

*Prädiktoren für Therapieabbrüche
unter besonderer Berücksichtigung
der Privilegierung im Maßregelvollzug
gemäß § 64 Strafgesetzbuch*

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor philosophiae (Dr. phil.)

vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Dipl.-Psych. Peter Rotermund

geboren am 03.04.1976 in Arnsberg (Westfalen)

Gutachter

- 1.
- 2.

Tag der mündlichen Prüfung:

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Historischer Abriss	4
1.2	Aktuelle rechtliche Grundlagen der Straftäterbehandlung	6
1.3	Die Behandlung von Straftätern	9
1.3.1	Das Reasoning and Rehabilitation Program (R&R).....	11
1.3.2	Das Risk-Need-Responsivity-Modell	12
1.3.3	Das Good-Lives-Modell	14
1.4	Zahlen und Fakten über die Behandlungen in Maßregel- und Strafvollzug	16
1.5	Forschungsstand zur Legalbewährung von behandelten Straftätern	21
1.6	Prognosen in forensischer Psychiatrie	22
1.7	Die Behandlungsprognose – ein Spezialgebiet der Kriminalprognose	25
1.8	Therapieabbrüche stationärer Suchttherapien – aktueller Forschungsstand.....	27
1.9	Therapiemotivation und Therapieabbrüche von Straftätern	31
1.9.1	Therapiemotivation	33
1.9.2	Therapieabbrüche	35
1.10	Der Maßregelvollzug Hildburghausen	43
1.10.1	Die Stationen	43
1.10.2	Therapiephasen und Angebote	44
1.10.3	Erledigungen im Maßregelvollzug Hildburghausen	46
1.11	Zentrale Fragestellungen dieser Untersuchung	47
1.11.1	Testpsychologische Untersuchung.....	50
1.11.1.1	Messung der Persönlichkeit des Patienten	50
1.11.1.2	Messung der Intelligenz	58
1.11.1.3	Messung des früheren und aktuellen Verhaltens des Patienten	60
1.11.1.4	Skalenkombinationen und Identifikation von Typen	63
1.11.2	Relevante Verlaufsdaten	64
1.11.3	Die Sicht der Patienten.....	68

2	Methoden.....	74
2.1	Testpsychologische Untersuchung.....	74
2.1.1	Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV (SKID II)	75
2.1.2	Die Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)	76
2.1.3	Culture Fair Test – Revised (CFT 20-R).....	81
2.1.4	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)	82
2.1.5	Das Forensische Therapie-Evaluations-System (FOTRES).....	84
2.1.6	Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit (MELBA).....	88
2.1.7	Statistische Überprüfung der testpsychologischen Eingangsdiagnostik	90
2.1.7.1	Tests auf Normalverteilung	90
2.1.7.2	Korrelationen nach Pearson und nach Spearman.....	91
2.1.7.3	Alpha-Adjustierung	92
2.1.7.4	Logistische Regression	92
2.1.7.5	Logistische Regression zur Vorhersage von Ereignissen.....	95
2.1.7.6	Konfigurations-Frequenz-Analyse (KFA).....	100
2.1.8	Stichprobe	102
2.2	Erhebung der relevanten Verlaufsdaten.....	108
2.2.1	Gruppierung in Früh- und Spätabbrecher.....	110
2.2.2	Gruppierung in Selbst- und Fremdabbrecher	111
2.2.3	Statistische Auswertung	111
2.2.4	Stichprobe	112
2.3	Patientenbefragung	113
2.3.1	Durchführung.....	115
2.3.2	Auswertung	115
2.3.3	Stichprobe	116
3	Ergebnisse.....	119
3.1	Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen.....	119
3.1.1	Ergebnisse des SKID II	119
3.1.1.1	Überprüfung der Normalverteilungsannahme	121
3.1.1.2	Korrelationsanalysen.....	121

