angegeben wurden. Führend ist dabei die angegebene mangelnde Therapiemotivation. Die Hälfte der Fälle (51.3 %; n = 98), in denen ein Grund angegeben wurde, bezog sich auf Motivationsprobleme. Der zweithäufigste Grund war der fortwährende Substanzmissbrauch (35.1 %; n = 67), der den Therapieerfolg maßgeblich in Frage stellte. Die Ausübung von Gewalt (8.4 %; n = 16) sowie Entweichungen und Fluchten (10.9 %; n = 21) stellten ein eher seltenes Phänomen dar. Gerade in Bezug auf die Therapiemotivation ist der Anteil derjenigen Patienten interessant, der einen Abbruch der Therapie selbst angeregt haben. Mit 64 (38.6 %; n = 64) trifft das bei etwas mehr als jedem dritten Patienten zu. Auch wenn Patienten einen Abbruch zwar nicht selbst vorschlagen, einem Vorschlag der Klinik aber zustimmen, spricht das dafür, dass diese Entscheidung für die Betroffenen nachvollziehbar ist oder möglicherweise sogar mitgetragen wird. Dies trifft für zwei Drittel (65.6 %; n = 122) der 186 verwertbaren Angaben zu.

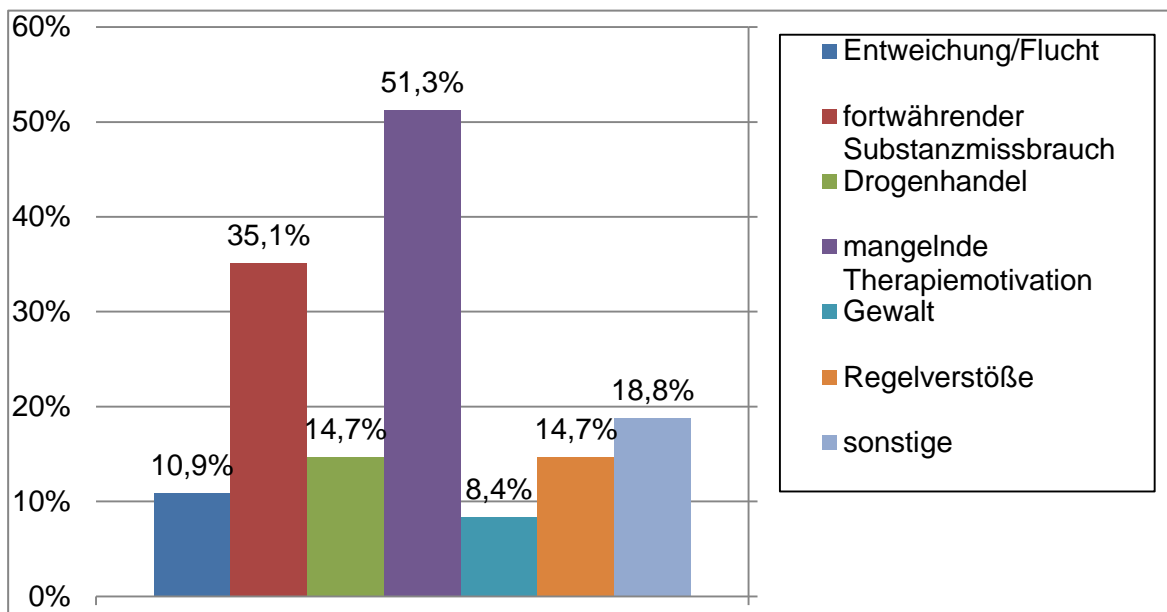


Abbildung 5.31: Gründe für einen Therapieabbruch, § 64 StGB-Patienten (n = 192), Mehrfachnennungen möglich

## **b. Zeitpunkt des Abbruchsantrags**

Ein Aspekt, der mit vorliegender Studie untersucht werden soll, ist die Auswirkung therapeutischer Maßnahmen auf verschiedene Variablen zur Effektivität der Behandlung. Hier kann am deutlichsten unterschieden werden zwischen den Probanden, die eine Therapie erfolgreich absolvieren konnten und solchen, bei denen eine Therapie abgebrochen wurde. Aus der alltäglichen Praxis der Forensik ist bekannt, dass die Dauer der Behandlung auch bei Therapieabbrechern äußerst unterschiedlich ist. Im Zeitpunkt der Antragsstellung zu einem Therapieabbruch drückt sich zum einen auch eine Motivation aus, z. B. wenn der Antrag mit Überlegungen zur tatsächlichen Dauer einer Unterbringung oder Inhaftierung zusammenhängt. Andererseits sollte es einen Unterschied auf den Effekt machen, ob jemand seine Therapie bereits am Beginn, beispielsweise nach sechs Wochen abbricht oder erst, nachdem er bereits eine längere Therapie absolviert hat. Hierzu wurde der Zeitpunkt des Abbruchsantrags erhoben. Da dieses Kriterium erst seit 2006 erhoben wird und nur für Therapieabbrecher ausgefüllt wird, liegen erst Daten für 192 Probanden vor. Im Gesamtverlauf fällt auf, dass die meisten Abbrüche, nämlich 16.9 %, nach ein bis drei Monaten beantragt werden. Die Rate stabilisiert sich danach bei ca. 10 % je Dreimonatszeitraum und fällt gegen Ende etwas ab. Die Restkategorie derer, bei denen nach über zwei Jahren noch die Therapie abgebrochen wird, ist höher, weil hier die gesamte Restgruppe zusammengefasst wird. Bei differenzierter Betrachtung der beiden Hauptdiagnosegruppen liegen die Alkoholabhängigen in den Gruppen der sehr frühen Abbrüche bis spätestens nach drei Monaten deutlich höher. Hier wurde bei 46.2 % der Abbrecher bereits in diesen drei Monaten einen Abbruch beantragt. Der Unterschied zwischen den Drogenabhängigen und den Alkoholikern ist im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant (Chi-Quadrat: 9.17; df: 8), vermutlich wegen der sehr geringen Gruppengrößen. Ein wichtiges Kriterium für die Patienten bei der Entscheidung, eine Therapie abubrechen, ist der sogenannte Zweidrittel-Zeitpunkt. Da ein Drittel der Reststrafe zur weiteren Verbüßung bei einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt immer offen bleibt, macht es für die Patienten bis zu diesem Zeitpunkt auch Sinn, in der Entziehungsanstalt zu bleiben, wenn die Motivation zur Therapie weniger klar ist. Wenn sie länger verbleiben, trägt diese Zeitdauer nicht mehr zur weiteren Verminderung der Reststrafe bei und macht für die Probanden deshalb nur „Sinn“, wenn sie die Therapie erfolgreich abschließen können. Der Zweidrittelzeitpunkt war bei 50.8 % (n = 99) bereits erreicht, bei einem Probanden (5.1 %) in weniger als einem Monat.

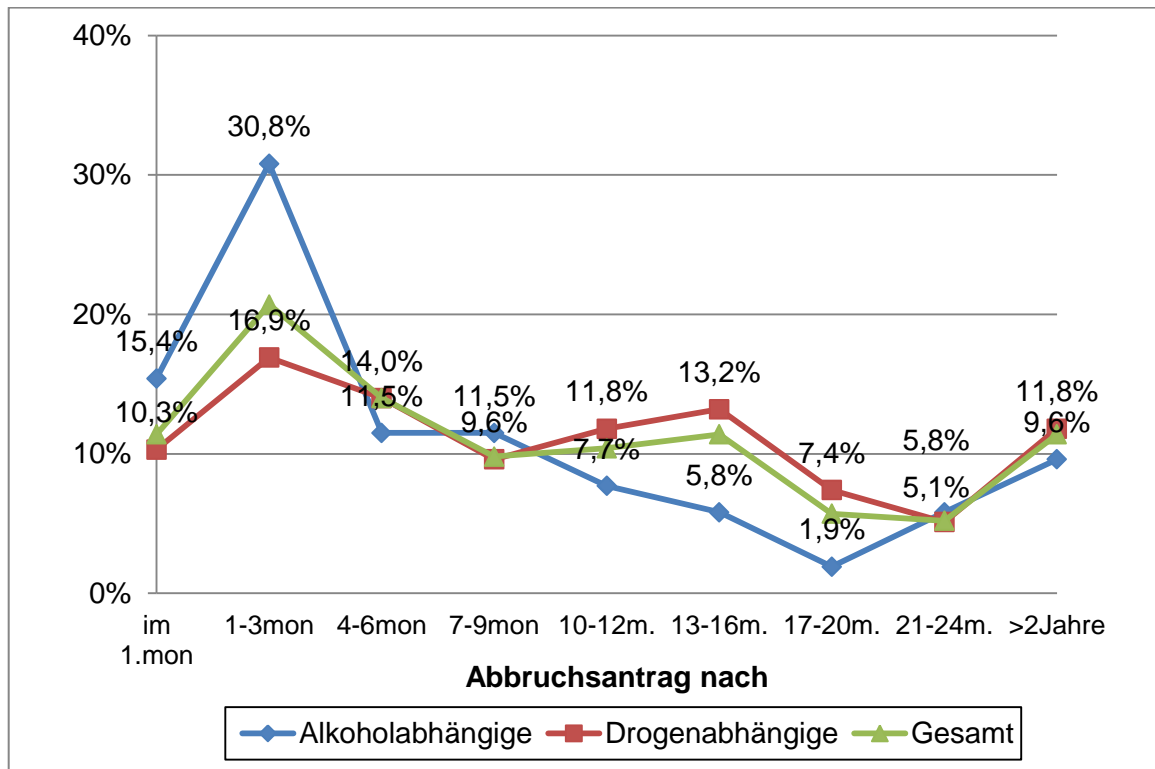


Abbildung 5.32: Zeitpunkt des Abbruchsantrags, § 64 StGB-Patienten, Alkoholabhängige n = 52; Drogenabhängige n = 136

Schließlich wurde noch erhoben, welche Lockerungsstufe der jeweilige Patient hatte, bevor die Therapie abgebrochen wurde. Wie weiter oben zum Lockerungskonzept in der Klinik beschrieben, erreichen Patienten im Laufe ihrer Therapie immer höhere Lockerungsstufen, um die Absprachefähigkeit und Zuverlässigkeit auf diesen Stufen zu überprüfen und um erreichte Therapieerfolge abzubilden. Neu aufgenommene Patienten erhalten zuerst keinerlei Lockerungen und können die Klinik nur gesichert mit Hand- und Fußfesseln verlassen. In der Lockerungsstufe A kann der Proband die Klinik in Personalbegleitung ohne zusätzliche Hand- und Fußfesseln verlassen. Auf der Stufe B sind Ausgänge im ungesicherten Klinikbereich möglich, in Stufe C unbegleitete Beurlaubungen bis zu 12 Stunden außerhalb des Geländes. Die Stufe D ermöglicht Übernachtungen außerhalb der Klinik und kann schließlich ausgedehnt werden, dass zuletzt nur noch ein Kontakt innerhalb von zwei Wochen stattfinden muss. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde nun erhoben, welche Stufe bereits vor Abbruch der Therapie erreicht worden war. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Verlauf bezüglich Lockerungen nicht immer stetig ist und Patienten auch zurückgestuft werden können. Da Abbrüche oft nach Krisen stattfinden, soll hier von den Ausfllern jeweils die Stufe vor einer jeweiligen Lockerungssperre (Stufe 0) angegeben werden. Ein Drittel dieser Gruppe (31.9 %) hat noch keine Lockerungen erhalten oder wurde aufgrund von Problemen in die Stufe 0 zurückgestuft. Bezogen auf die vier Lockerungsstufen A,

B, C und D gibt es relativ viele Probanden, die noch auf Stufe A waren (24.5 %) und viele, die bereits Stufe D erreicht hatten (19.2 %). Stufe B und C kommt in dieser Gruppe seltener vor.

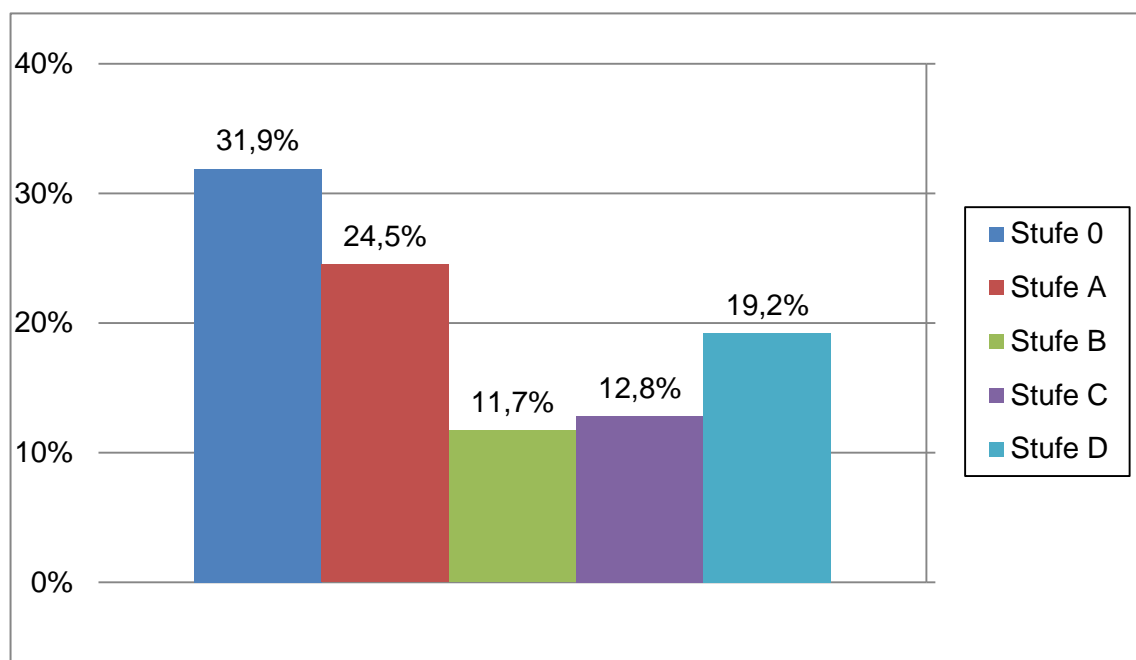


Abbildung 5.33: Lockerungsstufe vor dem Therapieabbruch, § 64 StGB-Patienten (n = 94)

### c. Unterschiede zu bedingt entlassenen Patienten

Ein Ziel dieser Untersuchung ist es, Therapieerfolgsvariablen mit verschiedenen Parametern in Zusammenhang zu bringen, die in der Person des Behandelten liegen oder sich im Verlaufe der Behandlung abzeichnen. Dies könnte Hinweise auf eine Optimierung des Behandlungsangebotes liefern. Besonders relevant bei der Messung des Therapieerfolges sind sicherlich psychische Stabilität, Suchtmittelfreiheit, soziale Integration und Straftatfreiheit nach Beobachtungszeiträumen, die der jeweiligen Behandlung zugeordnet werden können.

Möglicherweise lassen sich daraus Schlussfolgerungen ziehen, wie sich Patienten, die erfolgreich eine Therapie absolvieren konnten, von solchen unterscheiden, denen das nicht gelingt. Eine sinnvolle Aufteilung scheint hier die oben beschriebene zu sein in die Gruppe derer, die bedingt, d. h. auf Bewährung entlassen wurde und in eine zweite Gruppe von Therapieabbrechern. Die anderen Entlassmodi werden hier nicht berücksichtigt und stellen im Übrigen auch vergleichsweise kleine Gruppen dar.

Frauen können nach diesem Kriterium häufiger eine Therapie erfolgreich absolvieren und erreichen hier einen signifikanten Unterschied (Chi-Quadrat: 5.137\*\*; df: 1).



Tabelle 5.59: Abbrecherquote in Abhängigkeit vom Geschlecht, § 64 StGB-Patienten (n = 803)

	bedingte Entlassung (in %)	Abbruch wegen „Aussichts- losigkeit“ (in %)	Gesamt
<b>Männer</b>	311 (42.4)	423 (57.6)	734
<b>Frauen</b>	39 (56.5)	30 (43.5)	69
<b>Gesamt</b>	350 (43.6)	453 (56.4)	803

Wenn man das Aufnahmealter berücksichtigt, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Bei Probanden, die bei ihrer Aufnahme jünger als 30 Jahre alt waren, ist die Abbrecherquote tendenziell höher.

Bei Betrachtung der einzelnen Quoten je nach begangenen Anlassdelikt ergeben sich in den drei Kategorien Körperverletzung, Betrug/Diebstahl und BtMG-Delikte deutliche Unterschiede. Bei Patienten, die wegen eines Körperverletzungsdelikts verurteilt worden, wurde die Therapie überdurchschnittlich häufig abgebrochen (67.7 %; Chi-Quadrat: 10.748\*\*\*; df: 1); dies trifft für Betrugs- und Diebstahlsdelikte ebenso zu (67.0 %; Chi-Quadrat: 13.220\*\*\*; df: 1). Bei Probanden mit BtMG-Delikten dagegen wird die Therapie von überdurchschnittlich vielen erfolgreich absolviert (52.5 %; Chi-Quadrat: 23.289\*\*\*; df: 1). Für die anderen Deliktgruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 5.60: Abbrecherquote in Abhängigkeit vom Anlassdelikt, § 64 StGB-Patienten, Mehrfachnennungen möglich

	bedingte Entlassung (in %)	Abbruch wegen „Aus- sichtslosigkeit“ (in %)	Gesamt
<b>Anlassdelikt Kör- perverletzung</b>	53 (32.3)	111 (67.7)	164
<b>Anlassdelikt Be- trug/Diebstahl</b>	70 (33.0)	142 (67.0)	212
<b>Anlassdelikt BtMG- Delikt</b>	201 (52.5)	182 (47.5)	383

Für die Höhe der Freiheitsstrafe, die gleichzeitig mit der Unterbringung in der Entziehungsanstalt verhängt wurde, ergeben sich interessante Zusammenhänge. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die Abbrecherquote bei niedrigen Freiheitsstrafen besonders hoch ist. Eine Ausnahme stellt hier die Gruppe dar, bei der überhaupt keine

Freiheitsstrafe verhängt wurde. Eine Interpretation für diese Gruppe, die insgesamt nur aus fünf Probanden besteht, ist sinnvoll kaum möglich. Für geringe Freiheitsstrafen bis eineinhalb Jahren erreichen die Abbrecherquoten fast 75 %, von da an sinkt diese Quote kontinuierlich, bis sie schließlich zuletzt bis annähernd auf 40 % absinkt (Freiheitsstrafen länger als drei Jahre). Dies hängt sicher vor allem mit der regulären Dauer zusammen, die man beim Durchlaufen einer Therapie nach § 64 StGB benötigt. Diese Dauer beträgt knapp zwei Jahre. Von Patienten wird das Absolvieren einer Therapie häufig als anstrengender erlebt als die Haftzeit in einer JVA. Vor allem beim Auftreten von Komplikationen (z. B. auch Suchtrüpfälle), die eine Verzögerung in der Therapie bedeuten können, entscheiden sich Patienten häufiger für einen Abbruch der Therapie. Die Rechnung, die die Patienten dabei aufmachen, sieht dementsprechend bei höheren Zeitstrafen anders aus, was die Verschiebung der Abbrecherquote bei höheren Strafen bewirkt.

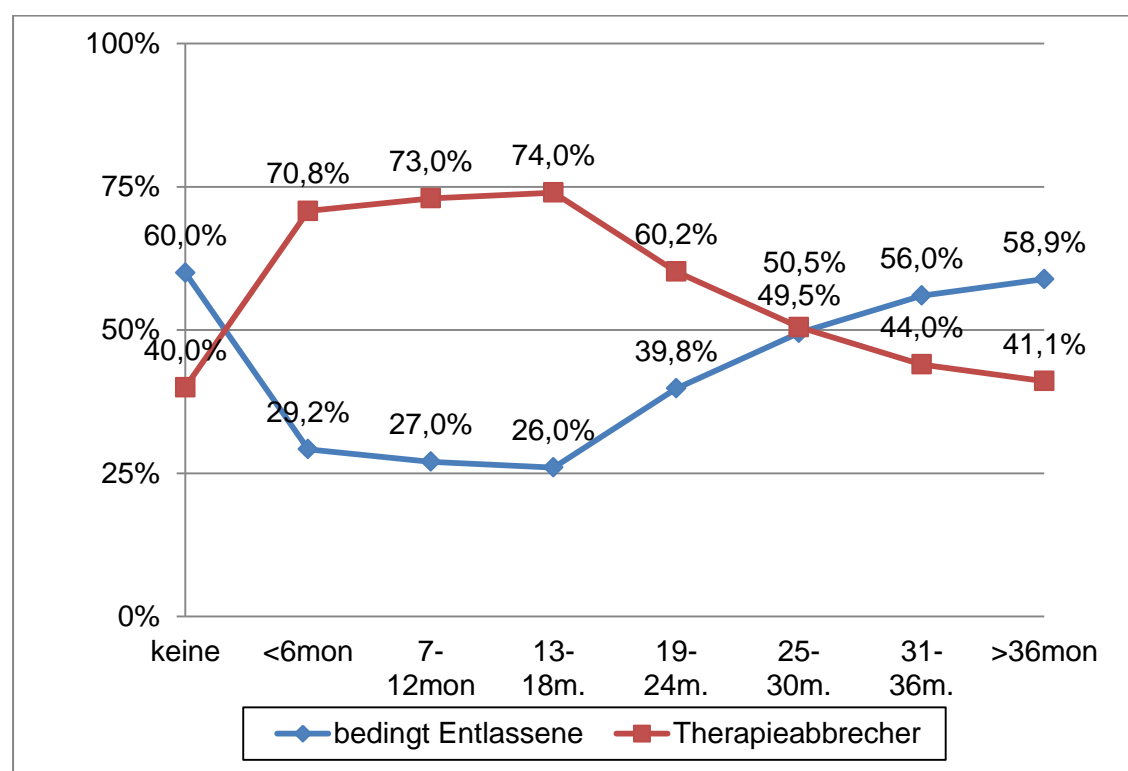


Abbildung 5.34: Abbrecherquote in Abhängigkeit von der Höhe der Freiheitsstrafe, § 64 StGB-Patienten (n = 803)

Beim Vergleich der beiden Diagnosehauptgruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Ein tendenziell besseres Abschneiden zeigt sich in den Gruppen mit spezifischen Substanzabhängigkeiten im Gegensatz zu Polytoxikomanen und zur Alkoholikergruppe. Hier brechen beispielsweise nur 47.5 % der Opioidabhängigen ihre Therapie ab. Allerdings sind diese Gruppen häufig zahlenmäßig sehr klein.

Ein sehr deutlicher und konsistenter Zusammenhang zeigt sich zur geschätzten Intelligenz. In der insgesamt größten Gruppe mit der geschätzten durchschnittlichen Intelligenz ergibt in etwa die gleiche Quote von Abbrechern wie für die Gesamtgruppe. Je „unterdurchschnittlicher“ die Intelligenz des jeweiligen Probanden geschätzt wird, desto höher wird die Abbrecherquote, Minderbegabte können mit dem untersuchten Therapieangebot kaum erreicht werden. Dagegen sinkt die Abbrecherquote deutlich, wenn die Intelligenz als überdurchschnittlich eingeschätzt wird.

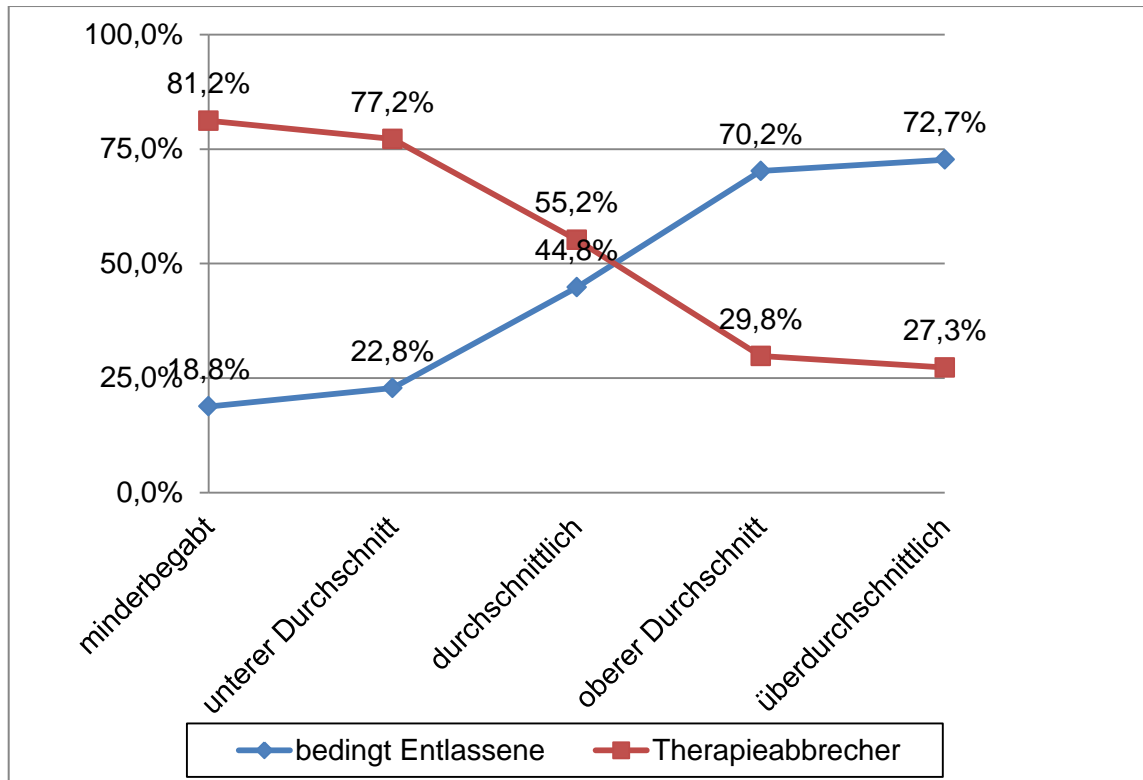


Abbildung 5.35: Abbrecherquote in Abhängigkeit von der Intelligenzschätzung, § 64 StGB-Patienten (n = 792)

Für die Variable, wann die Suchterkrankung zum ersten Mal aufgetreten ist, ergibt sich eine zweipflige Verteilung. Für Probanden, bei denen ein sehr früher Erkrankungsbeginn bereits vor dem Erreichen des Erwachsenenalters angegeben wird, ergibt sich eine leicht überdurchschnittliche relative Häufigkeit von Abbrechern. Dies ist im Übrigen auch die bei weitem größte Altersgruppe. Während die relative Häufigkeit der Abbrecher in der Gruppe derer, deren Erkrankungsbeginn zwischen 18 und 25 Jahren liegt, sogar etwas geringer als die der bedingt Entlassenen ist und somit auch unterdurchschnittlich, steigt mit dem weiter zunehmendem Erkrankungsalter die Abbrecherquote deutlich an. Diese Gruppen sind aber bezüglich ihrer absoluten Häufigkeit klein.

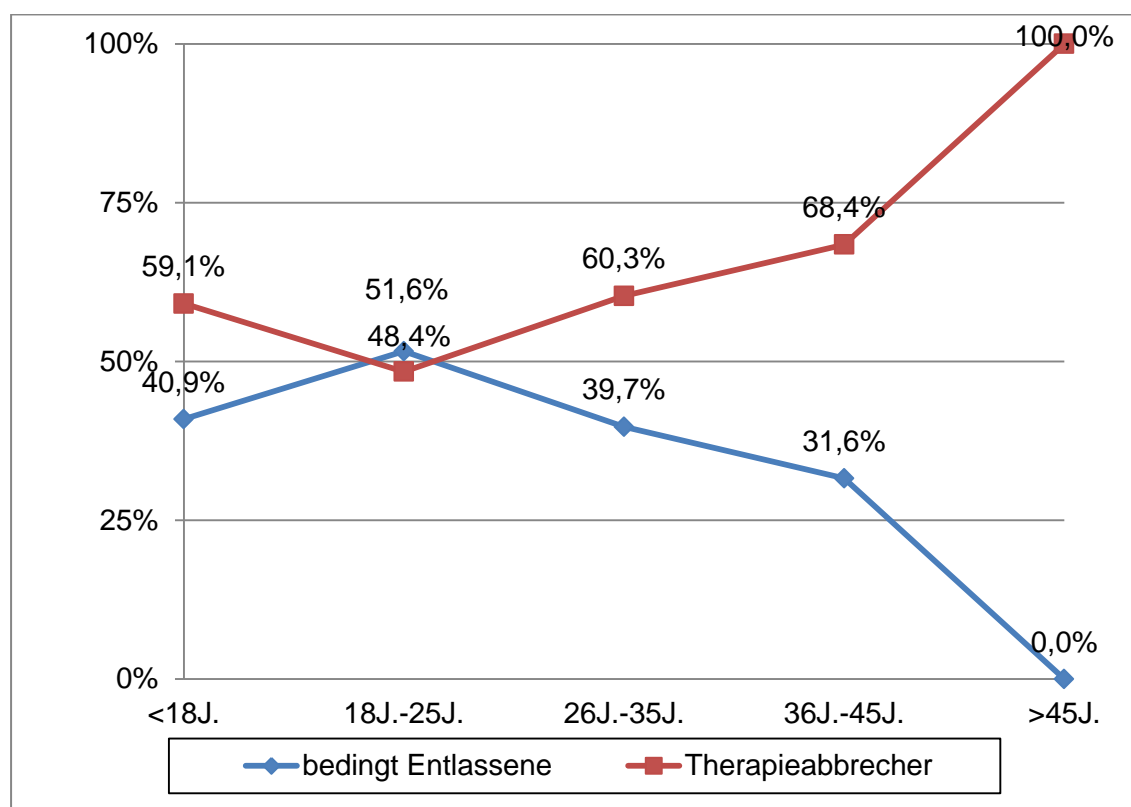


Abbildung 5.36: Abbrecherquote in Abhängigkeit vom Alter der Erstmanifestation, § 64 StGB-Patienten (n = 779)

Für die drei Variablen, ob ein Proband bereits früher stationär psychiatrisch behandelt worden, ob er bereits forensische Vorerfahrungen hat oder ob aus seiner Vorgeschichte ein abgebrochener Behandlungsversuch erkennbar ist, ergeben sich vergleichbare Ergebnisse, wenn auch verschiedener Ausprägung. Bei jeder dieser drei Variablen ist ein erfolgreicher Behandlungsabschluss am wahrscheinlichsten, wenn „keine“ angegeben wird, sowohl was stationäre Vorbehandlungen, forensische Vorbehandlungen oder Abbrüche bei Vorbehandlungen betrifft. Bei einer Vorbehandlung oder nur einem Abbruch sinkt die Wahrscheinlichkeit jeweils merklich, um bei mehreren den jeweiligen Tiefpunkt zu erreichen.

Tabelle 5.59: Abbrecherquote in Abhängigkeit von der Anzahl von Maßregelvollzugsvorbehandlungen, § 64 StGB-Patienten (n = 799)

Vorbehandlung im Maßregelvollzug	bedingte Entlassung (in %)	Abbruch wegen „Aussichtslosigkeit“ (in %)	Gesamt
keine	291 (47.2)	325 (52.8)	616
eine	52 (34.0)	101 (66.0)	153
mehrere	7 (23.3)	23 (76.7)	30
<b>Gesamt</b>	350 (43.8)	449 (56.2)	799

Am deutlichsten tritt dieser Unterschied bei früheren Therapieabbrüchen zutage. Von denjenigen Probanden, bei denen ein oder mehrere Abbrüche bekannt sind, kann nur jeweils einer von vier Probanden die aktuelle Therapie mit einer Entlassung auf Bewährung abschließen.

Tabelle 5.60: Abbrecherquote in Abhängigkeit von der Anzahl von früheren Behandlungsabbrüchen stationärer Maßnahmen, § 64 StGB-Patienten (n = 408)

Vorbehandlung im Maßregelvollzug	bedingte Entlassung (in %)	Abbruch wegen „Aussichtslosigkeit“ (in %)	Gesamt
keine	94 (48.5)	100 (51.5)	194
eine	31 (27.9)	80 (72.1)	111
mehrere	24 (23.3)	79 (76.7)	103
<b>Gesamt</b>	350 (43.8)	449 (56.2)	408

Für die Art der Vordelikte ergeben sich ähnlich wie bei den weiter oben beschriebenen Anlassdelikten häufiger bei den Patienten Therapieabbrüche, die bereits zu früheren Zeitpunkten wegen eines Körperverletzungsdeliktes oder wegen Betrugs- oder Diebstahlsdelikten verurteilt worden war (Abbrecher: 64.0 % und 64.3 %). Insgesamt ist es in Bezug auf einen möglichen Therapieabbruch prognostisch günstig, wenn keine Vorstrafe vorliegt, was andererseits insgesamt aber nur selten vorkommt (Abbrecher: 65.3 %).

Dies bildet sich auch in der sehr niedrigen Abbrecherquote für die Probanden ab, bei denen kein Eintrag im Strafregister vorliegt, was aber insgesamt nur eine kleine Gruppe betrifft. Während in der Gruppe mit einer bis zehn Eintragungen von Vorstrafen erwartungsgemäße Häufigkeiten von Abbrüchen beobachtet werden können, steigt diese Häufigkeit aber ab 11 Eintragungen deutlich auf 64.0 % bzw. darüber an, bleibt dann aber mit einem weiteren Anstieg von Vorstrafen konstant.

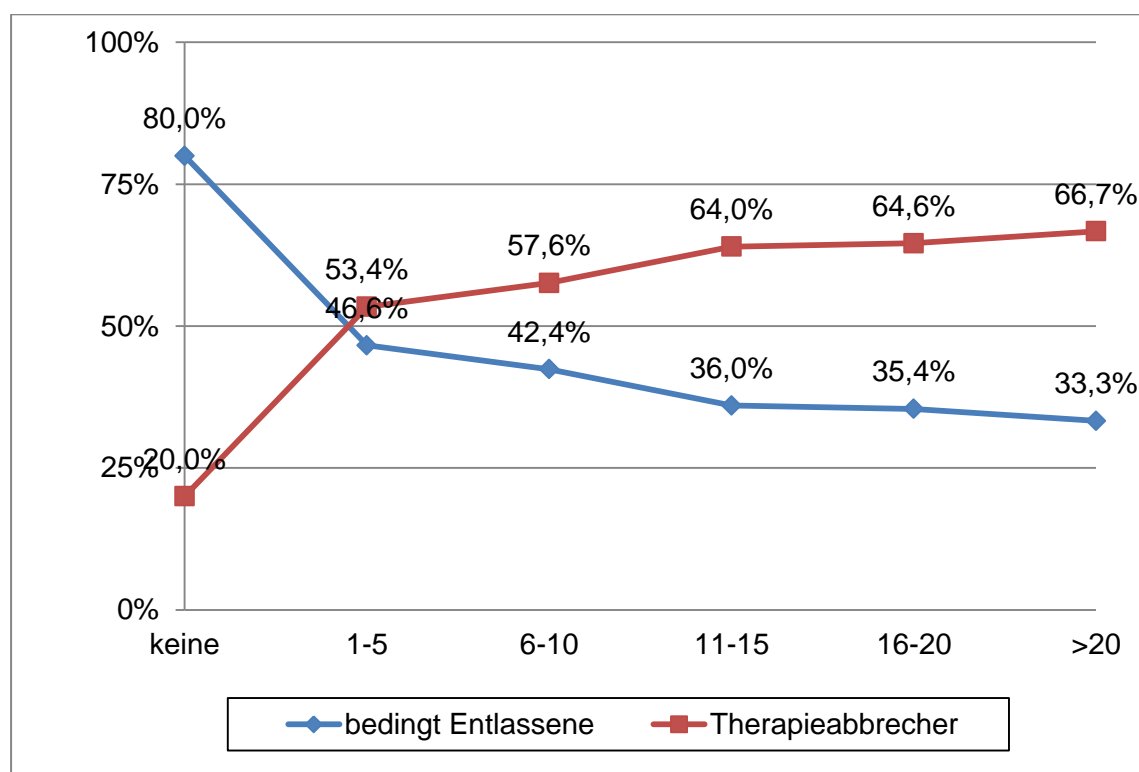


Abbildung 5.37: Abbrecherquote in Abhängigkeit von der Anzahl der Eintragungen im Bundeszentralregister, § 64 StGB-Patienten (n = 732)

Ein wichtiger Risikofaktor für verschiedene kritische Entwicklungen ist der Zeitpunkt der ersten Straftat. Wenn diese bereits vor dem Erreichen des Erwachsenenalters auftritt, kann dies in der Regel als ein besonders deutliches Zeichen einer negativen Entwicklung ausgemacht werden. In der vorliegenden Stichprobe ist die größte Gruppe die, bei der Straftaten bereits im Jugendalter oder in der Kindheit begangen wurden. Die Abbrecherquote ist in dieser Gruppe mit 62.1 % überdurchschnittlich hoch. Mit zunehmendem Erststraftatalter sinkt die Quote dann zuerst und liegt für den Delinquenzbeginn zwischen 20 und 40 Jahren dann unter der Quote derer, die eine Therapie erfolgreich abschließen können. Nur für die sehr kleine Gruppe der Patienten, die erst sehr spät ihre erste Straftat begehen, nämlich erst nachdem sie bereits 40 Jahre alt sind, verschlechtert sich die so gemessene Erfolgswahrscheinlichkeit wieder (33.3 %).

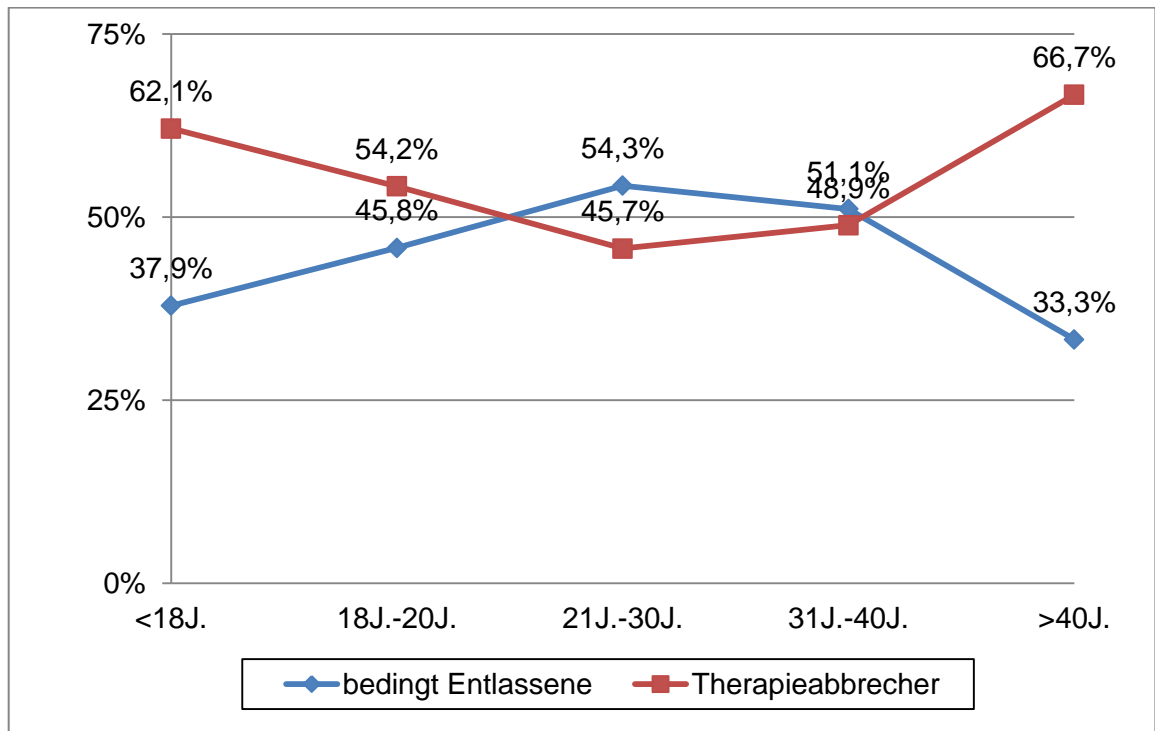


Abbildung 5.38: Abbrecherquote in Abhängigkeit vom Alter bei der ersten Straftat, § 64 StGB-Patienten (n = 773)

In Hinblick auf das erfolgreiche Abschließen einer forensischen Therapie, die in eine Entlassung auf Bewährung mündet, kann kein signifikanter Einfluss der Dauer, die Probanden in ihrer Gesamtlebenszeit in Haft verbracht haben, festgestellt werden.

Abgesehen von diesen verschiedenen forensisch-biografischen Faktoren zeigt sich bei den biografischen Aspekten ein Unterschied bei Betrachtung des jeweiligen Herkunftslandes der Probanden. Während sich auf diesen Verlauf eine Herkunft aus Deutschland, welche zahlenmäßig am weit häufigsten vorkommt, aber auch aus der Türkei (mit deutlich niedrigeren Zahlen; n = 13) und aus dem nichteuropäischen Ausland (n = 18) günstiger auf einen erfolgreichen Therapieabschluss auswirkt, schneiden diejenigen aus ehemaligen GUS-Staaten („Russland-Deutsche“; n = 179) und aus anderen europäischen Staaten schlechter ab.

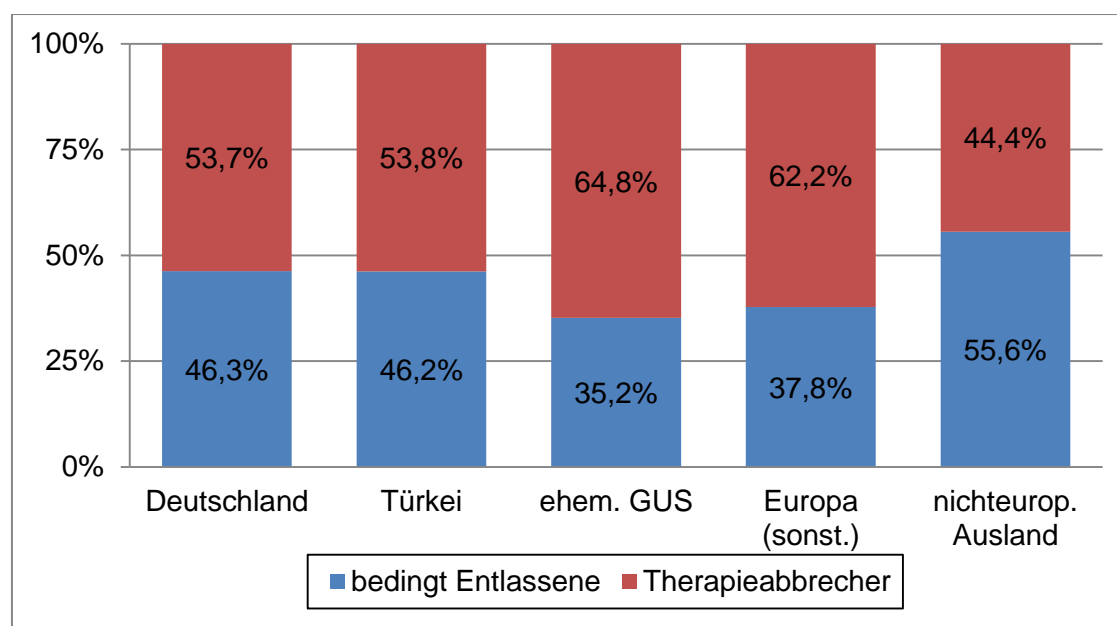


Abbildung 5.39: Abbrecherquote in Abhängigkeit vom Herkunftsland, § 64 StGB-Patienten (n = 773)

Bei den Variablen, die erst ab einem späteren Zeitpunkt im Laufe der Datenerhebung (2006) eingeführt wurden, liegen noch wenige Ergebnisse vor, was die Aussagekraft für diese Ergebnisse schmälert. Es lassen sich deshalb in Bezug auf das Elternhaus keine sinnvollen Aussagen treffen. Für familiäre Belastungen lässt sich bisher tendenziell die etwas überraschende Aussage treffen, dass von den belasteten Probanden etwas weniger ihre Therapie abbrechen (41.7 %; n = 65) und die Mehrheit ihre Therapie erfolgreich beenden können (58.3 %; n = 91).

Erwartungsgemäßer verhält es sich dagegen bei den Auffälligkeiten in der Kindheit. Hier gibt es in der Gruppe mehr Abbrecher, in der solche Auffälligkeiten bekannt sind. Bei 51.9 % (n = 69) wird die Therapie abgebrochen, während nur 32.9 % (n = 27) derer ihre Therapie abbrechen, bei denen keine Auffälligkeiten bekannt waren. Bezüglich einzelner Auffälligkeiten konnte kein signifikantes Merkmal nachgewiesen werden.

Einen deutlichen Einfluss auf dieses Erfolgsmerkmal hat die jeweilige Schulbildung. Während die zahlenmäßig dominierende Gruppe der ehemaligen Hauptschüler ohne qualifizierendem Abschluss und die ehemaligen Förderschüler überdurchschnittlich viele Abbrecher haben, können höher Qualifizierte häufiger erfolgreich eine Therapie abschließen. Als Auffälligkeit dabei ergibt sich, dass sich die Abbrecherquote je nach Höhe des Bildungsabschlusses verbessert, vormalige Gymnasiasten (45.5 %) aber im Vergleich zu Realschülern (39.7 %) etwas schlechter abschneiden. Die Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsniveau sind hochsignifikant (Chi-Quadrat: 35.039\*\*\*; df: 5).



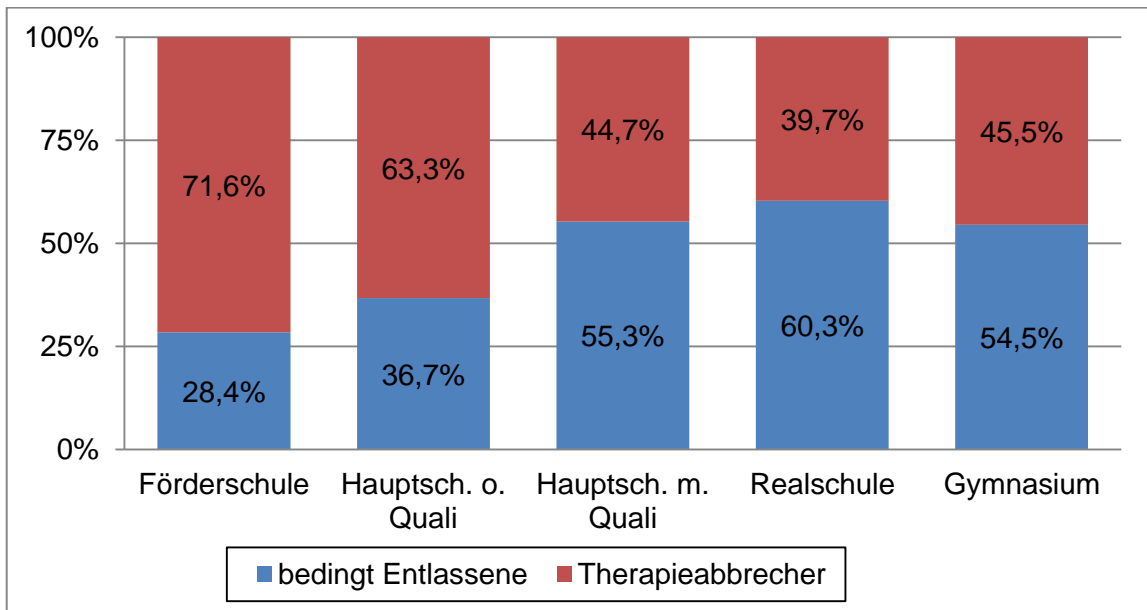


Abbildung 5.40: Abbrecherquote in Abhängigkeit von der Schulbildung, § 64 StGB-Patienten (n = 771)

Die gleiche Beobachtung trifft auch für das berufliche Bildungsniveau zu. Je höher hier der Ausbildungsgrad ist, desto höher scheint auch die Wahrscheinlichkeit für die Probanden zu sein, dass sie eine erfolgreiche Therapie abschließen können. Dies trifft aber für die allerdings sehr kleine Gruppe der Hochschulabsolventen nicht zu. Auch hier sind die Unterschiede hoch signifikant (Chi-Quadrat: 24.446\*\*\*; df: 5).

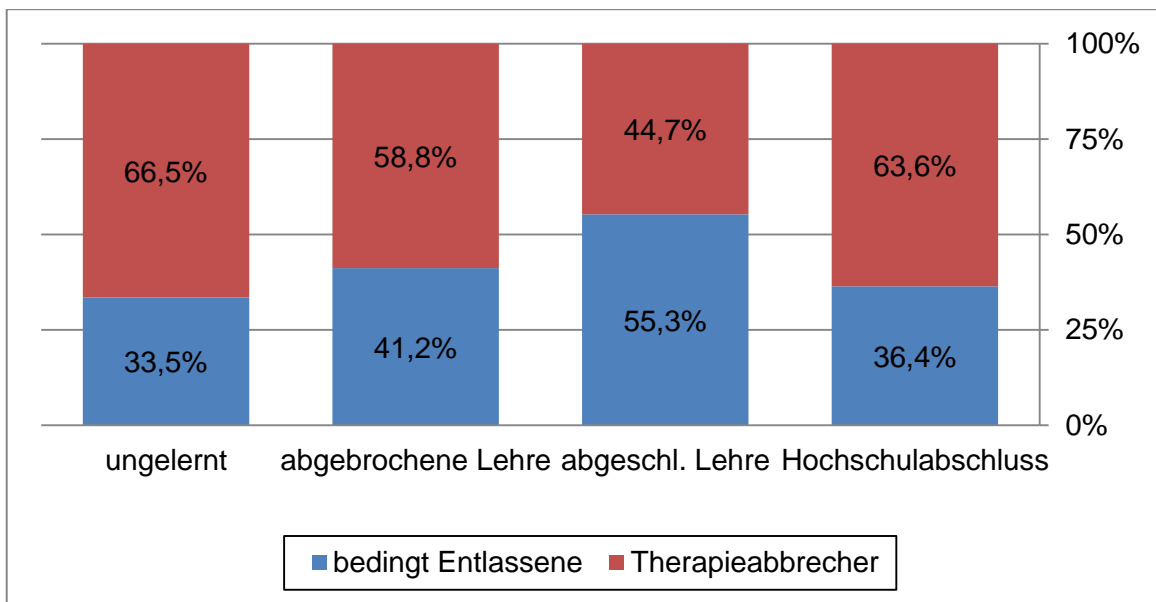


Abbildung 5.41: Abbrecherquote in Abhängigkeit von der Berufsausbildung, § 64 StGB-Patienten (n = 773)

Bei Betrachtung der Arbeitssituation, die direkt vor Aufnahme in die JVA oder in die Forensische Klinik vorliegt, können keine deutlichen Unterschiede objektiviert werden.

Die größte Gruppe ist zu diesem Zeitpunkt, wie bereits dargestellt, erwerbslos. Ihre Abbrecherquote liegt bei 57.5 %. Die Gruppe derer, die zu diesem Zeitpunkt regulär sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat mit 50.7 % eine niedrigere Abbrecherrate (n = 74), für die selbständig Tätigen ist dieser Unterschied noch deutlicher (44.4 %; n = 16). Diese Unterschiede werden vor allem aufgrund der niedrigeren Fallzahlen in den einzelnen Zellen nicht signifikant.

Ein deutlicher Effekt zeigt sich bei der sozialen Integration, die am besten mit dem Familienstand und mit dem Vorhandensein eigener Kinder gemessen werden kann. Das schlechteste Ergebnis weisen mit 30.1 % (n = 108) die Alleinstehenden auf. Weniger als jeder Dritte kann eine Therapie erfolgreich abschließen, wenn er dieses Merkmal aufweist. Auch bei Verheirateten ist das Ergebnis besser als der Durchschnitt, und beim Vorliegen einer festen Partnerschaft bzw. einer eheähnlichen Gemeinschaft ist die Erfolgswahrscheinlichkeit hier am höchsten. Hier schaffen mehr als zwei Drittel ihre Therapie. Dieses Ergebnis ist hoch signifikant (Chi-Quadrat: 82.728\*\*\*; df: 4).

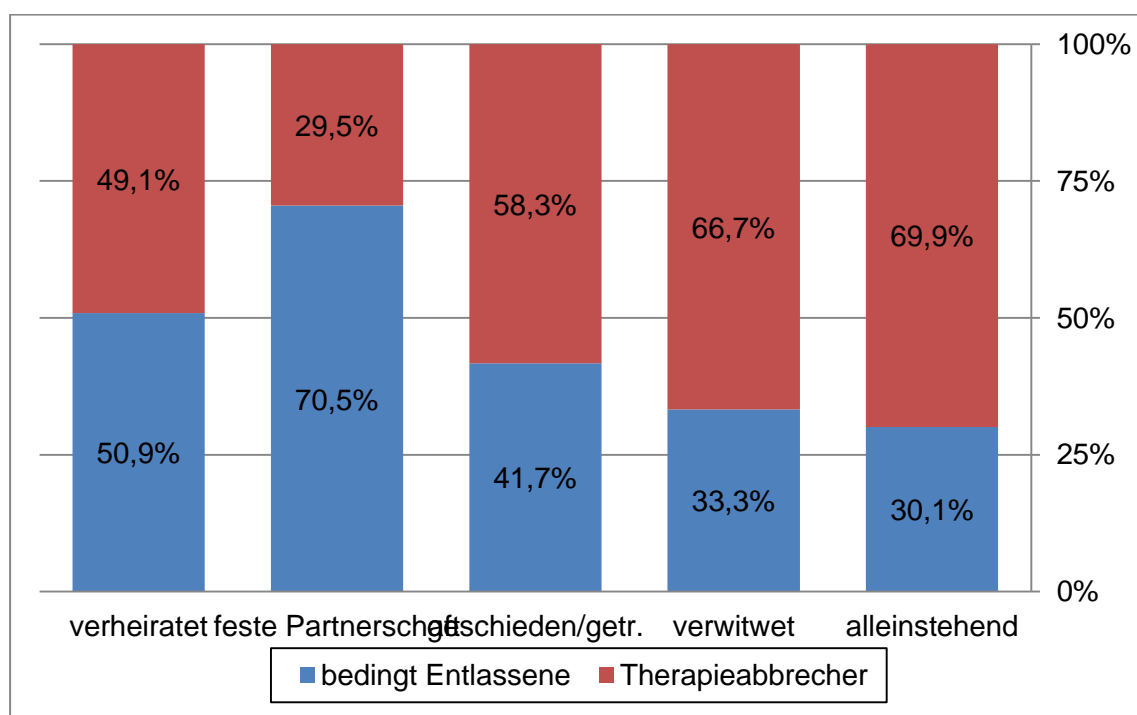


Abbildung 5.42: Abbrecherquote in Abhängigkeit vom Familienstand, § 64 StGB-Patienten (n = 787)

Auch das Merkmal Elternschaft ist ein Schutzfaktor für Probanden, die Motivation für eine Therapie dauerhaft aufrechtzuerhalten und diese erfolgreich abzuschließen. Probanden ohne Kinder, die Hauptgruppe, haben eine überdurchschnittliche Abbrecherquote von 62.0 % (n = 282). Wenn Patienten angeben, Kinder zu haben, steigt die Er-

folgsquote auf über 50 % und sie steigt mit jedem Kind weiter an. Erst bei vier oder mehr Kinder ist ein Plateau ohne weiterem Anstieg erreicht.

Tabelle 5.61: Charakteristika mit Auswirkungen auf die Abbrecherquote, § 64-Patienten

Variable	
<b>Geschlecht</b>	Frauen ↓**
<b>Alter bei Aufnahme</b>	< 30 ↑
<b>Anlassdelikt</b>	Körperverletzung ↑*** Betrug/Diebstahl ↑*** BtMG-Delikte ↓***
<b>Höhe der Freiheitsstrafe</b>	Freiheitsstrafe < 2 Jahre ↑***
<b>Diagnose</b>	Alkoholiker ↔ Drogenabhängige ↔ Abhängigkeit von einzelnen Substanzen ↓ (nur F11: Opioid 47.5 %: n = 118***)
<b>Intelligenz</b>	Minderbegabte und unterdurchschnittlich Intelligente ↑↑*** Überdurchschnittlich Intelligente ↓↓***
<b>Alter bei Erstmanifestation</b>	Abbrecherquote am niedrigsten bei mittlerem Erkrankungsalter (18 bis 25 Jahre) ↓**
<b>Stationäre Vorbehandlung</b>	keine Vorbehandlung ↓**
<b>Vorbehandlung im Maßregelvollzug</b>	mehrere Vorbehandlungen ↑↑***
<b>Vorzeitiger Therapieabbruch einer stationären Vorbehandlung</b>	mehrere Abbrüche ↑↑***
<b>Vor-Delinquenz</b>	Probanden ohne Vorstrafen ↓↓*** Körperverletzung ↑*** Betrug/Diebstahl ↑***
<b>Strafregisterauszug</b>	keine ↓** mehr als 11 Eintragungen ↑**
<b>Alter bei erster Straftat</b>	erste Straftat nach Alter von 18 Jahren (vor 40) ↓***

<b>Hafterfahrung</b>	↔
<b>Herkunftsland</b>	Deutschland ↓* ehemalige GUS ↑*
<b>Elternhaus</b>	↔
<b>Familiäre Belastungen</b>	keine familiären Belastungen ↑(!)
<b>Auffälligkeiten in der Kindheit (bis zum 15. Lebensjahr)</b>	Auffälligkeiten in der Kindheit ↑***
<b>Schulbildung</b>	niedriges Schulniveau ↑↑*** höheres Schulniveau ↓↓***
<b>Berufsausbildung</b>	niedriges Schulniveau ↑↑*** höheres Schulniveau ↓↓***
<b>Arbeitssituation vor Therapie/JVA</b>	↔
<b>Familienstand</b>	Verheiratete oder feste Partnerschaft ↓↓*** Alleinstehende ↑↑***
<b>Kinder</b>	kinderlos ↑*** Kinder ↓***

Sehr deutlich werden auch die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen, wenn man die erhobenen Therapieverlaufsvariablen betrachtet. Es ergeben sich hoch signifikante Unterschiede für Entweichungen bzw. Fluchten. Jeder fünfte Therapieabbrecher hat mindestens eine Entweichung begangen, während dies nur bei etwa jedem zwanzigsten erfolgreich zutrifft. Abbrecher begehen auch mehr Tötlichkeiten gegenüber ihren Mitpatienten (8.8 % vs. 3.2 %; Mann-Whitney-U: 71338.50\*\*\*). Gegenüber Personal ist hier die Hemmschwelle höher, wie bereits weiter oben ausgeführt wurde. Dies führt zu einer niedrigeren relativen Häufigkeit aber auch zum beschriebenen Unterschied zwischen den Therapieabbrechern und den bedingt Entlassenen (4.4 % vs. 0.6 %; Mann-Whitney-U: 74743.00\*\*\*).

Substanzmissbräuche und Rückfälle spielen in der Bearbeitung einer Abhängigkeitserkrankung eine wichtige Rolle. In vielen Fällen tritt ein dementsprechendes Ereignis auf, was in der Behandlung auch Chancen bei der Bearbeitung zum Beispiel von

Risikofaktoren bietet. Dies wird umso problematischer, je häufiger ein derartiger Rückfall auftritt und möglicherweise als Zeichen mangelnder Therapiemotivation zu sehen ist. Bei zwei Dritteln der Therapieabbrechern wird vom Auftreten von jeweils mindestens einem Substanz- bzw. Alkoholmissbrauch während der Therapie berichtet (64.6 %). Bei den erfolgreich Therapierten kommt das bei jedem Zweiten vor (46.7 %; Mann-Whitney-U: 55832.50\*\*\*).

Die Angabe besonderer Behandlungsprobleme wurde der Einschätzung der jeweiligen Behandler überlassen. Es wurden von diesen Probleme angegeben wie mangelnde Sprachkenntnisse oder große kulturelle Unterschiede, aber auch zum Beispiel dauerhaft mangelnde Therapie- oder Abstinenzmotivation. In einigen Fällen wurden auch sehr spezielle Probleme berichtet, wie zum Beispiel Schwierigkeiten mit einem bestimmten Mitpatienten oder Patientengruppe. Während nur bei einem Viertel der erfolgreich Therapierten von den Behandlern das Vorliegen besonderer Probleme angenommen wurde (26.1 %) war dies wieder bei zwei Dritteln der Abbrecher der Fall (64.9 %; Mann-Whitney-U: 44576.50\*\*\*).

Tabelle 5.62: Unterschiede im Behandlungsverlauf bei Therapieabbrechern, § 64 StGB-Patienten

Variable	
<b>Entweichungen/Fluchten</b>	Abbrecher ↑↑***
<b>Tätlichkeiten gegen das Personal</b>	Abbrecher ↑↑***
<b>Tätlichkeiten gegen Mitpatienten</b>	Abbrecher ↑↑***
<b>erneute Straftaten (während MRV)</b>	Abbrecher ↑↑***
<b>Substanzmissbrauch/Rückfall</b>	Abbrecher ↑***
<b>besondere Behandlungsprobleme</b>	Abbrecher ↑↑***

## **5.3 Ergebnisse zum poststationären Verlauf**

### **5.3.1 Ergebnisse von § 63-Patienten**

Die Entlassungstichprobe wurde bereits weiter oben beschrieben. Es macht aus den dort beschriebenen Gründen Sinn, nach einem Jahr Daten von den Probanden zu erheben, die nach definitionsgemäß erfolgreicher Therapie aus dem Maßregelvollzug entlassen werden konnten. Patienten, die beispielsweise in eine andere forensische Klinik verlegt wurden, werden somit nach einem Jahr noch nicht erfasst, weil sie sich noch in Therapie befinden.

Von den 84 bedingt entlassenen Patienten verweigerte einer seine Teilnahme bereits bei der Entlassung, zwei weitere zum Befragungszeitpunkt nach einem Jahr. Zwei waren nicht erreichbar oder unbekannt verzogen und drei Probanden konnten aus organisatorischen Gründen nicht mehr erfasst werden. Somit liegen von 76 Probanden verwertbare Daten vor. Die Rücklaufquote liegt somit zwischen 90.5 % und 95.0 %, wenn man die Gruppe derer nicht berücksichtigt, die bereits zum Entlassungszeitpunkt ihre Teilnahmebereitschaft verweigerten oder bei denen keine Nachbefragung stattfand, weil sie vom jeweiligen Therapeuten oder Sozialpädagogen vergessen worden war. Auch im ungünstigeren Fall ist diese Quote mit mindestens 90.5 % sehr gut. Bei sieben Probanden wurden Daten nur von betreuenden Personen erhoben, vor allem bei Probanden mit zumeist deutlich eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, die in gut strukturierten und unterstützenden, weiterführenden Einrichtungen untergebracht wurden. Die zuständigen Interviewer entschieden sich für diese Informationsquelle, wenn dadurch aussagekräftigere Informationen erwartet wurden.

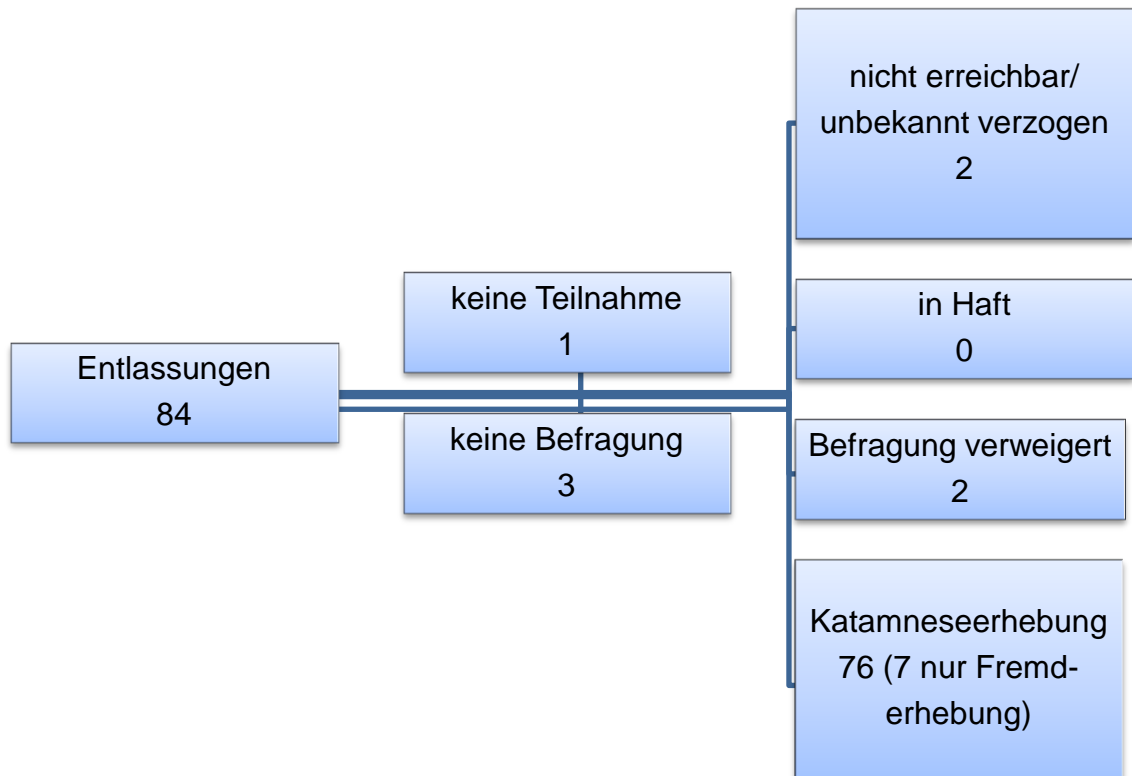


Abbildung 5.43: Teilnahme an der Katamnesebefragung nach einem Jahr, § 63 StGB Patienten, (n = 84)

Im Folgenden wird auch auf jeweils durchgeführte Katamnesen nach drei Jahren eingegangen. Hierzu liegen insgesamt aber bisher nur wenige Daten vor. Erst im ersten Halbjahr 2006 wurde diese Veränderung geplant und ab diesem Zeitpunkt wurde dies auch mit Patienten bei ihrer Entlassung besprochen. Somit konnte ab diesem Zeitpunkt begonnen werden, das Einverständnis der Patienten zu einer weiteren Befragung nach drei Jahren und auch nach fünf Jahren einzuholen. Während in der vorliegenden Untersuchung Daten aus der Fünfjahres-Katamnese noch nicht berücksichtigt werden können, finden Angaben der Drei-Jahres-Katamnese darin Eingang, wenn eine Entlassung spätestens im Jahre 2007 stattfand und dementsprechend ein Drei-Jahres-Zeitraum bis 2010 vollendet werden konnte.

Von 33 möglichen Fällen konnte bei 24 Probanden eine Drei-Jahres-Katamnese durchgeführt werden. Ein Proband verweigerte die Teilnahme an der Katamnese, als er kontaktiert wurde, und ein weiterer ist zum vereinbarten Termin nicht erschienen. Bei sieben Probanden unterblieb eine Katamnese-Untersuchung aus organisatorischen Gründen. Im Gegensatz zum Ein-Jahres-Zeitpunkt war ein deutlich größerer

Schwund durch Probleme im Ablauf zu verzeichnen. Somit konnte nach drei Jahren eine Rücklaufquote von 72.7 % erreicht werden. Kritisch in Bezug auf Schätzgrenzen sind vor allem die beiden „Verweigerer“ zu sehen, während innerhalb der sieben nicht Untersuchten von keiner systematischen Verzerrung auszugehen ist.

### 5.3.1.1 Entwicklung der sozialen Situation

#### a. Wohnsituation

Ein Jahr nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist der Anteil derer, die in Heimen wohnen, in der § 63-Stichprobe in etwa gleich geblieben. In Heimen und kontrollierenden Heimen lebt mit 44.0 % (n = 33) weiterhin die größte Gruppe, zum Entlassungszeitpunkt waren das 44.4 %. Der Anteil selbständig lebender Probanden ist von einem Sechstel auf mehr als ein Viertel angestiegen (28.0 %; n = 21). Dies bedeutet zum einen eine mögliche positive Entwicklung in Richtung zu mehr Selbständigkeit, andererseits haben sich möglicherweise auch manche Partnerschaften nicht als stabil erwiesen, was sich im Absinken der Wohnform „mit Partner/Familie“ auf 6.7 % (n = 5) gegenüber 14.4 % ausdrückt. Über die Hälfte der Probanden ist nach einem Jahr auf irgendeine Art von Unterstützung in ihrer Wohnform angewiesen. Laut ihrer Angaben hat bei jedem dritten Probanden innerhalb eines Jahres nach Entlassung ein Wohnungs- oder Heimwechsel stattgefunden (n = 23; missing: 2). Hierfür wurden verschiedene Gründe angegeben. Beim größeren Teil wurde eine Verbesserung angegeben, wie zum Beispiel eine Entlassung aus einer komplementären Einrichtung in eine selbständigere Wohnform. Manchmal wurden auch familiäre Änderungen oder ein Ortswechsel angeführt.

Für den Zeitraum zwischen einem Jahr nach Entlassung und drei Jahren ist eine vergleichbare Quote an Wohnungswechseln zu verzeichnen. Auch in diesem Zeitraum wechselten 34.6 % (n = 9) ihre Wohnung.

Die selbständigste Wohnform erreichen bei Betrachtung der verschiedenen Diagnosgruppen nach einem Jahr die Persönlichkeitsgestörten. 61.5 % (n = 8) von ihnen können selbständig und alleine wohnen, während dies bei Psychotikern (25.0 %) und anderen Diagnosen deutlich weniger sind, bei Minderbegabten keiner. Patienten mit einer Psychose befinden sich ein Jahr nach ihrer Entlassung besonders häufig in einer betreuten und gemeinschaftlichen Wohnform, sei es eine sozialtherapeutisch betreute Wohngemeinschaft oder die Forensik-WG, die speziell für forensisches Klientel geschaffen wurde. Aufgrund der häufig zu niedrig besetzten Zellen kann die Signifikanz dieser Verteilung nicht überprüft werden.



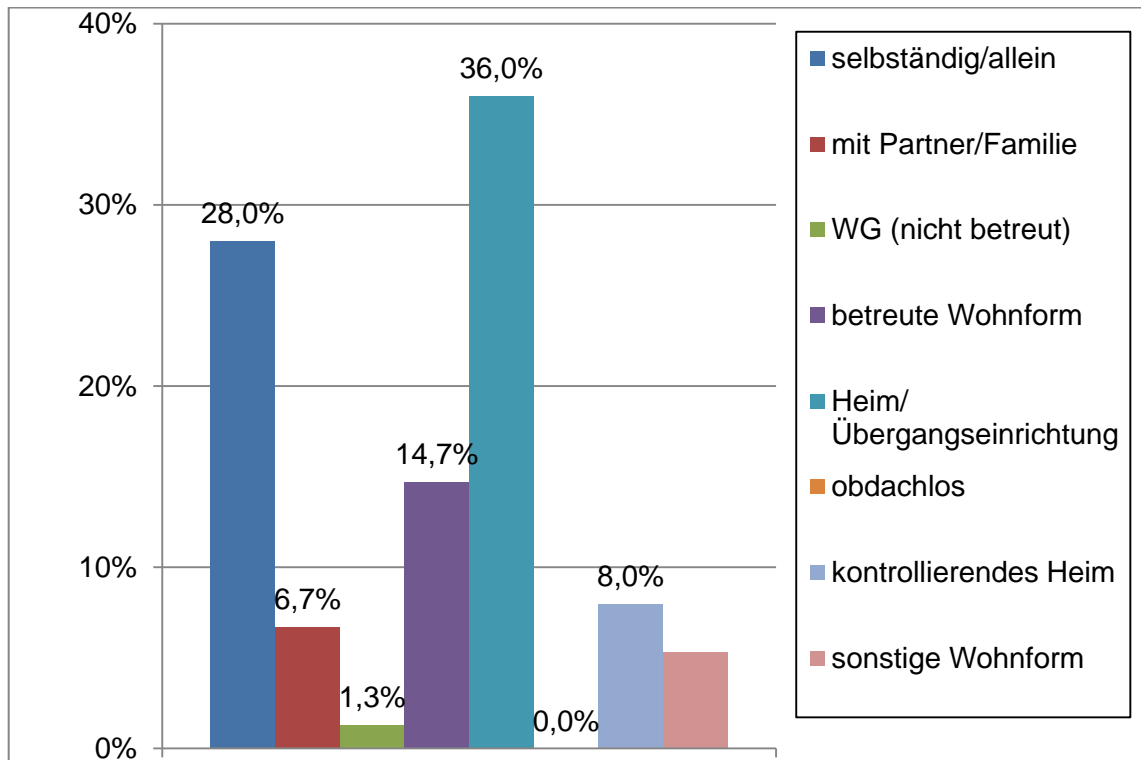


Abbildung 5.44: Wohnsituation nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 76)

Auch nach drei Jahren zeigt sich ein vergleichbares Bild. Mit inzwischen 34,6 % (n = 9) lebt ein etwas größerer Teil selbständig bzw. allein als noch nach einem Jahr. Mit Partner bzw. Familie beträgt der Anteil zu diesem Zeitpunkt 7,7 % (n = 2). Der Gesamtanteil derer, die in einem Heim leben, ist nahezu gleich geblieben (46,2 %; n = 12). Davon ist der Anteil in kontrollierenden Heimen mit 15,4 % (n = 4) doppelt so groß wie nach einem Jahr.

Um einen Zusammenhang verschiedener Variablen zu Delikten zu untersuchen, werden Deliktgruppen gebildet. Probanden, die als Anlassdelikt ein Tötungsdelikt oder eine Körperverletzung begangen haben, werden als Gewaltstraftäter klassifiziert, solche mit Sexualdelikten als Sexualstraftäter. Wenn Delikte aus beiden Bereichen vorliegen, werden die jeweiligen Probanden in die Gruppe der Sexualstraftäter eingeordnet, weil davon ausgegangen wird, dass ein sexuelles Motiv zur Begehung führend war und beispielsweise ein Tötungsdelikt der Verdeckung einer Sexualstraftat dienen sollte. In der dritten Gruppe werden die restlichen Deliktarten zusammengefasst. Am häufigsten sind dies Eigentumsdelikte wie Betrug und Diebstahl, Leistungerschleichung aber auch einige wenige Brandstiftungen und Verkehrsdelikte.

Bezogen auf diese Hauptdeliktgruppen zeigt sich, dass Sexualstraftäter nicht in Partnerschaften oder Beziehungen leben (0,0 %) und stattdessen den Hauptanteil derer darstellen, die in einem kontrollierenden Heim resozialisiert werden (83,3 %; n = 5 gegenüber 0,0 % bei Gewaltstraftätern und 4,2 %; n = 1 bei den sonstigen Straftätern).

Am häufigsten kommen Wohnungswechsel in der Straftätergruppe vor, die als Anlassdelikt keine Gewalt- oder Sexualstraftat begangen hatte (41.7 %; n = 10). In den beiden Gruppen Gewaltstraftäter und Sexualstraftäter kommt dies nur bei jedem fünften vor.

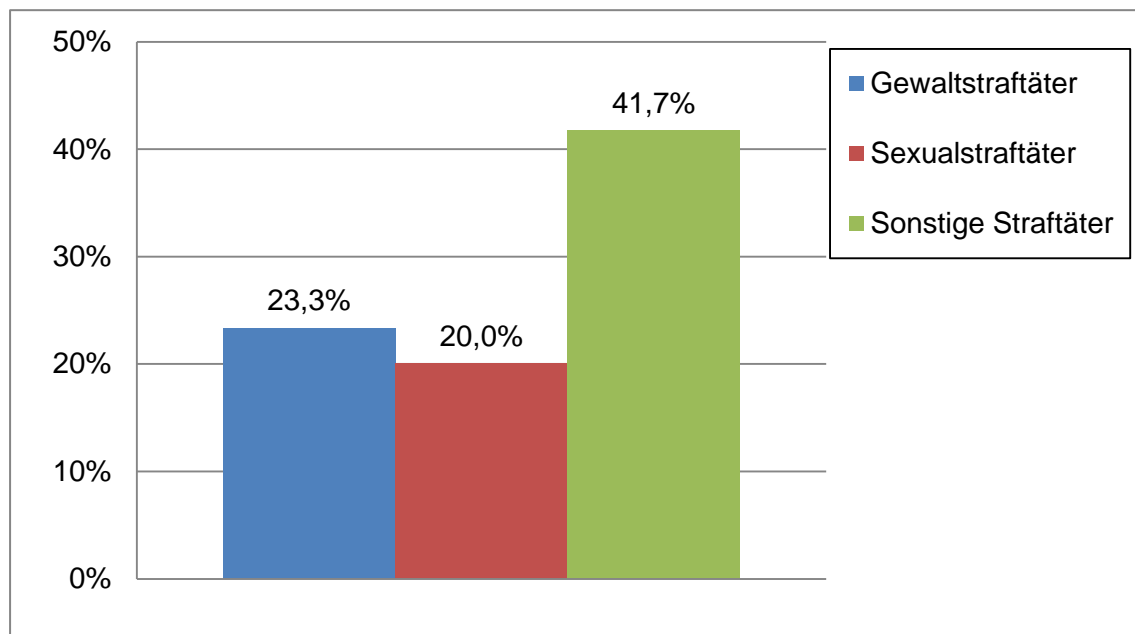


Abbildung 5.45: Wohnungswechsel innerhalb eines Jahres in den verschiedenen Delinquenzgruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 69)

## b. Berufliche Situation

Bezüglich der beruflichen Situation zeigt sich ein sehr gemischtes Bild. Der Anteil derer, die sich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis befinden, ist mit einem Sechstel sehr gering (16.4 %; n = 11; missing: 3). Nach drei Jahren ist dieser Anteil mit dann 8.3 % (n = 2) noch geringer. Nur noch jeder Zehnte arbeitet in dieser Beschäftigungsform. Ergänzt wird diese Gruppe nach einem Jahr von 8 Mini-Jobbern (11.0 %). Der größte Teil der Stichprobe findet seine Beschäftigung in einer arbeitstherapeutischen Maßnahme (23.3 %; n = 17) oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen (17.8 %; n = 13), beides zur Schaffung eines strukturierten Tagesablaufes und weniger zum selbständigen Bestreiten des Lebensunterhaltes. Mehr als jeder Zehnte (13.7 %) ist bereits berentet, arbeitslos sind dagegen ein Jahr nach Entlassung nur 6.9 %.

Nach drei Jahren zeigen sich die größten Veränderungen. Jeder Dritte (33.3 %; n = 8) arbeitet zu diesem Zeitpunkt in einer Werkstatt für behinderte Menschen, jeder Fünfte (20.8 %; n = 5) bezieht eine Rente. Arbeitstherapeutische Maßnahmen spielen dagegen kaum noch eine Rolle (4.2 %; n = 1). Sie scheinen eher als vorübergehende

Maßnahme direkt nach der Entlassung eingesetzt zu werden. Erfreulicherweise ist nach drei Jahren nur ein einziger Proband arbeitslos und das auch erst seit zwei bis drei Monaten (4.2 %).

Tabelle 5.63: Arbeitssituation nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 76)

Arbeitssituation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 73)
<b>Minijob</b>	8	11.0
<b>sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Teilzeit</b>	3	4.1
<b>sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Vollzeit</b>	9	12.3
<b>Ausbildungsverhältnis</b>	2	2.7
<b>Berentung</b>	10	13.7
<b>Arbeitstherapeutische Maßnahme</b>	17	23.3
<b>WfbM</b>	13	17.8
<b>arbeitslos sei einem Monat</b>	3	4.1
<b>arbeitslos seit 2 - 3 Monaten</b>	1	1.4
<b>arbeitslos seit 4 - 6 Monaten</b>	0	0.0
<b>arbeitslos seit 7 - 9 Monaten</b>	0	0.0
<b>arbeitslos seit über 9 Monaten</b>	1	1.4
<b>sonstiges</b>	6	8.2
<b>missing</b>	3	
<b>Gesamt</b>	76	

Wenn man die jeweilige berufliche Situation mit den Hauptdiagnosegruppen in Beziehung setzt, zeigt sich sehr deutlich, dass bei den Minderbegabten Beschäftigungen in geschützten Werkstätten für behinderte Menschen mit 70.0 % führend sind. Nur 2 Probanden (20.0 %) werden in einer arbeitstherapeutischen Maßnahme beschäftigt, eine Kombination, die häufig dann gewählt wird, wenn eine Unterbringung in einem kontrollierenden Heim stattfindet, von dem aus keine WfbM aufgesucht werden kann.

Aufgrund der niedrigen Fallzahl in der Gruppe der sexuell Gestörten nach der Hauptdiagnose kann hier keine systematische Untersuchung stattfinden. Es kann aber festgestellt werden, dass keiner der vier Probanden, für den Angaben vorliegen, einer

sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen kann. Andererseits ist auch keiner aus dieser Gruppe arbeitslos, was als Risikofaktor betrachtet werden könnte.

Obwohl die Gruppe der Persönlichkeitsgestörten mit insgesamt 13 ebenfalls zu klein für eine statistische Auswertung ist, kann hier festgestellt werden, dass einerseits vollschichtige, sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse mit 30.8 % gegenüber 12.3 % in der Gesamtgruppe überrepräsentiert sind, was Hinweise auf ein gutes Funktionsniveau im Alltag zulässt. Andererseits sind auch Arbeitslose in dieser Gruppe mit ebenfalls 30.8 % gegenüber 6.9 % in der Gesamtstichprobe besonders häufig vertreten.

In der Psychotiker-Gruppe fällt auf, dass Vollzeit-Beschäftigte mit 6.5 % (gegenüber 12.3 %) weniger häufig vorkommen. Überdurchschnittlich häufig kommen Berentungen in dieser Gruppe vor. Es sind hier 22.6 % gegenüber 13.7 % in der Gesamtstichprobe. Vermutlich konnten in dieser Teilgruppe Lösungen gefunden werden, die die wirtschaftliche Situation der jeweiligen Probanden sicherstellt, obwohl ihre Leistungsfähigkeit für eine geregelte Tätigkeit zu eingeschränkt ist. Dies schützt diese Probandengruppe vor einer Arbeitslosigkeit, ein Ziel, das teilweise auch mit Minijobs (12.9 %), arbeitstherapeutischen Maßnahmen (25.8 %) und WfbMs (12.9 %) erreicht wird.

Dieser augenscheinlich recht deutliche Unterschied kann statistisch nicht überprüft und nachgewiesen werden, weil 48 von 50 Felder (96.0 %) eine erwartete Häufigkeit unter 5 haben. Laut Bortz (2005) können nur 20.0 % solcher Felder akzeptiert werden.

*Tabelle 5.64:* Kreuztabelle zur Arbeitssituation nach einem Jahr nach Diagnosegruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 76; missing: 3), Prozentuale Anteile in Klammern

Berufliche Stellung	F20 Schizophrenie, wahnhaft e Störungen	F60 Persönlichkeitsst. ohne sexuelle Stör.	F65 sexuelle Störungen	F70 Minderbegabung	sonstige	Gesamt
<b>Minijob</b>	4 (12.9)	2 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (13.3)	8 (11.0)
<b>sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Teilzeit</b>	2 (6.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.7)	3 (4.1)
<b>sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Vollzeit</b>	2 (6.5)	4 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (20.0)	9 (12.3)
<b>Ausbildungsverhältnis</b>	1 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.7)	2 (2.7)

<b>Berentung</b>	7 (22.6)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	2 (13.3)	10 (13.7)
<b>Arbeitstherapeu- tische Maßnahme</b>	8 (25.8)	2 (15.4)	2 (50.0)	2 (20.0)	3 (20.0)	17 (23.3)
<b>WfbM</b>	4 (12.9)	0 (0.0)	1 (25.0)	7 (70.0)	1 (6.7)	13 (17.8)
<b>arbeitslos sei ei- nem Monat</b>	1 (3.2)	2 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.1)
<b>arbeitslos seit 2 - 3 Monaten</b>	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
<b>arbeitslos seit 4 - 6 Monaten</b>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>arbeitslos seit 7 - 9 Monaten</b>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>arbeitslos seit über 9 Monaten</b>	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
<b>sonstiges</b>	2 (6.5)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (10.0)	2 (13.3)	6 (8.2)
<b>Gesamt</b>	31 (100.0)	13 (100.0)	4 (100.0)	10 (100.0)	15 (100.0)	73 (100.0)

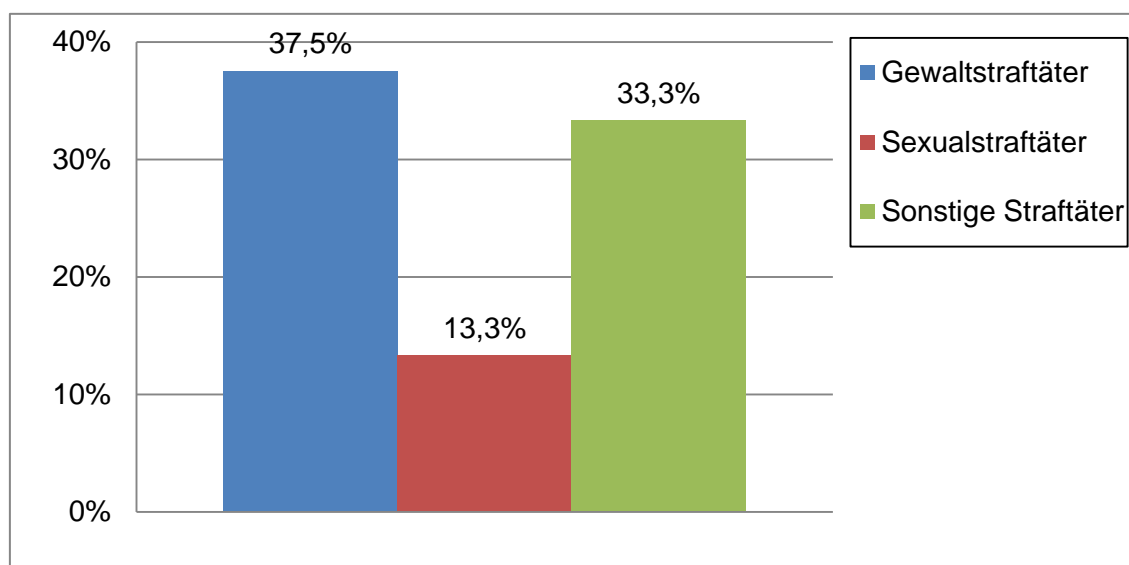
Es handelt sich bei weniger als drei Viertel der Probanden (70.6 %; n = 48; missing: 8) um die gleiche Arbeitsstelle, die sie auch bereits zum Entlassungszeitpunkt inne hatten. Bei den Patienten, die die Arbeitsform gewechselt haben, lässt sich keine Systematik erkennen. Es gibt Probanden, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, sowohl weil der Arbeitgeber nicht mit ihrer Leistung zufrieden war, aber auch aufgrund einer ungünstigen Arbeitsmarktsituation. Bei einzelnen Probanden wurden auch therapeutische Maßnahmen beendet, anderen dagegen gelang es, von geförderten Arbeitsplätzen auf solche am freien Arbeitsmarkt zu wechseln.

Zwischen einem und drei Jahren nach der Entlassung wechselt ein nochmal so großer Anteil die Arbeitsstelle (28.0 %; n = 7).

Bezogen auf die jeweilige Diagnosegruppe zeigen sich vor allem zwei Auffälligkeiten. Während 100.0 % der Minderbegabten dieselbe Stellung haben wie bei ihrer Entlassung (meist WfbM), hat bei allen 4 der allerdings sehr kleinen Gruppe der sexuell gestörten Probanden ein Wechsel der Arbeitsstelle stattgefunden. Signifikant kann dieser Unterschied aufgrund der zu geringen Zellenbesetzungen nicht nachgewiesen werden.

Interessanterweise zeigt sich bei differenzierter Betrachtung der Hauptdeliktgruppen ein etwas anderes Ergebnis. Bei über einem Drittel der Gewaltstraftäter (37.5 %; n = 9) hat bereits im ersten Jahr nach ihrer Entlassung aus der Klinik ein Wechsel des Arbeitsplatzes stattgefunden. Während der Anteil der Wechsel in der Gruppe ohne Gewalt- und Sexualdelikte annähernd gleich hoch ist, trifft dies bei Sexualstraftätern deutlich weniger zu (13.3 %; n = 2). Dieser Unterschied ist im Chi-Quadrat-Test nach Pearson nicht signifikant.

Abbildung 5.46: Arbeitsplatzwechsel innerhalb eines Jahres in den verschiedenen Delinquenzgruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 63)



Probanden wurden zu diesem Zeitpunkt auch gefragt, ob sie ihre finanzielle Situation als gesichert einschätzen. Wie sich aus der Beschreibung der beruflichen Situation ergibt, gelingt es dem größten Teil in der § 63-Stichprobe kaum, den eigenen Lebensunterhalt durch die Arbeitstätigkeit zu bestreiten. Umso wichtiger ist für diese Gruppe zum einen die Herstellung einer geregelten Tagesstruktur, aber auch die anderweitige Absicherung des finanziellen Einkommens. Immerhin geben 69 (94.5 %; missing: 3) an, dass dieses Ziel erreicht ist, was im Vergleich zur Aufnahmesituation durchaus als Erfolg der Behandlung gewertet werden kann. Auch drei Jahre nach der Entlassung kann dieses Ziel als gut erreicht gelten (91.7 %; n = 22).

Das Einkommen setzt sich dabei unterschiedlich aus Arbeitslohn (13.7 %; n = 10; missing: 3), aus Lohnersatzleistungen (8.2 %; n = 6), Sozialhilfe/Grundsicherung (20.5 %; n = 15) und bei 8 (11.0 %) aus Rente zusammen. Bei fast der Hälfte (46.5 %; n = 34) wird eine Mischform aus verschiedenen dieser Einkommensarten angenommen. Auch nach drei Jahren bestreitet der Großteil sein Einkommen aus einer Mischform (46.2 %; n = 12).

### c. Familiäre Situation

Was den Familienstand betrifft, wird in der Befragung vor allem auf eine Änderung seit der Entlassung geachtet. Innerhalb eines Jahres findet hier beim Großteil von 93.1 % (n = 67; missing: 4) keine Veränderung statt. Die Veränderung ist nur gering und weist nicht systematisch in die Richtung einer deutlicheren sozialen Stabilisierung. Es ergeben sich aber auch keine Anzeichen für eine Ausweitung einer isolierten sozialen Situation. Weiterhin lebt der deutlich größere Anteil alleinstehend oder geschieden bzw. getrennt (insgesamt: 80.6 %; n = 58). Persönlichkeitsgestörte gehen mit 30.8 % (n = 4) häufiger eine feste Partnerschaft ein, während Psychotiker mit 75.0 % (n = 24) und Minderbegabte mit 88.9 % (n = 8) am häufigsten alleinstehend sind. Auch in den folgenden zwei Jahren ändert nur ein Proband seinen Familienstand (3.8 %).

Tabelle 5.65: Familienstand ein Jahr nach Entlassung, § 63 StGB-Patienten (n = 76)

Familienstand	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 72)
alleinstehend	48	66.7
geschieden/getrennt lebend	10	13.9
verwitwet	1	1.4
feste Partnerschaft/eheähnliche Gemeinschaft	9	12.5
verheiratet	4	5.6
missing	4	
Gesamt	76	100.0

#### **d. Zusammenfassung der sozialen Situation**

In der § 63-Stichprobe liegt auch ein Jahr nach ihrer Entlassung noch ein hoher Betreuungsgrad in ihrer Wohnform vor. Deutlich über die Hälfte wohnt nicht selbständig oder selbständig mit einem Partner. Als selbständigste Gruppe zeigen sich die persönlichkeitsgestörten Probanden. Die Deliktgruppe, die am häufigsten in kontrollierenden Heimen untergebracht wird, sind Sexualdelinquenten. Es finden häufig Wohnungs- oder Heimwechsel statt, insgesamt jeder Dritte hat in der Zwischenzeit gewechselt.

Auch im beruflichen Bereich bildet sich der weiterhin notwendige, aber auch sicher gestellte Betreuungsaufwand ab. Nur jeder Sechste geht einer „normalen“ sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nach. Nach einem Jahr befinden sich noch viele Entlassene in einer arbeitstherapeutischen Maßnahme, was nach drei Jahren kaum noch der Fall ist. Häufig gehen die Menschen einer Tätigkeit in einer Werkstätte für behinderte Menschen nach, vor allem intelligenzgeminderte Probanden, oder sind aufgrund ihrer psychischen Erkrankung berentet. Eine für viele kritische Arbeitslosigkeit kann meist vermieden oder zeitlich begrenzt werden. Persönlichkeitsgestörte sind am häufigsten von Arbeitslosigkeit betroffen. Andererseits machen in dieser Gruppe auch sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse einen relativ großen Anteil aus.

#### **5.3.1.2 Psychopathologischer Verlauf nach Entlassung**

##### **a. Suchtverlauf**

Auch bei den psychisch gestörten Patienten, die nicht nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt, sondern nach § 63 in einer Psychiatrie untergebracht wurden, wurden außer anderen Parametern solche zum Suchtverlauf erhoben. Hierzu liegen von 39 Probanden Angaben vor, bei 36 wurde von den Interviewern dieses Item als nicht zutreffend gewertet, weil keine Suchterkrankung vorliegt. Von den 39 Probanden sind nach eigenen Angaben gut die Hälfte abstinent (51.3 %; n = 20) und ein Fünftel abstinent nach einem Rückfall (20.5 %; n = 8). Während 10 weitere Probanden unregelmäßigen Konsum (25.6 %) angeben, konsumiert ein Patient regelmäßig (2.6 %). Im Gegensatz zur Stichprobe der § 64-Patienten haben aber nicht alle Probanden aus der vorliegenden Stichprobe ein Suchtproblem und haben dementsprechend weder in ihrer Therapie einen Verzicht besprochen (i. d. R. auf Alkohol) noch eine derartige Weisung erhalten.

Aufgrund der niedrigen Zellenbesetzung ist eine Auswertung dieses Kriteriums nach den Hauptdiagnosen nicht möglich. Bei Betrachtung der beiden größten Diagnose-



gruppen, zu denen zum Suchtverlauf bei § 63-Patienten Angaben gemacht wurden, ist der Anteil der vollständig Abstinente bei den Psychotikern mit über 50 % am größten. Bei den Persönlichkeitsgestörten liegt er etwas über 40 %.

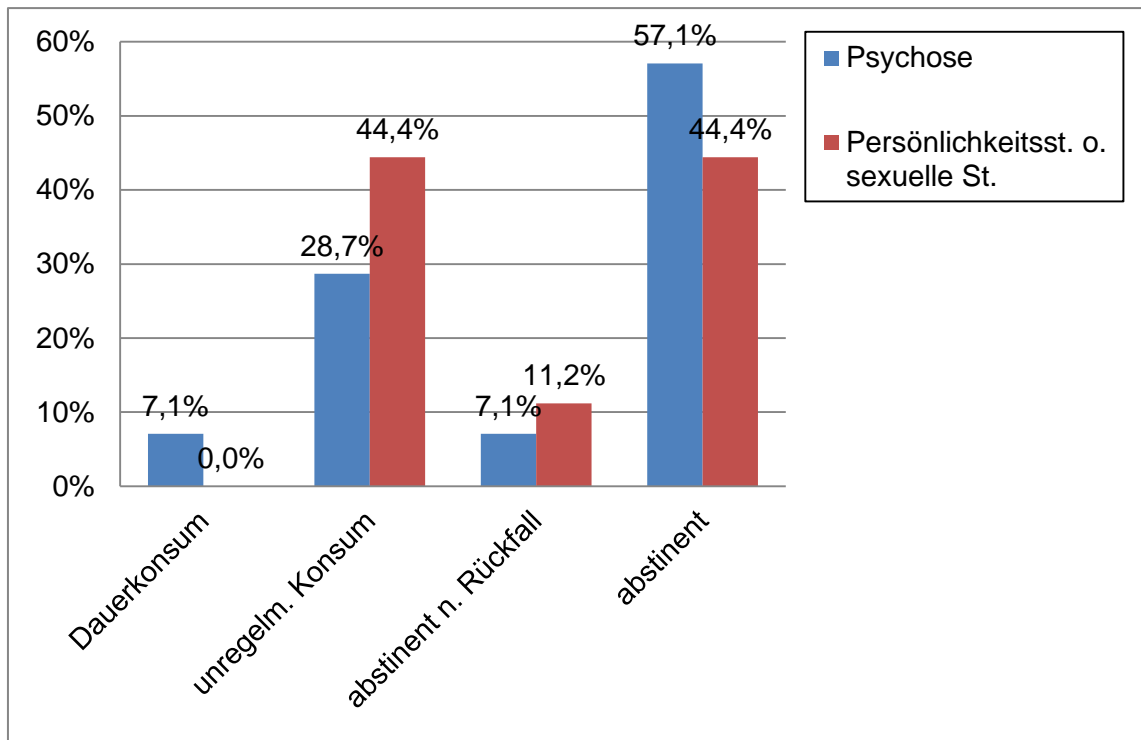


Abbildung 5.47: Suchtverlauf nach Hauptdiagnosegruppen Psychose und Persönlichkeitsstörungen (ohne sexuelle Störungen), § 63 StGB-Patienten (n = 23)

Die Abstinenzraten bleiben auch in den folgenden beiden Jahren stabil, soweit dies im Rahmen der begrenzten Datenmenge interpretierbar ist. Es liegen Angaben von 11 Probanden vor, wobei für diese Frage kein befragter Proband eine Antwort verweigerte. Die restlichen Probanden wurden nicht befragt, weil der jeweilige Interviewer davon ausging, dass die Frage beim Teilnehmer nicht relevant war, in der Regel weil keine Suchterkrankung vorliegt. Von den 11 gibt einer an, dauerhaft zu konsumieren (9.1 %), zwei weitere beschreiben unregelmäßigen Konsum (18.2 %).

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass nahezu drei Viertel der suchtrückfälligen Probanden bereits im ersten halben Jahr nach ihrer Entlassung wieder konsumiert haben. Es handelt sich in dieser Stichprobe überwiegend um Alkoholorückfälle (80.0 %; n = 16), weniger um Drogen (10.0 %; n = 2) oder multiplen Konsum (10.0 %; n = 2). Von den 19 Probanden, von denen Angaben zum Vergleich des aktuellen Konsums mit dem vor der forensischen Behandlung gemacht wurden, geben 9 (47.4 %) keine Veränderung an, 10 (52.6 %) eine quantitative oder qualitative Verengung des Konsummusters, z. B. bezogen auf die Menge oder von Drogen zu Alkohol. Keiner der befragten Probanden beschreibt eine Ausweitung des Konsummusters. Auch diese Beobachtung ist über

einen längeren Zeitraum gültig, wie die Auswertung drei Jahre nach der Entlassung zeigt. Lediglich ein Proband gibt zu diesem Zeitpunkt eine qualitative oder quantitative Ausweitung des Konsums an (12.5 %).