3.1.1.3	Logistische Regression	122
3.1.2	Ergebnisse der PCL-R.....	123
3.1.2.1	Überprüfung der Normalverteilungsannahme	124
3.1.2.2	Korrelationsanalysen.....	125
3.1.2.3	Logistische Regressionen	126
3.1.3	Ergebnisse des FAF.....	128
3.1.3.1	Überprüfung der Normalverteilungsannahme	130
3.1.3.2	Korrelationsanalysen.....	130
3.1.3.3	Logistische Regressionen	131
3.1.4	Ergebnisse des CFT-20-R.....	133
3.1.4.1	Überprüfung der Normalverteilungsannahme	134
3.1.4.2	Korrelationsanalysen.....	135
3.1.4.3	Logistische Regressionen	135
3.1.5	Ergebnis des FOTRES-RNA	136
3.1.5.1	Überprüfung der Normalverteilungsannahme	136
3.1.5.2	Korrelationsanalysen.....	138
3.1.5.3	Logistische Regression	138
3.1.6	Ergebnisse der MELBA	139
3.1.6.1	Überprüfung der Normalverteilungsannahme	139
3.1.6.2	Korrelationsanalysen.....	141
3.1.6.3	Logistische Regressionen	142
3.1.7	Machine Learning – Evaluation der Regressionsmodelle.....	143
3.1.8	Konfigurationsfrequenzanalysen	148
3.1.8.1	Konfigurationsfrequenzanalyse 1	149
3.1.8.2	Konfigurationsfrequenzanalyse 2	151
3.1.8.3	Konfigurationsfrequenzanalyse 3	152
3.1.8.4	Konfigurationsfrequenzanalyse 4	154
3.1.8.5	Zusammenfassung der Konfigurationsfrequenz- analysen.....	156
3.2	Ergebnisse der Überprüfung der relevanten Verlaufsdaten	157
3.2.1	Aufteilung der Stichprobe in Untergruppen.....	158
3.2.2	Parallele Haftstrafe	159

3.2.3	Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin.....	160
3.2.4	Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme.....	162
3.2.5	Anzahl der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme.....	164
3.2.6	Anzahl der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung.....	166
3.2.7	Anzahl der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung.....	167
3.2.8	Analyse der Abbrüche, die nach dem Zwei-Drittel-Termin empfohlen wurden.....	169
3.3	Ergebnisse der Befragungen bezüglich Zufriedenheit und Wichtigkeit.....	169
4	Diskussion.....	173
4.1	Diskussion der testpsychologischen Untersuchung.....	173
4.1.1	Diskussion der testpsychologischen Ergebnisse bezüglich der Persönlichkeit des Patienten.....	174
4.1.1.1	Diskussion der Ergebnisse des SKID II.....	174
4.1.1.2	Diskussion der Ergebnisse der PCL-R.....	179
4.1.1.3	Diskussion der Ergebnisse des FAF.....	182
4.1.2	Diskussion der Ergebnisse der Intelligenzmessung.....	186
4.1.3	Diskussion der testpsychologischen Ergebnisse bezüglich des früheren und aktuellen Verhaltens der Patienten.....	187
4.1.3.1	Diskussion der Ergebnisse des FOTRES.....	187
4.1.3.2	Diskussion der Ergebnisse der MELBA.....	188
4.1.4	Diskussion der Ergebnisse des statistischen Lernens.....	191
4.1.5	Diskussion der Kombination von Tests und Skalen.....	192
4.1.5.1	Ergebnisse des statistischen Lernens.....	192
4.1.5.2	Ergebnisse der Konfigurationsfrequenzanalysen.....	193
4.1.5.3	Der identifizierte Typ des Abbrechers.....	194
4.1.6	Fazit der testpsychologischen Untersuchung.....	195
4.2	Diskussion der relevanten Verlaufsdaten.....	195

4.2.1	Diskussion der Hypothese 2.1	197
4.2.2	Diskussion der Hypothese 2.2.....	197
4.2.3	Diskussion der Hypothese 2.3.....	198
4.2.4	Diskussion der weiteren Ergebnisse der Berechnungen relevanter Verlaufsdaten	199
4.2.5	Fazit der Untersuchung der relevanten Verlaufsdaten	200
4.3	Diskussion der Patientenbefragung	202
4.3.1	Diskussion der Therapiebausteine	203
4.3.2	Diskussion der Hypothesen und Fazit	217
4.4	Diskussion der Ergebnisse hinsichtlich der Privilegierung im Maßregelvollzug.....	218
5	Zusammenfassung	222
6	Quellenverzeichnis	224
7	Tabellenverzeichnis	241
8	Abbildungsverzeichnis	247
9	Rechtsquellenverzeichnis	250
10	Abkürzungsverzeichnis.....	261
Anhang	264