Zur Situation, in welcher ein Rückfall auftritt, halten sich die Angaben in etwa die Waage, ob in Gesellschaft anderer Menschen oder alleine. Diese Verteilung zeigt sich drei Jahre nach der Entlassung etwas verändert. Der Anteil von Rückfallsituationen, die alleine stattfinden, ist nun mit drei Viertel höher (71.4 %). Möglicherweise spielt Vereinsamung nach einem längeren Zeitverlauf eine größere Rolle.

Zu spezifischen Rückfallauslösern wird von den Patienten am häufigsten angegeben, dass eine (emotional) belastende Situation zum erneuten Konsum geführt habe (42.1 %; n = 8), gefolgt von Leichtsinn und Überschätzung mit 21.1 % (n = 4). Weniger häufig wird sozialer Druck (15.8 %; n = 3), eine Feier (10.5 %; n = 2) oder überhaupt kein spezifischer Auslöser (10.5 %; n = 2) angegeben.

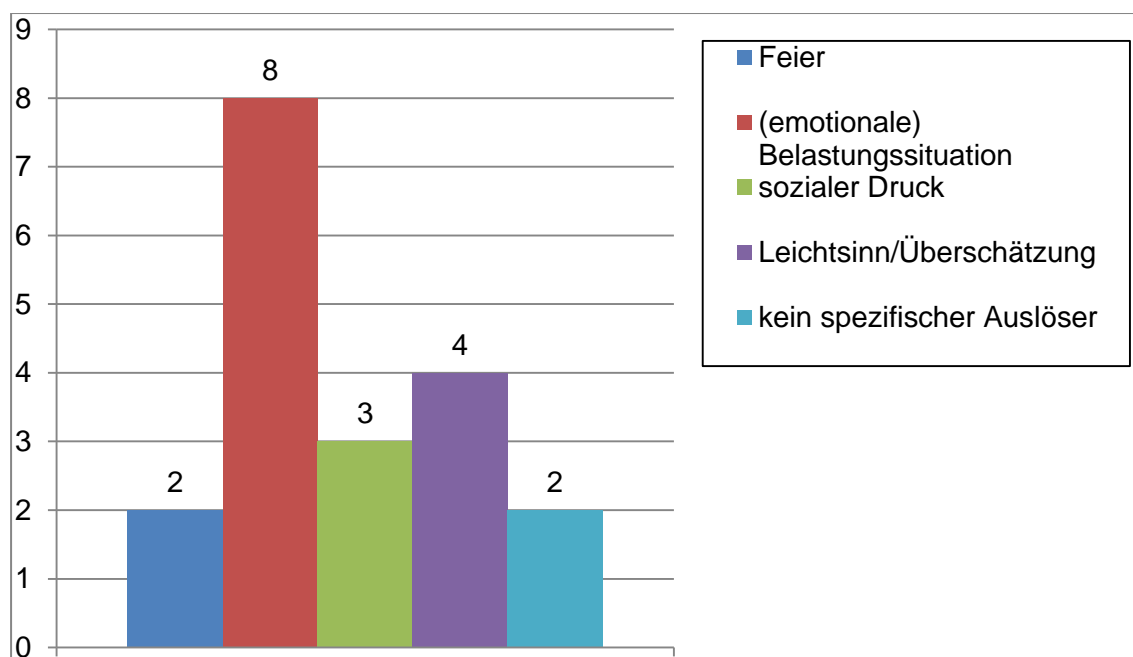


Abbildung 5.48: Rückfallauslöser, § 63 StGB-Patienten (n = 19)

Die Hälfte der Rückfälligen hat nach einem Rückfall keine Eigeninitiative ergriffen, professionelle Hilfe oder auch anderweitig Unterstützung einzuholen. Dies ist insbesondere deshalb bemerkenswert, weil dies häufig ein entscheidender Punkt im Rückfallvermeidungsplan ist, den Patienten im Rahmen ihrer Suchttherapie erarbeiten. Viele Patienten versichern bei Rückfragen durch Therapeuten vor ihrer Entlassung zudem, dass es das wichtigste sei, was sie in ihrer Therapie gelernt hätten. Immerhin 8 der 19 Rückfälligen (42.1 %) nehmen professionelle Hilfe in Anspruch und 2 weitere (10.5 %) ge-

ben an, eine Mischform von Hilfestellungen nachgefragt zu haben, z. B. Selbsthilfegruppen oder Angehörige.

## **b. Verlauf der psychischen Erkrankung**

Probanden aus dem § 63-Bereich werden gefragt, wie sich ihre psychiatrische Erkrankung seit der Entlassung verändert habe. 41 Probanden haben bei dieser Frage eine Angabe gemacht. Der größte Teil von 24 (53.7 %) beschreibt einen stabilen Zustand, während weitere 13 Probanden (31.7 %) sogar eine Verbesserung gegenüber dem Zustand zum Entlassungszeitpunkt angeben. Die restlichen 14.6 % (n = 6) vermerken an, dass sich ihr Zustand demgegenüber verschlechtert habe. Auch in den folgenden zwei Jahren zeigen sich kaum Verschlechterungen (8.0 %; n = 2) und größtenteils stabile Zustände (76.0 %; n = 19). Bei vier Probanden (16.0 %) wird von einer weiteren Verbesserung oder einem wieder verbesserten Zustand ausgegangen.

Bei einer Betrachtung getrennt nach Diagnosen ergeben sich sehr geringe Zellenbesetzungen. Während sich die Anteile der Probanden, die ihren psychischen Zustand als stabil beschreiben, kaum unterscheiden, schätzen Psychotiker häufig ihren eigenen Zustand als gebessert ein (31.8 % gegenüber 14.3 %), während das bei Persönlichkeitsgestörten eher für Verschlechterungen (28.6 % gegenüber 13.6 %) der Fall ist.

In den verschiedenen Delinquenzgruppen zeigen sich beim psychopathologischen Zustandsbild die wenigsten Verschlechterungen bei Gewalt- und Sexualstraftätern mit jeweils einem Probanden. Das entspricht in der Gruppe der Sexualstraftäter 14.2 %, bei den Gewaltstraftätern 5.9 %. Mit 20.0 % (n = 5) ist dieser Anteil in der Gruppe ohne Sexual-und Gewaltstraftaten am höchsten.

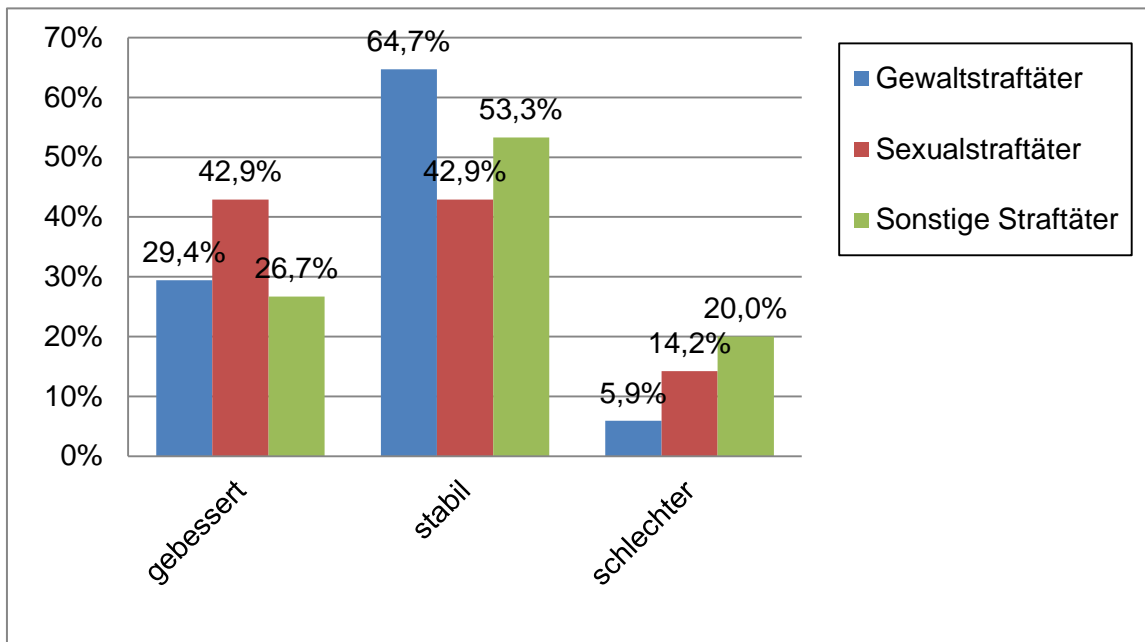


Abbildung 5.49: Einschätzung der psychiatrischen Erkrankung nach einem Jahr in den verschiedenen Delinquenzgruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 39)

71.2 % (n = 52; missing: 2) nehmen regelmäßig Medikamente gegen die psychiatrische Erkrankung. Drei Jahre nach der Entlassung ergibt sich mit 83.3 % (n = 20) ein vergleichbarer oder sogar noch etwas größerer Anteil. Der deutlich größte Anteil mit 82.7 % (n = 43) von diesen nimmt Neuroleptika ein, Medikamente die üblicherweise antipsychotisch wirken und dementsprechend bei psychotischen Erkrankungen eingesetzt werden (80.0 %; n = 16 nach drei Jahren). Genau ein Viertel der Probanden, nämlich 13, nehmen zudem oder ausschließlich Antidepressiva. Wie der Name bereits impliziert, wirken diese in erster Linie antidepressiv, werden aber bei forensischen Patienten auch in Einzelfällen triebdämpfend bei sexuellen Störungen oder auch zur Impulskontrolle bei aggressiven Patienten eingesetzt. Sehr gut nachvollziehbar ist das Ergebnis, dass der Anteil der medizierten Patienten bei den Psychotikern auch nach einem Jahr mit 96.8 % (n = 30) am höchsten ist. Bei den Persönlichkeitsgestörten liegt der Anteil etwas unter der Hälfte (46.2 %; n = 6), bei den Minderbegabten etwas darüber (55.6 %; n = 5).

Ebenfalls aus gut nachvollziehbaren Gründen sind bei den psychotischen Patienten die Neuroleptika deutlich führend, bei allen anderen sind dies eher die Antidepressiva, in der Regel wegen der oben beschriebenen triebdämpfenden und anti-aggressiven Einsatzmöglichkeiten.

Interessant ist der Blick darauf, wie sich die Medikation seit der Entlassung verändert. Bei gut der Hälfte entspricht sie genau der, die auch zum Entlasszeitpunkt verordnet worden war (53.2 %; n = 25; missing: 6). Während bei 14.9 % (n = 7) die Dosis

sogar erhöht wurde, fand bei 11 Probanden (23.4 %) eine Reduktion statt bzw. wurden bei 4 (8.5 %) die Medikamente ganz abgesetzt. Dies kann einerseits als positives Zeichen gewertet werden, wenn das stabile psychopathologische Zustandsbild eines Patienten das zulässt. Die praktische Erfahrung zeigt aber auch, dass es häufig eine Diskrepanz bei der Einschätzung bzw. bei Verordnungen zwischen forensischem Personal und niedergelassenen Psychiatern gibt. Manchmal ist es für niedergelassene Psychiater schwieriger, dem teilweise heftigen Drängen von Probanden nach Absetzen von Medikamenten zu widerstehen, was im stationären Setting in der Regel leichter gelingt. Zudem führt die Einschätzung durch die intensivere Beobachtungsmöglichkeit in diesem Setting häufig auch zu einer besseren bzw. kritischeren Einschätzung.

Anteilmäßig werden bei Psychotikern im Vergleich zu anderen Gruppen die Medikamente so gut wie nie abgesetzt (3.7 %;  $n = 1$ ), dafür aber häufiger reduziert (29.6 %;  $n = 8$ ). Auch Erhöhungen der Medikamentenmenge können bei Psychotikern im Jahr nach der Entlassung beobachtet werden (14.8 %;  $n = 4$ ), bei Persönlichkeitsgestörten hingegen nicht. In Abhängigkeit von der jeweiligen Delinquenzgruppe können keine systematischen Unterschiede beobachtet werden.

Eine weiteres Kriterium, das eine Aussage über die psychopathologische Entwicklung der Probanden im poststationären Verlauf zulässt, ist, ob erneut stationär-psychiatrische Behandlungen stattgefunden haben. Es liegen die Angaben von 73 (missing: 3) Probanden vor. Ein Viertel (27.4 %;  $n = 20$ ) berichtet davon, mindestens einmal im weiteren Verlauf stationär behandelt worden zu sein. 15 (75.0 %) dieser 20 nachbehandelten Patienten sind nach ihren eigenen Angaben in allgemeinpsychiatrischen Stationen behandelt worden, seit der neu geschaffenen Möglichkeit einer forensischen Krisenintervention nach § 67 h StGB auch in forensischen Stationen. Das restliche Viertel dieses Klientels ( $n = 5$ ) ist zur Entgiftung oder Entwöhnung auf Suchtstationen behandelt worden. Der größere Teil wurde aufgrund eigener Entscheidung freiwillig stationär behandelt (75.0 %;  $n = 15$ ), 5 Probanden wurden gegen ihren Willen wieder aufgenommen (25.0 %). Im weiteren Zeitverlauf bis zu drei Jahre nach der Entlassung wurden 32.0 % ( $n = 8$ ) erneut stationär behandelt, ebenfalls überwiegend in einer allgemein-psychiatrischen Einrichtung. Die Freiwilligkeit ist in diesem weiteren Verlauf mit zwei Dritteln etwas niedriger (66.7 %;  $n = 6$ ).

Bei getrennter Betrachtung nach den jeweiligen Hauptdiagnosegruppen zeigen sich deutliche Unterschiede. Bei den Persönlichkeitsgestörten müssen innerhalb eines Jahres nach ihrer Entlassung mit 58.3 % ( $n = 7$ ) am meisten Probanden erneut stationär in der Psychiatrie behandelt werden. Bei den schizophrenen Probanden sind es mit gut einem Viertel (28.1 %;  $n = 9$ ) deutlich weniger. Noch niedriger liegt der Anteil bei den Minderbegabten, wo einer von insgesamt 9 (11.1 %) wiederbehandelt wird; bei den

sexuell Gestörten muss aus der kleinen Gruppe von 4 Probanden keiner erneut stationär behandelt werden. Das Ergebnis dieser Unterschiede ist weder bei Berechnung aller Gruppen noch bei den beiden Gruppen mit der besten Zellenbesetzung Psychose und Persönlichkeitsstörung signifikant.

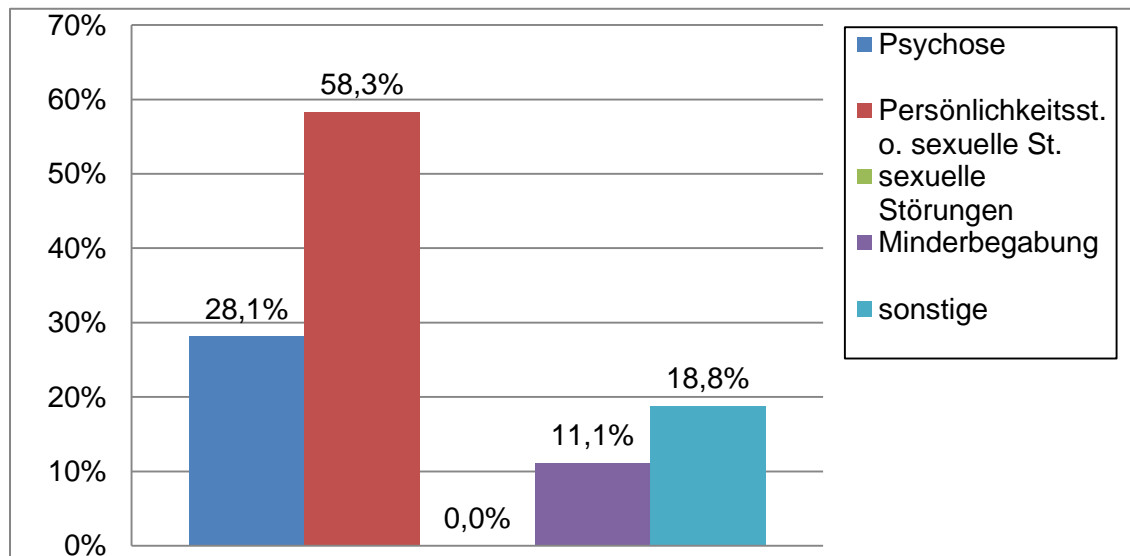


Abbildung 5.50: Stationär-psychiatrische Behandlungen innerhalb eines Jahres nach Hauptdiagnosegruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 73)

Erneute ambulante Behandlungen spielen mit 34.8 % (n = 24; missing: 7) eine noch größere Rolle. 45 (65.2 %) werden im Einjahres-Zeitraum nicht ambulant behandelt. Auch hier hat sich der Hauptteil freiwillig in Behandlung begeben (89.5 %; n = 17 gegenüber 10.5 %; n = 2; missing: 6). Nach drei Jahren sind es sogar 100.0 % (n = 8), die sich freiwillig ambulant behandeln lassen. Die Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich bei den erneuten ambulanten Behandlungen nicht deutlich. Der Anteil bei den Minderbegabten ist mit über der Hälfte (55.6 %; n = 5) insgesamt etwas höher als bei den anderen Gruppen mit jeweils etwa einem Drittel.

Abgesehen von diesen ambulanten Behandlungen, die in der Regel bei Krisen oder zumindest Verschlechterungen des psychischen Zustandes stattfinden, wird in vielen Fällen bereits bei der Entlassung eine ambulante Nachsorge geplant oder begonnen, um den Übertrag des Therapieerfolges in den nachstationären Zeitraum zu übertragen. Während das in der Regensburger und Parsberger Klinik seit Schaffung der Forensisch-Psychiatrischen Ambulanz im Jahre 2009 regelmäßig der Fall ist, war das für das gesamte forensische Klientel zuvor zwar erwünscht, konnte aber aufgrund mangelnder Ressourcen häufig nicht sichergestellt werden. Für vorher nach § 63 untergebrachte Patienten gelang dies aber vergleichsweise gut. In der vorliegenden Befragung gaben immerhin 44 (58.7 %) an, regelmäßig, d. h. mindestens einmal im Monat eine forensisch ambulante Nachsorge in Anspruch zu nehmen. Nach drei Jahren sind es 11

(42.3 %), die regelmäßig eine ambulante Nachsorgebehandlung in Anspruch nehmen. Bei weiteren 4 Probanden (5.3 %) findet eine Nachsorge zumindest unregelmäßig bzw. seltener statt. Mit 36.0 % befindet sich etwas mehr als ein Drittel der vorliegenden Stichprobe nicht in ambulanter Nachsorge, weil es nicht als notwendig erachtet wird oder weil sich mit den vorhandenen Gegebenheiten keine Strukturen schaffen lassen.

Der Hauptanteil der ambulanten Nachsorge findet in der eigenen Klinik im Rahmen der Institutsambulanz statt (84.8 %; n = 39). An zweiter Stelle liegt hier mit einem deutlich geringeren Anteil von 13.0 % (n = 6) die Nachsorge bei einem niedergelassenen Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten. Während Minderbegabte und sexuell Gestörte jeweils komplett in der Institutsambulanz nachversorgt werden, ist der Anteil bei den Persönlichkeitsgestörten (90.0 %; n = 9) und bei Psychotikern (81.8 %; n = 18) geringer.

### **c. Zusammenfassung zum psychopathologischen Verlauf**

Bei den Probanden, die nach § 63 in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden, stehen psychische Erkrankungen im Vordergrund. Es liegen dabei aber häufig Doppeldiagnosen vor, wobei Suchtdiagnosen als Zweitdiagnosen die wichtigste Rolle spielen. Insgesamt sind es in etwa drei Viertel dieser Probanden, die in der Folgezeit ihrer Therapie abstinent sein können oder nach einem Rückfall diesen Zustand wieder erreichen. Auch in den folgenden zwei Jahren bleibt dieser Verlauf insgesamt recht stabil. Psychotikern gelingt das insgesamt besser als den Persönlichkeitsgestörten. Es fällt besonders auf, dass die meisten Rückfälle bereits sehr früh nach der Entlassung stattfinden. Probanden, denen Rückfallfreiheit nicht gelingt, erreichen meist eine deutliche Einschränkung im Konsummuster. Problematisch scheint insbesondere auch im längeren Verlauf eine gewisse Vereinsamung der Probanden zu sein, die zu Rückfällen führt. Zudem werden diese Rückfälle am häufigsten von emotionalen Belastungssituationen ausgelöst.

Was den Verlauf des psychischen Zustandes betrifft, geben nur wenige Probanden eine Verschlechterung an. Während der deutlich größte Anteil hier von Stabilität ausgeht, beschreibt eine große Gruppe auch eine Verbesserung. Dies trifft gerade auch für die Psychotiker-Gruppe zu. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die Medikation in etwa bei jedem zweiten Probanden auch nach der Entlassung konstant gehalten wird. Bei jedem Dritten aber wird die Medikation reduziert bzw. ganz abgesetzt, was zum einen für ein verbessertes psychiatrisches Zustandsbild sprechen kann, zum anderen aber auch den gelungenen Versuch von Probanden abbilden kann, ihre Medikamente abzusetzen, obwohl möglicherweise weiterhin eine Notwendigkeit bestünde.

Ungefähr jeder vierte Proband wird im Jahr nach der Entlassung stationär psychiatrisch behandelt, in den beiden folgenden Jahren ist dies bei jedem Dritten der Fall. Am gefährdetsten sind Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung. Erneute ambulante Behandlungen finden noch etwas häufiger statt. Eine immer wichtiger werdende Rolle spielen forensische Nachsorgeangebote, inzwischen fast immer in der forensisch-psychiatrischen Ambulanz.

### **5.3.1.3 Prädiktoren für den psychopathologischen Verlauf nach der Entlassung**

Das Alter bei Aufnahme spielt insofern für den psychopathologischen Verlauf eine Rolle, dass alle drei Probanden, die bei Aufnahme zwischen 18 und 21 Jahren alt waren, ein Jahr nach Entlassung gebessert waren. Zumindest teilweise Verschlechterungen gab es in der Patientengruppe mit mittlerem Aufnahmealter zwischen 22 und 30, in höheren Altersgruppen zwischen Aufnahmealter 31 und 40 gab es keine Verschlechterungen. Am ungünstigsten scheint hier tendenziell das mittlere Aufnahmealter, was sich aufgrund der niedrigen Zellenbesetzung statistisch nicht absichern lässt.

Aufgrund der noch niedrigen Zahlen ergibt sich noch keine Interpretation bezüglich des primären Tatmotivs. Bei der Beziehung zum Tatopfer zeigt sich aber zumindest tendenziell, dass es Verschlechterungen nur dann gibt, wenn das Opfer anonym oder maximal bekannt war, nicht aber wenn es ein Partner oder ein anderes Mitglied der engeren Familie war.

Während in vorliegender Stichprobe grundsätzlich alle Probanden Weisungen haben, unterscheidet sich die Art der Weisungen. Wenn diese auf den psychischen Zustand ein Jahr nach Entlassung bezogen werden, zeigt sich, dass sich tendenziell mehr gebesserte Zustände in der Gruppe zeigen, die Abstinenz als Weisung erhalten hatte. Dies trifft etwas weniger ausgeprägt auch auf die Weisung eines regelmäßigen Drogenscreenings (auch bezüglich Alkoholparametern) zu. Deutlich mehr gebesserte Zustände zeigen sich bei der Weisung, sich dauerhaft in einer komplementären Einrichtung aufzuhalten, was sicher mit den dortigen engeren Unterstützungsmaßnahmen zusammenhängt. Es gibt tendenziell deutlich mehr Verschlechterungen des psychischen Zustandes, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung eine Meldung von Wohnsitz-/Arbeitsplatzwechsel als Weisung nicht vereinbart worden war. Einige weitere Weisungen, die sich möglicherweise auch günstig auf den weiteren psychischen Verlauf auswirken, konnten deshalb nicht überprüft werden, weil die Ausprägungen zu ungleichmäßig verteilt sind. So wird z. B. nahezu jedem Probanden ein Bewährungshelfer zugewiesen. Somit kann kein Unterschied zwischen den zwei Gruppen mit oder ohne dieser Weisung ermittelt werden. Bei anderen Weisungen sind wieder andere Variablen kon-



fundiert, was die Interpretation ebenfalls erschwert. Medikamenteneinnahme wird dann als Weisung erteilt, wenn eine Erkrankung vorliegt, die das Einnehmen von Medikamenten erforderlich macht.

Probanden, die einen gesetzlichen Betreuer haben, geben weniger häufig einen verschlechterten psychischen Zustand an. Bei Probanden, die vor dem Anlassdelikt nicht mit Straftaten in Erscheinung getreten waren, gab es innerhalb eines Jahres nach Entlassung keine Verschlechterung des psychischen Zustandes, in der anderen Gruppe tendenziell mehr. Innerhalb der Vorbestraften waren Körperverletzungsdelikte prädiktiv eher günstig zum Schutz vor Verschlechterungen des psychischen Zustandes. Mehr Verschlechterungen gab es dagegen, wenn eine Betrugs-/Diebstahlsvorstrafe vorlag. Die meisten psychisch gebesserten Zustände gab es bei Probanden, die mit Sexualdelikten vorbestraft waren. Was die Anzahl der eingetragenen Vorstrafen betrifft, zeigten sich interessanterweise am häufigsten Verschlechterungen in der Gruppe mit einer bis zu fünf Eintragungen. Weiterhin zeigt sich, dass Verschlechterungen in der Gruppe derer, die zwischen 21 und 30 Jahren ihre erste Straftat begangen haben, den höchsten Stand haben.

Bezüglich ihrer Hafterfahrung treten negative poststationäre Verläufe bei den Probanden auf, die bisher nie in Haft waren oder die insgesamt höchstens auf eine Haftdauer von einem halben Jahr kommen. Sehr positive Verläufe wiederum werden eher bei relativ lange haft-sozialisierten Probanden beobachtet. Möglicherweise lässt dies darauf schließen, dass bei Probanden mit langer Hafterfahrung Delinquenz und Kriminalität im Vordergrund steht und eine psychische Erkrankung möglicherweise weniger ausgeprägt ist. Somit treten in dieser Gruppe Probleme mit einer psychischen Erkrankung im poststationären Verlauf auch seltener auf.

Da in der Gruppe der § 63-Patienten die meisten Probanden aus Deutschland stammen, ist die Restgruppe sehr klein. Trotzdem kann bei den Probanden, die aus den ehemaligen GUS-Staaten stammen, tendenziell festgestellt werden, dass der Anteil für Verschlechterungen im poststationären Verlauf deutlich erhöht ist, möglicherweise weil dieser Belastungsfaktor auch in diesem Zeitraum weiter Wirkung zeigt.

Bei Belastungen in der Kindheit, ein Aspekt für den bisher nur wenig Daten vorliegen, weil er erst im Jahr 2006 in den Fragebogen einbezogen wurde, werden Verschlechterungen des psychischen Zustandes im Jahr nach der Entlassung tendenziell nur bei Probanden angegeben, die unter solchen Belastungen zu leiden hatten. Hier ist vor allem Scheidung, Sucht und Gewalttätigkeit der Eltern zu nennen. Dies trifft auch für Auffälligkeiten in der Kindheit zu, die tendenziell dazu beizutragen scheinen, dass im poststationären Verlauf nach einer Forensik-Behandlung Verschlechterungen des psychischen Zustandes auftreten können. Hier sind vor allem Entwicklungsverzögerungen

rungen, Störungen des zentralen Nervensystems und Verhaltensstörungen als kritisch zu nennen.

Bei der Schulbildung zeigt sich, dass bei niedrigeren Abschlüssen wie Förderschule oder auch Hauptschule ohne qualifizierenden Abschluss mehr Verbesserungen des psychischen Zustandes auftreten, aber auch mehr Verschlechterungen. Am stabilsten in beide Richtungen zeigen sich hier die Probanden, die einen höheren Schulabschluss erreicht haben. Bezüglich verschiedener Berufsausbildungen lässt sich kein Zusammenhang erkennen, möglicherweise auch weil die Zellenbesetzung zu gering ist. Auch die Arbeitssituation, die vor Aufnahme bestand, zeigt anhand vorliegender Zahlen keine unterschiedlichen Effekte auf die Entwicklung des psychischen Zustandsbildes.

Die Arbeitsplatzsituation bei Entlassung verteilt sich auf neun verschiedene Ausprägungen der Variablen, weshalb bei insgesamt 38 Probandenangaben kaum Aussagen zu Regelmäßigkeiten beim psychischen Zustand gemacht werden können. Es scheint aber zumindest deutlich zu werden, dass die Probanden, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen integriert werden konnten, keine Verschlechterung ihres psychischen Zustandes im Jahr nach ihrer Entlassung erleben, während sich der Rest gleichmäßig auf die Ausprägungen stabil und gebessert verteilt. Die Einkommensform schien nach vorliegenden Daten keine prädiktive Aussagekraft zu haben. Bei Probanden, die in alleiniges Wohnen oder mit Partner/Familie entlassen wurden, gab es keine Verbesserungen des psychischen Zustandes nach einem Jahr, bei Entlassungen in betreute Wohnformen gab es dies. Der jeweilige Familienstand hatte darauf keinen feststellbaren Einfluss.

Es zeigt sich ein zumindest tendenzieller Zusammenhang, was die Einnahme von Medikation zum Entlassungszeitpunkt betrifft. Die Aussagekraft ist deshalb eingeschränkt, weil der deutlich größere Anteil der Patienten Medikamente einnimmt und nur ein kleiner Teil unmediziert ist. In der kleinen Gruppe gibt es keine Verbesserung des psychischen Zustandes, während es in etwa gleich viele Verschlechterungen gab.

Wie beschrieben wurden Parameter erhoben, die Aussagen über Probleme im stationären Behandlungsverlauf zulassen sollten. Dies waren Vorfälle wie Fluchten/Entweichungen, Tötlichkeiten gegen Personal oder Mitpatienten, Suchtrüpfälle oder Straftaten. Dadurch, dass diese Vorfälle insgesamt selten waren, waren diese Felder für eine systematische Auswertung zu klein. Tötlichkeiten gegen Mitpatienten wurden beispielsweise nur von fünf der Probanden berichtet, von denen Angaben zum psychischen Zustand nach einem Jahr vorlagen; erneute Straftaten gab es in dieser Gruppe überhaupt nicht.

Insgesamt liegen noch zu wenig Daten vor, um eine systematische Auswertung von biografischen, forensischen oder Therapieverlaufsvariablen auf die Entwicklung des psychischen Zustandes innerhalb eines Jahres nach Entlassung vorzunehmen. Dies macht sich insbesondere dann bemerkbar, wenn diese Variablen mehrere Ausprägungen haben und die Zellenbesetzungen somit noch geringer werden.

Am deutlichsten zeigt sich die Tendenz, dass die Probanden den günstigsten Verlauf nehmen, die bei Aufnahme entweder sehr jung (jünger als 20 Jahre) oder schon etwas älter (älter als 30 Jahre) waren. Eine weitere Tendenz zeigt sich darin, dass auch hier alle Prädiktoren, die auf intensivere Betreuung hinweisen, günstigere Aussagen zulassen, z. B. Weisungen, die Abstinenz, Kontrollen oder Wohnsitznahme in komplementären Einrichtungen fordern. Dies trifft aber beispielsweise auch für betreutere Wohnformen zu, in die Probanden entlassen wurden, oder geschützte und betreute Arbeitsplätze wie Werkstätten für behinderte Menschen.

Als ungünstig erweist sich ein anderes Geburtsland als Deutschland, günstig längere Hafterfahrungen vor der untersuchten Forensik-Behandlung.

*Tabelle 5.66:* Zusammenfassender Überblick über Prädiktorvariablen für die Entwicklung des psychischen Zustandes nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 39)

	psychischer Zustand nach einem Jahr
<b>Alter bei Aufnahme</b>	18-21: 100.0 % (n = 3) gebessert 22-30: teilweise Verschlechterungen 31-40: keine Verschlechterungen
<b>Anlassdelikt</b>	keine systematischen Unterschiede
<b>Beziehung zum Tatopfer</b>	intime Partnerschaft, enges Familienmitglied → keine Verschlechterung Bekanntschaft bzw. anonymes Opfer → Verschlechterung möglich
<b>Weisungen</b>	häufiger Besserung bei Abstinenzweisung und bei regelmäßigen Drogenscreenings, bei komplementären Einrichtungen weniger Verschlechterungen bei Anzeigepflicht von Wohnsitz-/Arbeitsplatzwechsel
<b>Betreuer</b>	weniger Verschlechterungen

	<b>psychischer Zustand nach einem Jahr</b>
<b>Vorstrafen</b>	keine Verschlechterung ohne Vorstrafen Vor-Delinquenz: Körperverletzung → weniger Verschlechterungen Vor-Delinquenz: Betrug/Diebstahl → mehr Verschlechterungen Vor-Delinquenz: Sexual-Delikt → mehr Verbesserungen
<b>BZR-Einträge</b>	mehr Verschlechterungen bei 1-5 Einträgen
<b>Delinquenzbeginn</b>	mehr Verschlechterungen bei Delinquenzbeginn zwischen 21 und 30 Jahren
<b>Hafterfahrung</b>	mehr Verschlechterungen bei Hafterfahrung 0 bis 6 Monate mehr Verbesserungen bei Hafterfahrung 6 bis 8 Jahren oder mehr als 8 Jahren
<b>Migrationshintergrund</b>	mehr Verschlechterungen bei in ehem. GUS-Staaten Geborenen
<b>Belastungen in der Kindheit</b>	Verschlechterungen bei in der Kindheit belasteten Probanden (Scheidung, Sucht, Gewalttätigkeit)
<b>Auffälligkeiten in der Kindheit</b>	Verschlechterungen bei in der Kindheit auffälligen Probanden (Entwicklungsverzögerung, ZNS-Störung, Verhaltensstörung)
<b>Schulbildung</b>	mehr Stabilität bei höheren Schulabschlüssen, aber auch weniger Verbesserungen
<b>Arbeitssituation bei Entlassung</b>	keine Verschlechterung bei Beschäftigten in WfbMs
<b>Wohnsituation bei Entlassung</b>	keine Verbesserungen bei Wohnen alleine oder mit Partner/Familie im Gegensatz zu betreuten Wohnsituationen
<b>Medikamente</b>	keine Verbesserungen bei Probanden, die zum Entlassungszeitpunkt keine Medikament einnahmen

#### 5.3.1.4 Legalbewährung

Laut gesetzlichem Auftrag sollen im Maßregelvollzug Patienten gesichert aber auch gebessert werden. Je nachdem, wie dieser Besserungsauftrag definiert wird, können verschiedene Messgrößen herangezogen werden. Ein Haupteffekt der Behandlung sollte sein, dass durch die Therapie die Rückfallwahrscheinlichkeit für eine erneute Straftat, insbesondere auch für eine schwere Straftat, gesenkt werden kann (Nedopil 2005). Die relevante Messgröße ist hier das Begehen einer weiteren Straftat.

Es gibt verschiedene Methoden, diese Größe zu erfassen, wobei jeder Vor- und Nachteile aufweist. Bezzel (2008) ging auf die Vorteile der direkten Befragung von Probanden ein. Ein wichtiger Vorteil dabei ist, dass auch nicht behördlich erfasste oder verfolgte Straftaten erfasst werden können. Um die Zuverlässigkeit bei der Beantwortung dieser Frage zu erhöhen, ist es unerlässlich und nebenbei auch rechtlich zwingend erforderlich, dass den Probanden zugesichert wird, dass die Daten nur anonymisiert in der Studie Verwendung finden. Weiterhin muss berücksichtigt werden, wie mit Probanden umgegangen wird, die keine Angaben machen. Wenn nur auf Grundlage aller vorliegenden Angaben Berechnungen durchgeführt werden, führt dies folglich zu einer Unterschätzung des wahren Risikos, weil möglicherweise Straftaten verschwiegen werden, indem keine Angaben gemacht werden oder ein Proband nicht mehr erreichbar ist. Der gegensätzliche Fall liegt sicherlich vor, wenn alle als erneut straffällig angenommen werden, von denen keine Angaben vorliegen. Es scheint hier angebracht, keine punktgenauen Schätzungen, sondern Schätzkorridore anzugeben (Lindenmeyer, 2005).

Es liegen von 75 Probanden Angaben zur Straffälligkeit vor, bei 68 von den jeweiligen Probanden selbst und bei den sieben weiteren von Betreuungspersonen. Zwei Probanden verweigerten die Befragung bei der Kontaktierung nach einem Jahr. Im negativen Fall ist davon auszugehen, dass sich dahinter auch eine Straffälligkeit verbirgt. Für die untere Schätzgrenze kann für diese Probanden eine Straffälligkeit nicht ausgeschlossen werden. Für die beiden nicht Erreichbaren bzw. Verzogenen wird bezüglich der unteren Schätzgrenze ebenso vorgegangen. Ein ehemaliger Patient verweigerte die Beantwortung dieser Frage. Somit haben nach diesen Angaben im ungünstigsten Fall zehn Probanden eine Straftat begangen haben, im günstigsten fünf. Die drei Probanden, bei denen aus organisatorischen Gründen keine Befragung stattfand, weil dies von Mitarbeitern versäumt wurde, und der Proband, der die Teilnahme bereits bei seiner Entlassung verweigerte, wurden in der Berechnung nicht berücksichtigt. Es ergibt sich eine Legalbewährungsquote von 93.3 %. Wenn für die untere Schätzgrenze die beiden nicht erreichbaren Probanden wie auch die drei, die die Be-

fragung nach einem Jahr verweigerten, als negativ klassifiziert werden, ergeben sich mit 10 von 80 12.5 % oder eine Legalbewährungsquote von 87.5 %.

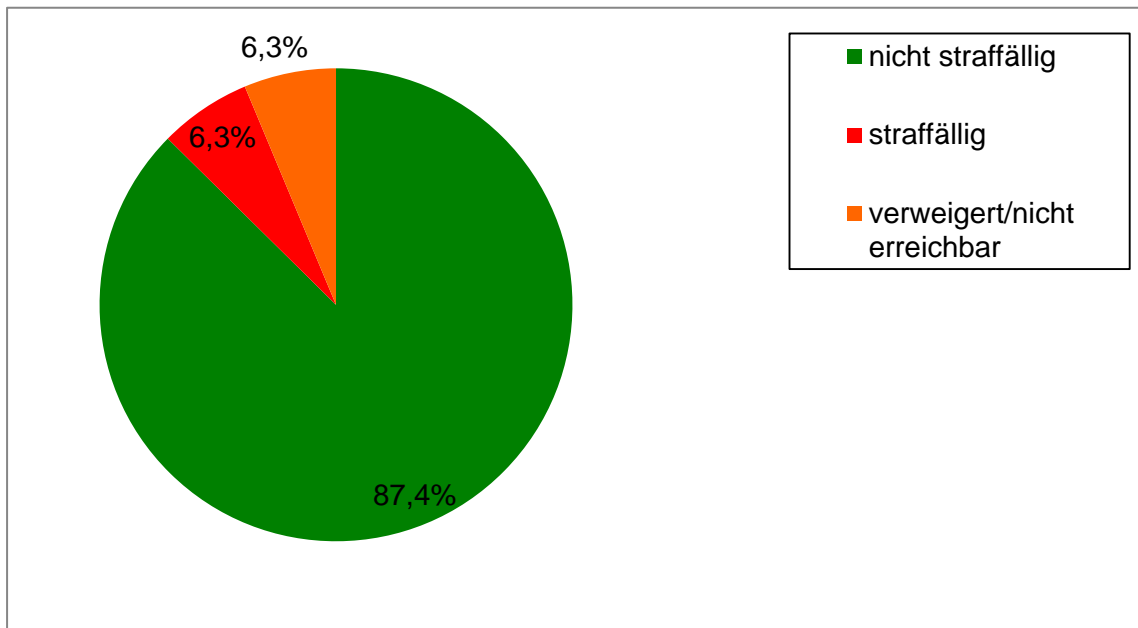


Abbildung 5.51: Straffälligkeit nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 80)

Bei Berücksichtigung der verschiedenen Hauptdiagnosen der Probanden zeigt sich, dass die Diagnose Persönlichkeitsstörung ein Risiko darstellt. Während der Anteil derer, die eine erneute Straftat begangen hatten mit 30.0 % (n = 3) bei den Persönlichkeitsgestörten überdurchschnittlich hoch ist, liegt der Anteil in den anderen Gruppen unter dem Durchschnitt, bei den Psychotikern bei 6.9 % (n = 2). Probanden mit der Hauptdiagnose einer sexuellen Störung sowie Minderbegabte haben innerhalb eines Jahres keine Straftaten begangen. Während die Tendenz hier sehr deutlich sichtbar wird, lässt sich aufgrund der niedrigen Zellenbesetzung kein statistisch signifikantes Ergebnis nachweisen. 50.0 % der Zellen haben eine erwartete Häufigkeit unter 5, wobei laut Bortz (2006) nur 20.0 % toleriert werden können.

In den verschiedenen Delinquenzgruppen zeigt sich, dass sich die beiden Schätzgrenzen der Legalbewährungsquote in der vorliegenden Stichprobe nur bei den Gewaltstraftätern (Anlassdelikt) unterscheiden. Die beiden Probanden, die bei der Befragung nach einem Jahr die Angaben verweigerten, sind dieser Gruppe zuzurechnen, ebenso die beiden, die nicht mehr erreicht werden konnten. Somit ergibt sich für diese Gruppe eine geschätztes Spektrum zwischen 80.0 % (n = 20) und 96.0 % (n = 24) derer, die in diesem Zeitraum keine Straftaten begangen haben. Von den 13 Sexualstraftätern verweigerte keiner die Angaben und alle konnten erreicht werden. Alle (100.0 %) gaben an, keine Straftaten im ersten Jahr nach ihrer Entlassung aus der Forensik be-

gangen zu haben. In der Gruppe derer, die weder Gewalt- noch Sexualdelikte begangen hatten, lag die Legalbewährungsquote bei 87,0 % (n = 20).

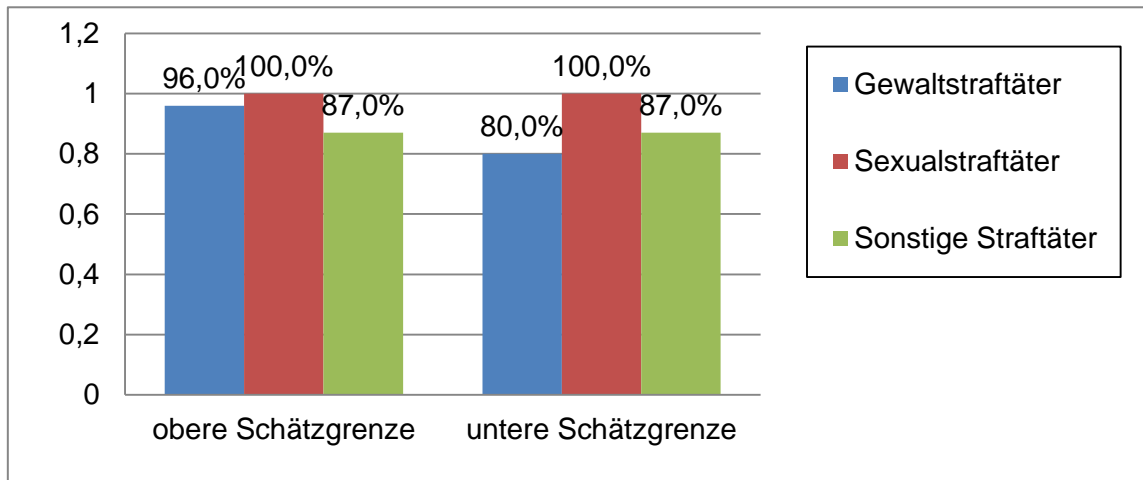


Abbildung 5.52: Legalbewährungsquote nach einem Jahr in den verschiedenen Delinquenzgruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 76)

Bei der Frage wurden bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen zwei Diebstahls- bzw. Betrugsdelikte, ein Verstoß gegen das Betäubungsmittel-Gesetz und drei Bewährungswiderrufe angegeben. Vier Probanden gaben an, zum jeweiligen Tatzeitpunkt auch unter Suchtmittleinfluss gestanden zu haben. Unter Berücksichtigung der jeweils vorliegenden Hauptdiagnose wird deutlich, dass beide Psychotiker bei ihrer Straftat unter Suchtmittleinfluss standen.

Ein Proband hatte die Straftat kurz nach seiner Entlassung, bereits im ersten Monat begangen, ein weiterer innerhalb der ersten vier Monate. Ein weiterer beging nach etwa einem halben Jahr ein Delikt und die restlichen beiden kurz vor Ablauf des abgefragten Ein-Jahreszeitraums. Die beiden frühesten Straftaten nach der Entlassung wurden von Probanden mit Persönlichkeitsstörungen begangen.

Tabelle 5.67: Deliktart der erneut Straffälligen nach einem Jahr, Mehrfachnennungen möglich, § 63 StGB-Patienten (n = 5)

Delikt	
Betrug/Diebstahl	2
BtMG-Verstoß	1
Weisungsverstoß	3

In der Befragung wurde auch danach gefragt, wie die jeweils angegebenen Delikte von der Justiz geahndet wurden. Eine Straftat wurde nicht angezeigt und somit auch nicht geahndet, ein weiteres Verfahren wurde eingestellt. Von den vier durchgeführten Verfahren führte eines zu einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe und zwei zu Geldstrafen. Insgesamt bei drei Probanden wurde die Bewährung widerrufen, d. h. dass die Unterbringung in der Psychiatrie nach § 63 StGB, die zur Bewährung ausgesetzt worden war, wieder in Kraft trat. Aufgrund des mit einem Jahr relativ kurzen Beobachtungszeitraums wurden Probanden auch nach laufenden Ermittlungsverfahren gefragt, um auch Straftaten zu erfassen, die nur aufgrund dieses Beobachtungszeitraums noch nicht zur Verurteilung geführt hatten. Kein Proband gab an, dass gegen ihn gerade ein Ermittlungsverfahren durchgeführt wurde.

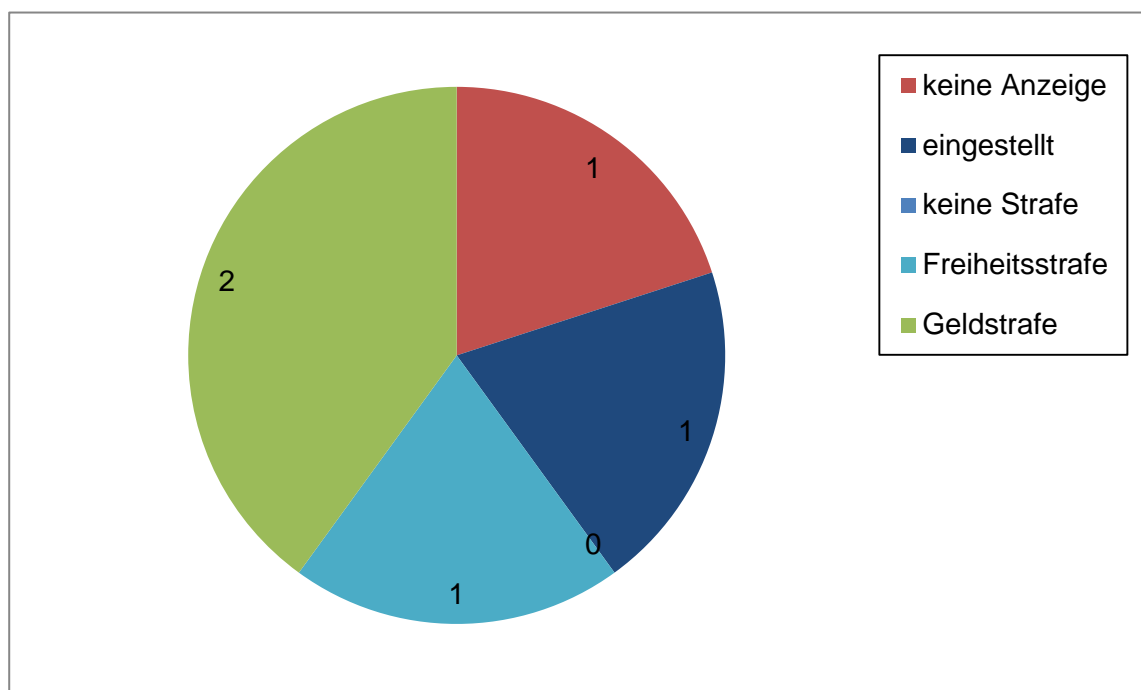


Abbildung 5.53: Verurteilung nach erneuter Straffälligkeit nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 5)

Auch nach drei Jahren wurde die Legalbewährung im Interview abgefragt. Von 33 möglichen Probanden liegen aus unterschiedlichen Gründen nur Katamnesedaten von 24 vor. Bei den sieben fehlenden Datensätzen, bei denen die Bearbeitung vom zuständigen Klinikpersonal versäumt wurde, wird nicht von einer systematischen Verzerrung ausgegangen. Kritischer sind die beiden Datensätze von dem Probanden, der eine Teilnahme verweigerte und von demjenigen, der zum Untersuchungstermin nicht erschienen ist. Von den 24 verbleibenden Probanden verweigerten zwei die Beantwortung dieser Frage. Diese vier Probanden können als „Verweigerer“ bezeichnet werden und sollten bei einer unteren Schätzgrenze auf jeden Fall mit berücksichtigt werden.



15.4 % verweigerten die Beantwortung der deliktischen Rückfälligkeit oder die Katamnese ganz.

3 der 22 Probanden, die Angaben zu dieser Frage machten, gaben an, eine Straftat zwischen einem Jahr und drei Jahren nach Entlassung begangen zu haben. 3 der 22 Probanden hatten bereits ein Jahr nach Entlassung angegeben, ein Delikt begangen zu haben. Da ein Proband in beiden Gruppen vertreten war, handelt es sich insgesamt um 5 Probanden, die zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb von drei Jahren nach Entlassung straffällig wurden. Die untere Schätzgrenze liegt somit bei einer Legalbewährungsquote von 65.4 % (17 von 26 Probanden), die obere bei 80.8 % (21 von 26). Die Aussagekraft dieser Zahlen ist durch die kleine Stichprobe eingeschränkt und zeigt nur Tendenzen auf.

Die drei Delikte, die nach drei Jahren angegeben wurden, waren zwei Körperverletzungsdelikte, ein Betrugs- oder Diebstahldelikt, ein Verkehrsdelikt und eine Leistungerschleichung und ein weiterer Weisungsverstoß, insgesamt also schwerere Delikte als noch nach einem Jahr. Auffällig ist dabei, dass die beiden schwersten Straftaten, namentlich die Körperverletzungen jeweils im letzten halben Jahr des Beobachtungszeitraums begangen wurden.

*Tabelle 5.68:* Deliktart der erneut Straffälligen nach drei Jahren, Mehrfachnennungen möglich, § 63 StGB-Patienten (n = 6)

<b>Delikt</b>	
<b>Körperverletzung</b>	2
<b>Betrug/Diebstahl</b>	2
<b>BtMG-Verstoß</b>	1
<b>Verkehrsdelikt</b>	1
<b>sonstiges Delikt (Leistungerschleichung)</b>	1
<b>Weisungsverstoß</b>	1

Zwei von den drei Probanden mit neuerlichen Straftaten gaben an, ihre Tat jeweils unter Suchtmittel einfluss begangen zu haben. Der Schweregrad der Straftaten bildet sich auch in den Verurteilungen ab. Zwei der drei Probanden wurden zu Freiheitsstrafen verurteilt, beim dritten Delinquenten wurde das Verfahren eingestellt.

Laufende Ermittlungsverfahren wurden von Probanden weder nach einem Jahr noch nach drei Jahren angegeben.

Als Gesamtbewertung wurde von den Interviewern Einschätzungen des psychopathologischen Zustandsbildes in Kombination mit einer erneuten Straffälligkeit vorgenommen. Von diesen wird eingeschätzt, dass sich drei Viertel in einem guten Zustand, nämlich psychopathologisch stabil und straffattfrei befinden (75.6 %; n = 56; missing: 2). Jeder Sechste hat sich bezüglich seines psychischen Zustandes etwas verschlechtert, trotzdem aber keine Straftat begangen (16.2 %; n = 12). Während ein Proband die Straftat ohne Zusammenhang zu seiner Erkrankung begangen haben soll, hat sich bei fünf Probanden zusätzlich zu einer begangenen Straftat auch das psychopathologische Zustandsbild verschlechtert. Bei drei hat das zu einer erneuten Freiheitsstrafe oder zum Widerruf der Bewährung geführt (4.1 %), bei den anderen beiden (2.7 %) nicht.

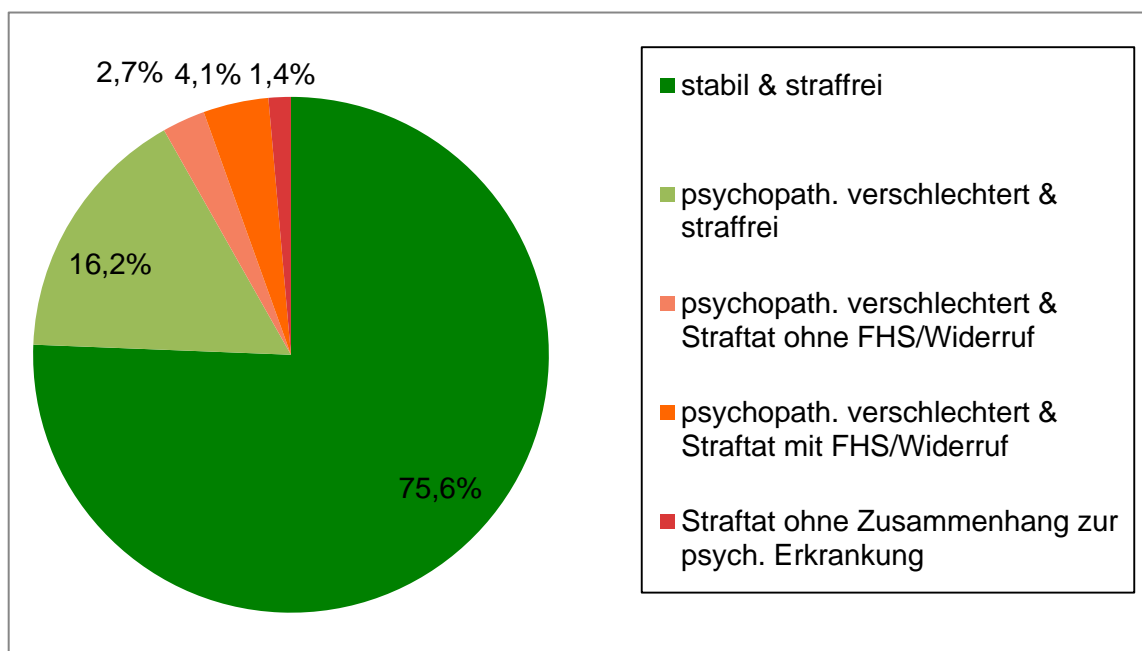


Abbildung 5.54: Gesamtbewertung nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 76; missing: 2)

In Abhängigkeit von der Hauptdiagnose zeigen sich keine deutlichen Unterschiede. Für einen aussagekräftigen Chi-Quadrat-Test nach Pearson sind die Zellenbesetzungen zu klein.

In der Dreijahres-Stichprobe werden etwas weniger als drei Viertel als psychopathologisch stabil und straffattfrei eingeschätzt (70.9 %; n = 17). Weitere 8.3 % (n = 2) begingen keine Straftat, obwohl ihr psychopathologischer Zustand sich verschlechtert hat. Von den 5 Probanden, die Straftaten begangen hatten, hatten sich vier psychopathologisch verschlechtert, zwei wurden zu einer Freiheitsstrafe verurteilt, zwei weitere nicht. Bei einem Rückfälligen hatte die Straftat ohne Zusammenhang zur psychischen Erkrankung stattgefunden.

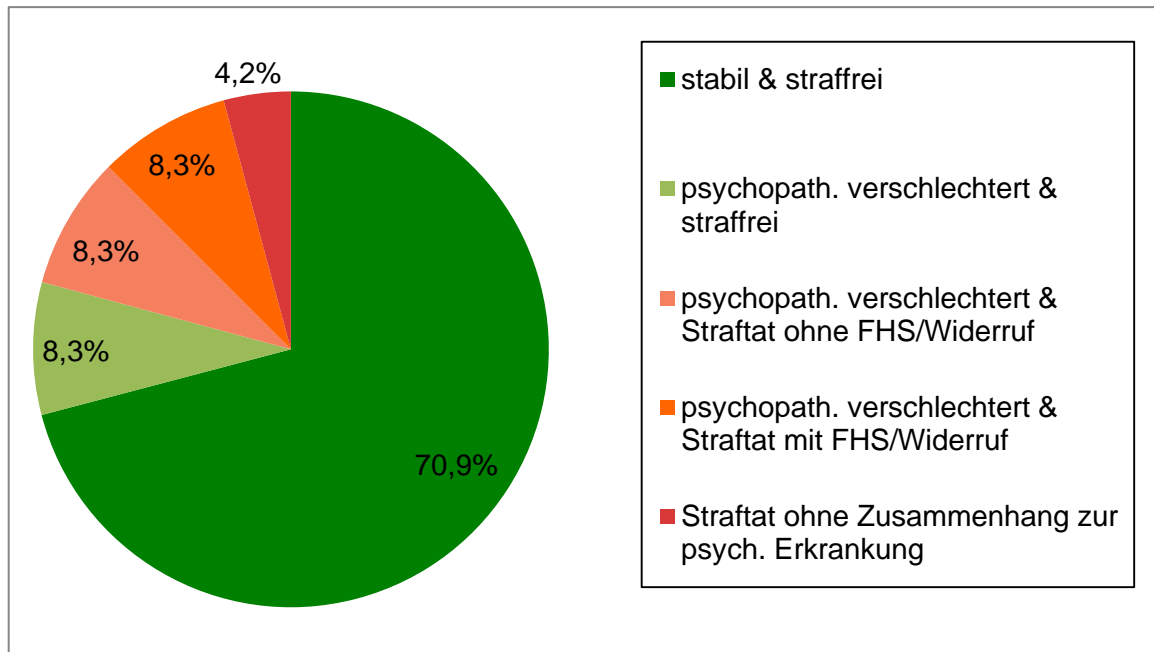


Abbildung 5.55: Gesamtbewertung nach drei Jahren, § 63 StGB-Patienten (n = 24)

### 5.3.1.5 Prädiktoren für die Legalbewährung

Das insgesamt positive Ergebnis, dass wenig Probanden im ersten Jahr nach ihrer stationären Entlassung wieder Straftaten begehen, führt in der Auswertung der Prädiktoren dazu, dass die Zellenbesetzungen sehr gering werden. Gerade bei möglichen Prädiktorvariablen mit mehreren kategoriellen Ausprägungen heißt dies, dass kaum Aussagen getroffen werden können.

Bei Betrachtung der biografischen Variablen zeigt sich die Tendenz, dass die Probanden die im poststationären Verlauf innerhalb eines Jahres Straftaten begehen, bei ihrer Aufnahme eher jünger waren. Bei Probanden, die bei ihrer Aufnahme älter als 31 Jahre alt war, war dies nur mit einer einzigen Ausnahme so.

Da insgesamt nur wenige Probanden mit Straftaten rückfällig wurden, lässt sich nur schwer ein Zusammenhang zu den vielen verschiedenen möglichen Anlassdelikten herstellen. In der relativ großen Gruppe der Probanden mit einer Sexualstraftat als Anlassdelikt (n = 13) wurde zumindest keine erneute Straffälligkeit angegeben, weder im einschlägigen Bereich noch allgemein. In der eigentlich recht kleinen Gruppe der Raub-Anlassdelinquenten gibt es mit 2 (40.0 %) viele Rückfälle. Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ist die Zellenbesetzung zu gering für einen Signifikanznachweis.

Zum Einfluss der Höhe der gleichzeitig verhängten Freiheitsstrafe kann keine Aussage gemacht werden, weil der deutliche Hauptanteil in der vorliegenden Stichprobe

keine Freiheitsstrafe hat und der Rest der Rückfälligen sich auf die vielen restlichen Teilausprägungen verteilt.

Anders als beim psychischen Zustand hatten alle deliktisch rückfälligen Probanden als Weisung Abstinenz, während alle, die diese Weisung nicht hatten, rückfallfrei blieben. Dies lässt keine Aussage auf die Auswirkung dieser Weisung zu, weil das Verhängen einer derartigen Weisung auch mit der jeweiligen Problematik eines einzelnen Patienten zusammenhängt und somit von verschiedenen Aspekten mit beeinflusst wird. Tendenziell wird auch der Einfluss einer ambulanten Nachsorge deutlich, die als Weisung verhängt wurde. Dies trifft insgesamt für den Großteil in dieser Gruppe zu. Für den sehr geringen Teil, für den diese Weisung nicht verhängt wurde, ist der Anteil derer, die erneut eine Straftat begingen, besonders hoch. Da auch hier 50.0 % der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 haben, kann kein Chi-Quadrat-Test berechnet werden. Die schützende Tendenz der Weisung, die zu einer Unterbringung in einer komplementären Einrichtung verpflichtet, wird zwar auch in Bezug auf erneute Straftaten sichtbar, bei weitem aber nicht so deutlich wie bei Prädiktoren für den psychischen Zustand. Erstaunlicherweise zeigt sich bei den Straftaten, die innerhalb eines Jahres nach Entlassung begangen werden, kein Zusammenhang zur Weisung, ob verpflichtende Kontakte zu Bewährungshelfern oder gesetzlichen Betreuern wahrgenommen werden müssen. Möglicherweise lagen für die wenigen Fälle, in denen diese Weisung nicht ausgesprochen wurde, ausschlaggebende Gründe dafür vor, diese Weisung nicht auszusprechen.

Eine deutliche Tendenz zeigt sich für die Variable, ob eine gesetzliche Betreuung vorliegt oder nicht. Alle Straftaten wurden nur von Probanden begangen, die keinen gesetzlichen Betreuer haben. Hier wird möglicherweise ein schützender Einfluss dieser Einrichtung deutlich, wenn auch andere Zusammenhänge nicht ausgeschlossen werden können. Bei einzelnen Störungsbildern wie Psychose oder Minderbegabung werden häufiger gesetzliche Betreuungen eingerichtet als bei Persönlichkeitsgestörten. Zum Entlassungszeitpunkt wird abgefragt, ob der Bewährungshelfer zu einer frühzeitigen Kontaktabahnung bereits bekannt ist. Bezüglich einer erneuten Straffälligkeit innerhalb eines Jahres zeigt sich hier kein Zusammenhang. Während alle Probanden, bei denen der Bewährungshelfer nicht bekannt war, straftatfrei blieben, war bei allen rückfällig gewordenen der Bewährungshelfer bekannt.

Alle Probanden, die noch nie psychiatrisch stationär vorbehandelt worden waren, blieben straftat-rückfallfrei. Vorbehandlungen im Maßregelvollzug haben nur wenige Probanden erhalten. Bei denjenigen, bei denen dies der Fall war, traten im Jahr nach ihrer Entlassung aus der aktuellen Behandlung keine Straftaten auf.

In Bezug auf frühere Delinquenz zeigt sich insgesamt keine Auffälligkeit in Abhängigkeit davon, ob Probanden vorbestraft waren oder nicht. Tendenziell zeigt sich, dass die Probanden, die mit Sexualdelikten vorbestraft waren, nach ihrem Aufenthalt in der Forensik innerhalb des ersten Jahres keine Straftaten begingen. Dies trifft auch für die Probanden zu, die in ihrer Vorgeschichte bereits mit einem Raub auffällig geworden waren. Tendenziell etwas höher lag die Quote jeweils, wenn Probanden in ihrer Vergangenheit Körperverletzungs-, Betrugs-/Diebstahlsdelikte oder Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz begangen hatten. Zur Anzahl der Eintragungen in das Bundeszentralregister kann kein Zusammenhang festgestellt werden, vor allem auch, weil sich die Delinquenz-Rückfälligen auf mehrere Kategorien verteilen. Eine recht deutliche Tendenz zeigt sich beim jeweiligen Alter, in dem die erste Straftat begangen wurde. Zwei erneut Straffällige hatten ihre erste Straftat vor dem Erreichen des Alters von 18 Jahren begangen, einer im Alter zwischen 18 und 20 Jahren und ein weiterer im Alter von 21 bis 30 Jahren. Alle Probanden, die erst später mit Straftaten auffällig wurden, sind innerhalb des ersten Jahres nicht wieder straffällig geworden. Wenn diese Tendenz auch recht deutlich ist, ist anzumerken, dass diese Gruppen in der Verteilung insgesamt auch die größten Gruppen in der Stichprobe darstellen. Ähnlich wie bei den berichteten Verbesserungen des psychischen Zustandes zeigt sich auch bei der Legalbewährung, dass Probanden ohne Hafterfahrung durchaus eine Rolle bei den weiteren Rückfalldelikten spielen, zumindest im Rahmen der erwarteten Rückfallquote. Die meisten Probanden befinden sich in der § 63-Stichprobe in der Gruppe ohne Hafterfahrung. Während aufgrund der geringen Zellenbesetzung bei insgesamt wenig Rückfälligen im mittleren Bereich keine Systematik nachgewiesen werden kann, hat keiner der Täter mit Haftvorerfahrungen über vier Jahren eine erneute Straftat begangen. Es scheint sich dabei die mangelnde bzw. gutachterlich festgestellte nicht vorhandene Steuerungsfähigkeit der Probanden ohne Hafterfahrung auch in der aktuellen Unterbringung abzubilden.

Während die Schulbildung aufgrund der mehreren kategoriellen Ausprägungen keinen Rückschluss zulässt, zeigt sich bei der Berufsausbildung mit ebenfalls mehreren Kategorien, dass die ungelernten Probanden das höchste Risiko aufweisen, wieder Straftaten zu begehen.

Bei Betrachtung der Wohnsituation zeigt sich, dass selbständiges Wohnen die riskanteste Wohnform darstellt und 20.0 % ( $n = 2$ ) ein Rückfalldelikt begehen, wobei für die wenigen ( $n = 3$ ) bisher in die Forensik-WG entlassenen Probanden kein Delikt festgestellt werden konnte ebenso wenig bei zu Partnern oder zur Familie entlassenen Probanden. Es kann dabei nicht überraschen, dass die Möglichkeit zum Begehen von

Straftaten in kontrollierenden Heimen am geringsten ist und somit dort bei 10 entlassenen Probanden keine weiteren Delikte auftreten.

Bei der Einnahme von Medikamenten zum Zeitpunkt der Entlassung liegen Hinweise auf einen Zusammenhang vor. Während keiner der medizierten Probanden Verbesserungen des psychischen Zustandsbildes erzielen konnte, waren alle Probanden in dieser Gruppe, die im ersten Jahr nach ihrer Entlassung wieder eine Straftat begangen hatten. Einerseits wird die größte Gruppe in der § 63-Stichprobe medikamentös gegen ihre jeweilige psychische Erkrankung behandelt, andererseits konnten aber offensichtlich die oftmals problematischen Patienten ohne medikamentöse Behandlungsmöglichkeit straftatfrei bleiben.

Innerhalb der Therapieverlaufsvariablen lassen die seltenen kritischen Ereignisse z. B. einer Entweichung oder Flucht keinen Rückschluss darauf zu, ob diese Probanden nach ihrer Entlassung wieder eine Straftat begehen werden. Tendenziell beging aber keiner der wenigen Probanden ein neuerliches Delikt, der innerhalb seiner Unterbringung gegenüber dem Personal körperlich aggressiv geworden war. Dies trifft auch für diejenigen zu, die innerhalb dieses Aufenthaltes bereits neue Straftaten begangen hatten, wobei diese Gruppen sich zumindest teilweise überschneiden. Probanden mit sehr vielen suchtbefugten Rückfällen bereits während der stationären Unterbringung (mehr als sechs) hatten in dieser Stichprobe keine Chance, straftatfrei zu bleiben, während dies alle Probanden schafften, die keinen suchtbefugten Rückfall hatten. Für eine statistische Absicherung dieses deutlichen Zusammenhangs reicht die Zellenbesetzung nicht aus. Besondere Behandlungsprobleme während des Aufenthaltes scheinen auch einen gewissen Hinweis auf die Bewährung im strafrechtlichen Sinne zuzulassen.

Die Einschätzungen, die von den Therapeuten oder Behandlungsteams bei der Entlassung zur Verbesserung des Sozialverhaltens oder der psychischen Erkrankung getroffen wurden, lassen keine Aussagen auf die verschiedenen Erfolgsparameter zu. Dies ist vermutlich durch die geringe Zellenbesetzung zu erklären, besonders auch bei den wenigen wieder Straffälligen.

Tabelle 5.69: Zusammenfassender Überblick über Prädiktorvariablen für die Legalbewährung nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 61)

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Alter bei Aufnahme</b>	älter als 31 bei Aufnahme: kaum deliktische Rückfälle
<b>Anlassdelikt</b>	keine Straftaten bei Tätern mit Sexualdelikt als Anlassdelikt viele Straftaten bei Tätern mit Raub/räuberische Erpressung als Anlassdelikt
<b>Weisungen</b>	erneute Straftaten nur bei Probanden mit Abstinenzweisung häufiger Straftaten, wenn keine ambulante Nachsorge als Weisung
<b>Betreuer</b>	keine Straftaten bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung
<b>frühzeitiger Kontakt zum Bewährungshelfer</b>	kein positiver Einfluss durch Kontaktabbauung zum Bewährungshelfer während des stationären Aufenthaltes
<b>stationäre Vorbehandlungen</b>	keine Rückfalldelikte bei Probanden ohne stationäre Vorbehandlungen alle Probanden mit Maßregelvollzugs-Vorbehandlungen blieben straftatfrei
<b>Vorstrafen</b>	Vorliegen von Vorstrafen insgesamt nicht prädiktiv Vor-Delinquenz: Sexual-Delikt → kein Rückfall-Delikt
<b>Delinquenzbeginn</b>	keine Rückfalldelikte bei Delinquenzbeginn nach 30 Jahren, am meisten bei Delinquenzbeginn vor 18 Jahren
<b>Hafterfahrung</b>	Hafterfahrung 0 Monate → nennenswerte Rückfallrate keine Rückfällige unter denen mit Hafterfahrung von länger als 4 Jahren
<b>Berufsausbildung</b>	Ungelernte haben die höchste deliktische Rückfallquote

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Arbeitssituation bei Entlassung</b>	keine Rückfälle bei regulär Vollzeitbeschäftigten und bei Integrierten in arbeitstherapeutischen Maßnahmen und in WfbMs
<b>Wohnsituation bei Entlassung</b>	selbständiges Wohnen tendenziell ungünstiger keine Rückfalldelikte in kontrollierenden Heimen, mit Partner oder Familie, in der Forensik-WG
<b>Medikamente</b>	erneute Straftaten nur bei Probanden, die zum Entlassungszeitpunkt Medikamente einnahmen
<b>Therapieverlaufsvariablen</b>	<p>Lockerungsmissbrauch/Entweichung → kein Zusammenhang</p> <p>Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten → kein Zusammenhang</p> <p>Tätlichkeiten gegenüber Personal → keine Straftaten</p> <p>erneute Straftaten während Unterbringung → keine erneuten Straftaten im ersten Jahr nach Entlassung</p> <p>besondere Behandlungsprobleme → mehr deliktische Rückfälle</p> <p>keine Suchtrückfälle im Behandlungsverlauf → keine Straftaten im ersten poststationären Jahr</p> <p>alle Probanden mit mehr als 6 Suchtrückfällen begingen dagegen erneut eine Straftat</p>



### 5.3.1.6 Subjektive Einschätzung der Veränderung

Außer der Legalbewährung und der Fremdeinschätzung des psychischen Zustandes durch Fachpersonal sollte auch die Befindlichkeit bzw. die Selbsteinschätzung ein Maß zur Veränderung durch die Behandlung in der Forensik sein. Deshalb wurden die Probanden bezüglich vier verschiedener Aspekte dazu befragt, wie sie ihre eigene Entwicklung nach Beendigung des stationären Aufenthaltes einschätzen. Bei Betrachtung ihres aktuellen Gesundheitszustandes („bezogen auf Ihre Suchtproblematik/psychische Erkrankung“) schätzen sich etwas mehr als zwei Drittel besser als zum Entlassungszeitpunkt ein (69.4 %; n = 43). Während nur zwei sich als in einem schlechteren Zustand einschätzen (3.2 %), sieht der Rest von 17 (27.4 %) sich unverändert. Im weiteren Therapieverlauf nach drei Jahren ergibt sich ein ähnliches Bild. Es ergeben sich durch die längere Zeitdauer nach der Entlassung keine Verschlechterungen.

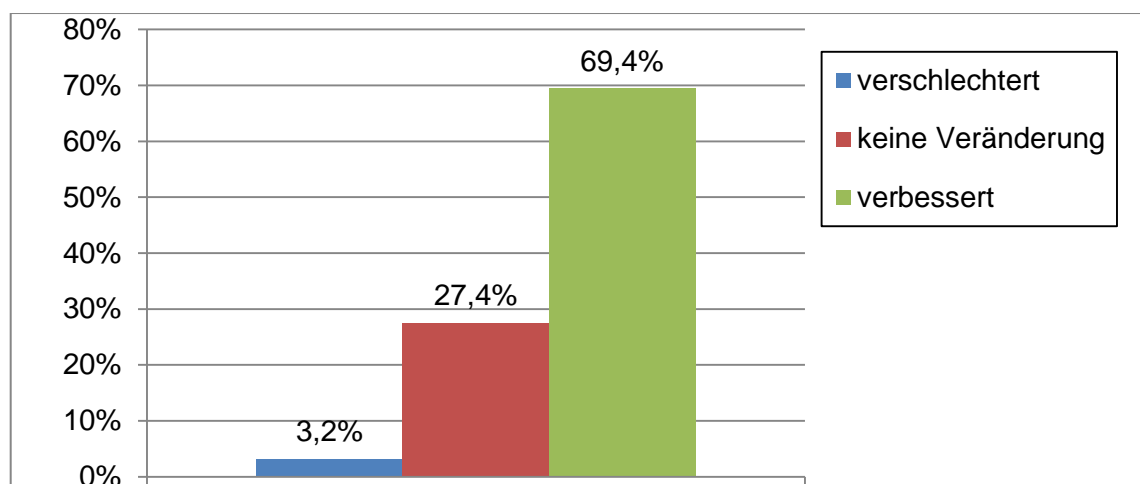


Abbildung 5.56: Veränderung der Krankheit nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 62)

Die Selbsteinschätzungen unterscheiden sich nach den jeweils vorliegenden Hauptdiagnosen. Verschlechterungen werden am häufigsten von persönlichkeitsgestörten Probanden angegeben. Immerhin ein Zehntel gibt eine Verschlechterung an (9.1 %; n = 1). Während Psychotiker mit 3.7 % Verschlechterungen ziemlich genau im Gesamtschnitt liegen, geben sowohl Patienten mit sexuellen Störungen als auch Minderbegabte überhaupt keine Verschlechterungen an. Während der stabile Bereich („keine Veränderung“) bei den Persönlichkeitsstörungen mit ebenfalls 9.1 % unterrepräsentiert ist, gibt der größte Teil dieser Gruppe Verbesserungen des Gesundheitszustandes an (81.8 %; n = 9). Bei den Minderbegabten gibt sogar jeder Proband, der zu seinem Gesundheitszustand eine Angabe machte, eine Verbesserung an (100.0 %; n = 7).

Je nach Zugehörigkeit zu Gewaltstraftätern, Sexualstraftätern und sonstigen Delinquenten ergeben sich unterschiedliche Selbsteinschätzungen. Die Delinquenten, die keine Sexual- oder Gewaltstraftaten begangen haben, geben für sich selbst am häufigsten an, dass sich ihr Gesundheitszustand bezogen auf die psychiatrische Diagnose im Jahr nach ihrer Entlassung verbessert habe (80.0 %; n = 16). Am niedrigsten ist dieser Anteil bei den Gewaltstraftätern (56.0 %; n = 14), bei denen dafür der Anteil der stabil gebliebenen bei weitem am höchsten ist (44.0 %; n = 11). In dieser Gruppe wird für sich selbst bezogen auf diesen Aspekt keine Verschlechterung wahrgenommen. Der Anteil für Verschlechterungen ist auch in den beiden anderen Gruppen sehr gering. Die Zellenbesetzung ist zu gering für eine statistische Absicherung der Unterschiede, 44.4 % der Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

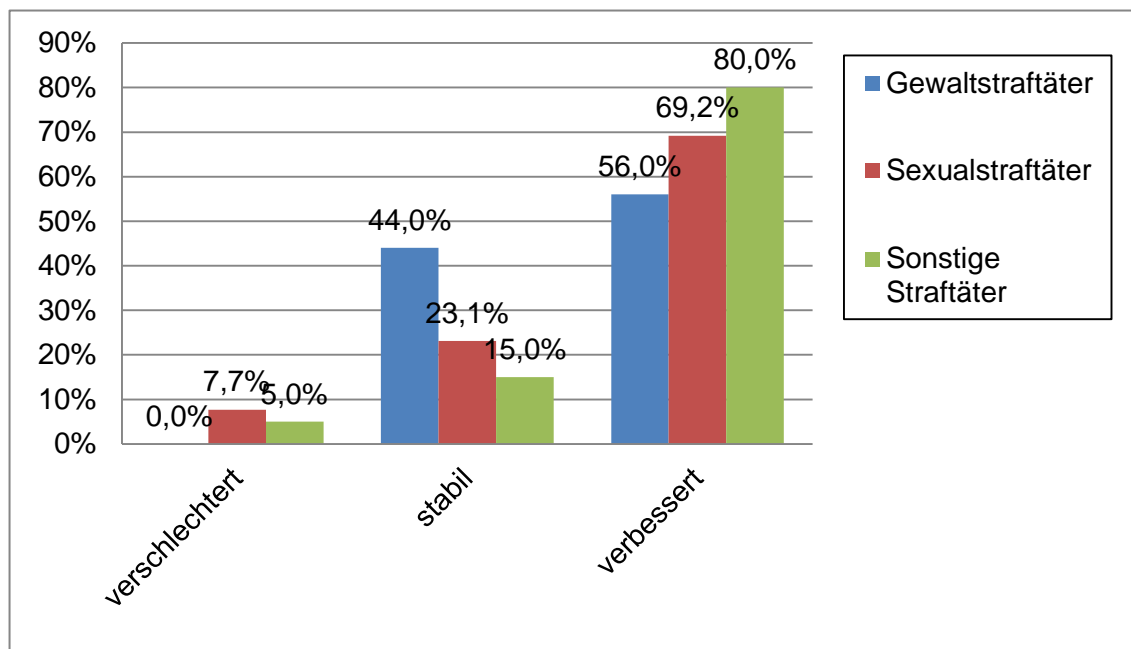


Abbildung 5.57: Veränderung der Krankheit nach einem Jahr in den verschiedenen Delinquenzgruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 58)

Auch die Veränderung der Persönlichkeit, nach der die Probanden als Zweites befragt wurden, wird ähnlich eingeschätzt, insgesamt sogar noch etwas besser. Zugunsten einer Verbesserung (78.5 %; n = 44) schätzen sich etwas weniger als unverändert ein (17.9 %; n = 10), wobei hier weniger Probanden als bei der Frage zur Krankheit überhaupt eine Einschätzung abgaben. Manche erachten diese Frage für sich als nicht relevant. Bezüglich der einzelnen Hauptdiagnosen und der Deliktgruppen können keine interpretierbaren Ergebnisse festgestellt werden. In den folgenden zwei Jahren nach der Entlassung können auch in diesem Bereich keine Verschlechterungen gefunden

werden. Der Anteil derer, die weiterhin Verbesserungen angeben (65.0 %), sinkt etwas, dafür geben mehr einen stabilen Zustand an (30.0 %).

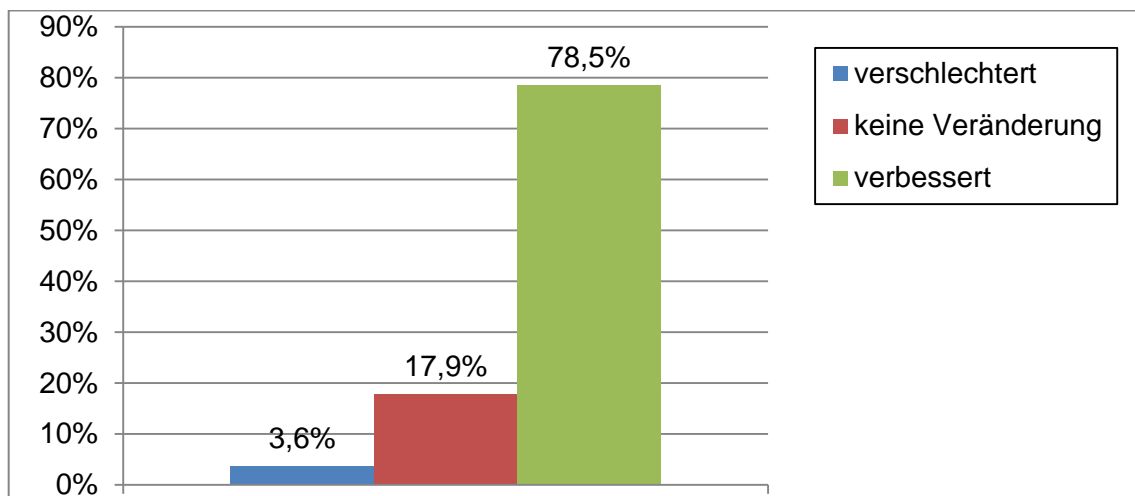


Abbildung 5.58: Veränderung der Persönlichkeit nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 56)

Die Selbsteinschätzung zur beruflichen Stellung und ihrer Veränderung seit der Entlassung, fällt dabei schlechter aus. Es sind 8 Probanden, die tatsächlich eine Verschlechterung der beruflichen Situation angeben (14.0 %), dafür geben aber 33.4 %, also 19 Probanden an, sich diesbezüglich verbessert zu haben. Der Rest von etwas mehr als der Hälfte (52.6 %; n = 30) geht von einem gleich gebliebenen Zustand aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Veränderung der beruflichen Stellung ein vermutlich objektiveres Kriterium ist als eine selbst empfundene Veränderung der Persönlichkeit oder der Krankheit. Positiv zu bemerken ist aber trotzdem, dass die Probanden sich nach ihrem stationären Aufenthalt wohl zu fühlen scheinen. Im weiteren zeitlichen Verlauf fällt auf, dass kein Proband eine Verschlechterung im Zeitraum zwischen einem und drei Jahren nach seiner Entlassung angibt. Nahezu die Hälfte kann hier ihre Situation nochmals verbessern (42.9 %).

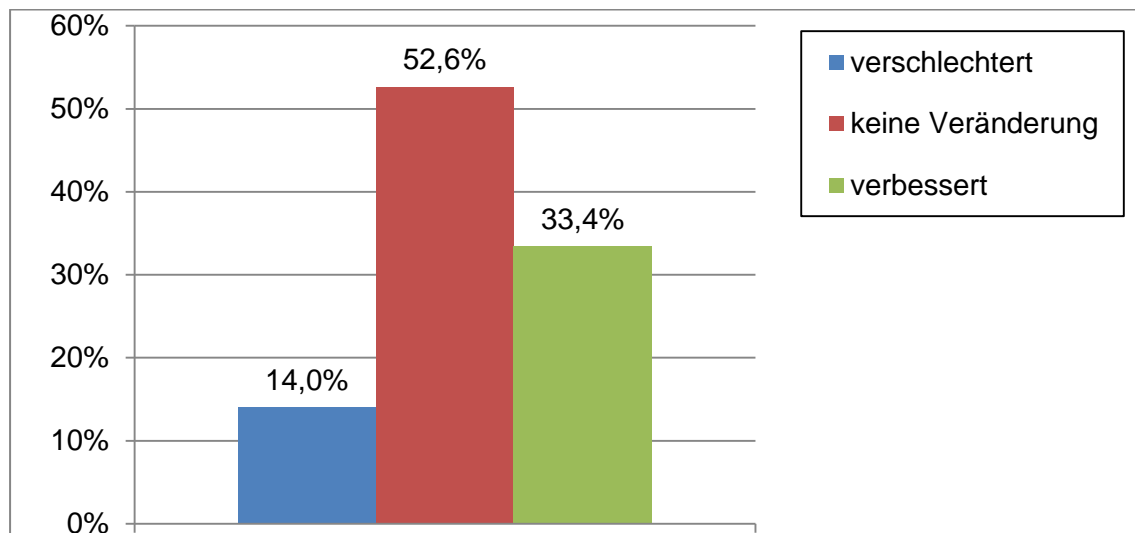


Abbildung 5.59: Veränderung der beruflichen Stellung nach einem Jahr, § 63 StGB-Patienten (n = 57)

Auch hier zeigt sich das relativ ungünstigste Bild bei den Probanden mit Persönlichkeitsstörungen. Während ein Fünftel (20.0 %; n = 2) die berufliche Situation sogar als schlechter als bei der Entlassung aus dem Maßregelvollzug einschätzt und 70.0 % (n = 7) die Lage unverändert sehen, gehen nur 10.0 % (n = 1) von einer Verbesserung aus. Bei Schizophrenen liegt dieser Anteil vergleichbar auch zum Ergebnis für die Gesamtstichprobe bei einem Drittel (33.3 %; n = 9). Bei den Minderbegabten sind es in einer insgesamt aber kleineren Gruppe vier Fünftel, die von einer Verbesserung ausgehen (80.0 %; n = 4).

Interessante Unterschiede zeigen sich, wenn die verschiedenen Delinquenzgruppen untersucht werden. Bei den Gewaltstraftätern gibt es nur einen Probanden (4.2 %), der eine Verschlechterung der beruflichen Situation angibt. Es sind in dieser Gruppe jedoch auch am wenigsten Verbesserungen feststellbar (25.0 %; n = 6). Der größte Teil dieser Gruppe (70.8 %; n = 17) gibt eine stabile Situation bezogen auf dieses Kriterium an. Die Gruppe ohne Gewalt- und Sexualdelikte weist mit jeweils einem Drittel eine ausgeglichene Verteilung auf, hat aber mit 31.6 % (n = 6) einen vergleichsweise hohen Anteil verschlechterter Probanden. Die günstigste Verteilung zeigt sich bezogen auf die berufliche Situation für die Sexualstraftäter, in deren Gruppe 54.5 % eine verbesserte Situation angeben. Die Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ein signifikantes Ergebnis (10.69\*; df: 4), die Interpretation dieses Ergebnisses ist aufgrund der niedrigen Zellenbesetzung (44.4 % der Zellen haben erwartete Häufigkeit kleiner 5) nur eingeschränkt bzw. nicht (Bortz, 2008) interpretierbar.

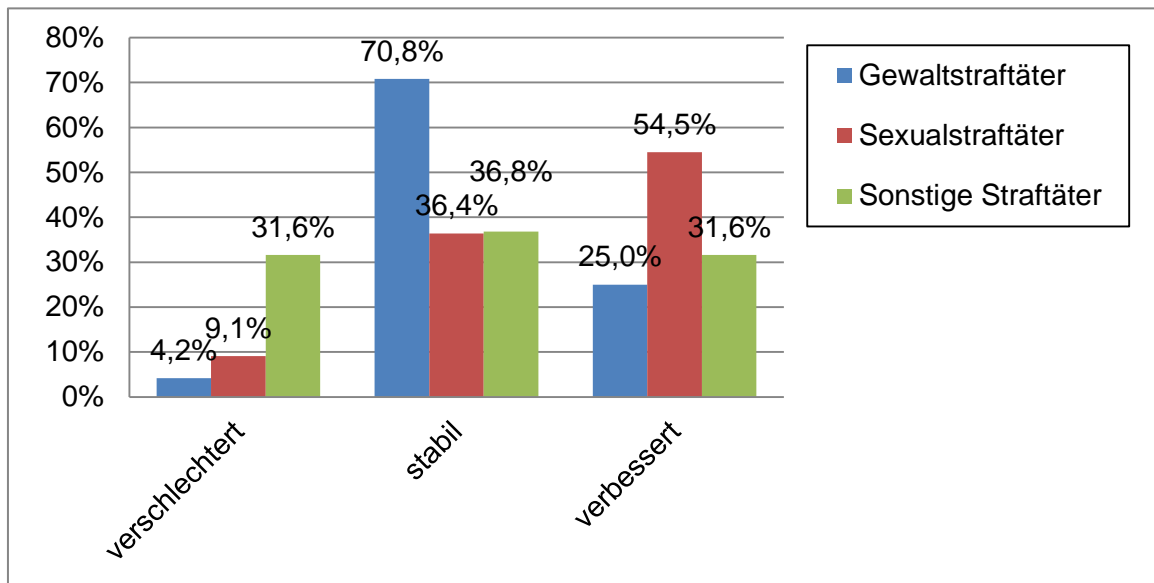


Abbildung 5.60: Veränderung der beruflichen Stellung nach einem Jahr in den verschiedenen Delinquenzgruppen, § 63 StGB-Patienten (n = 54)

Die letzte Einschätzung schließlich bezieht sich auf die soziale Integration, die der jeweilige Proband für sich selber wahrnimmt. Auch diese Einschätzung ist insgesamt sehr positiv, aber im Vergleich zur Besserung des Krankheitszustandes und der Persönlichkeit etwas weniger ausgeprägt. 8.1 % (n = 5) fühlen sich schlechter sozial integriert als noch bei der Entlassung. 23 (37.1 %) haben hier keine Veränderung wahrgenommen. Über die Hälfte der Probanden (54.8 %; n = 34) haben sogar das Gefühl, dass sie inzwischen besser integriert seien als noch ein Jahr zuvor. Diese Selbsteinschätzung der Probanden verbessert sich im weiteren zeitlichen Verlauf von zwei Jahren nochmals. Fast zwei Drittel (61.9 %) geben an, ihre soziale Integration in diesen beiden Jahren nochmals verbessert zu haben. Die Auswertung nach Hauptdiagnosen und nach Delinquenzgruppen ergibt bezüglich dieses Aspektes keine besonderen Auffälligkeiten, insbesondere keine, die statistische Signifikanz erreichen.

Insgesamt zeigt sich bei Selbsteinschätzungen, dass viele Probanden subjektiv Verbesserungen wahrnehmen, die insbesondere auch in der Zeit nach ihrer stationären Behandlung weiterhin wirksam sind oder so empfunden werden. Persönlichkeitsgestörte scheinen dabei in beide Richtungen (positiv und negativ) mehr Veränderungen zu bemerken, insbesondere was den psychischen Zustand betrifft. Bezogen auf die berufliche Situation werden in dieser Diagnosegruppe relativ häufig Verschlechterungen angegeben. Dies kann sich auf eine tatsächliche Verschlechterung beziehen, könnte aber auch an einer pessimistischeren Selbsteinschätzung bei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen liegen. Ein umgekehrter Einschätzungsbias könnte bei Minderbegabten vorliegen, die zumindest bei den beiden Aspekten psychischer Zustand und berufliche Entwicklung sehr optimistische Einschätzungen abgeben.

Was Unterscheidungen nach der jeweiligen Zuordnung zur Delinquenzgruppe der Gewaltstraftäter, der Sexualstraftäter und anderen Straftaten betrifft, ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Bezogen auf das psychische Zustandsbild werden am meisten Verbesserungen von den Probanden mit überwiegend Eigentumsdelikten angegeben. Bezogen auf die berufliche Situation werden gerade in dieser Gruppe am meisten Verschlechterungen angegeben.

### **5.3.2 Ergebnisse von erfolgreich behandelten § 64-Patienten**

Zur Entlassungsstichprobe wurden Angaben im entsprechenden Abschnitt gemacht. Im Gegensatz zu den Probanden aus der § 63-Stichprobe bestehen bei den Patienten, die nach § 64 StGB zur Behandlung einer Suchterkrankung untergebracht waren, andere Möglichkeiten einer Entlassung. Während ein Therapieabbruch und eine Entlassung aus diesem Grund aus der Forensik bei einer Behandlung nach § 63 nicht möglich ist, besteht diese Möglichkeit für die § 64-Patienten und trifft für einen relativ großen Teil der untersuchten Stichprobe zu. Deshalb soll im Folgenden auch diese Gruppe ausführlich analysiert werden.

Ein besonderes Augenmerk soll in der Auswertung auf die Gruppe gerichtet werden, die regulär — also nach Beendigung einer erfolgreichen Therapie — entlassen wurde.

Probanden, die aus der Klinik entwichen sind, können aus genau diesem Grund in der Regel ein Jahr später nicht befragt und somit auch nicht ausgewertet werden. Dies ist dann anders, wenn Probanden nach einer Flucht oder einem Lockerungsmissbrauch wieder in die Klinik zurückkehren oder von der Polizei zurückgebracht werden können. Je nach Schwere des Lockerungsmissbrauchs werden diese Patienten in manchen Fällen weiter behandelt, meist aber — vor allem im späteren Abschnitt des Untersuchungszeitraums — wird deren Behandlung abgebrochen. Somit werden sie im Anschluss dann der Gruppe der Therapieabbrecher zugerechnet, wenn die Therapie infolge des Lockerungsmissbrauchs abgebrochen wird.

Wenige Patienten wurden deshalb aus der Behandlung nach § 64 entlassen, weil die rechtlich mögliche Höchstfrist abgelaufen war. Diese Gruppe kann weder den erfolgreich Therapierten zugerechnet werden, weil sonst eine bedingte Entlassung innerhalb des vorgesehenen Zeitraums stattgefunden hätte, noch den Therapieabbrechern. Da diese Gruppe insgesamt sehr klein ist, kann sie bei der Auswertung der Ergebnisse nach einem Jahr vernachlässigt werden.

Bei der Befragung nach einem Jahr ergibt sich für die Probanden, die bedingt entlassen wurden, folgende Zusammensetzung:

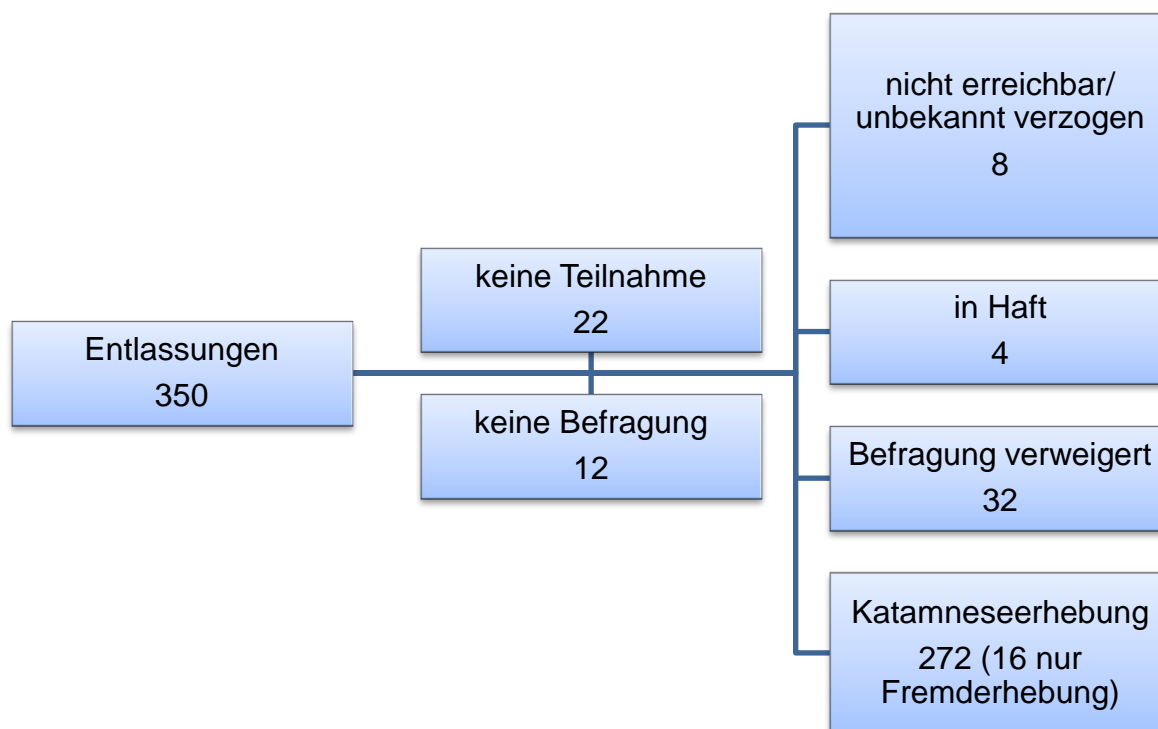


Abbildung 5.61: Teilnahme an der Katamnesebefragung nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB Patienten, (n = 350)

Von den 350 Probanden, die im festgelegten Zeitraum befragt wurden, konnten insgesamt zwölf (3.4 %) aus organisatorischen Gründen nicht in der Untersuchung berücksichtigt werden; in der Regel, weil die Durchführung von den zuständigen Untersuchern unterlassen wurde (Schwund). 22 (6.3 %) erklärten sich bereits bei ihrer Entlassung nicht bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Von zwei dieser Verweigerer konnten mit ihrem Einverständnis nach einem Jahr Fremdanfragen von Bewährungshelfern berücksichtigt werden. Somit kann bezüglich einer Teilnahmequote davon ausgegangen werden, dass von den 338 möglichen Kandidaten 316 also 93.5 % zu einer Teilnahme bereit waren.

In ihrer Bewertung problematischer sind die 32 Probanden (9.1 %), die die Befragung erst zum Befragungszeitpunkt nach einem Jahr verweigerten, weil dafür die Ursache in der Verdeckung eines negativen Verlaufs liegen kann. Für Probanden, die in der Zwischenzeit inhaftiert wurden (1.1 %; n = 4), ist in der Regel ebenfalls von einem negativen Verlauf auszugehen. Für diese beide Gruppen konnten die Angaben um vier Fremdkatamnesen von Bewährungshelfern ergänzt werden, weil die Probanden sich damit einverstanden erklärten. Für diejenigen, die nicht erreichbar oder unbekannt verzogen waren (2.3 %; n = 8), ist die Einschätzung unklar. Für die Bestimmung der unteren Schätzgrenze wird vom ungünstigeren Fall eines negativen Verlaufs ausgegangen.



Es ergibt sich somit eine Rücklaufquote von 80.5 %, wenn die schließlich 272 Nachbefragten mit den 338 Möglichen in Beziehung gesetzt werden.

Die Ergebnisse für die § 64-Patienten, deren Therapie abgebrochen wurde, werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

### **5.3.2.1 Entwicklung der sozialen Situation**

#### **a. Wohnsituation**

Ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der Unterbringung in einer Suchtklinik nach § 64 StGB leben mehr als die Hälfte der Probanden mit einem Partner oder in einer Familie (54.6 %; n = 147). Im Vergleich zur Situation bei der Entlassung (46.0 %) ist das nun ein größerer Anteil. Dagegen hat sich der Anteil der alleine bzw. selbständig lebenden von 43.0 % auf nun 35.4 % (n = 95) reduziert. Alle anderen Wohnformen sind in dieser Stichprobe sehr selten, ebenso wie schon zum Entlassungszeitpunkt. Hier zeigt sich ein Unterschied für die Gruppe, die in Heimen oder Übergangseinrichtungen untergebracht ist von 6.6 % auf 3.7 % (n = 10).

Laut ihrer Angaben hat bei zwei Fünftel (39.5 %; n = 105; missing: 6) in der Zwischenzeit ein Wohnungswechsel stattgefunden. Als Begründung wird häufig eine Verbesserung der Wohnsituation angegeben. Es sei beispielsweise eine größere, schönere oder kostengünstigere Wohnung gefunden worden. In einigen Fällen wurde auch eine bereits begonnene Resozialisierung in einer Übergangseinrichtung in Richtung einer selbständigeren Wohnform fortgesetzt. Einige Probanden machen berufliche Gründe für einen Wohnungswechsel geltend, sie seien unter anderem näher an eine Arbeitsstelle gezogen oder hätten eine Arbeitsstelle gewechselt. Bei einem eher geringeren Anteil aus dieser Gruppe scheinen auch negative Entwicklungen damit verbunden zu sein, wie zum Beispiel die Schwierigkeit, dauerhaft an einem Ort Fuß zu fassen oder die Trennung in einer Partnerschaft. Positiv anzumerken bleibt sicherlich auch weiterhin, dass nach einem Jahr lediglich ein Proband (0.4 %) angibt, obdachlos zu sein.

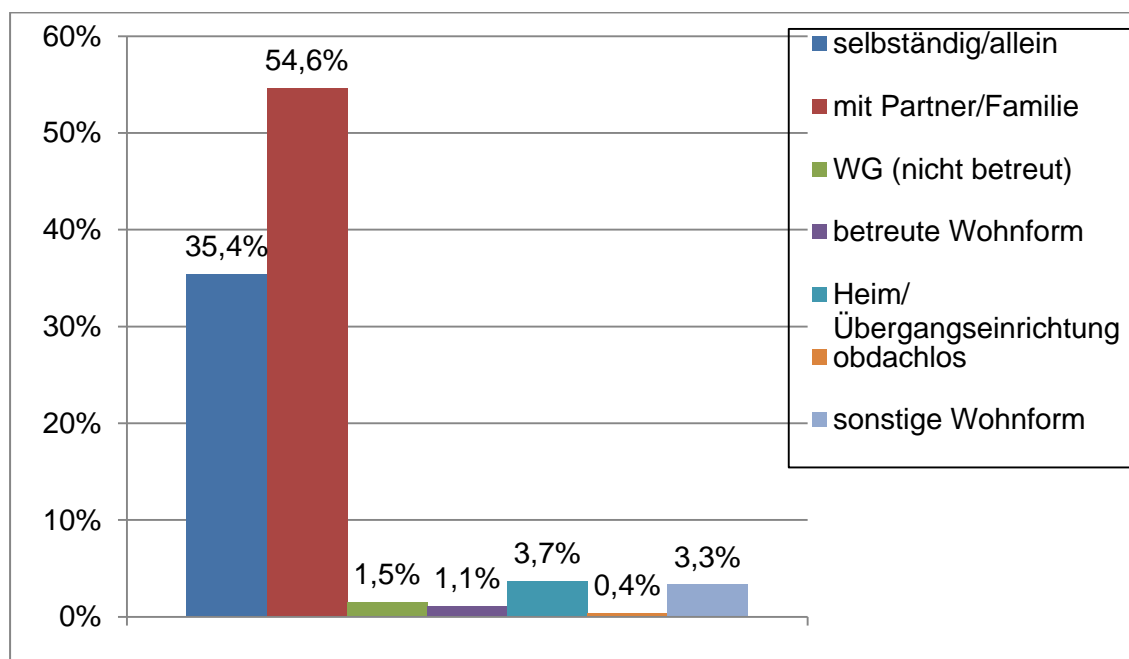


Abbildung 5.62: Wohnsituation nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 272; missing: 3)

Die beiden Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich deutlich in Hinblick auf die verschiedenen Wohnformen. Mit 33,8 % (n = 26) wohnen etwas weniger Alkoholiker selbständig als Drogenabhängige (36,2 %; n = 67). Es leben aber auch deutlich weniger in Partnerschaften oder in ihrer Familie (49,4 %; n = 38 vs. 58,4 %; n = 108). Alkoholiker befinden sich auch ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der Forensik deutlich häufiger in betreuten Wohnformen und in sozialtherapeutischen Übergangseinrichtungen (11,7 %; n = 9 vs. 0,5 %; n = 1). Aufgrund der einzelnen niedrigen Zellenbesetzungen (8 der Zellen (57,1 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5) kann kein Chi-Quadrat-Test durchgeführt werden.

Am häufigsten kommen Wohnungswechsel in der Tätergruppe mit Sexualdelikten vor (62,5 %; n = 5). Die Auswertung und Interpretation für diese Gruppe ist problematisch, weil ihr mit insgesamt acht Probanden nur ein sehr kleiner Teil der Gesamtgruppe angehört. Für die weiteren deutlich größeren Gruppen sticht vor allem der relativ hohe Anteil von 42,1 % (n = 53) bei den BtMG-Delinquenten hervor. Am stabilsten zeigen sich die Eigentumsdelinquenten mit nur 31,7 % (n = 20) Wohnungswechsel im ersten poststationären Jahr.

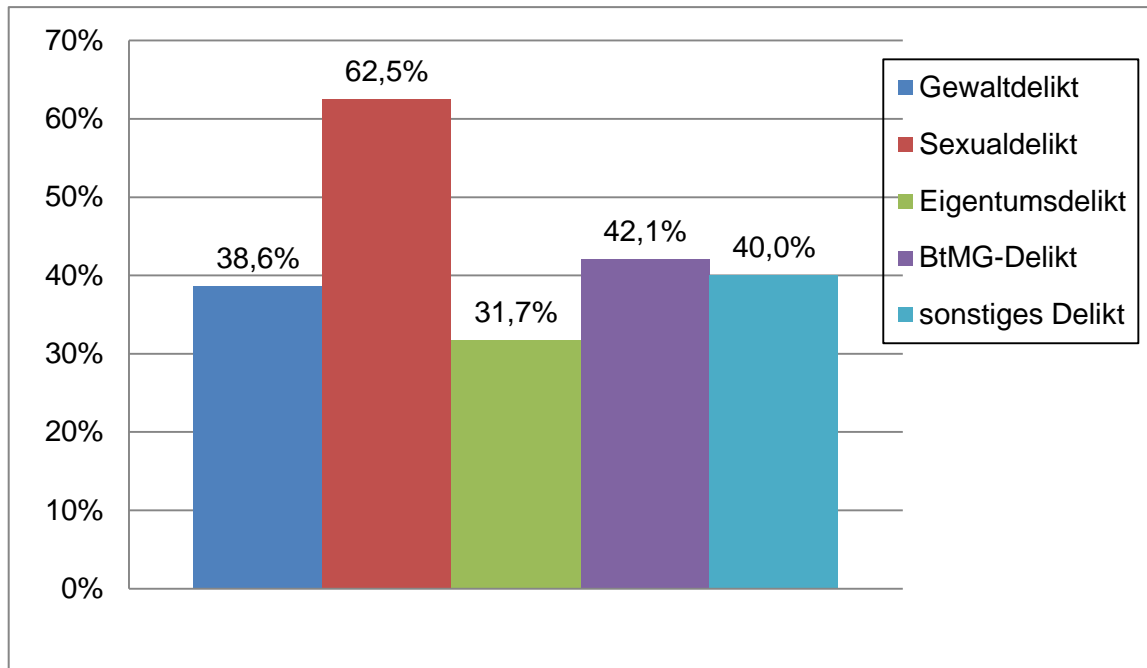


Abbildung 5.63: Wohnungswechsel innerhalb eines Jahres in den verschiedenen Delinquenzgruppen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 272; missing: 6)

## b. Berufliche Situation

In ihrer beruflichen Situation kann etwas mehr als ein Drittel (37.4 %; n = 99) den angestrebten Zustand eines vollschichtigen, sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses erreichen. Gemeinsam mit Teilzeitbeschäftigten, Minijobbern und Probanden, die in einem Ausbildungsverhältnis sind, befindet sich die Hälfte in einem Arbeitsverhältnis, aus dem Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden und in dem Rentenansprüche von den Probanden erworben werden (49.0 %). 4.2 % (n = 11) betätigen sich in einer arbeitstherapeutischen Maßnahme, ein sehr geringer Anteil von 1.5 % (n = 4) ist bereits berentet. Die Tätigkeit in einer Werkstätte für behinderte Menschen spielt bei diesem Klientel im Gegensatz zu den § 63-Patienten mit 0.4 % (n = 1) keine Rolle. Ein Drittel der Probanden (35.9 %) ist arbeitslos, befinden sich also in einer ungünstigen Situation in Bezug auf ihre berufliche Stellung. Besonders ungünstig ist diese Situation für diejenigen, bei denen eine Arbeitslosigkeit schon seit längerer Zeit vorliegt. Länger als ein halbes Jahr ist das bei insgesamt jedem Sechsten (16.2 %) der Fall. Bei den 11.0 %, bei denen eine Arbeitslosigkeit erst seit weniger als drei Monaten besteht, ist die Wahrscheinlichkeit sicher größer, dass es sich nur um einen vorübergehenden Zustand handelt. Bei den sonstigen Beschäftigungsformen werden meist verschiedene Arten einer Mischform angegeben, häufig auch Versuche der Probanden, schrittweise eine Selbständigkeit zu beginnen.

Im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt stellt das insoweit eine Verschlechterung dar, da der Anteil der Arbeitslosen von 4.0 % deutlich zugenommen hat, was eine direkte Abnahme des Anteils sozialversicherungspflichtig Beschäftigter von damals 56.7 % zur Folge hat.

Tabelle 5.70: Arbeitssituation nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 272)

Arbeitssituation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 265)
Minijob	8	3.0
sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Teilzeit	3	1.1
sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Vollzeit	99	37.4
Ausbildungsverhältnis	20	7.5
Berentung	4	1.5
Arbeitstherapeutische Maßnahme	11	4.2
WfbM	1	0.4
arbeitslos seit einem Monat	15	5.7
arbeitslos seit 2 - 3 Monaten	14	5.3
arbeitslos seit 4 - 6 Monaten	23	8.7
arbeitslos seit 7 - 9 Monaten	15	5.7
arbeitslos seit über 9 Monaten	28	10.5
sonstiges	24	9.0
missing	7	
Gesamt	272	

Wenn man die jeweilige berufliche Situation mit den Hauptdiagnosegruppen in Beziehung setzt, können mehr Alkoholiker als Drogenabhängige ein vollschichtiges sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis erreichen (41.3 %; n = 31 vs. 35.5 %; n = 65). Auch bei Betrachtung der Arbeitslosigkeit fällt ein günstigeres Ergebnis für die Alkoholikergruppe auf. Der Gesamtanteil ist in beiden Gruppen mit 36.0 % bei den Alkoholikern annähernd gleich zu 36.6 % bei den Drogenabhängigen. Sowohl bei Arbeitslosigkeit, die länger als 7 Monate besteht, vor allem aber seit über 9 Monaten ist der Anteil bei den Drogenabhängigen deutlich höher als bei den Alkoholikern. Drogen-

abhängige scheinen deutlich größere Probleme zu haben, wieder eine Arbeit zu finden, wenn sie einmal arbeitslos geworden sind. Auch hier ist die Zellenbesetzung für einen Chi-Quadrat-Test zu gering.

*Tabelle 5.71:* Kreuztabelle zur Arbeitssituation nach einem Jahr nach Hauptdiagnosegruppen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 272; missing: 14), Prozentuale Anteile in Klammern

Berufliche Stellung	Alkoholiker	Drogenabhängige	Gesamt
<b>Minijob</b>	0 (0.0)	8 (4.4)	8 (3.1)
<b>sozialversicherungs- pflichtiges Arbeits- verhältnis Teilzeit</b>	1 (1.3)	2 (1.1)	3 (1.2)
<b>sozialversicherungs- pflichtiges Arbeits- verhältnis Vollzeit</b>	31 (41.3)	65 (35.5)	96 (37.2)
<b>Ausbildungsverhältnis</b>	3 (4.0)	17 (9.3)	20 (7.8)
<b>Berentung</b>	3 (4.0)	1 (0.5)	4 (1.6)
<b>Arbeitstherapeutische Maßnahme</b>	5 (6.7)	4 (2.2)	9 (3.5)
<b>WfbM</b>	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.4)
<b>arbeitslos seit einem Monat</b>	6 (8.0)	9 (4.9)	15 (5.8)
<b>arbeitslos seit 2 - 3 Monaten</b>	6 (8.0)	7 (3.8)	13 (5.0)
<b>arbeitslos seit 4 - 6 Monaten</b>	8 (10.7)	15 (8.2)	23 (8.9)
<b>arbeitslos seit 7 - 9 Monaten</b>	1 (1.3)	14 (7.7)	15 (5.8)
<b>arbeitslos seit über 9 Monaten</b>	6 (8.0)	22 (12.0)	28 (10.9)
<b>sonstiges</b>	4 (5.3)	19 (10.4)	23 (8.9)
<b>Gesamt</b>	75 (100.0)	183 (100.0)	258 (100.0)

Ähnlich wie bei der beschriebenen Wohnsituation fand auch in beruflicher Hinsicht bei etwa zwei Fünftel (42.5 %; n = 97) ein Wechsel statt. Wie bereits aus dem deutlichen Unterschied zur beruflichen Situation bei Entlassung hervorgeht, besteht der häufigste Wechsel von einer regulären Beschäftigung in die Arbeitslosigkeit. Dafür werden von den Probanden verschiedene Gründe angegeben, teilweise solche, die im Beschäftigungsverhältnis liegen, wie Unregelmäßigkeiten in der Lohnzahlung oder ein schlechtes Betriebsklima. Andererseits werden aber auch selbstverschuldete Wechsel wie eine wiederholte Rückfälligkeit angegeben, die zu einer Kündigung durch den Arbeitgeber führte. Es werden aber durchaus auch günstige Entwicklungen beschrieben, wie der erfolgreiche Abschluss einer Ausbildung oder die Übernahme aus einem Leiharbeitsverhältnis oder einer befristeten Beschäftigung in eine unbefristete Festanstellung. In einigen Einzelfällen wird auch die Beendigung eines Arbeitsverhältnisses angegeben, weil Probanden jetzt mit der Erziehung eines Kindes beschäftigt seien.

Weder die Hauptdiagnosegruppen noch die Hauptdeliktgruppen unterscheiden sich in diesem Merkmal deutlich.

Trotz dieser teilweise beruflich unbefriedigenden Situation ist der weitaus größte Teil der Antworten in Bezug auf die Frage nach einer gesicherten finanziellen Situation positiv. Mehr als 90 % (90.3 %) beschreiben ihre Lage als günstig.

Das Einkommen setzt sich dabei aus Arbeitslohn (43.6 %; n = 112; missing: 15), aus Lohnersatzleistungen (35.8 %; n = 92), Sozialhilfe/Grundsicherung (5.5 %; n = 14) und bei 5 Probanden (1.9 %) aus Rente zusammen. Bei 13.2 % (n = 34) wird eine sonstige Einkommensform, meist eine Mischung aus verschiedenen Einkommen, angenommen.

### c. Familiäre Situation

Was den Familienstand betrifft, wird in der Befragung vor allem auf eine Änderung seit der Entlassung geachtet. Innerhalb eines Jahres findet hier bei einem größeren Teil von 84.5 % (n = 224; missing: 10) keine Veränderung statt. Anders als noch zum Zeitpunkt der Entlassung lebt der größte Anteil nun in einer festen Partnerschaft (44.7 %; n = 119), gemeinsam mit den Verheirateten sind das sogar zwei Drittel (64.6 %; n = 172). Der Anteil der Alleinstehenden hat sich von 47.3 % auf nun 22.2 % halbiert. Obwohl auch in Beziehungen für die Probanden Risiken zur Destabilisierung liegen, spricht diese Entwicklung für eine positive Tendenz.

Tabelle 5.72: Familienstand ein Jahr nach Entlassung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 272)

Familienstand	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 266)
alleinstehend	59	22.2
geschieden/getrennt lebend	34	12.8
verwitwet	1	0.4
feste Partnerschaft/eheähnliche Gemeinschaft	119	44.7
verheiratet	53	19.9
missing	6	
Gesamt	272	100.0

### d. Zusammenfassung der sozialen Situation

Ein Jahr nach der Entlassung lebt der größte Teil der § 64-Stichprobe mit über der Hälfte mit einem Partner oder einer Familie, gefolgt von einem Drittel, das alleine wohnt. Alle anderen Wohnformen spielen eine eher untergeordnete Rolle. In der Alkoholiker-Subgruppe fallen anteilmäßig betreute Wohnformen und sozialtherapeutische Einrichtungen etwas mehr ins Gewicht.

Im beruflichen Bereich kann positiv vermerkt werden, dass jeder zweite Proband ein Beschäftigungsverhältnis inne hat, welches zum Erwerb von Sozialversicherungsansprüchen führt, insgesamt über ein Drittel mit einem Vollzeit-Arbeitsplatz. Die beiden Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich bei diesen vollschichtigen Arbeitsplätzen, welche mehr Alkoholiker als Drogenabhängige erreichen können, und bei der Arbeits-

losigkeit. Bei den Alkoholikern liegt der Hauptanteil einer Arbeitslosigkeit bei bis zu einem halben Jahr, bei den Drogenabhängigen liegt der Hauptanteil darüber. Drogenabhängige zeigen mehr Probleme, wieder einen Arbeitsplatz zu finden, nachdem sie arbeitslos geworden sind.

### **5.3.2.2 Psychopathologischer Verlauf nach Entlassung**

#### **a. Suchtverlauf**

Bei den ehemaligen § 64-Patienten ist es ein wichtiges Kriterium, wie sich die Suchterkrankung im Jahr nach der Entlassung weiterentwickelt hat. Es stellt sich die Frage, wie die Probanden nach ihrer Entlassung mit den erhöhten Freiheitsgraden umgehen können und ob es ihnen gelingt, die Strategien in Freiheit umzusetzen, die in der stationären Therapie mit deutlichen Einschränkungen der Freiheit und somit auch weniger Risikosituationen erarbeitet wurden. Auch Stabilisierungseffekte, die innerhalb einer stationären Einrichtung hergestellt werden können, fallen in Freiheit oft weg. Probanden müssen erproben, ob sie auch schwierige Situationen in Bezug auf Beruf oder auf eine Beziehung ohne Suchtmittel bewältigen können.

Es liegen eigene Angaben von 251 der 272 Probanden vor, fünf verweigerten die Angabe auf diese Frage innerhalb der durchgeführten Ein-Jahres-Katamnese. Bei den anderen 16 Probanden lagen aus durchführungsbedingten Gründen nur Fremangaben vor, ohne dass das auf eine fehlende Teilnahmebereitschaft schließen lassen würde. Während von den 350 Entlassenen diejenigen nicht berücksichtigt werden, die bereits bei ihrer Entlassung nicht zur Teilnahme bereit waren oder von den Untersuchern aus verschiedenen Gründen vergessen wurden, sollen die 4 in Haft Befindlichen, die 8 unerreichbar Verzogenen ebenso wie die 32, die bei der Einjahres-Befragung die Teilnahme ablehnen, als Berechnungsgrundlage dienen. Somit würden im Idealfall 300 Antworten auf die Frage erwartet. Mehr als 40 % gelingt in diesem Zeitraum eine vollständige Abstinenz (41.0 %;  $n = 123$ ), mehr als jeder Sechste konnte einen recht stabilen Zustand nach einem Suchtrückfall wieder herstellen (17.4 %;  $n = 52$ ). Diese Zahlen stellen die untere Schätzgrenze dar, weil die 8 Probanden, die die Antwort auf diese Frage verweigerten, die 32, die die Befragung insgesamt verweigerten und die 12, die in Haft oder nicht mehr auffindbar waren, negativ in die Bewertung eingingen. Obwohl es unwahrscheinlich ist, dass all diese Probanden inzwischen wieder dauerhaft konsumieren, kann das nicht ausgeschlossen werden. Für die obere Schätzgrenze werden die Probanden mit diesen fehlenden Angaben nicht berücksichtigt. Eine obere Schätzgrenze ergibt 49.0 % für Abstinente und 20.7 % für diejenigen, denen eine Abstinenz



nach einem Rückfall gelang. 4.3 - 5.1 % (n = 13) der Probanden sind nach einem Jahr substituiert. Das bedeutet, dass sie eine medizinisch verordnete Substanz als Ersatz für Heroin erhalten. Dies stellt einen Behandlungsversuch für stark betroffene Abhängige dar, um zum einen durch die medizinische Substanz Nebenwirkungen zu verringern und zum anderen auch für die Abhängigen kriminelle Handlungen zum Erwerb von Heroin zu verhindern. Somit kann dies sicher nicht als optimales Behandlungsziel gewertet werden, zum anderen stellt es aber für schwer Betroffene ein deutlich besseres Ergebnis als einen dauerkonsumierenden Zustand dar. Mindestens ein Viertel der ehemaligen Patienten (25.2; n = 63) nehmen insgesamt einen ungünstigen Verlauf, weil sie dauerhaft (12.0 %; n = 30) oder zumindest unregelmäßig (13.2 %; n = 33) konsumieren. Wenn die Verweigerer als dauerhaft konsumierend gewertet werden, ergeben sich 26.3 % (n = 79). Auch innerhalb dieser Gruppe ist differenzierend zu berücksichtigen, dass insbesondere bei den unregelmäßig Konsumierenden eine zumindest geringfügige Verbesserung im Vergleich zum Zustand vor der Behandlung vorliegen kann.

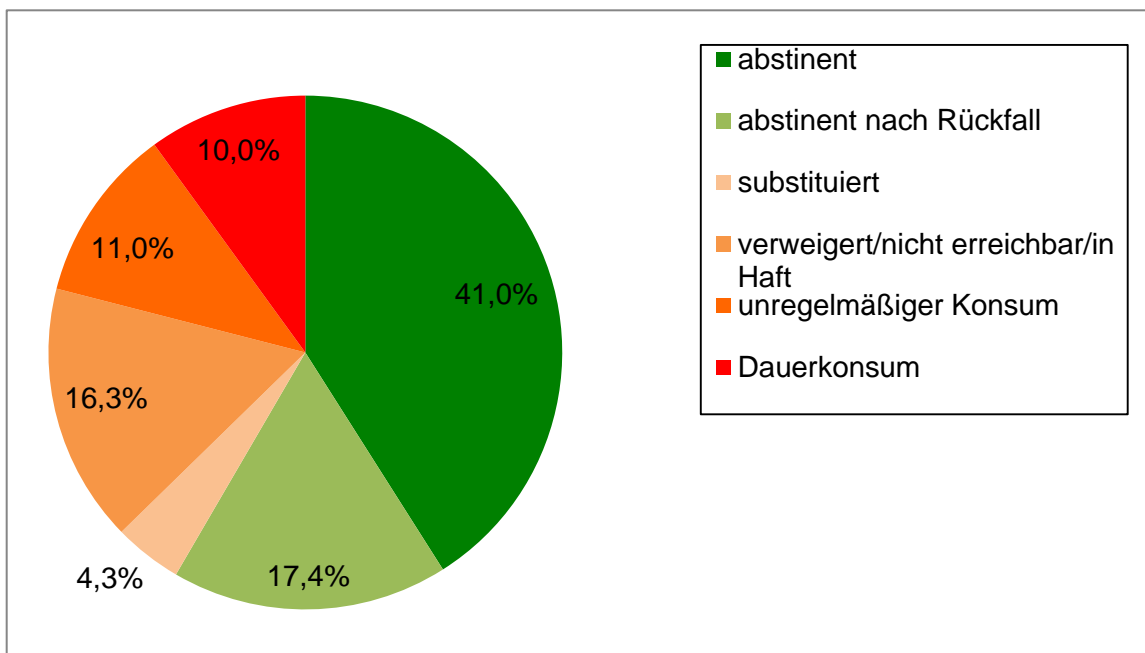


Abbildung 5.64: Suchtverlauf nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 300)

Tabelle 5.73: Untere und obere Schätzgrenze der Suchtrückfälligkeit nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 300)

Suchtrückfälligkeit	Häufigkeit	Untere Schätzgrenze Gültige Prozent (n = 300)	Obere Schätzgrenze Gültige Prozent (n = 251)
abstinent	123	41.0	49.0
abstinent nach Rückfall	52	17.4	20.7
unregelmäßiger Konsum	33	11.0	13.2
Dauerkonsum	30	10.0	12.0
substituiert	13	4.3	5.1
verweigert/ nicht erreichbar/ in Haft	49	16.3	
Gesamt	300	100.0	100.0

Eine Auswertung dieses Kriteriums nach den Hauptdiagnosegruppen Alkoholiker und Drogenabhängige ergibt nur geringe Unterschiede. Am auffälligsten ist der Unterschied bei substituierten Probanden. Diese Einschätzung kommt nur bei den Drogenabhängigen vor, weil diese Behandlung auch nur bei dieser Indikation angebracht ist. Der Anteil dieser bei den Drogenabhängigen substituierten Probanden verteilt sich bei den Alkoholikern auf Dauerkonsumierende, Abstinente und Abstinente nach einem Rückfall. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant.

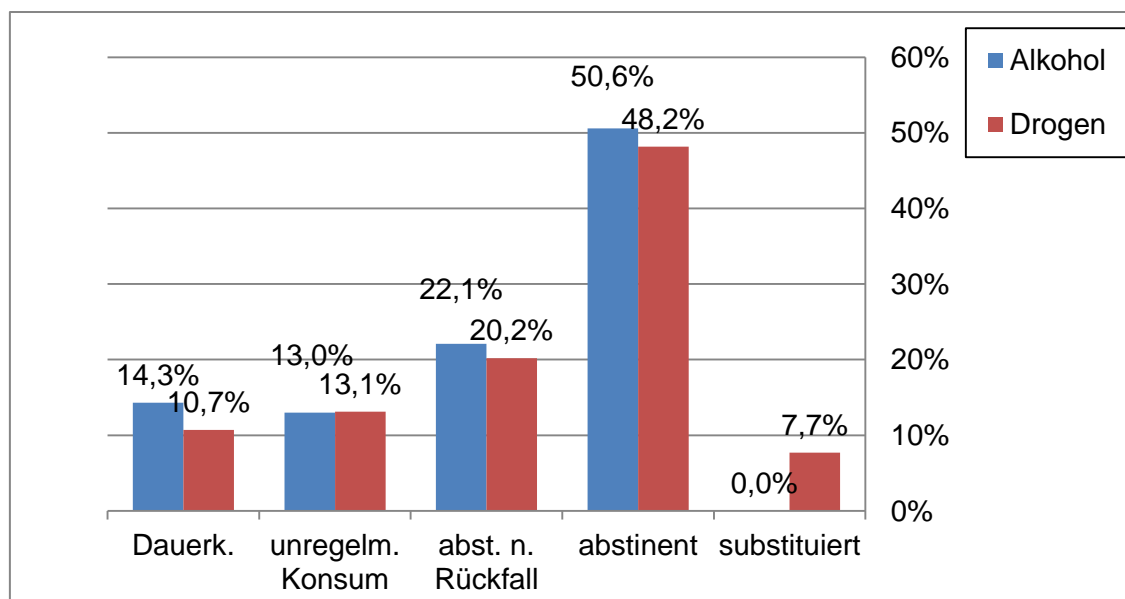


Abbildung 5.65: Suchtverlauf nach Hauptdiagnosegruppen Alkoholiker und Drogenabhängige, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 245)

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass mehr als 90 % der suchtrückfälligen Probanden bereits im ersten halben Jahr nach ihrer Entlassung wieder konsumiert haben. Jeder vierte Rückfällige hat seinen ersten Rückfall sogar sofort nach seiner Entlassung. Dies stellt besonders deshalb auch ein interessantes Ergebnis dar, weil sich viele Patienten in der Behandlung sehr sicher sind, keinen Rückfall zu begehen. Sie haben die Hoffnung, dies über einen längeren Zeitraum zu schaffen, und befürchten am ehesten dann Probleme, wenn sich über einen längeren Zeitraum verschiedene Probleme kumulieren. Kaum ein Proband geht aber davon aus, dass ein Rückfall bereits sehr kurz nach der Entlassung auftreten könnte. Der zweite interessante Teil dieses Ergebnisses ist dabei, dass nach einem überstandenen ersten Halbjahr nach Entlassung kaum noch Rückfälle auftreten. Weniger als jeder zehnte Rückfall fand in diesem Zeitraum statt (8.2 %; n = 11).

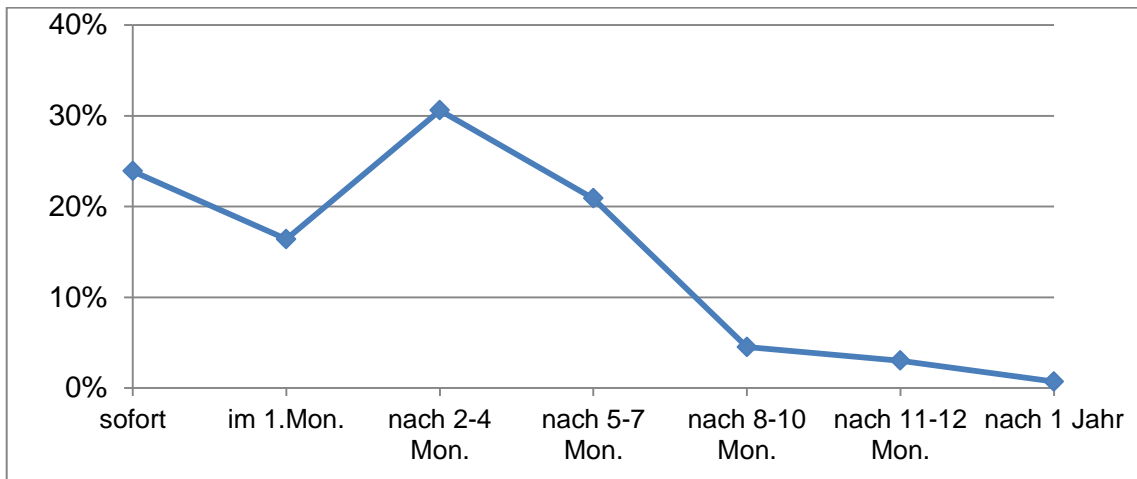


Abbildung 5.66: Zeitpunkt des Rückfalls nach der Entlassung, Angaben in Prozent, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 134)

Im Vergleich der beiden Hauptdiagnosegruppen zeigen sich häufigere frühzeitige Rückfälle bei den drogenabhängigen Probanden. Alkoholiker scheinen ihre Abstinenzmotivation etwas länger aufrechterhalten zu können oder sie können länger in bestimmten Risikosituationen widerstehen.

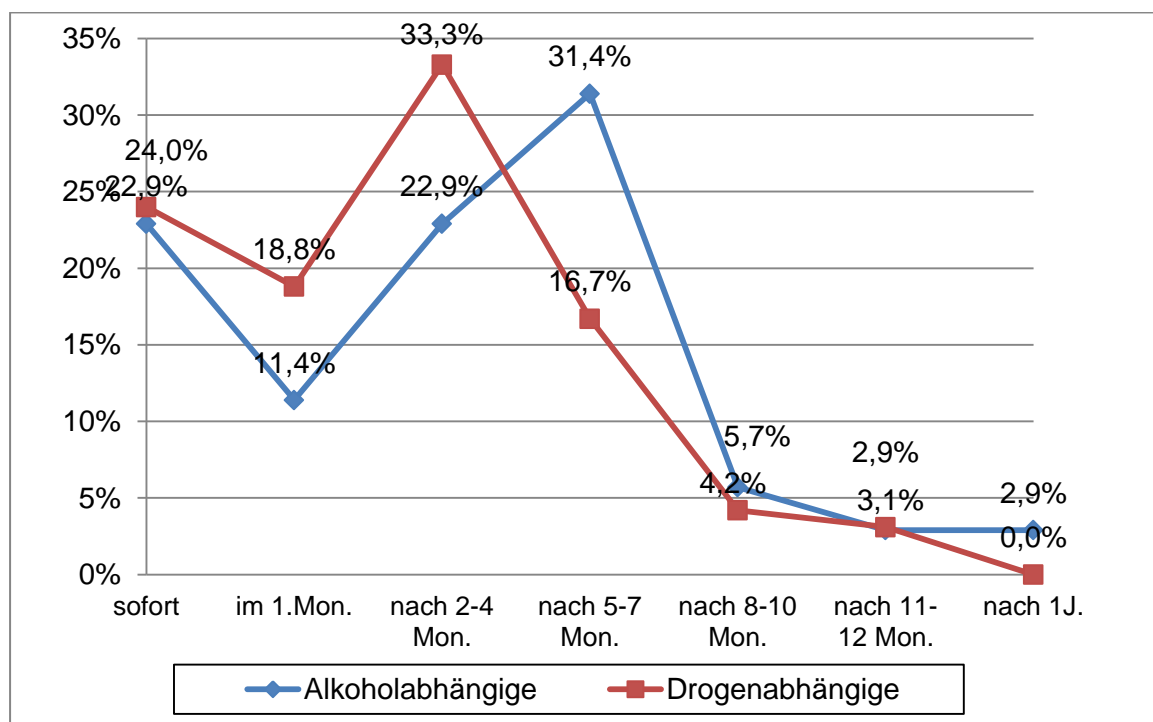


Abbildung 5.67: Zeitpunkt des Rückfalls nach der Entlassung, Angaben in Prozent, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 134), Alkoholabhängige n = 35; Drogenabhängige n = 96

Auf die Frage nach der Anzahl der stattgefundenen Rückfälle gibt ein Drittel der Rückfälligen (36.1 %; n = 43) Dauerkonsum an. Auch dies dürfte ein wichtiges Ergebnis für Behandlungskonzepte und als Rückmeldung an Patienten und Behandler sein. Es zeigt die Gefahr der schnellen Ausweitung eines Rückfalls in ein Muster des Dauerkonsums. In der Behandlung wird versucht darauf einzugehen, indem Patienten in ihrer Behandlung damit vertraut gemacht werden, dass ein Rückfall auftreten kann und sie sollen erlernen, wie sie mit diesem Rückfall umgehen können, ohne komplett aufzugeben und wieder dauerhaft zu konsumieren. Dies gelingt in vorliegender Stichprobe immerhin jedem vierten Rückfälligen (22.7 %; n = 27), weitere 18.5 % (n = 22) schaffen es, die Rückfälle auf zwei bis vier einzuschränken.

Tabelle 5.74: Häufigkeit der Rückfälle, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 119)

Häufigkeit der Rückfälle	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 119)
<b>1 Rückfall</b>	27	22.7
<b>2-4 Rückfälle</b>	22	18.5
<b>5-6 Rückfälle</b>	5	4.2
<b>mehr als 6 Rückfälle</b>	22	18.5
<b>Dauerkonsum</b>	43	36.1
<b>Gesamt</b>	119	100.0

38.8 % (n = 54) der Probanden geben an, dass bei ihren Rückfällen Alkohol als Präferenz-Suchtmittel die Hauptrolle spielt, bei 42.4 % (n = 59) sind dies Drogen. 25 Probanden (18.0 %) geben multiplen Konsum an und ein Proband (0.7 %) Medikamente. Mit 86.2 % (n = 112) geben die meisten an, dass bei ihnen keine Suchtmittelverlagerung stattgefunden hat. 11.5 % (n = 15) geben an, dass sie nun zwar nicht mehr wie vor der Behandlung Drogen konsumieren würden, sondern sich auf Alkohol beschränken. Bei 2.3 % (n = 3) fand eine vermutlich ungünstigere Verlagerung von Alkohol zu Drogen statt.

Wie bereits erwähnt, kann nicht bei jedem behandelten Patienten das Optimalziel Suchtmittelfreiheit erreicht werden. Um geringfügigere Erfolge nicht zu unterschätzen, ist eine differenzierte Betrachtung der Verläufe und weiterer Parameter unerlässlich. So wird von Forensikern unter anderem angeführt, dass auch die suchtmittel- und straffreie Zeit während der Unterbringung als Teilerfolg zu werten sei. Einen interessanten Parameter stellt die Frage nach einem veränderten Konsummuster bei Rückfälligen dar. Hier geben 52 (42.6 %) der 122 Probanden, die diese Frage beantwortet haben, an, dass keine Veränderung stattgefunden habe, einer (0.8 %) geht sogar von einem ungünstigeren (verbreiterten) Konsummuster aus. Positiv ist der hohe Anteil derer zu sehen, die eine Einengung des Konsums beschreiben, was für mehr als die Hälfte zutrifft (56.6 %; n = 69). Dies kann sich auf eine geringere Menge oder Häufigkeit von Alkohol oder Drogen beziehen oder aber auch auf den Gebrauch von weniger gefährlichen Drogen.

Der größere Anteil (60.8 %; n = 73) der 120 Antworten ergibt als Rückfallsituation eine gesellschaftliche Situation, was die Wichtigkeit der Berücksichtigung und möglicherweise Beeinflussung des sozialen Umfeldes zeigt. Aber auch ohne die Berücksichti-

gung dieses sozialen Zusammenhanges besteht die Gefahr eines Rückfalls, wie die 39.2 % (n = 47) zeigen, die ihren Rückfall alleine begehen. Die beiden Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich hier in Bezug auf Rückfallsituationen. Zwei Drittel der Alkoholiker (67.7 %; n = 21) geben als Rückfallsituation „in Gesellschaft“ an, was bei den Drogenabhängigen nur bei 58.1 % (n = 50) der Fall ist.

Zu spezifischen Rückfallauslösern wird von den Patienten am häufigsten angegeben, dass eine (emotional) belastende Situation zum erneuten Konsum geführt habe (42.4 %; n = 50), gefolgt von Leichtsinn und Überschätzung mit 20.3 % (n = 24). Weniger häufig wird sozialer Druck (6.8 %; n = 8), eine Feier (14.4 %; n = 17) oder auch kein spezifischer Auslöser (8.5 %; n = 10) angegeben. Auch der Handel mit Drogen als Auslöser für einen Rückfall spielt nur eine untergeordnete Rolle (1.7 %; n = 2). Unter den sieben sonstigen befinden sich Angaben wie Langeweile und geplanter Genuss.

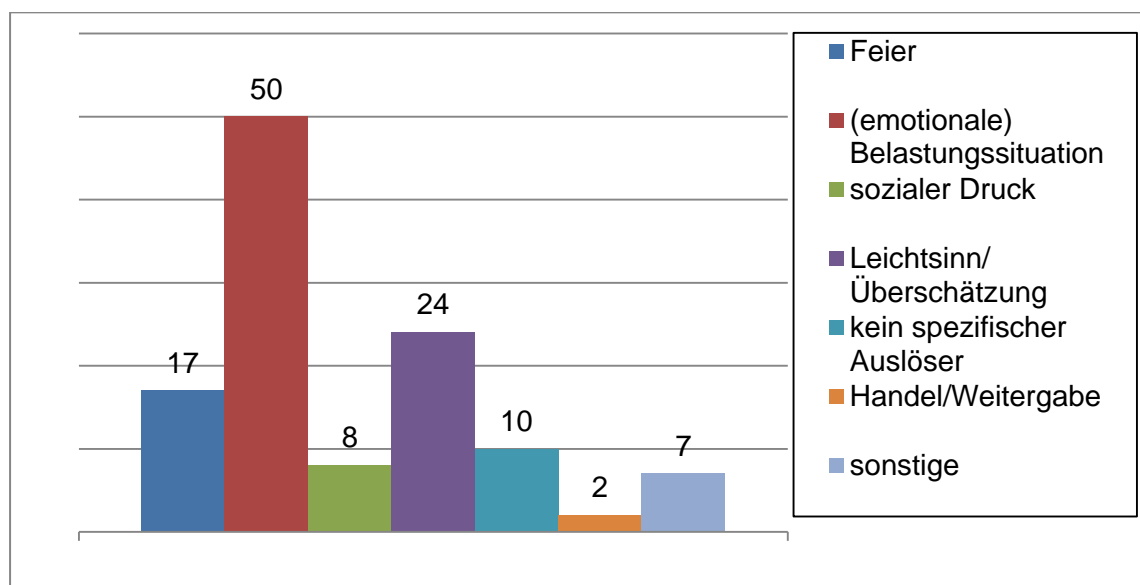


Abbildung 5.68: Rückfallauslöser, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 118)

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Behandlung Suchtkranker ist die Planung von Hilfsmaßnahmen, bei denen andere Menschen, sei es aus dem privaten Umfeld oder aus dem professionellen Helferkreis, miteinbezogen werden. Hier liegen Angaben von 127 Rückfälligen vor. Mit 56 (44.1 %) ergreift nahezu die Hälfte keinerlei Eigeninitiative bezüglich einer Hilfsmaßnahme. Dies ist insbesondere deshalb bemerkenswert, da in der Therapie viel Gewicht darauf gelegt wird und auch viele Patienten in ihrer stationären Behandlung betonen, wie wichtig es für sie sei, dass sie die Inanspruchnahme von Hilfe gelernt hätten und dass sie ganz sicher darauf zurückgreifen würden. Auch in der Inanspruchnahme von Hilfe unterscheiden sich die beiden Hauptdiagnosegruppen. Über die Hälfte der Alkoholiker übernehmen nach einem Rückfall überhaupt keine Initiative dazu (53.1 %; n = 17), bei den Drogenabhängigen sind es nur 40.9 % (n = 38).

Dementsprechend nimmt über ein Drittel (36.6 %; n = 34) der Drogenabhängigen selbstständig fachliche Hilfe in Anspruch, bei den Alkoholikern nur gut ein Fünftel (21.9 %; n = 7).

Insgesamt 16 ehemalige Patienten (12.6 %) holen sich Unterstützung von Freunden oder von ihrer Familie. Dies entspricht zwar keiner professionellen Hilfestellung, wird aber im Behandlungsplan als zusätzlicher Baustein so besprochen. Selbsthilfegruppen spielen mit einer einzigen Nennung (0.8 %) so gut wie keine Rolle, jeder Zehnte gibt an, eine Mischform an Hilfen verwendet zu haben.

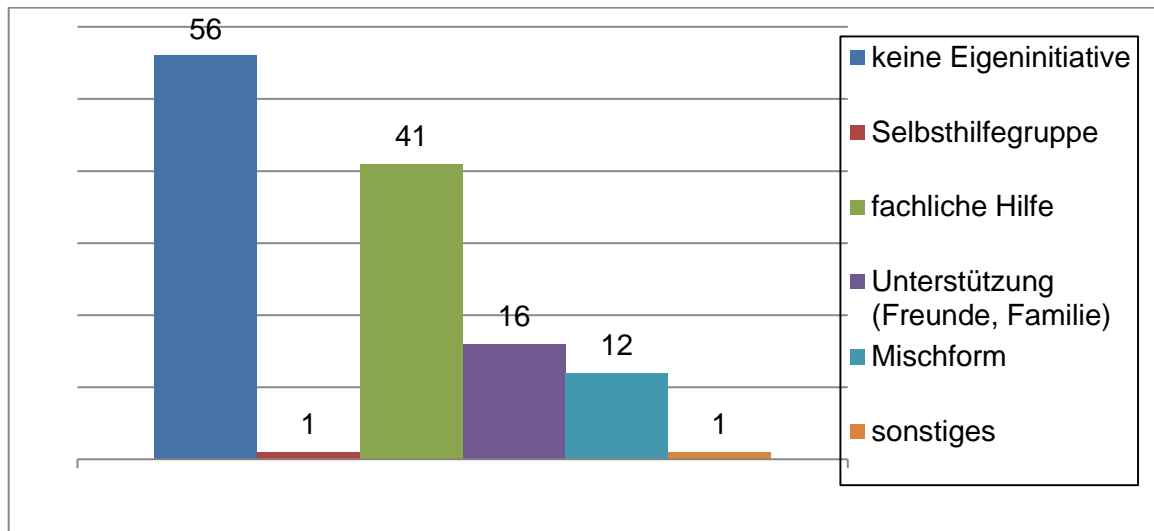


Abbildung 5.69: Hilfesuchverhalten, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 127)

Außer diesen, auf Suchtverhalten bezogenen Fragen wurde auch der weitere stationäre und ambulante Behandlungsverlauf untersucht. Hier zeigt sich als Ergebnis, dass fast 15 % (14.8 %; n = 38; missing: 19) angeben, im weiteren Verlauf erneut stationär behandelt worden zu sein. Am häufigste handelt es sich hier um kurzfristige Entgiftungsbehandlungen (n = 28), die in der Regel bei massiven Suchtrückfällen durchgeführt werden. Drei Probanden gaben an, an einer weiteren Entwöhnungsmaßnahme teilgenommen zu haben, eine eher längerfristige Behandlungsmethode. Es spielen aber auch allgemeinspsychiatrische Aufnahmen zur Krisenintervention oder zur Behandlung einer psychiatrischen Begleiterkrankung (n = 8) eine Rolle. Bei den 4 sonstigen Aufnahmen zeigt sich die Zunahme der gesetzlich neu geregelten forensischen Kriseninterventionen nach § 67 h StGB. 24 Probanden gaben an, sich freiwillig einer erneuten stationären Behandlung unterzogen zu haben (72.7 %).

Bei getrennter Betrachtung nach den jeweiligen Hauptdiagnosegruppen ergibt sich kein deutlicher Unterschied.

Der Anteil der Probanden, die sich im post-stationären Zeitraum erneut einer ambulanten Behandlung unterzogen, ist mit 15.3 % (n = 39) dem obigen Anteil vergleichbar.

8 dieser 39 Probanden gaben an, von einem niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten behandelt worden zu sein, 7 von einem niedergelassenen Arzt. Einen größeren Anteil machen die 19 Substitutionsbehandlungen aus. Auch die meisten ambulanten Weiterbehandlungen werden freiwillig wahrgenommen (85.7%; n = 24).

Die beschriebenen ambulanten Behandlungsmaßnahmen und auch die zuvor erwähnten stationären Interventionen sind nicht geplant und werden bei Krisen häufig von den Probanden freiwillig wahrgenommen und manchmal auch vom post-stationär weiterbetreuenden Fachpersonal eingeleitet. Zudem stellt es in der Regel einen wichtigen Behandlungsbaustein dar, innerhalb der stationären Behandlung, eine darauf folgende Behandlung oder Betreuung, die sogenannte ambulante Nachsorge zu planen und nach Möglichkeit einzuleiten. Wie bei der Beschreibung der Ergebnisse für den Entlassungszeitpunkt ersichtlich ist, findet dies auch häufig in der Verhängung richterlicher Weisungen Berücksichtigung. Seit Schaffung der Forensisch-psychiatrischen Ambulanz im Jahre 2009 wird dies regelhaft dort und dann auch mit recht hoher Frequenz durchgeführt, während es vorher häufig schwierig war, für das § 64-Klientel ambulante Behandler zu akquirieren. Zudem handelte es sich dann häufig um unregelmäßige Besuche bei einer Suchtberatungsstelle. Insgesamt geben 187 (77.9 %) der 240 Probanden an, mit mindestens einem monatlichen Termin regelmäßig eine ambulante Nachsorge aufzusuchen. Während mit 31 (12.9 %) eine unregelmäßige ambulante Nachsorge wahrnehmen, gibt jeder Zehnte (9.2 %; n = 22) an, nicht an einer derartigen Weiterbetreuung teilzunehmen.

Inzwischen finden diese Nachsorgebehandlungen in der Regel in der Forensisch-psychiatrischen Ambulanz statt, so dass mittlerweile 37.6 % (n = 79) dort oder in der klinikinternen Institutsambulanz behandelt wurden. Die vorherige Praxis, die Probanden an Suchtberatungsstellen anzubinden, zeigt sich in den 98 (46.7 %) Nennungen. Beim Rest findet die Nachsorge bei einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten statt (10.0 %; n = 21).



## **b. Zusammenfassung zum Suchtverlauf**

Bei den Probanden, die nach § 64 in einer Suchtklinik untergebracht waren, ist die Schätzung der suchtbezogenen Rückfälligkeit dadurch erschwert, dass Patienten teilweise die Teilnahme an der vorliegenden Untersuchung verweigerten oder vom behandelnden Personal nicht berücksichtigt wurden. Vorliegendes Vorgehen versucht dies durch Schätzkorridore für die Rückfälligkeit zu berücksichtigen. Ein günstiger Verlauf (abstinent oder abstinent nach Rückfall) wird nach dieser Methode für 58.4 - 69.7 % der Probanden angenommen. Unregelmäßiger Konsum wird von 11.0 - 13.2 % angegeben, Dauerkonsum für 10.0 - 12.0 %. 16.3 % werden als Teilnahmeverweigerer gewertet.

Der Hauptunterschied zwischen Alkoholikern und Drogenabhängigen besteht bei dieser Rückfallquote darin, dass 7.7 % der Drogenabhängigen nach einem Jahr substituiert werden. Bei den Alkoholikern verteilt sich dieser Anteil auf die restlichen Ausprägungen.

Als interessante Beobachtung zum Zeitverlauf lässt sich festhalten, dass viele Rückfälle sofort nach der Entlassung aus der Forensik oder im ersten Monat stattfinden und der allergrößte Anteil an Rückfällen im ersten halben Jahr nach der Entlassung vorkommt. Bei Drogenabhängigen liegt dieser Bereich zeitlich noch etwas früher als bei den Alkoholabhängigen.

Außer den komplett Abstinenten zeigt sich die günstige Beobachtung, dass es Probanden gibt, die nach einem Rückfall wieder abstinent werden können, und dass von Rückfälligen einige zumindest ihr Konsummuster einengen können oder auf weniger „harte“ Drogen umsteigen.

Häufig finden Rückfälle in Gesellschaft statt, bei Alkoholikern noch häufiger als bei Drogenabhängigen. Entscheidende Rückfallauslöser scheinen dabei vor allem emotional belastende Situationen zu sein, aber auch Leichtsinn und Überschätzung. Erstaunlicherweise schafft es ein großer Teil der ehemaligen Patienten nicht, sich in Rückfallsituationen Hilfe zu holen, obwohl dies in den meisten Therapiesitzungen zuvor ausführlich thematisiert wurde.

### **5.3.2.3 Prädiktoren für den Suchtverlauf nach der Entlassung**

Bei der Analyse des Zusammenhangs von Suchtverlauf und biografischen und forensischen Variablen zeigt sich, dass die insgesamt wenigen weiblichen Patientinnen nicht dauerhaft konsumieren (0.0 %) und mit zwei Drittel (65.2 %) gegenüber knapp der Hälfte (47.4 %) bei Männern deutlich häufiger abstinent sind (nicht signifikant).

Auch das Alter von Probanden bei ihrer Aufnahme scheint insofern eine Rolle zu spielen, da bei Aufnahme ältere Patienten tendenziell weniger rückfällig werden. Differenziert betrachtet zeigt sich, dass vor allem die zu diesem Zeitpunkt sehr jungen Probanden (18-21 Jahre) einen niedrigen Anteil Abstinenter bzw. Abstinenter nach einem Rückfall aufweisen (50.1 %). Die wenigen Patienten, die bei ihrer Aufnahme über 56 Jahre alt waren, bleiben nach ihrer Entlassung komplett abstinent.

Bei einigen Anlassdelikten zeigen sich Zusammenhänge zum poststationären Suchtverlauf. So sind bei den Körperverletzungsdelinquenten zwar weniger dauerhaft Abstinente (41.9 % vs. 50.5 %), bei gemeinsamer Betrachtung dauerhaft Abstinenter und Abstinenter nach einem Rückfall zeigt sich aber ein größerer Anteil (74.5 % vs. 68.8 %) für diejenigen mit Körperverletzungsdelikten. Probanden, bei denen als Anlassdelikt Raub/räuberische Erpressung vorliegt, haben eine deutlich höhere Quote an Abstinenter bzw. Abstinenter nach einem Rückfall (84.6 % vs. 68.0 %), was aber nicht signifikant ist. Der Unterschied zwischen Probanden mit einem Betrugs-/Diebstahldelikt und solchen ohne wird im Chi-Quadrat-Test hingegen signifikant. Probanden mit einem derartigen Delikt schaffen deutlich seltener eine dauerhafte Abstinenz, werden aber deutlich häufiger substituiert. Über den Zusammenhang kann nur spekuliert werden, möglicherweise liegt dies an einer mangelnden Abstinenzentscheidung. Bezüglich der Substitutionsbehandlung wäre es denkbar, dass es dieser Patientengruppe häufiger gelingt, auch in diesem Bereich zu „tricksen“ und so an eine Substitutionsbehandlung zu gelangen. Andererseits ist es auch denkbar, dass bei Probanden mit eher „kleinkriminellen“ Delikten aus diesem Bereich häufiger eine Substitution stattfindet. Die kleine Gruppe der Brandstifter (n = 4) erreicht nach einem Jahr eine Abstinenz nach einem Rückfall.

Wenn die Anlassdelikte in die Hauptdeliktgruppen zusammengefasst werden, zeigen sich die ungünstigsten Verläufe für Probanden, die wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt worden waren. Nur zwei Drittel (67.2 %; n = 78) aus dieser Gruppe bleiben abstinent oder können nach einem Rückfall wieder abstinent werden. Hier scheint die Suchterkrankung noch deutlicher im Vordergrund zu stehen. 16 Probanden (13.8 %) sind inzwischen wieder dauerhaft abstinent. Auch bei Probanden, die den Eigentumsdelikten (v. a. Betrugs- und Diebstahlsdelikte) zugeord-

net werden, schaffen nur zwei Drittel (66.1 %; n = 39) eine völlig abstinenten Lebensführung oder nach einem Rückfall erneute Abstinenz. 8.5 % (n = 5) aus dieser Gruppen werden den Dauerkonsumierenden zugerechnet. Am besten schneidet die (allerdings sehr kleine; n = 6) Gruppe der Sexualstraftäter ab. Auch Gewaltstraftätern gelingt es eher, abstinent oder abstinent nach einem Rückfall zu leben (72.7 %; n = 32). 11.4 % (n = 5) von ihnen konsumieren dauerhaft.

Tabelle 5.75: Kreuztabelle zum Suchtverlauf nach einem Jahr nach Hauptdeliktgruppen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251), Prozentuale Anteile in Klammern

Hauptdeliktgruppe	Dauer- konsum	abstinent nach Rückfall	abstinent	unregel- mäßiger Konsum	substi- tuiert	Gesamt
<b>Gewaltdelikt</b>	5 (11.4)	13 (29.5)	19 (43.2)	6 (13.6)	1 (2.3)	44 (100.0)
<b>Sexualdelikt</b>	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
<b>Eigentumsdelikt</b>	5 (8.5)	11 (18.6)	28 (47.5)	7 (11.9)	8 (13.6)	59 (100.0)
<b>BtMG-Delikt</b>	16 (13.8)	20 (17.2)	58 (50.0)	18 (15.5)	4 (3.4)	116 (100.0)
<b>sonstiges Delikt</b>	4 (15.4)	7 (26.9)	14 (53.8)	1 (3.8)	0 (0.0)	26 (100.0)
<b>Gesamt</b>	30 (12.0)	52 (20.7)	123 (49.0)	33 (13.1)	13 (5.2)	251 (100.0)

Wenn Patienten neben der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB zu längeren Freiheitsstrafen verurteilt werden, steigt die Häufigkeit derer, die einen Zustand vollständiger Suchtmittelfreiheit oder zumindest nach einem Rückfall erreichen können. Während der Anteil bei denen mit niedrigen Strafen unter sechs Monaten oder zwischen sieben und zwölf Monaten bei 58.3 % bzw. bei 54.2 % liegt, steigt dieser Anteil zuerst auf deutlich über 60 % und bei Patienten mit Freiheitsstrafen über 30 Monaten bzw. über 36 Monaten auf 88.9 % bzw. auf 78.4 % an. Mögliche Ursachen dafür sind tatsächlich höhere Unterbringungsauern und damit auch Therapiezeiten oder möglicherweise ein deutlicherer Abschreckungseffekt. Aufgrund der insgesamt hohen Anzahl von Ausprägungen und damit Zellenbesetzungen mit erwarteten Häufigkeiten unter 5 (67.5 %) kann keine Signifikanz berechnet werden.

Bei den Weisungen stellt sich die Situation so dar, dass bis auf einen alle Probanden Weisungen haben. Da es sich um eine Stichprobe suchtkranker Patienten handelt, liegt in der Regel die gerichtliche Weisung vor, abstinent zu bleiben. Lediglich 17 Probanden sind dieser Weisung nicht unterworfen. So kann ein Einfluss dieser Weisung nicht stichhaltig überprüft werden. Für die Weisung, regelmäßig Drogenscreenings abzugeben, ergibt sich kein erkennbarer Einfluss. Auch hier liegt die Weisung für den größten Teil der Gruppe vor. Für die 25 Patienten, bei denen diese Weisung zum Entlassungszeitpunkt nicht ausgesprochen wurde, ist es sehr wahrscheinlich, dass dies auf individuellen Charakteristiken dieser Probanden beruht. Möglicherweise wurde deren Motivation, abstinent zu bleiben, zu recht auch ohne Kontrollen als hoch eingeschätzt. Bei der Weisung, einer ambulanten Nachsorge nachzugehen, zeigt sich ein ähnliches Ergebnis. Auch hier ist ein selektiver Effekt denkbar, da bei den allermeisten Probanden diese Weisung ausgesprochen wurde.

Ein sehr interessantes Ergebnis zeigt sich bei der Weisung, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen; diese Weisung wird unter Praktikern häufig kritisch diskutiert, unter anderem, weil diese Weisung kaum kontrolliert werden kann. Gleichwohl scheint dieser Faktor einen stabilisierenden Effekt zu haben. Immerhin 81.2 % derer, die diese Weisung erhalten haben, erreichen nach einem Jahr dauerhafte Abstinenz oder Abstinenz nach einem Rückfall, während das nur bei 68.0 % beobachtet werden kann, wenn diese Weisung nicht vorliegt. Besonders protektiv ist in vorliegender Stichprobe die Weisung der Unterbringung in einer komplementären Einrichtung. Diese Weisung wird nur bei insgesamt 16 Probanden ausgesprochen, vermutlich eine Gruppe von schwer betroffenen Süchtigen. Vor allem weil die Freiheitseinschränkungen für die Probanden bei dieser Weisung am höchsten sind, kommt sie nur sehr selten in Frage. Keiner dieser 16 Probanden konsumiert regelmäßig nach einem Jahr, ein einziger unregelmäßig. Mit 9 sind 56.3 % dauerhaft abstinent und weitere 6 (37.5 %) abstinent nach einem Rückfall.

Die Probanden, die einen Wechsel ihrer Wohnung oder einer Arbeitsstelle angeben müssen, scheinen eine etwas größere Chance zu haben, abstinent zu bleiben (70.6 % abstinent oder abstinent nach Rückfall vs. 66.6 %). Für die Weisung eines verpflichtenden regelmäßigen Kontaktes zu einem Bewährungshelfer oder einem Betreuer ergibt sich ein signifikantes Ergebnis. Insbesondere die Gruppe der dauerhaft Abstinenten ist mit dieser Weisung besonders hoch (53.6 % vs. 38.4 %). Dafür ist in der Gruppe derer, bei denen diese Weisung nicht ausgesprochen wurde, der Anteil derer groß, die nach einem Rückfall abstinent leben (30.1 % vs. 16.7 %). Auch der Anteil der unregelmäßig Konsumierenden ist ohne diese Weisung höher (17.8 % vs. 10.7 %).

Bezüglich der Intelligenzschätzung durch die behandelnden Therapeuten ergibt sich kein eindeutiger Zusammenhang. Die Gruppe der Minderbegabten (laut ICD-10  $IQ < 70$ ) ist mit  $n = 3$  ohnehin sehr klein. Die Probanden aus dem mittleren Durchschnittsbereich sind mit 72.6 % Abstinenter oder nach einem Rückfall Abstinenter etwas erfolgreicher als solche aus dem unteren Durchschnittsbereich (65.7 %) und dem oberen Durchschnittsbereich (61.6 %). Am besten schneiden überdurchschnittlich intelligent eingeschätzte Probanden mit 90.9 % ab.

Ein tendenziell deutlicher, aber nicht signifikanter Zusammenhang zeigt sich beim Erstmanifestationsalter der Suchterkrankung. Wenn man die niedrig besetzte Gruppe derer mit einer Erstmanifestation im Alter zwischen 36 und 45 Jahren ( $n = 4$ ) nicht berücksichtigt, ergibt sich ein jeweils positiveres Ergebnis je später die jeweilige Erstmanifestation auftrat. Während nur zwei Drittel der Patienten abstinent oder abstinent nach Rückfall bleiben können (66.9 %), deren Suchterkrankung vor dem Erreichen des 18. Lebensjahres begann, steigt dieser Anteil über 71.4 % bei den 18-25-Jährigen bei Beginn bis zu 78.2 % bei denen mit einem Beginn zwischen 26 und 35 Jahren.

Stationäre Vorbehandlungen in psychiatrischen Kliniken, in dieser Stichprobe in der Regel auf Suchtstationen, sollten Aussagen auf die jeweilige Vorbelastung der Probanden zulassen. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass Probanden, die noch nie stationär vorbehandelt wurden, am seltensten ein Jahr nach Entlassung dauerhaft konsumieren (8.6 %), dafür aber am häufigsten abstinent oder abstinent nach Rückfall sind (75.7 %). Bereits bei einer bekannten stationären Vorbehandlung sinkt dieser Anteil auf 69.8 %, bei mehreren auf 58.4 %. Bei den Vorbehandlungen im Maßregelvollzug fällt auf, dass nur drei Probanden mit mehreren Maßregelvollzugsbehandlungen in der vorliegenden Stichprobe sind. An anderer Stelle wurde bereits darauf eingegangen, dass die meisten Probanden mit dieser Vorbelastung keine Therapie in der Forensik erfolgreich abschließen können. In der Regel wird die Therapie sehr wahrscheinlich abgebrochen, wenn es zuvor mehrere Maßregelvollzugsbehandlungen gab. Zum Unterschied zwischen keiner forensischen Vorbehandlung und einer Vorbehandlung zeigt sich ein deutlich geringerer Anteil Abstinenter und nach einem Rückfall Abstinenter bei den Vorbehandelten (56.4 % vs. 72.3 %).

Die vormaligen Therapieabbrüche, sei es innerhalb einer psychiatrisch-stationären Behandlung oder in einer forensischen Behandlung, lassen keine systematischen Rückschlüsse auf den poststationären Verlauf zu. Dies liegt unter anderem daran, dass die Gruppe, für die diese Frage beantwortet wird, bereits selektiv ist, weil nur ein Teil bisher vorbehandelt wurde.

Die Probanden wurden in Bezug auf ihre bestehende Suchterkrankung befragt, wie lange ihrer Einschätzung nach ihre bisher längste Abstinenzphase war. Entscheidend

ist dabei der Zeitraum seit Beginn der Suchterkrankung bis zur Unterbringung im stationären Aufenthalt. Vor allem bei Betrachtung des Anteils derer, die dauerhaft abstinent sind und derer, die eine Abstinenz nach Rückfall erreichen konnten, zeigt sich, dass dieser Anteil mit einer Ausnahme ansteigt, je länger die früheren Abstinenzphasen waren. Die Dauern dieser Abstinenzphasen scheinen somit durchaus einen Schluss darauf zuzulassen, wie ausgeprägt die Fähigkeit der Probanden ist, auch nach der aktuellen Suchtbehandlung wieder suchtmittelfrei zu leben. Interessanterweise liegt der zweite Gipfel hoher Abstinenzraten (75.0 %) bei den Probanden, die im Vorfeld keine Abstinenzphasen angaben. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass es sich dabei um eine spezielle Subgruppe handelt. Möglicherweise sind in dieser Gruppe Probanden, die bisher nur wenige Versuche unternommen haben, ohne Suchtmittel zu leben. Im Gegensatz zu vielen anderen Probanden haben diese bisher auch wenig negative Erfahrungen in diesem Bereich oder Rückschläge erlebt und haben zu diesem Zeitpunkt noch eine größere Chance, bei einem derartigen Versuch erfolgreich zu sein.

Eine sehr deutliche Tendenz zeigt sich bei Betrachtung der Vorstrafen. Probanden, die nicht vorbestraft sind, werden innerhalb eines Jahres nicht wieder zu Dauerkonsumierenden und befinden sich auch nicht unter den Substituierten. Nur jeder Fünfte (20.0 %) konsumiert wieder unregelmäßig, während vier Fünftel (80.0 %) vollständig abstinent bleiben oder diesen Zustand nach einem Rückfall wieder erreichen können. Dem gegenüber steht ein Anteil von 68.9 % bei den bereits Vorbestraften. 12.0 % der Vorbestraften konsumieren unregelmäßig, 13.3 % sogar dauerhaft. Zu dieser Tendenz muss jedoch angemerkt werden, dass die Gruppe der Nicht-Vorbestraften ( $n = 25$ ) insgesamt nur einen kleinen Teil darstellt. Innerhalb der § 64-Stichprobe kommt dies nur selten vor, scheint dann aber eine gewisse positive Vorhersagekraft zu haben. Aufgrund der sehr kleinen Gruppe der nicht Vorbestraften von kleiner als 5 ist eine sinnvolle Auswertung mit einem Chi-Quadrat-Test nicht möglich.

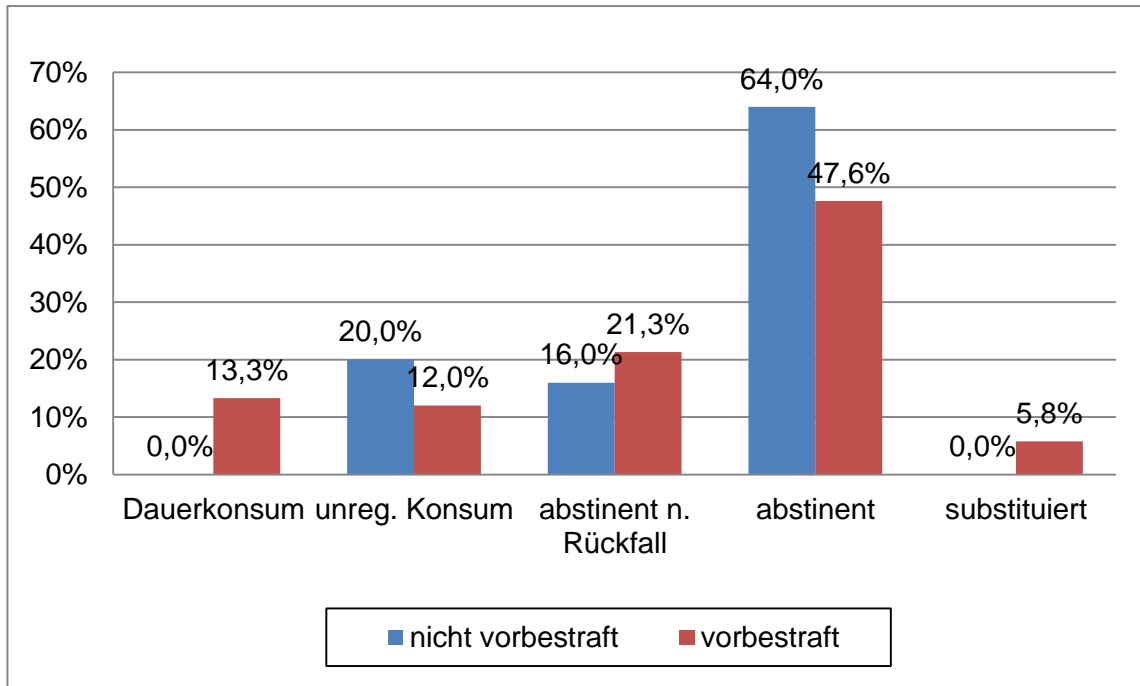


Abbildung 5.70: Suchtverlauf nach Vorstrafe bzw. nicht-vorbestraft, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 250)

Es zeigt sich in manchen Bereichen zumindest ein tendenzieller Einfluss der jeweiligen Vorstrafen. Probanden, die mit Körperverletzungsdelikten vorbelastet sind, erreichen insgesamt etwas seltener den Zustand vollständiger Abstinenz bzw. Abstinenz nach einem Rückfall (65.2 % vs. 71.4 %). Mehr Probanden aus dieser Gruppe werden dafür wieder zu Dauerkonsumierenden (18.5 % vs. 9.8 %). Dieses Ergebnis ist nicht signifikant.

Dies zeigt sich auch für Vorbestrafte mit Raub bzw. räuberische Erpressungsdelikten. Auch diese Probanden weisen einen geringeren Anteil Abstinenter/Abstinenter nach Rückfall auf (63.1 % vs. 70.0 %) während sowohl mehr Probanden dauerhaft (15.8 % vs. 12.8 %) als auch unregelmäßig konsumieren (15.8 % vs. 11.2 %).

Für die Vorstrafe mit einem Betrugs- oder Diebstahlsdelikt ergibt sich ein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat nach Pearson: 10.04\*). 14.9 % dieser Probanden konsumieren wieder permanent (vs. 10.7 %). Nur 44.0 % bleiben dauerhaft abstinent, während es in der Gruppe derer, die diese Vorstrafe nicht aufweisen, 53.6 % sind. Ähnlich wie auch beim Anlassdelikt Betrug oder Diebstahl zeigt sich auch in dieser Gruppe ein deutlicher Unterschied bei den Substitutionen. 9.2 % der vorbestraften Betrüger und Diebe werden ein Jahr nach der Entlassung substituiert; wenn dieses Merkmal nicht vorliegt, gibt es keine Substitution (0.0 %).

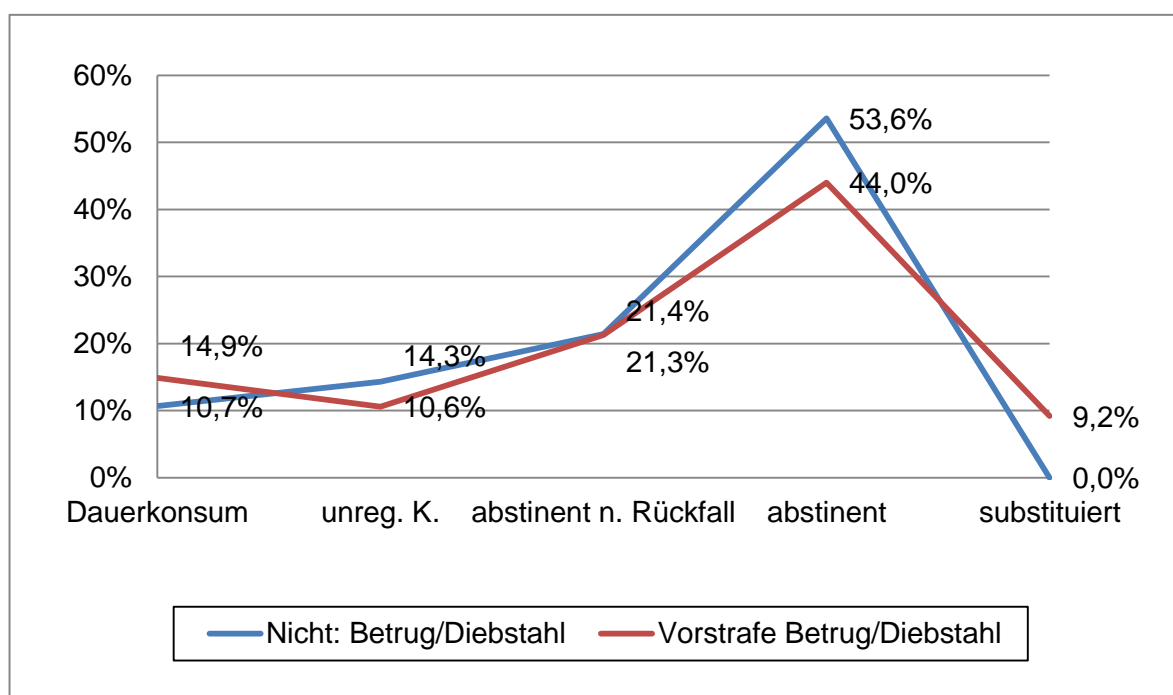


Abbildung 5.71: Suchtverlauf nach Vorstrafe Betrug/Diebstahl bzw. nicht, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 250)

Bei den Vorstrafen mit BtMG-Delikten zeigt sich eine im Chi-Quadrat-Test nicht signifikante Tendenz. Ohne diese Vorbelastung erreicht über die Hälfte (52.5 %) eine vollständige Abstinenz, drei Viertel werden abstinenter oder abstinenter nach Rückfall (74.4 %). Bei den BtMG-Vorbestraften sind das nur 43.3 % bzw. 64.1 %. Bei den ehemaligen Verkehrsdelinquenten ist der Anteil der beiden positiv gewerteten Gruppen Abstinenz und Abstinenz nach Rückfall ebenfalls etwas niedriger (67.1 % vs. 71.8 %), etwas mehr Probanden konsumieren wieder dauerhaft (14.3 % vs. 11.8 %) bzw. zumindest unregelmäßig (13.6 % vs. 9.4 %).

Die Anzahl der im Bundeszentralregister eingetragenen Delikte ist unregelmäßig verteilt, was die Interpretationsmöglichkeiten beeinträchtigt. Sowohl, wenn hier „unbekannt“ angegeben wird (n = 5), als auch bei bisher keinen Eintragungen wird jeweils bei allen Probanden komplette Abstinenz oder Abstinenz nach Rückfall angegeben. Dies lässt aber aufgrund der sehr niedrigen Fallzahlen für diese Teilgruppen kaum sinnvolle Aussagen zu. Bei bisher mit 1-5 Eintragungen auffällig Gewordenen ergibt sich mit 69.6 % ein hoher Anteil von Probanden mit positivem Verlauf (abstinenter bzw. abstinenter nach Rückfall), während dies bei 6-10 und bei 11-15 Eintragungen etwas weniger Probanden erreichen (64.4 % bzw. 65.6 %). Weniger konform zu diesem Verlauf steigt der Anteil mit positivem Verlauf danach aber in der Gruppe mit 15-20 Eintragungen und mit über 20 Eintragungen weiter an. Eine derartig hohe Vorstrafenbelastung kommt jedoch in der § 64-Gruppe mit n = 14 bzw. n = 6 nur selten vor. Diese beiden kleinen Gruppen erreichen einerseits einen relativ hohen Anteil mit Abstinenten



bzw. Abstinenter nach einem Rückfall, dies aber eher auf Kosten der unregelmäßig Konsumierenden. Dazu konsumieren weiterhin recht viele dauerhaft. Die Unterschiede in Zusammenhang mit den BZR-Eintragungen sind nicht signifikant.

Der Zeitpunkt, an dem die erste Straftat begangen wurde, scheint insofern eine Rolle zu spielen, als Probanden, bei denen das vor dem Erreichen des 30. Geburtstages war, in etwa 70 % oder etwas mehr abstinent bzw. abstinent nach einem Rückfall sind (70.0 %; 72.1 %; 70.6 %). Die wenigen Probanden, die dabei bereits älter waren ( $n = 25$ ) liegen hier bei nur 61.9 % bzw. 50 %. Die bisherige Hafterfahrung scheint dagegen auf den Suchtverlauf keinen systematischen Einfluss zu haben.

Durch das vorliegende Untersuchungsdesign konnte auch der Einfluss untersucht werden, den das jeweilige Herkunftsland auf den Therapieerfolg in Bezug auf eine mögliche Suchtrückfälligkeit ein Jahr nach der stationären Behandlung hat. Es ist dabei aber zu berücksichtigen, dass gehaltvolle Rückschlüsse nur für in Deutschland geborene Probanden und für solche aus den ehemaligen GUS-Staaten möglich sind. Bei den türkisch-stämmigen Probanden zeigt sich zwar, dass alle komplett abstinent bleiben, jedoch nur bei einer sehr geringen Fallzahl von  $n = 6$ . Für sonstige europäische Ausländer bzw. nicht-europäische Ausländer zeigt sich, dass solche mit europäischem Hintergrund häufiger abstinent bzw. abstinent nach einem Rückfall werden, aber ebenfalls nur in kleinen Fallzahlen ( $n = 8$ ;  $n = 6$ ). Beim Vergleich der in Deutschland geborenen Probanden mit denen aus ehemaligen GUS-Staaten stammenden erreichen deutlich mehr Deutsche eine vollständige Abstinenz (48.9 % vs. 41.9 %) während Russlanddeutsche mehr als dreimal so oft substituiert werden (11.6 % vs. 3.2 %). Die weiteren Ausprägungen sind annähernd vergleichbar. Der Unterschied zwischen Probanden, die in Deutschland geboren wurden und solchen, die aus den ehemaligen GUS-Staaten stammen, ist im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant.

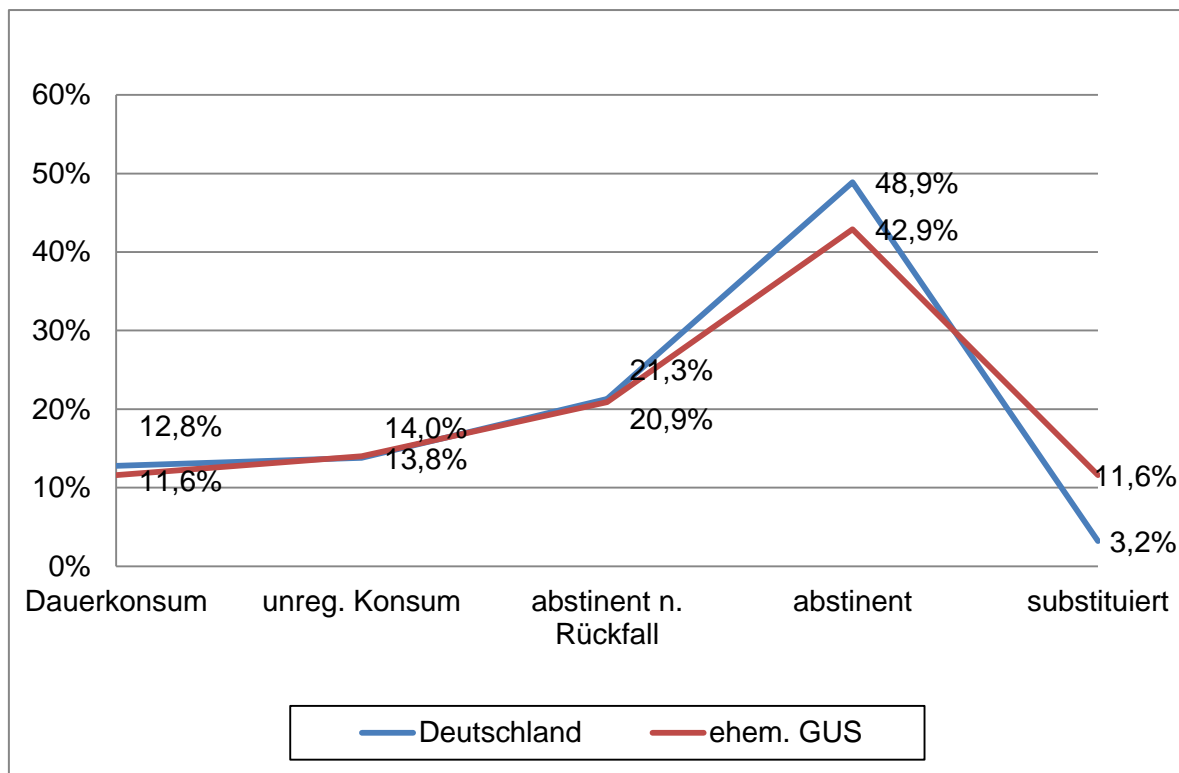


Abbildung 5.72: Suchtverlauf nach Herkunftsland Deutschland/ehem. GUS, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

Ein weiterer Sozialisationseinflussfaktor sollte das Elternhaus sein, in dem die Probanden aufgewachsen sind. Damit in Zusammenhang stehen die erlebten Bindungserfahrungen. Aufgrund der Fallzahlen bietet sich ein Vergleich vor allem der beiden Gruppen an, die bei beiden Eltern aufgewachsen sind bzw. derer, die bei einem Elternteil alleine sozialisiert wurden und somit mit deutlicherer Wahrscheinlichkeit eine belastende Trennungserfahrung hinter sich haben. Mit zwei Dritteln (64.6 % vs. 43.8 %) bleiben deutlich mehr der Probanden ohne dieser Zusatzbelastung abstinent. Bei den so Belasteten konsumiert jeder Fünfte wieder dauerhaft (18.8 % vs. 7.7 %), aber ein Viertel (25.0 %) kann immerhin nach einem Rückfall wieder abstinent werden.

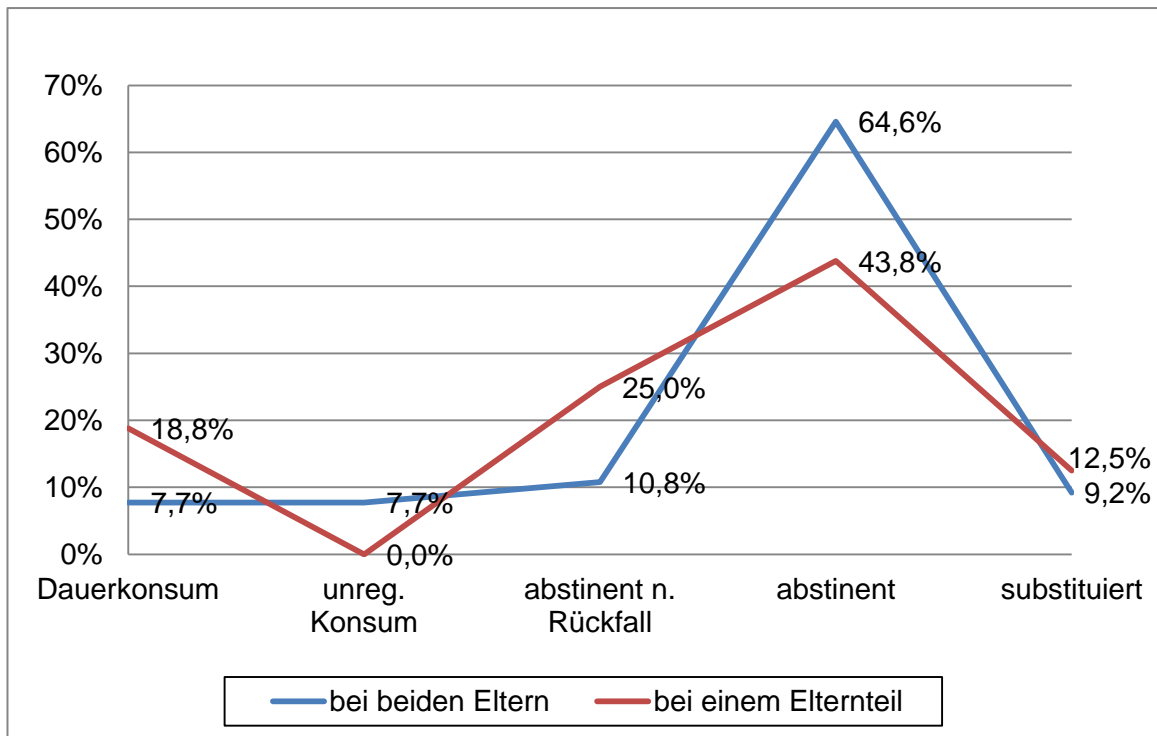


Abbildung 5.73: Suchtverlauf nach Elternhaus, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 81)

Die Suchtverläufe unterscheiden sich auch im Hinblick darin, ob familiäre Belastungen angenommen wurden. Es ist in dieser Stichprobe zwar nur der kleinere Teil, bei dem dieser Faktor nicht vorliegt (n = 22). Häufiger geben die Probanden an, familiär durch unterschiedliche Faktoren vorbelastet zu sein (n = 71). In dieser kleineren Gruppe der nicht Vorbelasteten zeigt sich ein günstigerer Verlauf. Mit 68.2 % können mehr Probanden abstinent bzw. abstinent nach einem Rückfall bleiben (vs. 57.7 %). Kein Proband konsumiert wieder dauerhaft, während das in der anderen Gruppe 12.7 % sind.

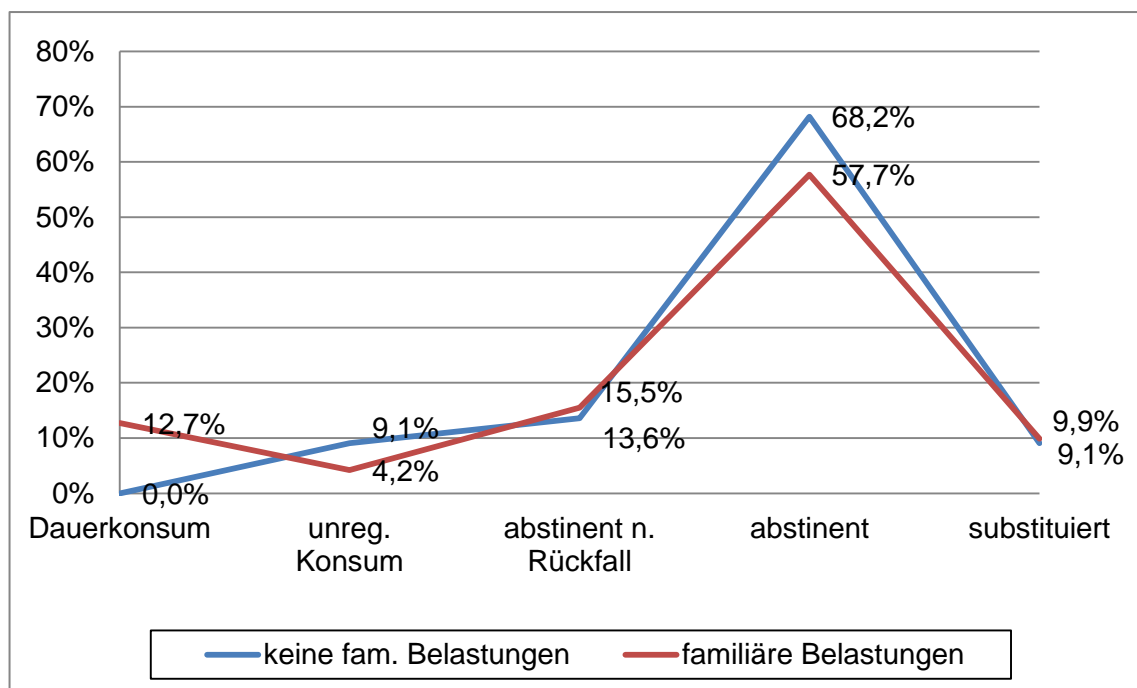


Abbildung 5.74: Suchtverlauf nach familiären Belastungen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 93)

Während hier als Einzelbelastung Delinquenz in der Familie überraschenderweise zu leicht positiven Effekten führt (mehr Abstinente und Abstinente nach einem Rückfall, weniger dauerhaft und unregelmäßig Konsumierende), ist dies bei „Sucht-Vorbelasteten“ kritischer. Probanden, bei denen Sucht in der Ursprungsfamilie eine Rolle spielte, erreichen etwas seltener dauerhafte Abstinenz und konsumieren häufiger wieder unregelmäßig oder dauerhaft nach einem Jahr. Beide Ergebnisse sind nicht signifikant. Bei selbst erlebten Gewalterfahrungen in der Kindheit zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Delinquenz, mehr erreichen Abstinenz oder Abstinenz nach Rückfall, weniger konsumieren wieder.

Unabhängig von Belastungen, die Probanden in ihrer Kindheit ausgesetzt waren oder in vielen Fällen auch in Zusammenhang mit diesen, können bestimmte Auffälligkeiten in der Kindheit oder der Jugend auftauchen. Das können unter anderem Entwicklungsverzögerungen oder Verhaltensauffälligkeiten sein, aber beispielsweise auch der sehr frühe Beginn einer Sucht. Es können zwar in beiden Gruppen mit und ohne Auffälligkeiten in etwa gleich viel, nämlich drei Viertel (76.5 % vs. 73.8 %) dauerhaft abstinent leben bzw. abstinent nach einem Rückfall bleiben, aber trotzdem unterscheiden sich die beiden Gruppen deutlich, weil bei den Nicht-Auffälligen mehr Probanden dauerhaft abstinent bleiben (66.7 % vs. 54.9 %).

Zu verschiedenen Auffälligkeiten sind Aussagen nur bei den Items möglich, die für mehrere Probanden bejaht werden können und somit die Zellenbesetzung Aussagen

zulässt. Für Entwicklungsverzögerungen als Auffälligkeiten trifft dies nicht zu, weil diese nur bei 4 der auffälligen Probanden angegeben wird. Dies gilt ebenso für Probanden mit Defekten des zentralen Nervensystems oder mit der Restkategorie der sonstigen Auffälligkeiten. Für die in ihrer Kindheit Verhaltensgestörten kann eine Aussage gemacht werden; für 23 Probanden wird dieses Merkmal angegeben, für 25 nicht. Für Probanden mit Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich etwas überraschend ein etwas günstigeres Bild. Mehr Probanden werden abstinent bzw. abstinent nach einem Rückfall (79.2 % vs. 72.0 %), deutlich weniger konsumieren wieder dauerhaft (8.7 % vs. 16.0 %). Ein ebenfalls unerwartetes Ergebnis zeigt sich für diejenigen, die bereits in ihrer Kindheit merklichen Alkoholmissbrauch betrieben haben. 82.8 % der so Vorbelasteten können ein positives Ergebnis wie Abstinenz oder Abstinenz nach einem Rückfall erzielen, während dies nur 66.7 % der anderen gelingt. Eine Erklärung hierfür ist unklar. Möglicherweise wäre denkbar, dass in dieser insgesamt hoch belasteten Gruppe bei objektiver Betrachtung davon auszugehen ist, dass bei sehr viel mehr Probanden von einer Belastung mit Alkohol oder anderen Suchtmittel in der Kindheit auszugehen ist. Möglicherweise lässt die tatsächliche Zustimmung zu dieser Frage eher Aussagen auf die Reflexionsfähigkeit oder die Offenheit des jeweiligen Probanden zu. Alkoholmissbrauch wird von den Probanden in der Regel nicht als objektive Diagnose angegeben, sondern ist als subjektive Einschätzung in der jeweiligen Peer-Group, in der dieses Verhalten häufig geteilt wurde, zu sehen. Zudem ist anzumerken, dass sich diese Verhältnisse jeweils nur auf die Gruppe derer beziehen, bei denen insgesamt Auffälligkeiten angegeben wurden. Dies erklärt unter Umständen auch, warum bei der Auffälligkeit Drogen- oder Medikamentenmissbrauch ein tendenziell gegenteiliges Ergebnis beobachtet werden kann. Nur 69.5 % können abstinent oder abstinent nach Rückfall werden gegenüber 80.7 % bei den nicht Auffälligen. Bei diesen konsumieren nur 7.7 % dauerhaft (gegenüber 17.4 %).

In Abhängigkeit vom jeweils höchsten erreichten Schulabschluss lassen sich Unterschiede feststellen, die aufgrund der vielen Ausprägungen aber zu zu vielen Zellen und somit kleinen Zellenbesetzungen führen. Ein signifikantes Ergebnis kann nicht berechnet werden (Chi-Quadrat). Insgesamt zeigt sich eine deutliche Tendenz zu besseren Ergebnissen, je höher die angegeben Schulbildung ist. Hauptschüler erreichen einen deutlich höheren Anteil an dauerhaft Abstinentern als Förderschüler, deutlich weniger konsumieren dauerhaft. Den Hauptschülern scheint es bezogen auf den Suchtverlauf nach der stationär forensischen Behandlung keinen Vorteil zu bringen, wenn sie die Hauptschule mit einem qualifizierenden Abschluss beenden konnten. Mit Abschluss werden etwas weniger dauerhaft abstinent (41.4 % vs. 50.9 %), dafür konsumieren mehr dauerhaft (13.8 % vs. 10.4 %) oder unregelmäßig (16.1 % vs. 11.3 %). Die Grup-

pen der Realschul- und Gymnasiumsabsolventen sind mit 25 und 10 im Vergleich zur Gesamtgruppe mit 250 zwar gering, weisen aber ein deutlich besseres Ergebnis auf. Von den Gymnasiasten beispielsweise können 9 der 10 Probanden dauerhaft abstinent leben, einer gibt an, wieder unregelmäßig zu konsumieren.

Tabelle 5.76: Kreuztabelle zum Suchtverlauf nach einem Jahr nach Schulbildung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 250), Prozentuale Anteile in Klammern

Schulische Bildung	Dauer- konsum	abstinent nach Rückfall	abstinent	unregel- mäßiger Konsum	substi- tuiert	Gesamt
<b>Förderschule</b>	4 (26.7)	5 (33.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	0 (0.0)	15 (100.0)
<b>Hauptschule ohne qualifizierendem Abschluss</b>	11 (10.4)	22 (20.8)	54 (50.9)	12 (11.3)	7 (6.6)	106 (100.0)
<b>Hauptschule mit qualifizierendem Abschluss</b>	12 (13.8)	21 (24.1)	36 (41.4)	14 (16.1)	4 (4.6)	87 (100.0)
<b>Realschule</b>	2 (8.0)	3 (12.0)	15 (60.0)	3 (12.0)	2 (8.0)	25 (100.0)
<b>Gymnasium</b>	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (90.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
<b>sonstige Ab- schlüsse</b>	1 (14.3)	1 (14.3)	3 (42.9)	2 (28.6)	0 (0.0)	17 (100.0)
<b>Gesamt</b>	30 (12.0)	52 (20.8)	122 (48.8)	33 (13.2)	13 (5.2)	250 (100.0)

Bei der Berufsausbildung zeigen sich weniger systematische Zusammenhänge. Der Anteil derer, die nach einem Jahr abstinent leben oder nach einem Rückfall wieder abstinent sind, beträgt bei Ungelernten und bei solchen mit abgeschlossenen und abgebrochenen Berufsausbildungen jeweils in etwa 69.0 %. Es gibt in der gesamten Stichprobe nur zwei Probanden mit Universitätsabschluss, die beide komplett abstinent leben können. Im Suchtverlauf nach einem Jahr können keine deutlichen Unterschiede danach festgestellt werden, in welchem Arbeitsverhältnis die Probanden vor ihrem Aufenthalt in der JVA oder in der Forensik standen.

Auf den weiteren Verlauf sollte ein Einfluss der gelungenen beruflichen Integration vorhanden sein. Aufgrund der geringen Zellenbesetzung kann aber kein signifikantes Ergebnis erwartet werden. Innerhalb der beiden sehr kleinen Gruppen der fünf beren-

teten Probanden und der beiden in Werkstätten für behinderte Menschen integrierten, gibt es keine Personen, die wieder dauerhaft oder unregelmäßig konsumieren. Bei den restlichen Teilgruppen liegen die Anteile für komplett Abstinente bzw. Abstinente nach einem Rückfall zwischen 61 und 78 %. Erstaunlicherweise ist dieser Anteil in der (kleinen) Gruppe der Erwerbslosen mit 77.8 % am besten. Diese Gruppe ist aber auch sehr klein (n = 11) und nur in wenigen Zeiträumen des Untersuchungszeitraums bestand rechtlich überhaupt die Möglichkeit, Patienten ohne berufliche Integration zu entlassen. Fast ebenso hoch ist der Anteil bei den Probanden in arbeitstherapeutischen Maßnahmen (77.0 %). Bei den vollschichtig Beschäftigten, der insgesamt größten Gruppe (n = 136), ist dieser Anteil mit 69.9 % zwar auch noch hoch, aber 49.3 % erreichen eine vollständige Abstinenz ohne Rückfall. Am niedrigsten ist der Anteil bei den Probanden in einem Ausbildungsverhältnis (61.6 %) und in einem Minijob (62.5 %).

Tabelle 5.77: Kreuztabelle zum Suchtverlauf nach einem Jahr nach Arbeitssituation bei Entlassung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 245), Prozentuale Anteile in Klammern

Arbeitssituation bei Entlassung	Dauer- konsum	abstinent nach Rückfall	abs- tinent	unregelmäßi- ger Konsum	substi- tuiert	Ge- samt
<b>Minijob</b>	1 (12.5)	2 (25.0)	3 (37.5)	1 (12.5)	1 (12.5)	8 (100.0)
<b>sozialversiche- rungspfl. Arbeits- verhältnis Teilzeit</b>	3 (25.0)	0 (0.0)	8 (66.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	12 (100.0)
<b>sozialversiche- rungspfl. Arbeits- verhältnis Vollzeit</b>	17 (12.5)	28 (20.6)	67 (49.3)	19 (14.0)	5 (3.7)	136 (100.0)
<b>Ausbildungsver- hältnis</b>	2 (7.7)	6 (23.1)	10 (38.5)	4 (15.4)	4 (15.4)	26 (100.0)
<b>Berentung</b>	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
<b>arbeitstherapeuti- sche Maßnahme</b>	2 (15.4)	5 (38.5)	5 (38.5)	1 (7.7)	0 (0.0)	13 (100.0)
<b>Werkstatt für be- hinderte Menschen</b>	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
<b>erwerbslos</b>	0 (0.0)	2 (22.2)	5 (55.6)	1 (11.1)	1 (11.1)	9 (100.0)

<b>sonstiges Arbeits- verhältnis</b>	5 (14.7)	6 (17.6)	18 (52.9)	4 (11.8)	1 (2.9)	34 (100.0)
<b>Gesamt</b>	30 (12.2)	51 (20.8)	121 (49.4)	31 (12.7)	13 (5.2)	245 (100.0)

Für die jeweilige Einkommenssituation stellt sich die Situation so dar, dass diejenigen, die selbständig ihren Arbeitslohn verdienen, keinen günstigeren Suchtverlauf aufweisen als solche, die keine Arbeit haben und deshalb von Unterstützungsformen wie Arbeitslosengeld oder von der sogenannten Grundsicherung leben. In der Arbeitslohn-Gruppe konsumieren erstaunlicherweise sogar etwas mehr dauerhaft (13.9 % vs. 9.4 % und 10.5 %) und auch unregelmäßig (13.9 % vs. 6.3 % und 10.5 %). Dementsprechend gibt es auch etwas weniger Abstinente oder Abstinente nach Rückfall.

Bezüglich der Wohnsituation, in die Probanden bei Entlassung sozialisiert werden konnten, lassen sich fundiertere Aussagen für die selbständig Wohnenden und für die bei Partner bzw. Familie Wohnenden treffen. Von drei Probanden, die in einer WG wohnen, konsumiert einer wieder dauerhaft, die anderen beiden sind abstinent bzw. abstinent nach einem Rückfall. Sowohl die 13 Probanden, die in ein Heim entlassen wurden, als auch die vier, die in eine andere betreute Wohnform entlassen wurden, konnten alle zu jeweils 100 % abstinent oder zumindest abstinent nach einem Rückfall bleiben.

Bei den beiden großen Gruppen, die entweder selbständig oder mit einem Partner/Familie leben, schneiden die in einer Partnerschaft bzw. Familie besser ab. 55.5 % in dieser Gruppe leben vollständig abstinent gegenüber 43.0 % bei den alleine Wohnenden. Von diesen konsumieren dafür wieder 17.8 % dauerhaft gegenüber nur 8.4 % bei denen, die in einer Partnerschaft oder Familie leben.