1 Einleitung

Die Frage, ob und in welcher Form ein Straftäter in Zukunft rückfällig werden wird, zählt zu den ältesten Fragen der rechtspsychologischen Disziplinen wissenschaftlicher Psychologie (Bliesener, Lösel & Köhnken, 2014). Auch heutzutage spielen Wahrscheinlichkeitsaussagen über zukünftige Rechtsbrüche durch bereits strafrechtlich in Erscheinung getretene Personen anhand von Prognosegutachten im Strafrecht eine erhebliche Rolle (Dahle & Schneider-Njepel, 2014). Doch nicht nur in wissenschaftlicher Psychologie und Justiz zeigt sich die Relevanz von Rückfall- und Gefährlichkeitsprognosen, sondern auch in den Medien und der öffentlichen Meinung. Richterliche Entscheidungen, allen voran diejenigen, die über Vollzugslockerungen oder Entlassungen auf der Grundlage eines Prognosegutachtens entscheiden, werden vorzugsweise in den Medien infrage gestellt, wenn es zu einem Rückfall gekommen ist. Schon Krebber (1999) hat deshalb von einer unterschätzten Wechselwirkung zwischen der medialen Darstellung und der Einstellung in der Bevölkerung gesprochen. Straftäter würden als das personifizierte Böse dargestellt, die Dienstleistungen wie z. B. Versorgung oder Therapien in Anspruch nehmen, die ihnen nicht zustünden. Die Sicherheit der Bevölkerung werde dabei künstlich in den Vordergrund gerückt. Die an Lynchjustiz erinnernden Reaktionen der Bürger des sachsenanhaltinischen Dorfs Insel auf den dortigen Wiedereingliederungsversuch zweier aus der Sicherungsverwahrung entlassener Sexualstraftäter untermauern diese Postulate (z. B. Die Zeit, Ausgabe Nr. 25/2012, Titel „Insel der Unseligen“).

Auf der anderen Seite scheint das Interesse an rechtspsychologischen Fragen in den Medien durch Romane und zahlreiche Produktionen für Film und Fernsehen, die mit entsprechenden Themen und psychologischen Fragestellungen angereichert werden, zu steigen. So stellen Bliesener et al. (2014) eine wachsende gesellschaftliche Beachtung rechtspsychologischer Themensowie einen steigenden Bedarf an „wissenschaftlich begründeter psychologischer Expertise“ (S. 5) fest.

Die Frage nach der Behandlung selbst und den Inhalten einer Sozial- oder Psychotherapie von strafrechtlich in Erscheinung getretenen Personen zur Prävention weiterer Straftaten findet in den Medien hingegen weitaus weniger Beachtung. Außer einigen schlagkräftigen Aussagen wie die des Alt-Kanzlers Gerhard Schröder, der der „Bild am Sonntag“ im Juli 2001 mitteilte: „Ich komme mehr und mehr zu der Auffassung, dass erwachsene Männer, die sich an kleinen Mädchen vergehen, nicht thera-

pierbar sind [...]. Deswegen kann es da nur eine Lösung geben: Wegschließen – und zwar für immer!“ (Bild am Sonntag, Ausgabe vom 08.07.2001), blieb es in den Medien ruhig um die Art und Weise, wie man Straftätern mit dem Ziel der Reduzierung der Gefährlichkeit begegnen sollte. Dass die Aussage des ehemaligen Bundeskanzlers jeder kriminologischen Grundlage entbehrte, ist übrigens von Prittwitz (2003) gezeigt worden. Die Kritik der Fachleute verhallte jedoch im Applaus der Bevölkerung.

Unterstrichen wird die steigende Relevanz der Thematik in den angewandten wissenschaftlichen Disziplinen auch durch zahlreiche Fachtagungen zu Themen der Forensischen Psychiatrie und Psychologie sowie zur Rechtspsychologie, ebenso durch die verbesserten Ausbildungsmöglichkeiten im Rahmen von Zusatzqualifikationen (z. B. Anti-Gewalt-Trainer) und Master-Studiengängen (z. B. Rechtspsychologie MA, Kriminologie MA). Auch die wachsende Zahl an Evaluationsstudien zum Thema Straftäterbehandlung (z. B. Schalast & Kösters, 2008; Hartl, 2012; Bezzel, 2008) trägt mit wesentlichen Erkenntnissen zur stetigen Weiterentwicklung der Behandlung von Rechtsbrechern bei.