Der Einfluss des jeweiligen Familienstandes drückt sich darin aus, dass bei den Verheirateten mit vier Fünftel (80.0 %) der bei weitem größte Anteil abstinent lebt oder abstinent nach einem Rückfall bleibt. In den anderen drei Gruppen liegt dieser Anteil bei zwei Drittel (66.4 % - 67.6 %). Der Anteil der Dauerkonsumierenden ist mit 11.1 % in dieser Gruppe auch niedriger als in zwei anderen. Aber auch bei denjenigen, die in einer festen Partnerschaft leben, konsumieren nur 8.4 % dauerhaft, dafür 13.7 % unregelmäßig.

Im Hinblick auf die Anzahl der Kinder zeigen sich recht deutliche Unterschiede. Am wenigsten abstinente Probanden gibt es mit deutlich weniger als der Hälfte (44.0 %) bei den Kinderlosen. Bereits mit einem Kind steigt dieser Anteil auf 50.7 % und schließlich bis 60.0 % bei Probanden mit drei Kindern. Mit mehr Kindern sinkt dieser Anteil dann wieder. Auch beim Dauerkonsum zeigt sich zuerst bei der Kinderlosen ein



recht hoher Anteil (14.4 %), der dann aber schließlich bis 6.5 % bei zwei Kindern sinkt, um dann sogar bis zu einem Anteil von 18.2 % anzusteigen. Auch hier kann aufgrund der zu niedrigen Zellenbesetzungen keine Signifikanz nachgewiesen werden. Die augenscheinliche Tendenz spricht aber sehr dafür, dass Kinder zwar ein prognostisch günstiger Faktor zu sein scheinen und die Motivation erhöhen, abstinent zu leben. Bei mehr als zwei bzw. drei Kindern ist dieser Effekt aber nicht mehr sichtbar, möglicherweise weil diese noch größere Anzahl von Kindern in dieser Subgruppe für eine noch schwierigere soziale Situation spricht.

**Tabelle 5.78:** Kreuztabelle zum Suchtverlauf nach einem Jahr nach Anzahl der Kinder, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 249), Prozentuale Anteile in Klammern

Kinder	Dauer- konsum	abstinent nach Rückfall	abstinent	unregelmäßi- ger Konsum	substi- tuiert	Gesamt
<b>keine Kinder</b>	18 (14.4)	27 (21.6)	55 (44.0)	19 (15.2)	6 (4.8)	125 (100.0)
<b>ein Kind</b>	6 (9.0)	14 (20.9)	34 (50.7)	8 (11.9)	5 (7.5)	67 (100.0)
<b>zwei Kinder</b>	2 (6.5)	6 (19.4)	18 (58.1)	3 (9.7)	2 (6.5)	31 (100.0)
<b>drei Kinder</b>	2 (13.3)	2 (13.3)	9 (60.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	15 (100.0)
<b>vier und mehr Kinder</b>	2 (18.2)	2 (18.2)	6 (54.5)	1 (9.1)	0 (0.0)	11 (100.0)
<b>Gesamt</b>	30 (12.0)	51 (20.5)	122 (49.0)	33 (13.3)	13 (5.2)	249 (100.0)

Außer den untersuchten biografischen Parametern können auch Verlaufsparemeter aus dem stationären Aufenthalt zur Analyse herangezogen werden. Bei Entweichungen und Lockerungsmisbräuchen beispielsweise zeigt sich eine sehr ungleiche Verteilung der Gruppen mit den drei unterschiedlichen Ausprägungen. Von 251 Probanden haben nur 11 (4.4 %) jeweils einen Lockerungsmisbrauch oder eine Entweichung begangen, drei hingegen mehrere (1.2 %). Es handelt sich also um sehr seltene Ereignisse, die sich beim Auftreten nur bedingt zur Vorhersage des Verlaufs eignen. Im Verlauf einer forensischen Behandlung, in der außer Therapie auch die Sicherung von Straftätern im Vordergrund steht, werden viele Maßnahmen ergriffen, Entweichungen zu verhindern, bei denen von Probanden gewaltsam versucht wird, in Freiheit zu gelangen. Lockerungen dagegen spielen für die Therapie eine wichtige Rolle. Auch bei

sorgfältiger Prüfung von Lockerungsgewährungen besteht die Gefahr, dass diese Lockerungen missbraucht werden, indem Patienten nicht mehr oder deutlich später als vereinbart zurückkommen. Alle drei Probanden der vorliegenden Gruppe, die mehrere solcher Probleme aufwiesen, sind ein Jahr nach ihrer Entlassung nun zwar abstinent, hatten aber einen Rückfall. Bei den wenigen Probanden, die im Therapieverlauf einen Lockerungsmisbrauch oder eine Entweichung aufwiesen, müssen mehr dauerhaft Konsumierende verzeichnet werden. Mehr als jeder Vierte (27.3 %; n = 3) muss dieser Gruppe zugerechnet werden gegenüber sonst 11.4 % (n = 27). Abstinenter oder abstinent nach einem Rückfall sind inzwischen 54.6 % (n = 6) gegenüber 70.1 % (n = 166). 60.0 % der Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5, ein Chi-Quadrat-Test kann deshalb nicht durchgeführt werden.

*Tabelle 5.79:* Kreuztabelle zum Suchtverlauf nach einem Jahr nach Anzahl der Entweichungen / Lockerungsmisbräuche, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251), Prozentuale Anteile in Klammern

Entweichungen/ Lockerungsmis- bräuche	Dauerkon- sum	abstinent nach Rückfall	abstinent	unregel- mäßiger Konsum	substi- tuiert	Gesamt
<b>keine Entweichung</b>	27 (11.4)	48 (20.3)	118 (49.8)	33 (13.9)	11 (4.6)	237 (100.0)
<b>eine Entweichung</b>	3 (27.3)	1 (9.1)	5 (45.5)	0 (0.0)	2 (18.2)	11 (100.0)
<b>mehrere Entwei- chungen</b>	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	33 (100.0)
<b>Gesamt</b>	30 (12.0)	52 (20.7)	123 (49.0)	33 (13.1)	13 (5.2)	251 (100.0)

Weiterhin wird der Zusammenhang zu körperlich aggressiven Verhaltensweisen, sogenannten Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten, untersucht. Tötlichkeiten gegenüber dem Personal gibt es in dieser Gruppe nicht. Bei derart schwerwiegenden Übergriffen wird der Abbruch der Maßregel beantragt. Auch Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten sind selten, was zu einer sehr ungleichen Gruppenverteilung führt. Mit 0.4 % hat nur ein Proband mehrere Tötlichkeiten begangen. Er ist nach einem Jahr zwar abstinent, hatte aber einen Suchtrückfall. Bei 5 (2.0 %) weiteren Probanden wurde jeweils eine Tötlichkeit angegeben. Aufgrund dieser geringen Gruppengröße ist kein sinnvoller Vergleich der Teilgruppen möglich. Dies trifft auch für die angezeigten Straftaten während des Maßregelvollzugsaufenthaltes zu. Auch hier gibt es nur 6 Probanden (2.4 %),

die dieses Merkmal aufweisen, was einen aussagekräftigen Vergleich der beiden Gruppen verhindert.

Besonders naheliegend scheint die Vergleichsmöglichkeit zwischen Rückfällen während des stationären Aufenthaltes und der Rückfälligkeit ein Jahr nach Entlassung. Obwohl wegen der geringen Zellenbesetzung statistisch nicht nachweisbar, lassen sich deutliche Tendenzen feststellen. Am besten schneidet die Gruppe derer ab, denen dies auch während der Behandlung bereits am besten gelang und die in dieser Zeit keinen Rückfall hatten. Weniger als jeder Zehnte (7.8 %) konsumiert nach einem Jahr dauerhaft. 78.7 % sind nach einem Jahr abstinent oder nach einem Rückfall wieder abstinent. Eine Substitutionsbehandlung spielt in dieser Gruppe nach einem Jahr mit 2.1 % nur eine untergeordnete Rolle. Bei einem Rückfall innerhalb der Therapie steigt der Anteil der Dauerkonsumierenden nach einem Jahr auf 12.8 %, bei zwei Rückfällen sogar auf 29.2 %. Der Anteil der dauerhaft Abstinente sinkt deutlich auf 33.3 % bzw. 29.2 %. Ebenso erwartungsgemäß können mehr Probanden Abstinenz nach einem Rückfall wieder erreichen, wenn sie während des Aufenthaltes nur einen Rückfall hatten. Für die Gruppe der Probanden mit mehr als drei Rückfällen setzt sich dieser Trend etwas überraschend nicht weiter fort. Der Anteil derer, die nach einem Rückfall wieder abstinent werden, steigt sogar etwas an.

*Tabelle 5.80:* Kreuztabelle zum Suchtverlauf nach einem Jahr nach Anzahl der Rückfälle während der Behandlung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 249), Prozentuale Anteile in Klammern

<b>Rückfall während der stationären Behandlung</b>	<b>Dauerkonsum</b>	<b>abstinent nach Rückfall</b>	<b>abstinent</b>	<b>unregelmäßiger Konsum</b>	<b>substituiert</b>	<b>Gesamt</b>
<b>kein Rückfall</b>	11 (7.8)	22 (15.6)	89 (63.1)	16 (11.3)	3 (2.1)	141 (100.0)
<b>ein Rückfall</b>	5 (12.8)	10 (25.6)	13 (33.3)	7 (17.9)	4 (10.3)	39 (100.0)
<b>zwei Rückfälle</b>	7 (29.2)	4 (16.7)	7 (29.2)	4 (16.7)	2 (8.3)	24 (100.0)
<b>drei bis sechs Rückfälle</b>	6 (14.3)	14 (33.3)	13 (31.0)	6 (14.3)	3 (7.1)	42 (100.0)
<b>mehr als sechs Rückfälle</b>	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
<b>Gesamt</b>	30 (12.0)	52 (20.9)	122 (49.0)	33 (13.3)	12 (4.8)	249 (100.0)

Auch in der Gruppe, in der besondere Behandlungsprobleme angegeben werden, zeigt sich ein etwas ungünstigeres Ergebnis, jedoch auch ohne Signifikanz zu erreichen.

In der folgenden Tabelle wird ein Überblick über die verschiedenen Einflussfaktoren auf den Suchtverlauf ein Jahr nach der Entlassung aus der Forensik gegeben.

*Tabelle 5.81:* Zusammenfassender Überblick über Prädiktorvariablen für die Entwicklung der Suchtrückfälligkeit nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

	Suchtverlauf nach einem Jahr
<b>Geschlecht</b>	Frauen: kein Dauerkonsum, höherer Anteil dauerhaft Abstinenter 65.2 % vs. 47.4 %, n. s.
<b>Alter bei Aufnahme</b>	höheres Aufnahmealter -> tendenziell mehr dauerhaft Abstinente 18-21: 50.1 % abstinenter oder abstinenter nach Rückfall 22-45: 69.1 - 79.0 % abstinenter oder abstinenter nach Rückfall 46-55: 57.1 - 60.0 % abstinenter oder abstinenter nach Rückfall > 56: 100.0 % abstinenter (kleine Fallzahlen) n. s.
<b>Anlassdelikt</b>	Körperverletzung: weniger dauerhaft Abstinente (41.9 % vs. 50.5 %) aber mehr abstinenter oder abstinenter nach Rückfall (74.5 % vs. 68.8 %), n. s. Raub/räuberische Erpressung: mehr abstinenter und abstinenter nach Rückfall (84.6 % vs. 68.0 %) n. s. Betrug/Diebstahl: <b>weniger dauerhaft Abstinente und vor allem mehr Substituierte **</b> Brandstiftung: alle abstinenter nach Rückfall (100.0 %; n = 4!)
<b>Höhe der Freiheitsstrafe</b>	höhere Freiheitsstrafe: mehr Abstinente und abstinenter nach Rückfall
<b>Weisungen</b>	Selbsthilfegruppe: deutlich mehr Abstinente oder abstinenter nach Rückfall (81.2 % vs. 68.0 %) Unterbringung in einer komplementären Einrichtung: kaum Suchtrückfälle
<b>Intelligenzschätzung</b>	überdurchschnittlich Intelligente sind stabiler

	Suchtverlauf nach einem Jahr
<b>Erstmanifestationsalter der Erkrankung</b>	<18: 66.9 % abstinent oder abstinent nach Rückfall 18 - 25: 71.2 % 26 - 35: 78.2 % 36 - 45: 75.0 % (n = 4!) n. s.
<b>Stationäre Vorbehandlungen</b>	keine: 75.7 % abstinent oder abstinent nach Rückfall eine: 69.8 % mehrere: 58.4 % n. s.
<b>Vorbehandlungen im Maßregelvollzug</b>	keine: 72.3 % abstinent oder abstinent nach Rückfall eine: 56.4 % n. s.
<b>bisher längste Abstinenzphase</b>	mehr Abstinente und Abstinente nach einem Rückfall je länger bereits auch frühere Abstinenzphasen waren aber: hohe Abstinenzrate auch, wenn bisher überhaupt keine längeren Abstinenzphasen
<b>Vorstrafen</b>	keine Vorstrafen: kein Dauerkonsum, keine Substitution, nur 20.0 % unregelmäßiger Konsum, n. s. aber: nur 25 Probanden (10.0 %) haben keine Vorstrafen signifikant besseres Ergebnis für nicht mit Betrugs-/Diebstahldelikt Vorbestrafte * tendenziell besseres Ergebnis für nicht vorbestraft mit Körperverletzung, Raub/räuberische Erpressung, BtMG-Delikt und Verkehrsdelikt
<b>BZR-Einträge</b>	günstigster Verlauf bei 1-5 Einträgen, ungünstiger bei 6-15, bei über 16 Eintragungen relativ viele Abstinente aber auch viele, die dauerhaft konsumieren, n. s.
<b>Delinquenzbeginn</b>	Delinquenzbeginn über 30 Jahren ist ungünstig, n. s.
<b>Migrationshintergrund</b>	mehr in Deutschland Geborene abstinent im Vergleich zu ehemaligen GUS, mehr Substituierte in ehem. GUS

	Suchtverlauf nach einem Jahr
<b>Elternhaus</b>	mehr Abstinente und weniger Dauerkonsumierende bei Probanden, die bei beiden Eltern anstatt bei einem Elternteil aufgewachsen sind, n. s.
<b>Belastungen in der Kindheit</b>	keine Belastungen in Kindheit: mehr Abstinente, weniger dauerhaft Konsumierende, n. s. (Delinquenz und Gewalterfahrung tendenziell günstiger!, Sucht ungünstiger, Gewalttätigkeit)
<b>Auffälligkeiten in der Kindheit</b>	mehr dauerhaft Abstinente bei Probanden ohne Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend (Verhaltensauffälligkeiten und Alkoholmissbrauch! tendenziell günstiger, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch ungünstiger), n.s.
<b>Schulbildung</b>	je höher die Schulbildung, desto günstigerer Suchtverlauf, n. s.
<b>Arbeitssituation bei Entlassung</b>	Vollzeitbeschäftigung ist für Suchtverlauf günstiger als Teilzeit, Minijob oder ein Ausbildungsverhältnis Erwerbslose bei Entlassung (n = 9!) konsumieren nicht dauerhaft n. s.
<b>Einkommen</b>	Arbeitslohn nicht günstiger als Arbeitslosengeld oder Grundsicherung bezüglich Abstinenten und Konsumierenden
<b>Wohnsituation bei Entlassung</b>	Partnerschaft oder Familie ist eine günstigere Wohnform für den Suchtverlauf als Selbständigkeit
<b>Familienstand</b>	Verheiratete haben den günstigsten Suchtverlauf, auch bei fester Partnerschaft/eheähnlicher Gemeinschaft ebenfalls etwas günstiger, n. s.
<b>Kinder</b>	Kinder sind prognostisch günstig (bis 2 bzw. 3 Kinder), mehr dauerhaft Abstinente bis 3 Kinder, weniger dauerhaft Konsumierende bis 2 Kinder, n. s.
<b>Medikamente</b>	keine Verbesserungen bei Probanden, die zum Entlassungszeitpunkt keine Medikament einnahmen

	Suchtverlauf nach einem Jahr
<b>Entweichungen</b>	wenn Probanden während stationären Aufenthaltes entwichen waren, mehr dauerhaft Konsumierende und weniger Abstinente bzw. abstinent nach Rückfall
<b>Substanzmissbrauch/Rückfälle innerhalb der Therapie</b>	kein Rückfall: 78.7 % sind nach einem Jahr abstinent oder abstinent nach einem Rückfall, nur 7.8 % konsumieren dauerhaft je mehr Rückfälle, desto ungünstiger im weiteren Verlauf, Plateau ab drei Rückfällen, n. s.

#### 5.3.2.4 Legalbewährung

##### a. Eigene Angaben zu Rückfalldelikten

Auch bei den Patienten, die nach § 64 StGB in einer Suchtklinik untergebracht waren, wird als eine Messgröße die Legalbewährung gemessen. Neben der Befragung des zuständigen Bewährungshelfers und der Abfrage der Bundeszentralregisterauszüge findet auch eine Befragung der Probanden selbst statt. Sie werden nach einem Jahr gefragt, ob sie in der Zwischenzeit Straftaten begangen haben und wenn ja, welche. Des Weiteren werden Bewährungsverstöße und laufende Ermittlungsverfahren überprüft.

Bei der Kontaktierung nach einem Jahr wurde die Beantwortung der Frage nach einer deliktischen Rückfälligkeit von fünf Probanden verweigert, die an der Ein-Jahres-Befragung teilnahmen. 32 weitere verweigerten diese Befragung komplett, befanden sich in Haft (n = 4) oder waren nicht erreichbar (n = 8). Im ungünstigsten Fall ist davon auszugehen, dass sich dahinter auch eine Straffälligkeit verbirgt. Für die untere Schätzgrenze kann für die 49 Nicht-Beantworter (16.3 %) eine Straffälligkeit nicht ausgeschlossen werden. Für 251 Probanden liegen Angaben zur Straffälligkeit vor. Nach diesen Angaben sind innerhalb des ersten Jahres 39 (15.5 %) im günstigsten Fall und 88 (29.3 %) im ungünstigen Fall mit einer Straftat auffällig geworden, was einer Legalbewährungsquote von 70.7 - 84.5 % entspricht.

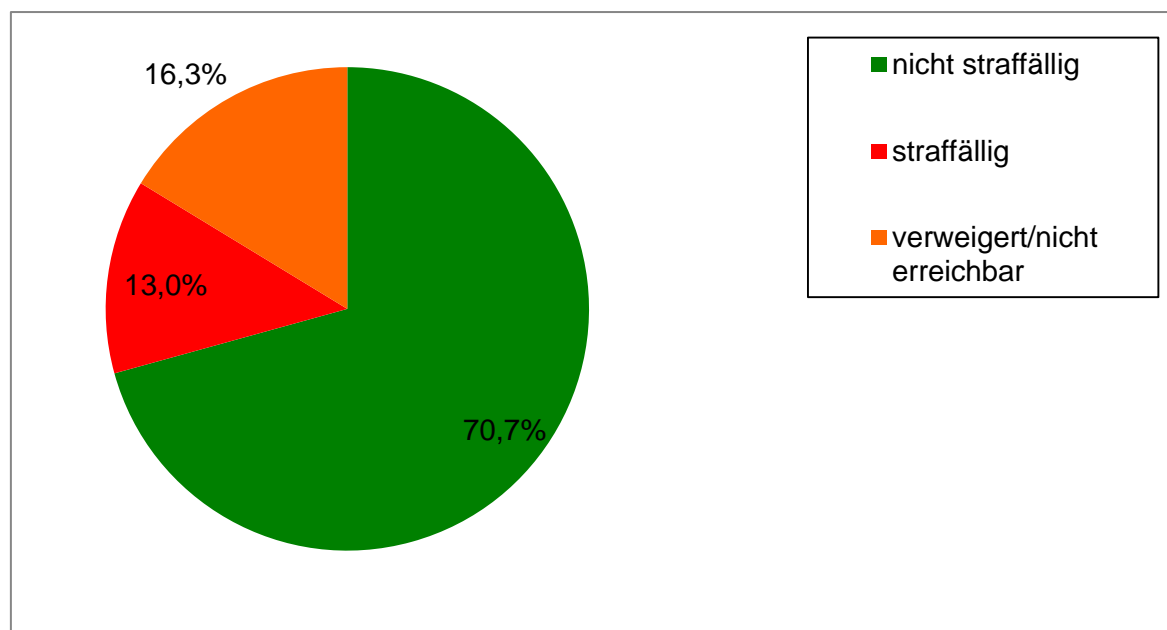


Abbildung 5.75: Straffälligkeit nach einem Jahr, untere Schätzungsgrenze, bedingt entlassene § 64-Patienten (n = 300)

Tabelle 5.82: Untere und obere Schätzungsgrenze der deliktischen Rückfälligkeit nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 300)

Straffälligkeit nach einem Jahr	Häufigkeit	Untere Schätzungsgrenze Gültige Prozent (n = 300)	Obere Schätzungsgrenze Gültige Prozent (n = 251)
<b>Straftat</b>	39	13.0	15.5
<b>keine Straftat</b>	212	70.7	84.5
<b>verweigert/ nicht erreichbar/ in Haft</b>	49	16.3	
<b>Gesamt</b>	300	100.0	100.0

Die beiden Hauptdiagnosegruppen Alkoholiker und Drogenabhängige unterscheiden sich bezüglich der weiteren Begehung von Straftaten. Bei den Alkoholikern werden nur 11.5 % (n = 9) im ersten Jahr nach der Entlassung mit einer Straftat rückfällig, bei den Drogenabhängigen sind dies 16.8 % (n = 28). Dieser Unterschied ist nicht signifikant und erklärt sich vor allem mit den BtMG-Delikten, die bei den Drogenabhängigen sehr viel deutlicher zu Buche schlagen und für Alkoholiker meist kein Problem darstellen.



Ähnlich zeigt sich dies auch bei der Untersuchung der Anlassdelikte nach den Hauptgruppen Gewaltdelikte, Sexualdelikte, Eigentumsdelikte, BtMG-Delikte und sonstige Delikte. Der höchste Anteil an Rückfalldelikten zeigt sich bei Probanden mit Eigentumsdelikten (21.7 %; n = 13) gefolgt von den Probanden mit einem BtMG-Delikt als Einweisungsgrund (16.7 %; n = 19).

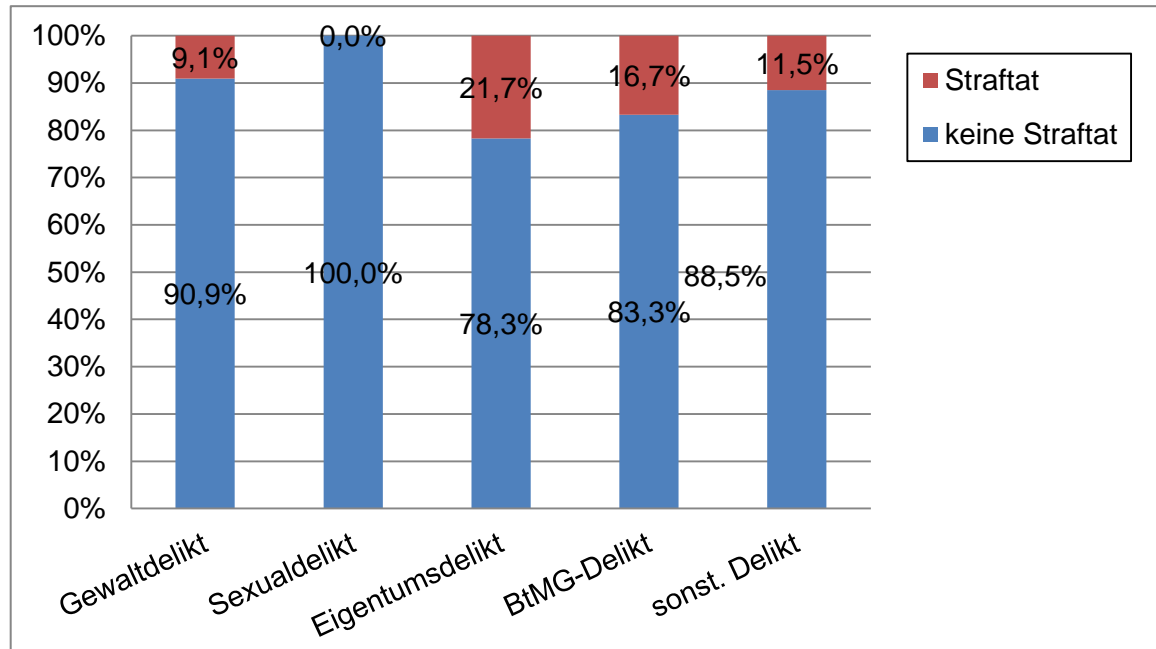


Abbildung 5.76: Legalbewährung nach Hauptdeliktgruppe, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

Bei der Frage danach, welches Delikt begangen wurde, waren Mehrfachnennungen möglich. Es wurden von Probanden keine Tötungsdelikte und keine Sexualdelikte angegeben. Am schwerwiegendsten sind vier Körperverletzungsdelikte, die von Probanden nach ihrer Entlassung begangen wurden. Es werden keine Raubdelikte und keine Brandstiftungen angegeben. Am häufigsten treffen in der Stichprobe der § 64-Patienten, in der die Suchtproblematik im Vordergrund steht, Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz zu, gefolgt von Betrugs- und vorwiegend Diebstahldelikten, die häufig auch der Beschaffung oder der Sicherung des Lebensunterhaltes dienen. Weiterhin werden Verkehrsdelikte, Weisungsverstöße und andere Delikte wie Verstöße gegen das Waffengesetz oder Leistungerschleichung festgestellt.

Tabelle 5.83: Deliktart der erneut Straffälligen nach einem Jahr, Mehrfachnennungen möglich, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 39)

Delikt	
Tötungsdelikt	0
Körperverletzung	4
Sexualdelikt	0
Raub/räuberische Erpressung	0
Betrug/Diebstahl	9
Brandstiftung	0
BtMG-Verstoß	16
Verkehrsdelikt	5
sonstige	8
Weisungsverstoß	7

38 der 39 Probanden machten dazu Angaben, ob sie bei der Straftat unter Suchtmittel- einfluss standen. Mehr als die Hälfte bejahten diese Frage (60.5 %; n = 23), was den deutlichen Zusammenhang von Suchtmittelkonsum und Straftaten in dieser Gruppe zeigt. Zum Zeitpunkt des Deliktes konnten nur 32 Probanden eine Angabe machen. Es zeigt sich dabei deutlich, dass Rückfälle sehr häufig kurz nach der Entlassung stattfinden. Über die Hälfte der Straftaten findet bereits spätestens vier Monate nach der Entlassung statt.

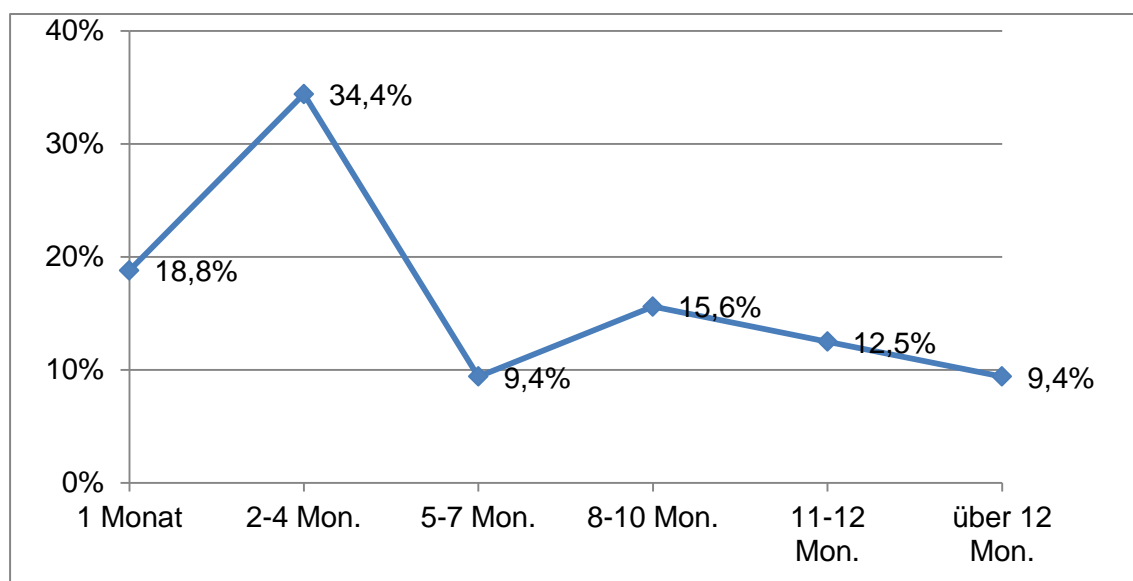


Abbildung 5.77: Zeitpunkt des Rückfall-Deliktes nach der Entlassung, Angaben in Prozent, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 32; missing: 7)

In der Befragung wurde auch danach gefragt, wie die jeweils angegebenen Delikte von der Justiz geahndet wurden. Sehr häufig wurden von Probanden Straftaten eingeräumt, die laut ihren Aussagen nicht zur Anzeige gebracht wurden (28.2 %; n = 11). Während 7 (18.0 %) die einschneidendste Sanktionsmaßnahme, nämlich eine Freiheitsstrafe, erhielten, wurden 12.8 % zu einer Geldstrafe (n = 5) verurteilt. Ein Proband (2.6 %) wurde für die Straftat nicht zu einer Strafe verurteilt, 10.3 % der Verfahren (n = 4) wurden eingestellt. In einer weiteren großen Gruppe von 10 Probanden (25.6 %) läuft das Verfahren noch und einer gibt an, eine sonstige Maßnahme wie z. B. Führerscheinentzug erhalten zu haben.

Diese Angaben sind insbesondere auch für den Vergleich mit der häufig als objektiver eingeschätzten aktenkundigen Angaben aus dem Bundeszentralregister interessant. Zumindest bei der Abfrage nach einem Jahr werden dort die Verfahren nicht ersichtlich, die zu diesem Zeitpunkt noch laufen. Hier muss eine deutliche zeitliche Verzögerung mit berücksichtigt werden. Mit dem weiteren Haupt-Bestandteil dieser Gruppe verhält es sich ähnlich, nicht angezeigte Straftaten werden nicht aktenkundig. Somit würden zu diesem Zeitpunkt mehr als die Hälfte dieser eingeräumten Straftaten aus diesen beiden Gründen wegfallen und das Rückfallrisiko würde deutlich unterschätzt werden.

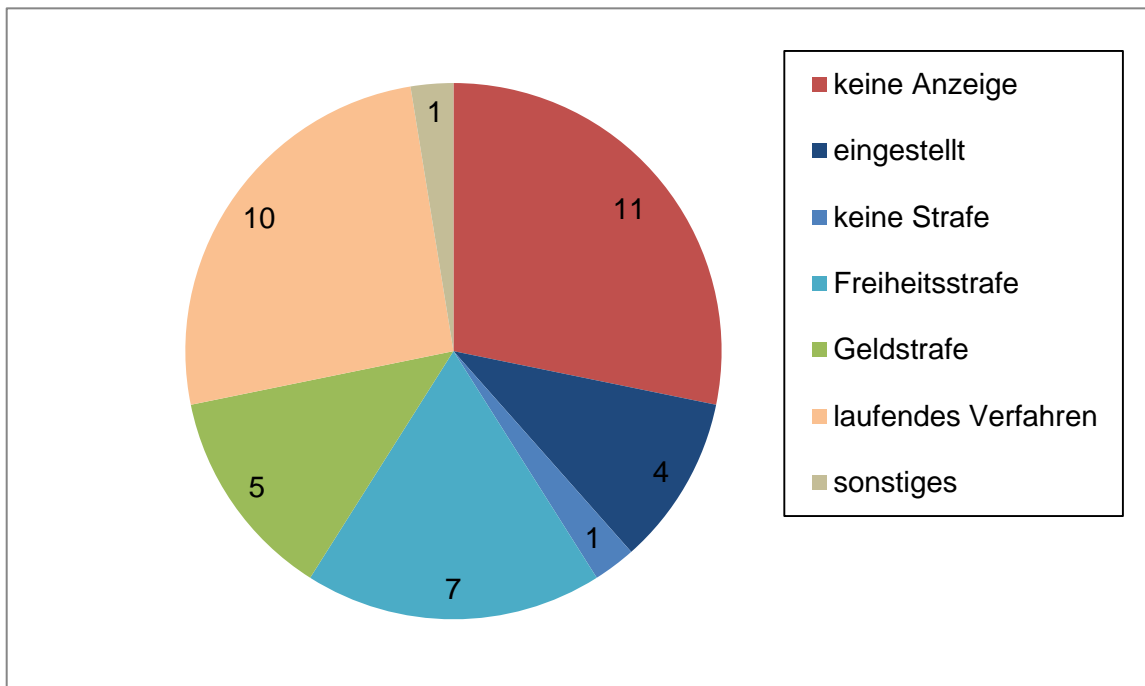


Abbildung 5.78: Verurteilung nach erneuter Straffälligkeit nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 38)

Weitere 7 Probanden gaben an, dass gegen sie gerade eine Ermittlungsverfahren laufe, bei drei dieser sieben Probanden handele es sich dabei um ein Betrugs- bzw. Dieb-

stahlsdelikt. Ein Proband gab an, dass gegen ihn wegen eines Brandstiftungsdeliktes ermittelt würde, ein weiterer wegen eines Verkehrsdeliktes. Mit vier wird bei mehr als der Hälfte derer, gegen die ein Verfahren anhängig ist, wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz ermittelt.

## b. Fremdeinschätzung des Therapieerfolges

In der Gesamtbewertung durch die Interviewer, in der die deliktische und die suchtbetogene Rückfälligkeit einbezogen werden, zeigt sich bei etwas mehr als jedem zweiten Probanden die optimale Einschätzung einer dauerhaften Suchtmittel-Abstinenz kombiniert mit einer Straftatfreiheit (52.3 %; n = 146). Fast ein Viertel wird von den Beurteilern so eingeschätzt, dass ein unproblematischer Verlauf bezogen auf die Legalbewährung erzielt werden konnte, während gleichzeitig von einem zumindest mäßigen Konsum von Alkohol oder Drogen ausgegangen werden muss (24.4 %; n = 68). Mit weiteren 6.5 % (n = 18) mit so massiven Konsum, dass von schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen ausgegangen werden muss; somit ergeben sich insgesamt über 80 % straftatfreie Probanden (83.2 %). Der größte Anteil der wieder straffällig gewordenen Probanden (9.3 %; n = 26) wird oder wurde diesbezüglich strafrechtlich verfolgt und hatte gleichzeitig keine Abstinenz aufrecht erhalten können. 4.3 % (n = 12) konsumieren ebenfalls wieder und haben zudem eine Straftat begangen, die aber im Gegensatz zur vorherigen Gruppe nicht verfolgt wurde. Von immerhin 9 Probanden (3.2 %) wurde eine Straftat begangen, ohne dass ein Zusammenhang zur Suchterkrankung festgestellt werden kann.

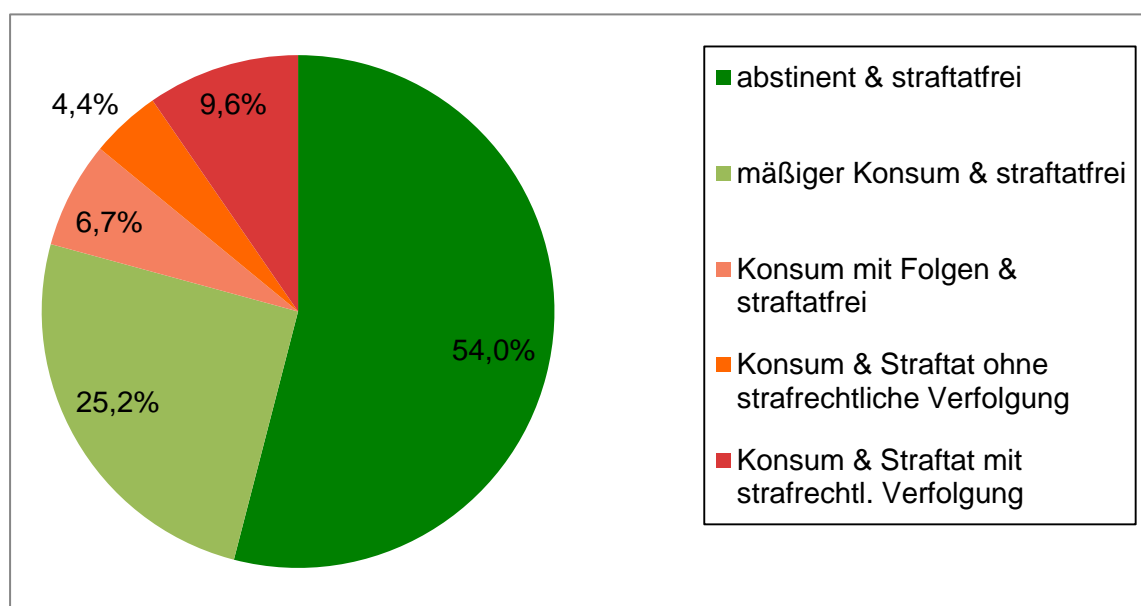


Abbildung 5.79: Gesamtbewertung nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 279)

In Abhängigkeit von der Hauptdiagnose zeigt sich die insgesamt etwas bessere Einschätzung in der Alkoholikergruppe. Die beiden günstigsten Gruppen „abstinenter & straftatfrei“ und „mäßiger Konsum & straftatfrei“ werden bei den Alkoholikern mit insgesamt 82.3 % (n = 65) angegeben, während diese bei den Drogenabhängigen nur 75.1 % (n = 145) ausmachen. Der Therapieerfolg bei Berücksichtigung des Suchtverlaufs und auch weitere Straftaten zeigen sich hier bei Alkoholikern günstiger. Es ist aber wie bereits bei der Legalbewährung darauf hinzuweisen, dass zu einem beträchtlichen Teil Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz dazu beitragen und diese Delikte in der vorliegenden Stichprobe nahezu immer von Drogenabhängigen begangen werden. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist nicht signifikant.

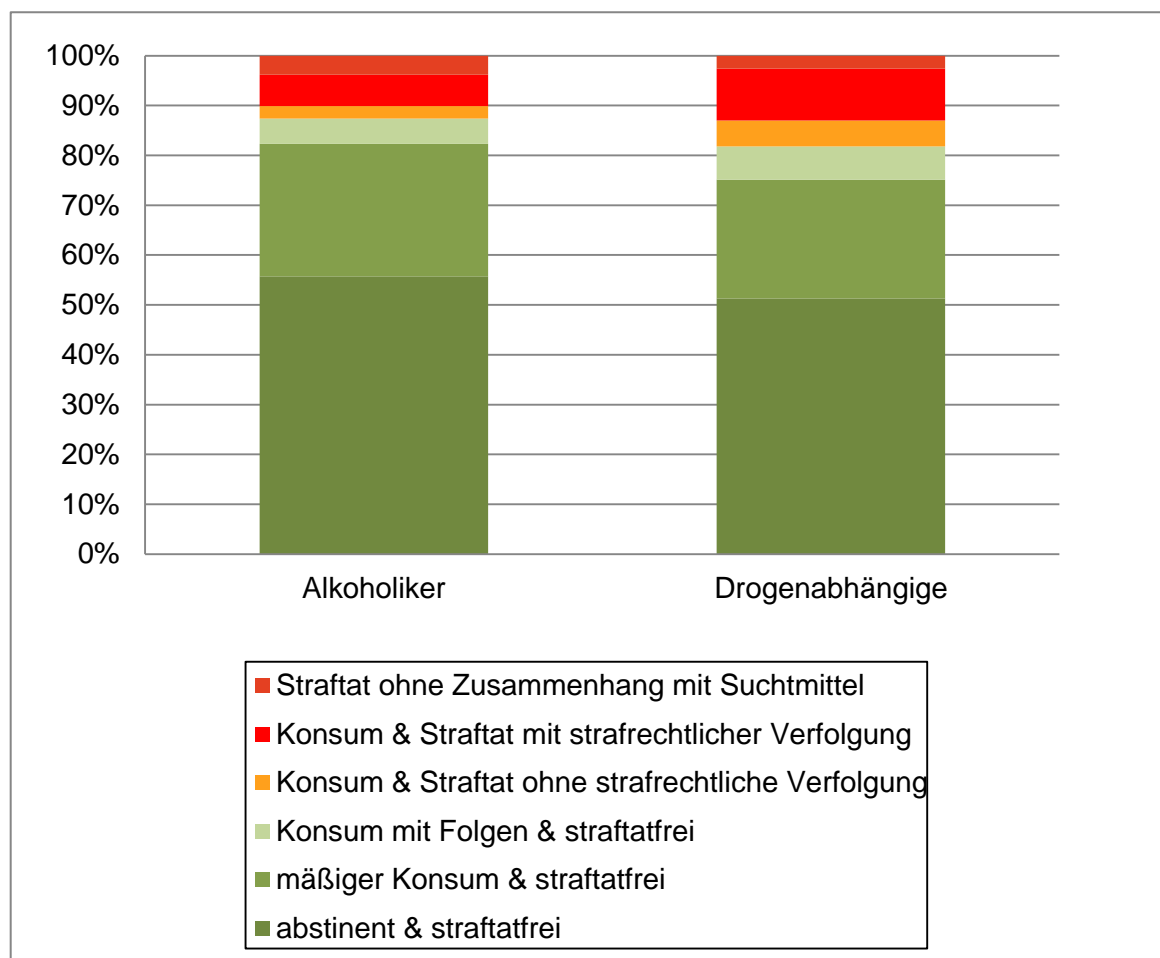


Abbildung 5.81: Gesamtbewertung nach Hauptdiagnosegruppe, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 272)

Wenn man die Therapiebewertung nach der Hauptdeliktgruppe differenziert, stehen bei den Gewaltstraftätern diejenigen im Vordergrund, die abstinenter und straftatfrei nach der Einschätzung des Untersuchers sind (60.9 %; n = 28) und diejenigen, die zwar in mäßigem Rahmen konsumieren, aber trotzdem keine Straftaten begangen haben (26.1 %; n = 12). Bei Sexualstraftätern kommen nur diese beiden Erfolgseinschätzun-

gen vor, wobei es sich hier um eine sehr kleine Gruppe mit nur sechs Probanden handelt. Sowohl bei den Probanden mit Eigentumsdelikten als Anlasstat als auch bei denen mit BtMG-Delikten zeigt sich ein deutlicher Anteil an Einschätzungen, dass die jeweiligen Probanden wieder konsumieren und eine Straftat mit strafrechtlicher Verfolgung begangen haben (13.2 %; n = 9 bzw. 10.7 %; n = 14).

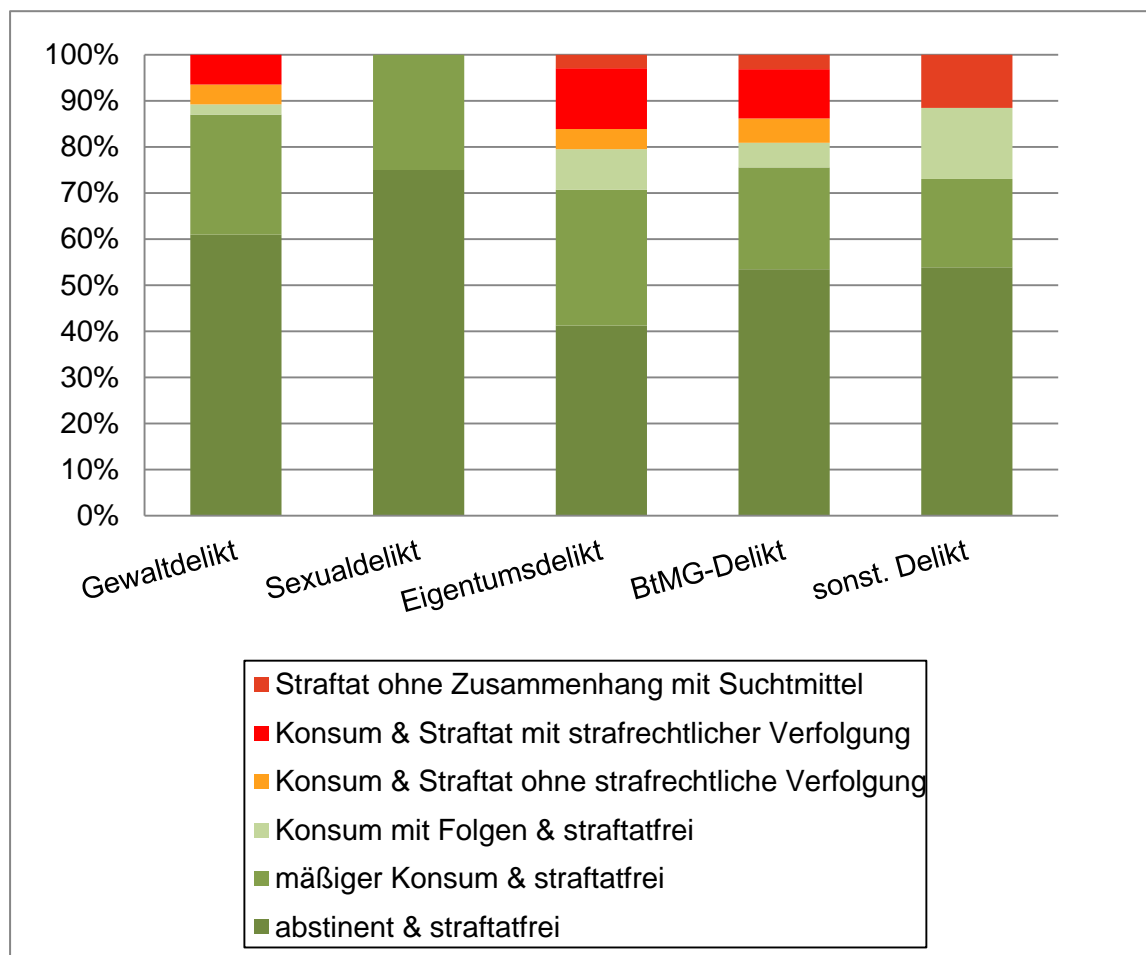


Abbildung 5.82: Gesamtbewertung nach Hauptdeliktgruppe, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 279)

### 5.3.2.5 Prädiktoren für die Legalbewährung

Die Angaben, die zur Biografie, zur forensischen Anamnese, zur Krankheitsanamnese und zum Therapieverlauf gemacht wurden, werden in diesem Abschnitt auch zur Legalbewährung in Bezug gesetzt.

Wie beschrieben, finden sich deutlich weniger Frauen in der Stichprobe. Ein Jahr nach ihrer Entlassung haben nach eigenen Angaben mit 9.5 % (n = 2) weniger Frauen im Vergleich zu den Männern mit 16.1 % (n = 37) wieder Straftaten begangen. Der Unterschied ist nicht signifikant.

Es ergeben sich unterschiedliche Legalbewährungsquoten je nach dem Alter, in dem Probanden in den Maßregelvollzug aufgenommen worden sind. Insgesamt liegt die Rückfallquote bei den Probanden am höchsten, die bei ihrer Aufnahme jünger als 36 Jahre alt waren. Mit 174 von 251 ist dies die größte Gruppe. Zwischen 31.3 % und 13.3 % haben erneut Straftaten begangen. Mit 13.3 % sind es die bei Aufnahme 22- bis 25-Jährigen, die am seltensten Straftaten begehen. Bei Probanden, die bei ihrer Aufnahme bereits älter als 35 Jahre alt waren, scheint die deliktische Rückfallgefahr zu sinken. Die beiden weiteren Spitzen sind den niedrigen Zellenbesetzungen in den Gruppen mit höherem Alter geschuldet, nur 7 Probanden waren bei ihrer Aufnahme bereits 51 bis 55 Jahre alt, nur einer älter als 60. Aufgrund von 40.0 % der Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit von kleiner als 5 kann der Chi-Quadrat-Test nicht sinnvoll interpretiert werden.

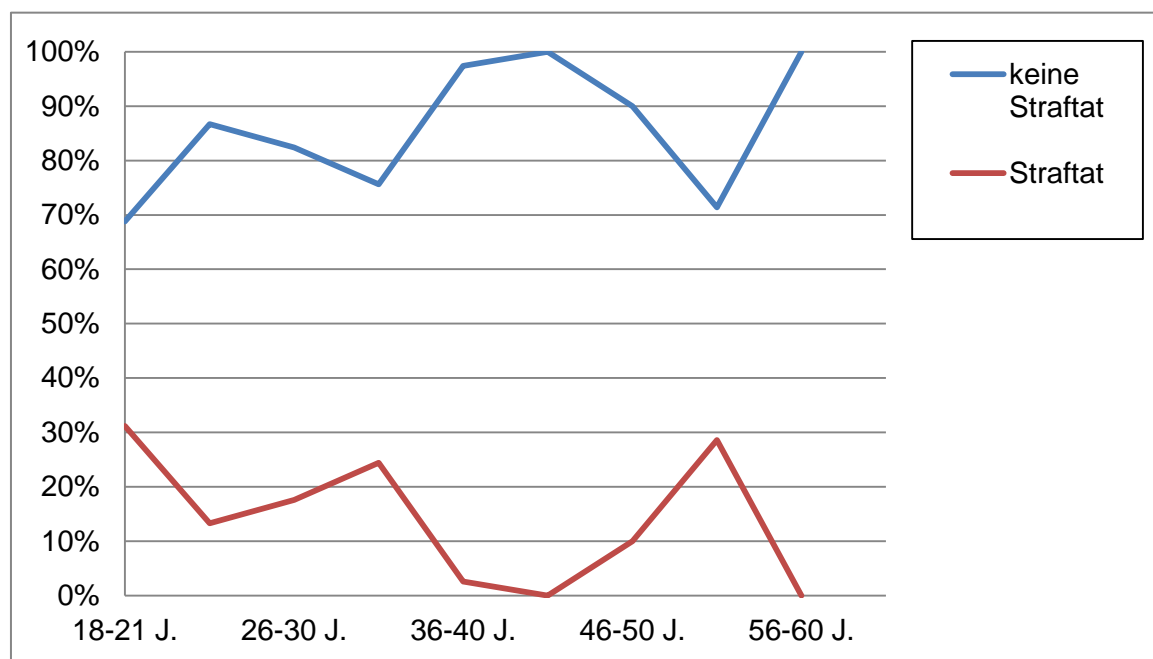


Abbildung 5.83: Legalbewährung nach Aufnahmealter, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

Beim Vergleich der Teilgruppen mit verschiedenen Anlassdelikten fällt auf, dass die beiden sehr kleinen Gruppen mit Tötungsdelikten ( $n = 4$ ) und Sexualdelikten ( $n = 7$ ) jeweils ein Jahr nach ihrer Entlassung keine neuen Straftaten begangen haben. Da diese Angaben darauf beruhen, dass Delikte von den Probanden selbst eingeräumt werden, wäre es denkbar, dass diese Gruppen weniger offen sind, weil sie gravierendere Konsequenzen zu befürchten haben. Zumindest im Vergleich mit den vorliegenden Fremangaben ist dies aber nicht zu bestätigen. Auch hier sind keine neuerlichen Delikte bekannt geworden. Aufgrund dieser kleinen Teilgruppen, bei denen diese schwerwiegenden Delikte als Anlassstat vorliegen, sind die Chi-Quadrat-Tests wegen zu geringer Zellenbesetzung nicht aussagekräftig. Auch in der ebenfalls kleinen Gruppe mit Brandstiftungsdelikten ( $n = 4$ ) wird im ersten poststationären Jahr keine Straftat begangen.

Bei den Körperverletzungsdelikten als Anlassdelikt ergibt sich ein günstigeres Bild für diese Subgruppe. Lediglich 9.1 % ( $n = 4$ ) von diesen begehen im ersten Jahr nach der Entlassung eine Straftat, während das bei 16.9 % ( $n = 35$ ) der restlichen Probanden der Fall ist (nicht signifikant).

Bei Betrugs- und Diebstahldelikten zeigt sich ein sehr deutlicher, aber nicht signifikanter Unterschied. Beim Vorliegen dieses Anlassdeliktes wird von 23.4 % ( $n = 11$ ) erneut ein Delikt begangen, in der Restgruppe nur bei 13.7 % ( $n = 28$ ). Probanden mit Verkehrsdelikten begehen etwas weniger häufig neue Straftaten (10.8 %;  $n = 4$  vs. 16.4 %;  $n = 35$ ; n. s.).

Bei den Anlassdelinquenten mit Raub bzw. räuberischer Erpressung lässt sich kein Unterschied feststellen, bei BtMG-Delikten nur ein sehr kleiner.

Je nach parallel verhängter Freiheitsstrafe ergeben sich unterschiedliche Ergebnisse in der Häufigkeit der Rückfall-Straftaten. Es kann eine zweigipfelige Verteilung beobachtet werden mit Rückfälligkeitsgipfeln bei Freiheitsstrafen zwischen einem halben Jahr und einem Jahr (21.7 %;  $n = 10$ ) und zwischen 25 und 30 Monaten (24.3 %;  $n = 9$ ). Bei höheren Freiheitsstrafen als 30 Monaten fällt diese Quote möglicherweise auch deshalb wieder ab, weil in Abhängigkeit von dieser hohen verhängten Freiheitsstrafe bei einem Bewährungsversagen eine höhere Reststrafe zur Verbüßung droht.



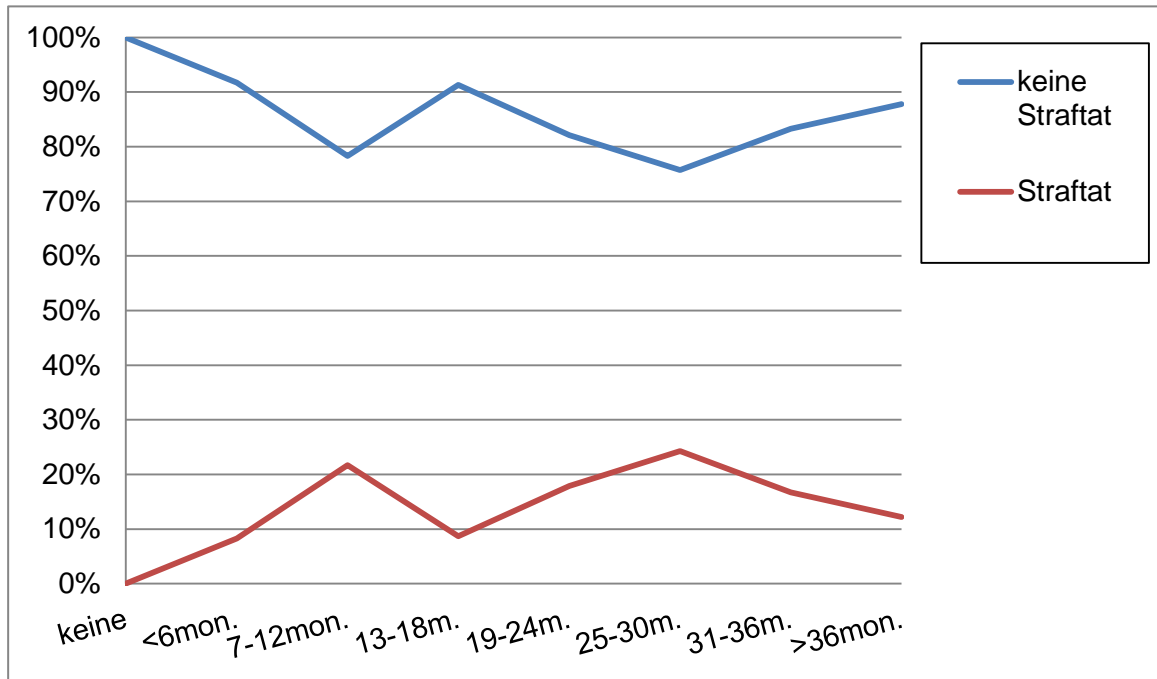


Abbildung 5.84: Legalbewährung nach Freiheitsstrafe, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

Es ist bei einzelnen Probanden sehr unterschiedlich, wie lange sie vor ihrer Verurteilung in einer Justizvollzugsanstalt inhaftiert waren. Wenn bereits von der Justiz angenommen wurde, dass eine Verurteilung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB sehr wahrscheinlich ist, werden Täter bereits zur Untersuchungshaft in der Forensik untergebracht. Somit verbrachte diese Gruppe vor ihrer Forensik-Unterbringung keine Zeit in einer JVA. Dies trifft auch für Straftäter zu, die bis zur ihrer Verhandlung überhaupt nicht inhaftiert wurden, was aber nur in wenigen Fällen vorkommt. Für alle anderen Probanden hängt die Zeit davon ab, wie lange es bis zu einer Verhandlung dauert oder wann noch vor einer endgültigen Verurteilung eine Verlegung aus einer JVA in die Forensik stattfindet. Auch bei längeren Haftstrafen, die parallel zum § 64 verhängt wurden, wird inzwischen häufig Vorwegvollzug angeordnet, damit nach einer erfolgreichen Therapie Entlassungen in Freiheit stattfinden können. Dies trifft aber nicht für alle vorliegenden Behandlungsfälle zu, weil dies früher anders gehandhabt wurde. Für diesen Einflussfaktor ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Deliktrückfallhäufigkeit. Je weniger Zeit vor Therapiebeginn in einer JVA verbracht wurde, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres nach der Entlassung wieder ein Delikt zu begehen. Die Häufigkeit beträgt 24.1 % (n = 20), wenn Patienten sofort in der Forensik aufgenommen wurden und sinkt auf 8.1 % (n = 5), wenn sie über ein Jahr in der JVA verbrachten, bevor sie die Therapie beginnen konnten. Diese Unterschiede werden im Chi-Quadrat-Test signifikant (8.5\*; df: 3). Eine Er-

klärung hierfür könnte sein, dass ein deutlicher Abschreckungseffekt die Probanden empfänglicher für die positiven Effekte der Therapie macht. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass in den längeren JVA-Inhaftierungen vor der Therapie in der Forensik der positive Effekt des Vollzuges von Haftstrafen vor einer Therapie abgebildet wird.

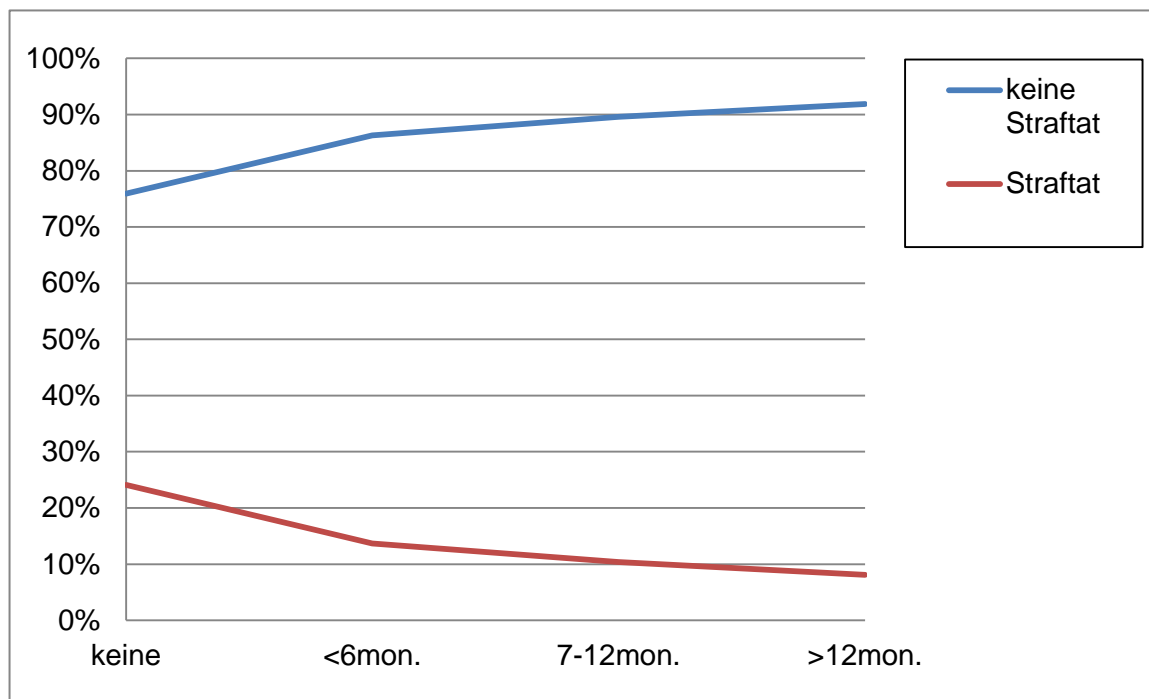


Abbildung 5.85: Legalbewährung nach Zeit in der JVA vor Therapiebeginn, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 244)

Bei den Weisungen gibt es mit 16 nur wenige, bei denen keine Weisung zur Abstinenz ausgesprochen wurde. Diese 16 Probanden schaffen es, innerhalb eines Jahres nach ihrer Entlassung keine Straftat zu begehen. Ähnlich verhält es sich bei der Weisung, regelmäßig Drogenscreenings oder Tests auf Alkoholkonsum durchzuführen. Von den wenigen (n = 25), die diese Weisung nicht erhalten, begeht im Beobachtungszeitraum nur ein Proband (4.0 %) ein Delikt. Es ist dabei aber eher unwahrscheinlich, dass eine kausale Ursache darin besteht, dass diese Weisung nicht ausgesprochen wurde. Eher ist davon auszugehen, dass bei Probanden darauf verzichtet wurde, die als sehr zuverlässig eingeschätzt wurden. Ähnlich, aber noch geringer ausgeprägt ist dieser Zusammenhang bei der Weisung einer ambulanten Nachsorge (9.1 % neue Straftaten vs. 16.7 %).

Patienten, die angewiesen wurden, regelmäßig eine Selbsthilfegruppe zu besuchen, vermutlich weil sie als kritischer eingeschätzt wurden, begehen etwas mehr Straftaten (21.6 % vs. 15.0 %). Auch diejenigen Probanden, die nicht in Selbstständigkeit sondern in eine komplementäre Einrichtung entlassen wurden, wurden vom Behandlungsteam als problematischer eingeschätzt. Trotzdem können diese aufgrund der deutlich ge-

geschützteren Umgebungsbedingungen bessere Ergebnisse erzielen (6.3 % vs. 16.7 %). Auch die weiteren abgefragten Weisungen wie Meldung von Arbeitsplatz- oder Wohnungswechsel, regelmäßiger Kontakt zu einem Bewährungshelfer oder einem gesetzlichen Betreuer haben nach vorliegenden Daten keinen nachweisbaren Einfluss auf den weiteren deliktischen Verlauf.

Gesetzliche Betreuungen spielen in dieser Patientengruppe eine zu geringe Rolle zur weiteren Auswertung. Mit einer weiteren Frage sollte untersucht werden, ob die rechtzeitige Kontaktaufnahme zu einem Bewährungshelfer einen schützenden oder prognostisch günstigen Einfluss hat. Das kann für vorliegende Gruppe nicht bestätigt werden. Von den Probanden, die ihren Bewährungshelfer bereits bei Entlassung kennen, begehen 17.9 % (n = 26) wieder eine Straftat, während dies nur bei 12.1 % (n = 12) derer der Fall ist, die ihn noch nicht kennen (n. s.). Wenn auch trotz dieser Zahlen nicht davon ausgegangen werden kann, dass die rechtzeitige Kontaktaufnahme ungünstig ist, lässt sich ein positiver Effekt nicht nachweisen.

Es zeigt sich ein recht deutlicher Einfluss der geschätzten Intelligenz der Probanden auf das Ergebnis. In der sehr kleinen Gruppe der Minderbegabten (n = 3) werden im Jahr nach der Entlassung keine Delikte angegeben. Dies hängt möglicherweise auch mit der geschützteren Umgebung zusammen, in die diese Gruppe entlassen werden muss. 9.4 % (n = 3) der Probanden, die im unteren Durchschnitt liegend eingeschätzt wurden, begehen wieder ein Delikt. Bei den durchschnittlich Intelligenten steigt der Anteil auf 13.6 % (n = 19) und bei denen im oberen Durchschnittsbereich auf 26.2 % (n = 16). Lediglich bei den überdurchschnittlich Eingeschätzten ist der Anteil mit 8.3 % (n = 1) wieder sehr niedrig. Erstaunlicherweise scheinen die Probanden mit zunehmender Intelligenz häufiger delikt-rückfallgefährdet zu sein. Eine Ausnahme besteht dabei lediglich in der Gruppe überdurchschnittlich intelligenter Probanden.

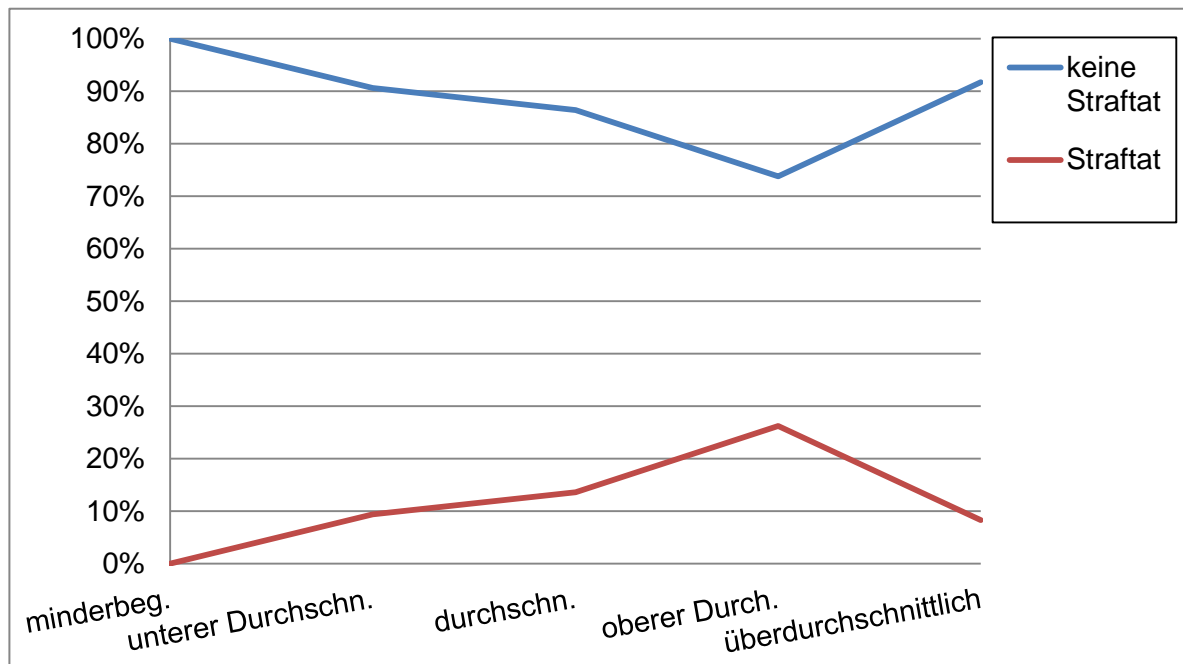


Abbildung 5.86: Legalbewährung nach Intelligenzeinschätzung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 248)

Das Alter bei Erstmanifestation der Erkrankung weist kaum einen Zusammenhang zur deliktischen Rückfallhäufigkeit auf. Alle 4 Probanden, deren Erstmanifestation im Alter von über 36 Jahren angenommen wurde, geben keine weitere Straftat an. Innerhalb der anderen Gruppen gibt es nach diesem Kriterium keine augenscheinlichen oder statistisch nachweisbaren Unterschiede.

Der Einfluss stationärer Vorbehandlungen ist etwas unklar. Erwartungsgemäß ist die Gruppe derer, die noch nie vorbehandelt wurden, weniger riskant. Nur 11.4 % (n = 16) begehen wieder eine Straftat. Wenn Probanden zu einem früheren Zeitpunkt bereits vorbehandelt wurden, steigt die Häufigkeit auf ein Viertel (25.0 %; n = 11). Nicht erwartungskonform sinkt dieser Anteil bei mehreren Vorbehandlungen aber wieder auf 18.2 % (n = 12). Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass sich in den mehrmaligen psychiatrischen Vorbehandlungen ausdrückt, dass der Schwerpunkt beim jeweiligen Probanden mehr auf der Erkrankung bzw. Suchterkrankung und weniger auf der ausgeprägten Kriminalität liegt.

Sehr deutlich zeigt sich dagegen der Einfluss von früheren Forensik-Aufenthalten. In der vorliegenden Gruppe gibt es nur 3 Probanden, die vor der untersuchten Maßregelvollzugsbehandlung bereits mehrmals forensisch behandelt wurden. Mit 33.3 % (n = 1) ist der Anteil der Rückfälle am höchsten. Bei einem forensischen Voraufenthalt ist der Rückfallanteil mit 26.3 % (n = 10) deutlich höher, als wenn dies nicht der Fall ist

(13.3 %; n = 28). Aufgrund der niedrigen Fallzahl bei mehreren Aufenthalten liegt die zu niedrige Zellenbesetzung bei 33.3 % anstatt bei den erlaubten 20.0 %.

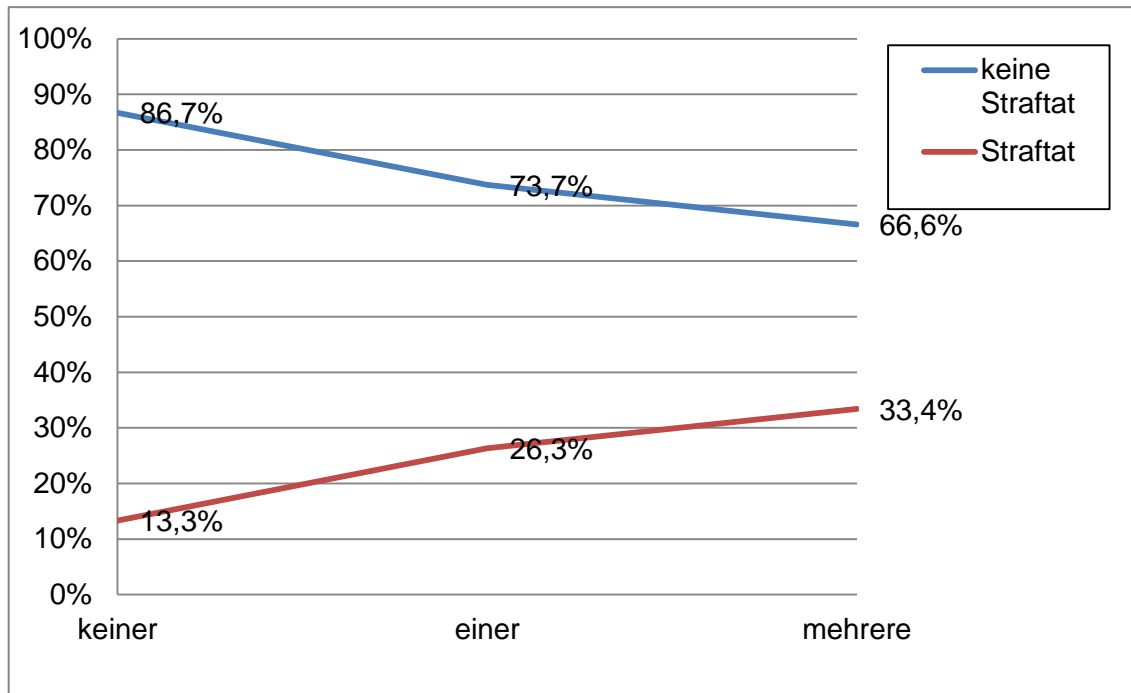


Abbildung 5.87: Legalbewährung nach forensischen Vorbehandlungen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

Ein ähnlicher Einfluss wie bei stationären Aufenthalten zeigt sich auch bei früheren vorzeitigen Therapieabbrüchen, die sich explizit auf Abbrüche allgemeinpsychiatrischer Behandlungen aber auch bei Behandlungen in der Forensik beziehen. Probanden, die in ihrer Vergangenheit bereits einmal eine Therapie abgebrochen hatten, begehen in ihrem ersten Jahr nach der aktuellen Behandlung mit 28.6 % (n = 6) deutlich mehr Straftaten als solche, bei denen dies noch nie der Fall war (16.2 %; n = 11). Bei mehreren Therapieabbrüchen sinkt dieser Anteil aber wieder auf 21.4 % (n = 3). Auch hier ist eine vergleichbare Erklärung wie bei den vorhergehenden stationären Aufenthalten denkbar, weil häufige Abbrüche in einem deutlichen Zusammenhang zu häufigen Vorbehandlungen stehen.

Der Einfluss der längsten bisherigen Abstinenzphasen stellt sich insgesamt als unsystematisch dar.

Der weitaus größte Teil der Probanden, nämlich 90.0 % weisen Vorstrafen auf. Unter den nicht Vorbestraften ist die Rate der nicht erneut Straffälligen mit 8.0 % (n = 2) deutlich niedriger als 16.4 % (n = 37) bei den bereits Vorbestraften. Dieser Unterschied ist im Chi-Quadrat-Test aber nicht signifikant. Betrachtet man die unterschiedlichen Vordelikte zeigen sich bei Körperverletzungen, Sexualdelikten und BtmG-Delikten kaum Unterschiede in der Rückfallhäufigkeit bei Straftaten im ersten Jahr nach der

Entlassung. Liegt ein Vorstrafe im Bereich Raub/räuberische Erpressung vor, sind deutlich mehr Rückfälle (23.7 %; n = 9 vs. 15.0 %; n = 28) zu verzeichnen. Beim Vorliegen eines Betrugs-/Diebstahldelikt ist dieser Unterschied mit mehr Rückfalldelikten signifikant (21.4 %; n = 30 vs. 8.2 %; n = 7; Chi-Quadrat: 6.7\*\*; df: 1), bei Verkehrsdelikten tendenziell (18.6 %; n = 26 vs. 12.9 %; n = 11). Für eine statistische Absicherung ist die Gruppe der vormaligen Brandstifter zu gering, es ist jedoch festzuhalten, dass alle 4 Brandstifter rückfallfrei bleiben.

Bezogen auf die Anzahl der Einträge im Strafregister ist die Verteilung zweigipflig. Sowohl die Probanden mit 6 bis 10 Einträgen als auch die mit 16 bis 20 Einträgen haben mit 22.2 % (n = 16) und 21.4 % (n = 3) die größte Wahrscheinlichkeit, wieder rückfällig zu werden, was erstaunlicherweise für die Gruppe mit 11 bis 15 Einträgen nicht zutrifft (6.1 %; n = 2). Während die 100-prozentige Legalbewährungsquote bei Probanden ohne Einträge plausibel scheint, ist dies für die 6 Probanden mit mehr als 20 Vorstrafen weniger klar. Am ehesten ist denkbar, dass diese stark vorbelasteten Probanden die Folgen weiteren kriminellen Handelns am deutlichsten vor Augen haben.

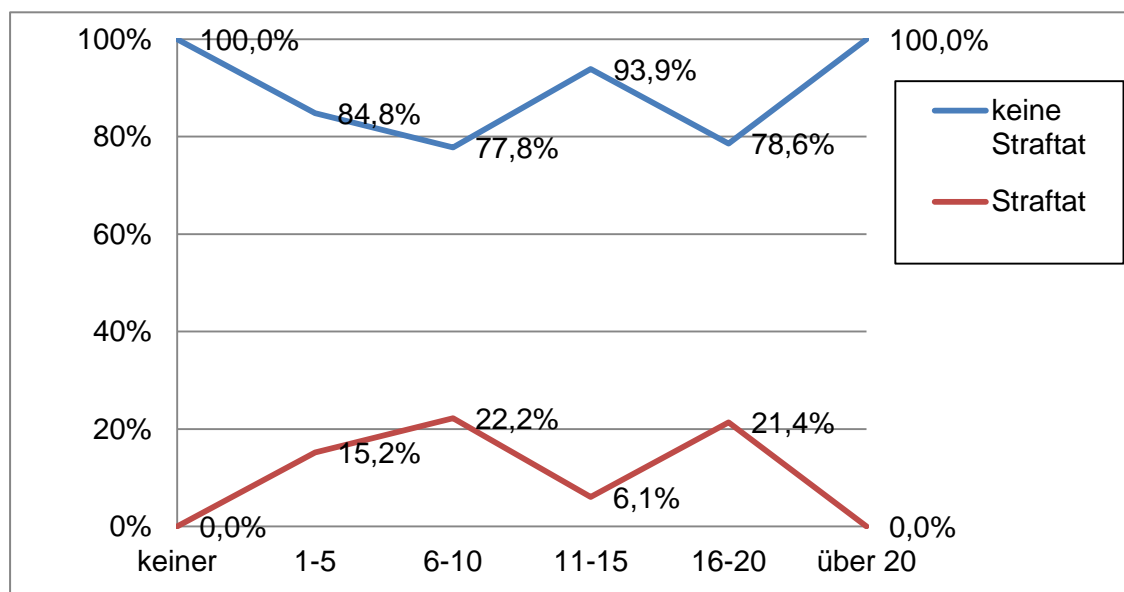


Abbildung 5.88: Legalbewährung nach Strafregistereinträgen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 224)

Auch das Alter, in dem von Probanden eine erste Straftat begangen wurde, spielt eine Rolle. Erwartungsgemäß sollte eine frühe erste Straftat auf eine frühe und damit auch deutliche kriminelle Sozialisation hinweisen und somit auch ein möglicher Prädiktor für Straffälligkeit nach der Therapie sein. Dies bildet sich in den vorliegenden Daten insofern ab, als Probanden mit einer ersten Straftat vor dem Erreichen des 18. Lebensjahres mit 18.7 % (n = 20) den höchsten Anteil an wieder Rückfälligen haben. Mit 13.6 % (n = 6) und 15.9 % (n = 11) ist dieser Anteil bei Probanden mit einer 1. Straftat zwi-

schen 18 und 20 Jahren bzw. zwischen 21 und 30 Jahren geringer. Bei Probanden, bei denen sich diese kriminelle Entwicklung erst recht spät, z. B. mit einem ersten Delikt zwischen 31 und 40 Jahren abzeichnet, liegt dieser Anteil nur mehr bei 9.5 % (n = 2). Nur 4 Probanden geben überhaupt an, eine erste Straftat noch später begangen zu haben. Möglicherweise war dies dann auch das einzige und zugleich Anlassdelikt. Alle vier Probanden können im ersten Jahr nach der Entlassung straffatfrei bleiben.

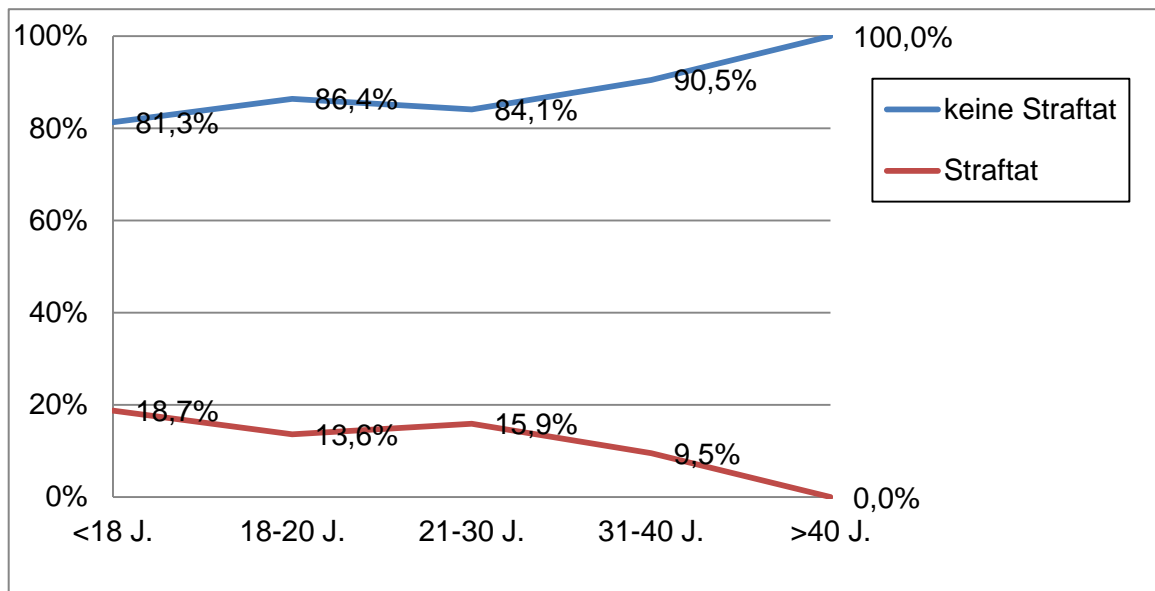


Abbildung 5.89: Legalbewährung nach Alter bei 1. Straftat, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 245)

In der Untersuchung der bisherigen Hafterfahrung, welche einerseits den Grad krimineller Sozialisation abbilden kann, umgekehrt aber auch einen Einfluss auf diese Entwicklung hat, zeigt sich eine ähnliche Beobachtung wie bei der Anzahl der Einträge im Strafregister. Der Anteil erneut Straffälliger ist in der Gruppe sehr gering, die in ihrem Leben bereits mehr als 8 Jahre inhaftiert waren (7.7 %; n = 1). In den Gruppen, die bisher zwischen einem halben Jahr und 8 Jahren inhaftiert waren, schwankt der Anteil eher unwesentlich und unsystematisch zwischen 17.6 % und 22.0 %. Bisher kaum Inhaftierte (weniger als 6 Monate) haben mit 2.7 % (n = 1) eine besonders günstige Prognose, was wiederum für die Probanden, die noch nie in ihrem Leben inhaftiert waren, deutlich seltener zutrifft (16.3 %; n = 7). Denkbar wäre eine Erklärung, dass durch Inhaftierungen ein gewisser Abschreckungseffekt erreicht werden kann, der aber durch längere oder mehrere Inhaftierungen kaum gesteigert werden kann oder zum Zeitpunkt der Straftatbegehung aus anderen Gründen nicht wirksam ist. Bei besonders stark Haftvorbelasteten können auch andere Gründe wie evtl. eine drohende Sicherungsverwahrung bei einer nächsten Straftat eine Rolle spielen.

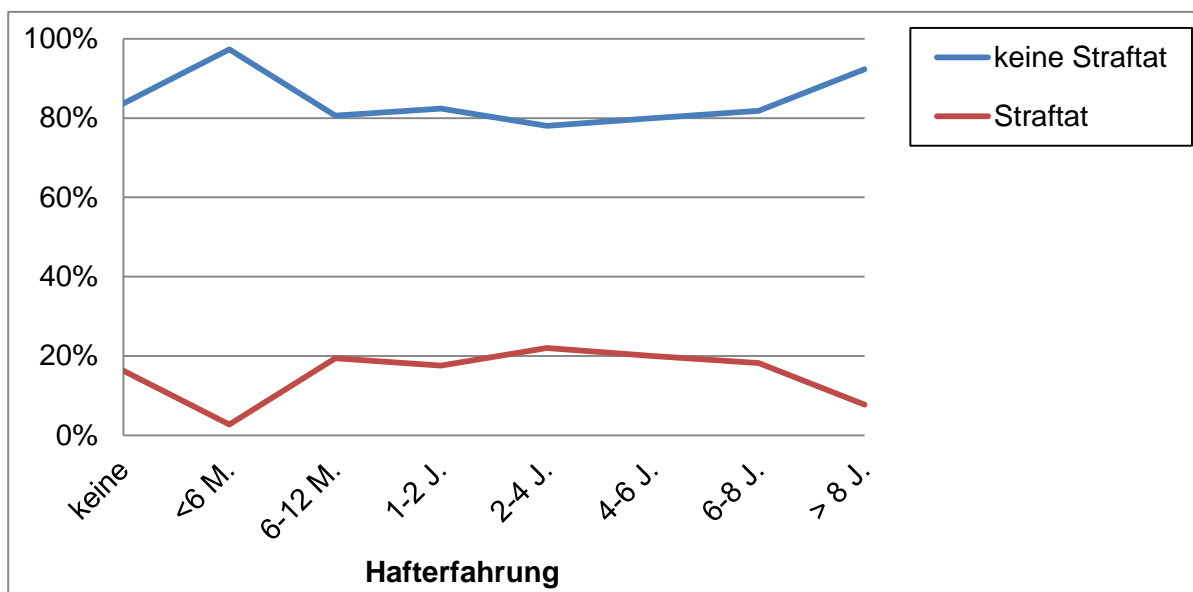


Abbildung 5.90: Legalbewährung nach Haftbefreiung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 247)

Je nachdem, in welchem Land die Probanden geboren wurden, ergeben sich unterschiedliche Anteile, was die Rückfälligkeit betrifft. Von den Probanden, die in Deutschland geboren wurden, werden 27 (14.4 %) wieder straffällig. Mit 23.3 % (n = 10) ist das bei in ehemaligen GUS-Staaten Geborenen fast jeder Vierte und somit deutlich häufiger. Dieser Unterschied ist im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant. Probanden aus anderen Ländern kommen insgesamt deutlich seltener vor, weisen aber tendenziell ein etwas geringeres Risiko auf.

Tabelle 5.84: Legalbewährung nach Herkunftsland, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

Herkunftsland	Straftat (in Prozent)	keine Straftat (in Prozent)	Gesamt (in Prozent)
Deutschland	27 (14.4)	160 (85.6)	187 (100.0)
Türkei	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (100.0)
ehemalige GUS-Staaten	10 (23.3)	33 (76.7)	43 (100.0)
sonst. europ. Ausland	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (100.0)
nichteurop. Ausland	0 (0.0)	6 (100.0)	6 (100.0)
Gesamt	39 (15.5)	212 (84.5)	251 (100.0)



Für 92 Probanden, die nach der Fragebogenrevision untersucht wurden, können auch Angaben zu Belastungen gemacht werden, die diese in ihrer Kindheit und Jugend erlebt haben. 15.7 % (n = 11) der so belasteten Probanden haben erneut eine Straftat begangen, während das nur bei 13.6 % in der nicht belasteten Gruppe festgestellt werden kann. Bei der Analyse einzelner Faktoren zeigt sich erstaunlicherweise sehr häufig die umgekehrte Situation. Probanden, die in ihrer Kindheit die Trennung der Eltern oder eine Scheidung erleben mussten, schneiden prognostisch etwas günstiger ab. Nur 13.9 % (n = 5) werden gegenüber 17.6 % (n = 6) in der Restgruppe wieder straffällig. Für das Erleben delinquenter Eltern kann dies sogar noch deutlicher beobachtet werden. Dieser relativ gravierende Belastungsfaktor tritt nur bei weniger Probanden als andere Belastungsfaktoren auf. Von diesen 13 Probanden begeht aber kein einziger (0.0 %) im ersten Jahr nach der Entlassung wieder eine Straftat. Probanden, die mit oder bei süchtigen Eltern aufgewachsen sind, werden in dieser Teilgruppe nur zu 9.4 % (n = 3) wieder straffällig im Vergleich zu 21.1 % (n = 8). Auch für den letzten Einzelfaktor Erleben von Gewalttätigkeit ist festzustellen, dass das Vorliegen prognostisch eher günstig ist (11.8 %; n = 4 vs. 19.4 %; n = 7). Lediglich das Vorliegen weiterer Belastungsfaktoren, die nicht zu diesen Hauptgruppen gehören, ergibt sich eher erwartungsgemäß eine verschlechterte Prognose bei deren Vorliegen (22.7 %; n = 5 vs. 12.5 %; n = 6).

Tabelle 5.85: Legalbewährung nach Belastungen in Kindheit und Jugend, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 92)

Belastungen	Straftat (in Prozent)	keine Straftat (in Prozent)	Gesamt (in Prozent)
keine Belastungen	3 (13.6)	19 (86.4)	22 (100.0)
Belastungen	11 (15.7)	59 (84.3)	70 (100.0)
keine Scheidung/Trennung	6 (17.6)	28 (82.4)	34 (100.0)
Scheidung/Trennung	5 (13.9)	31 (86.1)	36 (100.0)
keine Delinquenz	11 (19.3)	46 (80.7)	57 (100.0)
Delinquenz	0 (0.0)	13 (100.0)	13 (100.0)
keine Sucht	8 (21.1)	30 (78.9)	38 (100.0)
Sucht	3 (9.4)	29 (90.6)	32 (100.0)

<b>keine Gewalttätigkeit</b>	7 (19.4)	29 (80.6)	36 (100.0)
<b>Gewalttätigkeit</b>	4 (11.8)	30 (88.2)	34 (100.0)
<b>keine weiteren Belastungen</b>	6 (12.5)	42 (87.5)	48 (100.0)
<b>weitere Belastungen</b>	5 (22.7)	17 (77.3)	22 (100.0)
<b>Gesamt</b>	14 (15.2)	78 (84.8)	92 (100.0)

Für ebenfalls 92 Probanden liegen Angaben zu Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend vor. Teilweise zeigt sich hier eine vergleichbare Tendenz wie bei den Belastungsfaktoren. Allerdings scheinen Auffälligkeiten allgemein bereits die Prognose zu verbessern. Während von den Probanden, die in ihrer Kindheit Auffälligkeiten aufwiesen, nur 14.0 % (n = 7) wieder straffällig wurden, sind es bei jenen ohne Auffälligkeiten 16.7 % (n = 7). ZNS-Schädigungen wurden in der vorliegenden Gruppe nicht berichtet, Entwicklungsverzögerungen nur bei 4 Probanden. Diese 4 Probanden schafften es vollständig, im ersten Jahr nach ihrer Entlassung aus der Forensik ohne Straftaten zu bleiben. Sowohl Probanden, die in ihrer Kindheit Alkohol missbrauchten, als auch solche mit bereits früh beschriebenem Drogen- oder Medikamentenmissbrauch sind jeweils prognostisch beim Drogenmissbrauch etwas günstiger als die Vergleichsgruppen (9.1 %; n = 2 vs. 19.2 %; n = 5). Lediglich das Vorliegen einer Verhaltensstörung in der Kindheit weist auf eine etwas erhöhte deliktische Rückfallgefahr hin. Alle Ergebnisse sind nicht signifikant bzw. können aufgrund zu niedriger Zellenbesetzung nicht statistisch überprüft werden.

Eine mögliche Erklärung dafür, dass das Vorliegen von Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend aber auch von Auffälligkeiten teilweise prognostisch günstig scheint, könnte sein, dass das Vorgehen in der Behandlung gezielt auf diese Faktoren ausgerichtet werden kann, während bei anderen Probanden die Zielrichtung unklarer ist. Möglicherweise sind diese Daten aber auch Ausdruck eines klareren Behandlungsverständnisses der Therapeuten. Vielleicht konnten die Probanden erfolgreicher behandelt werden, bei denen Therapeuten aufgrund ihrer Fähigkeiten oder aufgrund von Faktoren, die innerhalb der Probanden liegen, bessere Behandlungen mit klareren Delinquenzhypothesen durchführen. Aufgrund der noch etwas zu geringen Fallzahlen sollten für eine endgültige Analyse höhere Fallzahlen abgewartet werden.

Tabelle 5.86: Legalbewährung nach Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 92)

Auffälligkeiten	Straftat (in Prozent)	keine Straftat (in Prozent)	Gesamt (in Prozent)
keine	7 (16.7)	35 (83.3)	42 (100.0)
Auffälligkeiten	7 (14.0)	43 (86.0)	50 (100.0)
keine Entwicklungsverzögerung	7 (16.3)	36 (83.7)	43 (100.0)
Entwicklungsverzögerung	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100.0)
keine Verhaltensstörung	3 (12.5)	21 (87.5)	24 (100.0)
Verhaltensstörung	4 (17.4)	19 (82.6)	23 (100.0)
kein Alkoholmissbrauch	3 (15.0)	17 (85.0)	20 (100.0)
Alkoholmissbrauch	4 (13.8)	25 (86.2)	29 (100.0)
kein Drogen-/Medikamentenmissbrauch	5 (19.2)	21 (80.8)	26 (100.0)
Drogen-/Medikamentenmissbrauch	2 (9.1)	20 (90.9)	22 (100.0)
keine weiteren Auffälligkeiten	6 (14.3)	36 (85.7)	42 (100.0)
weitere Auffälligkeiten	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100.0)
Gesamt	14 (15.2)	78 (84.8)	92 (100.0)

Es zeichnet sich auch ein Einfluss der jeweiligen schulischen Bildung ab. Insgesamt sind höhere Bildungsabschlüsse prognostisch für Straftatrückfälle im ersten Jahr nach der Entlassung günstig, wenn auch die Aussagekraft durch zum Teil niedrige Zellenbesetzungen etwas eingeschränkt ist. Die beste Quote wird von den Gymnasiasten erreicht, von denen nur 10.0 % (n = 1) im Beobachtungszeitraum eine Straftat begehen. Bei den Realschülern sind es 12.0 % (n = 3). Während bei den Förderschülern mit 20.0 % (n = 3) die Rückfälligkeit am wahrscheinlichsten ist, liegt sie bei ehemaligen Hauptschülern zwischen 13.1 % (n = 14) und 18.6 % (n = 16), je nach Erreichen eines qualifizierenden Abschlusses oder nicht.

**Tabelle 5.87:** Kreuztabelle zur Legalbewährung nach einem Jahr nach Schulbildung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 250), Prozentuale Anteile in Klammern

<b>Schulische Bildung</b>	<b>Straftat (in Prozent)</b>	<b>keine Straftat (in Prozent)</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Förderschule</b>	3 (20.0)	12 (80.0)	15 (100.0)
<b>Hauptschule ohne qualifizierendem Abschluss</b>	14 (13.1)	93 (86.9)	107 (100.0)
<b>Hauptschule mit qualifizierendem Abschluss</b>	16 (18.6)	70 (81.4)	86 (100.0)
<b>Realschule</b>	3 (12.0)	22 (88.0)	25 (100.0)
<b>Gymnasium</b>	1 (10.0)	9 (90.0)	10 (100.0)
<b>sonstige Abschlüsse</b>	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)
<b>Gesamt</b>	39 (15.6)	211 (84.4)	250 (100.0)

Anders als bei der schulischen Bildung kann bei der Berufsausbildung nicht festgestellt werden, dass ein zunehmender Ausbildungsgrad vor erneuten Straftaten nach der Therapie schützt. Der Anteil erneut Rückfälliger ist bei Ungelernten (13.6 %; n = 6) und bei solchen mit abgebrochener Ausbildung (13.2 %; n = 12) nahezu gleich. Dazu im Vergleich schneiden Probanden mit einer abgeschlossenen Ausbildung bei diesem Parameter nicht besser ab. 17.9 % (n = 19) werden im ersten Jahr wieder mit einer Straftat rückfällig.

Interessanterweise fallen Unterschiede der Rückfallquoten je nach Arbeitssituation auf, in der sich Probanden vor ihrer Inhaftierung bzw. Therapie befanden. Der weitaus größte Teil der Gruppe war vor der forensischen Behandlung erwerbslos. Diese Gruppe hat mit 19.6 % (n = 32) relativ viele straftatbezogene Rückfälle. Diejenigen, die sich dagegen vorher in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis befanden, weisen einen sehr günstigen Verlauf auf und haben nur in 5.3 % (n = 3) der Fälle neuen Straftaten begangen. Bei vormals Selbständigen liegt die Quote im Mittelbereich (15.4 %; n = 2); diese Gruppe ist deutlich kleiner als die anderen beiden. Die Restgruppen sind jeweils sehr klein, weshalb die Anteile nur schwerlich sinnvoll verglichen

werden können. Es zeigt sich aber in diesen kleinen Gruppen, dass alle 4 Probanden, die vorher einen Minijob hatten, straffrei bleiben können, ebenso wie die beiden berenteten Probanden. Es scheint sich in diesem Faktor recht deutlich abzubilden, wie gut es Probanden vor ihrer Inhaftierung noch gelang, trotz der Suchterkrankung und der Kriminalität ihre soziale Integration aufrechtzuerhalten.

In der Resozialisierungsphase der Therapie wird besonders viel Wert auf die Integration in ein Arbeitsverhältnis gelegt, das die Zufriedenheit des Probanden mit dieser Situation sicherstellt, ihn aber gleichzeitig nicht überfordert. Es wird erwartet, dass ein Einfluss festgestellt werden kann, in Abhängigkeit davon, wie gut dieses Ziel umgesetzt werden kann. Nur in äußersten Ausnahmefällen — in der Regel, wenn die gesamtwirtschaftliche Situation es nicht anders zulässt — können Patienten auch in eine Erwerbslosigkeit entlassen werden. Überraschenderweise begeht von diesen eigentlich ungünstig Resozialisierten nur einer (11.1 %) wieder eine Straftat. In der Hauptgruppe der vollschichtig Erwerbstätigen zeigt sich eine Verteilung, die in etwa der in der Gesamtgruppe entspricht, 14.5 % (n = 20) werden wieder straffällig. Besser stellt sich dagegen die Situation bei den sozialversicherungspflichtig Teilzeitbeschäftigten dar. Nur 8.3 % (n = 1) in dieser Gruppe verlaufen ungünstig. Während ein Ausbildungsverhältnis auch einen nennenswerten Anteil an destabilisierenden Faktoren aufweist (20.8 % neue Straftaten; n = 5), begeht kein Proband eine neue Straftat, der in einer arbeitstherapeutischen Maßnahme oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen integriert ist. Möglicherweise stellt das Gesamtergebnis einen Hinweis darauf dar, dass es wichtiger ist, eine Überforderung in der Arbeit zu vermeiden als unbedingt eine „normale“ Arbeitssituation herzustellen, wenn man den Unterschied zwischen den Teilzeit- und den Vollzeitbeschäftigten betrachtet oder die günstige Wirkung von Fördermaßnahmen.

Besonders interessant bleibt dabei aber vor allem auch, dass der Einfluss guter Integration ins Arbeitsleben eher vor der Inhaftierung entscheidend ist und weniger bei Entlassung.

Bei der Betrachtung der Einkommenssituation zeigt sich ein ähnliches Bild. Während die Rückfallquoten bei denen, die ihr Geld durch Arbeitslohn verdienen, und solchen, die eine soziale Absicherung wie Sozialhilfe oder Hartz IV erhalten, gleich sind (83.3 %), ist sie bei Probanden, die Arbeitslosengeld erhalten, deutlich niedriger (3.1 %; n = 1).