Die Straftäterbehandlung hat im Laufe der letzten Jahrzehnte verschiedene Strömungen durchlaufen. Die erste war gekennzeichnet durch eine hohe Erwartung an therapeutische Interventionen im Strafvollzug. Das Schlagwort „everything works“ markiert die Überschätzung der Psychotherapie in dieser Zeit. Nachdem Martinson (1974) mit seiner Abhandlung „What works?“ der Frage nachgegangen war, ob die Einführung von Therapie das Gefängnisssystem wirklich verbessert habe, ist die Straftäterbehandlung in stark vereinfachter und verfälschter Form mit dem Slogan „Nothing works“ als nicht erfolgversprechend abgestempelt worden (Spiess, 2004). Ursprünglich, so Spiess (2004), war damit jedoch nur gemeint dass selbst professionelle Therapie nichts an den ungünstigen Beeinflussungen durch die Unterbringung in einem Gefängnis ändert. Erst 21 Jahre später erreichte eine neue Strömung die Wissenschaftler. Das „nothing works“ wurde ca. 1985 durch „something works“ abgelöst (Dünkel & Drenkhahn, 2001). Die Wirksamkeit der Straftäterbehandlung wurde mittlerweile in zahlreichen Studien nachgewiesen. Eine der ersten und einflussreichsten Untersuchungen war die von Andrews et al. (1990), die die höchste Effektrate bei angemessenen Behandlungsverfahren im Vergleich zu unspezifischen und unangemessenen Behandlungsverfahren zeigte. Am schlechtesten, so fanden die Autoren heraus, wirkten strafrechtliche Sanktionen. Seit das nordamerikanische Konzept der

Psychoapthy von Robert Hare (1990a) in die Diskussionen um die Behandlung von Straftätern Eingang gefunden hat, sind immer wieder Stimmen ertönt, die eine Therapie von vornherein als fraglich erachteten oder sogar als aussichtslos prognostizierten (Nuhn-Naber & Rehder, 2005; Olver & Wong, 2011). Ihnen begegneten verschiedene Untersuchungen, die spezifische Therapieansätze für sogenannte „PCL-R-High-Scorer“ empfahlen (z. B. Mokros & Habermeyer, 2012). Bliesener (2014) beschrieb bezüglich dissozialen Verhaltens, dass die Betrachtung einzelner Erklärungsmodelle nicht ausreicht, um die Entwicklung dissozialen Verhaltens komplett zu erklären. Nützlich seien hingegen Modelle, die biologische, psychologische, soziale und situative Faktoren und Prozesse einbeziehen, da dissoziales Verhalten immer aus komplexen Wechselwirkungen dieser Faktoren und Prozesse im konkreten Einzelfall resultiere, was den Anspruch an eine Behandlungsplanung erheblich ausdehnt (S. 59). In der modernen Straftäterbehandlung gilt es also, jeden Straftäter individuell zu betrachten, zu analysieren und individuelle Behandlungspläne zu erstellen, um ihm gerecht zu werden, beispielsweise im Sinne des *Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR-Modell)* von Andrews, Bonta & Hoge (1990; siehe Kapitel 1.3.2), so unter anderen die Autoren Hosser und Boxberg (2014).

Fest steht jedenfalls, dass die steigende Zahl der Unterbringungen in Deutschland (Heinz, 2014) eine intensivere Forschung rechtfertigt. Hoffmann, Ross, Querengässer & Mielke (2013, zitiert nach einer Online-Publikation von Wolfgang Heinz, 2014) berichteten, dass die bundesweite Belegung in den Entziehungsanstalten so hoch sei wie nie zuvor. Sie habe sich in den letzten 25 Jahren sogar verdreifacht, wobei seit 2006 die Zahl der Einweisungen die der Entlassungen übersteige. Zusätzlich belegten die Statistiken bezüglich der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt eine anhaltend hohe Zahl an vorzeitigen Therapieabbrüchen (von der Haar, 2012a; Kemper, 2008). So drängt sich die Frage auf, ob die Therapie, bzw. die angewandten therapeutischen Konzepte den Patienten nur unzulänglich erreichen. Göbbels und Zimmermann (2013) nehmen beispielsweise an, dass in Deutschland die Prinzipien des RNR-Modells nicht genügend angewandt werden. Verschiedene Studien haben versucht, Indikatoren für das Phänomen des Therapieabbruchs zu identifizieren (darunter Fries, Endrass, Ridinger, Urbaniok & Rossegger, 2011; Bezzel, 2008; Kemper, 2008; Schalast & Kösters, 2008) mit dem Ziel, als Entscheidungshilfe für Gutachter bei der Frage der Unterbringung zu dienen (Querengässer, Ross & Hoffmann, 2013),

bzw. um eine Behandelbarkeit abzuleiten. Dabei haben sich bislang zwar nur wenige neue Erkenntnisse, aber doch immerhin einige Anregungen für die wissenschaftliche Untersuchung des Phänomens des Therapieabbruchs ergeben (Schalast, Steffen & Boateng, 2012; Querengässer et al., 2013).