**Tabelle 5.88:** Kreuztabelle zur Legalbewährung nach einem Jahr nach Arbeitssituation bei Entlassung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 245), Prozentuale Anteile in Klammern

<b>Arbeitssituation bei Entlassung</b>	<b>Straftat (in Prozent)</b>	<b>keine Straftat (in Prozent)</b>	<b>Gesamt</b>
<b>erwerbslos</b>	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (100.0)
<b>sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis Teilzeit</b>	1 (8.3)	11 (91.7)	12 (100.0)
<b>sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis Vollzeit</b>	20 (14.5)	118 (85.5)	138 (100.0)
<b>Minijob</b>	2 (25.0)	6 (75.0)	8 (100.0)
<b>Ausbildung</b>	5 (20.8)	19 (79.2)	24 (100.0)
<b>Berentung</b>	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100.0)
<b>Arbeitstherapeutische Maßnahme</b>	0 (0.0)	13 (100.0)	13 (100.0)
<b>WfbM</b>	0 (0.0)	2 (100.0)	2 (100.0)
<b>sonstige Arbeitsverhältnisse</b>	9 (26.5)	25 (73.5)	34 (100.0)
<b>Gesamt</b>	39 (15.9)	206 (84.1)	245 (100.0)

Patienten, die nach § 64 StGB in der Forensik untergebracht waren, werden im überwiegenden Fall in selbständige Wohnformen entlassen. Die beiden größten Gruppen sind hier die selbständig bzw. alleine Wohnenden und diejenigen, die mit ihrem Partner oder ihrer Familie leben. Zwischen diesen beiden Teilgruppen zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Von den alleine Lebenden begeht fast jeder Fünfte im ersten Jahr nach der Entlassung wieder eine Straftat (19.4 %; n = 21), während der Anteil bei denen in einer Partnerschaft oder bei der Familie Lebenden davon fast nur die Hälfte ist (12.7 %; n = 15). Bei den sehr kleinen Restformen sticht vor allem das betreute Wohnen hervor, wo alle vier betroffenen Probanden straftatfrei bleiben können, während für

Heime oder soziale Übergangseinrichtungen diese Beobachtung nicht gemacht wird. Mit 15.4 % (n = 2) Rückfälligen ist der Anteil vergleichbar mit dem in der Gesamtgruppe, es kann kein sichtbar schützender Einfluss nachgewiesen werden. Es muss dabei aber berücksichtigt werden, dass für diese Wohnform nur schwer betroffene Probanden ausgewählt werden und hier ein Selektionseffekt vorliegt.

*Tabelle 5.89:* Kreuztabelle zur Legalbewährung nach einem Jahr nach Wohnsituation bei Entlassung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 247), Prozentuale Anteile in Klammern

Wohnsituation bei Entlassung	Straftat (in Prozent)	keine Straftat (in Prozent)	Gesamt
<b>selbständig/allein</b>	21 (19.4)	87 (80.6)	108 (100.0)
<b>mit Partner/Familie</b>	15 (12.7)	103 (87.3)	118 (100.0)
<b>WG (nicht betreut)</b>	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
<b>betreute Wohnform</b>	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (100.0)
<b>Heim/sozialth. Übergangseinrichtung</b>	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100.0)
<b>sonstige Wohnformen</b>	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
<b>Gesamt</b>	39 (15.8)	208 (84.2)	247 (100.0)

Bei Betrachtung des Familienstandes schneiden erwartungsgemäß Alleinstehende in der Rückfallquote schlechter ab (17.1 %; n = 12), Verheiratete dagegen mit 11.4 % (n = 5) besser. Abweichend davon ist der Anteil erneut Straffälliger aber bei Geschiedenen bzw. getrennt Lebenden mit 7.7 % (n = 3) noch niedriger. Bei festen Partnerschaften bzw. eheähnlichen Gemeinschaften ist der Anteil erneut Straffälliger mit fast 20 % (19.6 %; n = 19) am höchsten. Möglicherweise ist zum Schutz vor Rückfällen weniger eine tatsächliche Partnerschaft ausschlaggebend, sondern die Heirat ein Anzeichen für das Akzeptieren gesellschaftlicher Normen.

Tabelle 5.90: Kreuztabelle zur Legalbewährung nach einem Jahr nach Familienstand, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 250), Prozentuale Anteile in Klammern

Familienstand	Straftat (in Prozent)	keine Straftat (in Prozent)	Gesamt
verheiratet	5 (11.4)	39 (88.6)	44 (100.0)
geschieden/getrennt	3 (7.7)	39 (92.3)	42 (100.0)
alleinstehend	12 (17.1)	58 (82.9)	70 (100.0)
feste Partnerschaft/eheähnliche Gemeinschaft	19 (19.6)	78 (80.4)	97 (100.0)
Gesamt	39 (15.6)	211 (84.2)	250 (100.0)

Bei der Anzahl der Kinder zeigt sich kein linearer Zusammenhang auf die Legalbewährung. Probanden ohne Kindern gelingt es am wenigsten, straftatfrei zu bleiben. Jeder Fünfte wird hier rückfällig (20.6 %; n = 26). Mit einem Kind ist die Wahrscheinlichkeit für Probanden deutlich geringer, wieder ein Delikt zu begehen. Dies ist bei weniger als jedem Zehnten der Fall (7.6 %; n = 5). Bei zwei und drei Kindern wird dieses Verhältnis aber wieder etwas ungünstiger, bei vier oder mehr wieder deutlich besser.

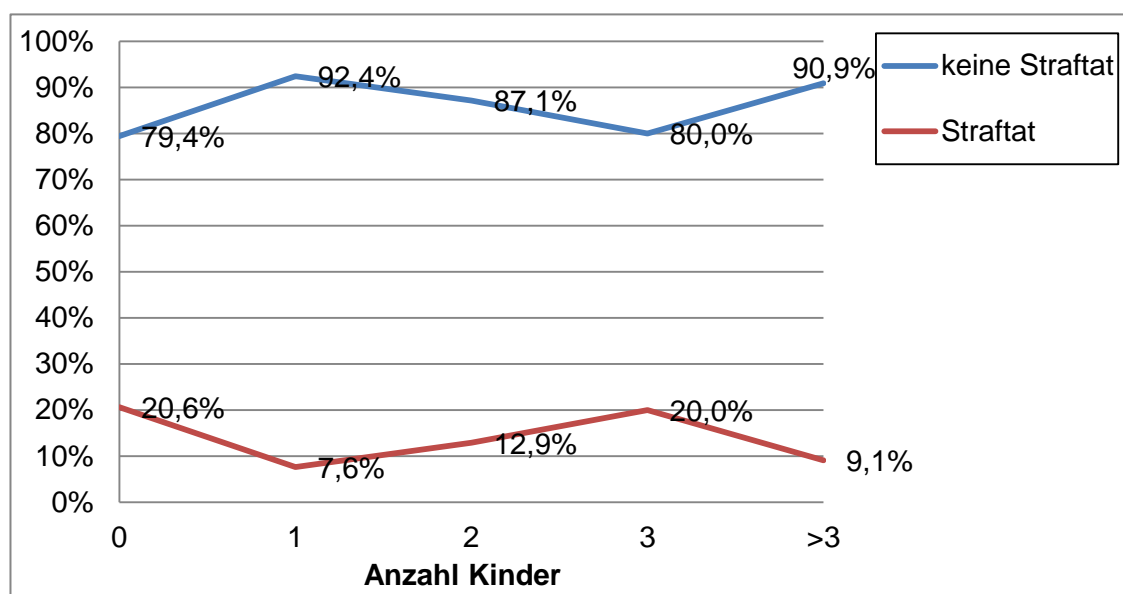


Abbildung 5.91: Legalbewährung nach Anzahl der Kinder, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 249)



Wie erwähnt spielen Medikamente bei § 64-Patienten nur eine geringe Rolle. Die Probanden unterscheiden sich in ihrer deliktischen Rückfälligkeit nicht, wenn sie psychisch wirksame Medikamente nehmen oder auch nicht. Neuroleptika, Medikamente, die indikationsgemäß bei schizophrenen Patienten eingesetzt werden, werden in der vorliegenden Stichprobe nur selten eingesetzt. Interessanterweise gibt es aber einen deutlichen Unterschied zwischen Patienten, die Anti-Depressiva nehmen (26.7 % neue Delikte;  $n = 4$ ) gegenüber solchen, die andere Medikamente nehmen (5.3 %;  $n = 1$ ) oder auch gegenüber der Rückfallrate in der Gesamtgruppe.

Es ist zu erwarten, dass Probanden, die in der strukturierten Situation innerhalb einer forensischen Behandlung gravierend gegen Regeln verstoßen, einer größeren Wahrscheinlichkeit für die frühzeitige Begehung von Rückfalldelikten unterliegen. Einen schwerwiegenden Regelverstoß stellt dabei eine Entweichung oder ein Lockerungsmissbrauch dar. Dieser Zusammenhang drückt sich in vorliegenden Daten sehr deutlich aus. 14.7 % ( $n = 35$ ) derjenigen Probanden, die keine Entweichung begangen haben, begehen im ersten poststationären Jahr ein Delikt, während dies 27.3 % ( $n = 3$ ) bei denen sind, die eine Entweichung oder einen Lockerungsmissbrauch begangen haben. Zwei oder mehr Entweichungen werden nur für zwei Probanden berichtet. In der Regel erhalten Patienten auch nur dann eine zweite Chance in der Therapie, wenn dieser Verstoß nicht zu gravierend ist und sie beispielsweise wenige Stunden zu spät eigeninitiativ zurückkommen. Von den beiden Probanden gehört einer zu den deliktisch Rückfälligen und einer zu den Rückfallfreien. Die Zellenbesetzungen sind für einen Chi-Quadrat-Test zu gering.

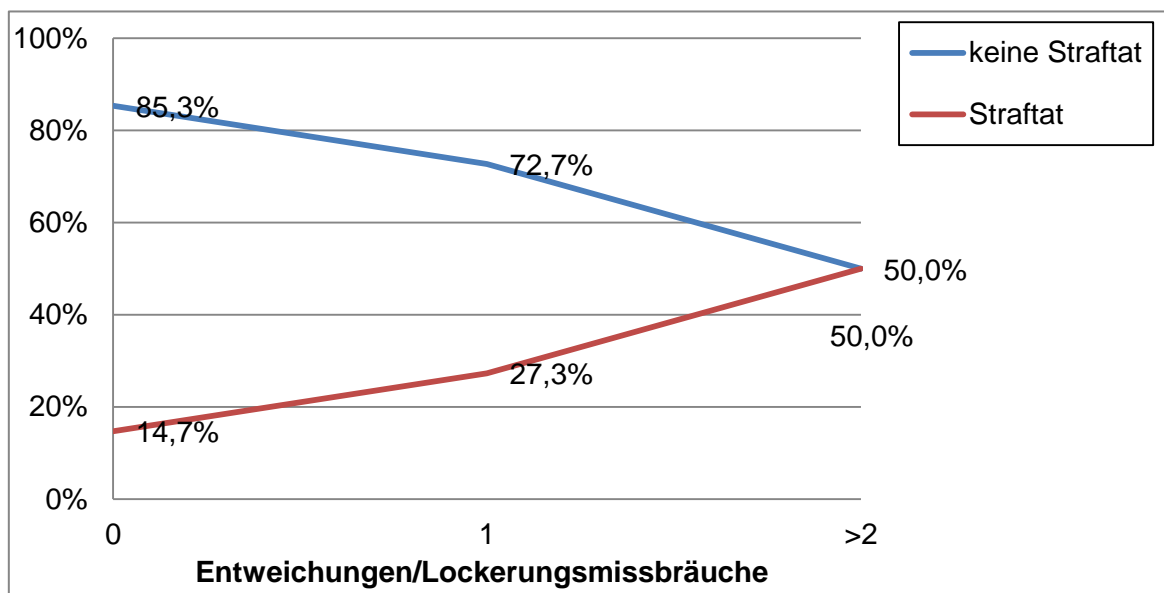


Abbildung 5.92: Legalbewährung nach Lockerungsmissbrauch/Entweichung während forensischer Behandlung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten ( $n = 251$ )

Tätlichkeiten gegen Personal werden in der vorliegenden Gruppe nicht berichtet. Wenn § 64-Patienten gegenüber dem Behandlungspersonal mit aggressiven Handlungen auffällig werden, führt dies praktisch immer zum Therapieabbruch.

Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten kommen in Ausnahmefällen vor und führen nicht immer zu einem Therapieabbruch. Patienten werden danach in ihren Lockerungen vorübergehend gesperrt und zurückgestuft und bearbeiten den Vorfall therapeutisch. Wenn dies mehrmals vorkommt, wird in der Regel die Therapie vorzeitig abgebrochen, was sich darin zeigt, dass nur ein Proband in der Gruppe „zwei oder mehr Vorfälle“ gelistet ist. Dieser Proband schaffte es trotzdem, im ersten Jahr nach der Entlassung keine Straftat zu begehen. Von den Probanden, die keine Tätigkeit gegenüber Mitpatienten begangen haben, begehen 14.9 % ( $n = 36$ ) wieder ein Delikt, beim Vorliegen einer Tätigkeit — ein insgesamt seltener Vorfall — sind es anteilmäßig deutlich mehr (60.0 %;  $n = 3$ ). Auch hier ist eine statistische Absicherung nicht möglich.

Das Begehen von Straftaten innerhalb der Therapie scheint auf den weiteren Verlauf nach der Entlassung überraschenderweise keinen Einfluss zu haben. Von den 6 Probanden, die während ihres Forensikaufenthaltes Straftaten begangen hatten, begeht einer (16.7 %) nach seiner Entlassung wieder eine Straftat, was in etwa der Quote (15.6 %;  $n = 38$ ) in der Vergleichsgruppe entspricht.

Ein Zwischenfall, der im Rahmen einer Suchttherapie häufiger auftaucht und im Rahmen der weiteren Therapie bearbeitet wird, ist ein Suchtrückfall. Somit führt ein Rückfall im Regelfall auch nicht zum Therapieabbruch. Die Folgen auf einen derartigen Regelverstoß, der im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Suchterkrankung gesehen werden muss, hängen von der jeweiligen Bearbeitung durch die Patienten ab. Es wird deutlich, dass suchtbezogene Regelverstöße während der Unterbringung in Zusammenhang mit strafrechtlichen Regelverstößen im poststationären Zeitraum stehen. Von den Probanden, die keinen oder lediglich einen Suchtrückfall während der Therapie hatten, begehen 12.0 % ( $n = 17$ ) bzw. 10.3 % ( $n = 4$ ) Straftaten. Bereits bei zwei Rückfällen während der Therapie steigt das Risiko für Straftaten auf 20.8 % ( $n = 5$ ) und bei drei bis sechs Rückfällen auf 24.4 % ( $n = 10$ ). Nur insgesamt drei Probanden, die im Laufe der Therapie mehr als sechs Rückfälle hatten, können ihre Therapie noch erfolgreich beenden. Von diesen drei Probanden begehen zwei bereits im ersten Jahr nach der Entlassung wieder ein Delikt (66.7 %). Somit zeigt sich hier ein deutlicher Zusammenhang. Bei 30.0 % Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit kleiner als 5 ergibt sich ein Chi-Quadrat-Wert von 11.3\*.

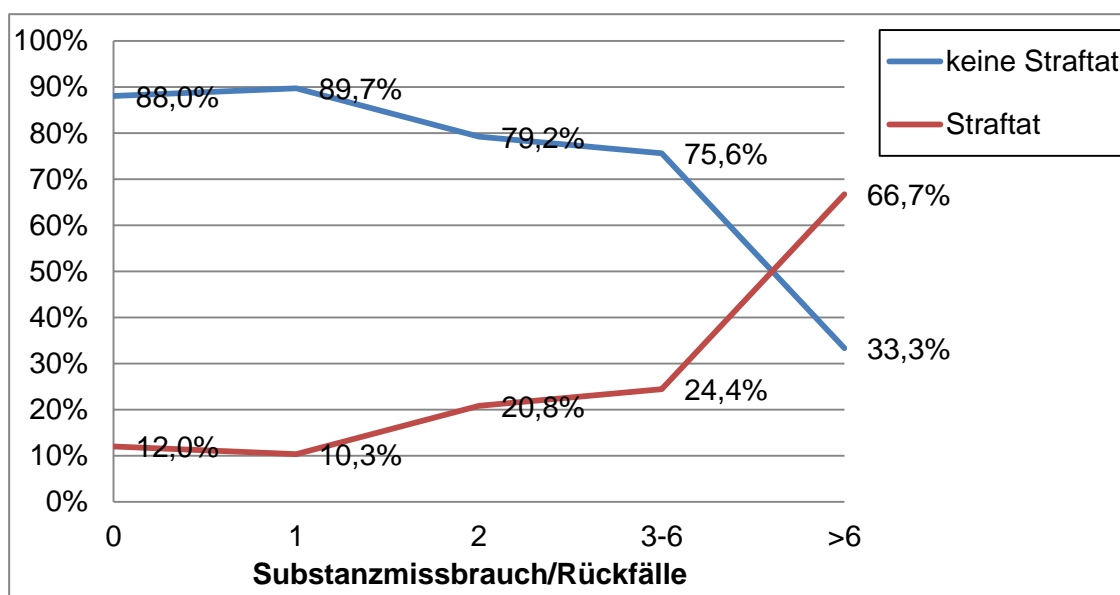


Abbildung 5.93: Legalbewährung nach Substanzmissbrauch/Rückfall während forensischer Behandlung, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 249)

Interessanterweise zeigt sich kein merklicher Unterschied zwischen Probanden, bei denen vom Behandlungsteam „besondere Behandlungsprobleme“ wie z.B. „mangelnde echte Motivation“ oder „kulturelle Probleme“ o. ä. geltend gemacht wurden. Mit derartigen Problemen begehen mit 13.8 % (n = 8) sogar etwas weniger Probanden neue Straftaten als ohne (16.0 %; n = 30).

Tabelle 5.91: Zusammenfassender Überblick über Prädiktorvariablen für die Legalbewährung nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 251)

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Geschlecht</b>	9.5 % der Frauen haben eine Straftat begangen, 16.1 % der Männer, n. s.
<b>Alter bei Aufnahme</b>	älter als 35 J. bei Aufnahme: weniger deliktische Rückfälle, Aufnahmealter zwischen 22 und 25 J. eher günstig, n. s.
<b>Anlassdelikt</b>	keine Rückfalldelikte bei Tötungsdelikten (n = 4), Sexualdelikten (n = 7) und Brandstiftungen (n = 4); weniger Rückfalldelikte bei Probanden mit Körperverletzungsdelikten und Verkehrsdelikten; mehr Rückfalldelikte bei Probanden mit Betrugs- und Diebstahldelikten; n. s.

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Höhe der Freiheitsstrafe</b>	mehr Rückfalldelikte bei Freiheitsstrafen zwischen 7 und 12 Monaten und zwischen 25 und 30 Monaten
<b>Zeit in der JVA vor Therapiebeginn</b>	<b>höhere Rückfallraten bei kürzeren Zeiten in Haft (JVA) vor Therapiebeginn *</b>
<b>Weisungen</b>	keine nachweisbaren Zusammenhänge
<b>frühzeitiger Kontakt zum Bewährungshelfer</b>	kein positiver Einfluss durch Kontaktabbauung zum Bewährungshelfer während des stationären Aufenthaltes
<b>Intelligenzeinschätzung</b>	je intelligenter, desto höher der Anteil neuer Delikte (Ausnahme sind überdurchschnittlich Intelligente), n. s.
<b>Erstmanifestation</b>	kein Einfluss des Alters bei Erstmanifestation
<b>stationäre Vorbehandlungen</b>	am meisten Rückfalldelikte bei einer psychiatrischen Vorbehandlung, am wenigsten bei keiner Vorbehandlung, n. s. je mehr forensische Voraufenthalte, desto mehr Rückfalldelikte (13.3 %; 26.3 %; 33.3 %) keine vorzeitigen Therapieabbrüche in der Vergangenheit ➔ geringste Rückfallquote
<b>Vorstrafen</b>	weniger Delikte (8.0 % vs. 16.4 %) bei Nicht-Vorbestraften, n. s. mehr Delikte bei Raub/räuberischer Erpressung und Verkehrsdelikten als Vorstrafe (23.7 %; n = 9 vs. 15.0 %; n = 28) bzw. (18.6 %; n = 26 vs. 12.9 %; n = 11); n. s. <b>signifikant mehr Delikte bei Betrugs- oder Diebstahl-Vorbestraften (21.4 %; n = 30 vs. 8.2 %; n = 30) **</b> 100.0 % (n = 4) der vorbestraften Brandstifter bleiben rückfallfrei am meisten Rückfälle bei Probanden mit 6-10 und mit 16-20 Vorstrafen

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Delinquenzbeginn</b>	höchste Rückfallrate bei 1. Straftat vor 18 Jahren (18.7 %), keine Rückfälle der 4 Probanden, die 1. Straftat erst nach Alter von 40 Jahren begangen haben
<b>Hafterfahrung</b>	Hafterfahrung zwischen einem halben und 8 Jahren keine sys- tematischen Unterschiede wenig Straftaten bei Hafterschaft unter einem halben Jahr (2.7 %; n = 1) keine Hafterschaft → 16.7 % (n = 7) weniger Straftat-Rückfälle bei Hafterschaft über 8 Jahre (7.7 %; n = 1)
<b>Herkunftsland</b>	ehemalige GUS-Staaten eher ungünstig für weitere Straftaten, Deutschland eher günstig, weiteres Ausland noch günstiger
<b>Belastungen in Kindheit und Ju- gend</b>	Belastungen allgemein führen zu etwas schlechteren Ergeb- nissen Scheidung/Trennung, Sucht, Delinquenz und Gewalttätigkeit im Einzelnen sind jedoch prognostisch günstig lediglich die Restgruppe weiterer Belastungsfaktoren ist prog- nostisch ungünstig
<b>Auffälligkeiten in Kindheit und Ju- gend</b>	Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch sowie Entwicklungsverzögerungen sind prognostisch eher günstig
<b>Schulbildung</b>	insgesamt geringere Rückfallwahrscheinlichkeit mit steigender Schulbildung
<b>Berufsausbildung</b>	kein prognostisch günstiger Einfluss durch eine abgeschlosse- ne Berufsausbildung nachweisbar
<b>Arbeitssituation vor Aufnahme</b>	vor Aufnahme Erwerbslose deutlich ungünstiger als sozialver- sicherungspflichtig Beschäftigte
<b>Arbeitssituation bei Entlassung</b>	nicht mehr Rückfälle bei Erwerbslosen, günstigerer Verlauf bei Teilzeitbeschäftigten und bei arbeitstherapeutischen Maßnah- men sowie WfbMs

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Wohnsituation bei Entlassung</b>	mehr Rückfalldelinquenz bei selbständig Wohnenden, betreutes Wohnen positiv
<b>Familienstand</b>	weniger Rückfälle bei Verheirateten und Geschiedenen, mehr Rückfälle bei Alleinstehenden und bei festen Partnerschaften, n. s.
<b>Kinder</b>	am wenigsten Rückfalldelikte bei Probanden mit einem Kind, am meisten bei kinderlosen Probanden
<b>Therapieverlaufsvariablen</b>	Lockerungsmissbrauch/Entweichung → häufiger Rückfalldelinquenz Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten → häufiger Rückfalldelinquenz Tötlichkeiten gegenüber Personal → Therapieabbruch erneute Straftaten während Unterbringung → kein Unterschied besondere Behandlungsprobleme → kein Unterschied <b>je mehr Suchtrückfälle im Behandlungsverlauf, desto häufiger Rückfalldelikte im ersten Jahr*</b>

#### 5.3.2.6 Subjektive Einschätzung der Veränderung

Probanden wurden bei der Befragung nach einem Jahr auch gebeten, selbst Veränderungen in vier verschiedenen Bereichen einzuschätzen. Besonders wichtig für § 64-Patienten ist dabei, wie sie den Verlauf ihrer Suchterkrankung beurteilen. Es liegen Einschätzungen von 230 der Probanden vor. Die Einschätzungen sind dabei überwiegend positiv. Über drei Viertel (76.5 %; n = 176) geben Verbesserungen an. Es ist erfahrungsgemäß davon auszugehen, dass Probanden hier Verbesserungen, die in der Therapie erzielt wurden, bewerten bzw. dass für diese der Transfer in den poststationären Alltag erfolgreich war. In der Regel sind damit keine weiteren Verbesserungen gemeint, weil außer einer ambulanten Begleitung keine therapeutischen Interventionen stattfinden. Nur jeder Zehnte (10.0 %; n = 23) schätzt ein, dass sich die Suchterkrankung wieder verschlechtert hat.

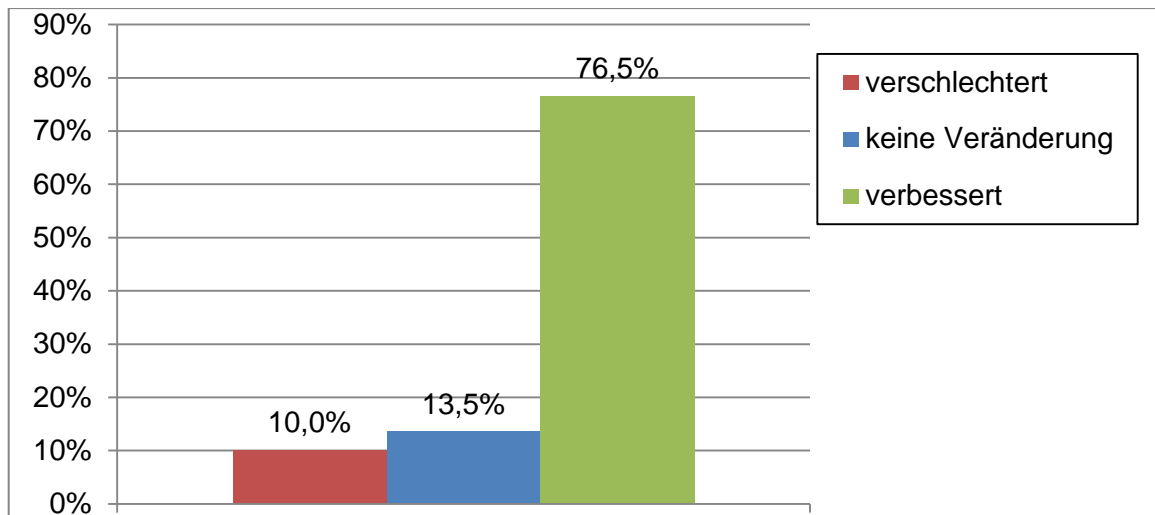


Abbildung 5.94: Veränderung der Suchterkrankung nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 230)

Die Veränderung der Persönlichkeit wird noch positiver eingeschätzt. Patienten scheinen hier eine tiefergehende positive Entwicklung bei sich selbst wahrzunehmen. 86.1 % (n = 198) von 230 Probanden nehmen hier eine weitere positive Entwicklung wahr, nur 3.9 % (n = 9) gehen von einer Verschlechterung aus.

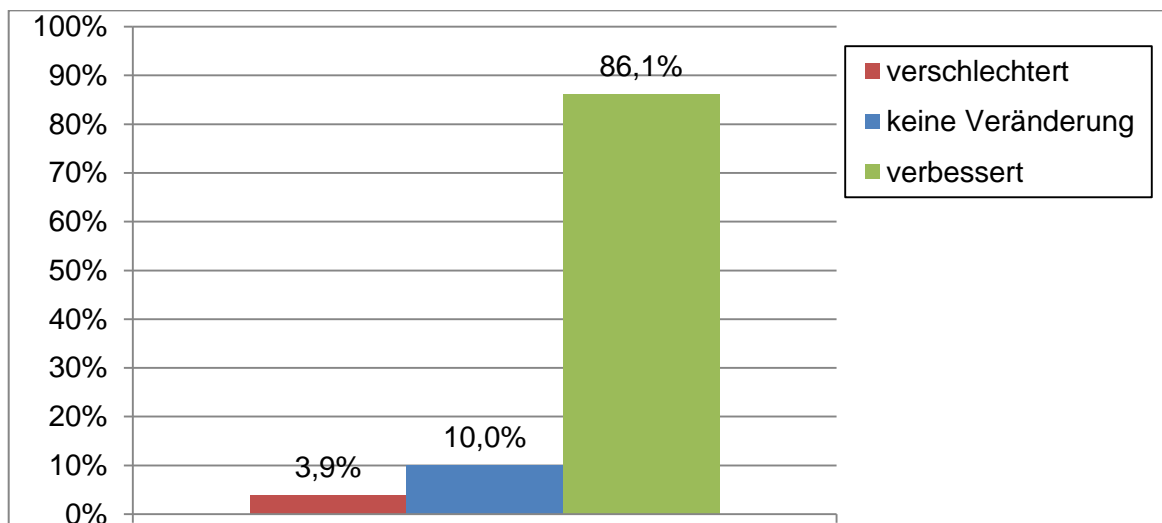


Abbildung 5.95: Veränderung der Persönlichkeit nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 230)

Die Selbsteinschätzung zur beruflichen Stellung und wie diese sich seit der Entlassung verändert hat, fällt insgesamt etwas ungünstiger aus. Hier geht fast jeder vierte Proband (22.8 %; n = 52) von einer Verschlechterung seit seiner Entlassung aus. Nur jeder Zweite (51.3 %; n = 117) beschreibt eine verbesserte berufliche Situation.

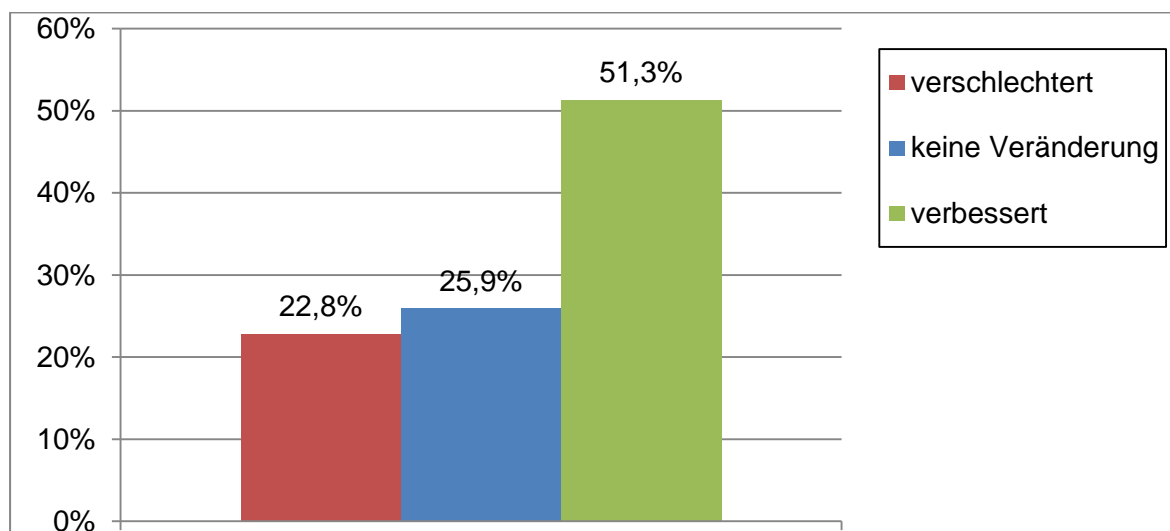


Abbildung 5.96: Veränderung der beruflichen Stellung nach einem Jahr, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 228)

Eine letzte Einschätzung der Probanden bezieht sich darauf, wie sozial integriert sie sich fühlen. Diese Frage schätzen zwei von drei Probanden (68.0 %; n = 157) als positiv ein, 26.0 % (n = 60) geben keine Veränderung an. 14 weitere Probanden (6.1 %) berichten über eine Verschlechterung in diesem Bereich.



### **5.3.3 Ergebnisse von §-64-Patienten, deren Therapie abgebrochen wurde**

Obwohl der Anteil der Patienten, bei denen eine Therapie abgebrochen wird und deshalb eine Entlassung aus der Forensik stattfindet, etwas höher ist als der von bedingt Entlassenen, liegen zur Auswertung noch weniger Daten vor. Während von diesen Therapieabbrechern zwar bereits seit Beginn der Untersuchung zum Entlassungszeitpunkt Daten erhoben wurden, wurde die Einjahres-Katamnese erst seit 2006 einbezogen. Die Erhebung in dieser Gruppe gestaltet sich dabei als problematischer, weil Patienten nach einem Therapieabbruch erst noch ihre Reststrafe im Regelvollzug in einer Justizvollzugsanstalt verbüßen müssen. Ein weiteres Jahr nach Entlassung aus einer JVA müssen die Teilnehmer dann zuerst ausfindig gemacht und zur Befragung motiviert werden. Dies stellt einen deutlich höheren organisatorischen Aufwand dar.

Von 203 Probanden, die zum einen im entsprechenden Zeitraum entlassen wurden und die zum anderen auch schon länger als ein Jahr aus der Haft entlassen waren, verweigerten insgesamt 54 (26.6 %) bereits zum Entlassungszeitpunkt ihre Teilnahme. Hier zeigt sich eine deutlich geringere Teilnahmebereitschaft der Abbrecher, die sich auch in Aussagen wie „Jetzt schickt ihr mich schon zurück ins Gefängnis und dann soll ich auch noch einen Fragebogen für euch beantworten und für eine Befragung zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung stehen...“ ausdrückt. Mit 31 (15.3 %) Probanden ist auch der Anteil derer deutlich höher, bei denen eine Katamnese aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt wurde. Verschiedene Gründe können hierbei eine Rolle spielen. Bei manchen Probanden ist der Entlassungszeitpunkt für die Katamnesemitarbeiter zeitlich unvorhersehbar, weil die gerichtliche Entscheidung teilweise sehr kurzfristig umgesetzt wird. Somit verbleiben 172 Probanden übrig, bei denen eine Katamnese durchgeführt werden könnte, von welchen sich zum Entlassungszeitpunkt (t0) 118 bereit erklären (68.6 %).

Teilweise gelingt es, dass Daten zum Entlassungszeitpunkt zwar noch rekonstruiert werden können, aber keine Nachbefragung durchgeführt werden kann. Durch den erhöhten Aufwand beim Herstellen eines Kontaktes zu Probanden, die teilweise noch längere Zeit in einer JVA verbrachten, der wiederum von nur einer Mitarbeiterin erbracht werden muss, bestehen weitere Schwierigkeiten bei der Ein-Jahres-Katamnese im Gegensatz zur geregelten Durchführung durch den jeweils ehemals betreuenden Sozialarbeiter der Behandlungsstation bei den bedingt entlassenen Probanden.

Von den 118 teilnehmenden Probanden verweigerten 8 ein Gespräch bei der Kontaktaufnahme. Von diesen acht Probanden können aber zumindest bei fünf Fremdanfragen von Bewährungshelfern eingeholt werden, weil die Einverständniserklärung durch die Probanden vorliegt und nicht widerrufen wurde. 23 Probanden waren unbekannt verzogen oder konnten aus anderen Gründen nicht erreicht werden. Auch von

diesen 23 können elf Erhebungen durch Fremddangaben ergänzt werden. 13 Probanden sind in der Zwischenzeit sogar wieder inhaftiert worden, in der Regel, weil sie wieder eine Straftat begangen haben. Bewährungswiderrufe kommen hier nicht vor, weil Therapieabbrecher im Regelfall ihre Reststrafe vollständig in einer JVA verbüßen und danach keine Bewährung mehr offen haben. Es verbleiben somit Angaben von 74 von den 172 Probanden möglichen, was einer Rücklaufquote von 43.0 % entspricht. Von den 74 Katamnesen liegen bei 62 eigene und Fremddangaben vor, bei 12 sind es nur Fremddangaben, in dieser Gruppe meistens von Bewährungshelfern.

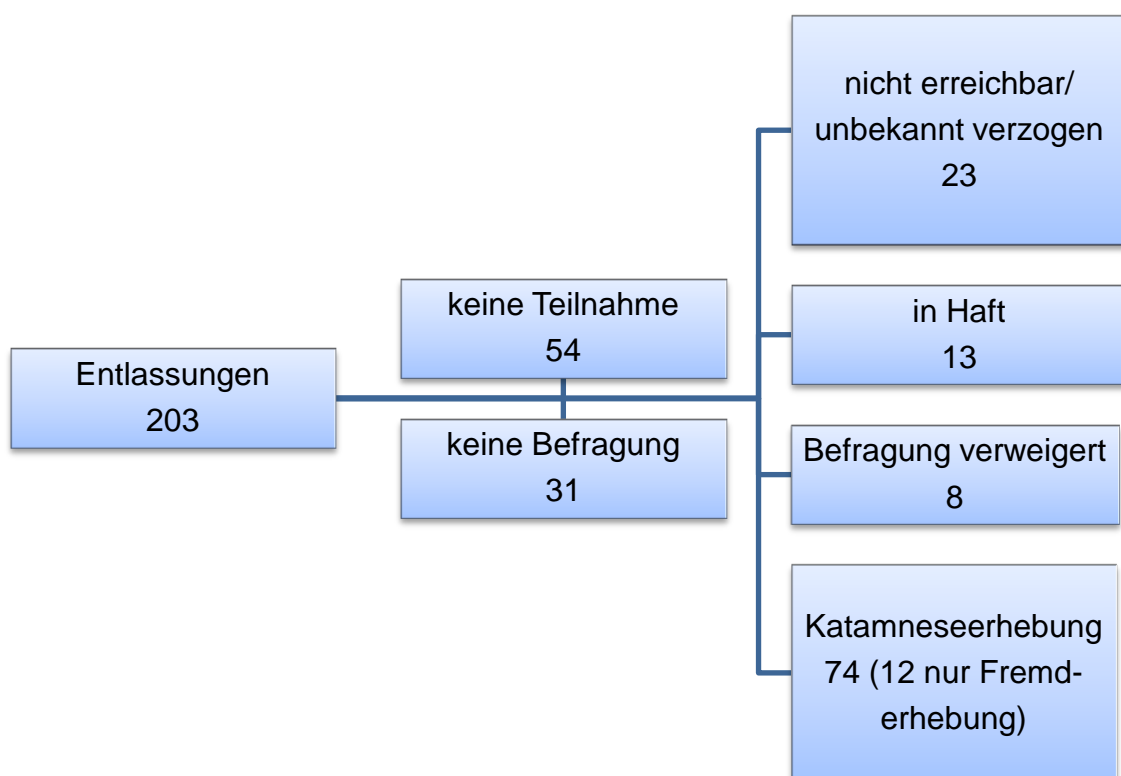


Abbildung 5.87: Teilnahme an der Katamnesebefragung nach einem Jahr, § 64 StGB Patienten, Therapieabbrecher (n = 203)

### **5.3.3.1 Entwicklung der sozialen Situation**

#### **a. Wohnsituation**

Die Wohnsituation sollte sich in dieser Gruppe von der bei denjenigen Probanden unterscheiden, die aus einer Klinik resozialisiert wurden. In der vorliegenden Stichprobe wurden Probanden nach ihrem Therapieabbruch zunächst in eine Justizvollzugsanstalt entlassen, wo eine jeweils unterschiedlich lange Reststrafe absolviert wurde. Erst dann wurden sie in Freiheit entlassen, wo sie sich meist selbst um Wohnung und Arbeit zu kümmern hatten. Auch in JVA's finden dabei teilweise Unterstützungen durch Sozialarbeiter statt, jedoch in deutlich geringerem Umfang als dies bei den umfassenden Resozialisierungsmaßnahmen in Forensiken der Fall ist. Die Katamnesebefragung findet schließlich statt, wenn der jeweilige Proband bereits ein Jahr in Freiheit gelebt hat. Im Vergleich zur Stichprobe der bedingt Entlassenen liegen hier weniger Daten vor. Für die Wohnsituation sind dies Angaben von 64 Probanden. Zwei Drittel der Probanden (64.5 %) sind dabei bis zu einem Jahr inhaftiert, die Hälfte davon weniger als ein halbes Jahr, die andere Hälfte mehr. Ein weiteres Drittel ist mehr als ein Jahr, aber maximal zwei Jahre inhaftiert (32.3 %) und nur 2 Probanden länger als zwei Jahre (3.2 %).

Mehr als die Hälfte der Probanden lebt ein Jahr nach der Entlassung aus der Haft mit einem Partner oder mit seiner Familie (53.1 %). Neun von zehn Probanden (89.0 %) leben so oder ganz alleine selbständig. Verschiedene betreute Wohnformen kommen in dieser Therapieabbrechergruppe nicht vor, weil diese im regulären Therapieprogramm in der Resozialisierungsphase durch Sozialarbeiter oder das Behandlungsteam herbeigeführt werden. Obdachlos sind auch in dieser weniger gut betreuten Gruppe mit 2 nur 3.1 %. Unter den 4 sonstigen befinden sich Probanden, die momentan stationär psychiatrisch behandelt werden oder auch solche, die dauerhaft in einem Hotel bzw. in einer Pension leben. Zwei Drittel (67.7 %) haben im Einjahres-Zeitraum die Wohnform beibehalten.

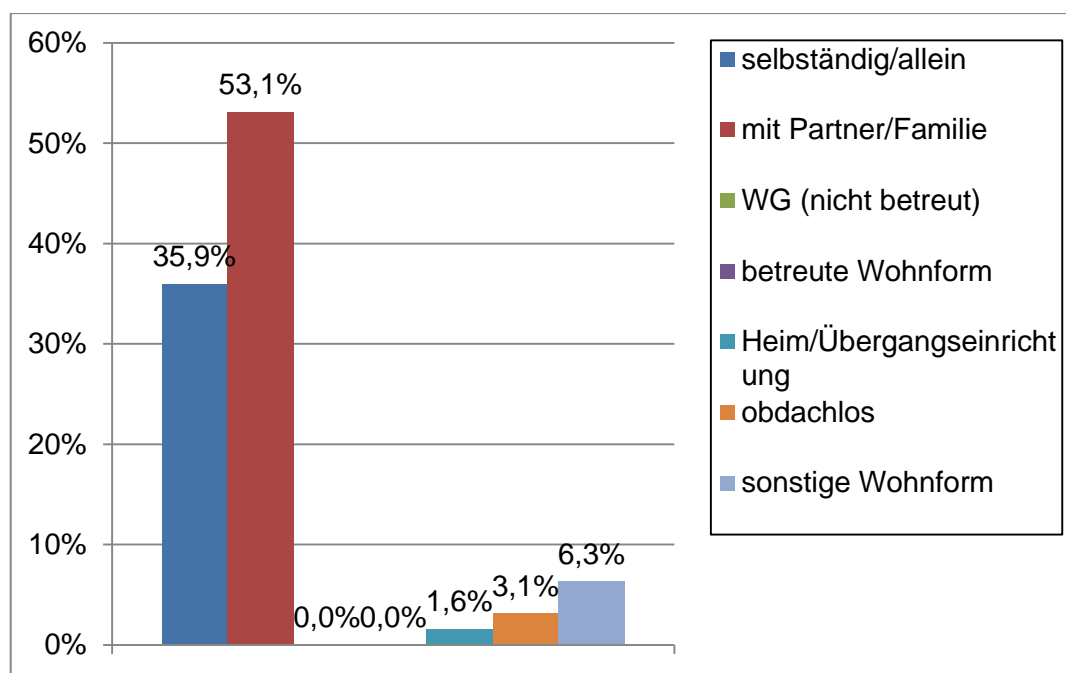


Abbildung 5.88: Wohnsituation nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 74; missing: 10)

## b. Berufliche Situation

Zur aktuellen beruflichen Stellung liegen die Angaben von 67 Probanden vor. Im Unterschied zu regulär entlassenen § 64-Patienten fällt auf, dass in etwa ein Zehntel weniger Probanden einer vollschichtigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen (26.9 % vs. 37.4 %), dafür deutlich mehr einer Teilzeitbeschäftigung (11.9 %). Die Arbeitslosenquote ist mit 41.9 % (n = 28) zum einen ebenfalls höher, zum anderen ist vor allem der Anteil derer sehr hoch, die seit mehr als neun Monate arbeitslos sind (28.4 %; n = 19). Es ist davon auszugehen, dass ein Drittel aller Therapieabbrecher direkt aus einer JVA in die Arbeitslosigkeit entlassen wurde und dort auch verblieben ist, was zum einen riskant für den weiteren Suchtverlauf, aber auch für das Wiederauftreten von Delinquenz ist, zum anderen aber auch die Lebensqualität der meisten Betroffenen einschränken dürfte. Unter den 6 sonstigen Probanden findet sich beispielsweise ein Proband, der mit zwei verschiedenen Unternehmen selbständig ist, ehemalige Patienten in Elternzeit oder einer, der kurz vor der Befragung mit der Ausbildung fertig wurde und noch keine Festanstellung hat.

Ungefähr jeder fünfte Proband (20.3 %) hat im Einjahres-Zeitraum die Arbeit gewechselt, zum Beispiel wegen eines Umzugs oder weil erst kurz vor der Befragung eine Arbeitslosigkeit durch einen neuen Job beendet werden konnte.

Tabelle 5.91: Arbeitssituation nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 74)

Arbeitssituation	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 67)
Minijob	2	3.0
sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Teilzeit	8	11.9
sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Vollzeit	18	26.9
Ausbildungsverhältnis	2	3.0
Berentung	0	0.0
Arbeitstherapeutische Maßnahme	2	3.0
WfbM	1	1.5
arbeitslos seit einem Monat	1	1.5
arbeitslos seit 2 - 3 Monaten	4	6.0
arbeitslos seit 4 - 6 Monaten	3	4.5
arbeitslos seit 7 - 9 Monaten	1	1.5
arbeitslos seit über 9 Monaten	19	28.4
sonstiges	6	9.0
missing	7	
Gesamt	74	

Auch in dieser Therapieabbrecher-Gruppe geben fast alle Probanden (96.8 %; n = 61; missing: 11) an, dass sie ihre finanzielle Situation als gesichert erachten. Das Einkommen setzt sich dabei zur Hälfte aus Lohnersatzleistungen (Arbeitslosengeld) oder Grundsicherung zusammen (48.5 %; n = 31; missing: 11), zu etwas mehr als einem Drittel (35.9 %; n = 23; missing: 10) aus Arbeitslohn und im Rest aus sonstigem und vor allem aus verschiedenen Mischformen, zum Teil auch aus Unterstützungen von der Familie.

### c. Familiäre Situation

Was den Familienstand betrifft, wird in der Befragung unter anderem die Änderung des Familienstandes seit der Entlassung abgefragt, was in der vorliegenden Stichprobe von immerhin jedem sechsten Probanden bejaht wird (16.9 %; n = 11; missing: 9). Im Gegensatz zu regulär entlassenen Probanden sind bei den Therapieabbrechern mit 38.5 % (n = 25) mehr alleinstehend und weniger in einer festen Beziehung (36.9 %; n = 24). 18.5 % (n = 12) der Probanden sind verheiratet, 6.2 % sind geschieden (n = 4).

Tabelle 5.92: Familienstand ein Jahr nach Entlassung, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 74)

Familienstand	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 65)
alleinstehend	25	38.5
geschieden/getrennt lebend	4	6.2
verwitwet	1	0.4
feste Partnerschaft/eheähnliche Gemeinschaft	24	36.9
verheiratet	12	18.5
missing	9	
Gesamt	74	100.0

#### **d. Zusammenfassung der sozialen Situation**

Ein Jahr nach der Entlassung lebt der größte Teil der Therapieabbrecher aus der § 64-Stichprobe selbständig entweder alleine oder in einer Partnerschaft oder Familie. Irgendeine Art von betreuten Wohnformen spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle. Innerhalb der Therapie wird häufig viel Motivationsarbeit benötigt, um Patienten in eine betreute Wohnform zu entlassen, wenn das als notwendig erachtet wird. Immerhin muss Selbständigkeit dadurch aufgegeben werden und die meisten Patienten sehen die Notwendigkeit für weitere Unterstützung nur teilweise. Auch in der vorliegenden Stichprobe wäre von außen betrachtet eine derartige Unterstützung wünschenswert, die Probanden werden aber nicht dazu motiviert. Obdachlosigkeit kommt auch in dieser schwierigeren Gruppe kaum vor; nur zwei Probanden (3.1 %) sind davon betroffen, anteilmäßig jedoch etwas mehr als bei den bedingt Entlassenen (0.4 %).

Die Arbeitssituation stellt sich insgesamt als deutlich ungünstiger als in der erfolgreichen Vergleichsgruppe dar. Während dort mehr als jeder Dritte (37.4 %) in einer sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis resozialisiert werden kann, ist es hier nur gut jeder Vierte (26.9 %). Es fällt in der Therapieabbrecher-Gruppe auch die besonders hohe Arbeitslosigkeit von 41.9 % auf, vor allem was eine stabile Arbeitslosigkeit über einen längeren Zeitraum von mehr als neun Monate betrifft – möglicherweise durchgängig seit der Entlassung. Fast jeder Dritte (28.4 %) ist bereits so lange arbeitslos, was in der Vergleichsgruppe nur für jeden Zehnten (10.5 %) zutrifft.

Auch für den Bereich Beziehung wird ein leichter Vorteil für die erfolgreich Therapierten sichtbar. Mit 44.7 % gegenüber 36.9 % leben mehr in einer festen Beziehung und deutlich weniger sind alleinstehend (22.2 % vs. 38.5 %).

Insgesamt kann von einer günstigeren sozialen Situation bei den Probanden ausgegangen werden, die eine Therapie bis zu einer bedingten Entlassung durchlaufen haben und somit auch von den Resozialisierungsmaßnahmen der Klinik profitierten. Am deutlichsten zeigt sich dies darin, dass weniger Probanden arbeitslos sind und diese Arbeitslosigkeit weniger stabil zu sein scheint, wenn sie doch auftritt.

### 5.3.3.2 Psychopathologischer Verlauf nach Entlassung

#### a. Suchtverlauf

Für die bedingt entlassenen ehemaligen § 64-Patienten wurde als wichtiges Erfolgskriterium der weitere Suchtverlauf nach der Entlassung aus der Therapieeinrichtung gewählt. Als Vergleich soll von der Gruppe der Therapieabbrecher ebenfalls die Aussage herangezogen werden, wie sich die Suchterkrankung im Jahr nach der Entlassung aus einer JVA weiterentwickelt hat.

Von den Therapieabbrechern wurde zudem das Konsumverhalten während der Inhaftierung erhoben. Obwohl der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen selbstverständlich auch dort verboten ist, scheint es dort sehr viel häufiger vorzukommen als in Therapieeinrichtungen. Konsum von Alkohol wird dabei weniger häufig angegeben als der von Drogen. Von 54 vorliegenden Angaben geben 2 (3.7 %) regelmäßigen Konsum an, 6 (11.1 %) unregelmäßigen.

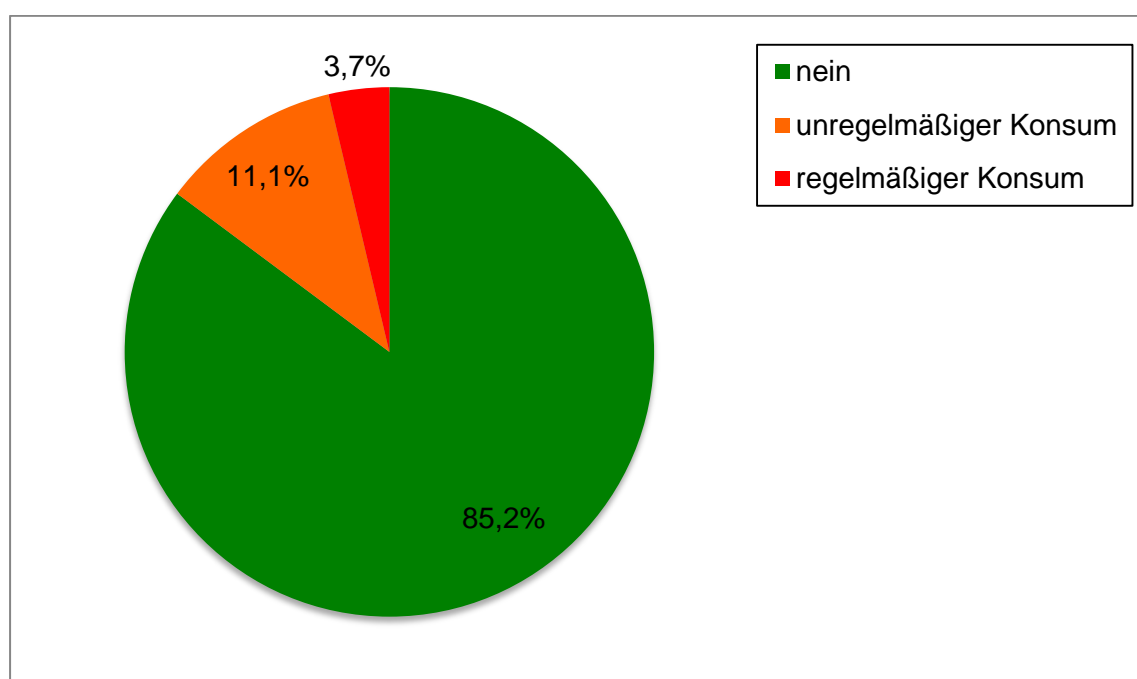


Abbildung 5.89: Alkoholkonsum während Haft, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 54)

Zum Drogenkonsum während der Haftzeit machen 53 Probanden Angaben. Von diesen konsumieren insgesamt etwas mehr als ein Drittel (35.8 %; n = 19) während ihrer Haftzeit Drogen, mehr als jeder Zehnte (11.3 %; n = 6) sogar regelmäßig. Bei der Befragung nach der Art der Drogen werden von den konsumierenden Probanden unter-



schiedliche Angaben gemacht. Einige geben „alles“ oder „alles, was verfügbar ist“ an, einige aber auch Substanzen wie „Heroin“ und „Cannabis“.

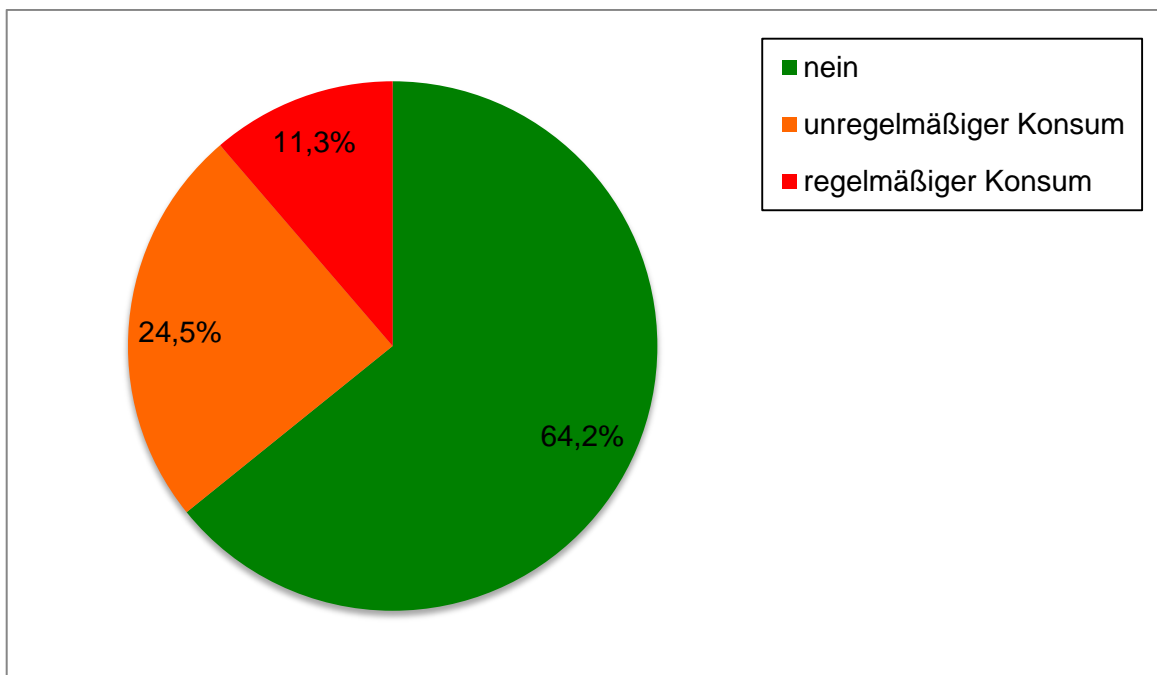


Abbildung 5.90: Drogenkonsum während Haft, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 54)

Bei der Auswertung des Suchtkonsums in Freiheit im Jahr nach der Entlassung aus der JVA werden von den insgesamt möglichen 203 Probanden die 54 nicht berücksichtigt, die sich von Anfang an nicht zur Teilnahme bereit erklärt hatten, ebenso die 31, bei denen aus organisatorischen Gründen keine Befragung stattfand. Bei der Bestimmung der unteren und der oberen Schätzgrenze fällt zunächst ein sehr deutlicher Unterschied in der Verweigererquote gegenüber den bedingt Entlassenen auf. Es liegen nur von 61 der 118 in die Auswertung eingeschlossenen Probanden Angaben vor, weil Aussagen von den anderen verweigert wurden, entweder weil die Probanden bereits wieder inhaftiert oder aus anderen Gründen nicht mehr auffindbar waren. Somit ist die Verweigererquote in dieser Gruppe fast bei der Hälfte (48.4 %; n = 57) gegenüber 16.3 % bei den bedingt entlassenen Probanden. Dies ist bei der weiteren Interpretation insofern zu berücksichtigen, da die Verweigerung teilweise zustande kommt, um unvorteilhafte Angaben zu vermeiden. Zum anderen befinden sich mehr Probanden dieser Gruppe in einem so schlechten Zustand, dass ihnen eine sinnvolle Teilnahme nicht möglich ist.

Wenn man die eigenen Aussagen der ehemaligen Patienten zugrunde legt, kann nur von 17.8 % (n = 21; Berechnungsgrundlage sind alle eingeschlossenen Probanden) dauerhaft Abstinenter und 7.6 % (n = 9) Abstinenter nach einem Rückfall ausge-

gangen werden. 11.0 % (n = 13) konsumieren aus dieser Gruppe sicher wieder dauerhaft, die obere Schätzgrenze liegt mit den 48.4 % Verweigerern sogar bei 59.4 %. Weitere 12.7 % (n = 13) konsumieren unregelmäßig und 2.5 % (n = 3) werden mit einer Ersatzsubstanz substituiert.

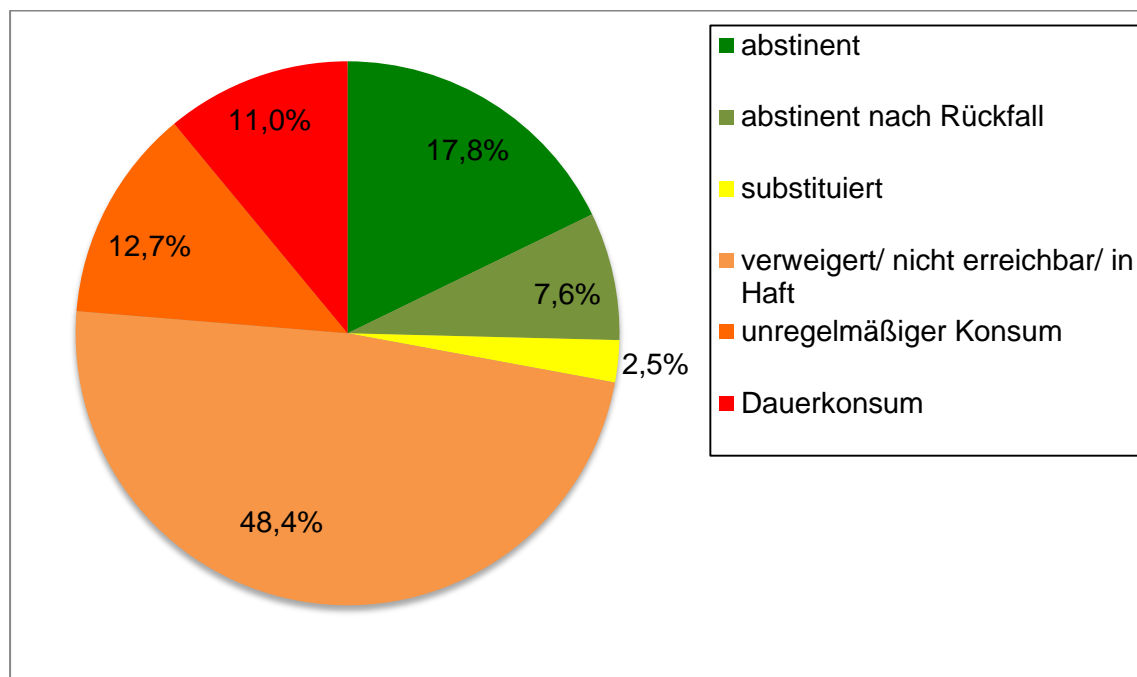


Abbildung 5.91: Suchtverlauf nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 74)

Wenn nur die Probanden mit vorliegenden Angaben berücksichtigt werden, ist jeder Dritte (34.4 %; n = 21) abstinent. Mit denen, die nach einem Rückfall abstinent sind, ergibt sich eine Quote von knapp der Hälfte (49.2 %; n = 30). Der Schätzkorridor liegt somit für Abstinente zwischen 17.8 % und 34.4 %, für Abstinente nach einem Rückfall zwischen 7.6 % und 14.8 %, insgesamt also zwischen 25.4 % und 49.2 %. Die obere Schätzgrenze für Rückfälligkeit liegt bei 45.9 %, wenn unregelmäßig und dauerhaft Konsumierende zusammengefasst werden.

Tabelle 5.93: Untere und obere Schätzgrenze der Suchtrückfälligkeit nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 118)

Suchtrückfälligkeit	Häufigkeit	Untere Schätzgrenze Gültige Prozent (n = 118)	Obere Schätzgrenze Gültige Prozent (n = 61)
<b>abstinent</b>	21	17.8	34.4
<b>abstinent nach Rückfall</b>	9	7.6	14.8
<b>unregelmäßiger Konsum</b>	15	12.7	24.6
<b>Dauerkonsum</b>	13	11.0	21.3
<b>substituiert</b>	3	2.5	4.9
<b>verweigert/ nicht erreichbar/ in Haft</b>	57	48.4	
<b>Gesamt</b>	118	100.0	100.0

Im Vergleich zu den erfolgreich Therapierten, die bedingt aus der Forensik entlassen werden konnten, zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Die Datenqualität ist allerdings bei den bedingt Entlassenen besser, weil bei diesen nur 16.3 % die Aussage verweigerten oder nicht erreichbar waren, während dies bei den Therapieabbrechern 48.4 % waren. In den Berechnungen wird dies jeweils in der unteren und oberen Schätzgrenze berücksichtigt. Bei der oberen Schätzgrenze wird jeweils ein günstigerer Verlauf angenommen, die Verweigerer werden nicht berücksichtigt. Bei der unteren Schätzgrenze wird der ungünstigere Fall angenommen, der von 100 % dauerhaft konsumierenden Probanden bei den Verweigerern ausgeht.

Um diesem Unterschied bei der Teilnahme besser gerecht zu werden, werden in einem zweiten Schritt bei fehlenden Angaben Fremangaben herangezogen. Wenn den Interviewern Informationen vorliegen, dass Probanden, die Angaben verweigert haben, abstinent sind, oder dass eine andere günstigere Ausprägung als Dauerkonsum vorliegt (meist durch Bewährungshelfer oder Nachsorgetherapeuten), wird dies berücksichtigt. So ergibt sich ein Wert, der im Schätzkorridor liegt und dem „wahren“ Wert etwas näher kommen sollte sowie die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen erhöht. Zudem werden auch bei den bedingt Entlassenen nur diejenigen berücksichtigt, die im Jahr 2006 oder später entlassen wurden, was dem Vorgehen entspricht, das auch für Therapieabbrecher gewählt wurde.

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson zum Vergleich der beiden Stichproben ergibt sich ein signifikantes Ergebnis (Chi-Quadrat: 40.5\*\*\*; df: 4; 1 Zelle (10.0 %) hat eine erwartete Häufigkeit < 5). Therapieabbrecher konsumieren häufiger dauerhaft und un-

regelmäßig und schaffen dafür deutlich seltener komplette Abstinenz von Suchtmitteln oder eine Abstinenz nach einem Rückfall.

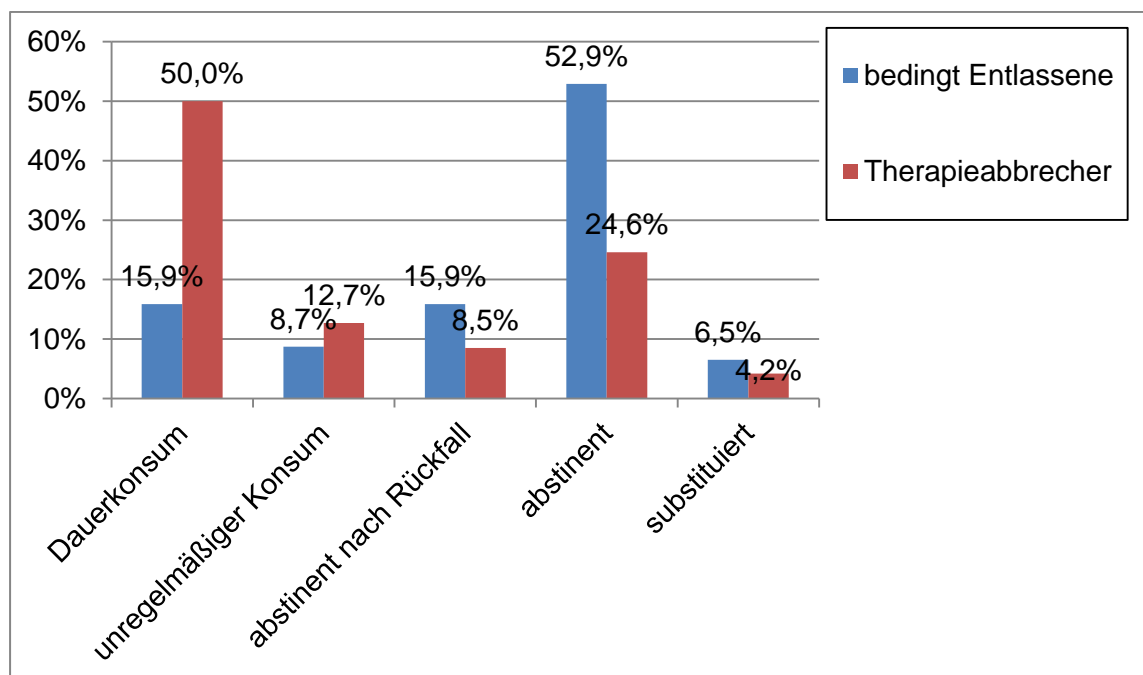


Abbildung 5.92: Suchtverlauf nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten (bedingt Entlassene n = 138; Therapieabbrecher n = 118)

Im Zeitverlauf der Rückfälligkeit zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Rückfälligen sofort nach ihrer Entlassung aus der Haft wieder konsumieren (51.2 %; n = 22), drei Viertel spätestens nach einem Monat (74.5 %; n = 32). Es kann davon ausgegangen werden, dass bei diesen Probanden keine ernsthafte Motivation zur Abstinenz vorliegt oder diese nur extrem kurz – weniger als einen Monat – aufrecht erhalten werden kann. Im Vergleich zu den regulär aus der Therapie Entlassenen finden bei Abbrechern also nicht nur mehr Rückfälle statt, sondern der Zeitpunkt dieser Rückfälle liegt insgesamt auch früher.

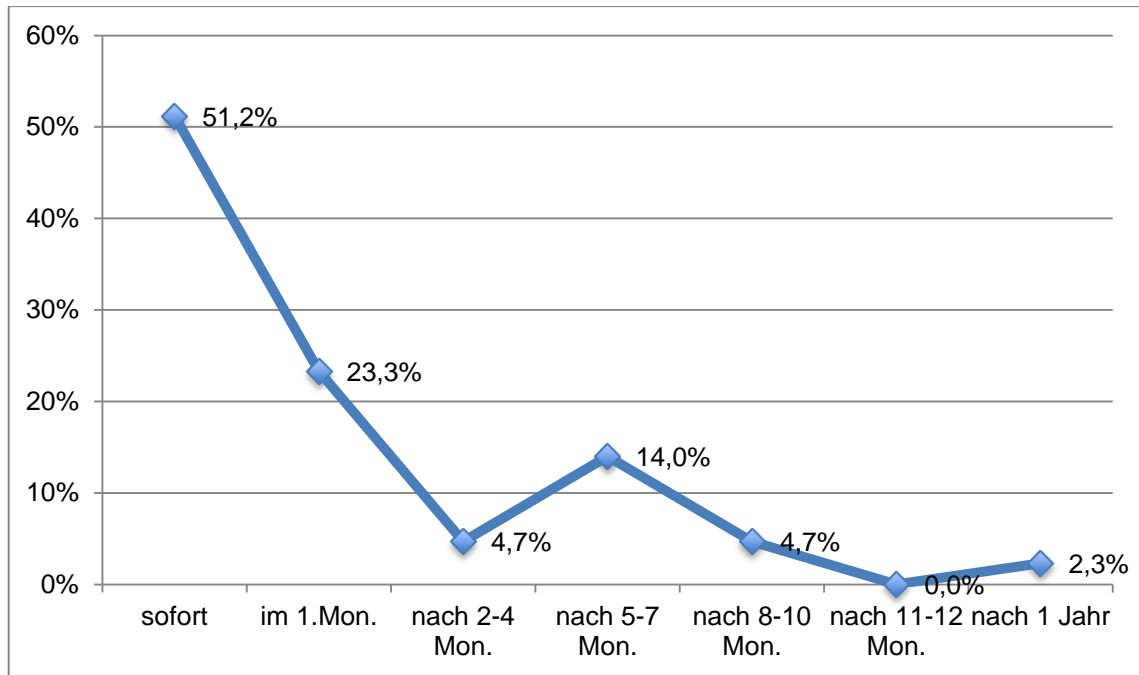


Abbildung 5.93: Zeitpunkt des Rückfalls nach der Entlassung, Angaben in Prozent, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 43)

Auf die Frage nach der Anzahl der stattgefundenen Rückfälle zeigt sich ebenfalls eine höhere Belastung in dieser Gruppe im Vergleich zu den bedingt entlassenen Probanden. In der Regel geht es in dieser Gruppe nicht um einzelne voneinander trennbare Rückfälle, sondern um ein sofortiges Abgleiten (oder eben eine bewusste Entscheidung) in den Dauerkonsum. Dies trifft für 77.8 % (n = 35) der insgesamt Rückfälligen zu, weitere 8.9 % (n = 4) haben mehr als 6 Rückfälle gehabt. Nur gut ein Zehntel (13.4 %; n = 6) konnte anscheinend die Rückfälle einschränken bzw. die Rückfälligkeit wieder beenden. Dies zeigt sich auch in der subjektiv angegebenen Dauer der ersten Rückfallphase, bei der fast zwei Drittel (61.5 %; n = 24) bereits für die erste Phase mehr als zwei Monate angeben.

Tabelle 5.94: Häufigkeit der Rückfälle, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 45)

Häufigkeit der Rückfälle	Häufigkeit	Gültige Prozent (n = 45)
<b>1 Rückfall</b>	3	6.7
<b>2-4 Rückfälle</b>	3	6.7
<b>5-6 Rückfälle</b>	0	0.0
<b>mehr als 6 Rückfälle</b>	4	8.9
<b>Dauerkonsum</b>	35	77.8
<b>Gesamt</b>	45	100.0

Bei den bedingt entlassenen Probanden wurde als ein „weicherer“ Erfolgsparameter, der zumindest einen Teilerfolg ausdrücken kann, die Veränderung des Konsummusters abgefragt. Dabei konnte immerhin bei mehr als der Hälfte (56.6 %) eine sogenannte Verengung des Konsummusters festgestellt werden, was immerhin als Teilerfolg einer zuvor durchgeführten Behandlung gesehen werden kann. Von dieser Gruppe werden entweder deutlich weniger Konsummittel (quantitativ) konsumiert oder es wurde von einer härteren Droge wie beispielsweise Heroin auf eine weichere Droge wie Cannabis (qualitativ) umgestellt. Bei den Therapieabbrechern gelingt dieser Teilerfolg nicht einmal jedem dritten Probanden (30.0 %; n = 12). Dieses ungünstigere Ergebnis scheint auch mit den Angaben zusammen zu hängen, die zum Rückfallauslöser von der Abbrecher-Gruppe genannt werden. Deutlich seltener spielt hier eine emotionale Belastungssituation eine Rolle (18.9 % vs. 42.4 %). Die häufigste Nennung bezieht sich darauf, dass vom jeweiligen Probanden überhaupt kein Abstinenzentschluss (mehr) bestand und somit eine recht bewusste Entscheidung stattfand, wieder zu konsumieren. Möglicherweise ist das Vorliegen einer Motivation zur Abstinenz und die Fähigkeit, diese auch über einen längeren Zeitraum in Freiheit aufrecht zu erhalten, ein entscheidender Unterschied zwischen den sogenannten erfolgreich Therapierten und den Abbrechern.

Während bei den bedingt Entlassenen zu Hilfsangeboten aus therapeutischer Sicht kritisch angemerkt wurde, dass der weitaus größte Teil der Gruppe nach einem Rückfall keine Hilfe in Anspruch nahm, was andererseits ein zentraler Bestandteil der Therapie war, fällt bei den Therapieabbrechern neben diesem ebenso recht großen Anteil auf, dass immerhin 11 der 38 und somit 28.9 % fachliche Hilfe in Anspruch nehmen. 5

weitere Personen suchen Unterstützung bei Freunden, was insgesamt für diese Gruppe im positiven Sinne bemerkenswert ist.

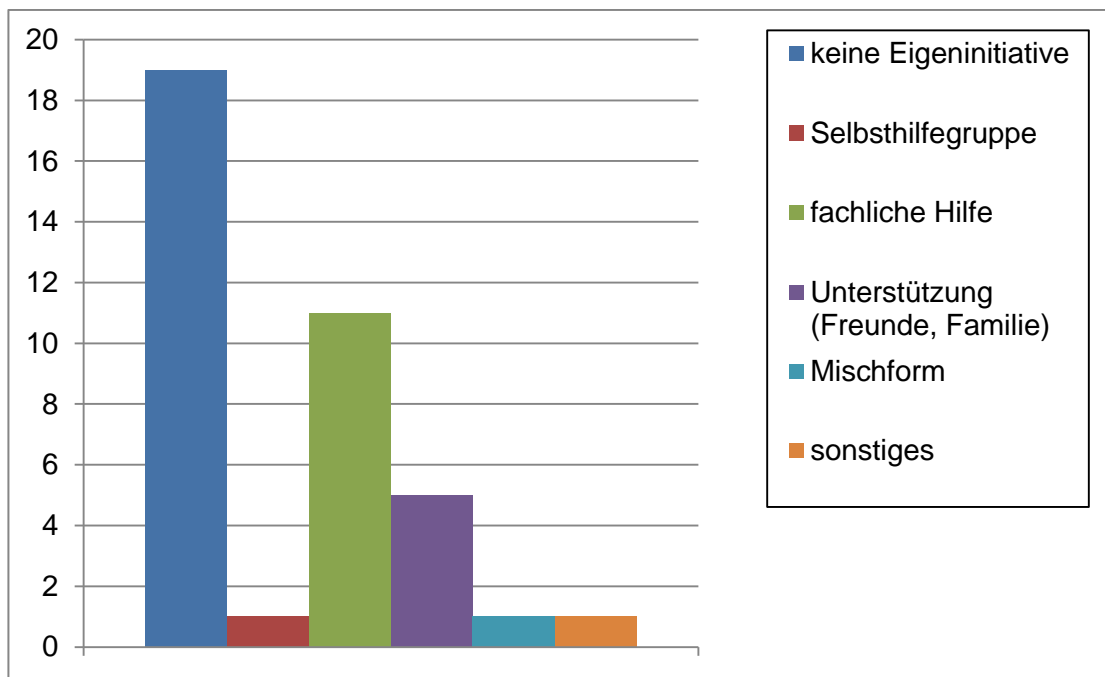


Abbildung 5.94: Hilfesuchverhalten, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 38)

Der Anteil der Probanden, die nach ihrer Entlassung erneut stationär psychiatrisch aufgenommen werden mussten, ist in der Gruppe der Abbrecher mit 23.8 % etwas höher als bei den bedingt Entlassenen (14.8 %). Vor allem zeigt sich dabei, dass diese Aufnahmen zum größten Teil aus sehr kurzfristigen Entgiftungsmaßnahmen bestehen, d. h. dass in der Regel ein langfristiges Behandlungsziel nicht verfolgt wird und Probanden nur akut entgiftet und danach nicht weiterbehandelt wurden. In der Folge wird der Konsum dann meist erneut fortgesetzt. Alle stationären Behandlungen fanden freiwillig statt. Ein Viertel der Probanden (23.3 %; n = 14) nahm an ambulanten Behandlungsmaßnahmen teil, wobei die meisten Behandlungen in Kontakten zu einem Arzt, zu einer Substitutionsbehandlung oder zu einer Suchtberatungsstelle bestanden.

## **b. Zusammenfassung zum Suchtverlauf**

Der Suchtverlauf im ersten Jahr in Freiheit entweder nach einer Inhaftierung oder nach einer Therapie nach § 64 StGB in einer forensischen Suchtklinik unterscheidet sich nach diesen zwei unterschiedlichen Bedingungen deutlich. Einschränkend muss zwar darauf hingewiesen werden, dass die Datengrundlagen qualitativ unterschiedlich sind. Zum einen liegen von Therapieabbrechern insgesamt weniger Daten vor, weil diese Gruppe erst zu einem späteren Zeitpunkt ins Untersuchungsdesign eingeschlossen wurde. Zum anderen verweigern aus dieser Gruppe deutlich mehr ihre Teilnahme. Die Verweigerer können dabei aber nicht einfach unberücksichtigt bleiben, weil sich hinter der Verweigerung häufig ein schlechter Zustand des jeweiligen Probanden verbirgt oder ungünstige Verläufe eher verschwiegen werden. Eine weitere Einschränkung bei diesem Vergleich muss die Selektivität in der Zuordnung zu den beiden Gruppen sein. Die Begründung für einen Therapieabbruch ist ja gerade häufig eine mangelnde Abstinenz- oder Therapiemotivation von Patienten oder eine andere Problematik, die sich im Verlauf der Behandlung herausgestellt hat. Die Gruppe der Therapieabbrecher stellt somit keine echte und zufällig ausgewählte Kontrollgruppe dar. Andererseits ist aufgrund der Gesetzesgrundlage und dem Anspruch jedes abhängigen Straftäters auf eine Therapie eine echte Kontrollgruppe nicht möglich.

Der erste wichtige Unterschied ist also der deutlich unterschiedliche Anteil an teilnehmenden Probanden. Bei den Therapieabbrechern ist der Anteil derer höher, die bereits bei ihrer Entlassung aus der Forensik nicht teilnehmen wollten. Auch die sogenannte Schwundquote, also organisatorische Ausfälle, ist in dieser Gruppe höher. Die Zuordnung zu Klinikmitarbeitern ist anders und funktioniert möglicherweise weniger gut, weil die entsprechenden Probanden sich nicht mehr in einem Therapieprozess befinden. Auch die weiteren Verläufe nach ihrer Entlassung sind viel mehr von Unwägbarkeiten geprägt, so dass deutlich mehr Ausfälle zu verzeichnen sind. Des Weiteren werden von diesen Abbrechern zum aktuellen Nachbefragungszeitpunkt häufiger komplette Befragungen verweigert. Schamgefühle über Rückfälle oder den aktuellen Zustand können hier eine Rolle spielen, gerade wenn Probanden sich vorgenommen hatten, es dieser Institution zu zeigen, die eine Therapie abgebrochen hatte. Häufig stellt sich aber bei der Kontaktaufnahme heraus, dass der aktuelle Zustand, z. B. durch eine akute Intoxikation mit Suchtmitteln, eine Befragung nicht zulässt. Etwas einfacher stellt sich in diesem Anteil die Interpretation bei ehemaligen Patienten dar, die bereits wieder inhaftiert sind. Es kann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass dieser erneuten Inhaftierung eine Straftat zugrunde liegt. Bewährungswiderrufe kommen in dieser Teilgruppe in der Regel nicht vor, weil die Probanden nach ihrer Ent-



lassung und dem Verbüßen ihrer Reststrafe keine Bewährungsstrafe offen haben. Dieses Ergebnis bezüglich der Teilnahmequote schränkt die Interpretierbarkeit der weiteren Daten etwas ein, ist aber selbst vor allem ein Hinweis auf deutlich ungünstigere Verläufe nach einem Therapieabbruch.

Der soeben beschriebene Unterschied führt bei der Auswertung der Angaben zur Suchtrückfälligkeit zu breiteren Schätzkorridoren zwischen einer unteren und einer oberen Schätzgrenze. Nach eigenen Angaben konsumiert fast die Hälfte der Probanden (45.9 %) wieder regelmäßig oder zumindest unregelmäßig. Wenn im kritischen Falle alle inhaftierten oder verweigernden Probanden auch wieder konsumieren würden, ergäbe sich ein Anteil von 72.1 %, d. h. insgesamt deutlich höhere Anteile als bei bedingt entlassenen Probanden. Dies setzt einen Trend fort, der auch im Ergebnis festgestellt werden konnte, dass bereits während der Inhaftierung Alkohol, vor allem aber illegale Substanzen konsumiert werden.

Selbst wenn für einen direkten Vergleich einzelner Ausprägungen die „Angabe-Verweigerer“ außer acht gelassen werden, zeigt sich ein deutlicher Unterschied zugunsten erfolgreich Therapierter, obwohl auf dieser Datengrundlage Teile des Unterschiedes noch verschleiert werden können. Therapieabbrecher konsumieren hoch signifikant häufiger unregelmäßig und dauerhaft und sind signifikant seltener abstinent oder abstinent nach einem Rückfall.

Auch „weichere“ Erfolgskriterien liegen zu Ungunsten der Abbrecher-Gruppe vor. Wenn Abbrecher nach ihrer Entlassung suchtrückfällig werden, werden sie dies zum einen im Schnitt früher und zum anderen sehr schnell dauerhaft und nicht nur begrenzt auf einen oder wenige Rückfälle. Hier scheinen Kompetenzen von erfolgreich Therapierten zu greifen, einen Rückfall als einmaligen Vorfall einzuschätzen und eine Rückfallserie zu vermeiden. Während zudem bedingt entlassene Probanden im Falle einer Rückfälligkeit häufig eine quantitative oder qualitative Einengung des Konsummusters gelingt, ist dies bei Therapieabbrechern entweder aufgrund mangelnder Kompetenzen oder weil ihre Motivation dazu nicht ausreicht deutlich seltener der Fall.

Insgesamt können im Hinblick auf den weiteren Suchtverlauf deutliche Unterschiede festgestellt werden zwischen erfolgreich Therapierten, die bedingt entlassen werden konnten, und solchen Patienten, deren Therapie wegen mangelnder Aussicht auf Erfolg abgebrochen wurde. In dem Erreichen einer Abstinenz nach ihrer Entlassung unterscheiden sich diese beiden Gruppen signifikant.

### **5.3.3.3 Legalbewährung**

#### **a. Eigene Angaben zu Rückfalldelikten**

Wie auch bei den Patienten nach § 64 StGB, die nach einem erfolgreichen Therapieverlauf aus der Forensik bedingt entlassen wurden, wurden auch die Therapieabbrecher nach Straftaten gefragt, die sie seit ihrer Entlassung begangen haben. Bereits beim Suchtverlauf wurde darauf eingegangen, dass die Teilnahme in dieser Gruppe deutlich geringer ausfällt, weil diese Probanden zum einen schlechter wieder auffindbar sind, zum anderen aber auch weniger kooperativ in ihrer Teilnahmebereitschaft sind.

Wenn für eine obere Schätzgrenze nur die Angaben der tatsächlich erreichten Probanden herangezogen werden, ergibt sich eine deliktische Rückfallquote von 23.7 %. 76.3 % konnten sich über einen Zeitraum von einem Jahr bewähren und haben keine Straftat begangen. Bei den 13 Probanden, von denen sicher bekannt ist, dass sie sich wieder in Haft befinden, ist davon auszugehen, dass sie wieder eine Straftat begangen haben. Die meisten Probanden aus dieser Gruppe mussten nach ihrem Therapieabbruch die ganze noch ausstehende Reststrafe verbüßen. Erneute Inhaftierungen wegen strafbewährter Weisungsverstöße somit unwahrscheinlich. Mit diesen 13 Probanden erhöht sich die Rückfallquote bereits von 23.7 % auf 37.5 % ( $n = 27$ ; von 72). Bei Berücksichtigung der unteren und oberen Schätzgrenze ergibt sich ein Schätzkorridor für Rückfälle zwischen 37.5 % und 61.9 %, wenn man auch bei allen nicht Erreichbaren und Teilnahmeverweigerern von weiteren Straftaten ausgeht. Dementsprechend ergibt sich ein Schätzkorridor für die Legalbewährungsquote, der zwischen 38.1 % und 62.5 % liegt.

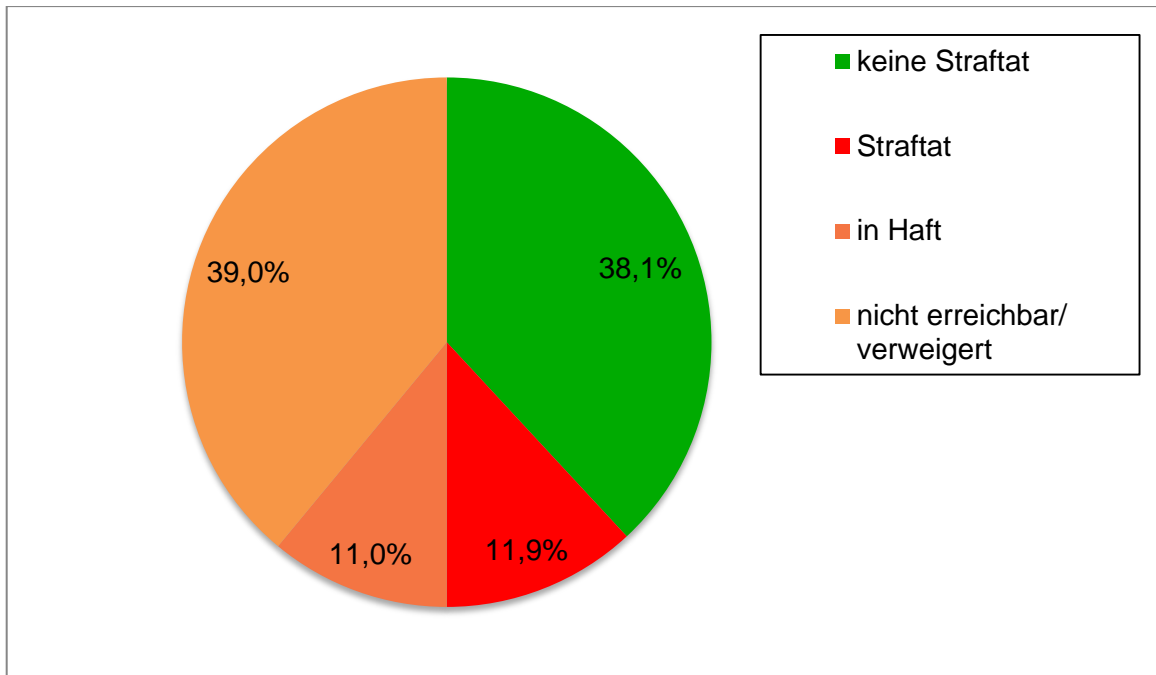


Abbildung 5.95: Straffälligkeit nach einem Jahr, untere Schätzgrenze, § 64-Patienten, Therapieabbrecher (n = 118)

Tabelle 5.95: Untere und obere Schätzgrenze der deliktischen Rückfälligkeit nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 118)

Straffälligkeit nach einem Jahr	Häufigkeit	Untere Schätzgrenze Gültige Prozent (n = 118)	Obere Schätzgrenze Gültige Prozent (n = 72)
<b>Straftat oder in Haft</b>	27	22.9	37.5
<b>keine Straftat</b>	45	38.1	62.5
<b>verweigert oder nicht erreichbar</b>	59	39.0	
<b>Gesamt</b>	118	100.0	100.0

Auch bei der Legalbewährung fällt der große Unterschied in der Teilnahmeverweigerung auf. Analog zur Suchtrückfälligkeit sollen nun auch für diese Bewertung nur die Probanden aus beiden Gruppen verglichen werden, die jeweils 2006 oder später aus der Klinik entlassen wurden. Zudem werden die Angaben von Verweigerern ergänzt, wenn positivere Fremangaben vorliegen, um eine deutliche Unterschätzung zu vermeiden. Nach dieser Korrektur ergibt sich ein Unterschied in der Legalbewährungsquote zwischen 80 % (79.9 %) bei erfolgreich Behandelten und gut der Hälfte (53.4 %) bei Therapieabbrechern. Der Unterschied ist hoch signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson: 20.5\*\*\*; df: 1; 0 Zellen (0.0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5).

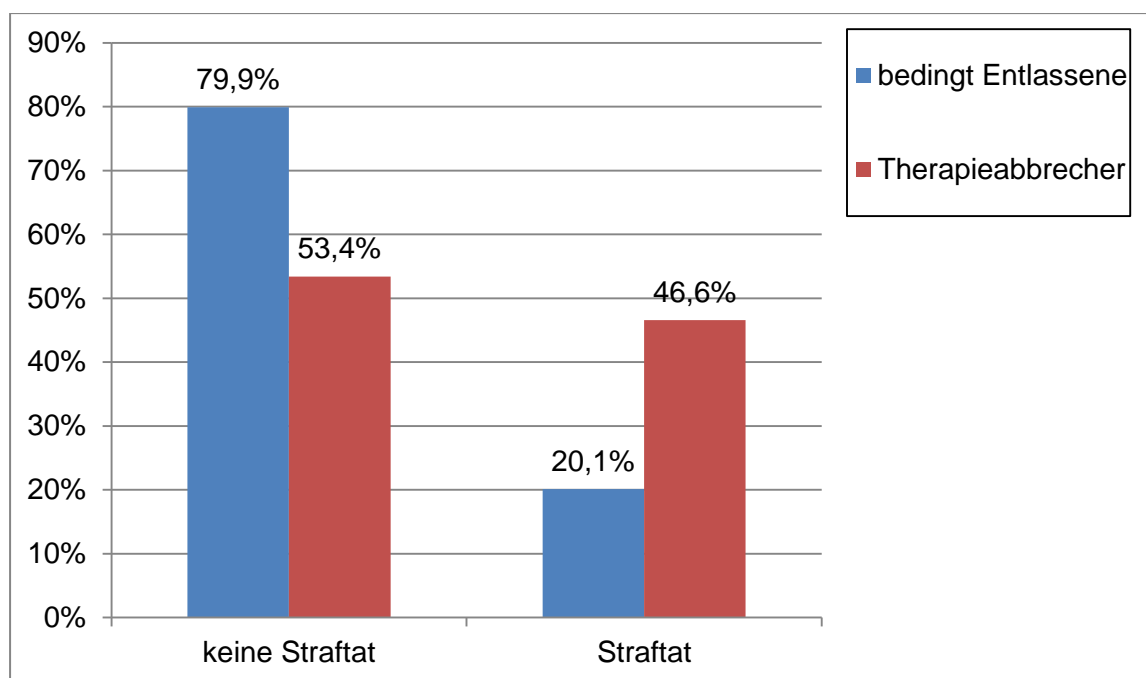


Abbildung 5.96: Legalbewährung nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten (bedingt Entlassene n = 139; Therapieabbrecher n = 118)

Wenn man die Delikte betrachtet, die von den strarückfälligen Probanden begangen wurden, ist zu berücksichtigen, dass nur die Angaben von den Probanden vorliegen, die für eine Befragung erreicht wurden. Für inzwischen inhaftierte Probanden, die auch eine Straftat begangen haben und die in dieser Gruppe einen großen Anteil ausmachen, liegen diese Informationen nicht vor. Es ist dabei aber durchaus denkbar, dass gerade die bereits Inhaftierten schwerere Delikte begangen haben und deshalb bereits wieder inhaftiert wurden.

Von den vorliegenden Informationen ist ein Körperverletzungsdelikt das Schwerwiegendste. Am häufigsten kommen Betrugs- oder Diebstahlsdelikte vor, insgesamt 9 mal. Weiterhin sind 3 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, ein Verkehrsdelikt und 2 sonstige Delikte (Sachbeschädigung, Beleidigung) zu verzeichnen. Im Gegensatz zu regulär entlassenen Probanden gibt es keinen Weisungsverstoß, was nicht besonders überrascht, weil viele Probanden bei ihrer Entlassung keine Bewährungsstrafe mehr offen haben.

Tabelle 5.96: Deliktart der erneut Straffälligen nach einem Jahr, Mehrfachnennungen möglich, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 13)

Delikt	
<b>Tötungsdelikt</b>	0
<b>Körperverletzung</b>	1
<b>Sexualdelikt</b>	0
<b>Raub/räuberische Erpressung</b>	0
<b>Betrug/Diebstahl</b>	9
<b>Brandstiftung</b>	0
<b>BtMG-Verstoß</b>	3
<b>Verkehrsdelikt</b>	1
<b>sonstige</b>	2
<b>Weisungsverstoß</b>	0

Von den 13 Probanden, von denen Aussagen zu einem möglichen Suchtmittleinfluss bei der Straftat gemacht wurden, bejahen 12 (92.3 %) diese Frage. Suchtmittelrückfälligkeit und Straftaten gehen in dieser Gruppe einher. Ein ähnlicher Zusammenhang wurde auch bei den bedingt Entlassenen festgestellt, wo aber immerhin ungefähr 40.0 % diesen Zusammenhang für sich nicht sahen.

Bei der zeitlichen Verteilung der Straftaten nach der Entlassung zeigt sich der Gipfel mit den meisten Straftaten in dieser Gruppe etwas später als in der Gruppe der bedingt Entlassenen. 43.8 % (n = 7) begehen ihre Straftat innerhalb der ersten fünf bis sieben Monate nach der Entlassung. Was die Straftaten innerhalb des ersten halben Jahres betrifft, ist der Anteil in der vorliegenden Therapieabbrechergruppe höher, nur jeder Vierte begeht seine Straftat später.

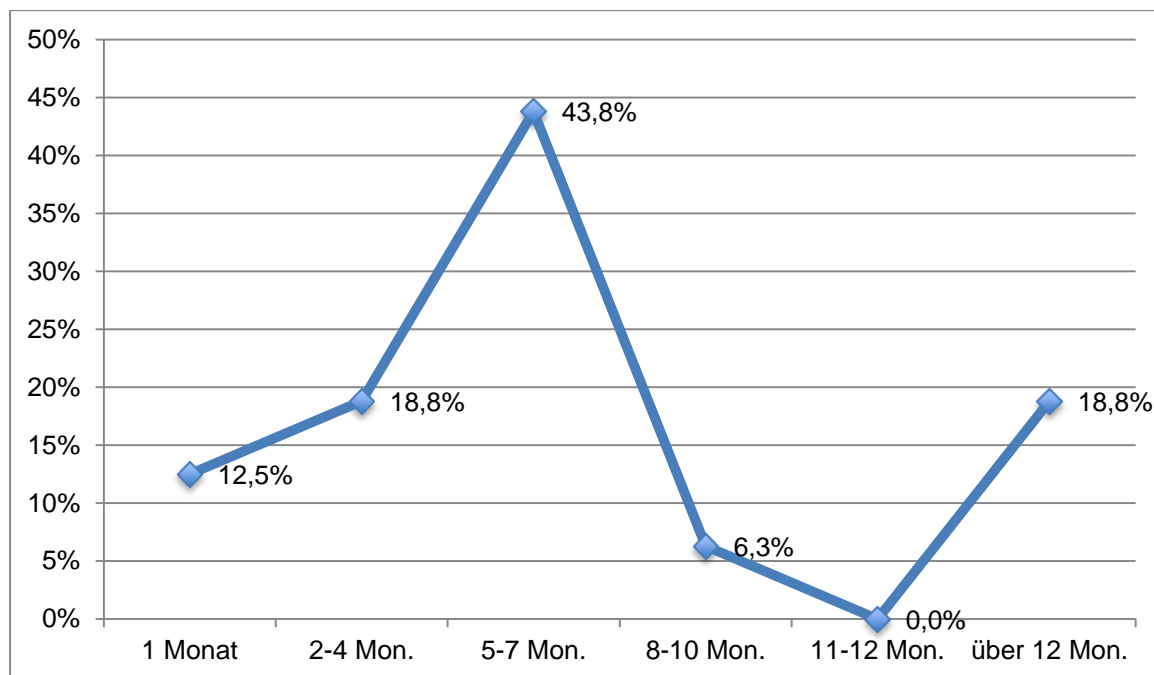


Abbildung 5.97: Zeitpunkt des Rückfall-Deliktes nach der Entlassung, Angaben in Prozent, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 16)

Auch in dieser Stichprobe wird deutlich, dass mit der Methode der direkten Befragung Delikte erfasst werden können, die noch nicht im Bundeszentralregister erfasst sind. So gab es bei einer Straftat keine Anzeige und bei insgesamt 6 der Probanden läuft erst ein Verfahren, das heißt, dass es zu diesem Zeitpunkt noch nicht aktenkundig ist. Ein Großteil der bereits bestraften Probanden erhält in dieser Gruppe eine Freiheitsstrafe (n = 9), vermutlich werden aufgrund der jeweiligen Vorgeschichten von Richtern tendenziell eher schwerere Sanktionen verhängt. Nur bei 3 der wieder verurteilten Probanden wird eine Geldstrafe ausgesprochen, einer erhält keine Strafe, ein anderer eine sonstige Strafe, was zum Beispiel ein Fahrverbot sein kann.

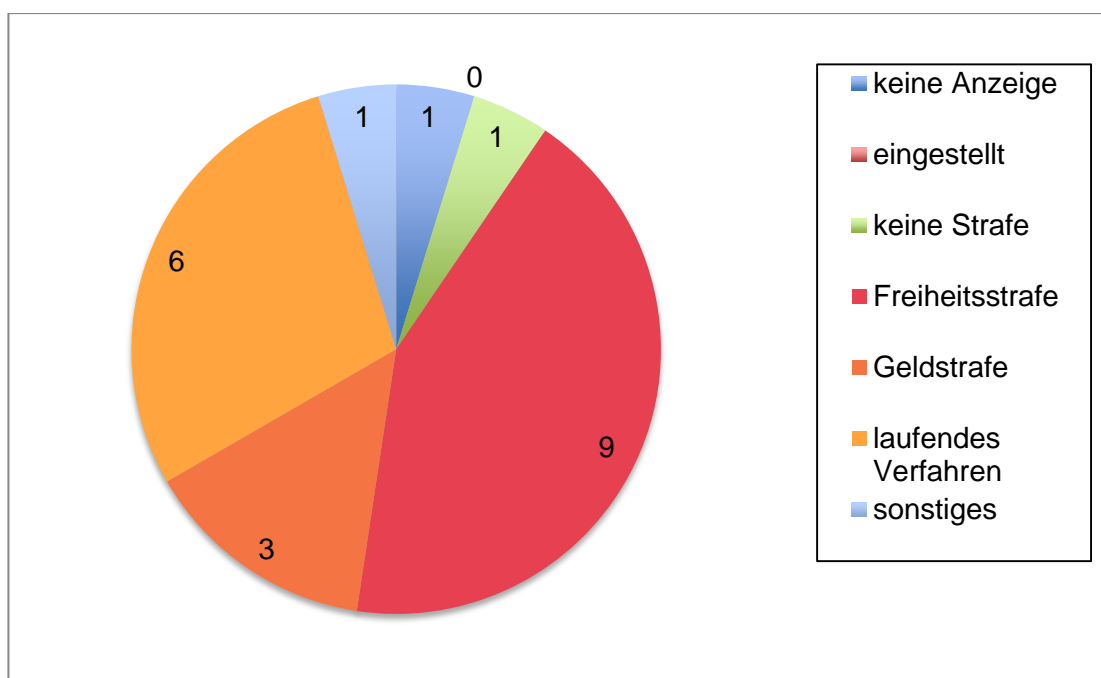


Abbildung 5.98: Verurteilung nach erneuter Straffälligkeit nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 21)

Immerhin 4 weitere Probanden geben an, dass gerade ein Ermittlungsverfahren gegen sie laufe. Hier kann also noch weitere Delinquenz vorliegen.

## **b. Zusammenfassung zur Legalbewährung**

Auch bei der Legalbewährung zeigen sich Unterschiede, die zum Teil noch deutlicher als beim Suchtverlauf ausfallen. Gerade bei Betrachtung der jeweils unteren Schätzgrenze wird der Unterschied zwischen der Gruppe der bedingt Entlassenen und der Therapieabbrecher besonders deutlich. Es ist für diese Gruppe besonders naheliegend, erneut inhaftierte Probanden mit einzubeziehen, weil in der Regel eine Straftat zu dieser neuen Maßnahme geführt hat. Des Weiteren wird der Unterschied beim Vergleich der Unterschätzgrenzen besonders deutlich, weil bei den Therapieabbrechern aus verschiedenen Gründen, die bereits bei der Zusammenfassung zum Suchtverlauf erläutert wurden, mehr Ausfälle zu verzeichnen sind.

Selbst in der Schätzuntergrenze bleiben fast drei Viertel (70.7 %) der erfolgreich Therapierten ohne weitere Straftaten. Nach dieser Schätzung ist dies bei Therapieabbrechern nur gut ein Drittel (38.1 %). Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Therapieabbrecher keine echte Kontrollgruppe darstellen, die zufällig selektiert wurden. Trotzdem haben vermutlich auch die meisten dieser Probanden in der Regel den Vorsatz, keine weitere Straftaten zu begehen. Häufig hört man von Probanden Aussagen wie: „Ich werde natürlich auch ohne Therapie nach meiner Entlassung keine Straftat mehr begehen. Ich bin doch nicht blöd und lande dann wieder hier oder im Knast.“

Unabhängig davon, ob die untere oder die obere Schätzgrenze herangezogen wird, ergibt sich ein jeweils hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Die Angaben zur Art der jeweiligen Delikte unterscheiden sich nicht deutlich zu den bedingt Entlassenen. Das mag auch daran liegen, dass annähernd die Hälfte der wieder straffällig gewordenen Probanden wieder inhaftiert ist und von diesen keine Angaben vorliegen. Es ist dabei nicht ganz unwahrscheinlich, dass gerade diese Täter schwerwiegende Straftaten begangen haben und deshalb eingesperrt wurden. Der jeweilige Zeitpunkt neuer Delikte unterscheidet sich nicht markant von den vergleichbaren Einschätzungen bei den bedingt Entlassenen. Was die jeweilige Sanktion betrifft, scheinen in dieser Gruppe sehr häufig Freiheitsstrafen ausgesprochen worden zu sein, also die schwersten Sanktionen, besonders wenn zu vorliegenden Angaben auch die 13 bereits wieder inhaftierten Probanden gerechnet werden.

Insgesamt zeigen sich deutliche und hoch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Therapieabbrecher fallen nicht nur durch einen ungünstigeren Suchtverlauf auf, sondern auch durch häufigere Delikte.



### c. Fremdeinschätzung des Therapieerfolges

Bei der Gesamtbewertung durch die Interviewer, in der die deliktische und die suchtbezogene Rückfälligkeit einbezogen werden, liegt eine etwas breitere Datenbasis vor, weil es methodisch dem Interviewer überlassen bleibt, wie er die vorliegenden Informationen zu dieser Gesamtbewertung zusammenfasst. So ist eine Bewertung durchaus ohne direktes Gespräch mit dem Probanden zum Beispiel auf Grundlage einer Fremderhebung möglich. Es liegen Einschätzungen über insgesamt 85 Probanden vor. Im Gegensatz zur weiter oben dargestellten Gruppe der bedingt Entlassenen zeigt sich hier nur ungefähr bei jedem Vierten (27.1 %; n = 23) ein insgesamt positiver Verlauf.

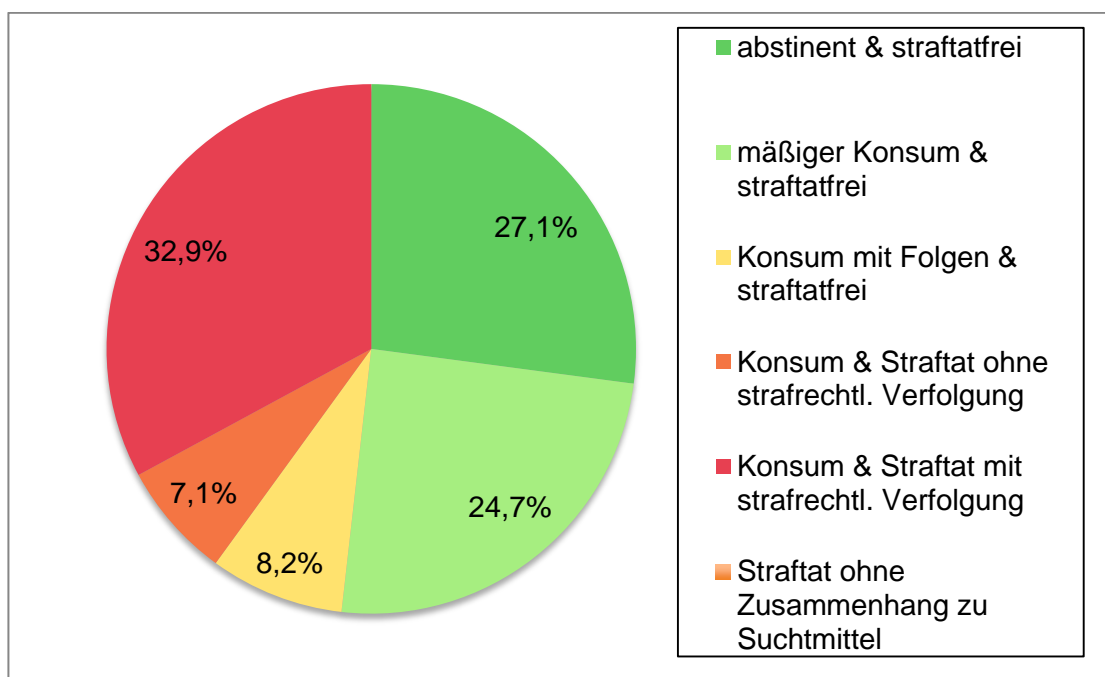


Abbildung 5.99: Gesamtbewertung nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 85)

Bei den erfolgreich Therapierten liegt dieser Anteil der positiven Verläufe bei über 50 % (52.3 %). Immerhin 24.7 % (n = 21) der Therapieabbrecher können Straftatfreiheit erreichen und weisen einen zumindest noch kontrollierbaren Suchtmittelkonsum auf. Einen sehr ungünstigen Verlauf, nämlich Straftatrückfälligkeit und uneingeschränkten Suchtmittelkonsum weisen zwei Fünftel (40.0 %; n = 34) der Probanden auf, deutlich mehr als dies bei erfolgreich Therapierten (13.6 %) der Fall ist. Die Voraussetzungen zur Durchführung eines Chi-Quadrat-Testes nach Pearson liegen vor, weil nur 16.7 % (n = 2) Zellen eine erwartete Häufigkeit haben, die kleiner als 5 ist. Das Ergebnis dieses Testes ist hoch signifikant (Chi-Quadrat: 50.8\*\*\*; df: 5). In dieser Bewertung des Therapieerfolges unterscheiden die beiden Gruppen sich sehr deutlich.

#### 5.3.3.4 Subjektive Einschätzung der Veränderung

Die Probanden sollten zuletzt auch selbst einschätzen, wie sie ihre Entwicklung in Bezug auf vier verschiedene Bereiche sehen, weil auch subjektiv wahrgenommene Lebensqualität ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung eines möglichen Therapieerfolges darstellt. Hier zeigt sich ein sehr ähnliches Ergebnis wie bei den bedingt entlassenen Probanden. Vier Fünftel (79.6 %; n = 43) sehen sich selbst in ihrer Suchterkrankung in einem gebesserten Zustand, was etwas erstaunt, wenn man den tatsächlich angegebenen Suchtverlauf betrachtet, der durchaus Probleme in diesem Bereich nahelegt. 14.8 % (n = 8) geben keine Veränderung an und nur 5.6 % (n = 3) eine Verschlechterung.

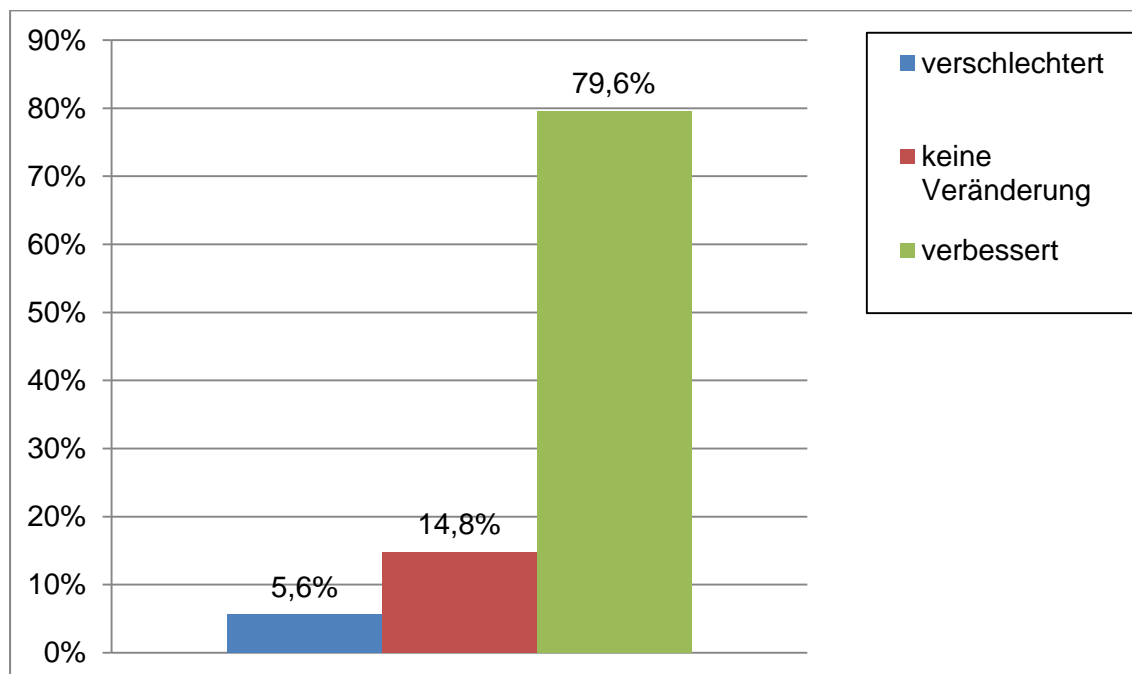


Abbildung 5.100: Veränderung der Suchterkrankung nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 54)

Die Veränderung der Persönlichkeit wird von den Therapieabbrechern noch positiver eingeschätzt. Über neun Zehntel (90.7 %) geben eine Verbesserung für diesen Bereich an, der Rest keine Veränderung. Verschlechterungen werden von den Probanden mit Angaben nicht berichtet. Der Vergleich ist dabei wieder nur begrenzt aussagefähig, weil die Nicht-Teilnahmequote in dieser Gruppe höher ist und sich bei den Nicht-Teilnehmern möglicherweise ungünstigere Entwicklungen finden könnten.

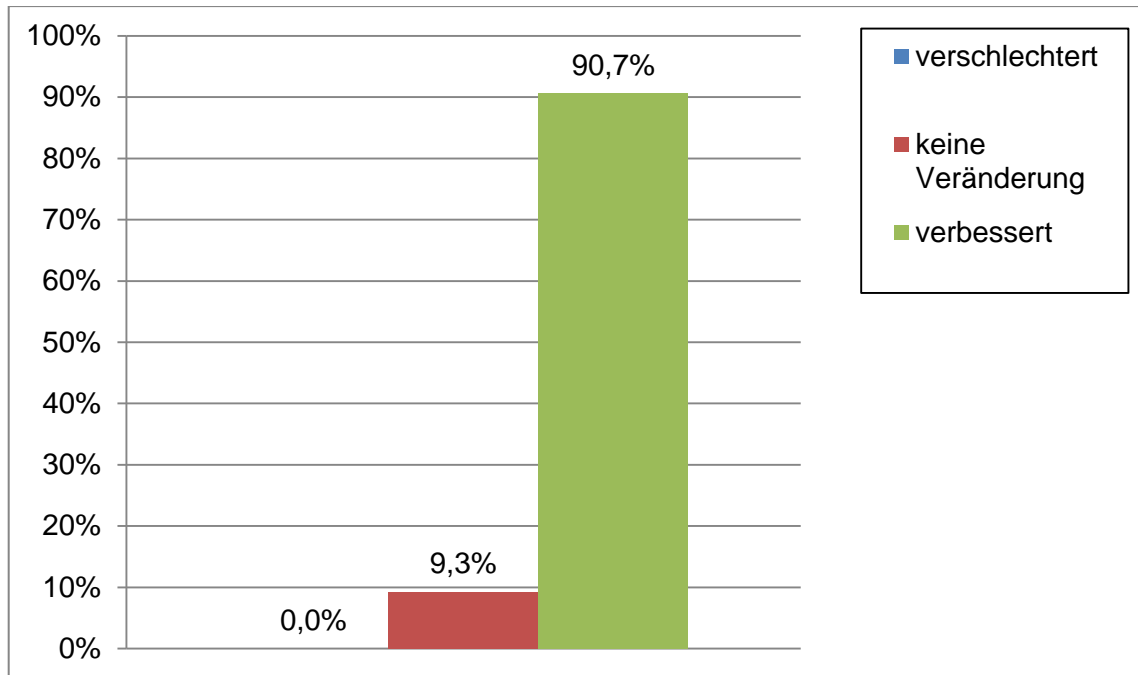


Abbildung 5.101: Veränderung der Persönlichkeit nach einem Jahr, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 54)

Auch bei der Entwicklung der beruflichen Stellung zeigt sich eine ähnliche Einschätzung – geringfügig besser – als bei den bedingt Entlassenen. 49,1 % (n = 26) geben eine Verbesserung, 7,5 % (n = 4) eine Verschlechterung, der Rest von 43,4 % (n = 23) eine gleichbleibende Situation an.

Lediglich bei der Einschätzung, wie sozial integriert Probanden sich erleben, und dies vor allem im Vergleich zum Zustand vor einem Jahr, ist das Ergebnis bei den Therapieabbrechern etwas ungünstiger. Hier sind es 61,1 % (n = 33), die ihre Situation verbessert sehen, 9,3 % (n = 5) geben dies als verschlechtert an.

## **5.4 Aussagen von Bewährungshelfern**

Obwohl dies bei der Einführung der Katamneseuntersuchung in der Klinik nicht geplant war, zeigte sich schnell, dass eine Einbeziehung von Angaben von Fremdbeurteilern sehr sinnvoll und zudem gut möglich war. Beispielsweise kam es häufiger vor, dass die jeweiligen Interviewer selbständig Angaben der Patienten mit denen der zuständigen Bewährungshelfer abglichen, wenn die Probanden einverstanden waren. Um diese Informationen systematisch auswerten zu können, wurde die Erhebung ab 2006 standardmäßig in das Erhebungsschema miteinbezogen. Seither werden Patienten bereits bei der Aufklärung über den Studienzweck auf diese Nachfrage hingewiesen und um ihr Einverständnis dazu gebeten. Wenn es keinen Bewährungshelfer gibt oder der Abgleich mit anderen Fremdanworten sinnvoller erscheint, ist auch dies möglich. Dies kommt zum Beispiel bei ehemaligen § 63-Patienten öfter vor, die in einem Wohnheim leben. In diesem Fall können von dortigen Heimmitarbeitern Informationen eingeholt werden. Teilweise findet auch eine Befragung von Nachsorgetherapeuten statt.

### **5.4.1 Fremdanworten über ehemalige § 63-Patienten**

Seit der standardisierten Erhebung der Fremdanworten 2006 war die Befragung von Fremdbeurteilern von 46 Probanden möglich. Bei 45 Probanden, d. h. in 97.8 % der Fälle, fand eine Befragung statt. Wie geplant, fand am häufigsten ein Gespräch mit dem jeweiligen Bewährungshelfer statt (54.3 %;  $n = 25$ ), gefolgt von Heimpersonal oder Nachsorgetherapeuten bei 13 Probanden (28.3 %) und weiteren 7 Probanden (15.2 %) mit Angaben des gesetzlichen Betreuers.

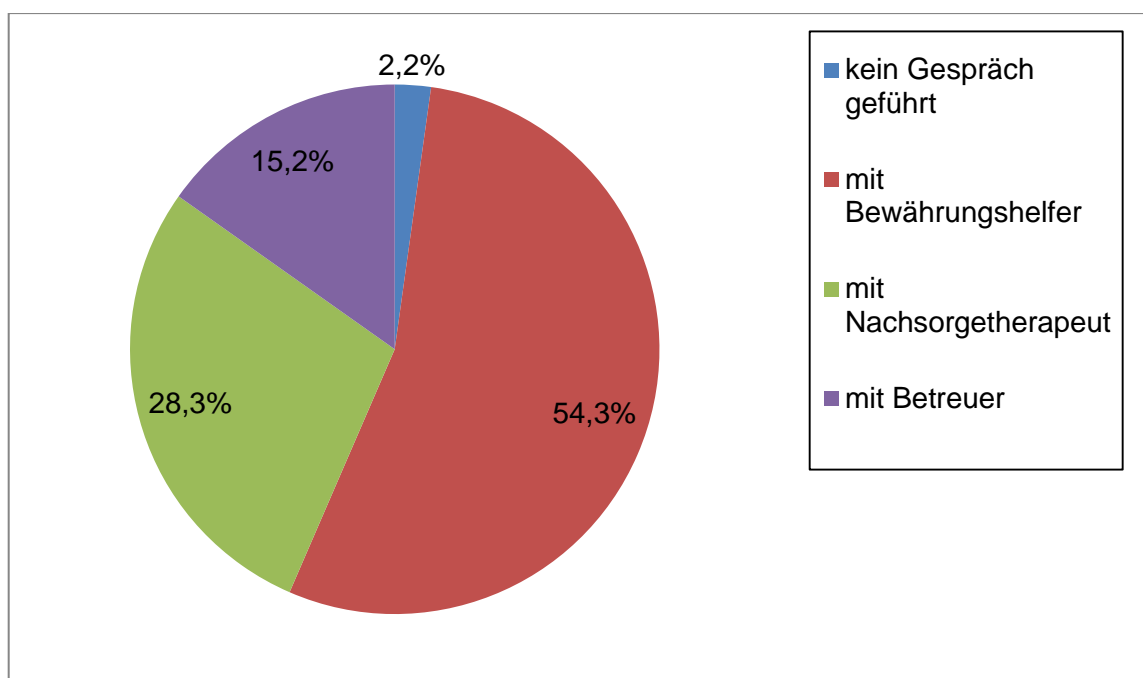


Abbildung 5.103: Gespräche zur Fremdeinschätzung, § 63 StGB-Patienten (n = 46)

Um die Übereinstimmung mit Angaben der Probanden selbst für verschiedene Bereiche differenziert auswerten zu können, wurden vom Interviewer insgesamt dreimal mögliche Übereinstimmungen oder Abweichungen bewertet. Es geht dabei einmal um eine globale Einschätzung, ob die Angaben der Probanden mit denen der jeweiligen Fremdbeurteiler übereinstimmen. Diese Einschätzung bezieht sich damit überblicksmäßig auf alle Bereiche, über die Aussagen abgefragt werden. Als Zweites wird die Übereinstimmung in Bezug auf die Suchtrückfälligkeit eingeschätzt, was vor allem bei § 64-Patienten interessant ist, bei denen dies eines der beiden wichtigsten Erfolgsmaße ist. Auch bei § 63-Patienten wird danach gefragt.

Die Gesamteinschätzung ergibt bei nur einem (2.2 %) der 45 § 63-Probanden, für die Angaben vorliegen, das Bild, dass abweichende Aussagen getroffen wurden. Für 97.8 % ergeben sich insgesamt übereinstimmende Aussagen.

Bei den Probanden, die vormalig nach § 63 StGB in einer psychiatrischen Klinik und somit nicht in einer Entziehungsklinik untergebracht waren, kommen die Interviewer häufig zu dem Schluss, dass die Einschätzung des Suchtverlaufes nicht relevant ist, weil keine Suchterkrankung vorliegt, werden nicht bei allen Teilnehmern Einschätzungen abgegeben. Bei den 28 Probanden, bei denen ein Abgleich vorgenommen wurde, ergeben sich 27 (96.4 %) übereinstimmende Einschätzungen. Die Abweichung entstand dadurch, dass der Bewährungshelfer von unregelmäßigem Suchtmittelkonsum ausging, während der Proband selbst angegeben hatte, abstinenter zu sein.

Gerade auch aufgrund von Bedenken bezüglich der Glaubhaftigkeit, was die eigenen Angaben der Probanden zu weiteren Straftaten betrifft, wurde die Übereinstim-

mung dieser Angaben mit denen der Bewährungshelfer oder anderer Fremdbeurteiler überprüft. Auch hier ergab sich eine Übereinstimmungsquote von 97.8 % (n = 44), weil nur bei einem eine Abweichung angenommen wurde. Jedoch wurde auch hier vom Bewährungshelfer nicht mit Sicherheit das Vorliegen einer Straftat angenommen. Vielmehr wurde die unsichere Einschätzung „unklar, Straftat vermutet“ getroffen. Es handelt sich dabei um einen vermuteten Diebstahl.

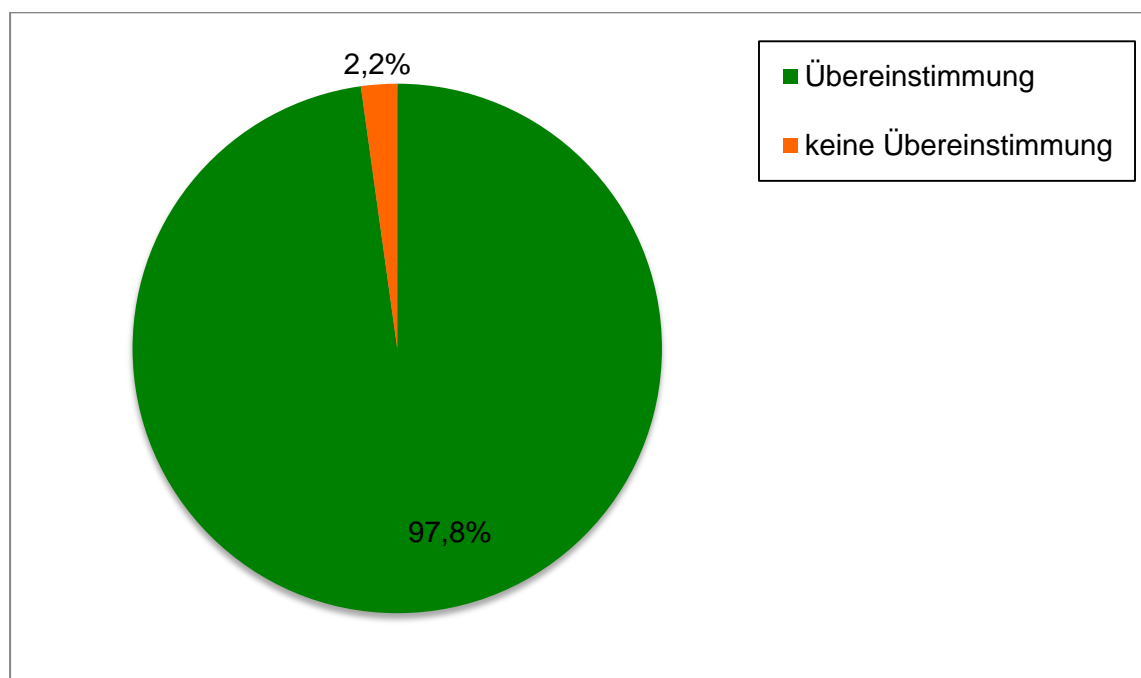


Abbildung 5.104: Übereinstimmung mit Fremdanangaben bezüglich Strafrückfälligkeit, § 63 StGB-Patienten (n = 45)

#### 5.4.2 Fremdangaben über bedingt entlassene § 64-Patienten

Wie bereits ausgeführt, wurde 2006 begonnen, Fremdbeurteilungen zu erheben. Da noch nicht von allen in Frage kommenden Probanden Einverständniserklärungen vorlagen, konnten in der Anfangsphase bei vielen noch keine Abgleichgespräche durchgeführt werden. Bei 145 (54.9 %) von 264 Probanden konnten diese Gespräche durchgeführt werden. 130 Gespräche davon wurden mit Bewährungshelfern durchgeführt, 12 mit Heimpersonal oder Nachsorgetherapeuten und drei mit dem jeweiligen gesetzlichen Betreuer.

Bezüglich der Gesamteinschätzung wurde bei 12 (8.3 %) der Probanden angegeben, dass abweichende Angaben angenommen werden. Das heißt, dass für 91.7 % eine globale Übereinstimmung angenommen wird.

Bezüglich der Abstinenz wurden für 9 Probanden (6.2 %) andere Einschätzungen getroffen als von den jeweiligen Fremdbeurteilern. Bei 6 dieser 9 Probanden war die Fremdeinschätzung kritischer als die der Probanden selbst, wie abstinenter nach einem Rückfall, unregelmäßig konsumierend oder substituiert anstatt der abstinenten Selbsteinschätzung. Bei 2 wurde die unsichere Einschätzung „unklar, Konsum wahrscheinlich“ angegeben, obwohl die Probanden angegeben hatten, seit einem Rückfall abstinent zu sein. Bei 3 Probanden war die Abweichung in die andere Richtung. Obwohl die Probanden unregelmäßigen Konsum einräumten, war den Bewährungshelfern von einem konsumierenden Verhalten nichts bekannt.

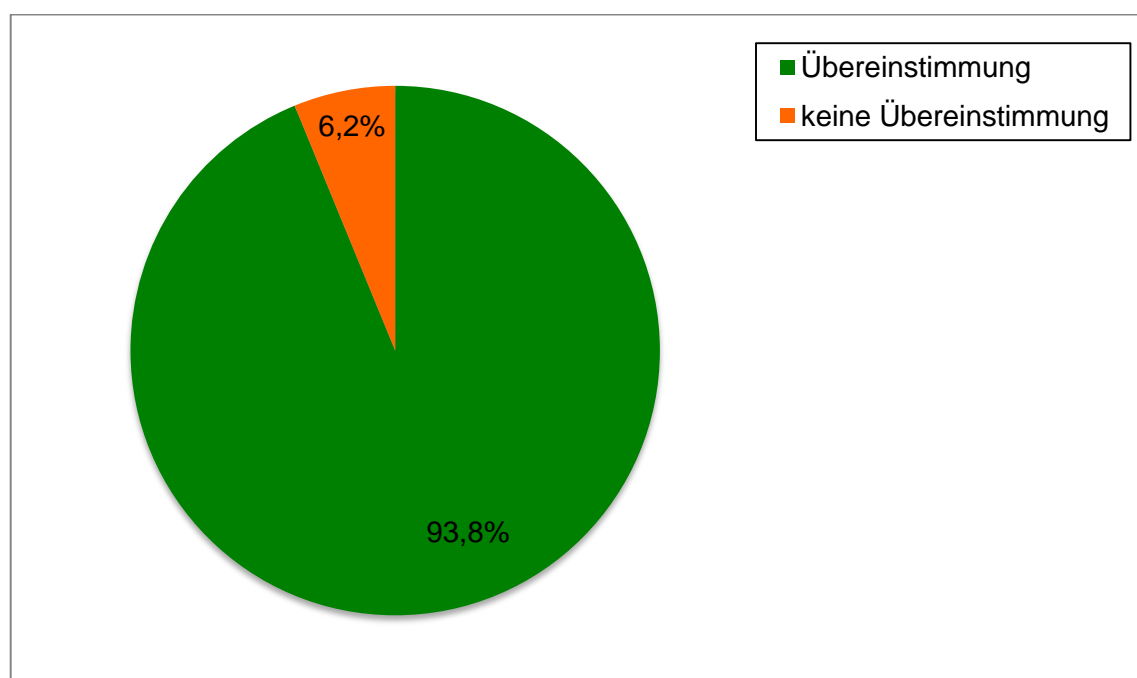


Abbildung 5.105: Übereinstimmung mit Fremdangaben bezüglich Suchtrückfälligkeit, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 145)

Wenn die Fremdbeurteiler zum Vorliegen erneuter Straftaten befragt werden, ergibt sich eine höhere Übereinstimmung. Zum einen kann im Kontakt zu den Bewährungshelfern eine Straftat vermutlich weniger gut verheimlicht werden als zum Beispiel gelegentlicher Konsum von Suchtmitteln. Zum anderen gibt es auch nur eine klare Einteilung je nachdem, ob eine Straftat begangen worden ist oder eben nicht. Bei der Abstinenzeinschätzung ist die Abgrenzung zum Beispiel zwischen unregelmäßigem Konsum und regelmäßigem Konsum etwas schwieriger, was zu abweichenden Einschätzungen führen kann. Insgesamt werden hier 3.5 % Abweichungen ( $n = 5$ ) angenommen. Interessanterweise geht hier nur ein Bewährungshelfer von einer Straftat aus, die vom Probanden nicht eingeräumt wird. Ein Bewährungshelfer gibt an „unklar, Straftat vermutet“, aber 3 Probanden räumen Straftaten ein, die den Bewährungshelfern nicht bekannt sind.

*Tabelle 5.97:* Unterschiede zwischen eigenen Angaben und Fremdanangaben bei Abweichungen zur Deliktrückfälligkeit, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten ( $n = 5$ )

Angabe des Probanden	Fremdangabe
keine Straftat	Straftat
keine Straftat	unklar, Straftat vermutet
Straftat	keine Straftat
Straftat	keine Straftat
Straftat	keine Straftat



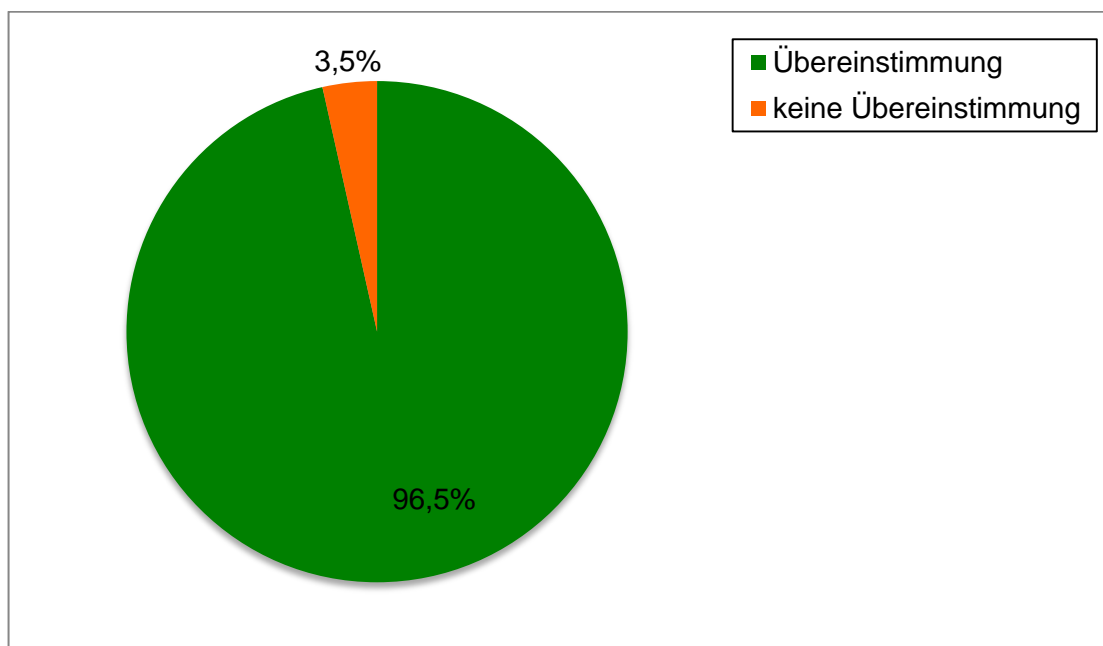


Abbildung 5.106: Übereinstimmung mit Fremdangaben bezüglich Straftatrückfälligkeit, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 145)

#### 5.4.3 Fremdangaben über Therapieabbrecher bei § 64-Patienten

Auch von den Therapieabbrechern wurden Fremdangaben erhoben, wobei die Datenerhebung dabei etwas später begann. Dies kommt durch die zusätzliche Verzögerung zustande, da diese Probanden zuerst aus der Forensik in eine JVA entlassen werden und nach einer Entlassung von dort ein Jahr in Freiheit verbringen müssen, bevor eine Datenerhebung stattfinden kann.

Bei 5 (8.5 %) von 59 Probanden fand kein zusätzliches Gespräch mit einem Fremdbeurteiler statt. Bei 43 der restlichen 54 Probanden wurde eine Übereinstimmung über die gesamten Angaben hinweg bestätigt (79.6 %). Dies unterscheidet sich hoch signifikant von der größeren Übereinstimmung bei den bedingt Entlassenen Probanden (Chi-Quadrat: 10.9\*\*\*; df: 1).

Für dieselben 11 Probanden wurde auch bezüglich der Einschätzung des Suchtverlaufs eine abweichende Beurteilung des Bewährungshelfers angegeben. Mit 79.6 % ist die Übereinstimmung damit signifikant niedriger als in der Gruppe der bedingt entlassenen Patienten (Chi-Quadrat: 5.3\*; df: 1). Insgesamt wird dabei von den Fremdbeurteilern bei Abweichungen von deutlicheren Ausprägungen des Konsummusters ausgegangen, zum Beispiel von dauerhaftem Konsum anstatt nur von unregelmäßigem. Auch die Einschätzung „unklar, Konsum wahrscheinlich“ spielt häufig eine Rolle. Auch

bei den Therapieabbrechern kommt in einem Fall eine bessere Einschätzung (abstinent) des Bewährungshelfers vor (Probandenangabe Dauerkonsum).

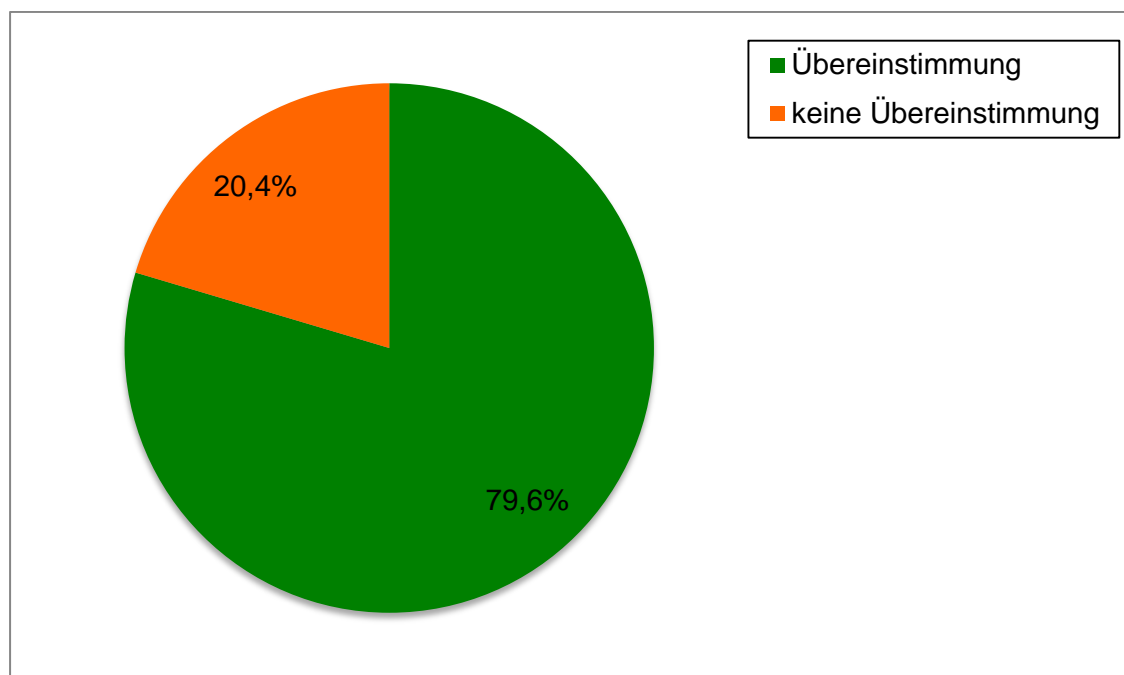


Abbildung 5.107: Übereinstimmung mit Fremddangaben bezüglich Suchtrückfälligkeit, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 54)

Bei den bedingt entlassenen Probanden zeigte sich, dass die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremddangaben bezüglich erneuter Straftaten deutlich höher war als bezüglich der Suchtrückfälle. Hier ist die Übereinstimmung fast vergleichbar niedrig. Abweichende Angaben werden anstatt bei 11 nur bei 9 gemacht, was eine Übereinstimmungsquote von 83.3 % ergibt. Die Abweichungen liegen hier nur in einer Richtung vor, nämlich, dass Bewährungshelfer vom Vorliegen einer Straftat ausgehen oder zumindest „unklar, Straftat vermutet“ angeben, während die Probanden selbst dies verneinen. Die Bewährungshelfer scheinen einen guten Informationsstand über die weiteren Straftaten der Probanden zu haben. Andererseits haben die Therapieabbrecher eher die Tendenz, ihr Ergebnis gegenüber Interviewern aus der vormals behandelnden Forensik zu beschönigen. Auch bei diesem Übereinstimmungsvergleich schneiden die Therapieabbrecher hoch signifikant schlechter ab als die bedingt entlassenen Probanden (Chi-Quadrat: 10.3\*\*\*; df: 1).

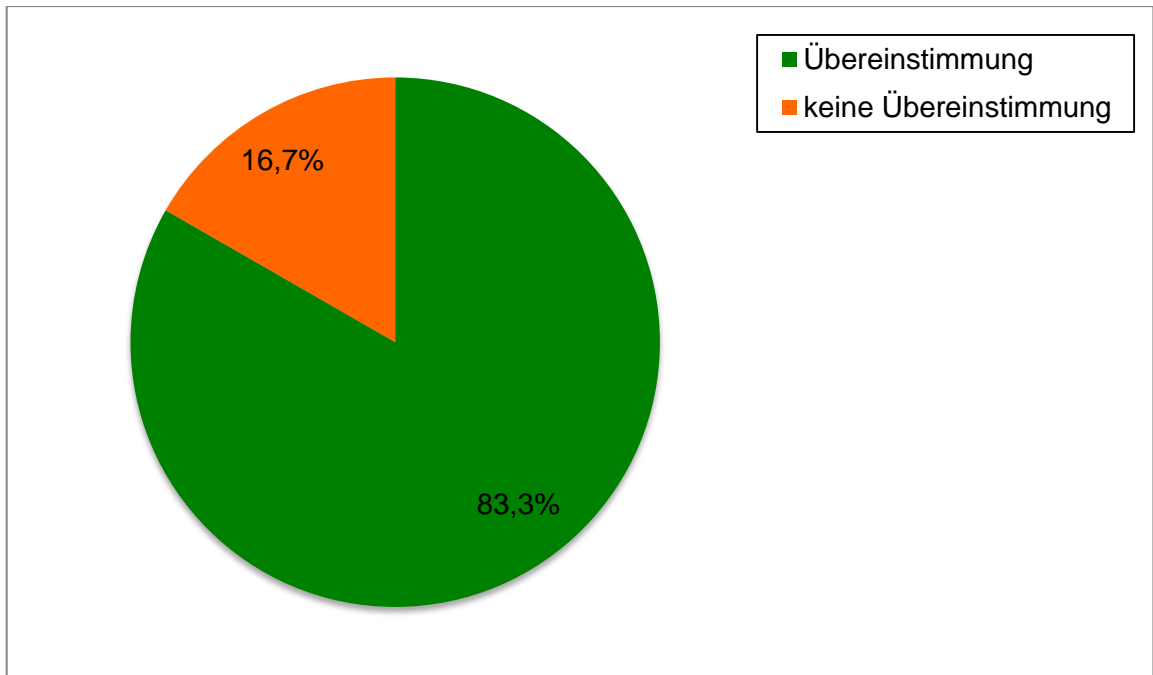


Abbildung 5.108: Übereinstimmung mit Fremddangaben bezüglich Straftatrückfälligkeit, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 54)

## 5.5 Auszüge aus dem Bundeszentralregister

In Deutschland ist die zentrale Erfassung und Registrierung von Straftaten durch das Bundeszentralregistergesetz (BZRG) geregelt. Das Bundeszentralregister wird vom Bundesamt für Justiz geführt und es sind dort von 6.3 Millionen Menschen insgesamt 15.3 Millionen Entscheidungen gespeichert ([http://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/BZR/BZR\\_\\_node.html](http://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/BZR/BZR__node.html), [Stand: 23.01.2012]). An jedem Arbeitstag werden laut Angaben auf der zitierten Seite dem Register ungefähr 10 000 Entscheidungen mitgeteilt. Andererseits werden ebenso täglich circa 40 000 Auskunftersuchen gestellt.

Für forensische Kliniken sind diese Auszüge eine wichtige Informationsquelle, die in der Regel zu Beginn einer Behandlung standardmäßig für jeden Patienten eingeholt werden. Es ist auch bei therapiemotivierten Patienten nicht selbstverständlich, dass dem Behandlungsteam zu Beginn alle Straftaten berichtet werden, was als Information und Grundlage für die Therapieplanung aber unabdingbar ist.

In der vorliegenden Studie wurde aus den ausführlich dargelegten Gründen ein Vorgehen gewählt, das durch direkten Kontakt zu entlassenen Patienten viel mehr und umfassendere Informationen zur Verfügung stellt als durch eine alleinige Abfrage des Bundeszentralregisters. Es wurde zu diesem Vorgehen kritisch angemerkt, dass die Angaben vermutlich nicht besonders glaubwürdig seien, weil die ehemaligen Patienten kein Interesse daran hätten, ihre Straffälligkeit zuzugeben. Insbesondere zum Abgleich der durch das vorliegende Vorgehen gewonnenen Informationen über delinquente Rückfälligkeit wurden BZR-Auszüge miteinbezogen. Diese sollen vor allem zum direkten Vergleich von Probandenangaben mit Einträgen im Register im selben Zeitraum verwendet werden. Gerade bei Patienten, die schon vor längeren Zeiträumen entlassen worden sind, als sie im Katamnesezeitraum vorgesehen sind, können zusätzliche Informationen über den weiteren zeitlichen Verlauf gewonnen werden. Somit soll nicht nur die Übereinstimmung zwischen eigenen Angaben von Probanden und BZR-Auszügen eingeschätzt werden, sondern eine umfassende Auswertung aller vorliegenden Auszüge vorgenommen werden.

Eine erste Abfrage des Bundeszentralregisters im Rahmen der Regensburger Katamnese studie wurde 2007 durchgeführt. Diese soll hier aber nicht weiter dargestellt werden, weil die aktuelle Abfrage mehr Probanden einschließt und die vorherige Abfrageergebnisse ersetzt. Die vereinbarungsgemäß im Oktober 2010 abgefragten Auszüge wurden vom Bundesamt für Justiz im September 2011 zur Verfügung gestellt und dann ausgewertet. Dabei wurden insgesamt 52 fehlerhafte Auszüge sowie Auszüge, auf denen überhaupt keine Einträge vorhanden waren, geliefert, welche im November

2011 erneut angefordert wurden. Diese ergänzende Anfrage konnte schließlich ab Dezember 2011 ausgewertet werden. Trotzdem konnte von einem Restanteil kein auswertbares Datenmaterial aus den Auszügen gewonnen werden.

#### **5.5.1 BZR-Auszüge ehemaliger § 63-Patienten**

Bei den ehemals nach § 63 StGB untergebrachten Patienten liegen Auszüge von 78 der 84 Probanden vor (92.9 %). 4 Probanden sind in der Zwischenzeit verstorben. Von Verstorbenen dürfen gesetzlich keine Auskünfte mehr erteilt werden. Von 2 Probanden liegen auch nach der zweiten Abfrage nur Auszüge vor, die überhaupt keine Einträge beinhalten, so dass davon auszugehen ist, dass sie fehlerhaft sind. Zumindest über den vormaligen Forensik-Aufenthalt sollten ansonsten Eintragungen zu finden sein.

Die allgemeine Rückfälligkeit über den durchschnittlichen Time-at-risk-Zeitraum von 65.4 Monaten (Standardabweichung 37.5 Monate; Median: 59.0 Monate) also knapp fünfeinhalb Jahre beträgt 33.3 %. Der kürzeste Zeitraum liegt dabei bei 14 Monaten, das Maximum bei 161 Monaten, also fast 13.5 Jahren. Drei Viertel der Auszüge wurden mehr als 32 Monate, also etwas mehr als 2.5 Jahre nach der Entlassung erstellt. 26 der 78 Probanden mit vorliegenden Angaben haben laut BZR-Auszug wieder eine Straftat begangen. Keines der bekannt gewordenen Rückfalldelikte ist dabei ein Sexualdelikt. Bei den Gewaltdelikten liegt kein Tötungsdelikt vor, aber 6 Körperverletzungsdelikte, was insgesamt 7.7 % bezogen auf die gesamte Stichprobe entspricht. Weiterhin sind kein Raub und keine Brandstiftung bekannt geworden. Am häufigsten waren mit Eigentumsdelikten (17.9 %; n = 4) und Verkehrsdelikten (12.8 %; n = 10) weniger schwerwiegende Delikte zu verzeichnen.

Tabelle 5.98: Deliktart der erneut Straffälligen im Bundeszentralregister, Mehrfachnennungen möglich, § 63 StGB-Patienten (n = 26)

Delikt	
<b>Tötung</b>	0
<b>Körperverletzung</b>	6
<b>Sexualdelikt</b>	0
<b>Raub/räuberische Erpressung</b>	0
<b>Betrug/Diebstahl</b>	14
<b>Brandstiftung</b>	0
<b>BtMG-Verstoß</b>	2
<b>Verkehrsdelikt</b>	10
<b>Weisungsverstoß</b>	1
<b>Sonstige Delikte</b>	13

Unter sonstige Delikte werden diejenigen subsummiert, die nicht in den explizit genannten Abschnitten des Strafgesetzbuches aufgeführt werden. Es handelt sich konkret um Delikte wie Beleidigungen, falsche Verdächtigungen, Missbrauch von Notrufen, Hausfriedensbruch, Sachbeschädigungen, Verstöße gegen das Waffengesetz u. ä. m.

Weiterhin wurden die Auszüge danach ausgewertet, was das jeweils schwerwiegendste Delikt der Probanden war, die wieder rückfällig geworden waren. Es handelt sich dabei folglich bei den sechs Körperverletzern auch jeweils um die Körperverletzung als gravierendstes Delikt. Bei 11 Probanden wird ein Betrugs- oder Diebstahlsdelikt als die gravierendste Rückfallstraftat bewertet, bei 4 sind es Verkehrsdelikte und bei weiteren 4 sonstige Delikte wie oben. Bei einem Probanden ist ein Verstoß gegen das BtMG das schwerwiegendste Delikt.

Bei zwei dieser 26 Probanden wurde das strafrechtliche Verfahren eingestellt, es wurde keine Sanktion verhängt. Einem Probanden wurde der Führerschein entzogen, 11 wurden mit einer Geldstrafe belegt. Insgesamt 12 Probanden erhielten Freiheitsstrafen, die jedoch bei einer Hälfte zur Bewährung ausgesetzt wurden, bei der anderen Hälfte wurden sie direkt vollstreckt.

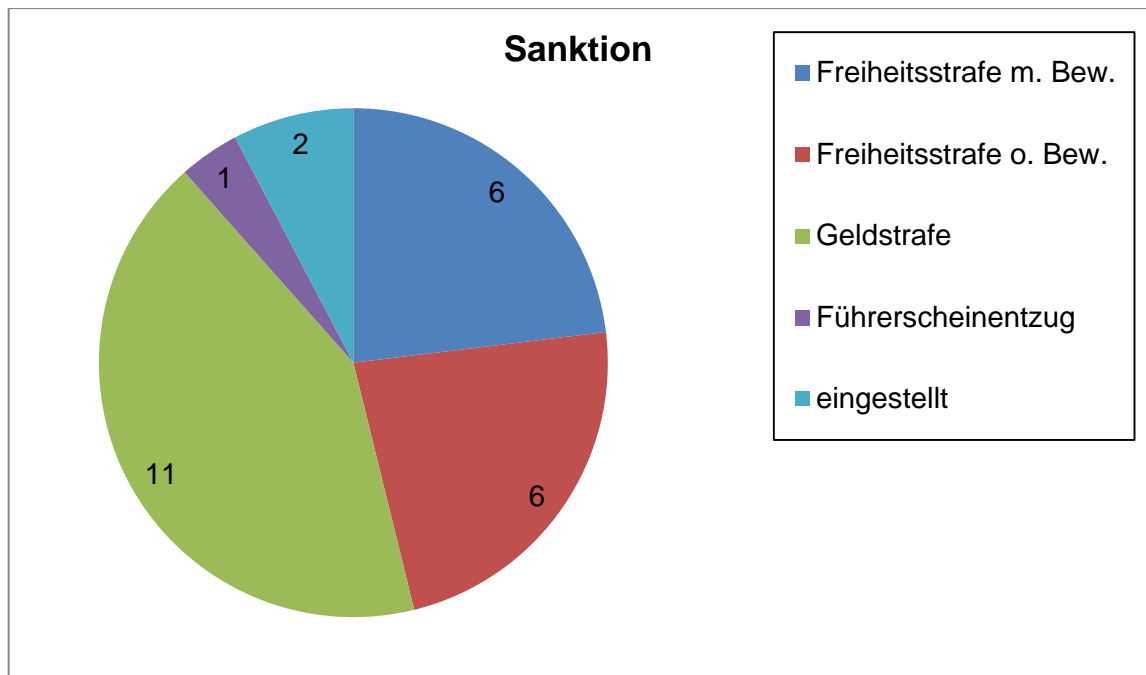


Abbildung 5.109: Verhängte Sanktionen nach erneuten Straftaten aus dem BZR, § 63 StGB-Patienten (n = 26)

Die Straftaten wurden in Bezug auf die jeweilige Entlassung zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten verübt. So wurde ein Delikt bereits ein Monat nach der Entlassung begangen. Dabei handelt es sich um ein Eigentumsdelikt. Im vorliegenden Beobachtungszeitraum war die längste Dauer, die bis zu einem erneuten Delikt verstrichen war, 74 Monate, also etwas mehr als 6 Jahre. Die bekannt gewordenen Körperverletzungsdelikte wurden in der Stichprobe frühestens nach knapp 2 Jahren (22 Monate) verübt, hatten also einen deutlich längeren Vorlauf. 23 (88.5 %) der 26 erneut Straffälligen haben die erste Straftat in den ersten dreieinhalb Jahren nach Entlassung begangen. Der Median liegt bei 26.5 Monate, also etwas mehr als 2 Jahre, das arithmetische Mittel bei 28.38 Monaten (Standardabweichung: 16.76).

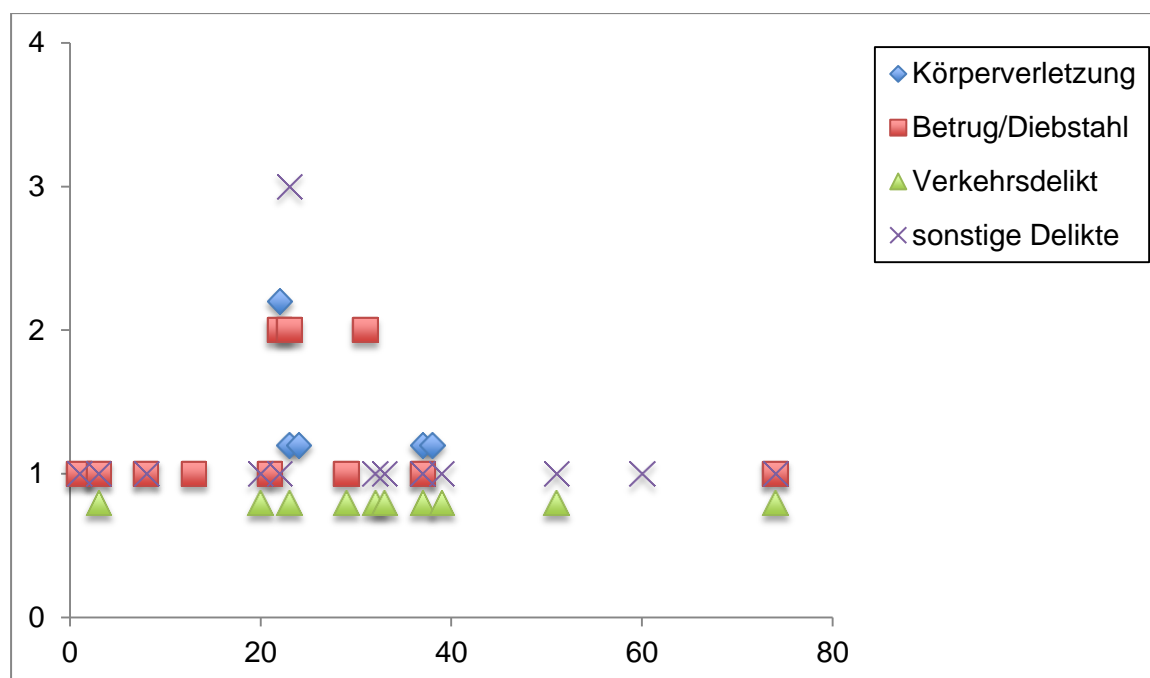


Abbildung 5.110: Zeitpunkt der ersten Straftat – BZR, § 63 StGB-Patienten (n = 26), Mehrfachnennungen möglich

Wenn diejenigen Probanden betrachtet werden, die laut BZR bisher ohne Straftat geblieben sind, ergibt sich ein Mittelwert von 60.6 Monaten, also 5 Jahre ohne Straftat (Standardabweichung 36.6 Monate; Median 51.0 Monate); der längste Zeitraum ohne Straftat beträgt 161 Monate.



### 5.5.2 Übereinstimmung der Probandenangaben von § 63-Patienten mit BZR-Auszügen

Das Studiendesign vorliegender Untersuchung wurde so gewählt, dass vor allem die Probanden selbst zu verschiedenen Aspekten befragt werden, weil davon ausgegangen wird, dass so ein sehr viel differenziertes Bild vom poststationären Verlauf gezeichnet werden kann als bei einer ausschließlichen Auswertung von Registerauszügen. Zudem erfüllt die Untersuchung zum einen wissenschaftliche Zwecke, ist zum anderen aber auch ein zentraler Bestandteil des klinikinternen Qualitätsmanagements, innerhalb dessen, außer der globalen Rückmeldung, Mitarbeitern auch eine auf Patienten individualisierte Rückmeldung gegeben werden soll. Dies ist differenzierter und individualisierter möglich, da dabei verschiedene Informationen einfließen, die in einem Gespräch gewonnen werden konnten.

Dieses Vorgehen ist dafür aber sehr aufwändig und erfordert mehr Personalressourcen als eine BZR-Abfrage alleine. Von der Klinikleitung wurden diese Erfordernisse aufgrund der deutlichen Vorteile bewusst in Kauf genommen. Eine teilweise geäußerte Kritik an diesem Vorgehen ist die zweifelhafte Glaubwürdigkeit von ehemaligen Maßregelvollzugs-Patienten. Es wird dabei angeführt, dass erneut Rückfällige kaum einen Anlass haben, wahrheitsgemäß über ihre Straftaten zu berichten. Andererseits besteht für sie aber kaum ein Grund, begangene Straftaten zu verschweigen. Ein Ansatz, diese Angaben zu überprüfen, ist außer der Übereinstimmung mit den bereits dargestellten Bewährungshelferangaben auch der Abgleich mit den vorliegenden BZR-Auszügen.

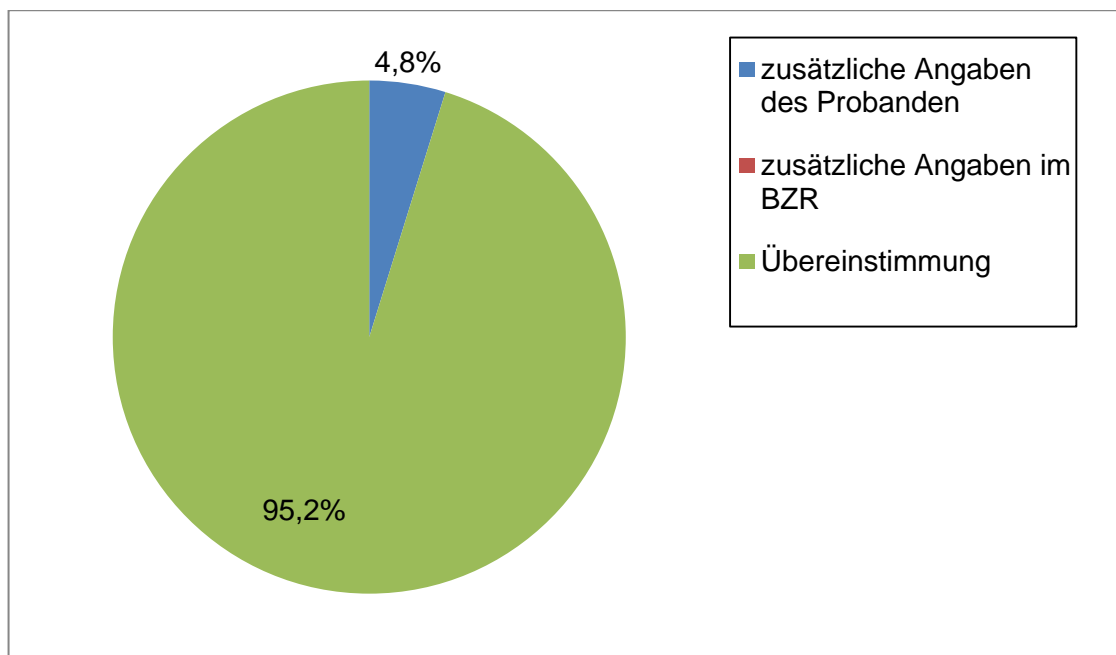


Abbildung 5.111: Übereinstimmung der Probandenangaben mit BZR-Auszügen, § 63 StGB-Patienten (n = 62)

Für vorliegende Stichprobe zeigt sich, dass die Validität der Probandenangaben sehr hoch ist. Mit 95.2 % (n = 59) werden die Angaben überwiegend sehr wahrheitsgemäß gemacht. Zudem wird bei den abweichenden Angaben deutlich, dass Probanden häufig sogar Angaben machen, die nicht aktenkundig sind, weil sie nicht bekannt geworden sind oder aus verschiedenen Gründen nicht eintragungspflichtig sind oder fehlerhaft nicht eingetragen wurden. In der § 63-Stichprobe kommt nur diese Art der Abweichung vor. Es können keine zusätzlichen Angaben aus dem BZR gewonnen werden. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass nicht – wie häufig – Daten, die aus BZR-Auszügen gewonnen werden als objektiv betrachtet werden. Es bestehen dabei viele Fehlermöglichkeiten. Andererseits bringen die sonst häufig als weniger objektiv erachteten Selbstangaben Zusatzinformationen, die anderweitig nicht berücksichtigt werden könnten.

Drei Jahre nach der Entlassung liegen weniger Daten und deshalb auch weniger Übereinstimmungsangaben vor. Es können die Auswertungen von 30 Probanden betrachtet werden. Auch diese Ergebnisse lassen aber diesbezüglich eine deutlich positive Tendenz erkennen. Die Übereinstimmungsquote ist mit 80.0 % zwar niedriger, dies aber zugunsten von Angaben, die Probanden zusätzlich zu Angaben aus dem BZR machen. Dies trifft bei 5 Probanden (16.7 %) zu. Lediglich ein Proband verheimlicht eine Straftat (3.3 %).

### **5.5.3 Weitere Prädiktoren bei § 63-Patienten**

Unter der Auswertung der Selbstangaben von Probanden wurden bereits Aspekte dargestellt, die einen prädiktiven Einfluss auf die Begehung von Straftaten nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug haben. Zusätzlich wurde für alle Faktoren der Zusammenhang zu erneuten Straftaten untersucht, wie sie den BZR-Auszügen zu entnehmen sind. Insgesamt zeigen sich weitgehend übereinstimmende Ergebnisse zu den bereits dargestellten, weshalb in der Folge die abweichenden Ergebnisse dargestellt werden sollen und solche, die hier signifikante Zusammenhänge erbringen.

Es zeigen sich deutlichere Tendenzen für verschiedene Anlassdelikte. Keiner der 9 Probanden aus der Gesamtstichprobe, die infolge eines Tötungsdeliktes untergebracht waren, hat laut BZR-Auszug in der Zwischenzeit eine neue Straftat begangen, unabhängig von der Art des jeweiligen Deliktes. Deutliche Tendenzen eines schlechteren Outcomes zeigen sich bei Raub-, Diebstahls- und Betrugsdelikten.

Ein signifikantes Ergebnis zeigt sich in dieser Auswertung bei der Weisung, eine ambulante Nachsorgemaßnahme in Anspruch zu nehmen. In den deutlich weniger Fällen, in denen dies nicht angeordnet wird, wird mit 6 Probanden die Hälfte wieder

straffällig. Von den 65 Probanden mit dieser Weisung werden dagegen nur 12.3 % (n = 8) straffällig. Dieses Ergebnis ist signifikant (9.7\*\*; df: 1).

Ein weiteres signifikantes Ergebnis zeigt sich in dieser Stichprobe für die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. Während bei den gesetzlich Betreuten nur jeder Zehnte wieder eine Straftat begeht (10.4 %; n = 5), ist mehr als jeder Vierte bei den Nicht-Betreuten straffällig (28.6 %; n = 8; 4.1\*; df: 1).

Schließlich zeigen sich noch sehr deutliche Tendenzen, dass Vorbestrafte eine deutlich höhere Rückfallrate aufweisen (23.2 % vs. 7.1 %), die Teilgruppe der vormaligen Körperverletzer eine niedrigere (12.0 % vs. 32.3 %), beides aber nicht signifikant.

*Tabelle 5.99: Wichtige Prädiktorvariablen für die Legalbewährung auf Grundlage der BZR-Auszüge, § 63 StGB-Patienten (n = 63)*

	<b>Legalbewährung nach einem Jahr</b>
<b>Anlassdelikt</b>	keine Straftaten bei Tätern mit Tötungsdelikt als Anlassdelikt viele Straftaten bei Tätern mit Raub/räuberische Erpressung und Betrug oder Diebstahl als Anlassdelikt
<b>Weisungen</b>	<b>häufiger Straftaten, wenn keine ambulante Nachsorge als Weisung**</b>
<b>Betreuer</b>	<b>weniger Straftaten bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung*</b>
<b>Vorstrafen</b>	Vorliegen von Vorstrafen → mehr Rückfalldelikte Vor-Delinquenz: Körperverletzung → weniger Rückfall-Delinquenten

#### **5.5.4 BZR-Auszüge bedingt entlassener § 64-Patienten**

Von den 338 Probanden, die bei den bedingt Entlassenen ins Studiendesign eingeschlossen wurden, konnten 318 (94.1 %) Auszüge abgefragt und ausgewertet werden. 6 Probanden sind in der Zwischenzeit (1.8 %) verstorben, so dass keine Auskünfte mehr erteilt werden dürfen. Von 3 (0.9 %) Probanden liegen fehlerhafte Auszüge vor, d. h. dass diese Auszüge offensichtlich nicht richtig sein können, von weiteren 11 Probanden (3.3 %) fehlen die Auszüge komplett.

Die ausgewerteten Auszüge umfassen einen durchschnittlichen Zeitraum von 63.4 Monaten (Standardabweichung 34.8 Monate; Median: 60.5 Monate), also auch in dieser Stichprobe etwas mehr als 5 Jahre. Der kürzeste Zeitraum liegt dabei bei 8 Monaten, das Maximum bei 145 Monaten, also mehr als 12 Jahren. Drei Viertel der Auszüge wurden mehr als 33 Monate, also 2 drei Viertel Jahre nach der Entlassung erstellt.

In der berücksichtigten Zeit sind nach den vorliegenden Angaben 136 (42.8 %) der 318 Probanden wieder straffällig geworden, 182 (57.2 %) konnten dies vermeiden. 8.6 % (n = 29) der in die Stichprobe eingeschlossenen Probanden haben ein schwerwiegendes Delikt – eine Körperverletzung oder ein Sexualdelikt oder bei einem eine Kombination aus beidem – begangen. Auch bei den 4 Raubdelikten – 3 Nennungen davon finden sich auch schon unter den Körperverletzern – kann eine deutliche Gewaltkomponente eine Rolle spielen. Den deutlich größten Anteil machen auch in dieser Gruppe die Eigentumsdelikte (Betrug und Diebstahl) mit 60 (17.8 %) Nennungen aus. Bei 51 von diesen stellt das Eigentumsdelikt zugleich das schwerwiegendste Delikt dar. Ebenfalls recht häufig (8.3 %; n = 28) ist der angegebene Verstoß gegen das Betäubungsmittel-Gesetz die schwerwiegendste Straftat. Verkehrsdelikte wurden 36 mal registriert, 15 mal (4.4 %) handelte es sich dabei um das gravierendste Delikt. Strafbewährte Weisungsverstöße – teilweise unter anderem – führten bei 7 Probanden zum ersten Eintrag im Register nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug, bei einem war dies auch zugleich das schwerwiegendste Delikt seit der Entlassung. Mit 58 verbleiben noch sehr viele sonstige Delikte, die nicht zu oben genannten gehören. Diese werden jedoch häufig gleichzeitig zu bereits anders kategorisierten Taten begangen. Es finden sich dabei häufig Verstöße gegen das Waffengesetz oder auch vorsätzliche Vollräusche. Gerade bei diesen wird das dabei begangene Delikt in den expliziten Kategorien berücksichtigt.

*Tabelle 5.100:* Deliktart der erneut Straffälligen im Bundeszentralregister, Mehrfachnennungen möglich, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 136)

<b>Delikt</b>	
<b>Tötung</b>	0
<b>Körperverletzung</b>	27
<b>Sexualdelikt</b>	3
<b>Raub/räuberische Erpressung</b>	4
<b>Betrug/Diebstahl</b>	60
<b>Brandstiftung</b>	0
<b>BtMG-Verstoß</b>	43
<b>Verkehrsdelikt</b>	36
<b>Weisungsverstoß</b>	7
<b>Sonstige Delikte</b>	58

Unter den 136 Probanden mit erneuten Eintragungen im Registerauszug findet sich lediglich einer, der für sein Delikt nicht bestraft wurde. Am häufigsten wurde fast in der Hälfte der Fälle (n = 61) mit einer Geldstrafe eine geringfügige Sanktion gewählt, was in der Regel auch ein Maß für weniger schwerwiegende Straftaten ist. Bei 74 Probanden wurde eine Freiheitsstrafe verhängt, die aber bei 42 zur Bewährung ausgesetzt wurde, 32 wurden tatsächlich inhaftiert.

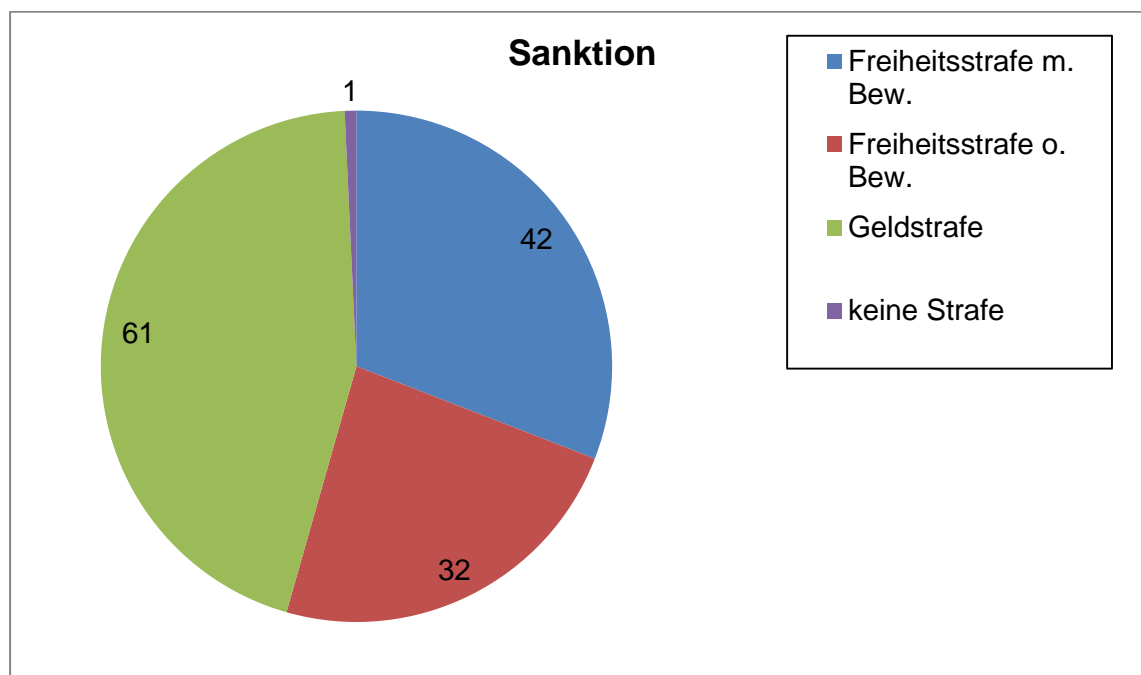


Abbildung 5.112: Verhängte Sanktionen nach erneuten Straftaten aus dem BZR, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 136)

Geringfügige Unterschiede bezüglich des Zeitpunktes der ersten Straftaten nach der Entlassung lassen sich je nach Delikt feststellen. So können die ersten Körperverletzungsdelikte 4 Monate nach der Entlassung beobachtet werden, die drei Sexualdelikte treten 6 Monate, 12 Monate und 19 Monate nach der Entlassung auf. Am spätesten werden Raubdelikte beobachtet, die in vorliegender Stichprobe zuerst nach 24 Monaten berichtet werden, am frühesten Betrugs- und Diebstahlsdelikte sowie Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz bereits im ersten Monat in Freiheit.

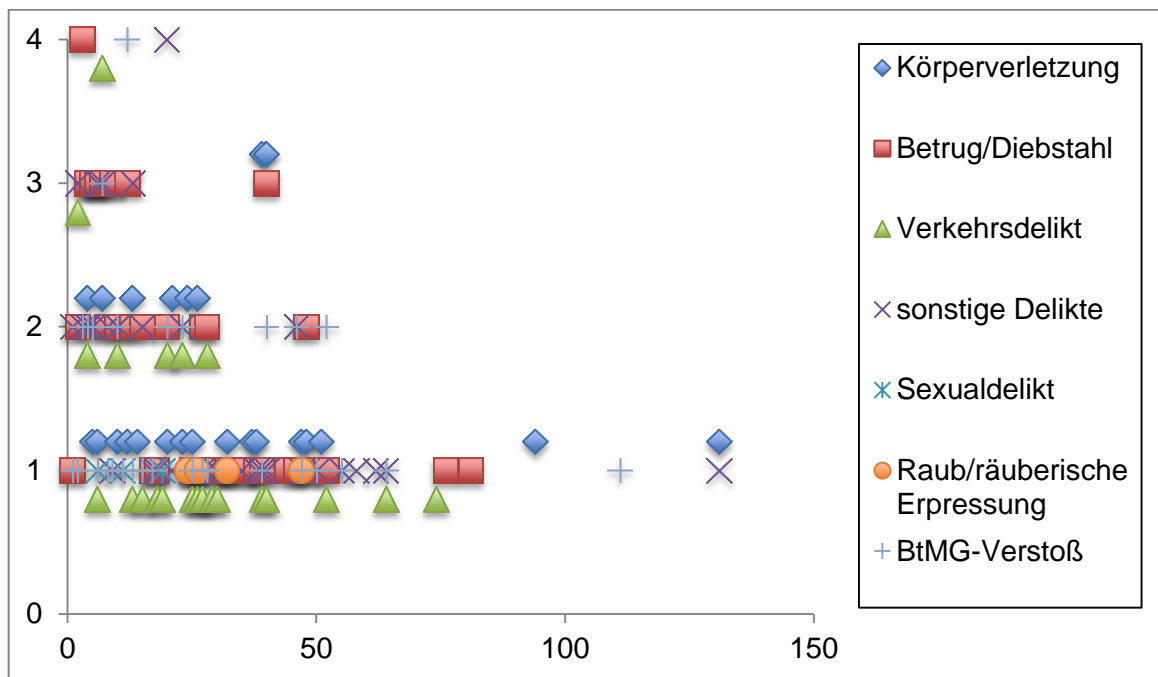


Abbildung 5.113: Zeitpunkt der ersten Straftat – BZR, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 136), Mehrfachnennungen möglich

Die Probanden, die bis zum abgefragten BZR-Auszug nicht strafrechtlich in Erscheinung traten, sind durchschnittlich 54.2 Monate also viereinhalb Jahre (Standardabweichung 34.9 Monate; Median 47.0 Monate) ohne Straftat geblieben. Der längst straftatfreie Zeitraum liegt bei über 11 Jahren (134 Monate).

### 5.5.5 Übereinstimmung von Angaben bedingt entlassener § 64-Patienten mit BZR-Auszügen

Auch für diese Stichprobe wird die Übereinstimmung der Angaben, die durch die direkten Befragungen gewonnen wurden, mit den jeweiligen Eintragungen im Bundeszentralregister verglichen. Aus verschiedenen Gründen kann nicht bei jedem Probanden der Stichprobe ein Vergleich mit dem Registerauszug stattfinden. Wie bereits beschrieben, liegen für einige Probanden keine auswertbaren Auszüge vor, z. B. bei den 6 inzwischen Verstorbenen oder auch bei 3 mit fehlerhaften Auszügen. Bei einem kleinen Teil schließlich fand die Katamnesebefragung erst nach der Anfrage der Registerauszüge statt, so dass bei diesen keine Anforderung mehr stattfinden konnte. Und es gibt von Probanden Auszüge, von denen wiederum keine eigenen Angaben vorliegen, weil z. B. aus organisatorischen Gründen nur der Bewährungshelfer befragt wurde. Bei 31 Probanden, die ihre Aussage komplett oder ausschließlich zu dieser Fragestellung verweigerten, wurde überprüft, ob laut dem BZR-Auszug wieder Straftaten begangen wurden oder nicht. Somit kann eine Schätzung abgegeben werden, ob die Verweigerungshaltung der Verdeckung einer Straftat dient. Dies trifft dieser Schätzung zufolge für 6 (19,3 %) der 31 Probanden zu. Bei den anderen 26 Probanden wurden im ersten Jahr nach der Entlassung keine Straftaten aktenkundig.

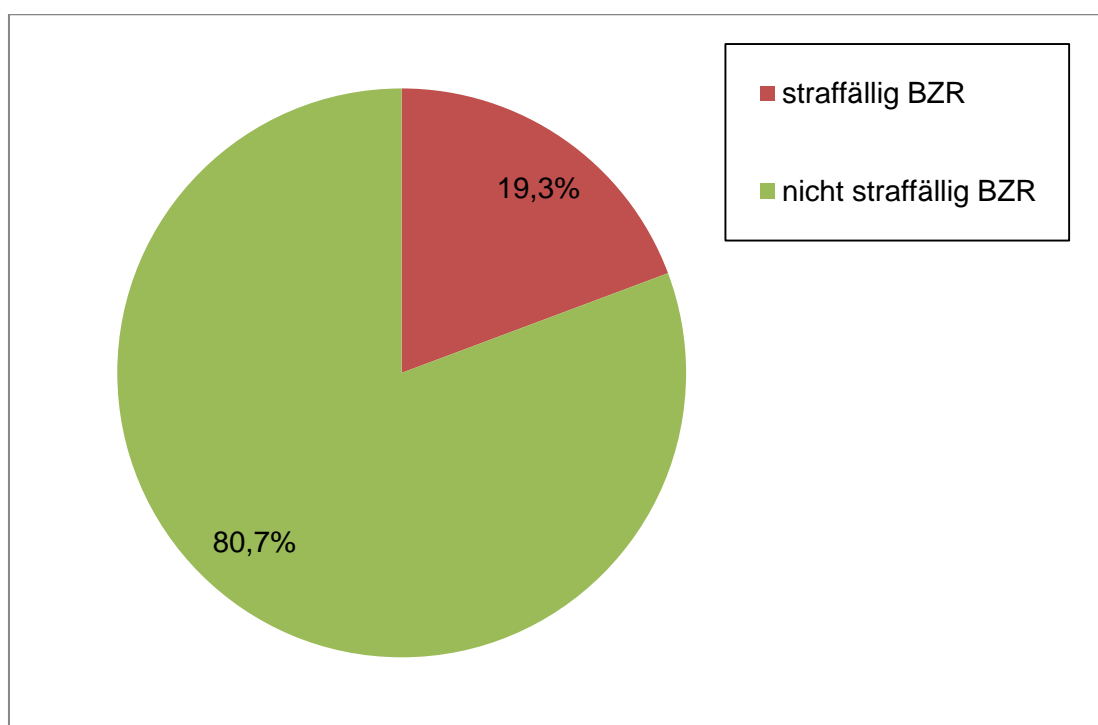


Abbildung 5.114: BZR-Auszüge von Antwort- oder Teilnahmeverweigerern, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 31)



Für diejenigen Probanden, für die eine Übereinstimmungsschätzung zulässig ist, weil sowohl Selbstangaben als auch verwertbare BZR-Auszüge vorliegen, zeigt sich auch hier eine recht hohe Validität von 92,0 % (n = 208). Die weiteren 8,0 % (n = 18) teilen sich hälftig in solche auf, die laut BZR-Angaben tatsächlich gegenüber Interviewern Straftaten verschwiegen haben, aber auch in solche, die sogar zusätzliche Angaben machten von nicht oder noch nicht aktenkundigen Delikten.

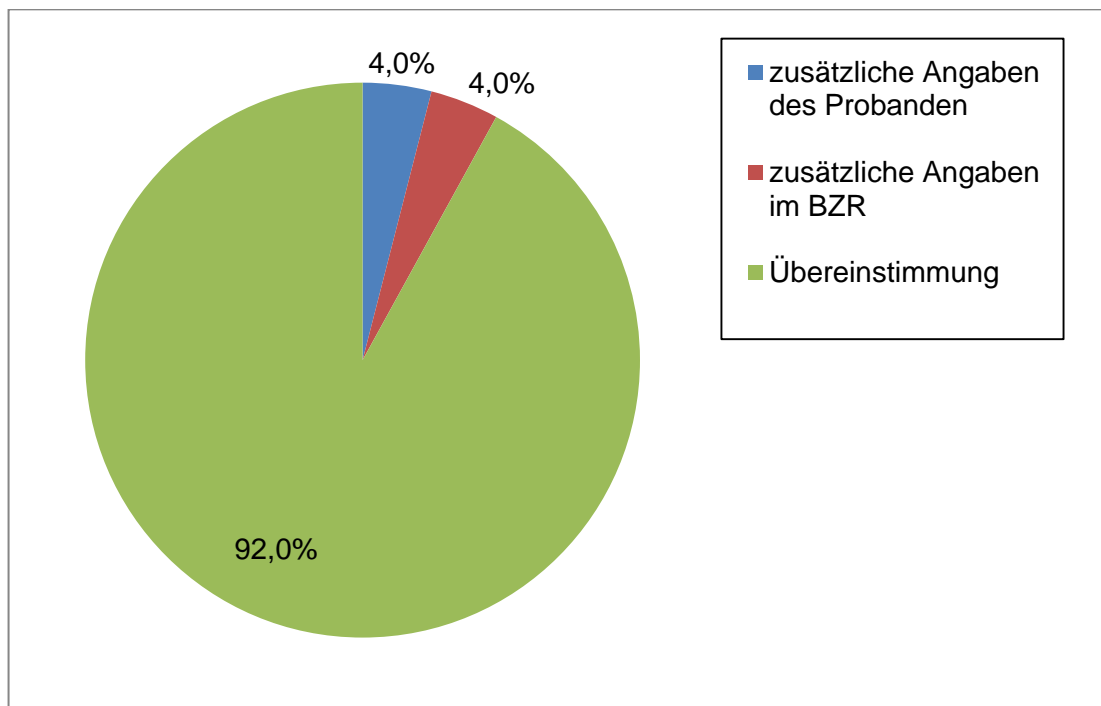


Abbildung 5.115: Übereinstimmung der Probandenangaben mit BZR-Auszügen, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 226)

Diese hohe Übereinstimmung weist erneut darauf hin, dass Probanden insgesamt sehr ehrliche Angaben machen. Auch die Tatsache, dass bei den Antwortverweigerern ein großer Teil nicht zur Verdeckung begangener Straftaten schweigt, spricht dafür.

### 5.5.6 Weitere Prädiktoren bei bedingt entlassenen § 64-Patienten

Auch in diesem Abschnitt sollen Prädiktorvariablen dargestellt werden, die sich von denen unterscheiden, die in Bezug auf die nach einem Jahr selbst berichteten Delikte bereits dargestellt wurden oder die in dieser Auswertung ein höheres Signifikanzniveau erreichen.

Im Gegensatz zur Untersuchung der selbst berichteten Delikte nach einem Jahr kann hier kein Zusammenhang zum Geschlecht festgestellt werden. Die Rückfälligkeit ist bei Männern und Frauen nahezu gleich groß (42.9 % und 42.1 %).

Für die verschiedenen Anlassdelikte zeigen sich keine signifikanten Unterschiede; alle Sexualdelinquenten sind in der Zwischenzeit nicht mehr aktenkundig straffällig geworden.

Bezogen auf die Weisungen zeigt sich auch in der § 64-Stichprobe, dass die insgesamt wenigen Probanden, die nicht dazu angewiesen werden, an einer ambulanten Nachsorge teilzunehmen, ein deutlich höheres Risiko haben, wieder straffällig zu werden (64.0 % vs. 40.1 %). Dieses Ergebnis ist signifikant (5.4\*; df: 1). Verpflichtete Teilnehmer an einer Selbsthilfegruppe dagegen haben ein signifikant erhöhtes Risiko (56.5 % vs. 39.7 %; 4.5\*; df: 1). Wie bereits dargestellt können dabei zwei Ursachen eine Rolle spielen. Möglicherweise kann von einer Selbsthilfegruppe tatsächlich ein negativer Einfluss ausgehen, beispielsweise wenn diese als Kontaktmöglichkeit für Straftäter missbraucht wird. Ein anderer Grund könnte dabei aber auch sein, dass es sich um eine Negativ-Selektion dabei handelt, wem diese Weisung erteilt wird.

Ein signifikanter Unterschied ergibt sich, je nachdem, ob Therapieabbrüche früherer stationärer Behandlungen oder von Maßregelvollzugsaufenthalten vorbeschrieben sind. 37.0 % der Probanden, bei den keine Abbrüche bekannt sind, werden wieder straffällig gegenüber 50.0 % bzw. 66.7 % bei einem oder mehreren Abbrüchen (6.6\*; df: 2).

Anders als bei den Prädiktoren für die selbst berichtete Straffälligkeit nach einem Jahr zeigen sich keine Unterschiede zwischen Probanden, die bereits vorbestraft sind und solchen ohne Vorstrafen (42.7 % und 43.3 %). Die Gruppe der Nicht-Vorbestraften ist dabei aber auch deutlich kleiner als die der Vorbestraften. Bei der Unterscheidung der Gruppen je nach Alter bei der ersten Straftat ergibt sich ein signifikantes Ergebnis (10.5\*; df: 4; 2 Zellen (20.0 %) mit erwarteter Häufigkeit < 5). Wenn dies im Alter bis zu 20 Jahren passierte, ist der Anteil derer, die wieder aktenkundig straffällig geworden sind, höher (48.1 % und 52.5 % vs. 33.0 % und 40.9 %).

Die bisher während der ganzen Lebenszeit verbrachte Zeit in Haft, die einen Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit nehmen sollte, ergibt etwas deutlichere

Tendenzen, wenn sie mit den im BZR eingetragenen Straftaten in Bezug gesetzt wird. Insgesamt liegt der Anteil der so wieder straffällig gewordenen niedriger, wenn die bisherige Hafterfahrung maximal zwei Jahre beträgt. Danach steigt der Anteil an und ist am höchsten in der kleinen Gruppe der stark „Knast-“Sozialisierten mit über 8 Jahren, die sie bisher in Haft verbracht haben (71.4 %). Diese Unterschiede sind in der vorliegenden Stichprobe nicht signifikant.

Auch in dieser Betrachtung zeigt sich ein etwas erhöhter Anteil von wieder Straffälligen bei Probanden, die in ehemaligen GUS-Staaten geboren wurden. Anders als bei der weiter oben gewählten Auswertung ist hier aber der Geburtsort Deutschland noch ungünstiger (45.5 % vs. 42.9 %). Alle anderen Herkunftsländer erweisen sich als günstiger.

Wie bei der bereits dargestellten Auswertung nach den Selbstangaben scheinen die Angaben von Scheidung/Trennung, Delinquenz und Gewalttätigkeit eher prognostisch günstig zu sein. Die Angabe einer Suchterkrankung wichtiger Bezugspersonen erreicht dabei sogar ein höheres Signifikanzniveau (2.9 % vs. 30.4 %; 9.7\*\*; df: 1; 0 Zellen (0.0 %) mit erwarteter Häufigkeit < 5). Dieses Ergebnis zeigt sich nur in der Gruppe der bedingt Entlassenen. Bei den Therapieabbrechern dagegen zeigt sich das erwartungskonforme Ergebnis, dass jeder angegebene Belastungsfaktor die Prognose verschlechtert. Ein Hinweis, der dafür sprechen könnte, dass tatsächlich die erfolgreiche Identifikation und daran anschließende Behandlung für den Effekt verantwortlich sein könnte.

Obwohl die Zellenbesetzungen bei den Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend niedrig sind ergeben sich für Alkoholmissbrauch und für Drogen- und Medikamentenmissbrauch auch wieder erstaunlicherweise prognostisch günstige Zusammenhänge (6.3 % vs. 30.8 % und 3.8 % vs. 29.0 %; 6.0\*; df: 1 und 6.2\*; df: 1 bei jeweils 25.0 % (1) mit erwarteten Häufigkeiten kleiner 5). Wie bei den Belastungen zeigt sich bei den Therapieabbrechern auch bei den Auffälligkeiten ein davon abweichendes Ergebnis.

Ein weiterer signifikanter Unterschied lässt sich bezüglich des Familienstandes feststellen (11.3\*; df: 4); 2 Zellen (20.0 %) mit erwarteten Häufigkeiten < 5). Am besten schneiden dabei die Verheirateten ab, von denen nur 30.4 % (n = 17) laut BZR-Auszug erneut Straftaten begehen. Die Geschiedenen/Getrennt Lebenden und die Alleinstehenden haben miteinander vergleichbare Quoten von 37.3 % (n = 19) bzw. 39.6 % (n = 36). Besonders schlecht entwickelt sich dagegen die Situation derjenigen Probanden, die angeben, in einer festen Partnerschaft bzw. eheähnlichen Gemeinschaft zu leben. Hier wird schließlich mehr als die Hälfte erneut straffällig (53.4 %; n = 63).

Bei den Therapieverlaufsvariablen zeigt sich besonders der ungünstige Effekt von Suchtmittelrückfällen während der Therapie. Wenn während der Therapie höchstens

ein Rückfall vermerkt wurde, wurden nur in einem Drittel der Fälle laut BZR-Auszug im Beobachtungszeitraum wieder Straftaten begangen (33.3 % und 32.1 %). Dieser Anteil steigt auf zwei Drittel bei Probanden, die zwischen 2 und 6 Rückfällen während ihrer Behandlung in der Forensik hatten (66.7 % und 62.7 %). In der kleinen Gruppe der 7 Probanden, die noch mehr Rückfälle hatten, begeht jeder in der Zwischenzeit mindestens eine neue Straftat (100.0 %). Dieses Ergebnis erweist sich als hoch signifikant (34.1\*\*\*; df: 4; 2 Zellen (20.0 %) mit erwarteter Häufigkeit < 5).

Auch die durch Behandler subsumierten Behandlungsprobleme weisen eine signifikant ungünstige Vorhersagekraft auf (56.3 % vs. 36.8 %; 9.2\*\*; df: 1; 0 (0.0 %) mit erwarteter Häufigkeit < 5).

Die Einschätzungen durch Therapeuten, aber auch der Probanden selbst zeigen ebenfalls eine deutliche prädiktive Vorhersagekraft. Sowohl bei der Einschätzung des Sozialverhaltens und der Veränderung einer weiteren Diagnose neben einer Suchterkrankung, falls so eine zusätzlich festgestellt wurde, zeigen sich jeweils deutliche Tendenzen. Am deutlichsten ist dieses Ergebnis bei der Einschätzung einer Veränderung der Suchterkrankung. Lediglich bei einem Probanden wurde hier die Einschätzung getroffen, dass überhaupt keine Verbesserung erzielt werden konnte. Dieser Proband wurde in der Zwischenzeit wieder straffällig. Es überrascht nicht, dass diese Einschätzung so gut wie nie vorkommt, weil eine Verbesserung in diesem Bereich die wichtigste Bedingung für eine bedingte Entlassung darstellt. Wenn vom Behandlungsteam nun die Einschätzung getroffen wurde, dass eine sehr gute Verbesserung erzielt werden konnte, schafften es fast zwei Drittel, keine Straftat im beobachteten Zeitraum zu begehen (61.8 %; n = 155). Wenn dagegen nur eine mäßige Verbesserung beschrieben wurde, wird es von weniger als der Hälfte erreicht (42.4 %). Der Chi-Quadrat-Wert kann mit 8.7\* berechnet werden, wobei 2 Zellen (33.3 %; Einschätzung „keine Verbesserung“) eine erwartete Häufigkeit von kleiner als 5 haben.

Die Probanden gaben auch eine Gesamtbewertung der Behandlung in der Forensik im Schulnotensystem ab, nachdem sie einzelne Bausteine eingeschätzt haben. Wenn die Therapie mit „sehr gut“ bewertet wurde, wird nur ein Viertel wieder straffällig (26.9 %; n = 14), bei „mangelhaft“ fast drei Viertel (71.4 %; n = 5). Dieses Ergebnis ist signifikant (10.7\*; df: 4; 2 Zellen (20.0 %) mit erwarteten Häufigkeiten < 5).

Tabelle 5.101: Wichtige Prädiktorvariablen für die Legalbewährung nach Angaben im BZR, bedingt entlassene § 64 StGB-Patienten (n = 318)

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Geschlecht</b>	kein Unterschied
<b>Anlassdelikt</b>	kein Rückfalldelikt bei Sexualdelikten (n = 8); n. S.
<b>Zeit in der JVA vor Therapiebeginn</b>	kein signifikanter Unterschied
<b>Weisungen</b>	<b>ambulante Nachsorge ist prädiktiv günstig*</b> <b>Selbsthilfegruppe prädiktiv ungünstig*</b>
<b>stationäre Vorbehandlungen</b>	<b>je mehr Therapieabbrüche, desto häufiger Rückfall-delinquenz*</b>
<b>Vorstrafen</b>	kein Unterschied zwischen Probanden mit und ohne Vorstrafen
<b>Delinquenzbeginn</b>	<b>signifikant höhere Rückfallraten bei 1. Straftat vor 20 Jahren*</b>
<b>Hafterfahrung</b>	niedrigere Rückfälligkeit bei einer Hafterfahrung bis einschließlich 2 Jahre
<b>Herkunftsland</b>	<b>Deutschland</b> und ehemalige GUS-Staaten eher ungünstig für weitere Straftaten
<b>Belastungen in Kindheit und Jugend</b>	Scheidung/Trennung, <b>Sucht**</b> , Delinquenz und Gewalttätigkeit im Einzelnen sind prognostisch günstig (aber nicht bei Therapieabbrechern)
<b>Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend</b>	<b>Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch sind prognostisch günstig *</b> (bei Therapieabbrechern nur Alkoholmissbrauch)

	Legalbewährung nach einem Jahr
<b>Familienstand</b>	<b>weniger Rückfälle bei Verheirateten, Geschiedenen und Alleinstehenden, mehr Rückfälle bei festen Partnerschaften*</b>
<b>Therapieverlaufsvariablen</b>	Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten → häufiger Rückfalldelinquenz <b>besondere Behandlungsprobleme → häufiger Rückfalldelinquenz**</b> <b>je mehr Suchtrückfälle im Behandlungsverlauf, desto häufiger Rückfalldelikte im BZR***</b>
<b>Behandlungsergebnis</b>	Verbesserungen der Suchterkrankung, des Sozialverhaltens oder einer zweiten psychischen Erkrankung sind prognostisch günstig
<b>Therapiebewertung</b>	<b>Je besser Probanden die Therapie in der Forensik beurteilen, desto weniger Rückfalldelinquenz*</b>

### 5.5.7 BZR-Auszüge von Therapieabbrechern bei § 64-Patienten

Bei den Probanden, bei denen eine Therapie nach § 64 StGB abgebrochen worden war und die nach einer weiteren Inhaftierungszeit aus einer JVA entlassen worden waren, liegen 163 BZR-Auszüge vor. 7 sind verstorben, so dass vom Registeramt keine Auskunft mehr erteilt werden darf. Bei einem konnte auch nach Nachbefragung nur ein vermutlich fehlerhafter Auszug erhalten werden.

Die ausgewerteten Auszüge umfassen einen durchschnittlichen Zeitraum von 39.6 Monaten (Standardabweichung 15.4 Monate; Median: 43.0 Monate), also in dieser Stichprobe weniger als 3.5 Jahre. Im Schnitt sind die Zeiträume, in denen sich Probanden seit ihrer Entlassung bewähren konnten, bei Therapieabbrechern somit deutlich kürzer. Der kürzeste Zeitraum liegt dabei bei 8 Monaten, das Maximum bei 68 Monaten, also etwas mehr als 5.5 Jahre.

Bereits in dieser vergleichsweise kürzeren Zeit sind mehr als die Hälfte (54.6 %; n = 89) wieder straffällig geworden. Am häufigsten sind dabei Eigentumsdelikte zu verzeichnen (n = 47). Verstöße gegen das BtMG werden 29 mal aktenkundig und immerhin 20 mal sind bei Probanden als erstes Delikt Körperverletzungen eingetragen. Gleichzeitig sind dies auch die jeweils schwerwiegendsten Delikte.

Tabelle 5.102: Deliktart der erneut Straffälligen im Bundeszentralregister, Mehrfachnennungen möglich, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 89)

Delikt	
<b>Tötung</b>	0
<b>Körperverletzung</b>	20
<b>Sexualdelikt</b>	0
<b>Raub/räuberische Erpressung</b>	5
<b>Betrug/Diebstahl</b>	47
<b>Brandstiftung</b>	0
<b>BtMG-Verstoß</b>	29
<b>Verkehrsdelikt</b>	13
<b>Weisungsverstoß</b>	9
<b>Sonstige Delikte</b>	45

Von den 89 Probanden mit erneuten Eintragungen im Registerauszug werden die meisten (n = 36) mit Freiheitsstrafen ohne Bewährung bestraft, bei 23 wird eine Freiheitsstrafe auf Bewährung ausgesetzt. Bei 30 Probanden begnügt sich die Justiz nach dem ersten Rückfalldelikt mit einer Geldstrafe. Die relativ zu bedingt Entlassenen härtere Sanktionierung kann dabei verschiedene Ursachen haben. Am naheliegendsten ist dabei die Erklärung, dass schwerwiegendere Straftaten begangen wurden. Die weiter oben dargestellte Aufzählung der verschiedenen Delikte untermauert diese These nicht, wobei die Aufzählung der Delikte nur ein Informationsausschnitt ist. Es ist durchaus denkbar, dass zwar relativ gesehen nicht mehr Gewaltdelikte verübt wurden, dass diese aber aus unterschiedlichen Gründen als schlimmer beurteilt wurden. Wenn dies nicht der Fall ist, wurden aus anderen Gründen von Richtern massivere Sanktionen verhängt, zum Beispiel weil die Prognose als ungünstiger eingeschätzt wurde oder ein höheres Strafbedürfnis geltend gemacht wurde.

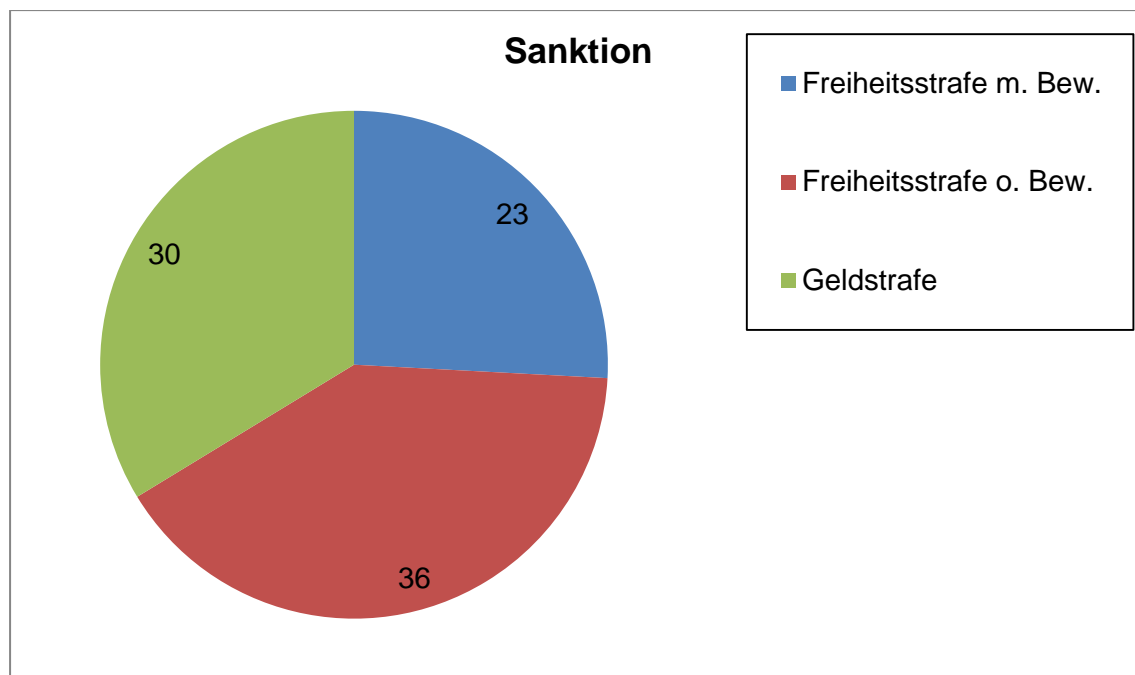


Abbildung 5.116: Verhängte Sanktionen nach erneuten Straftaten aus dem BZR, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 89)

Es fällt in dieser Stichprobe auf, dass bereits direkt nach der Entlassung im ersten Monat die ersten Gewaltdelikte beobachtet werden können. Dies trifft auch für Raubdelikte zu. Am spätesten beginnen hier die Verkehrsdelikte, das erste tritt nach sieben Monaten auf.

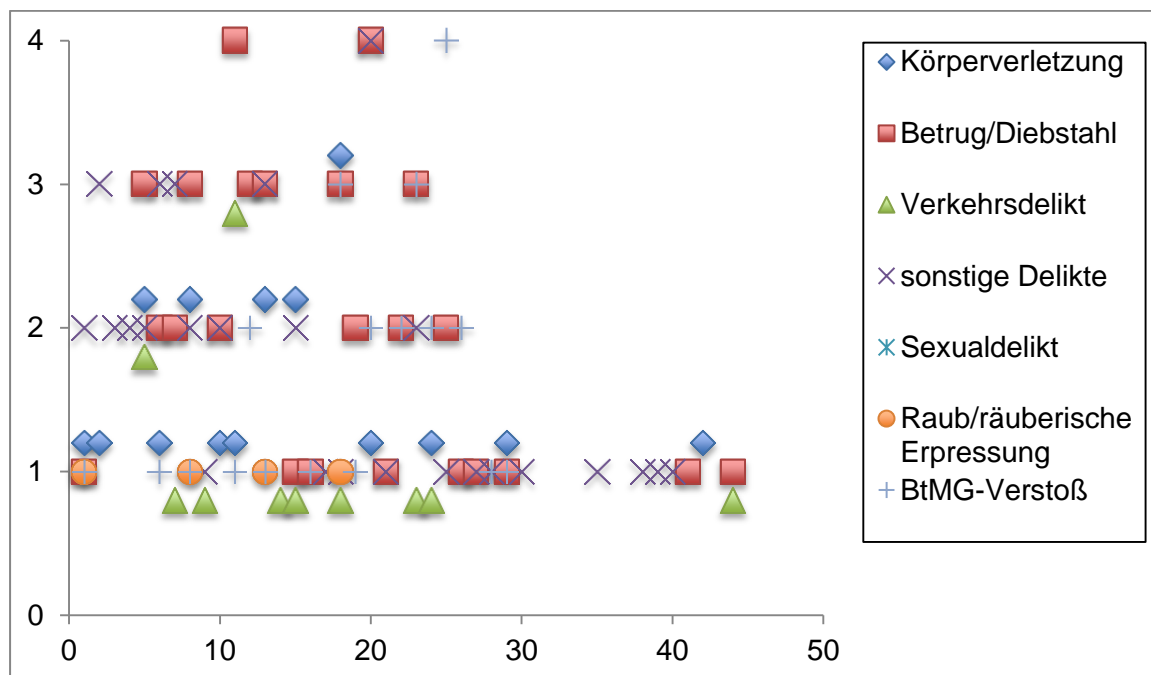


Abbildung 5.117: Zeitpunkt der ersten Straftat – BZR, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 89), Mehrfachnennungen möglich



Die Probanden, die bis zum abgefragten BZR-Auszug nicht strafrechtlich in Erscheinung traten, sind durchschnittlich 33.21 Monate also knapp 3 Jahre (Standardabweichung 15.2 Monate; Median 32.0 Monate) ohne Straftat geblieben. Der längst straftatfreie Zeitraum liegt hier bei über 5 Jahren (60 Monate).

#### **5.5.8 Übereinstimmung von § 64-Therapieabbrechern mit BZR-Auszügen**

Auch für diese Stichprobe wird die Übereinstimmung der Angaben, die durch die direkten Befragungen gewonnen wurden, mit den jeweiligen Eintragungen im Bundeszentralregister verglichen. Wie bereits für die anderen Stichproben geschildert, kann nicht bei jedem Probanden ein Vergleich mit dem Registerauszug stattfinden. So liegen für einige Probanden keine auswertbaren Auszüge vor, z. B. bei den 7 Verstorbenen oder bei dem Probanden mit dem fehlerhaften Auszug. Bei einem kleinen Teil schließlich fand die Katamnesebefragung erst nach der Anfrage der Registerauszüge statt, so dass bei diesen keine Anforderung stattfand. Und es gibt von Probanden Auszüge, von denen wiederum keine eigenen Angaben vorliegen, weil z. B. aus organisatorischen Gründen nur der Bewährungshelfer befragt wurde. Bei 7 Probanden, die ihre Aussage komplett oder ausschließlich zu dieser Fragestellung verweigerten, wurde überprüft, ob laut dem BZR-Auszug wieder Straftaten begangen wurden oder nicht. Somit kann eine Schätzung abgegeben werden, ob die Verweigerungshaltung der Verdeckung einer Straftat dient. Dies trifft dieser Schätzung zufolge auch bei Therapieabbrechern nur für einen (14.3 %) der 7 Probanden zu, was dem relativen Anteil auch bei bedingt Entlassenen entspricht. Bei den anderen 6 Probanden wurden im ersten Jahr nach der Entlassung keine Straftaten aktenkundig.

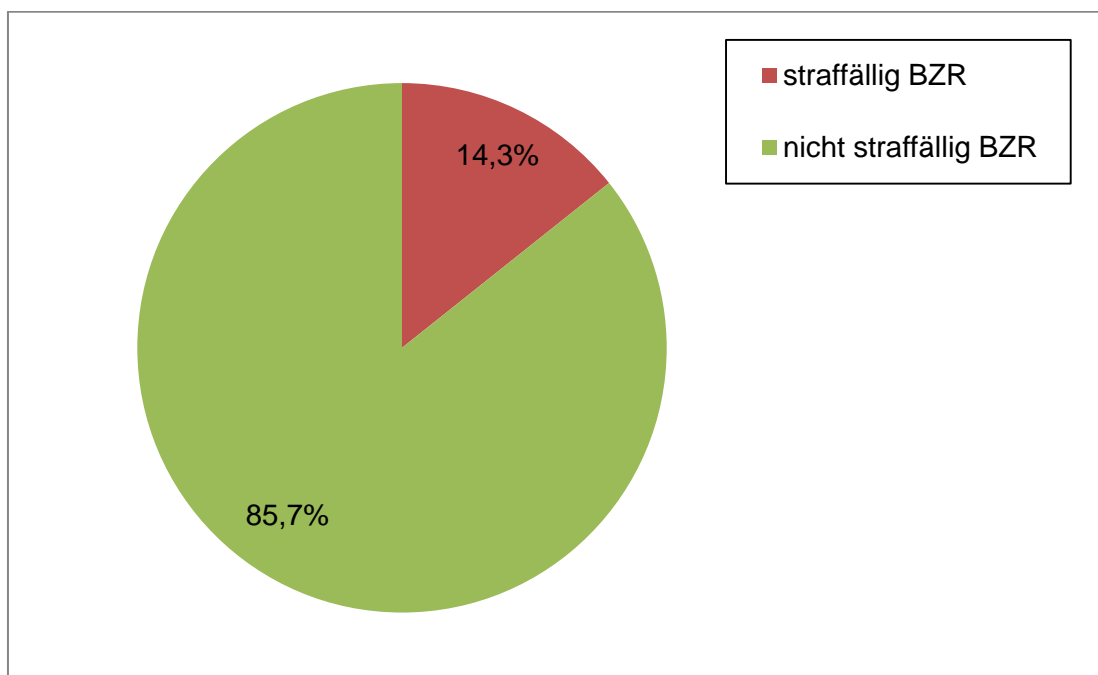


Abbildung 5.118: BZR-Auszüge von Antwort- oder Teilnahmeverweigerern, § 64 StGB-Therapieabbrecher (n = 7)

Für diejenigen Probanden, für die eine Übereinstimmungsschätzung abgegeben werden kann, zeigt sich eine Übereinstimmung von 80,0 % (n = 44). Der größere Teil der restlichen 11 Probanden räumt Straftaten ein, die laut BZR-Auszug nicht bekannt sind (12,7 %; n = 7) und auch nur 4 aus dieser eher problematischen Stichprobe verschweigen aktenkundige Delikte (7,3 %). Es ist also mit insgesamt 92,7 % auch hier von ehrlichen Angaben ohne Verdeckungstendenzen auszugehen. Auch diejenigen Probanden, die Angaben verweigerten, verdeckten dadurch in der Mehrzahl auch keine erneut begangenen Delikte.

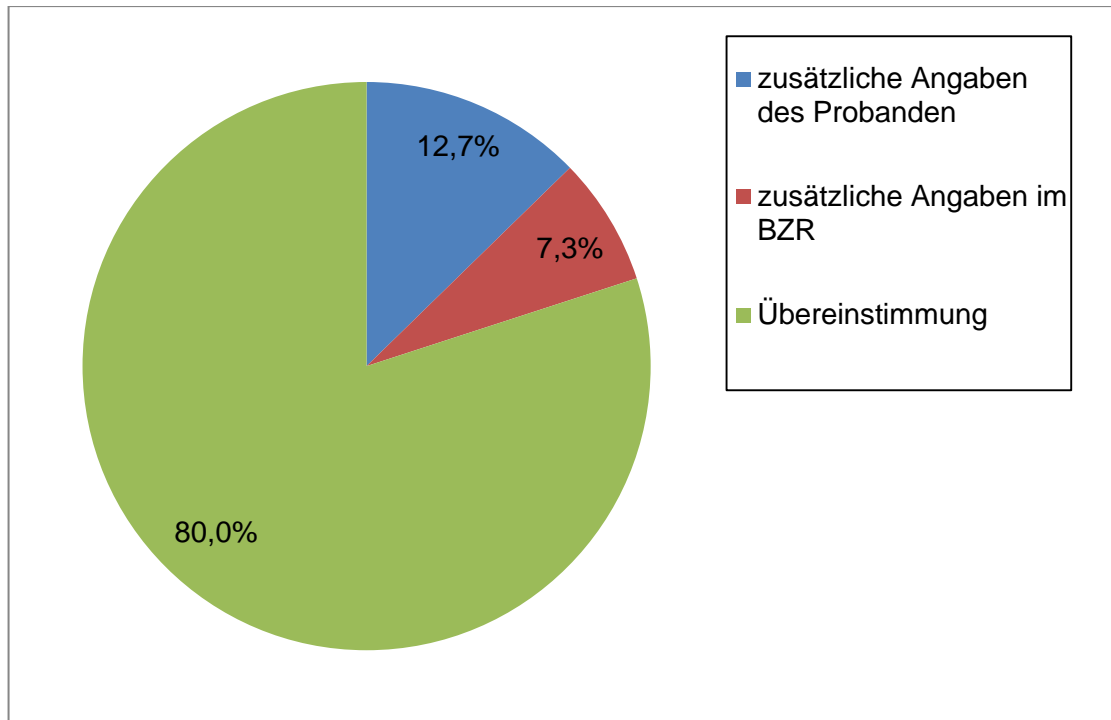


Abbildung 5.119: Übereinstimmung der Probandenangaben mit BZR-Auszügen, § 64 StGB-Patienten, Therapieabbrecher (n = 55)

## **6. Diskussion**

Bereits von Bezzel (2008) wurden ausführliche Analysen der Daten aller bis Ende 2006 entlassenen Patienten aus der Regensburger Forensik dargestellt. Zudem bearbeitete sie in weiteren Artikeln (2009, 2010 und Bezzel, Hartl & Schlauderer, 2011) spezifische Aspekte, unter anderem Variablen, die Aufschluss über die Erfolgswahrscheinlichkeit einer gerichtlich angeordneten Suchttherapie (gemäß § 64 StGB) zulassen. Es konnte nachgewiesen werden, dass sich mit der eingeführten Methode, die auf der direkten Befragung von Patienten beruht, gute Rücklaufquoten erzielen lassen – häufig deutlich besser als in vergleichbaren Arbeiten mit anderen Datengrundlagen (Bischoff-Mews, 1998; Ritzel, 1978). Es konnten weiterhin insgesamt gute Verläufe der Patienten nach ihrer Entlassung sichtbar gemacht werden sowohl was die Legalbewährung als auch den psychopathologischen Zustand, bei den ehemaligen § 64-Patienten besonders auch die Suchterkrankung, betrifft.

Bezzel (2008) wies in ihrer Arbeit kritisch darauf hin, dass trotz inzwischen für manche Teilgruppen bereits recht hohen Fallzahlen die Zellenbesetzungen häufig für ausführliche statistische Analysen zu gering seien. Statistisch signifikante Prädiktoren für den poststationären Therapieverlauf konnten kaum extrahiert werden. Als einziges signifikantes Ergebnis wurde die Wohnform für das Abstinenzverhalten nach einem Jahr angeführt. In eine familiäre Wohnform eingebundene Probanden hatten eine signifikant höhere Chance, ein Jahr nach der Entlassung noch abstinent zu leben. Für viele andere Variablen wurden lediglich Tendenzen beschrieben, die aber statistisch nicht untermauert werden konnten, was in der vorliegenden erweiterten Auswertung nun besser möglich war.

Subjektive Zufriedenheitsmaße standen nun nicht im Mittelpunkt der Auswertung. Bezzel (a. a. O.) konnte die Wichtigkeit dieser Maße bereits in ihrer Untersuchung stichhaltig darlegen. Stattdessen wurden nun besonders Katamnese-Ergebnisse herangezogen, die von der Gruppe der Therapieabbrecher vorliegen. Randomisierte Kontrollgruppenstudien sind in der Forensik nicht möglich, wie bereits an verschiedenen Stellen dargelegt (u. a. Endrass, Rossegger & Braunschweig, 2012). Um trotzdem einen Anhalt zu bekommen, ob sich die poststationären Verläufe von Therapieabbrechern von denen erfolgreich Therapierter unterscheiden, wurden diese beiden Gruppen anhand der unterschiedlichen Ausprägungen in den verschiedenen Variablen untersucht.

Bezzels (a. a. O.) gut begründeter und auch im Ergebnis bestätigter Annahme, dass gerade Einjahres-Katamnesen einen sinnvollen Beobachtungszeitraum liefern, kann auch in der vorliegenden Auswertung gefolgt werden. Ergänzt werden diese durch ers-

te Ergebnisse einer Dreijahreskatamnese, die sich aber nur auf die § 63-Stichprobe bezieht, zum einen aus ökonomischen Gründen, zum anderen weil gerade für diese Gruppe möglicherweise kritischere langfristige Verläufe erwartet werden können – z. B. was die längerfristige Rückfallgefahr von Sexualstraftätern betrifft (Nedopil, 2005; Endrass, Rossegger & Braunschweig, 2012).

Zu guter Letzt soll schwerpunktmäßig auf die Kritik mangelnder Validität der Angaben eingegangen werden, die von den betroffenen Probanden selbst gegeben wurden. Im Sinne einer positiven Verzerrung im Rahmen einer sozialen Erwünschtheit kann befürchtet werden, dass diese Angaben nicht der Wahrheit entsprechen. Der Abgleich dieser Angaben mit Fremangaben durch Bewährungshelfer und teilweise Nachsorgetherapeuten oder gesetzlicher Betreuer lässt auch für diese Frage Schlussfolgerungen zu, ebenso die ausführliche Auswertung nachträglich erhobener Angaben aus den Auszügen des Bundeszentralregisters.

## **6.1 Wer wurde in der Klinik behandelt? – Besonderheiten der Stichprobe**

Ein Spezifikum der Regensburger Fachklinik ist die Verteilung der Patienten nach den Rechtsgrundlagen. Der größere Anteil der behandelten Patienten befindet sich aktuell aber auch bereits zum Beginn der Datenerhebung auf Grundlage des § 64 StGB in Behandlung. Dies führt zur Verteilung von 128 § 63-Probanden und 994 § 64-Probanden, in der insgesamt 1122 Patienten umfassenden Stichprobe. Der größte Teil dieser Patienten war männlich und überwiegend jüngeren Alters. In etwa ein Drittel der Stichprobe war nicht in Deutschland geboren, oftmals in den ehemaligen GUS-Staaten. Als möglicherweise ungünstige Sozialisationsfaktoren zeigen sich die häufigen niedrigen Bildungsabschlüsse bzw. nicht abgeschlossenen Berufsausbildungen.

### **6.1.1 § 63-Patienten**

In der § 63-Stichprobe ist der Anteil von Probanden mit Migrationshintergrund deutlich geringer als bei den § 64-Patienten. Der überwiegende Teil wurde in Deutschland geboren und ist bei den eigenen Eltern aufgewachsen, wo aber trotzdem verschiedene Belastungsfaktoren wie Trennung/Scheidung, Gewalttätigkeit oder Suchterkrankungen der Eltern zu verzeichnen waren. Außer Entwicklungsrisiken, die in der Umwelt liegen, bringen die untersuchten Probanden häufig bereits belastende Anlagefaktoren wie Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten mit. Anders als bei den § 64-Patienten überwiegen jüngere Patienten nicht so sehr. Auch in höherem Alter wird

ein merklicher Anteil an Patienten nach § 63 aufgenommen. Obwohl sich die Krankheitsverläufe in der Regel bereits bis ins Jugendlichen- oder frühe Erwachsenenalter zurückverfolgen lassen, werden schwerwiegende Delikte erst später begangen, die schließlich zur unbefristeten Unterbringung in der Psychiatrie führen.

Die zugrundeliegenden Hauptdiagnosen sind dabei meist Psychosen bei mehr als jedem Dritten und Persönlichkeitsstörungen mit ebenfalls 1/3, wenn sie nicht weiter differenziert werden, z. B. auch nach sexuellen Präferenzstörungen. Weitere wichtige Diagnosegruppen sind intellektuelle Minderbegabungen und Abhängigkeitserkrankungen, die wiederum häufig als zweite Diagnose eine besondere Rolle spielen. Oft sind es Menschen, die unter sogenannten Doppeldiagnosen aus psychischer Erkrankung in Kombination mit einer Sucht leiden, die nach langer und wenig erfolgreicher psychiatrischer Vorerfahrung aufgrund einer schwerwiegenden Straftat schließlich im Maßregelvollzug landen. Gerade auch der Erkrankungsbeginn ist für die beiden führenden Hauptdiagnosen signifikant unterschiedlich mit sehr frühem Beginn bei den Persönlichkeitsgestörten gegenüber einem späteren Erkrankungsalter für Psychotiker.

Wie schwerwiegend die Delikte sind, die zuletzt zum Mittel der unbefristeten Unterbringung in der Psychiatrie gemäß § 63 StGB führen, zeigt sich darin, dass es sich in fast jedem zweiten Fall um Gewaltstraftaten handelt. Diese Delikte werden am häufigsten von Psychotikern begangen. Auch Sexualstraftäter sind mit 1/5 in dieser Gruppe recht häufig. Eine Besonderheit in der Ahndung von Delikten ist bei den § 63-Probanden, dass häufig parallel zur Unterbringung keine Freiheitsstrafe verhängt wird. Gesetzlich ist so vorzugehen, wenn von komplett aufgehobener Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt nach § 20 StGB auszugehen ist. Typischerweise ist das bei psychotischen Menschen der Fall, die bei der Tat z. B. in einem Elternteil einen Teufel sehen und in dieser Überzeugung handeln. In der untersuchten Stichprobe stellt sich dies folglich auch so dar, dass 4/5 der Psychotiker keine parallele Freiheitsstrafe zu verbüßen haben, während Persönlichkeitsgestörte häufig Haftstrafen zwischen drei und fünf Jahren haben.

Ein ähnlicher Unterschied zeigt sich bei den Psychotikern auch im Hinblick auf die kriminelle Vorbelastung, wo ein hoher Anteil keine Vorstrafen und somit vermutlich auch keine ausgeprägte Delinquenzentwicklung aufweist. Bei den Patienten, bei denen eine kriminelle Vorgeschichte vorliegt, begann diese häufig bereits früh, in der Regel vor Erreichen des Erwachsenenalters.

Insgesamt kann in dieser Stichprobe von zwei Hauptgruppen ausgegangen werden. Auf der einen Seite steht die Tätergruppe, die meist unter einer schizophrenen Grunderkrankung zu leiden hat und neben der psychiatrischen Vorgeschichte nur wenig Anzeichen einer kriminellen Entwicklung aufweist. Demgegenüber steht eine kriminelle

Gruppe mit bereits frühem Beginn von Straffälligkeit, polyvalenter Kriminalität und häufigem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung.

Die Behandlungsdauern können sich individuell sehr deutlich unterscheiden, liegen im Schnitt aber bei viereinhalb Jahren, was etwas unter dem sonst bundesweit berichteten Durchschnitt von sechs Jahren liegt (Leygraf, 2006). Wichtig ist dabei, dass sich dieser Schnitt aus Behandlungsdauern tatsächlich entlassener Patienten berechnet. Einige wenige Patienten, die durch extrem lange Verweildauern imponieren, weil sie aufgrund weiter fortbestehender Gefährlichkeit nicht entlassen werden können, sind in dieser Berechnung nicht enthalten. Unterschiede in der Behandlungsdauer zeigen sich vor allem bei längeren Behandlungen für Gewalt- und Sexualstraftäter und auch für Minderbegabte gegenüber anderen Gruppen. Während der Behandlung kann ein merklicher Anteil von Auffälligkeiten, wie beispielsweise Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten und seltener gegenüber Personal, beobachtet werden, der aber häufig niedriger liegt als das in der öffentlichen Wahrnehmung erwartet wird.

Bei ihrer Entlassung schließlich wird von den Behandlern die Entwicklung und das Behandlungsergebnis der Patienten als positiv und erfolgversprechend eingeschätzt. Dieses Ergebnis mag vor allem deshalb nicht sonderlich überraschen, als dass positive Einschätzungen durch die Klinik in der Regel Grundlage für Entlassungsvorbereitungen und schließlich für die Anregung einer bedingten Entlassung sind. Eine besondere Auffälligkeit der § 63-Gruppe, gerade auch im Vergleich zu § 64-Patienten, ist die deutliche Struktur, in die Entlassungen stattfinden. Anscheinend wird von diesen Patienten ein hoher Betreuungsgrad in Form komplementärer Einrichtungen wie Wohnheimen für psychisch Behinderte oder zumindest betreuten Wohngemeinschaften benötigt. Viele dieser Patienten haben auch bei ihrer Entlassung keine Partnerschaft. Dieser hohe Betreuungsgrad zeigt sich auch bei der Arbeitssituation, die zum Entlassungszeitpunkt besteht. Sozialversicherungspflichtige reguläre Arbeitsverhältnisse sind nur bei jedem Sechsten zu verzeichnen. Im Vordergrund steht die Einbindung in eine als protektiv erachtete Tagesstruktur.

### 6.1.2 § 64-Patienten

In der Stichprobe der vormals nach § 64 unterbrachten, entlassenen Patienten konnten 994 Probanden untersucht werden. Unter diesen befinden sich zwar auch weibliche Patienten, jedoch weniger als 1/10. Der Migrationshintergrund stellt einen sehr wichtigen Faktor dar, jeder dritte Proband ist davon betroffen. Der weitaus größte Teil ist bei den eigenen Eltern – zumindest bei einem Elternteil – aufgewachsen, hatte aber zu einem Großteil unter familiären Belastungen, vorwiegend Scheidung / Trennung und Suchtproblemen zu leiden oder wies bereits selbst in diesem frühen Alter Auffälligkeiten auf. Hier imponieren vor allem Verhaltensstörungen wie beispielsweise Aufmerksamkeitsstörungen oder Störungen des Sozialverhaltens.

Belastungen können in dieser Gruppe auch in Form unterdurchschnittlicher schulischer Erfolge – nur jeder Zehnte erreicht Mittlere Reife oder Abitur – oder fehlender beruflicher Abschlüsse ausgemacht werden, wie dies bei 2/3 der Fall ist. So waren bei Aufnahme auch 70 % der Patienten arbeitslos. Das Klientel, das in der vorliegenden § 64-Stichprobe untersucht wird, hat einen niedrigen Altersschnitt,  $\frac{3}{4}$  sind bei ihrer Aufnahme unter 35 Jahre alt.

Bei den Diagnosen wurde bei fast jedem Zweiten Polytoxikomanie als Hauptdiagnose vergeben, die das nahezu wahllose Konsumieren verschiedener Substanzen beschreibt. Kritisch anzumerken ist hier sicherlich der hohe Anteil dieser Diagnosen, wobei die Gefahr unterschiedlicher Auslegungen der Diagnoserichtlinien besteht. Möglicherweise wäre es in einzelnen Fällen sinnvoller, Abhängigkeiten von einzelnen Substanzen zu diagnostizieren und Polytoxikomanie wirklich nur dann anzugeben, wenn sehr wahllos zwischen verschiedenen Substanzen gewechselt wird und keine klare Präferenz besteht. Als einzelne Substanz steht mit mehr als  $\frac{1}{4}$  recht deutlich Alkohol im Vordergrund. Auch Heroin (Opiode) spielt mit etwa  $\frac{1}{6}$  eine wichtige Rolle. Bemerkenswert ist weiterhin die Vergabe von Doppeldiagnosen bei jedem zweiten Patienten. Häufig handelt es sich dabei um behandlungskomplizierende Persönlichkeitsstörungen.

Die Suchterkrankungen bestehen bereits seit langer Zeit und haben bei jedem zweiten Patienten zu mindestens einer Behandlung geführt. Abstinente Lebenszeiträume kann der Großteil der Patienten nicht aufweisen. In Zusammenhang mit der Erkrankung, die sich nur manchmal auf Alkohol, sehr häufig aber auf illegale Substanzen bezieht, liegen sehr viele Anlassdelikte in Form von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz vor, gefolgt von deutlich weniger Eigentums- aber auch Gewaltdelikten mit  $\frac{1}{4}$  bzw.  $\frac{1}{5}$ . Anders als in der § 63-Gruppe liegen sehr schwere Delikte wie Tötungs- und Sexualdelikte mit 1.7 % und 2.3 % nur selten vor. Während bei Alkoholikern Ge-



waltdelikte führend sind, stehen bei Drogenabhängigen BtMG-Delikte an erster Stelle. Auf die Auffälligkeit, dass die höheren Freiheitsstrafen trotzdem bei den Drogenabhängigen verhängt wurden und somit die Drogendelikte offensichtlich härter von der Justiz geahndet wurden, wies bereits Bezzel (2008) hin.

Besonders deutlich wird die Risiko-Vorbelastung der Stichprobe auch bei der Vordeelinquenz. Nur jeder 20. Proband hat bisher keine Vorstrafe.  $\frac{1}{4}$  der Probanden dagegen hat mit mehr als 10 Vorstrafen eine sehr hohe Belastung. Häufig liegt der Beginn der kriminellen Karriere sehr früh, meist bereits im Jugendalter, was sich dann auch in der ausgeprägten Hafterfahrung der Probanden zeigt.

Spätestens bei der Betrachtung der Therapieverläufe muss zwischen erfolgreichen Therapieverläufen und solchen, die abgebrochen wurden, unterschieden werden. Von den insgesamt 994 Patienten konnten nach erfolgreich eingeschätzter Therapie 350 in Freiheit entlassen werden. Die Ergebnisse werden insbesondere der kritischen Gruppe der Therapieabbrecher gegenübergestellt, die mit 453 den weitaus größten Anteil ausmacht. So unterscheiden sich bereits die jeweils durchschnittlichen Behandlungsdauern deutlich. Erfolgreiche Therapien werden durchschnittlich nach knapp zwei Jahren abgeschlossen, was auch der gesetzlichen Vorgabe entspricht. Dass das in vielen anderen Kliniken bzw. Gerichtsbezirken nicht der Fall ist, zeigt u. a. die Veröffentlichung von Trenckmann (2011), die auf deutliche höhere Behandlungsdauern verweist. Demgegenüber steht die mit unter einem Jahr deutlich kürzere durchschnittliche Therapiezeit der Therapieabbrecher, die sich wiederum aus sehr kurzen Verläufen, durchaus aber auch aus teilweise fast regulären Dauern, bei denen ein Abbruch erst kurz vor einer bedingten Entlassung stattfand, zusammensetzt. Ähnlich wie bei den § 63-Patienten gibt es auch deutliche Unterschiede mit den längsten Verweildauern bei Tötungsdelikten, gefolgt von Sexual- und Körperverletzungsdelikten und danach erst den Dauern bei weniger schwerwiegenden Taten.

Auch in den Variablen, die den Therapieverlauf abbilden, unterscheiden sich die beiden Hauptgruppen. Sowohl Lockerungsmisbräuche als auch Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten oder Personal sind bei Abbrechern häufiger zu verzeichnen, letztere führen zudem im Regelfall ohnehin zu einem Abbruch. In der aktuellen Standardtherapie von Suchterkrankungen stellt gerade der Umgang mit Rückfällen einen wichtigen Bestandteil dar. Wenn sehr häufig Rückfälle auftreten, kann dies aber auch ein Zeichen mangelnder Therapiemotivation sein. In der vorliegenden Gruppe hatte mehr als die Hälfte der erfolgreich Therapierten keinen Suchtrückfall während des stationären Aufenthaltes gegenüber lediglich  $\frac{1}{3}$  bei den Abbrechern, was einen hoch signifikanten Gruppenunterschied darstellt. Auch die Alkoholikerstichprobe zeigt sich in diesen Belangen den Drogenabhängigen überlegen. Insgesamt waren kaum problemlose Verläu-

fe zu verzeichnen, in der Gesamtschau kann von Therapieverlaufsvariablen auf das erfolgreiche Abschließen einer Therapie geschlossen werden. Auch Bezzel (2008) und Nedopil (2005) hatten darauf verwiesen.

Anders als bei den § 63-Patienten spielen komplementäre Einrichtungen für die Zeit nach der Therapie in dieser Stichprobe eine geringere Rolle. § 64-Patienten scheinen insgesamt in ihrer Alltagsbewältigung weniger beeinträchtigt zu sein und somit weniger Hilfestellung zu benötigen. In 9 von 10 Fällen ist eine selbständige Lebensführung möglich. Auch im Bereich der Arbeit zeigt sich die hohe Selbständigkeit der Probanden, 2/3 können in einem sozialversicherungspflichtigen Verhältnis arbeiten. Erwerbslosigkeit spielte dagegen mit weniger als 1/20 zumindest zum Entlassungszeitpunkt nur eine sehr geringe Rolle. Der größte Teil der Probanden ist alleinstehend und nicht familiär gebunden. Insgesamt konnten für viele der bedingt entlassenen Patienten gute Entlassungsbedingungen geschaffen werden.

### **6.1.3 Therapieabbrüche**

Ein größerer Teil der Stichprobe als der, der bedingt Entlassenen, wurde aufgrund eines Therapieabbruches aus der Forensik in eine JVA entlassen. Dies wurde am häufigsten, nämlich in jedem zweiten Fall, mit Motivationsproblemen begründet. Bei 1/3 wurde fortwährender Substanzmissbrauch kritisiert, in weniger Fällen gab es gravierende oder anhaltende Regelverstöße, Drogenhandel auf Station oder andere Gründe.

Es zeigt sich, dass signifikant weniger Frauen als Männer ihre Therapie abbrechen. Je jünger Probanden bei Therapiebeginn waren, desto höher ist für sie das Risiko eines Therapieabbruches. Bei Betrachtung der Anlassdelikte fällt auf, dass hoch signifikant weniger Probanden ihre Therapie abbrechen, wenn sie aufgrund eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz in die Forensik gekommen waren. Signifikant häufiger wird die Therapie von Patienten mit Körperverletzungen und Betrugs- oder Diebstahldelikten abgebrochen. Wenn neben dem § 64 eine Freiheitsstrafe von weniger als zwei Jahren verhängt wurde, ist die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruches ebenfalls besonders hoch. Dies könnte mit Überlegungen und Berechnungen der Patienten selbst im Hinblick auf ihre effektive Straf- bzw. Therapiedauer zusammenhängen. Die geschätzte intellektuelle Leistungsfähigkeit der Patienten wirkt sich insofern aus, dass bezüglich einer erfolgreich beendeten Therapie intelligentere Patienten deutlich im Vorteil sind.

Als ungünstig für einen unproblematischen Therapieverlauf, der zu guter Letzt in eine bedingte Entlassung mündet, erweist sich in der untersuchten Stichprobe auch die Vorbelastung durch vorherige Behandlungsversuche – sei es im Maßregelvollzug oder

in anderen Settings – im ungünstigsten Fall durch gescheiterte Behandlungsversuche. Bei Betrachtung der Delinquenzvorgeschichte sind es erwartungsgemäß die Patienten ohne Vorstrafen oder zumindest mit wenigen, die höhere Chancen für einen erfolgreichen Therapieabschluss aufweisen. Auch ein früher Delinquenzbeginn ist besonders ungünstig.

Auf die Problematik, dass funktionierende Behandlungskonzepte für Patienten aus anderen Kulturkreisen fehlen, wies Bezzel (2008) ausführlich hin. In Regensburg sind es besonders Probanden, die in den ehemaligen GUS-Staaten geboren wurden, die ein signifikant höheres Risiko für einen Therapieabbruch haben. Wenn Auffälligkeiten in der Kindheit der Patienten berichtet werden oder eine niedrige Schul- oder auch Berufsausbildung, ist von signifikant höheren Abbruchraten auszugehen. Signifikant günstiger für ein erfolgreiches Therapieende erweist sich eine feste Partnerschaft oder eine Ehe sowie auch, wenn Patienten Kinder haben.

Für alle erhobenen Variablen, die sich auf den Therapieverlauf beziehen, ergeben sich hoch signifikante Unterschiede. Hypothesenkonform erweisen sich Entweichungen / Lockerungsmissbräuche, Tötlichkeiten, erneute Straftaten, Substanzmissbräuche / Rückfälle und auch weitere besondere Behandlungsprobleme als kritisch für den erfolgreichen Abschluss einer Therapie nach § 64.

## 6.2 Was bringt die Behandlung? – Katamnese nach einem Jahr

Ein Hauptanliegen der Katamnese studie ist die Untersuchung der Ergebnisqualität sowie die Qualitätsoptimierung in der Regensburger Forensik durch die Rückmeldung und Auswertung der Ergebnisse. Bezzel (2008) diskutierte die Nachteile des vorliegenden Studiendesigns, in dem Ergebnisse durch Klinikmitarbeiter gewonnen werden. Ein großer Vorteil dieses Vorgehens dagegen ist die feste Implementierung innerhalb der Klinikstrukturen und -abläufe, was sich besonders auch auf die guten Rücklaufquoten auswirkt. In der § 63-Stichprobe liegt die Quote nach einem Jahr noch bei 95.0 % und selbst wenn „vergessene“ Patienten einbezogen werden, also ohne dass dies auf Teilnahmeverweigerung zurückzuführen ist, noch bei 90.5 %. Bei den bedingt entlassenen § 64-Patienten ist die Quote zwar etwas schlechter, mit 93.5 % bzw. 80.5 % aber immer noch sehr gut. Wenn die Rücklaufquoten so hoch sind, spricht das in der Regel sehr für eine gute Verwertbarkeit der gewonnenen Ergebnisse, was nicht der Fall wäre, wenn viele Probanden ihre Teilnahme verweigern (Endrass, Rossegger & Braunschweig, 2003).

Ergebnisqualität ist kein festgelegtes Konstrukt, sondern besteht aus verschiedenen Facetten. Am etabliertesten für die Behandlung von Straftätern ist die Ermittlung der

sogenannten Legalbewährungsquote, also des Anteils aus der Stichprobe, dem es gelingt, ein Leben ohne Straftaten zu führen. Auch hier gibt es mehrere Möglichkeiten, diese Quote zu bestimmen. Die weit verbreitete Methode, Auszüge aus dem Bundeszentralregister abzufragen und diese auszuwerten, ist dabei nicht die einzige. Von verschiedenen Autoren (Seifert, 2007; Jehle et al., 2003) wurde bereits auf die Problematik dieses Vorgehens hingewiesen. Es muss beachtet werden, dass bestimmte Löschungsvorschriften existieren, die dazu führen, dass begangene Straftaten eines Delinquenten nicht mehr abgerufen werden können. Auszüge von verstorbenen Probanden beispielsweise dürfen nicht übermittelt werden. Zudem liegen in dem eigentlich als objektiv angenommenen Vorgehen Fehlerquellen vor. Beispielsweise wird bemängelt, dass verurteilte Straftaten nicht an das Bundeszentralregister übermittelt wurden, oder dass diese beim Abruf aus technischen Gründen nicht zur Verfügung gestellt werden, was auch in der vorliegenden Untersuchung so bestätigt werden konnte. Die „objektiven“ BZR-Daten haben auch mit dem Problem des Dunkelfeldes zu kämpfen.

Beim Abgleich der Legalbewährung mit Erkenntnissen aus der Literatur ist die Unterscheidung wichtig zwischen Variablen, die das Auftreten einer Straftat in der Gesamtbevölkerung wahrscheinlicher machen, und solchen, die Aussagen über das Rückfallrisiko bei bereits Vorbelasteten zulassen. Sowohl Laubacher, Gerth, Gmür und Fries (2012) als auch Nedopil (2005) betonen, dass sich Risikofaktoren für Erstdelinquenz von solchen für Rückfälligkeit unterscheiden können. Als markantes Beispiel dafür wird das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung angeführt, welches das Risiko für ein Gewaltdelikt um das Fünffache erhöhen kann (Soyka, Morhart-Klute & Schöch, 2004), andererseits aber protektiv für das Rückfallrisiko von Straftätern ist (Bonta, Law & Hanson, 1998). Die hier diskutierten Ergebnisse beziehen sich auf die zweite der beiden Fragestellungen.

Da Legalverhalten aber fast nur die Unterscheidung in zwei Erfolgskategorien zulässt, nämlich ob wieder ein Delikt begangen wurde oder eben nicht, wurde auf eine Ausweitung der Erfolgskriterien über diese dichotome Bewertung hinausgehend Wert gelegt. Die Möglichkeit, andere Erfolgskriterien in die Bewertung miteinzubeziehen, stellt den großen Vorteil der Untersuchung gegenüber Untersuchungen dar, in denen nur BZR-Auszüge ausgewertet werden.

### 6.2.1 § 63-Patienten

Obwohl mit insgesamt einem Drittel viele Wohnungs- bzw. Heimwechsel zu verzeichnen sind, zeigt sich nach einem Jahr in Freiheit für die ehemaligen § 63-Patienten eine Situation, die sehr von Unterstützungsmaßnahmen geprägt ist. Weiterhin wohnt ein großer Teil nicht selbständig oder selbständig mit einem Partner. Mehr als jeder Zweite lebt in einer komplementären Einrichtung oder einer anderen begleitenden Wohnform. Sexualdelinquenten leben am häufigsten in kontrollierenden Einrichtungen, persönlichkeitsgestörte Probanden leben insgesamt am selbständigsten. Auch beruflich geht zu diesem Zeitpunkt nur 1/6 einer „normalen“ sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nach. Viele befinden sich weiter in arbeitstherapeutischen Maßnahmen. Gerade unter den intelligenzgeminderten Probanden spielen Werkstätten für behinderte Menschen eine große und unterstützende Rolle. Arbeitslosigkeit konnte bei den meisten auch nach einem Jahr vermieden werden. Am ehesten stellt dies ein Problem für die persönlichkeitsgestörten Täter dar. Insgesamt wird ein weiterhin hoher Betreuungsaufwand deutlich, was jedoch nicht als ungünstiges Zeichen oder Scheitern gesehen werden sollte. Vielmehr ist hier davon auszugehen, dass es bei teilweise hochproblematischen Patienten gelungen ist, eine sinnvolle Betreuungsstruktur aufzubauen und zu etablieren, die dem psychischen Zustand angemessen ist und zudem bessere Chancen für eine straftatfreie Zukunft bieten sollte.

In der § 63-Stichprobe spielt Suchtmittelkonsum eine untergeordnetere Rolle, genauso wie diese während der stationären Behandlung allenfalls als Zweitdiagnose behandelt worden war. Bezogen auf den selbst wahrgenommenen psychischen Zustand geht der größte Teil von weitestgehender Stabilität aus. Nur ein kleiner Teil berichtet eine empfundene Verschlechterung, während ein etwas größerer Teil, gerade auch unter Psychotikern, von einer weiteren Verbesserung ausgeht. Dazu ist die stabile Aufrechterhaltung der Medikamenteneinnahme wichtig, wie die Angaben der befragten Patienten ebenso zeigen. Innerhalb der drei Jahre nach Entlassung fand bei etwas mehr als ¼ eine erneute stationäre Behandlung statt, am häufigsten bei persönlichkeitsgestörten Tätern. Immer wichtiger wird die Rolle, die die ambulante Nachsorge in Form der angegliederten forensisch-psychiatrischen Ambulanz einnimmt.

Die Legalbewährung wurde in direkten Befragungen der Probanden erhoben. Dadurch, dass nicht von allen ehemaligen Patienten Angaben vorliegen, weil manche nicht mehr auffindbar waren oder eine Beantwortung der Frage zu weiteren Straftaten verweigerten, wird ein Schätzkorridor der Legalbewährung angegeben. Es wird aber davon ausgegangen, dass Antworten – wenn sie denn vorliegen – richtig sind. Eine Überprüfung dieser Annahme findet durch den Abgleich mit BZR-Auszügen und

Fremderhebungen durch Bewährungshelfer statt. Im günstigsten Fall wird von einer Legalbewährungsquote von 93.7 % ausgegangen. Bei einer Antwortverweigerung würde hier nicht das Verheimlichen einer Straftat angenommen. Wenn dies hingegen berücksichtigt wird und alle Verweigerer negativ bewertet werden, ergibt sich eine Quote von 87.6 %. Das Rückfallrisiko für alle Straftaten liegt somit zwischen 12.4 und 6.3 %, was sehr genau den Ergebnissen entspricht, die auch Bezzel (2008) berichtete. Jehle et al. (2003) berichteten im Vergleich dazu bei § 63-Patienten 18.4 % Rückfällige, allerdings nach vierjährigem Beobachtungszeitraum und aus BZR-Auszügen entnommen. Wichtig ist hierbei die Unterscheidung in allgemeine Rückfälligkeit, die alle Straftaten erfasst, und einschlägige Rückfälligkeit, die sich z. B. bei Sexualdelinquenten auf das erneute Begehen einer Sexualstraftat bezieht (Seifert, 2007). In der vorliegenden Stichprobe wurden keine schwerwiegenden Delikte beobachtet. Es handelte sich um Betrugs- oder Diebstahlsdelikte, einen BtMG-Verstoß oder Weisungsverstöße. Da die Gesamtgruppe der Rückfälligen sehr klein ist, ist eine differenzielle Untersuchung verschiedener Teilgruppen noch problematisch. Ohne statistische Absicherung kann aber berichtet werden, dass sowohl Probanden mit sexuellen Störungen als auch Minderbegabte nicht in der rückfälligen Gruppe vertreten waren, Psychotiker unterdurchschnittlich häufig. Bei persönlichkeitsgestörten Probanden dagegen war das Risiko überdurchschnittlich hoch, vergleichbar auch den Ergebnissen von Seifert (2007). Der Zeitpunkt der deliktischen Rückfälle war in nahezu allen Fällen bereits sehr früh, meist spätestens ein halbes Jahr nach Entlassung.

Im dreijährigen Katamnesezeitraum können bisher nur erste Schätzungen abgegeben werden, da die Fallzahlen noch sehr niedrig sind. Hier ergibt sich ein Schätzkorridor zwischen 65.4 und 80.8 % rückfallfreier Probanden, jedoch mit bisher noch deutlich eingeschränkter Aussagekraft. Überwiegend handelt es sich auch in dieser Betrachtung um geringfügige Delikte. Es sind jedoch auch zwei Körperverletzungsdelikte zu verzeichnen, also schwerwiegendere Straftaten, die sich gegen körperliche Unversehrtheit Anderer richten. Von den jeweiligen Beurteilern gebildete Gesamturteile über den Verlauf bei den Probanden ergaben nach einem Jahr die Einschätzung eines sowohl psychopathologisch stabilen als auch straftatfreien Verlaufs bei  $\frac{3}{4}$ , nach drei Jahren immer noch bei 70 %.

Auch die Patienten selbst gaben, nach ihren Einschätzungen befragt, häufig positive Verläufe in Bezug auf verschiedene Aspekte an. Nur 3 % berichteten ein Jahr nach der Entlassung von einer Verschlechterung ihrer psychischen Erkrankung. Auch bei der Beschreibung ihrer Persönlichkeitsentwicklung werden ähnliche positive Selbstbeobachtungen berichtet, ebenso wenn der Beobachtungszeitraum mit drei Jahren etwas länger gewählt wird. Die Selbsteinschätzung zur beruflichen Stellung fällt dabei etwas

ungünstiger aus. Immerhin 14 % berichten eine Verschlechterung in diesem Bereich, nur 33 % eine weitere Verbesserung. Die insgesamt etwas schlechtere Selbsteinschätzung der Probanden mit Persönlichkeitsstörungen kann auf tatsächlichen Verschlechterungen beruhen, könnte aber auch mit einer pessimistischeren Selbsteinschätzung in dieser Patientengruppe zusammenhängen.

Insgesamt zeigt sich bei den ehemaligen § 63-Patienten das Bild vieler Probanden, die in deutlich strukturierten Wohnumgebungen leben und oft auch nicht sozialversicherungspflichtig arbeiten, dafür aber in feste und in gewisser Weise beschützende Tagesstrukturen eingebunden sind. Dies ist mit ebenfalls in der Gesamtschau stabilen psychischen Verläufen vergesellschaftet. Ein Jahr nach Entlassung zeigt sich dabei auch eine günstige Legalbewährungsquote von 90 % und es liegen nur Delikte geringfügigen Schweregrades vor. Nach drei Jahren fällt dieses Ergebnis etwas schlechter aus, wobei die Auswertbarkeit dieses Befundes durch die sehr niedrige Anzahl von Patienten stark eingeschränkt ist.

### **6.2.2 § 64-Patienten**

Auch in dieser Gruppe liegt der Rücklauf bei 80 bis 94 %. Bei einem Stichprobenschwund von unter 20 % ist von ausreichend gut interpretierbaren Daten auszugehen (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009).

Anders als bei den § 63-Patienten kommt in dieser Gruppe Unterstützung durch komplementäre Einrichtungen ein Jahr nach der Entlassung aus der Forensik kaum vor. Über die Hälfte wohnt mit einem Partner oder der Familie und ein weiteres Drittel alleine. Im Bereich Arbeit ist es immerhin noch die Hälfte, die sozialversicherungspflichtig angestellt ist, insgesamt arbeitet 1/3 sogar Vollzeit. Drogenabhängige haben insgesamt etwas mehr Probleme, eine angemessene Arbeit zu finden, als Alkoholiker und weisen auch mehr Erwerbslose auf als diese.

Besonders wichtig in der Gruppe der § 64-Patienten ist die Analyse des poststationären Suchtverlaufs, weil es explizit der Behandlungsauftrag an die Einrichtung ist, den „Hang“ zu behandeln, der zu einem Delikt geführt hat. Auch hier wird ein Schätzkorridor ermittelt, um dem Problem der Teilnahmeverweigerung gerecht zu werden. Im günstigsten Fall sind 70 % aller ehemaliger Patienten nach einem Jahr nach eigenen Angaben noch abstinent oder zumindest abstinent nach einem Rückfall, nach der ungünstigeren Schätzmethode immerhin noch knapp 60 %. Dauerkonsum, die schlechteste Einschätzung wird bei 10 - 12,5 % angenommen. Dabei verweigern zudem 16 % ihre Teilnahme und wären im ungünstigsten Fall ebenso als Dauerkonsumenten einzuschätzen. Trotzdem soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass selbst dann

Verbesserungen vorliegen können, wenn als Gesamtbewertung zum eigenen Konsum unregelmäßiger oder Dauerkonsum angegeben wird. So können quantitative oder qualitative Einschränkungen des Konsummusters als positive Veränderungen bewertet werden, wenn auch bei Einzelnen keine Abstinenz erreicht werden kann. Es ist zwar das Optimalziel einer Behandlung, für immer vollständige Abstinenz zu erreichen. Der positive Effekt, der für Einzelne oder die Gesellschaft durch einen befristeten oder eingeschränkten Erfolg erzielt wird, sollte dabei aber nicht außer acht gelassen werden. Einem Teil der Nicht-Abstinenten scheint es zu gelingen, ihren Drogen-Konsum deutlich einzuschränken oder auf weniger „harte“ Drogen umzusteigen. Konkret kann dies bedeuten, dass ein Proband, der vor seiner Unterbringung regelmäßig Heroin konsumiert hat, nun „nur“ noch Cannabis mit insgesamt weniger gesundheitlichen Nebenwirkungen oder nur noch Alkohol konsumiert, welcher als Substanz nicht illegal ist und somit weniger häufig direkt zu Straftaten führt.

Bei Drogenabhängigen werden 8 % der befragten Patienten mit einer Ersatzsubstanz für Heroin substituiert. In dieser Gruppe konnte ebenfalls keine Abstinenz erreicht werden, es gelang den betroffenen Probanden aber zumindest, von einer illegalen Substanz auf einen Ersatzstoff mit weniger gesundheitlichen Begleiterscheinungen und auch weniger Risiko für weitere suchtmittelabhängige Kriminalität umzustellen.

Gerade im Zusammenhang mit dem gewählten Katamnesezeitraum von einem Jahr musste befürchtet werden, dass ein größerer Teil der Rückfälle erst nach diesem Zeitraum stattfinden könnte und der so gewählte Bereich zu einer Überschätzung des Behandlungserfolges führen könnte. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen aber, dass ein großer Teil der Rückfälligen bereits sofort nach der Entlassung oder im ersten Monat in Freiheit konsumiert. In neun von zehn Fällen fand der Konsum im ersten halben Jahr nach der Entlassung statt bei starker Abflachung der Rückfälligenkurve im weiteren Verlauf.

Rückfälle treten häufig in der Gesellschaft anderer auf, ein Befund, der bei den Alkoholikern noch deutlicher zu Tage tritt. Ausgelöst werden diese Rückfälle oft durch emotionale Belastungssituationen, durch Leichtsinn und Überschätzung. Ein relativ großer Teil der Rückfälligen schafft es zudem nicht, nach dem erneuten Konsum Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Diese Ergebnisse sollten in der Weiterentwicklung von Therapiekonzepten Eingang finden. So können im Therapieverlauf einzelner Patienten häufig Selbstüberschätzungstendenzen festgestellt werden. Es scheint dringend geboten, bei diesen Patienten die starke Gefahr, die von der Einschätzung „Es geht doch nur um meinen festen Willen! Wenn ich nur fest entscheide, nicht mehr zu konsumieren, dann gelingt das auch!“ ausgeht, mit den gewonnenen Daten zu verdeutlichen. Auch für die häufigen emotionalen Auslöser, die wiederum oft in Gesellschaftssi-



tuationen zu einem Rückfall führen und nicht wahrgenommene Hilfsangebote sollten in Therapien thematisiert werden (Körkel & Schindler, 2003).

Je nach Bewertung der Teilnahmeverweigerer ergeben sich erneute Straftaten im ersten Jahr nach Entlassung für 15.5 bis 29.3 % der ehemaligen Patienten. Bei den Drogenabhängigen werden mehr Straftaten als bei Alkoholikern verzeichnet, weil hier häufiger BtMG-Delikte in direktem Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum begangen werden. So sind Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz als Rückfalldelikte nach einem Jahr bei weitem führend, gefolgt von Betrugs- und Diebstahldelikten sowie Weisungsverstößen. Als schwerste Delikte wurden von 4 Patienten Körperverletzungen angegeben.

Wie bei den Suchtmittelrückfällen zeigt sich auch hier, dass die Rückfälligkeit am häufigsten zu Beginn des Beobachtungszeitraums stattfindet, wenn auch nicht so deutlich wie beim erneuten Konsum. Hier sind es 2/3, die bereits im ersten halben Jahr verzeichnet werden müssen.

Ein bereits angesprochener Nachteil der direkten Patientenbefragung könnte das Verschweigen von problematischen Verläufen aus Scham oder um den Behandlern zu gefallen sein. Dies ist auch der Grund, warum Auszüge aus dem Bundeszentralregister häufig als objektiver angesehen werden. In der vorliegenden Befragung zeigt sich bei 38 der angegebenen Straftaten, dass bei 15 keine Anzeige stattfand oder das Verfahren eingestellt wurde. Ein großer Anteil der selbst berichteten Rückfalldelikte wäre somit bei alleiniger Betrachtung der BZR-Auszüge nicht feststellbar. Bei 10 weiteren Probanden läuft das Verfahren noch. Von diesen wäre noch kein Eintrag zu eruieren, genauso wie bei bereits verurteilten Patienten, bei denen das Eintragsverfahren noch nicht abgeschlossen ist, was erfahrungsgemäß bis zu einem halben Jahr dauern kann (Jehle et al., 2003).

Bei den Einschätzungen von Fremdbeurteilern, in denen Suchtverlauf und Legalbewährung in Kombination bewertet werden, ergaben sich bei 80 % positive Einschätzungen ohne Straftaten und ohne weiterem Konsum oder zumindest nur mit mäßigem Konsum. Die Alkoholiker schneiden dabei etwas besser als Drogenabhängige ab. Auch Gewalt- und Sexualdelinquenten schneiden zum Teil deutlich besser ab als Täter mit Eigentums- oder BtMG-Delikten als Anlassstraftat. Auch die Probanden selbst geben im Gesamten positive Einschätzungen zu ihrer weiteren Entwicklung an, die sich nach den verschiedenen Bereichen unterscheiden. Während jeder Zehnte eine Verschlechterung innerhalb eines Jahres bemerkt, ist das in Bezug auf eine persönliche Entwicklung deutlich seltener der Fall. Beruflich dagegen wird von jedem Vierten die Situation als schlechter als noch bei der Entlassung eingeschätzt.

Insgesamt zeigt sich ein Jahr nach Entlassung bei vielen Probanden eine suchtmittelfreie Lebensführung. Im Vergleich zu anderen Evaluationen aus dem Suchtbereich zeigen sich in der untersuchten Stichprobe dabei positive Verläufe bei insgesamt größtenteils höherer Teilnahmebereitschaft und deutlich besser kontrolliertem Drop-Out-Problem (Lindenmeyer, 2005; Zobel et al., 2005). Die Ergebnisse sind in verschiedenen Bereichen für die Alkoholiker etwas besser als für Drogenabhängige. Auch das Risiko weiterer Straftaten hält sich in Grenzen und ist aufgrund des kürzeren Beobachtungszeitraums mit der offiziellen Rückfallstatistik von Jehle, Heinz und Sutterer (2003) nur schwer zu vergleichen. Methodische Vorteile im hier beschriebenen Vorgehen zeigen sich darin, dass auch nicht-aktenkundige Straftaten in nicht geringem Umfang von Patienten eingeräumt werden.

### 6.3 Therapieabbrecher

Aus ethischen und rechtlichen Gründen ist in der Behandlung von zwangsweise untergebrachten Straftätern kein Kontrollgruppen-Design in der Therapieforschung möglich (Endrass, Rossegger & Braunschweig, 2012). In der vorliegenden Untersuchung wurde nun eine „unbehandelte“ Gruppe untersucht und eruiert, wie sich im Vergleich zu den „behandelten“ § 64-Patienten die erhobenen Erfolgsparameter darstellen. Diese „unbehandelten“ Patienten sind dabei § 64-Patienten, deren Therapie abgebrochen wurde, weshalb diese Gruppe auch nicht als Kontrollgruppe im strengen Sinne betrachtet werden kann.

Patienten, die seit 2006 aus der Forensik nach einem Therapieabbruch aufgrund mangelnder Aussicht auf Erfolg entlassen wurden, wurden wie die bedingt Entlassenen ebenfalls befragt, nachdem sie ein Jahr in Freiheit verbracht haben, d. h. ein Jahr nach Entlassung aus dem anschließenden JVA-Aufenthalt.

Der erste Unterschied zeigt sich bereits darin, dass zum Entlassungszeitpunkt und besonders auch zum Katamnesezeitpunkt deutlich weniger Probanden bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen. Hier ist also ein deutlich höherer Studien-Drop-Out zu verzeichnen. Dies stellt zum einen ein wichtiges Ergebnis dar, schränkt aber andererseits die Vergleichbarkeit der Daten ein, weil nur gemutmaßt werden kann, was sich hinter der Verweigerung einer Antwort verbirgt. Bereits zum Zeitpunkt der Entlassung erklärten sich nur 68.6 % der Patienten bereit, an der Katamneseuntersuchung teilzunehmen. Dies ist im Vergleich zu anderen Sucht-Studien ein sehr guter Rücklauf, wenn er auch hinter dem zurückbleibt, der bei den erfolgreich Behandelten erzielt werden kann. Die Rücklaufquote nach einem Jahr beträgt nur noch 43.0 %, wobei hierfür verschiedene Gründe angeführt werden können. Ein Therapieabbruch stellt für die Patien-

ten in erster Linie einen Misserfolg dar und ist zum Teil sicher auch mit Ärger auf die Klinik verbunden. Für die Teilnahmebereitschaft ist dies ungünstig. Die Patienten werden aus der Klinik nicht nach Hause entlassen, sondern in eine JVA. Der Zeitraum, über den schließlich der Aufenthaltsort rekonstruiert werden muss, verlängert sich dadurch und ist zudem auch zum Entlassungszeitpunkt in der Klinik nicht bekannt, anders als bei regulär entlassenen Probanden. Aber es ist auch davon auszugehen, dass der Zustand der Patienten, die keine Therapie erfolgreich absolvieren konnten, im Mittel schlechter ist, was dazu führt, dass diese schlechter zu erreichen und aufzufinden sind. Ein deutlich größerer Teil befindet sich zudem wegen erneuter Straftaten oder Bewährungsversagen wieder in Haft. Verschiedene Faktoren führen also bei Therapieabbrechern ein Jahr nach der Entlassung aus der Forensik zu einem deutlich höheren Drop-Out. Zum einen erschwert dies die Interpretation der vorliegenden Angaben, andererseits weist dies auch schon auf einen ungünstigeren poststationären Verlauf in der Vergleichsgruppe hin.

Die Wohnsituation ist ähnlich wie bei den bedingt Entlassenen von selbständigen Wohnformen gekennzeichnet. Die Arbeitssituation stellt sich als ungünstiger dar. Nur  $\frac{1}{4}$  arbeitet in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis. 42 % dagegen sind von Erwerbslosigkeit betroffen, der größte Teil sogar bereits länger als seit neun Monaten. Hier zeigt sich deutlich der Vorteil der Resozialisierungsbemühungen in forensischen Kliniken. Zudem ist davon auszugehen, dass der hohe Stichprobenschwund eher zu einer Überschätzung der sozialen Situation führt. Die Nicht-Teilnehmer haben vermutlich schlechtere Ergebnisse als die Teilnehmer.

Bereits in der Haft, die nach der Forensik angetreten wird, konsumieren 15 % nach eigenen Angaben Alkohol und 36 % Drogen. Der Schätzkorridor bezüglich der Suchtrückfälligkeit nach einem Jahr in Freiheit muss aufgrund der höheren Ausfallquote deutlich breiter ausfallen und weist damit eine höhere Unschärfe auf. Für die ungünstige Schätzung dürfen die Teilnahmeverweigerer nicht unberücksichtigt bleiben. Es ist somit bei den Therapieabbrechern nach einem Jahr lediglich von einer Abstinenzquote von 25.4 bis 49.2 % auszugehen.

Die Therapieabbrecher schneiden bezogen auf die Suchtrückfälligkeit nach einem Jahr in Freiheit hoch signifikant schlechter ab als diejenigen Patienten, die eine erfolgreiche Therapie absolviert haben. Aber auch alle „weichen“ Parameter zeichnen in der Abbrecher-Gruppe ein ungünstigeres Bild. Die Rückfälle finden bereits sehr viel früher nach der Entlassung statt, was dafür spricht, dass bei vielen Probanden überhaupt keine Abstinenzmotivation zu diesem Zeitpunkt vorlag. Es sind deutlich mehr Rückfälle zu verzeichnen und auch die quantitative bzw. qualitative Einschränkung des Konsums gelingt den Abbrechern kaum oder wird gar nicht erst versucht.

Die Legalbewährungsquote wird zwischen 38.1 und 70.7 % geschätzt und unterscheidet sich hoch signifikant von der bei den bedingt entlassenen Patienten. Was den Schweregrad betrifft, lässt sich jedoch kein Unterschied zu den Delikten der bedingt Entlassenen feststellen.

Von den Fremdbeurteilern wird bei jedem Vierten ein unproblematischer Verlauf mit Abstinenz und Straffreiheit angenommen, bei einem weiteren Viertel zumindest nur mäßiger Konsum in Kombination mit Straffreiheit.

Auch wenn die Analyse der Therapieabbrecher-Gruppe deutlich unterschiedliche Ergebnisse im Vergleich zu den erfolgreich therapierten und danach bedingt entlassenen Probanden erbringt, ist auf die Problematik des Vergleiches hinzuweisen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil kein Kontrollgruppen-Design möglich ist. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen ist nicht zufällig. Während zumindest zum Verurteilungszeitpunkt von Gutachtern und Richtern ein sogenannter Hang zu Substanzen oder Alkohol und auch die positive Behandelbarkeit festgestellt wird, wird zum Abbruchszeitpunkt die Therapierbarkeit der Gruppe der Therapieabbrecher als ungünstiger eingeschätzt. Hier liegt also ein gravierender Unterschied zwischen den beiden Gruppen vor, der sich nicht nur auf die Variable Behandlung vs. Nicht-Behandlung bezieht. Es ist darauf hinzuweisen, dass der Abbruch einer Therapie die Gefahr in sich birgt, anstatt zu keiner Verbesserung sogar zu einer Verschlechterung zu führen (Nedopil, 2005). Die Vergleichbarkeit zwischen den beiden Gruppen ist auch durch die unterschiedlich hohen Teilnahmequoten eingeschränkt. Diese Problematik wiegt aber dadurch weniger schwer, da bei einer Berücksichtigung der Teilnahmeausfälle der Unterschied noch deutlicher zutage tritt.

## 6.4 Was macht den Unterschied? – Prädiktoren für einen erfolgreichen Verlauf

In diesem Abschnitt werden die erhobenen Variablen zur biografischen und forensischen Anamnese mit verschiedenen Erfolgsparametern in Beziehung gesetzt. Der Schwerpunkt wird dabei bei den § 64-Patienten auf den Suchtverlauf gelegt, wie er sich ein Jahr nach der Entlassung aus der Forensik darstellt. Für alle Probanden, also alle ehemals nach den §§ 63 und 64 untergebrachte Patienten wird der Zusammenhang zur Legalbewährung diskutiert, wie er von den Probanden selbst nach einem Jahr angegeben wird. Es wird in Tabelle 6.1 zu diesen Ergebnissen angegeben, welche Befunde aus der Literatur Aussagen ermöglichen und wie sich der Vergleich zu Ergebnissen in der früheren Auswertung von Bezzel (2008) darstellt. Wenn zusätzliche Erkenntnisse für die Auswertung der Auszüge aus dem Bundeszentralregister vorliegen, die einen längeren Zeitraum abbilden können, werden diese ebenso dargestellt.

Nedopil (2005) berichtet von geringeren Rückfallraten weiblicher Straftäter, was sich in der § 64-Stichprobe auch tendenziell so zeigt, jedoch statistisch nicht nachweisbar ist. Sowohl in der längerfristigen BZR-Auswertung als auch in der § 63-Stichprobe kann dies so nicht bestätigt werden. Für den Suchtverlauf ergibt sich ebenfalls für die Frauen ein günstigeres Bild.

Übereinstimmend wird in der Literatur berichtet, dass der frühe Beginn antisozialen Verhaltens prognostisch ungünstig ist und zunehmendes Alter insgesamt für abnehmendes Rückfallrisiko spricht (Andrews & Bonta, 2010; Jehle et al., 2003; Nedopil, 2005). In beiden Stichproben zeigt sich tendenziell ein vergleichbarer Befund. Von Bezzel (2008) wurde zumindest für die Stichprobe der psychiatrischen Patienten die gleiche Tendenz berichtet. Auch für den weiteren Suchtverlauf erweist es sich als günstiger, wenn das Aufnahmealter höher ist. Teilweise wird in der Literatur auch angegeben, dass ein „mittleres Alter“ besonders günstig für einen Behandlungserfolg sein sollte, wobei sich dann wiederum wenig genaue Angaben dazu finden lassen, was genau mit „mittlerem Alter“ gemeint ist (Petry, 1996). Ein bemerkenswerter Einzelfund kann für den Vergleich der beiden § 64-Subgruppen Alkoholiker und Drogenabhängige diskutiert werden. Patienten, die bei ihrer Aufnahme zwischen 18 und 21, also noch sehr jung sind, unterscheiden sich merklich voneinander. Während die Drogenabhängigen erwartungskonform besonders ungünstige Ergebnisse nach einem Jahr aufweisen und dieses niedrige Alter als sehr kritisch zu bewerten ist, ist das poststationäre Behandlungsergebnis für sehr junge Alkoholiker deutlich besser. Sie sind überdurchschnittlich oft abstinent oder abstinent nach einem Rückfall und straffattfrei. Als Erklärung kann diskutiert werden, dass innerhalb der Behandlung bei diesen eine Nachrei-

fung in Gang gesetzt werden kann, während bei sehr jungen Drogenabhängigen dagegen keine tragende Motivation generiert werden kann. In den weiteren Vergleichen unterscheiden sich die Alkoholiker in Bezug auf die ermittelten Zusammenhänge nicht wesentlich von den Drogenabhängigen.

An verschiedenen Literaturstellen wird auf unterschiedliche Rückfallraten von Delikten hingewiesen. Nedopil (2005) berichtet von hohen Raten bei Körperverletzern und Raubdelinquenten, Jehle et al. (2003) berichten von niedrigerer genereller Rückfälligkeit bei Tötungsdelikten. Bei Verkehrsdelikten wird ebenfalls von einer niedrigeren Rate ausgegangen. Für die untersuchten § 63-Probanden lässt sich die Tendenz feststellen, dass Sexualdelinquente kein Rückfalldelikt begangen haben, dagegen tendenziell viele Rückfälle bei Tätern auftreten, die nach Raubdelikten untergebracht worden waren. Dies zeigt sich im längerfristigen Verlauf bei den BZR-Auszügen noch deutlicher. Bei den § 64-Patienten wurden keine Rückfalldelikte in den allerdings recht kleinen Gruppen der Sexualstraftäter, der Brandstifter und der Täter mit Tötungsdelikten vermerkt, auch Körperverletzungsdelikte waren prognostisch günstig. Eigentums- und BtMG-Delikte als Anlassdelikt erwiesen sich dagegen tendenziell als prognostisch ungünstig. Interessanterweise konnten auch Zusammenhänge zwischen Anlassdelikten und Suchtverhalten beobachtet werden, die teilweise sogar signifikant waren. Eigentumsdelinquente schafften es signifikant seltener, abstinent zu leben und waren häufiger mit einer Ersatzsubstanz substituiert. Aufgrund dieser weniger schwerwiegenden Delikte könnten stärkere Bagatellisierungstendenzen bei diesen Probanden diskutiert werden. Eine weitere Erklärung hierfür könnte sein, dass aggressivere Delikte auch für mehr „Härte“ oder „Strenge“ gegen sich selber und somit mehr Konsequenz in der Behandlung sprechen. Alle Brandstifter – eine insgesamt sehr kleine Gruppe – können abstinent bleiben.

Zur Höhe der Freiheitsstrafe merken Jehle, Heinz und Sutterer (2003) an, dass das Rückfallrisiko desto höher ist, je länger die verhängte Freiheitsstrafe war. Dazu ist in der vorliegenden Untersuchung darauf hinzuweisen, dass die Freiheitsstrafen untersucht werden, die parallel zur Unterbringung verhängt wurden. Bei Jehle et al. (a. a. O.) dagegen bezieht sich die Freiheitsstrafe auch direkt auf die Dauer der Inhaftierung. In Bezug auf die Legalbewährungsquoten ergeben sich keine klaren Zusammenhänge in eine Richtung, beim Suchtverlauf zeigt sich aber, dass bei höheren Freiheitsstrafen eher Abstinenz erreicht wird. Es ist dabei auf die Abhängigkeit dieser Variable von den verurteilten Anlassdelikten hinzuweisen.

Für die Zeitdauer, die Untergebrachte direkt vor der Therapie in einer JVA verbringen, zeigt sich bei § 64-Patienten ein signifikant negativer Effekt. Je kürzer diese Zeit war, desto höher ist die deliktische Rückfälligkeit nach einem Jahr. Für die längerfristige Auswertung der BZR-Auszüge lässt sich kein Zusammenhang nachweisen. Auch hier muss berücksichtigt werden, dass diese Variable mit der verhängten Freiheitsstrafe zusammenhängt. Bei Probanden mit längeren Freiheitsstrafen ist auch die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie sich vor ihrer Aufnahme länger in einer JVA befinden.

Gerichtliche Weisungen werden den Entlassenen eigens auferlegt, um ihnen bei der Resozialisierung und der Straftatfreiheit zu helfen. Während zum Ein-Jahreszeitpunkt nur tendenzielle Hinweise in diese Richtung feststellbar sind, zeigt sich bei der längerfristigen Auswertung der Bundeszentralregisterauszüge für beide Gruppen ein signifikant günstigerer Effekt für ambulante Nachsorgemaßnahmen als für Weisungen. Probanden, die an einer derart intensiven Nachbetreuungsmaßnahme teilnehmen, sind besser vor weiteren Straftaten geschützt. In der § 64-Stichprobe ergibt sich das signifikante und etwas widersprüchliche Ergebnis, dass von ehemaligen Patienten häufiger wieder Delikte begangen werden, wenn sie an einer Selbsthilfegruppe, wie z. B. anonyme Alkoholiker oder Kreuzbund teilnehmen müssen. Mögliche Ursachen hierfür können ungünstige Kontakte sein, die möglicherweise in einer derartigen Gruppe geknüpft oder gepflegt werden. Es ist aber auch denkbar, dass überhaupt kein ursächlicher Zusammenhang besteht und lediglich zurecht ungünstig eingeschätzte Probanden in einer Weisung zu dieser Teilnahme verpflichtet werden.

Während die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung bei § 64-Patienten nur selten vorkommt – die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfordern eine deutlich nachgewiesene Betreuungsbedürftigkeit – ist dies bei psychisch gestörten § 63-Patienten häufig der Fall. Umso positiver ist das Ergebnis zu werten, dass ein signifikant günstiger Effekt dieser Maßnahme auf die Verhinderung zukünftiger Straftaten in dieser Gruppe festgestellt werden kann. Auch von Bezzel (2008) konnte eine Tendenz in diese Richtung aufgezeigt werden.

Im Fragebogen war die Frage nach rechtzeitiger Kontakthanbahnung zu einem Bewährungshelfer vorgesehen. Es lag die Annahme zugrunde, dass es besser ist, wenn Patienten bereits innerhalb der Therapie Kontakt zum Bewährungshelfer aufnehmen und nicht erst nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Dafür konnten mit den vorliegenden Daten keine Belege gefunden werden.

Andrews und Bonta (2010) hatten bei ihren empirisch fundierten „Central Eight“ – den acht am besten nachgewiesenen prädiktiven Bereichen – festgestellt, dass die verbale Intelligenz von Straftätern nahezu unerheblich für das zukünftige Rückfallrisiko ist. Die Daten der untersuchten Probanden ergeben für die § 63-Patienten ebenfalls keine Zusammenhänge, für die § 64-Patienten hingegen schon: Insgesamt zeigt sich, dass tendenziell mehr Rückfalldelikte von intelligenteren Probanden begangen werden. Eine Ausnahme stellen nur die überdurchschnittlich Intelligenten dar, die wieder etwas günstiger abschneiden. Tendenziell günstig ist der Einfluss der geschätzten Intelligenz auf den Suchtverlauf.

Der frühe Beginn einer Erkrankung sollte einen Hinweis auf die Stabilität und den Schweregrad liefern können. Dies zeigt sich in der Gruppe der suchtkranken Straftäter, in der die Abstinenzquote ein Jahr nach der Entlassung umso niedriger ist, je jünger der jeweilige Patient beim Beginn der Suchterkrankung war. Somit scheint ein frühes Erkrankungsalter tatsächlich deutlich den höheren Schweregrad der Erkrankung abzubilden. Andererseits wird von Andrews und Bonta (2010) bezweifelt, dass die „Geschichte“ der Suchterkrankung auf das deliktische Rückfallrisiko einen Einfluss hat, ganz im Gegensatz zur aktuellen Ausprägung dieser Erkrankung. Während in der früheren Auswertung von Bezzel (2008) noch tendenzielle Hinweise auf die negative Vorhersagekraft eines frühen Erstmanifestationsalters berechnet werden konnten, finden sich nun in keiner der Auswertungen Hinweise dafür, die dem zitierten Befund entsprächen.

Was die psychiatrische Vorgeschichte betrifft, konnten Zusammenhänge früherer stationär-psychiatrischer Behandlungen, früherer Maßregelvollzugsbehandlungen und vormaliger Therapieabbrüche insgesamt auf die Erfolgsparameter untersucht werden. Sowohl für forensische als auch für allgemein-psychiatrische Vorbehandlungen können negative Zusammenhänge auf Abstinenz nach einem Jahr gefunden werden, die desto klarer sind, je mehr Voraufenthalte beschrieben wurden. Dieses Ergebnis ist nicht signifikant. Der Zusammenhang zeigt sich insgesamt für beide Gruppen auch bei erneuten Straftaten mit einer Ausnahme: Bei § 63-Patienten zeigt sich, dass alle Probanden straftatfrei bleiben, die jemals stationär forensisch vorbehandelt worden waren. In der Gruppe der § 64-Patienten ergibt sich als signifikantes Ergebnis im Zusammenhang mit Straftaten, wie sie aus den BZR-Auszügen eruiert werden können, dass frühere Therapieabbrüche das deliktische Rückfallrisiko erhöhen.



Anzahl und Art der Vorstrafen können auch dem Faktor „früheres antisoziales Verhalten“ der „Big Four“ von Andrews und Bonta (2010) zugerechnet werden und sollten demnach einen deutlichen Einfluss auf das Rückfallrisiko haben. Tendenziell zeigt sich das in der § 64-Gruppe bei der Einjahres-Katamnese, in der Vorbestrafte häufiger wieder Rückfalldelikte begehen. Gerade Raubdelikte und Verkehrsdelikte scheinen sich hier tendenziell ungünstig auszuwirken. Signifikant mehr Rückfalldelikte können bei Tätern mit früheren Eigentumsdelikten beobachtet werden. Ein sehr günstiger Zusammenhang wird in dieser Gruppe mit dem Suchtverlauf festgestellt, wenn keine Vorstrafen vorliegen. In der § 63-Gruppe kann der tendenziell prädiktive Effekt nur in der längerfristigen Auswertung der BZR-Auszüge in dieser hypothesenkonformen Richtung gezeigt werden. Die Anzahl der vorstrafenbedingten Einträge ins BZR liefert kaum Hinweise in Bezug auf die weitere Legalbewährung. In der § 64-Gruppe zeigt sich die Tendenz, dass wenige Einträge zwar erwartungsgemäß günstig sind, dann aber zweigipflig die Gruppen mit 6-10 und die mit 16-20 Eintragungen die ungünstigsten darstellen.

Ebenfalls erwartungsgemäß kann beobachtet werden, dass die Rückfallraten in beiden Stichproben bei sehr frühem Delinquenzbeginn am höchsten sind, signifikant wird dies in der Auswertung der BZR-Auszüge. Dies stellt ein Ergebnis dar, das in der Auswertung 2008 von Bezzel so noch nicht dargestellt werden konnte.

Während ein Migrationshintergrund grundsätzlich zu den Faktoren gerechnet wird, die ein Risiko für ungünstige Entwicklungen, z. B. für das Begehen von Straftaten, darstellen können, zeigte sich in der groß angelegten Rückfallstatistik von Jehle, Heinz und Sutterer (2003), dass das Risiko verurteilter Straftäter, innerhalb von vier Jahren wieder ein Delikt zu begehen, bei Deutschen deutlich höher ist als bei Probanden mit anderen Staatsangehörigkeiten. Kritisch anzumerken ist für diese Form der Datengewinnung, dass in der Ausländergruppe davon auszugehen ist, dass die „Schwund-Wahrscheinlichkeit“ höher ist, beispielsweise, weil die Probanden inzwischen abgeschoben sein könnten und somit für die Erhebung nicht mehr erreichbar sind. Bezzel hatte in ihrer Auswertung 2008 gezeigt, dass Patienten, die in Regensburg gemäß § 64 untergebracht sind, deutlich häufiger eine Therapie erfolgreich beenden können, wenn sie in Deutschland geboren wurden. Bezüglich ihres Suchtverhaltens nach der Entlassung zeigen in Deutschland Geborene tendenziell mehr positive Verläufe als Patienten, die in den ehemaligen GUS-Staaten geboren wurden. Beim Legalverhalten ergibt sich, dass einerseits in GUS-Staaten Geborene schlechter in der Einjahres-Katamnese aber auch in der längerfristigeren BZR-Auswertung abschneiden. In anderen Ländern Geborene weisen eine deutlich günstigere Entwicklung auf. Andererseits liegt für die große Gruppe derjenigen, die in Deutschland geboren wurden nach einem Jahr eine

günstige Rückfallquote vor, nach längerer Zeitdauer bei Auswertung der BZR-Einträge aber ein schlechteres Ergebnis als andere Probanden.

Die Analyse der erst später eingeführten Variablen zur kindlichen und jugendlichen Sozialisation erbringt beim Suchtverhalten nach einem Jahr tendenzielle Zusammenhänge. Probanden, die bei beiden Eltern anstatt bei nur einem Elternteil aufgewachsen sind, sind nach einem Jahr deutlich häufiger abstinent und seltener dauerhaft konsumierend. Ein ebenso hypothesenkonformer Zusammenhang liegt bei Belastungen vor, die im Kindes- und Jugendalter auf Probanden wirken und Auffälligkeiten, die sie selbst zeigen. Wenn dies häufiger der Fall ist, gibt es weniger Abstinente und dafür mehr Dauerkonsumierende nach einem Jahr. Anders ist das aber beim Vorliegen der Einzel-faktoren Delinquenz der Eltern und Gewalterfahrung durch diese sowie bei Verhaltensauffälligkeiten oder Alkoholmissbrauch der Probanden selbst in diesem frühen Alter. Diese Faktoren wirken sich auf den weiteren Suchtverlauf positiv auf, was möglicherweise damit erklärt werden kann, dass dies im vorliegenden Studien-Design bedeutet, dass von den Therapeuten gut Ansatzpunkte für eine effektive Behandlung identifiziert werden konnten. So konnten unter Umständen dadurch bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden. Möglicherweise bildet sich in diesen Angaben aber auch eine größere Ehrlichkeit von Probanden ab, die auch schambesetzte Belastungen und Auffälligkeiten preisgegeben haben. Bezüglich des weiteren Legalverhaltens nach der Entlassung gibt es in der Einjahres-Katamnese bei den § 64-Patienten kein signifikantes Ergebnis, jedoch in der BZR-Auswertung, die einen längeren Zeitraum umfasst. Wenn die Eltern Suchtprobleme hatten oder die Probanden selbst unter solchen zu leiden hatten, wirkt sich das so aus, dass diese Täter nach ihrer Entlassung signifikant weniger oft wieder Straftaten begehen. Auch hier liegt die Erklärung gut identifizierter und behandelter Problemfaktoren am nächsten.

Innerhalb der „Central Eight“-Faktoren von Andrews und Bonta (2010), die prädiktive Aussagekraft im Hinblick auf Rückfälligkeit mit Straftaten aufweisen, zählen sowohl Schulbildung als auch Berufsausbildung zu einem der „Moderate Four“-Bereiche. In gewissem Rahmen sollten also gute Voraussetzungen in diesen Bereichen Patienten vom erneuten Begehen von Delikten schützen. Dies wird tendenziell bei der Schulbildung für den Suchtverlauf nach der Entlassung aus der Forensik deutlich. Bei der Legalbewährung kann in der § 64-Stichprobe kein Einfluss durch eine abgeschlossene Berufsausbildung gezeigt werden. Die Rückfallgefahr für weitere Straftaten sinkt aber tendenziell mit steigender Schulbildung. In Bezug auf die Arbeitssituation ist es für Probanden der § 64-Gruppe günstiger, aus einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis heraus in die Forensik aufgenommen zu werden als wenn dies aus einer bestehenden Erwerbslosigkeit geschieht. Die deliktische Rückfallgefahr ist dann

tendenziell höher. Dagegen werden nicht mehr neue Straftaten beobachtet, wenn Patienten bei ihrer Entlassung keine Arbeit vorweisen können. Günstig scheinen hier sozialversicherungspflichtige Teilzeittätigkeiten, arbeitstherapeutische Maßnahmen und Werkstätten für behinderte Menschen zu sein. Dies kann so erklärt werden, dass nicht ein hohes bzw. ausreichendes Einkommen oder Prestige im Vordergrund steht, sondern die Einbindung in eine verbindliche Tagesstruktur. Dies stellt sich für die ehemaligen Psychiatrie-Untergebrachten gemäß § 63 ähnlich dar: Sowohl Vollzeitbeschäftigung als auch die Integration in andere Tagesstrukturen wirken hier günstig.

Nach den meta-analytisch ermittelten Faktoren von Andrews und Bonta (a. a. O.) ist ein positiver Einfluss zum einen der Ursprungsfamilie und des dortigen Bindungsverhaltens, zum anderen der aktuellen familiären Situation zu erwarten, was in den hier ermittelten Angaben zur Wohnsituation und zum Familienstand verglichen werden kann. Durchgängig weisen alle Parameter die Tendenz auf, dass selbständiges Wohnen im Gegensatz zu Wohnsituationen mit partnerschaftlicher oder familiärer Einbindung oder in komplementären Einrichtungen negativere Ergebnisse mit sich bringt. Verheiratete scheinen sich ebenso entsprechend dieser Annahme zumindest in der § 64-Stichprobe besser im Suchtverlauf und im Legalverhalten zu bewähren. Ein signifikanter Unterschied ergibt sich dabei, wenn die Angaben aus den BZR-Auszügen zur Erfolgsbewertung herangezogen werden. Außer den Verheirateten schneiden hier aber etwas überraschend auch Geschiedene und Alleinstehende günstiger ab, in Partnerschaften Gebundene aber schlechter. Bei den Angaben zu Kindern ist es für Probanden grundsätzlich prädiktiv tendenziell günstiger, Kinder zu haben, wobei die günstigste Anzahl von Parameter zu Parameter etwas variieren kann. Insgesamt können die Ergebnisse so diskutiert werden, dass Selbständigkeit und Alleinesein das Risiko erhöhen.

Nedopil (2005) weist explizit darauf hin, dass das Verhalten während der Strafhaft – die Aussage bezieht sich zuerst auf Inhaftierte im Regelvollzug – ein wichtiger Prädiktor ist, der Schlüsse auf das Bewährungsverhalten nach der Entlassung zulässt. In der vorliegenden Untersuchung wird das insgesamt recht deutlich. Prädiktiv günstig für Abstinenz nach einem Jahr ist vor allem das Verhalten bezogen auf die Sucht während der Unterbringung gut nachvollziehbar. Die besten Ergebnisse werden von den ehemaligen Patienten berichtet, die während der Unterbringung nicht mit Rückfällen aufgefallen sind. Je mehr Rückfälle bekannt sind, desto schlechter ist das beobachtete Ergebnis nach einem Jahr, wobei ab drei Rückfällen bereits eine plateauhafte Entwicklung zu verzeichnen ist. Auch bei Entweichungen liegt ein tendenzieller Zusammenhang zur Abstinenz nach einem Jahr vor, während dieser für Tötlichkeiten, erneute Straftaten und besondere Behandlungsprobleme nicht festgestellt werden.

Während erwartungsgemäße Zusammenhänge von Verlaufsparemtern und Erfolgsmaßen in der § 64-Stichprobe gefunden wurden, war dies bei den § 63-Patienten nur eingeschränkt der Fall. Bei diesen können sich keine Tendenzen für Lockerungsmissbräuche / Entweichungen und Tötlichkeiten gegenüber Personal aufgezeigt werden. Eher unerwartet war das Ergebnis, dass Täter, die während ihres Aufenthaltes tötlich aggressiv gegenüber Personal waren, keine Rückfalldelikte innerhalb eines Jahres begangen haben, was auch für diejenigen zutrifft, die bereits während der Unterbringung erneute Delikte begangen haben. Andererseits hingen sowohl besondere Behandlungsprobleme als auch Suchtrückfälle hypothesenkonform mit dem Begehen von Straftaten im ersten Jahr in Freiheit zusammen.

Bei den § 64-Patienten, bei denen eine Behandlung wegen mangelnder Aussicht auf Erfolg abgebrochen werden musste, geschieht dies je nach Schweregrad, wenn eine Entweichung oder ein Lockerungsmissbrauch vorliegt. Für diejenigen Probanden, die nach einem derartigen Vorfall ihre Therapie weiterführen und schließlich mit einer bedingten Entlassung abschließen, ergibt sich ein Jahr nach der Entlassung eine tendenziell höhere Rückfalldelinquenz. Dies kann auch festgestellt werden, wenn während der Unterbringung Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten beobachtet wurden, nicht aber bei Tötlichkeiten gegenüber Teammitgliedern, weil dann sofort die Therapie abgebrochen wurde. Sowohl Straftaten, die innerhalb des Behandlungszeitraums begangen wurden, als auch Schwierigkeiten in der Behandlung zeigten keine Tendenzen auf das Legalverhalten nach einem Jahr. Die längerfristige Auswertung der BZR-Auszüge ergab aber einen signifikanten Zusammenhang von derartigen Problemen mit häufigerem Auftreten von Rückfalldelikten. Der deutlichste Zusammenhang war für Suchtmittelrückfälle während der Behandlung feststellbar, die sich auf das erneute Begehen von Straftaten nach einem Jahr aber auch im längeren poststationären Zeitverlauf, durch BZR-Einträge überprüft, signifikant deutlich auszuwirken schienen. Für die Diskussion ergibt sich insgesamt der Befund, dass das Verhalten während des stationären Aufenthaltes deutliche Zusammenhänge zum Behandlungsergebnis aufweist.

Die Einschätzung des Behandlungsergebnisses durch die Therapeuten ließ bei den § 63-Patienten keine Schlüsse auf die Bewährung nach einem Jahr zu, bei den § 64-Patienten nicht in Bezug auf ihr Suchtverhalten. Sowohl die Einschätzung der Suchterkrankung am Ende der Behandlung als auch des Sozialverhaltens und einer weiteren psychischen Erkrankung weist einen tendenziell positiven Zusammenhang zur Legalbewährung nach einem Jahr auf. Die Einschätzung der eigenen Therapie durch Patienten hängt signifikant damit zusammen. Je besser diese Patienten ihre Therapie selbst einschätzten, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Jahr später keine Straftaten begangen werden.

Zusammenfassend kann für die Prädiktoren des poststationären Verlaufs festgestellt werden, dass zwar einige Zusammenhänge sichtbar werden, diese jedoch meist tendenziell, nicht aber statistisch signifikant ausfallen.

Für die § 63-Probanden ergeben sich für zwei Variablen prädiktive Zusammenhänge. Wenn die Straftaten ausgewertet werden, die über den Gesamtzeitraum im Bundeszentralregister zu jedem entlassenen Patienten vermerkt sind, erweisen sich die

- Weisung, an einer ambulanten Nachsorgemaßnahme teilzunehmen, oder die
- Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

als positiv prädiktiv. Für die eigenen Angaben von Probanden in der Einjahres-Katamnese wird diese Tendenz zwar auch deutlich, kann aber nicht statistisch abgesichert werden.

In der Gruppe der § 64-Patienten ergeben sich mehrere signifikante Zusammenhänge. Probanden,

- die keine Vorstrafen mit Diebstählen oder Betrugsdelikten hatten, oder
- die keine oder wenige Suchtmittelrückfälle während der Therapie hatten,

begehen signifikant weniger häufig nach einem Jahr (nach eigenen Angaben) wieder Straftaten. Bei der letzten Variable wird dabei allerdings das Kriterium des Chi-Quadrat-Testes der mindestens erwarteten Häufigkeit von 5 pro Zelle in 30 % der Fälle verletzt, wobei nur 20 % toleriert werden sollten (Bortz, 2005).

Bei Auswertung der BZR-Auszüge über den gesamten ermittelten Zeitraum, der damit individuell vom Zeitpunkt der Entlassung abhängt und zudem nur verurteilte und aktenkundige Delikte erfasst, ergeben sich bessere Ergebnisse für Probanden, die:

- zur Teilnahme an einer ambulanten Nachsorge verpflichtet werden,
- nicht zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe verpflichtet werden,
- in früheren Behandlungen – forensisch oder allgemein-psychiatrisch – keine Therapieabbrüche zu verzeichnen hatten,
- ihre erste Straftat nicht vor einem Alter von 20 Jahren begangen hatten,
- Eltern mit Suchtproblemen hatten (!),
- bereits in Kindheit oder Jugend Alkohol, Drogen oder Medikamente konsumierten (!),
- verheiratet, geschieden oder alleinstehend waren, nicht aber in festen Partnerschaften leben,
- im Verlauf der Therapie keine besonderen Behandlungsprobleme hatten,
- keine oder nur wenige Suchtmittelrückfälle während der Therapie hatten,
- ihre Therapie selbst positiv beurteilten oder
- vom Behandlungsteam als in ihrer Suchtproblematik gebessert eingeschätzt

wurden. Auch hier ist in der letzten Variable das Zellenbesetzungskriterium in 33.3 % der Fälle anstatt der maximal zulässigen 20 % verletzt.

Für die Angaben zur Abstinenz, wie sie von Patienten ein Jahr nach ihrer Entlassung selbst gegeben werden, gibt es für zwei Variablen signifikante Ergebnisse. Wenn:

- Patienten wegen Betrugs- oder Diebstahlsdelikten als Anlassdelikt untergebracht waren oder
  - Patienten mit Betrugs- oder Diebstahlsdelikten vorbestraft sind,
- ergeben sich bezüglich einer Abstinenz signifikant schlechtere Ergebnisse.

Tabelle 6.1: Zusammenstellung der Prädiktoren

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Geschlecht</b>	<b>Nedopil (2005):</b> Frauen haben geringere Rückfallraten	Frauen: kein Dauerkonsum, höherer Anteil dauerhaft Abstinenter 65.2 % vs. 47.4 %, n. s.	9.5 % der Frauen haben eine Straftat begangen, 16.1 % der Männer, n. s. <b>BZR:</b> kein Unterschied	
<b>Alter bei Aufnahme</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> frühes antisoziales Verhalten <b>Jehle et al. (2003):</b> Ältere werden weniger rückfällig (z. B. > 50), <b>Nedopil (2005):</b> > 70	höheres Aufnahmealter → tendenziell mehr dauerhaft Abstinente 18-21: 50.1 % abstinent oder abstinent nach Rückfall 22-45: 69.1 - 79.0 % abstinent oder abstinent nach Rückfall 46-55: 57.1 - 60.0 % abstinent oder abstinent nach Rückfall > 56: 100.0 % abstinent (kleine Fallzahlen) n. s.	älter als 35 J. bei Aufnahme: weniger deliktische Rückfälle, Aufnahmealter zwischen 22 und 25 J. eher günstig, n. s. <b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz	älter als 31 bei Aufnahme: kaum deliktische Rückfälle <b>Bezzel (2008):</b> höheres Alter tendenziell günstig

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Anlassdelikt</b>	<p><b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> „Schwere“ des Anlassdeliktes spielt keine Rolle</p> <p><b>Nedopil (2005):</b> Hohe Rückfallraten bei Körperverletzungen und Raubdelikten (35 %)</p> <p><b>Jehle et al. (2003):</b> Tötungsdelikt (27 %), Diebstahl (39 %), schwerer Diebstahl (59 %), Raub (59 %), Betrug 35 %, Verkehrsdelikte (24 %), BtMG-Delikte (52 %)</p>	<p>Körperverletzung: weniger dauerhaft Abstinente (41.9 % vs. 50.5 %) aber mehr abstinenter oder abstinenter nach Rückfall (74.5 % vs. 68.8 %), n. s.</p> <p>Raub/räuberische Erpressung: mehr abstinenter und abstinenter nach Rückfall (84.6 % vs. 68.0 %) n. s.</p> <p><b>Betrug / Diebstahl: weniger dauerhaft Abstinente und vor allem mehr Substituierte **</b></p> <p>Brandstiftung: alle wieder abstinenter nach Rückfall (100.0 %; n = 4!)</p> <p><b>Bezzel (2008):</b> tendenziell weniger Abstinenz bei gewaltlosen Eigentumsdelikten, beste Quote bei Gewalttätern</p>	<p>keine Rückfalldelikte bei Tötungsdelikten (n = 4), Sexualdelikten (n = 7) und Brandstiftungen (n = 4);</p> <p>weniger Rückfalldelikte bei Probanden mit Körperverletzungsdelikten und Verkehrsdelikten;</p> <p>mehr Rückfalldelikte bei Probanden mit Betrugs- und Diebstahldelikten; n. s.</p> <p><b>BZR:</b> keine Straftaten bei Tätern mit Sexualdelikt; n. s.</p> <p><b>Bezzel (2008):</b> tendenziell mehr Rückfalldelikte bei BtMG- und Eigentumsdelikten gegenüber Gewaltdelikten</p>	<p>keine Straftaten bei Tätern mit Sexualdelikt als Anlassdelikt</p> <p>viele Straftaten bei Tätern mit Raub/räuberische Erpressung als Anlassdelikt</p> <p><b>BZR:</b> keine Straftaten bei Tätern mit Tötungsdelikt, viele Straftaten bei Raub / räub. Erpressung und Betrug/Diebstahl</p> <p><b>Bezzel (2008):</b> Sexualdelinquente tendenziell günstig</p>



	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Höhe der Freiheitsstrafe</b>	<b>Jehle et al. (2003):</b> je länger verhängte FHS, desto höheres Rückfallrisiko	höhere Freiheitsstrafe: mehr Abstinente und abstinenter nach Rückfall	mehr Rückfalldelikte bei Freiheitsstrafen zwischen 7 und 12 Monaten und zwischen 25 und 30 Monaten	<b>Bezzel (2008):</b> keine FHS tendenziell ungünstig
<b>Zeit in der JVA vor Therapiebeginn</b>			<b>höhere Rückfallraten bei kürzeren Zeiten in Haft (JVA) vor Therapiebeginn *</b> <b>BZR:</b> kein signifikanter Unterschied <b>Bezzel (2008):</b> kein Ergebnis	

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Weisungen</b>		Selbsthilfegruppe: deutlich mehr Abstinente oder abstinent nach Rückfall (81.2 % vs. 68.0 %) Unterbringung in einer komple- mentären Einrichtung: kaum Suchtrückfälle	<b>BZR: ambulante Nachsorge ist prädiktiv günstig*</b> <b>Selbsthilfegruppe prädiktiv un- günstig*</b>	erneute Straftaten nur bei Probanden mit Abstinenz- weisung häufiger Straftaten, wenn keine ambulante Nachsorge als Weisung <b>BZR: häufiger Straftaten, wenn keine ambulante Nachsorge als Weisung**</b>
<b>Betreuer</b>				keine Straftaten bei Vorlie- gen einer gesetzlichen Be- treuung <b>BZR: weniger Straftaten mit gesetzlicher Betreu- ung*</b> <b>Bezzel (2008):</b> Betreuung tendenziell günstig

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>frühzeitiger Kontakt zum Bewährungshelfer</b>			kein positiver Einfluss durch Kontakthanbahnung zum Bewährungshelfer während des stationären Aufenthaltes <b>Bezzel (2008):</b> kein Einfluss	kein positiver Einfluss durch Kontakthanbahnung zum Bewährungshelfer während des stationären Aufenthaltes
<b>Intelligenzschätzung</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> Verbale Intelligenz spielt keine Rolle	überdurchschnittlich Intelligente sind stabiler	je intelligenter, desto höher der Anteil neuer Delikte (Ausnahme sind überdurchschnittlich Intelligente), n. s.	
<b>Erstmanifestationsalter der Erkrankung</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> Entscheidend für deliktische Rückfallgefahr ist aktuelle Suchterkrankung und nicht die Suchtgeschichte	<18: 66.9 % abstinent oder abstinent nach Rückfall 18 - 25: 71.2 % 26 - 35: 78.2 % 36 - 45: 75.0 % (n = 4!) n. s.	kein Einfluss des Alters bei Erstmanifestation	<b>Bezzel (2008):</b> jüngeres Erstmanifestationsalter tendenziell ungünstig

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Stationäre Vorbehandlungen</b>		keine: 75.7 % abstinent oder abstinent nach Rückfall eine: 69.8 % mehrere: 58.4 % n. s.	am meisten Rückfalldelikte bei einer psychiatrischen Vorbehandlung, am wenigsten bei keiner Vorbehandlung, n. s. <b>BZR: je mehr Therapieabbrüche, desto häufiger Rückfalldelinquenz*</b>	keine Rückfalldelikte bei Probanden ohne stationäre Vorbehandlungen <b>Bezzel (2008):</b> häufige Vorbehandlungen tendenziell ungünstig
<b>Vorbehandlungen im Maßregelvollzug</b>		keine: 72.3 % abstinent oder abstinent nach Rückfall eine: 56.4 % n. s.	je mehr forensische Voraufenthalte, desto mehr Rückfalldelikte (13.3 %; 26.3 %; 33.3 %) keine vorzeitigen Therapieabbrüche in der Vergangenheit → geringste Rückfallquote <b>Bezzel (2008):</b> frühere forensische Behandlungen tendenziell ungünstig	alle Probanden mit Maßregelvollzugs-Vorbehandlungen blieben straftatfrei

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
bisher längste Abstinenzpha- se		mehr Abstinente und Abstinente nach einem Rückfall, je länger bereits auch frühere Abstinenz- phasen waren  aber: hohe Abstinenzrate auch, wenn bisher überhaupt keine längeren Abstinenzphasen		

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Vorstrafen</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> frühes antisoziales Verhalten (Anzahl der Vorstrafen, Straftaten aus verschiedenen Bereichen)	keine Vorstrafen: kein Dauerkonsum, keine Substitution, nur 20.0 % unregelmäßiger Konsum, n. s. aber: nur 25 Probanden (10.0 %) haben keine Vorstrafen <b>signifikant besseres Ergebnis für nicht mit Betrugs- / Diebstahldelikt Vorbestrafte *</b> tendenziell besseres Ergebnis für nicht vorbestraft mit Körperverletzung, Raub / räuberische Erpressung, BtMG-Delikt und Verkehrsdelikt	weniger Delikte (8.0 % vs. 16.4 %) bei Nicht-Vorbestraften, n. s. mehr Delikte bei Raub / räuberischer Erpressung und Verkehrsdelikten als Vorstrafe (23.7 %; n = 9 vs. 15.0 %; n = 28) bzw. (18.6 %; n = 26 vs. 12.9 %; n = 11); n. s. <b>signifikant mehr Delikte bei Betrugs- oder Diebstahl-Vorbestraften (21.4 %; n = 30 vs. 8.2 %; n = 30) **</b> 100.0 % (n = 4) der vorbestraften Brandstifter bleiben rückfallfrei <b>BZR:</b> kein Unterschied zwischen Vorbestraften und Nicht-Vorbestraften	Vorliegen von Vorstrafen insgesamt nicht prädiktiv Vor-Delinquenz: Sexual-Delikt → kein Rückfall-Delikt <b>BZR:</b> Vorliegen von Vorstrafen → mehr Rückfalldelikte Vor-Delinquenz: Körperverletzung → weniger Rückfall-Delinquenten

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>BZR-Einträge</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> frühes antisoziales Verhalten (Anzahl der Vorstrafen, Straftaten aus verschiedenen Bereichen)	günstigster Verlauf bei 1-5 Einträgen, ungünstiger bei 6-15, bei über 16 Eintragungen relativ viele Abstinente aber auch viele, die dauerhaft konsumieren, n. s.	am meisten Rückfälle bei Probanden mit 6-10 und mit 16-20 Vorstrafen	<b>Bezzel (2008):</b> keine oder wenige Vorstrafen tendenziell ungünstig
<b>Delinquenzbeginn</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> frühes antisoziales Verhalten (Anzahl der Vorstrafen, Straftaten aus verschiedenen Bereichen)	Delinquenzbeginn über 30 Jahren ist ungünstig, n. s.	höchste Rückfallrate bei 1. Straftat vor 18 Jahren (18.7 %), keine Rückfälle der 4 Probanden, die 1. Straftat erst nach Alter von 40 Jahren begangen haben <b>BZR: signifikant höhere Rückfallraten bei 1. Straftat vor 20 Jahren*</b> <b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz	keine Rückfalldelikte bei Delinquenzbeginn nach 30 Jahren, am meisten bei Delinquenzbeginn vor 18 Jahren <b>Bezzel (2008):</b> niedriges Ersttatalter tendenziell ungünstig

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Hafterfahrung</b>			<p>Hafterfahrung zwischen einem halben und 8 Jahren keine systematischen Unterschiede</p> <p>wenig Straftaten bei Hafterfahrung unter einem halben Jahr (2.7 %; n = 1)</p> <p>keine Hafterfahrung → 16.7 % (n = 7)</p> <p>weniger Straftat-Rückfälle bei Hafterfahrung über 8 Jahre (7.7 %; n = 1)</p> <p><b>BZR:</b> niedrigere Rückfälligkeit bei einer Hafterfahrung bis einschließlich 2 Jahre</p> <p><b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz</p>	<p>Hafterfahrung 0 Monate → nennenswerte Rückfallrate</p> <p>keine Rückfällige unter denen mit Hafterfahrung von länger als 4 Jahren</p> <p><b>Bezzel (2008):</b> keine Haft tendenziell ungünstig</p>



	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Migrationshintergrund</b>	<b>Jehle et al. (2003):</b> Nicht-Deutsche → 35 % Rückfälle, Deutsche → 62 %	mehr in Deutschland Geborene abstinent im Vergleich zu ehemaligen GUS, mehr Substituierte in ehem. GUS	ehemalige GUS-Staaten eher ungünstig für weitere Straftaten, Deutschland eher günstig, weiteres Ausland noch günstiger  <b>BZR: Deutschland</b> und ehemalige GUS-Staaten eher ungünstig für weitere Straftaten	
<b>Elternhaus</b>		mehr Abstinente und weniger Dauerkonsumierende bei Probanden, die bei beiden Eltern anstatt bei einem Elternteil aufgewachsen sind, n. s.		

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Belastungen in der Kindheit</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> Ursprungsfami- lie: Bindungsverhalten, Wärme, Zugewandtheit, Konsequenz, keine Gewalt zählen zu den „moderate Four“; sozia- le Schicht hat nur ge- ringen Einfluss	keine Belastungen in Kindheit: mehr Abstinente, weniger dau- erhaft Konsumierende, n. s. (Delinquenz und Gewalterfah- rung tendenziell günstiger!, Sucht ungünstiger, Gewalttätig- keit)	Belastungen allgemein führen zu etwas schlechteren Ergebnissen Scheidung / Trennung, Sucht, Delinquenz und Gewalttätigkeit im Einzelnen sind jedoch prognos- tisch günstig  lediglich die Restgruppe weiterer Belastungsfaktoren ist prognos- tisch ungünstig  <b>BZR:</b> Scheidung / Trennung, <b>Sucht**</b> , Delinquenz und Gewalt- tätigkeit im Einzelnen sind prog- nostisch günstig (aber nicht bei Therapieabbrechern)	

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Auffälligkeiten in der Kindheit</b>		mehr dauerhaft Abstinente bei Probanden ohne Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend (Verhaltensauffälligkeiten und Alkoholmissbrauch! tendenziell günstiger, Drogen- oder Medi- kamentenmissbrauch ungünsti- ger), n.s.	Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch sowie Entwicklungsverzögerungen sind prognostisch eher günstig <b>BZR: Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch sind prognostisch günstig *</b> (bei Therapieabbrechern nur Alkohol- missbrauch)	
<b>Schulbildung</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> gute Schulbil- dung zählt zu „Modera- te Four“	je höher die Schulbildung, desto günstigerer Suchtverlauf, n. s.	insgesamt geringere Rückfall- wahrscheinlichkeit mit steigender Schulbildung	<b>Bezzel (2008):</b> höherer Schulabschluss tendenziell ungünstig

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Berufsausbildung</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> gute Berufsausbildung zählt zu „Moderate Four“		kein prognostisch günstiger Einfluss durch eine abgeschlossene Berufsausbildung nachweisbar <b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz	Ungelernte haben die höchste deliktische Rückfallquote
<b>Arbeitssituation vor Aufnahme</b>			vor Aufnahme Erwerbslose deutlich ungünstiger als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte <b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz	
<b>Arbeitssituation bei Entlassung</b>		Vollzeitbeschäftigung ist für Suchtverlauf günstiger als Teilzeit, Minijob oder ein Ausbildungsverhältnis Erwerbslose bei Entlassung (n = 9!) konsumieren nicht dauerhaft; n. s.	nicht mehr Rückfälle bei Erwerbslosen, günstigerer Verlauf bei Teilzeitbeschäftigten und bei arbeitstherapeutischen Maßnahmen sowie WfbMs <b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz	keine Rückfälle bei regulär Vollzeitbeschäftigten und bei Integrierten in arbeitstherapeutischen Maßnahmen und in WfbMs

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Einkommen</b>		Arbeitslohn nicht günstiger als Arbeitslosengeld oder Grundsicherung bezüglich Abstinenten und Konsumierenden		
<b>Wohnsituation bei Entlassung</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> positiver Einfluss durch Ursprungsfamilie oder aktuelle Beziehung / Familie	Partnerschaft oder Familie ist eine günstigere Wohnform für den Suchtverlauf als Selbständigkeit	mehr Rückfalldelinquenz bei selbständig Wohnenden, betreutes Wohnen positiv <b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz	selbständiges Wohnen tendenziell ungünstiger keine Rückfalldelikte in kontrollierenden Heimen, mit Partner oder Familie, in der Forensik-WG <b>Bezzel (2008):</b> geringerer Betreuungsgrad tendenziell ungünstig

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Familienstand</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> positiver Einfluss durch Ursprungsfamilie oder aktuelle Beziehung / Familie	Verheiratete haben den günstigsten Suchtverlauf, auch bei fester Partnerschaft / eheähnlicher Gemeinschaft ebenfalls etwas günstiger, n. s.	weniger Rückfälle bei Verheirateten und Geschiedenen, mehr Rückfälle bei Alleinstehenden und bei festen Partnerschaften, n. s. <b>BZR: weniger Rückfälle bei Verheirateten, Geschiedenen und Alleinstehenden, mehr Rückfälle bei festen Partnerschaften*</b>	<b>Bezzel (2008):</b> kein Partner tendenziell ungünstig
<b>Kinder</b>	<b>Andrews &amp; Bonta (2010):</b> positiver Einfluss durch Ursprungsfamilie oder aktuelle Beziehung / Familie	Kinder sind prognostisch günstig (bis 2 bzw. 3 Kinder), mehr dauerhaft Abstinente bis 3 Kinder, weniger dauerhaft Konsumierende bis 2 Kinder, n. s.	am wenigsten Rückfalldelikte bei Probanden mit einem Kind, am meisten bei kinderlosen Probanden	<b>Bezzel (2008):</b> keine Kinder tendenziell ungünstig

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Medikamente</b>		keine Verbesserungen bei Probanden, die zum Entlassungszeitpunkt kein Medikament einnahmen		erneute Straftaten nur bei Probanden, die zum Entlassungszeitpunkt Medikamente einnahmen
<b>Entweichungen</b>	<b>Nedopil (2005):</b> Verhalten während der Strafhaft lässt Aussagen zu	wenn Probanden während stationären Aufenthaltes entwichen waren, mehr dauerhaft Konsumierende und weniger Abstinente bzw. abstinent nach Rückfall	Lockerungsmissbrauch/ Entweichung → häufiger Rückfalldelinquenz	Lockerungsmissbrauch / Entweichung → kein Zusammenhang
<b>Tätlichkeiten</b>	<b>Nedopil (2005):</b> Verhalten während der Strafhaft lässt Aussagen zu		Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten → häufiger Rückfalldelinquenz Tätlichkeiten gegenüber Personal → Therapieabbruch <b>Bezzel (2008):</b> keine Tendenz	Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten → kein Zusammenhang Tätlichkeiten gegenüber Personal → keine Straftaten

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Erneute Straftaten / Behandlungsprobleme</b>	<b>Nedopil (2005):</b> Verhalten während der Strafhaft lässt Aussagen zu		erneute Straftaten während Unterbringung → kein Unterschied besondere Behandlungsprobleme → kein Unterschied <b>BZR: besondere Behandlungsprobleme → häufiger Rückfall-delinquenz**</b>	erneute Straftaten während Unterbringung → keine erneuten Straftaten im ersten Jahr nach Entlassung besondere Behandlungsprobleme → mehr deliktische Rückfälle



	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
<b>Substanzmissbrauch / Rückfälle innerhalb der Therapie</b>	<b>Nedopil (2005):</b> Verhalten während der Straftat lässt Aussagen zu	kein Rückfall: 78.7 % sind nach einem Jahr abstinent oder abstinent nach einem Rückfall, nur 7.8 % konsumieren dauerhaft je mehr Rückfälle, desto ungünstiger im weiteren Verlauf, Plateau ab drei Rückfällen, n. s.	je mehr Suchtrückfälle im Behandlungsverlauf, desto häufiger Rückfalldelikte im ersten Jahr (*, aber 30 % mit erwarteter Häufigkeit <5) BZR: <b>je mehr Suchtrückfälle im Behandlungsverlauf, desto häufiger Rückfalldelikte im BZR***</b> <b>Bezzel (2008):</b> mehr Rückfälle tendenziell ungünstig	keine Suchtrückfälle im Behandlungsverlauf → keine Straftaten im ersten poststationären Jahr alle Probanden mit mehr als 6 Suchtrückfällen begingen dagegen erneut eine Straftat

	Literatur	Suchtverlauf nach einem Jahr § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 64	Legalbewährung nach einem Jahr (oder BZR) § 63
Einschätzung des Behand- lungserfolges			<b>BZR: Verbesserungen der Suchterkrankung (*, aber 33.3 % der Zellen mit erwarteter Häufigkeit &lt; 5), des Sozialverhal- tens oder einer zweiten psychi- schen Erkrankung sind prognos- tisch günstig</b> <b>Bezzel (2008):</b> nur Einschätzung zum Behandlungsergebnis Suchterkrankung spielt eine ten- denzielle Rolle	keine prädiktive Aussage- kraft <b>Bezzel (2008):</b> keine prä- diktive Aussagekraft
Einschätzung des Behand- lungserfolges			<b>BZR: Je besser Probanden die Therapie in der Forensik beur- teilen, desto weniger Rückfall- delinquenz*</b>	

## **6.5 Wie glaubhaft sind die Aussagen der Patienten? – Übereinstimmung mit Fremddangaben und BZR-Auszügen**

Auf die Vorteile der gewählten Methode zur Erkenntnisgewinnung wurde eingegangen. Die direkte Befragung von Patienten sowohl bei der Entlassung als auch nach einem Jahr in Freiheit dürfte einen wichtigen Beitrag zur hohen Teilnahmequote geleistet haben. Die Katamnese studie wird inzwischen als etabliertes System in der Regensburger Klinik angesehen und für die Patienten lohnt es sich aus ihrer Sicht teilzunehmen, weil sie – zumindest zu einem Teil – ihre Meinung zur Behandlung abgeben wollen. Viele Angaben der Probanden können zudem nur in der direkten Befragung erhoben werden. Während Rückfalldelikte auch über die Auswertung von BZR-Auszügen gewonnen werden können, ist dies für die genaueren Umstände der Tat oder für soziale Aspekte der Wiedereingliederung sowie für den psychopathologischen Bereich nicht möglich. Es wurden auch Fehlermöglichkeiten besprochen, die insbesondere mit der Erhebung durch BZR-Daten verknüpft sind, wie z. B. die lange Dauer, die vom Zeitpunkt einer Straftat bis zur letztendlichen Eintragung im Register verstreicht.

Andererseits muss bei dieser Erhebungsmethode befürchtet werden, dass nicht von allen Probanden die Fragen immer wahrheitsgemäß beantwortet werden. Bei allen Befragungen besteht grundsätzlich das Problem der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit. Befragte geben unter Umständen selbst bei Zusicherung der Anonymität Antworten weniger gern oder unterliegen einer Verfälschungstendenz, wenn sie sich für ihre Taten schämen und vor allem auch, wenn sie davon ausgehen, dass diese Antworten sozial nicht akzeptiert sind. Schambesetzte Bereiche wie Sexualität können ein Beispiel hierfür sein, aber auch das Begehen von Straftaten. Das Eingestehen eines Versagens kann schambehaftet sein und dazu führen, dass Antworten weniger ehrlich gegeben werden. Zudem besteht die Befürchtung, dass neben dieser normalpsychologischen Tendenz zur sozialen Erwünschtheit, Straftäter aufgrund dissozialer Persönlichkeitsanteile noch mehr unwahre Angaben machen oder lügen. Andererseits ist auch denkbar, dass bei ihnen Schamgefühl genauso wie Angst weniger ausgeprägt ist und somit Verfälschungstendenzen möglicherweise weniger stark auftreten.

Um zu diesem Problem Aussagen machen zu können, wurden außer den Angaben der Patienten selbst seit 2006 auch Fremdbeurteiler, in der Regel die jeweils zuständigen Bewährungshelfer, miteinbezogen und befragt. Zum anderen wurden auch die Auszüge aus dem Bundeszentralregister abgefragt, um die daraus gewonnenen Daten mit den Patientenangaben abzugleichen. Während bei den Probanden, die ehemals gemäß § 64 in der Forensik behandelt worden waren, nahezu alle Fremddangaben von den Bewährungshelfern eingeholt worden waren, sind es in der § 63-Gruppe etwas

mehr als die Hälfte. In dieser Gruppe spielen durch die häufige Wohnsitznahme in komplementären Einrichtungen dort tätige Betreuungspersonen eine wichtige Rolle. Zudem stehen viele dieser Probanden unter gesetzlicher Betreuung, weshalb auch diese Betreuer häufig in die Befragung miteinbezogen werden konnten.

Es zeigen sich sehr hohe Übereinstimmungsquoten zwischen den Angaben, die von den Probanden selbst gemacht wurden, mit den Fremdanangaben. Sowohl für § 63-, als auch für § 64-Patienten wurden nur 2.3 bis 3.5 % Abweichungen in den Angaben zum erneuten Begehen von Straftaten vermutet. Selbst in diesen wenigen Fällen war es nicht selbstredend, dass Probanden ihre Delikte aus Scham verborgen haben und Fremdbeurteiler dies in der Befragung aufdecken konnten. Bei einigen Angaben wurden von Fremdbeurteilern Straftaten lediglich vermutet. Die häufigsten Abweichungen lagen sogar in gegensätzlicher Richtung vor. Fremdbeurteiler wussten über eine neuerliche Straftat nichts – oder berichteten nicht über diese – während ein Delikt von den Probanden eingeräumt wurde. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Probanden ehrliche Angaben machen, weil sie der zugesicherten Schweigepflicht vertrauen und andererseits ihre Delikte vor den Fremdbeurteilern verheimlichen, weil sie mit negativen Sanktionen rechnen müssen. Ein schlechteres Ergebnis mit einem deutlich höheren Anteil abweichender Angaben zeigt sich, wenn § 64-Patienten befragt werden, deren Therapie abgebrochen wurde. Mit 16.7 % macht hier jeder sechste Proband andere Angaben als ein Fremdbeurteiler. Zudem liegt in dieser Gruppe der Verdacht nahe, dass Straftaten verheimlicht wurden, weil alle Abweichungen dadurch entstehen, dass Probanden keine Straftaten angeben, Fremdbeurteiler aber schon oder diese zumindest vermuten.

Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich auch, wenn Angaben zum Suchtverhalten verglichen werden. Die Abweichungsquote ist bei dieser Einschätzung bei den bedingt entlassenen § 64-Patienten mit 6.2 % etwas höher als bei den Straftaten. Dies kann daran liegen, dass diese Einschätzung etwas mehr Bewertungsspielraum zulässt als eine Ja/Nein-Einschätzung beim Vorliegen neuer Straftaten. Das Hauptaugenmerk der Bewährungshelfer bezieht sich auf die Legalbewährung, was zu einer besonders genauen Einschätzung gerade in diesem Bereich führen sollte. Interessanterweise liegen auch beim Suchtverhalten Abweichungen in beide Richtungen vor. Zu einem etwas geringeren Teil wird auch von Fremdbeurteilern eine positivere Einschätzung abgegeben als von den Probanden selbst. Bei den Therapieabbrechern ist die Übereinstimmung auch bei dieser Fragestellung deutlich niedriger. Mit 20.4 % machte jeder Fünfte andere Angaben als ein Fremdbeurteiler. Die Fremdbeurteiler schätzen das Konsummuster dabei durchgängig schlechter ein.

Als weitere Informationsquelle zum Vergleich mit den Probandenangaben wurden BZR-Auszüge herangezogen. Für die in die Untersuchung eingeschlossenen Probanden wurden Ende 2010 BZR-Auszüge abgefragt. Zum Abgleich wurde so für jeden einzelnen Probanden überprüft, ob die Angabe, die der Proband selbst gemacht hat mit der Information übereinstimmt, die dem offiziellen BZR-Auszug zu entnehmen ist. Auch hier zeigen sich insgesamt sehr hohe Übereinstimmungsraten von über 95 % bei den § 63-Patienten. Positiv im Sinne der Glaubhaftigkeit der Probandenangaben ist, dass die Abweichungen in dieser Gruppe ausschließlich durch zusätzlich eingeräumte Delikte zustande kommen. Es können für diese Gruppe keine verschwiegenen Delikte rekonstruiert werden. In der § 64-Stichprobe unterscheiden sich bedingt entlassene Patienten und Therapieabbrecher wieder deutlich. Bedingt Entlassene haben ebenfalls eine hohe Übereinstimmung von über 90 %. Die Abweichungen teilen sich zu gleichen Teilen (jeweils auf 4 %) in zusätzliche Probandenangaben und in vermeintlich verschwiegene Straftaten. Bei den Therapieabbrechern zeigt sich mit 80 % eine niedrigere Übereinstimmung, wobei auch für diese Gruppe positiv zu vermerken ist, dass mehr als 10 % der Probanden Straftaten angeben oder einräumen, die dem offiziellen BZR-Auszug nicht oder noch nicht zu entnehmen sind.

Insgesamt zeigen die vorliegenden Ergebnisse aus den Vergleichen mit Fremdanangaben und mit BZR-Auszügen sehr hohe Übereinstimmungen. Patienten scheinen insgesamt wenig Suchtrückfälle und Straftaten gegenüber den Untersuchern zu verschweigen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für jede der angegebenen Informationsquellen ein Dunkelfeldproblem prinzipiell anzunehmen ist. Die Therapieabbrecher sind insgesamt in ihren Angaben etwas weniger offen, zeigen aber trotzdem noch hohe Übereinstimmungswerte. Die häufigen zusätzlichen Angaben, die von Probanden zu Straftaten gemacht werden, die aber im BZR nicht verzeichnet sind, weisen darauf hin, dass BZR-Auszüge alleine nicht als objektive und „beste“ Quelle gewertet werden können.

## **6.6 Wie entwickelt sich das Deliktrisiko längerfristig? – Angaben aus BZR-Auszügen**

Die BZR-Auszüge werden in erster Linie miteinbezogen, um die Glaubhaftigkeit von Probandenangaben anhand zusätzlicher Informationen zu überprüfen. Es ergibt sich damit aber die Möglichkeit, mit diesen Auszügen auch den längerfristigen Verlauf in Bezug auf die begangenen Straftaten abzubilden. Für die Auswertung der BZR-Auszüge liegt für ehemalige § 63-Patienten ein durchschnittlicher Zeitraum von fünfeinhalb Jahren nach Entlassung (65.4 Monate; Standardabweichung: 37.5 Monate) und für ehemalige § 64-Patienten ebenfalls von über fünf Jahre (63.4 Monate; Standardabweichung: 34.8 Monate) vor. Die generelle Rückfälligkeit bei § 63-Patienten – also bezogen auf alle Arten von Delikten – beträgt für diesen Zeitraum 33.3 %, für schwerwiegende Delikte – es sind keine Tötungs- und Sexualdelikte, aber 6 Körperverletzungen vermerkt – 7.7 %. Zum Vergleich dazu lag der Anteil der innerhalb von genau vier Jahren wieder bestraften ehemaligen § 63-Patienten bei Jehle, Heinz und Sutterer (2003) bei 18 %. Der Zeitpunkt, zu dem Rückfalldelikte begangen werden, liegt zum Teil sehr kurz nach der Entlassung aus der Forensik. Lediglich für die Körperverletzungsdelikte ist der Vorlauf deutlich länger. Diese Straftaten werden erstmals nach zwei Jahren beobachtet. Zusätzliche Prädiktoren, die im Zusammenhang mit den BZR-Auszügen für diese Stichprobe und auch für die der § 64-Probanden ermittelt werden können, wurden bereits dargestellt.

Für den im Durchschnitt fünfjährigen Zeitraum bei den bedingt entlassenen § 64-Patienten ergibt sich eine generelle Rückfälligkeit von 43 %, d. h., dass nicht ganz jeder Zweite wieder ein Delikt begeht. Diese hohe Quote erklärt sich größtenteils mit den Suchtproblemen in dieser Stichprobe, die häufig wieder zu Verstößen gegen das BtMG führen. Schwerwiegende Delinquenz – hier Körperverletzungen, Sexualdelikte und Raubdelikte – werden in diesem Zeitraum von 8.6 % der Probanden begangen, in dieser Stichprobe teilweise bereits sehr früh nach der Entlassung. Andererseits können z. T. sehr lange straftatfreie Zeiträume vermerkt werden, im Durchschnitt viereinhalb Jahre und für die Stichprobe maximal bereits über 11 Jahre. Der vergleichbare Anteil genereller Rückfälligkeit nach einem Zeitraum von vier Jahren beträgt bei Jehle et al. (a. a. O.) 59 %. Der durchschnittlich umfasste Zeitraum in Freiheit für die Therapieabbrecher ist mit dreieinhalb Jahren niedriger. Bereits in dieser kürzeren Zeit haben mehr als die Hälfte der Probanden wieder Delikte begangen (54.6 %), 12.3 % mit Körperverletzungen schwerwiegende Delikte.

## 7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit basiert auf der kontinuierlichen Erhebung von Daten entlassener Patienten, die zuvor im Maßregelvollzug nach den §§ 63 und 64 StGB in Regensburg und Parsberg behandelt worden waren. Den Zeitraum von 2001 bis 2009 umfassend, wurden die Patienten jeweils bei ihrer Entlassung ausführlich befragt. Erneute Befragungen fanden statt, nachdem die Probanden mindestens ein Jahr in Freiheit verbracht hatten, um den poststationären Verlauf und somit verschiedene Erfolgsmaße darzustellen.

Insgesamt wurden 1122 Patienten im untersuchten Zeitraum entlassen, 435 von diesen bedingt, das heißt auf Bewährung in Freiheit. Von den bedingt entlassenen Probanden sollte anhand verschiedener Parameter die Bewährung in Freiheit untersucht werden. Der Rücklauf ist mit 80.2 - 83.3 % gut.

Ein sehr wichtiges Erfolgsmaß – die Legalbewährungsquote – beträgt nach einem Jahr bei § 63-Patienten 93.7 %, bei § 64-Patienten 84.5 %, wenn die Aussagen der Probanden dazu herangezogen werden. In der § 64-Gruppe mit den suchtkranken Tätern ist das Ergebnis vor allem wegen der krankheitsbedingten Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz ungünstiger. Ein wichtiges Anliegen war die Auswertung weiterer Kriterien, um ein differenzierteres Bild des poststationären Verlaufes zu zeichnen, als dies nur bei Betrachtung erneuter Straftaten der Fall wäre. Dabei ergeben sich weitere positive Beobachtungen. 70 % der gemäß § 64 behandelten suchtkranken Straftäter sind abstinent oder haben nach einem Jahr in Freiheit zumindest nach einem Rückfall wieder Abstinenz erreicht. Aber auch für Probanden, die nach diesen Kriterien nicht erfolgreich waren, können häufig positive Entwicklungen wie beispielsweise eine quantitative oder qualitative Einschränkung des Suchtkonsums, eine längere Zeit ohne berauschende Substanzen oder Verbesserungen bei Parametern festgestellt werden, die auf eine bessere soziale Situation hinweisen.

Bei der Analyse korrelativer Zusammenhänge zu Patientenmerkmalen in Hinblick auf die biografische, psychiatrische oder forensische Anamnese sowie auf Therapieverlaufsvariablen erweisen sich die teilweise niedrigen Fallzahlen bzw. Besetzungen einzelner Zellen als problematisch. Gerade in der kleineren Gruppe der § 63-Patienten führt dies dazu, dass zwar tendenzielle Zusammenhänge deutlich werden, jedoch nur in zwei Fällen signifikante Zusammenhänge. Die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung für Patienten und die Weisung, an ambulanten Nachsorgemaßnahmen teilzunehmen liegen signifikant häufiger bei Probanden vor, die keine weiteren Straftaten im poststationären Verlauf begangen haben (Chi-Quadrat-Test). In der § 64-Gruppe sind es nur Patienten mit Eigentumsdelikten als Vorstrafe und solche mit mehreren Sucht-

mittelrückfällen während der Therapie, die nach eigenen Angaben signifikant häufiger wieder Straftaten begehen. Für die methodisch unterschiedliche Auswertung der Einträge im Bundeszentralregister nach längeren Zeiträumen (Durchschnitt: 63.4 bzw. 65.4 Monate; Standardabweichung: 34.8 bzw. 37.5 Monate) zeigen sich mehrere signifikante Zusammenhänge für positive Legalbewährungsverläufe: ambulante Nachsorge als Weisung, keine Selbsthilfegruppe als Weisung, keine früheren Therapieabbrüche, erste Straftat nicht vor einem Alter von 20 Jahren, Eltern mit Suchtproblemen, Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten bereits in Kindheit und Jugend, nicht in fester Partnerschaft (Ehe dagegen positiv), keine besonderen Behandlungsprobleme während der Therapie, nicht mehrere Suchtmittelrückfälle während der Therapie, positive Beurteilung der Therapie durch die Probanden selbst, positive Einschätzung des Behandlungsergebnisses für die Sucht durch die Behandler. Für die Suchtrückfälle nach einem Jahr ergeben sich signifikant schlechtere Ergebnisse für Probanden, die entweder wegen Eigentumsdelikten untergebracht waren oder wegen Eigentumsdelikten Vorstrafen aufwiesen.

Weil sich in der Forensik aus rechtlichen und ethischen Gründen randomisierte Kontrollgruppendesigns verbieten, wurden die Ergebnisse mit den Erfolgsparametern verglichen, wie sie von Therapieabbrechern nach einem Jahr in Freiheit gewonnen werden konnten. Obwohl dies aus mehreren Gründen nicht mit einem Kontrollgruppendesign gleichzusetzen ist, ist der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen bemerkenswert. Therapieabbrecher haben eine deutlich schlechtere Katamnese-Rücklaufquote von 62.7 %, die Abstinenzquote ist mit 49.2 % signifikant schlechter, ebenso die Legalbewährung mit 70.7 %.

Eine weitere Fragestellung bezog sich auf die Validität der Daten, die von den Probanden selbst gewonnen werden können, weil vollständige Offenheit nicht vorausgesetzt werden kann und Phänomene der sozialen Erwünschtheit auftreten können. Hier zeigen sich mit Fremdbeurteilern, wie Bewährungshelfern, gute Übereinstimmungen von 96 - 98 % bei den Angaben zu Straftaten und über 95 % bei den Suchtrückfällen. Beim Vergleich mit den Angaben im Bundeszentralregister für den Vergleichszeitraum ergeben sich ebenfalls Übereinstimmungen von über 90 %. Interessant ist dabei, dass die Abweichungen zu einem großen Teil durch „ehrlichere“ Probandenangaben zustande kamen, d. h. dass von Probanden nicht aktenkundige Delikte zugegeben wurden.



## 9. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161, Supplement Nr. 2.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1995). *LSI-R. The level of service inventory - revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati: Anderson.
- Bäumel, J., Pitschel-Waltz, G., Berger, H. & Gunia, H. (2010). *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES): Mit Manual Verlaufsuntersuchung für die Gruppenleitung*. Stuttgart: Schattauer.
- Berglund, M., Thelander, E. & Jonsson, E. (2003). *Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Bezzel, A. (2008). *Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB)*. Dissertation: Universität Regensburg.
- Bezzel, A. (2009). Therapieabbruch im Maßregelvollzug (§ 64 StGB) – Charakteristika und Prädiktoren. *Praxis der Rechtspsychologie*, 19, 146-153.
- Bezzel, A. (2010). Können Patienten aus dem Maßregelvollzug (§ 64 StGB) resozialisiert werden? Die Regensburger Katamnese studie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 264-268.
- Bezzel, A., Hartl, C. & Schlauderer, R. (2011). Wie sich Qualität im Maßregelvollzug erfassen lässt – ein Beispiel aus der Praxis. *Bewährungshilfe*, 58, 371-378.
- Bischoff-Mews, A. (1998). *Perspektiven des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB. Katamnestiche Untersuchungen an alkoholkranken Straftätern im Maßregelvollzug*. Dissertation: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (1997). *Manual for the sex violence risk-20*. Simon Fraser University: Burnaby.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offender: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Bonta, J., Wallace-Capretta, S., & Rooney, J. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and, Behavior*, 27, 312-329.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bosinski, H., Budde, M., Frommel, M. & Köhnken, G. (2011). Zur Häufigkeit der Schuldfähigkeitsbegutachtung von Sexualstraftätern im Erkenntnisverfahren. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 202-210.
- Bundeskriminalamt (2004). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003*. Wiesbaden.

- Cinkaya, F. & Schindler, A. & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 224-234.
- Dahle, K. P. (2005). *Psychologische Kriminalprognose: Wege zu einer integrativen Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit von Strafgefangenen*. Herbolzheim: Centaurus.
- Dahle, K. P. & Kahnt, T. (2006). *Die Berliner CRIME-Studie. Ausgewählte Ergebnisse aus dem Endbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft*. <http://www.forensik-berlin.de/forschung/Projektbericht.pdf>. [Stand: 12.04.2012]
- Dessecker, A. (2005). Die Überlastung des Maßregelvollzugs: Folge von Verschärfungen im Kriminalrecht? *Neue Kriminalpolitik*, 18, 23-28.
- Dimmek, B. & Duncker, H. (1996). Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzugs. *Recht & Psychiatrie*, 14, 50-56.
- Dittmann, V. (1998). Die schweizerische Fachkommission zur Beurteilung „gemeingefährlicher“ Straftäter. Müller-Isberner, R. & Gonzalez-Cabeza, S. (Hrsg.): *Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit – Kriminaltherapie – Kriminalprognose*. Mönchengladbach: Forum-Verlag.
- Egg, R. (2002). Zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. Osterheider, M. (Hrsg.): *Wie sicher kann Prognose sein?* Dortmund: PGV.
- Egg, R. (2008). Sexualkriminalität. Saimeh, N. (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Endrass, J., Rossegger, A. & Braunschweig, M. (2012). Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen. Endrass, J., Rossegger, A., Urbaniok, F. & Borchard, B. (Hrsg.): *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Endrass, J., Rossegger, A. & Kuhn, B. (2012). Kosten-Nutzen-Effizienz von Therapien. Endrass, J., Rossegger, A., Urbaniok, F. & Borchard, B. (Hrsg.): *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Entorf, H. (2010). Evaluation des Maßregelvollzugs. Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse. Fegert, J. M. & Schläfke, D. (Hrsg.): *Maßregelvollzug zwischen Kostendruck und Qualitätsanforderungen*. Lengerich: Pabst.
- Gaebel, W. & Falkai, P. (2006). *Behandlungsleitlinie: Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Gendreau, P. (1998). Making corrections work. *Präsentation bei der 17th annual research and treatment conference of the association for the treatment of sexual abusers*, Vancouver.
- Gerl, S. (2000). *Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB – Voraussetzungen und Behandlungsverläufe unter besonderer Berücksichtigung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses nach §§ 64 Abs. 2, 67d Abs. 5 S. 1, 67 Abs. 4 S. 2 StGB vom 16.03.1994*. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München.

- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. *Nervenarzt*, 75, 642-650.
- Hanson, R. K. und Bussière M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need and responsivity*. Public Safety Canada.
- Haar, M. von der (2003). *Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB*. Niedersächsisches LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg, Eigenverlag.
- Haasen, C. & Verthein, U. (2008). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung: Bd. 156158.
- Hare, R. D. (1990). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto: Multi Health Systems Inc.
- Hartl, C. (2010). Forensische Patienten lügen nicht! Wie glaubhaft sind die Aussagen entlassener Patienten. Saimeh, N. (Hrsg.): *Kriminalität als biografisches Scheitern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hartl, C., Mache, W. & Bezzel, A. (2008). Rückfallfrei nach einem Jahr? Die Regensburger Katamnesestudie von 2001-2007. Saimeh, N. (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Herpertz, S. (2009). *Behandlungsleitlinie: Persönlichkeitsstörung*. Darmstadt: Steinkopff.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley.
- Hodgins, S. & Hiscoke, U. L. & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behaviour Science and Law*, 21, 523-546.
- Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 185, 245-250.
- Jacobi, F. & Uhlmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 246-256.
- Jehle, J. M., Heinz, W. & Sutterer, P. (2003). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen – Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Berlin: Bundesministerium der Justiz.
- Kaltenbach, T. (1993). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. Melsungen: Bibliomed.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer.

- Kolkmann, F. W., Seyfarth-Metzger, I. & Stobrawa, F. (1997). *Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus*. München: Zuckschwerdt.
- Kröber, H. L. (1999). Wandlungsprozesse im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 12, 93-107.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der Vier-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Lamb, H. R. & Bachrach L. L. (2001). Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Service*, 52, 1039-1045.
- Laubacher, A., Gerth, J., Gmür, C. & Fries, D. (2012). Risikofaktoren und Tatmerkmale. Endrass, J., Rossegger, A., Urbaniok, F. & Borchard, B. (Hrsg.): *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges*. Heidelberg: Springer.
- Leygraf, N. (1996). Praxis des Maßregelvollzugs in den alten Bundesländern. Egg, R. (Hrsg.): *Der Aufbau des Maßregelvollzugs in den neuen Bundesländern*. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle, Wiesbaden.
- Leygraf, N. (2006). Psychiatrischer Maßregelvollzug (§ 63 StGB). Kröber, H. L., Dölling, D., Leygraf, N. & Sass, H. (Hrsg.): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. (2007). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lipsey, M. W. & Cullen F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation. A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2004). *Sex offender treatment: A systematic review of outcome evaluations*. Washington, D.C.: Paper presented at the Jerry Lee Symposium.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, 35, 22-54.
- Moos, R. H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: Prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 595-604.
- Müller-Isberner, R. & Jöckel, D. (1994). Differenzierte Kriminaltherapie. *Krankenhauspsychiatrie*, 5.
- Nedopil, N. (2000). Grenzziehung zwischen Patient und Straftäter. *Neue Juristische Wochenschrift*, 53, 837-840.
- Nedopil, N. (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - Ein Handbuch für die Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.

- Petry, J. (1996). *Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Petry, J. (1996). Suchtentwicklung und Motivationsdynamik. *Psychotherapeut*, 41, 225-235.
- Rasanen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. & Moring, J. (1998): Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 437-441.
- <http://www.rp-online.de/niederrhein-nord/kleve/nachrichten/klare-vorgaben-fuer-forensik-1.1070053>
- Ritzel, G. (1978). *Unterbringung und psychisch kranker Rechtsbrecher*. Habilitationsschrift: Georg-August-Universität Göttingen.
- Rössler, W. (2003). Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? *Nervenarzt*, 74, 552-560.
- Rohdich, R. & Kirste, A. (2005). Ein integrierter Behandlungsansatz für schizophrene Patienten mit Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung in der Klinik für Forensische Psychiatrie Haina. *Recht & Psychiatrie*, 23, 116-122.
- Ross, R. R. & Fabiano, E. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Toronto: Institute of Social Sciences and Art.
- Ross, R. R., Fabiano, E. & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29-36.
- Rossegger, A., Endrass, J. & Gerth, J. (2012). Einführung ins Risk-Assessment. Endrass, J., Rossegger, A., Urbaniok, F. & Borchard, B. (Hrsg.): *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rossegger, A., Endrass, J., Urbaniok, F. & Borchard, B. (2012). Thesen deliktpräventiver Therapien. Endrass, J., Rossegger, A., Urbaniok, F. & Borchard, B. (Hrsg.): *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rossegger, A., Laubacher, A., Moskvitin, K., Villmar, T., Palermo, G. B. & Endrass, J. (2011). Risk assessment instruments in repeat offending: The usefulness of FOTRES. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 716-731.
- Ryssok, J. & Oprée (2010). Auffassung der Öffentlichkeit über Patienten des Maßregelvollzugs. Ein Vergleich zweier Gemeinden mit und ohne Maßregelklinik. *Recht & Psychiatrie*, 29, 8-13.
- Schalast, N. (1997). Zur Situation der Beschäftigten im Maßregelvollzug. Ergebnisse einer arbeitspsychologischen Untersuchung. *Recht & Psychiatrie*, 15, 24-33.
- Schalast, N. (2006). Suchtkranke Rechtsbrecher. Kröber, H. L., Dölling, D., Leygraf, N. & Sass, H. (Hrsg.): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Darmstadt: Steinkopff.

- Schanda, H. (2000). Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher – ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? *Psychiatrische Praxis*, 27, 72-76.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2007). Wie erfolgreich ist die Therapie von Sexualstraftätern? Ergebnisse und Probleme der Wirkungsforschung. Lösel, F., Bender, D. & Jehle, J. M. (Hrsg.): *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung*. Godesberg: Forum Verlag.
- Seifert, D. (1994). *Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen*. Forschungsbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen.
- Seifert, D. (2007). *Gefährlichkeitsprognosen. Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Lengerich: Pabst.
- Seifert, D. (2010). Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs. Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 4, 60-69.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1997). Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Psychiatrische Praxis*, 24, 237-244.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1999). Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. *Nervenarzt*, 70: 450-456.
- Soyka, M., Morhart-Klute, V. & Schöch, H. (2004). Delinquency and criminal offences in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 289-294.
- Spengler, H. (2004). *Ursachen und Kosten der Kriminalität in Deutschland – drei empirische Untersuchungen*. Dissertation, Institut für Volkswirtschaftslehre, TU-Darmstadt. ([http://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/epda/000531/spengler\\_hannes\\_diss.pdf](http://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/epda/000531/spengler_hannes_diss.pdf)).
- Steidle, O. (2010). *Motivation und Qualität im Krankenhaus. Implementierung eines Motivationskonzeptes zum Qualitätsmanagement*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- <http://www.taz.de/1/nord/bremen/artikel/?dig=2010/12/30/a0002&cHash=b55a7d0d6f>
- Tondorf, G. (2005). *Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren. Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtung*. Heidelberg: Müller.
- Trenckmann, B. (2011). Zur Verweildauer im Maßregelvollzug einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 11, 202-213.
- Urbaniok, F. (2003). Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern. *Psychotherapie Forum*, 6, 322-330.
- Urbaniok, F. (2007). *FOTRES Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System*. Bern: Zytglogge.

- Urbaniok, F. (2011). *Prävention und Opferschutz: Wirksamkeit und Kosteneffizienz spezifisch deliktpräventiver Therapieangebote zur Verhinderung von Gewalt- und Sexualstraftaten*. [http://bios-bw.de/images/stories/pdfs/bios\\_ppd\\_kosteneffizienz\\_studie\\_4-2\\_2011.pdf](http://bios-bw.de/images/stories/pdfs/bios_ppd_kosteneffizienz_studie_4-2_2011.pdf). [Stand: 02.04.2012]
- Vauth, R. & Stieglitz, R. D. (2006). *Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn*. Göttingen: Hogrefe.
- Verthein, U., Kalke, J. & Raschke, P. (1994). Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionsbehandlung mit Methadon – eine Übersicht. *Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*, 44, 128-136.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bos, B. & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health* 3, 149-165.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. & Hart, S. (1997). *The HCR-20 scheme of the assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Wirth, W. (2002). Das Drogenproblem im Justizvollzug – Zahlen und Fakten. *Bewährungshilfe*, 49, 104-122.
- Wischka, B., Foppe, E., Griepenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2001). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im niedersächsischen Justizvollzug. Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F. & Walter, M. (Hrsg.): *Behandlung „gefährlicher Straftäter“*. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus.
- Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V. & Wüst, G. (2005). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 12, 5-15.

## 9. Anhang – Inhaltsübersicht

A.	Patientenaufklärung.....	441
B.	Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung.....	443
C.	Fragebogen bei Entlassung (t0) für § 63-Patienten.....	444
D.	Fragebogen bei Entlassung (t0) für § 64-Patienten.....	452
E.	Fragebogen nach einem Jahr (t1) für § 63-Patienten.....	459
F.	Fragebogen nach einem Jahr (t1) für § 64-Patienten.....	467

Die Fragebögen für § 63-Patienten nach drei und fünf Jahren (t2, t3) werden wegen der weitgehenden Übereinstimmung nicht aufgeführt.



## **A. Patientenaufklärung**

**Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,**

wir führen derzeit in unserer Abteilung eine Untersuchung zur Messung und Überprüfung des Behandlungserfolges (Katamnese) durch.

Uns interessiert dabei neben Ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation zum Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Bezirksklinikum, wie es Ihnen ein Jahr (§63: nach 3 und 5 Jahren) nach Entlassung geht (vor allem in Bezug auf Ihre soziale und berufliche Situation, Ihren Gesundheitszustand, Ihre Straftatenfreiheit und Ihren Umgang mit Suchtmitteln). Ebenfalls interessiert uns, wie Sie die Behandlung, bzw. einzelne Teile davon bewerten.

Wir hoffen, aus einer solchen Untersuchung Rückschlüsse auf unser Behandlungsangebot ziehen zu können und somit eine stetige Verbesserung der Therapie zu erzielen.

**Deshalb bitten wir Sie um Ihre Unterstützung und Mitarbeit.**

Sie werden zum Zwecke der Studie von uns zweimal (§63 viermal) interviewt.

Die erste Befragung findet zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Bezirksklinikum statt und wird von Ihrem Einzeltherapeuten durchgeführt.

Die zweite Befragung wird ein Jahr nach Ihrer Entlassung durch den zuständigen Sozialpädagogen (oder andere Mitarbeiter) Ihrer ehemaligen Station durchgeführt. Wir werden diesbezüglich von uns aus mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Um die Kontaktaufnahme zu erleichtern (es könnte sich ja Ihre Entlassadresse geändert haben, oder ähnliches), bitten wir Sie bei Entlassung ebenfalls darum, Ihren Bewährungshelfer, Nachsorgetherapeuten, bzw. Betreuer von der Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden.

Wir versichern Ihnen, dass die Informationen und Daten, die wir durch die Befragung erhalten lediglich für interne Studienzwecke der forensischen Abteilung und zur Verbesserung unseres Angebotes nutzen werden und zu keiner Zeit an andere Einrichtungen, Dienste oder Personen (zum Beispiel Bewährungshilfe) weitergegeben werden. Die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen werden eingehalten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Einzeltherapeuten oder Sozialpädagogen.

Wir bedanken uns bereits jetzt sehr herzlich für Ihre Mitarbeit, die für zukünftige Patienten sehr hilfreich sein könnte.

Regensburg, den

Unterschrift des Patienten: .....

Name/Unterschrift behandelnder Arzt/Psychologe/Sozialpädagoge:

.....

## B. Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung

Ich bin über die geplante Katamneseuntersuchung ausreichend aufgeklärt worden und bin mit der Befragung einverstanden.

Die Teilnahme ist freiwillig. Mit meinem Einverständnis sind keine Vergünstigungen oder Lockerungen verbunden. Ebenso wenig sind im Falle eines Ablehnens der Befragung Nachteile zu befürchten.

Ich entbinde

0 den für mich zuständigen Bewährungshelfer

0 meinen Betreuer

0 meine Therapeuten der ambulanten/stationären Nachsorge

von der Schweigepflicht zum ausschließlichen Zwecke der Datenerhebung für die am Bezirksklinikum Regensburg durchgeführte Überprüfung des Behandlungserfolges (Katamnese).

Eine Weitergabe der Daten an außenstehende Stellen wird ausgeschlossen. Die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Regensburg, den

*Patient:* \_\_\_\_\_  
Name Unterschrift

*Arzt/Psychologe:* \_\_\_\_\_  
Name Unterschrift

## C. Fragebogen bei Entlassung (t0) für § 63-Patienten

<b>KATAMNESEBOGEN §63 StGB-0:</b>	Name, Vorname (Pat.): _____
<b>1. Fragebogen „Entlassung“</b>	Geb. Datum: _____
Datum der Erhebung: _____	InterviewerIn: _____

### BASISDATEN

#### 1. Allgemeine Angaben:

**Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_ **Entlassungsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Behandelnde Station:** \_\_\_\_\_ **Entlassende Station (falls abweichend):** \_\_\_\_\_

**Rechtsgrundlage:** ☐ §63 StGB ☐ §126a StPO ☐ andere \_\_\_\_\_

**Alter des Patienten bei Aufnahme:** ☐ unter 18 ☐ 18 - 21 ☐ 22 - 25  
☐ 26 - 30 ☐ 31 - 35 ☐ 36 - 40  
☐ 41 - 45 ☐ 46 - 50 ☐ 51 - 55  
☐ 56 - 60 ☐ über 60

**Anlassdelikt:** ☐ Tötungsdelikt ☐ Körperverletzung ☐ Vergewaltigung  
☐ sexuelle Nötigung ☐ sexueller Missbrauch ☐ anderes Sexualdelikt  
☐ Raub/räub. Erpressung ☐ Betrug/Diebstahl ☐ Brandstiftung ☐ BtmG  
☐ Verkehrsdelikt ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Primäres Motiv für das Anlassdelikt:** ☐ Ausagieren aggressiver Impulse  
☐ sexueller Lustgewinn ☐ materielle Bereicherung ☐ Situationsverkennung  
☐ gruppendynamisches Geschehen ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Beziehung zum Tatopfer:** ☐ entfällt (kein Opfer) ☐ unbekannt/unklar  
☐ (intime) Partnerschaft ☐ Bekanntschaft ☐ anonymes Opfer

**Höhe der Freiheitsstrafe (Anlassdelikt):** ☐ entfällt (§126a etc.) ☐ keine  
☐ ≤6 Mon. ☐ >6 M. bis 1 Jahr ☐ >1 bis 1,5 J. ☐ >1,5 bis 2 J  
☐ >2 bis 2,5 J. ☐ >2,5 - 3 J. ☐ >3 J. - 5 J. ☐ >5 Jahre

**Zeit in JVA vor Therapiebeginn:** ☐ keine ☐ ≤ 6 Mon.

☐ >6 M. bis 1 Jahr ☐ > 1 Jahr

**Zwischenvollzug:** ☐ entfällt (§126a etc.) ☐ keiner

☐ ≤ 6 Mon. ☐ >6 M. bis 1 Jahr ☐ > 1 Jahr

**Art der Entlassung:** ☐ bedingte Entlassung ☐ Entweichung ☐ sonst

**Weisungen / Nachbetreuung (Stichpunkte):** ☐ entfällt ☐ keine ☐ Abstinenz

☐ Drogenscreening, CDT-Werte ☐ ambulante Nachsorge ☐ Selbsthilfegruppe

☐ komplementäre Einrichtung ☐ Meldung von Wohnsitz-, Arbeitsplatzwechsel

☐ Kontakt zur BWH, Betreuer ☐ Medikamenteneinnahme

☐ Spiegelkontrolle ☐ weitere: \_\_\_\_\_

**Entlassungsadresse (incl. Tel./Handy-Nr.):** \_\_\_\_\_

**Betreuer (Name, Tel. Nr.):** \_\_\_\_\_ ☐ keine Betreuung

**Bewährungshelfer (Name, Tel. Nr.):** \_\_\_\_\_ ☐ BWH nicht bekannt

## **2. Gesundheit/Suchtentwicklung:**

Diagnosen (mit ICD 10 Nr.): **1.(Hauptdiagnose)** \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Intelligenz:** ☐ minderbegabt ☐ unterer Durchschnitt

☐ durchschnittlich ☐ oberer Durchschnitt ☐ überdurchschnittlich

**Alter bei Beginn der Erkrankung (Erstdiagnose):** ☐ unter 18J. ☐ 18 – 25

☐ 26 -35 ☐ 36 - 45 ☐ 46 - 55 ☐ über 55

**Stationäre Vorbehandlung:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehrmals

**Vorbehandlung im Maßregelvollzug:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehrmals

**Vorzeitiger Therapieabbruch (stat. Vorbehandl. & MRV):** ☐ entfällt

☐ nein ☐ einer ☐ mehrmals

**Bisher längste Abstinenzphase (ohne JVA, Therapie etc.):** ☐ entfällt

☐ keine ☐ bis zu 1 Woche ☐ mehrere Wochen ☐ mehrere Monate

☐ 1 Jahr ☐ über 1J.

### **3. Forensische Anamnese:**

**Delinquenz (außer Anlassdelikt; Mehrfachantworten möglich):** ☐ keine

☐ Tötungsdelikt ☐ Körperverletzung ☐ Vergewaltigung

☐ sexuelle Nötigung ☐ sexueller Missbrauch ☐ anderes Sexualdelikt

☐ Raub/räub. Erpressung ☐ Betrug/Diebstahl ☐ Brandstiftung

☐ BtmG ☐ Verkehrsdelikt ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Eintragungen im Strafregisterauszug (insgesamt):** ☐ unbekannt ☐ keine

☐ 1 - 5 ☐ 6 - 10 ☐ 11 - 15 ☐ 16 - 20 ☐ über 20

**Anzahl von Sexualdelikten:** ☐ keine ☐ 1 - 3 ☐ 4 - 6 ☐ über 6

**Alter bei 1. Straftat:** ☐ unter 18J. ☐ 18 - 20 ☐ 21 - 30 ☐ 31 - 40 ☐ über 40

**Alter bei 1. Sexualdelikt:** ☐ < 18J. ☐ 18 - 25 ☐ 26 - 35 ☐ 36 - 50 ☐ > 50

**Bisher verbüßte Haftdauer (Summe; incl. U-Haft):** ☐ keine ☐ ≤ 6 Mon.

☐ >6 M. bis 1J. ☐ >1J. bis 2J. ☐ >2J. bis 4J. ☐ >4J. bis 6J. ☐ >6J. bis 8 J. ☐ > 8J.

### **4. Biographische Anamnese:**

**Geburtsort:** ☐ Deutschland ☐ Türkei ☐ GUS

☐ sonst. europ. Ausland ☐ nichteurop. Ausland

**Seit wann in Deutschland:** ☐ entfällt ☐ ≤ 2 Jahre ☐ >2J. bis 4J. ☐ > 4 J.

**Bis zum 15. Lebensj. überwiegend aufgewachsen....:** ☐ bei den Eltern  
☐ bei einem Elternteil ☐ bei Pflegeeltern/Verwandt. ☐ in einem Heim ☐ sonst:

**Familiäre Belastungen (bis 15. Lebensj.):** ☐ keine ☐ Scheidung/Trennung  
☐ Delinquenz ☐ Sucht ☐ Gewalttätigkeit ☐ sonst:

**Auffälligkeiten in der Kindheit(bis 15. Lebensj.):** ☐ keine  
☐ Entwicklungsverzögerung ☐ Verhaltensstörung ☐ Alkoholmissbr.  
☐ Drogen-/Medikamentenmissbrauch ☐ ZNS-Schädigung ☐ sonst:

**Schulbildung:** ☐ Förderschule ☐ Hauptschule (ohne qual. Abschluß)  
☐ Hauptschule (mit qual. Abschluß) ☐ Realschule ☐ Gymnasium

**Berufsausbildung:** ☐ ungelernt ☐ abgebr. Lehre ☐ abgeschl. Lehre  
☐ Studium (FH/Universität) ☐ mehrere Ausbildungen ☐ sonst:

**Arbeit (vor Aufnahme / Inhaftierung):** ☐ erwerbslos ☐ Ausbildung  
☐ Berentung ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis ☐ selbständig  
☐ Minijob (Geringverdiener-Basis) ☐ sonst:

**Anzahl der Arbeitsplätze:** ☐ keiner ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ über 10

**längstes Arbeitsverhältnis:** ☐ entfällt ☐ < 6 Mon. ☐ 6 M. – 1 Jahr  
☐ 1 – 2 Jahre ☐ 2 – 5 Jahre ☐ über 5 Jahre

**PCL-R-Score:** ☐ nicht erhoben ☐ 0-10 ☐ 11-20 ☐ 21-25  
☐ 26-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40

**HCR-20+3-Score:** ☐ nicht erhoben ☐ 0-10 ☐ 11-20 ☐ 21-25  
☐ 26-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40 ☐ 41-44

**SVR-Score:** ☐ nicht erhoben ☐ 0-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20  
☐ 21-25 ☐ 26-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40

## **ABSCHLUß DER STATIONÄREN BEHANDLUNG / THERAPIEVERLAUF:**

### **1. Arbeit (bei Entlassung):**

- ☐ Minijob (Geringverdiener-Basis) ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Teilzeit*  
☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Vollzeit* ☐ Ausbildungsverhältnis  
☐ Berentung ☐ Arbeitstherap. Maßnahme ☐ WfbM ☐ sonst

### **2. Wohnen (bei Entlassung):**

- ☐ selbständig ☐ mit Partner/Familie ☐ sozialtherap. WG/ betreutes W.  
☐ Forensik-WG ☐ Heim/sozialtherap. Übergangseinrichtung  
☐ kontrollierendes Heim ☐ sonst \_\_\_\_\_

### **3. Finanzielle Situation (bei Entlassung):**

- Art des Einkommens:** ☐ Arbeitslohn ☐ ALG I/ ALG II  
☐ Sozialhilfe/ Grundsicherung ☐ Rente ☐ sonst \_\_\_\_\_  
**Schulden:** ☐ keine (*weiter zu 4.*) ☐ ja ☐ unklar (*weiter zu 4.*)  
**Regulierung:** ☐ nein (*weiter zu 4.*) ☐ Schuldenregulierung *geplant*  
☐ ... *begonnen* ☐ Unterstützung durch Schuldnerberatung ☐ (Lohn-)pf.

### **4. Sozialbeziehungen (bei Entlassung):**

- Familienstand:** ☐ verheiratet ☐ geschieden/getrennt ☐ alleinstehend  
☐ verwitwet ☐ feste Partnerschaft/eheähnl. Gemeinschaft  
**Kinder:** ☐ keine ☐ eins ☐ zwei ☐ drei ☐ mehr  
**Kontaktverhalten (Familie):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig  
**Kontaktverhalten (Freunde):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig  
**Vereinszugehörigkeit:** ☐ nein ☐ ja:



**Freizeitverhalten (überwiegend):** ☐ „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv)

☐ „passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein)

### **5. Gesundheit:**

**Medikamente:** ☐ keine (Bedarfsmedikation)

☐ Neuroleptika (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

☐ Antidepressiva (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

☐ sonst (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

### **6. Therapieverlauf:**

**Lockerungsmissbrauch/Entweichungen:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehr

**Tätlichkeiten gegen *Personal*:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehr

**Tätlichkeiten gegen *Mitpatienten*:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehr

**Erneute Straftaten:** ☐ nein ☐ ja: \_\_\_\_\_

**Substanzmissbrauch/Rückfall:** ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 – 6 ☐ > 6

**Besondere Probleme:** ☐ nein ☐ ja: \_\_\_\_\_

### **7. Behandlungsergebnis (Teameinschätzung):**

**Sozialverhalten gebessert:** ☐ nein ☐ mäßig ☐ sehr ☐ entfällt

**Krankheit (Hauptdiagnose) gebessert:** ☐ nein ☐ mäßig ☐ sehr ☐ entfällt

**Sucht gebessert:** ☐ nein ☐ mäßig ☐ sehr ☐ entfällt

**weitere Störungen (außer Sucht) gebessert:** ☐ nein ☐ mäßig ☐ sehr

☐ entfällt

### **8. Therapiebewertung (Patienteneinschätzung):**

*Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt bezüglich:*

**Keine Antwort, da...:** ☐ Pat. macht keine Angaben

☐ Pat. wurde nicht befragt / ist bereits entlassen ☐ sonst

<b>Gruppengespräche/-therapie:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Einzelpsychotherapie:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Sozialpädagogische Behandlung:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Pflegerische Behandlung:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Medizinische Behandlung:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Pflegegespräche:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>BT:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>AT (Handwerksbetriebe):</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>AT (Haus 3):</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Sporttherapie:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Freizeitmaßnahmen:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Stufenprogramm:</b>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
<b>Stationsatmosphäre:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ

*Bewerten Sie die Therapie insgesamt:*

☐ 1 (positiv)   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6 (negativ)

*Wovon haben Sie profitiert (Stichpunkte)?*

---



---



---



---

---

---

---

*Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?*

---

---

---

---

---

*Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?*

---

---

---

---

---

*Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?*

---

---

---

---

---

Vielen Dank!!!

**Anmerkungen:**

---

---

---

## D. Fragebogen bei Entlassung (t0) für § 64-Patienten

<b>KATAMNESEBOGEN §64 StGB-0:</b>	Name, Vorname (Pat.): _____
<b>1. Fragebogen „Entlassung“</b>	Geb. Datum: _____
Datum der Erhebung: _____	InterviewerIn: _____

### BASISDATEN

#### 1. Allgemeine Angaben:

**Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_ **Entlassungsdatum:** \_\_\_\_\_

Behandelnde Station: \_\_\_\_\_ Entlassende Station (falls abweichend): \_\_\_\_\_

**Rechtsgrundlage:** ☐ §64 StGB ☐ §126a StPO ☐ andere \_\_\_\_\_

**Alter des Patienten bei Aufnahme:** ☐ < 18 ☐ 18 – 21 ☐ 22 – 25 ☐ 26 – 30

☐ 31 – 35 ☐ 36 – 40 ☐ 41 – 45 ☐ 46 – 50 ☐ 51 – 55 ☐ 56 – 60 ☐ > 60

**Anlassdelikt:** ☐ Tötungsdelikt ☐ Körperverletzung ☐ Sexualdelikt

☐ Raub/räub. Erpressung ☐ Betrug/Diebstahl ☐ Brandstiftung

☐ Verkehrsdelikt ☐ BtmG ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Höhe der Freiheitsstrafe (Anlassdelikt):** ☐ entfällt (§126a etc.) ☐ keine

☐ ≤6 Mon. ☐ >6 M. bis 1 Jahr ☐ >1 bis 1,5 J. ☐ >1,5 bis 2 J.

☐ >2 bis 2,5 J. ☐ >2,5 – 3 J. ☐ >3 Jahre

**Zeit in JVA vor Therapiebeginn:** ☐ keine ☐ ≤ 6 Mon.

☐ >6 M. bis 1 Jahr ☐ > 1 Jahr

**Zwischenvollzug:** ☐ entfällt (§126a etc.) ☐ keiner ☐ ≤ 6 Mon.

☐ >6 M. bis 1 Jahr ☐ > 1 Jahr

**Art der Entlassung:** ☐ bedingte Entl. ☐ Ablauf der Höchstfrist

☐ Entweichung ☐ Abbruch wegen „Aussichtslosigkeit“ ☐ sonst

**Therapieabbruch:****Zeitpunkt Abbruchsantrag (ab Therapiebeginn):** ☐ entfällt ☐ im 1. Mon.☐ nach 1 bis 3 Mon. ☐ nach 4 bis 6 Mon. ☐ nach 7 bis 9 Mon. ☐ nach 10 bis 12 M.☐ nach 13 bis 16 Mon. ☐ nach 17 bis 20 Mon. ☐ nach 21 bis 24 Mon. ☐ nach >2 J.**2/3-Zeitpunkt bereits erreicht?:** ☐ entfällt ☐ nein ☐ ja☐ in Kürze erreicht (<1 Monat)**Wann wird Pat. voraussichtlich aus Haft entlassen (Monat/Jahr)?:** \_\_\_\_\_**Ausweisung:** ☐ entfällt (dt. Staatsangehöriger) ☐ nein ☐ ja ☐ drohend**Pat. mit Ausweisung einverstanden?:** ☐ entfällt (keine Abschiebung) ☐ nein ☐ ja**Weisungen / Nachbetreuung (Stichpunkte):** ☐ entfällt ☐ keine ☐ Abstinenz☐ Drogenscreening, CDT-Werte ☐ ambulante Nachsorge ☐ Selbsthilfegruppe☐ komplementäre Einrichtung ☐ Meldung von Wohnsitz-, Arbeitsplatzwechsel☐ Kontakt zur BWH, Betreuer ☐ weitere: \_\_\_\_\_**Entlassungsadresse (incl. Tel./Handy-Nr.):** \_\_\_\_\_**Betreuer (Name, Tel. Nr.):** \_\_\_\_\_ ☐ keine Betreuung**Bewährungshelfer (Name, Tel. Nr.):** \_\_\_\_\_ ☐ BWH nicht bekannt**2. Gesundheit/Suchtentwicklung:****Diagnosen (mit ICD 10 Nr.): 1.(Hauptdiagnose)** \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Intelligenz (Testung bzw. klinischer Eindruck):** ☐ minderbegabt ☐ unterer D.☐ durchschnittlich ☐ oberer Durchschnitt ☐ überdurchschnittlich**Alter bei Beginn der Erkrankung (Erstdiagnose):** ☐ unter 18J. ☐ 18 – 25☐ 26 -35 ☐ 36 - 45 ☐ 46 - 55 ☐ über 55**Stationäre Vorbehandlung:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehrmals**Vorbehandlung im Maßregelvollzug:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehrmals

**Vorzeitiger Therapieabbruch (stat. Vorbehandl. & MRV):** ☐ entfällt

☐ nein ☐ einer ☐ mehrmals

**Bisher längste Abstinenzphase (ohne JVA, Therapie etc.):** ☐ keine

☐ < 1 Woche ☐ mehrere Wochen ☐ mehrere Monate ☐ 1 Jahr ☐ über 1J.

### **3. Forensische Anamnese:**

**Delinquenz (außer Anlassdelikt; Mehrfachantworten möglich):** ☐ keine

☐ Tötungsdelikt ☐ Körperverletzung ☐ Sexualdelikt

☐ Raub/räub. Erpressung ☐ Betrug/Diebstahl ☐ Brandstiftung ☐ BtmG

☐ Verkehrsdelikt ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Eintragungen im Strafregisterauszug:** ☐ unbekannt ☐ keine ☐ 1 – 5

☐ 6 - 10 ☐ 11 – 15 ☐ 16 – 20 ☐ über 20

**Alter bei 1. Straftat:** ☐ < 18J. ☐ 18 – 20 ☐ 21 - 30 ☐ 31 - 40 ☐ > 40

**Bisher verbüßte Haftdauer (Summe; incl. U-Haft):** ☐ keine ☐ ≤ 6 Mon.

☐ >6 M. bis 1J. ☐ >1J. bis 2J. ☐ >2J. bis 4J. ☐ >4J. bis 6J. ☐ >6J. bis 8 J. ☐ > 8J.

### **4. Biographische Anamnese:**

**Geburtsort:** ☐ Deutschland ☐ Türkei ☐ ehem. GUS

☐ sonst. europ. Ausland ☐ nichteurop. Ausland

**Seit wann in Deutschland:** ☐ entfällt ☐ ≤ 2 Jahre ☐ >2J. bis 4J. ☐ > 4 J.

**Schulbildung:** ☐ Förderschule (Sonderschule) ☐ Hauptschule (ohne qual. Ab.)

☐ Hauptschule (mit qual. Abschluß) ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ sonst:

**Berufsausbildung:** ☐ ungelernt ☐ abgebr. Lehre ☐ abgeschl. Lehre

☐ Studium (FH/Universität) ☐ mehrere Ausbildungen ☐ sonst:

**Arbeit (vor Aufnahme / Inhaftierung):** ☐ erwerbslos ☐ Ausbildung

☐ Berentung ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis ☐ selbständig

☐ Minijob (Geringverdiener-Basis) ☐ sonst: \_\_\_\_\_

## **ABSCHLUß DER STATIONÄREN BEHANDLUNG / THERAPIEVERLAUF:**

### **1. Arbeit (bei Entlassung; entfällt bei „R“):**

☐ Minijob (Geringverdiener-Basis) ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Teilzeit*

☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Vollzeit* ☐ Ausbildungsverhältnis

☐ Berentung ☐ Arbeitstherap. Maßnahme ☐ WfbM

☐ sonst \_\_\_\_\_ ☐ erwerbslos

### **2. Wohnen (bei Entlassung; entfällt bei „R“):**

☐ selbständig/allein ☐ mit Partner/Familie ☐ (nicht betr.) Wohngemeinschaft

☐ betreute Wohnform ☐ Heim/sozialtherap. Übergangseinrichtung

☐ obdachlos ☐ sonst \_\_\_\_\_

### **3. Finanzielle Situation (bei Entlassung):**

**Finanzielle Situation gesichert:** ☐ ja ☐ nein

**Art des Einkommens (entfällt bei „R“):** ☐ Arbeitslohn ☐ ALG I/ ALG II

☐ Sozialhilfe/Grundsicherung ☐ Rente ☐ sonst \_\_\_\_\_

**Schulden:** ☐ keine (weiter zu 4.) ☐ ja ☐ unklar (weiter zu 4.)

**Regulierung:** ☐ nein (weiter zu 4.) ☐ Schuldenregulierung *geplant*

☐ ... *begonnen* ☐ Unterstützung durch Schuldnerberatung ☐ (Lohn-)pf.

### **4. Sozialbeziehungen (bei Entlassung):**

**Familienstand:** ☐ verheiratet ☐ geschieden/getrennt ☐ alleinstehend

☐ verwitwet ☐ feste Partnerschaft / eheähnl. Gemeinschaft

**Kinder:** ☐ keine ☐ eins ☐ zwei ☐ drei ☐ mehr

**Kontaktverhalten (Familie):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

**Kontaktverhalten (Freunde):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

**Vereinszugehörigkeit:** ☐ nein ☐ ja:

**Freizeitverhalten (überwiegend):** ☐ „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv)

☐ „passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein)

### **5. Gesundheit:**

**Medikamente:** ☐ keine (Bedarfsmedikation)

☐ Neuroleptika (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

☐ Antidepressiva (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

☐ sonst (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

### **6. Therapieverlauf:**

**Lockerungsmissbrauch/Entweichungen:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehr

**Tätlichkeiten gegen *Personal*:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehr

**Tätlichkeiten gegen *Mitpatienten*:** ☐ keine ☐ eine ☐ mehr

**Erneute Straftaten:** ☐ nein ☐ ja: \_\_\_\_\_

**Substanzmissbrauch/Rückfall:** ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 – 6 ☐ > 6

**Besondere Probleme:** ☐ nein ☐ ja: \_\_\_\_\_

**Argumente für Therapieabbruch (nur bei „R“; Mehrfachnennungen möglich):**

☐ Entweichung/Lockerungsmissbrauch ☐ fortwährender Substanzmissbrauch

☐ Drogenbeschaffung, -weitergabe ☐ unzureichende Therapiemotivation

☐ Gewalttätigkeit/-androhung ☐ massive Regelverstöße

☐ sonst \_\_\_\_\_

☐ Pat. mit Abbruch einverstanden



**7. Behandlungsergebnis (Teameinschätzung):**

Sozialverhalten gebessert: ☐ nein ☐ mäßig ☐ sehr ☐ entfällt

Krankheit/Störung (außer Sucht) gebessert: ☐ nein ☐ mäßig ☐ sehr ☐ entf.

Sucht gebessert: ☐ nein ☐ mäßig ☐ sehr ☐ entfällt

**8. Therapiebewertung (Patienteneinschätzung):**

*Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt bezüglich:*

Items nicht bearbeitet, da...: ☐ Pat. wurde nicht befragt / ist bereits entlassen

☐ Pat. macht keine Angaben

☐ sonst: \_\_\_\_\_

Gruppengespräche/-therapie: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Einzels psychotherapie: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Sozialpädagogische Behandlung: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Pflegerische Behandlung: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Medizinische Behandlung: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Pflegegespräche: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

BT: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

AT (Handwerksbetriebe): ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

AT (Haus 3): ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Sporttherapie: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Freizeitmaßnahmen: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Stufenprogramm: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

Stationsatmosphäre: ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ

*Bewerten Sie die Therapie insgesamt:*

☐ 1 (positiv)   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6 (negativ)

*Wovon haben Sie profitiert (Stichpunkte)?*

---

---

---

---

---

---

*Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?*

---

---

---

---

---

---

*Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?*

---

---

---

---

---

---

*Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?*

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank!!!

**Anmerkungen:**

---

---

---

## E. Fragebogen nach einem Jahr (t1) für § 63-Patienten

<b>KATAMNESEBOGEN §63 StGB-1:</b>	Name, Vorname (Pat.): _____
<b>2. Fragebogen „Katam. nach 1 J.“</b>	Geb. Datum: _____
Datum der Erhebung: _____	InterviewerIn: _____

- Kein Gespräch mit Pat. geführt:** ☐ Pat. unbekannt verzogen/ nicht erreichbar
- ☐ Pat. verweigert ein Gespräch ☐ es liegt keine Schweigepflichtentbindung vor
- ☐ Termin kommt nicht zustande (Pat. bleibt fern) ☐ Pat. in Haft, wegen:

### Validitätsüberprüfung (beachte auch bei „Sucht“ und „Delinquenz“):

- Gespräch mit:** ☐ kein Gespräch ☐ Bewährungshelfer ☐ Nachsorgeth.
- ☐ Betreuer ☐ Heimpersonal ☐ sonst: \_\_\_\_\_

- Soweit dem Bewährungshelfer etc. bekannt, werden Angaben des Pat. weitgehend...:** ☐ bestätigt ☐ nicht bestätigt ☐ entfällt (kein Gespräch)

### 1. Arbeit (aktuell):

- Berufliche Stellung:** ☐ Ausbildungsverhältnis ☐ Arbeitstherapeutische Maßn.
- ☐ „Minijob“ (Geringverdiener-Basis) ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Teilzeit*
- ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Vollzeit* ☐ Berentung ☐ WfbM
- ☐ Arbeitslosigkeit (Dauer: \_\_\_\_\_) ☐ sonst: \_\_\_\_\_

- Wechsel des Arbeitsverhältnisses:** ☐ nein

- ☐ ja: wohin/Gründe: \_\_\_\_\_

### 2. Wohnen (aktuell):

- Wohnsituation:** ☐ selbständig ☐ mit Partner/Familie
- ☐ sozialth. WG/ betreutes Wohnen ☐ Forensik-WG ☐ Heim/sozialth. Übergangs.
- ☐ obdachlos ☐ kontrollierendes Heim ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Wohnungs- bzw. Heimwechsel seit Entlassung:** ☐ nein ☐ ja (Gründe)

**3. Finanzielle Situation (seit Entlassung):**

**Finanzielle Situation gesichert:** ☐ nein ☐ ja

**Art des Einkommens:** ☐ Arbeitslohn ☐ ALG I/ ALG II

☐ Sozialhilfe/ Grundsicherung ☐ Rente ☐ sonst \_\_\_\_\_

**Schulden (aktuell):** ☐ nein (weiter zu 4.) ☐ ja ☐ unklar (weiter zu 4.)

**Schuldensituation (seit Entlassung):** ☐ gleich ☐ verbessert ☐ verschlechtert

**Unterstützung durch Schuldnerberatung:** ☐ nein ☐ ja

**(Lohn-)pfändungen:** ☐ nein ☐ ja

**Sozialbeziehungen (im letzten Jahr, d.h. seit Entlassung):**

**Änderung des Familienstandes:** ☐ keine Angabe ☐ nein ☐ ja

**Familienstand:** ☐ verheiratet ☐ geschieden / getrennt ☐ verwitwet

☐ feste Partnerschaft / eheähnl. Gemeinschaft ☐ alleinstehend

**Kontaktverhalten (Familie):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

**Kontaktverhalten (Freunde):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

**Vereinszugehörigkeit:** ☐ nein ☐ ja:

**Freizeitverhalten (überwiegend):** ☐ „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv)

☐ „passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein)

**5. Sucht (Suchtmittel i.S. der vorliegenden Suchterkrankung, kann entfallen)**

☐ entfällt (keine Suchterkrankung), weiter bei 6.

**Angaben des Bewährungshelfers etc. zur Abstinenz:** ☐ entfällt

☐ Übereinstimmung mit Pat.angabe ☐ keine Übereinstimmung, sondern:

☐ nein (Dauerkonsum) ☐ abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten)

☐ abstinenter ☐ unregelm. Konsum ☐ substituiert (aktuell) ☐ Konsum wahrsch.

**Pat.angabe:**

**abstinenter:** ☐ keine Angabe (weiter zu 6.) ☐ nein (Dauerkonsum)

☐ abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten) ☐ ja (weiter zu 6.)

☐ unregelmäßiger Konsum ☐ substituiert (aktuell)

**Rückfälligkeit:**

**Zeitpunkt / Beginn nach Entlassung:** ☐ sofort ☐ im 1. Monat ☐ nach 2 – 4 M.

☐ nach 5 – 7 M. ☐ nach 8 – 10 M. ☐ nach 11 – 12 M. ☐ nach über 1 Jahr

**Anzahl:** ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ 5 – 6 ☐ mehr als 6 ☐ Dauerkonsum

**Dauer der 1. Rückfallphase:** ☐ einige Tage ☐ ≤ 2 Wochen ☐ > 2 bis 4 W.

☐ > 1 bis 2 Monate ☐ > 2 Monate

**Suchtmittel (Präferenz):** ☐ Alkohol ☐ Medikamente: \_\_\_\_\_

☐ Drogen: \_\_\_\_\_ ☐ multipler Konsum

**Suchtmittelverlagerung:** ☐ keine ☐ Drogen zu Alkohol ☐ Alk. zu Drogen

**Veränderung Konsummuster:** ☐ nein ☐ ja: Verengung (qualitativ / quantitativ)

☐ ja: Verbreiterung (qualitativ / quantitativ)

**Rückfallsituation:** ☐ allein ☐ in Gesellschaft

**Rückfallauslöser:** ☐ Feier ☐ (emot.) Belastungssituation ☐ sozialer Druck

☐ Handeln/Weitergeben ☐ Leichtsinn/Übersch. ☐ kein spezif. Auslöser ☐ sonst

**Hilfesuchverhalten:** ☐ keine Eigeninitiative ☐ Selbsthilfegruppe ☐

fachl. Hilfe ☐ Unterstützung durch Freunde/Familie ☐ sonst \_\_\_\_\_

## **6. Gesundheit (seit Entlassung):**

**Psychiatrische Erkrankung:** ☐ entfällt ☐ keine Angabe

☐ gebessert ☐ stabil ☐ schlechter

**Medikamente:** ☐ keine Angabe ☐ keine (Bedarfsmedikation)

☐ Neuroleptika (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

☐ Antidepressiva (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

☐ Sonstige (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

**Veränderung der Dosierung:** ☐ entfällt ☐ nein ☐ erhöht ☐ reduziert ☐ abges.

**erneute stationäre Behandlung:** ☐ keine Angabe ☐ nein

☐ stationäre Entgiftung (in \_\_\_\_\_)

☐ Entwöhnungstherapie (in \_\_\_\_\_)

☐ Psychiatrie (\_\_\_\_\_)

☐ andere (in \_\_\_\_\_)

☐ freiwillig

☐ unfreiwillig

**erneute ambulante Behandlung (außer amb. Nachsorge):** ☐ keine Angabe

☐ nein ☐ psycholog. Psychotherapeut ☐ Arzt ☐ Substitutionsprogramm

☐ sonst: \_\_\_\_\_

☐ freiwillig

☐ unfreiwillig

## **7. ambulante Nachsorge:**

**Therapeutische Einzelgespräche (i.S. einer Weisung):** ☐ entfällt ☐ kei-

ne Angabe ☐ nein ☐ unregelmäßig (in größeren Abständen) ☐ regel-  
mäßig (mind. 1x/Monat)

☐ wo? \_\_\_\_\_

**Kontakt zur Suchtberatungsstelle (freiwillig):** ☐ entfällt ☐ nein  
☐ einmal ☐ mehrmals

**Kontakt zum sozialpsych. Dienst (freiwillig):** ☐ entfällt ☐ nein  
☐ einmal ☐ mehrmals

**ambulante Nachsorge ist...** ☐ „hilfreich“ ☐ „lästige Pflicht“  
☐ sowohl als auch ☐ sonst

**Verbesserungsvorschläge:** \_\_\_\_\_

### **8. Delinquenz:**

**Angaben des Bewährungshelfers etc. zur Delinquenz:** ☐ entfällt

☐ Übereinstimmung mit Pat.angabe ☐ keine Übereinstimmung, sondern:

☐ nicht straffällig ☐ straffällig ☐ unklar, Straftat wird aber vermutet

**Delikt:** ☐ unbekannt ☐ Tötungsdelikt ☐ Körperverletzung ☐ Vergewaltigung

☐ sexuelle Nötigung ☐ sexueller Mißbrauch ☐ and. Sexualdelikt

☐ Raub/räub. Erpressung ☐ Betrug/Diebstahl ☐ Brandstiftung ☐ BtmG

☐ Verkehrsdelikt ☐ sonst: ☐ Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)

### **Pat.angabe:**

**erneut straffällig (seit Entlassung):** ☐ keine Angabe (weiter zu 9.)

☐ nein ☐ ja

**Delikt:** ☐ keine Angabe ☐ Tötungsdelikt ☐ Körperverletzung ☐ Vergewaltigung

☐ sexuelle Nötigung ☐ sexueller Mißbrauch ☐ and. Sexualdelikt

☐ Raub/räub. Erpressung ☐ Betrug/Diebstahl ☐ Brandstiftung ☐ BtmG

☐ Verkehrsdelikt ☐ sonst: ☐ Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)

**Suchtmittleinfluss:** ☐ keine Angabe ☐ nein ☐ ja ☐ entfällt

**Zeitpunkt nach Entlassung:** ☐ keine Angabe ☐ im 1. Monat ☐ nach 2 – 4 M.

☐ nach 5 – 7 M. ☐ nach 8 – 10 M. ☐ nach 11 – 12 M. ☐ nach >12 M.

**Verurteilung:** ☐ keine Angabe ☐ keine Strafe ☐ Freiheitsstrafe

☐ Fahrverbot ☐ Geldstrafe ☐ laufendes Verfahren ☐ eingestellt

☐ keine Anzeige ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Bewährungswiderruf:** ☐ keine Angabe ☐ nein

☐ ja (Gründe: \_\_\_\_\_) ☐ wahrscheinlich

**weiteres laufendes Ermittlungsverfahren:** ☐ keine Angabe ☐ nein ☐ ja

**Delikt:** ☐ keine Angabe ☐ Tötungsdelikt ☐ Körperverletzung ☐ Vergewaltigung

☐ sexuelle Nötigung ☐ sexueller Mißbrauch ☐ and. Sexualdelikt

☐ Raub/räub. Erpressung ☐ Betrug/Diebstahl ☐ Brandstiftung ☐ BtmG

☐ Verkehrsdelikt ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

## **9. Therapiebewertung**

### **Therapieerfolg (Einschätzung des Interviewers):**

☐ psychopath. stabil & *straftatfrei* ☐ psychopath. schlechter & *straftatfrei*

☐ psychopath. schlechter & *Straftat* ohne strafrechtl. Verfolgung

☐ psychopath. schlechter & *Straftat* mit strafrechtl. Verfolgung

☐ *Straftat* o. Zusammenhang mit psychiatr. Erkrankung bzw. psychopath. stabil

☐ *Strafftat* ohne Konsum von Suchtmittel

☐ *Strafftat* unter Konsum von Suchtmittel



**Patienteneinschätzung:**

*Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt im MRV bezüglich:*

<b>Gruppengespräche/-therapie:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Einzelpsychotherapie:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Sozialpädagogische Behandlung:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Pflegerische Behandlung:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Medizinische Behandlung:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Pflegegespräche:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>BT:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>AT (Handwerksbetriebe):</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>AT (Haus 3):</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Sporttherapie:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Freizeitmaßnahmen:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Stufenprogramm:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="checkbox"/> entfällt		
<b>Stationsatmosphäre:</b>	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> weder noch	<input type="checkbox"/> negativ

*Bewerten Sie die Therapie insgesamt:*

☐ 1 (positiv)
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5
 ☐ 6 (negativ)

*Wovon haben Sie profitiert/Was hat Ihnen geholfen (Stichpunkte)?*

---

---

*Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?*

---

---

*Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?*

---

---

---

*Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?*

---

---

---

*Wie hat sich Ihre Situation -bezogen auf Ihre Suchtproblematik / psych. Erkrankung-  
seit Entlassung verändert?*

☐ verbessert      ☐ gleich      ☐ verschlechtert

*... -bezogen auf Ihre berufl. Stellung- ...?*

☐ verbessert      ☐ gleich      ☐ verschlechtert

*...-bezogen auf Ihre sozialen Kontakte / Partnerschaft- ...*

☐ verbessert      ☐ gleich      ☐ verschlechtert

*Haben Sie sich selbst verändert?*

☐ nein      ☐ ja, zum Positiven      ☐ ja, zum Negativen

**Vielen Dank!!!**

## F. Fragebogen nach einem Jahr (t1) für § 64-Patienten

<b>KATAMNESEBOGEN §64 StGB-1:</b> <b>2. Fragebogen „Katamn. nach 1 Jahr“</b> Datum der Erhebung: _____	Name, Vorname (Pat.): _____ Geb. Datum: _____ InterviewerIn: _____
--	--

- Kein Gespräch mit Pat. geführt:** ☐ Pat. unbekannt verzogen/ nicht erreichbar
- ☐ Pat. verweigert ein Gespräch    ☐ es liegt keine Schweigepflichtentbindung vor
- ☐ Termin kommt nicht zustande (Pat. bleibt fern)
- ☐ Pat. zum Befragungszeitpunkt in Haft, wegen \_\_\_\_\_

### Validitätsüberprüfung (beachte auch bei „Sucht“ und „Delinquenz“):

- Gespräch mit:**    ☐ kein Gespräch geführt    ☐ Bewährungshelfer
- ☐ Nachsorgetherapeut    ☐ Betreuer    ☐ Heimpersonal    ☐ sonst.
- Soweit dem Bewährungshelfer etc. bekannt, werden Angaben des Pat. weitgehend...:**    ☐ bestätigt    ☐ nicht bestätigt    ☐ entfällt (kein Gespräch)

### 2. Arbeit (aktuell):

- Berufliche Stellung:** ☐ Ausbildungsverhältnis    ☐ Arbeitstherapeutische Maßn.
- ☐ „Minijob“ (Geringverdiener-Basis) ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Teilzeit*
- ☐ sozialversicherungspfl. Arbeitsverhältnis *Vollzeit*    ☐ Berentung    ☐ WfbM
- ☐ Arbeitslosigkeit (seit wievielen Monaten: \_\_\_\_\_) ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Wechsel des Arbeitsverhältnisses seit Entlassung (MRV / Haft):** ☐ nein

☐ ja: wohin/Gründe: \_\_\_\_\_

### 2. Wohnen (aktuell):

- Wohnsituation:** ☐ selbständig/allein ☐ mit Partner/Familie ☐ (nicht betr.) WG
- ☐ betreute Wohnform    ☐ Heim/sozialtherap. Übergangseinrichtung
- ☐ obdachlos    ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Wohnungs- bzw. Heimwechsel seit Entlassung (MRV / Haft):** ☐ nein

☐ ja (Gründe: \_\_\_\_\_)

**Dauer der Inhaftierung nach Abbruch der Maßregel (nur bei „R“):** ☐ keine Haft

☐ 1 - 6 Monate ☐ 7 – 12 M. ☐ >1 - 2 Jahre ☐ >2 - 3 J. ☐ >3 – 4 J. ☐ über 4 Jahre

**Haftentlassung (nur bei „R“):** Tag/Monat/Jahr ☐ entfällt / keine Haft

### **3. Finanzielle Situation (seit Entlassung):**

**Finanzielle Situation gesichert:** ☐ nein ☐ ja

**Art des Einkommens:** ☐ Arbeitslohn ☐ ALG I /ALG II

☐ Sozialhilfe/ Grundsicherung ☐ Rente ☐ sonst \_\_\_\_\_

**Schulden (aktuell):** ☐ nein (weiter zu 4.) ☐ ja ☐ unklar (weiter zu 4.)

**Schuldensituation (seit Entlassung MRV / Haft):**

☐ gleich ☐ verbessert ☐ verschlechtert

**Unterstützung durch Schuldnerberatung:** ☐ nein ☐ ja

**(Lohn-)pfändungen:** ☐ nein ☐ ja

### **4. Sozialbeziehungen (im letzten Jahr, d.h. seit Entlassung MRV / Haft):**

**Änderung des Familienstandes:** ☐ keine Angabe ☐ nein ☐ ja

**Familienstand:** ☐ verheiratet ☐ geschieden / getrennt ☐ verwitwet

☐ feste Partnerschaft / eheähnl. Gemeinschaft ☐ alleinstehend

**Kontaktverhalten (Familie):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

**Kontaktverhalten (Freunde):** ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

**Vereinszugehörigkeit:** ☐ nein ☐ ja:

**Freizeitverhalten (überwiegend):** ☐ „aktiv“ (regelmäßig, kontaktintensiv)

☐ „passiv“ (unregelmäßig, überwiegend allein)

**5. Sucht (Suchtmittel i.S. der vorliegenden Suchterkrankung) :****Angaben des Bewährungshelfers etc. zur Abstinenz:** ☐ entfällt☐ Übereinstimmung mit Pat.angabe ☐ keine Übereinstimmung, sondern:☐ nein (Dauerkonsum) ☐ abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten)☐ abstinenter ☐ unregelmäßiger Konsum ☐ substituiert (aktuell)☐ unklar, Konsum aber wahrscheinlich**Pat.angabe:****abstinenter:** ☐ keine Angabe (weiter zu 6.) ☐ nein (Dauerkonsum)☐ abstinenter nach Rückfall (seit ca. 3 Monaten) ☐ ja (weiter zu 6.)☐ unregelmäßiger Konsum ☐ substituiert (aktuell)**Drogen-Konsum während der Haft (nur bei „R“):** ☐ keine Angabe (weiter zu 6.)☐ nein ☐ regelmäßiger Konsum ☐ unregelmäßiger Konsum ☐ (Haupt-) Droge**Alkohol-Konsum während der Haft (nur bei „R“):** ☐ keine Angabe (weiter zu 6.)☐ nein ☐ regelmäßiger Konsum ☐ unregelmäßiger Konsum**Rückfälligkeit (nach Entlassung aus MRV/Haft):****Zeitpunkt / Beginn nach Entlassung (MRV / Haft):** ☐ sofort ☐ im 1. Monat☐ nach 2 – 4 M. ☐ nach 5 – 7 M. ☐ nach 8 – 10 M. ☐ nach 11 – 12 M. ☐ nach > 1 J.**Anzahl:** ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ 5 – 6 ☐ mehr als 6 ☐ Dauerkonsum**Dauer der 1. Rückfallphase:** ☐ einige Tage ☐ ≤ 2 Wochen☐ > 2 bis 4 W. ☐ > 1 bis 2 Monate ☐ > 2 Monate**Suchtmittel (Präferenz):** ☐ Alkohol ☐ Medikamente: \_\_\_\_\_☐ Drogen: \_\_\_\_\_ ☐ multipler Konsum**Suchtmittelverlagerung:** ☐ keine ☐ Drogen zu Alkohol ☐ Alk. zu Drogen

**Veränderung Konsummuster:** ☐ nein ☐ ja: Verengung (qualitativ / quantitativ)

☐ ja: Verbreiterung (qualitativ / quantitativ)

**Rückfallsituation:** ☐ allein ☐ in Gesellschaft

**Rückfallauslöser:** ☐ Feier ☐ (emot.) Belastungssituation ☐ sozialer Druck

☐ Handeln/Weitergeben ☐ Leichtsinn/Überschätzung ☐ kein spezif. Auslöser

☐ sonst \_\_\_\_\_

**Hilfesuchverhalten:** ☐ keine Eigeninitiative ☐ Selbsthilfegruppe

☐ fachl. Hilfe ☐ Unterstützung durch Freunde/Familie ☐ sonst \_\_\_\_\_

**6. Gesundheit (seit Entlassung MRV / Haft):**

**Medikamente:** ☐ keine Angabe ☐ keine

☐ Neuroleptika (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

☐ Antidepressiva (mit Dosierung): \_\_\_\_\_

**Veränderung der Dosierung:** ☐ entfällt ☐ nein ☐ erhöht ☐ reduziert ☐ abges.

**erneute stationäre Behandlung:** ☐ keine Angabe ☐ nein

☐ stationäre Entgiftung (in \_\_\_\_\_)

☐ Entwöhnungstherapie (in \_\_\_\_\_)

☐ Psychiatrie (\_\_\_\_\_)

☐ andere (in \_\_\_\_\_)

☐ freiwillig

☐ unfreiwillig

**erneute ambulante Behandlung (außer amb. Nachsorge):** ☐ keine Angabe

☐ nein ☐ psycholog. Psychotherapeut ☐ Arzt ☐ Substitutionsprogramm

☐ sonst: \_\_\_\_\_

☐ freiwillig

☐ unfreiwillig

**7. ambulante Nachsorge:****Therapeutische Einzelgespräche (i.S. einer Weisung):** ☐ entfällt☐ keine Angabe    ☐ nein    ☐ unregelmäßig (in größeren Abständen)    ☐  
regelmäßig (mind. 1x/Monat)☐ wo? \_\_\_\_\_**Kontakt zur Suchtberatungsstelle (freiwillig):** ☐ entfällt☐ nein ☐ einmal    ☐ mehrmals**Kontakt zum sozialpsych. Dienst (freiwillig):** ☐ entfällt☐ nein ☐ einmal    ☐ mehrmals**ambulante Nachsorge ist...** ☐ „hilfreich“    ☐ „lästige Pflicht“☐ sowohl als auch    ☐ sonst: \_\_\_\_\_**Verbesserungsvorschläge:** \_\_\_\_\_**8. Delinquenz:****Angaben des Bewährungshelfers etc. zur Delinquenz:** ☐ entfällt☐ Übereinstimmung mit Pat.angabe    ☐ keine Übereinstimmung, sondern:☐ nicht straffällig    ☐ straffällig    ☐ unklar, Straftat wird aber vermutet**Delikt:** ☐ unbekannt    ☐ Tötungsdelikt    ☐ Körperverletzung☐ Sexualdelikt    ☐ Raub/räub. Erpressung    ☐ Betrug/Diebstahl☐ Brandstiftung    ☐ BtmG    ☐ Verkehrsdelikt    ☐ sonst: \_\_\_\_\_☐ Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)

**Pat.angabe:**

**erneut straffällig (seit Entlassung):** ☐ keine Angabe (*weiter zu 9.*)

☐ nein      ☐ ja

**Delikt:** ☐ keine Angabe    ☐ Tötungsdelikt    ☐ Körperverletzung

☐ Sexualdelikt      ☐ Raub/räub. Erpressung    ☐ Betrug/Diebstahl

☐ Brandstiftung    ☐ BtmG    ☐ Verkehrsdelikt ☐ sonst: \_\_\_\_\_ ☐

Weisungsverstoß (i.S. §56f StGB bzw. §145a StGB)

**Suchtmittleinfluß:** ☐ keine Angabe    ☐ nein      ☐ ja      ☐ entfällt

**Zeitpunkt nach Entlassung:** ☐ keine Angabe    ☐ im 1. Monat ☐ nach 2 – 4 M.

☐ nach 5 – 7 M.    ☐ nach 8 – 10 M.    ☐ nach 11 – 12 M.    ☐ nach >12 M.

**Verurteilung:**    ☐ keine Angabe    ☐ keine Strafe      ☐ Freiheitsstrafe

☐ Fahrverbot    ☐ Geldstrafe      ☐ laufendes Verfahren    ☐ eingestellt

☐ keine Anzeige      ☐ sonst: \_\_\_\_\_

**Bewährungswiderruf:** ☐ keine Angabe      ☐ nein

☐ ja (Gründe: \_\_\_\_\_)    ☐ wahrscheinlich

**weiteres laufendes Ermittlungsverfahren:** ☐ keine Angabe ☐ nein      ☐ ja

**Delikt:** ☐ keine Angabe    ☐ Tötungsdelikt    ☐ Körperverletzung

☐ Sexualdelikt      ☐ Raub/räub. Erpressung    ☐ Betrug/Diebstahl

☐ Brandstiftung    ☐ BtmG      ☐ Verkehrsdelikt    ☐ sonst: \_\_\_\_\_



## 9. Therapiebewertung

### Therapieerfolg (Einschätzung des Interviewers):

- „§64-Patienten“: ☐ abstinent & *straf*tatfrei ☐ mäßiger Konsum & *straf*tatfrei
- ☐ Konsum mit körperl./sozialen Folgen & *straf*tatfrei
- ☐ Konsum & *Straftat* ohne strafrechtl. Verfolgung
- ☐ Konsum & *Straftat* mit strafrechtl. Verfolgung
- ☐ *Straftat* ohne Zusammenhang mit Suchtmittel

### Patienteneinschätzung:

*Wie beurteilen Sie heute den Aufenthalt im MRV bezüglich:*

- |                                       |                                   |                                     |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Gruppengespräche/-therapie:</b>    | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>Einzels psychotherapie:</b>        | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>Sozialpädagogische Behandlung:</b> | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>Pflegerische Behandlung:</b>       | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>Medizinische Behandlung:</b>       | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>Pflegegespräche:</b>               | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>BT:</b>                            | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>AT (Handwerksbetriebe):</b>        | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>AT (Haus 3):</b>                   | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>Sporttherapie:</b>                 | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |
| <b>Freizeitmaßnahmen:</b>             | <input type="checkbox"/> positiv  | <input type="checkbox"/> weder noch | <input type="checkbox"/> negativ |
|                                       | <input type="checkbox"/> entfällt |                                     |                                  |

**Stufenprogramm:** ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ  
☐ entfällt

**Stationsatmosphäre:** ☐ positiv ☐ weder noch ☐ negativ

*Bewerten Sie die Therapie insgesamt:*

☐ 1 (positiv) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 (negativ)

*Wovon haben Sie profitiert (Stichpunkte)?*

---

*Was hat Ihnen gefehlt (Stichpunkte)?*

---

*Was fanden Sie am Unangenehmsten / wo hatten Sie Schwierigkeiten (Stichpunkte)?*

---

*Verbesserungsvorschläge (Stichpunkte)?*

---

*Wie hat sich Ihre Situation -bezogen auf Ihre Suchtproblematik / psych. Erkrankung-  
seit Entlassung verändert?*

☐ verbessert ☐ gleich ☐ verschlechtert

*... -bezogen auf Ihre berufl. Stellung- ...?*

☐ verbessert ☐ gleich ☐ verschlechtert

*...-bezogen auf Ihre sozialen Kontakte / Partnerschaft- ...*

☐ verbessert ☐ gleich ☐ verschlechtert

*Haben Sie sich selbst verändert?*

☐ nein ☐ ja, zum Positiven ☐ ja, zum Negativen

**Vielen Dank!!!**

## Dank

Danksagungen sind als Inhalt einer Dissertation nicht vorgeschrieben und somit freiwillig. Die vorliegende Dissertation bezieht sich auf den Bereich Maßregelvollzug, ein Ort an dem Therapie überwiegend unfreiwillig stattfindet. Ich möchte mich deshalb an dieser Stelle besonders bei den unfreiwillig untergebrachten Patienten bedanken, die schließlich freiwillig an der Studie teilgenommen haben. Sie sind es, die hauptsächlich zum Gelingen beigetragen haben und auch zukünftigen Patienten durch ihre Teilnahme helfen.

Nicht ganz freiwillig teilgenommen haben die Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsgruppen, indem sie die Probanden bei ihrer Entlassung oder zu einem späteren Zeitpunkt befragt haben. Die Verpflichtung bestand dadurch, dass die Katamnese in der Zwischenzeit als fester Bestandteil etabliert und damit obligatorisch ist. Vielen Dank an alle Mitarbeiter der Kliniken.

Ein herzlicher Dank geht an Herrn Prof. Dr. Helmut Lukesch, der mir die Dissertation in dem Bereich Forensik ermöglichte und mich an jeder Stelle inhaltlich sowie motivierend unterstützte. Besonders freiwillig tat er dies auch noch nach seiner Pensionierung, wofür ich mich bedanken möchte. Ebenso bedanke ich mich bei dem Zweitgutachter Herrn Prof. Dr. Jürgen Zulley.

Dr. Wolfgang Mache zeichnet aus, dass er sich durch die Einführung der Katamnese-Studie freiwillig einer Qualitätsprüfung stellte, als andere Kliniken oder medizinische Bereiche noch damit beschäftigt waren, sich gegen Qualitätskontrollen zu wehren. Vielen Dank für die Unterstützung meiner Arbeit.

Ganz besonderer Dank gilt meiner befreundeten Kollegin und „Erfinderin“ der Katamnese in der Regensburger Forensik Dr. Adelheid Bezzel, die mich für das Thema begeisterte und durch kritische und motivierende Anmerkungen und Diskussionen zur inhaltlichen Verbesserung beigetragen hat.

Auch den freiwilligen Korrekturlesern Dr. Wiltrud Schepp, Dr. Fried Seier, Dr. Christian Schlögl und Dr. Dietmar Wirtz gilt mein Dank.

Als unterstützenden Freunden bei meiner Arbeit möchte ich mich bei Dr. Wolfram Titz und Dipl.-Psych. Tobias Engelschalk bedanken.

Nicht zuletzt gilt meiner lieben Familie, meiner Frau Christiane und meinen beiden Töchtern Annika und Miriam herzlichster Dank, weil sie für mich da sind.