Die vorliegende Untersuchung widmet sich dem Phänomen Therapieabbruch im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB und versucht Prädiktoren zu identifizieren, anhand deren die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs eingeschätzt werden kann. Sie zielt jedoch nicht darauf, Instrumente zur möglichst frühzeitigen Aussortierung von „nicht therapierbaren“ oder „nicht therapiewilligen“ Patienten zu ermitteln, sondern vielmehr darauf, die Hintergründe von Abbrüchen aufzudecken. Ein besonderes Augenmerk, und dies unterscheidet diese Untersuchung von vorangegangenen, gilt dem Einfluss der Privilegierung im Maßregelvollzug auf Abbruchsentscheidungen, bzw. die günstigere Stellung der Straftäter, die zusätzlich zum Strafvollzug zum Maßregelvollzug verurteilt wurden (siehe Kapitel 1.9). Zur Gewinnung neuer Erkenntnisse ist natürlich an vorangehende Arbeiten und an die Empfehlungen ihrer Autoren anzuknüpfen.

1.1 Historischer Abriss

Die Idee, dass psychisch kranke Straftäter nicht bestraft werden sollen, wenn die Krankheit selbst die Ursache der Straftat ist, wurde erstmals von Aristoteles (384–322 v. Chr.) in seiner „Nikomachischen Ethik“ vertreten (Nedopil, 2007). Auch im römischen Reich (ca. 750 v. Chr. bis ca. 476 n. Chr.) gingen bereits die „Rasenden“, die „Verblödeten“ und die „Toren“ straffrei aus, da sie bereits genug durch ihre Krankheit gestraft seien (ebd., S. 4). Die zusätzliche Anerkennung der Trunkenheit als strafmildernd wird in diesem Zusammenhang bereits ebenfalls genannt. Das römische Recht bezog zwar die subjektiven Tatumstände in das Strafmaß mit ein, Fachleute wurden jedoch zu dieser Zeit wenig zu Rate gezogen. Die Geisteszustände der Straftäter wurden erst zur Zeit von Paolo Zacchia (1584–1659), dem Berater des obersten Gerichtshofes der katholischen Kirche und des Kirchenstaates, in speziellen Verfahren durch Ärzte befundet (ebd., S. 4). Die bis dahin herrschenden brutalen Behandlungsmethoden wurden erstmals von Philippe Pinel (1745–1826) abgeschafft, der die Kranken von den Ketten befreite um dann mildere, jedoch aus heutiger Sicht noch immer barbarische Methoden anzuwenden (z. B. die Drehstuhlbe-

handlung oder das Untertauchen in kaltes Wasser; Kollé, 1962). Cesare Lombroso (1835–1910), der Gründer der „Positiven Schule der Kriminologie“ versuchte seinerzeit Straftäter anhand ihrer körperlichen Merkmale kriminalanthropologisch zu typisieren (Lombroso, 1894). Ernst Kretschmer (1888–1964) beschrieb einen Zusammenhang zwischen Körperbau, Charakter, Geisteskrankheit und kriminellem Verhalten (Kretschmer, 1922). Kurt Schneider prägte als einer der ersten den Begriff der psychopathischen Persönlichkeit (Schneider, 1940). Zur Zeit des „Dritten Reiches“ herrschte das Anlagedenken vor. So sahen die Kriminologen Edmund Mezger und Franz Exner die Ursache eines Verbrechens im Erbgut des Verbrechers. Dass die Psychopathie der Eltern sich erblich auf die Kinder auswirke, war gängige Meinung. So führte die Einstufung als Täter zur geplanten „Ausrottung krimineller Stämme“ im Rahmen rassehygienischer Maßnahmen. Lebenslängliche Sicherheitsverwahrung, Sterilisation und selbst die Tötung galten als legitime strafrechtliche Sanktionen zum Schutz der Allgemeinheit (u. a. Kaiser, 1996). Erst seit den 1960er Jahren orientierte man sich an den kriminalsoziologischen Ergebnissen aus Amerika und beachtete auch die gesellschaftlichen, sozialen und familiären Verursachungsfaktoren. Damit war ein anderer Umgang mit Straftätern eingeleitet: Die Behandlung des Straftäters wurde mehr in den Vordergrund gerückt und sozialpolitische Maßnahmen für ausgegrenzte, randständige Gruppen wurden eingeführt (u. a. Kury, 1999). Das 1871 erschienene Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches kannte in § 51 bereits den „Strafausschluss wegen psychischer Krankheiten (Bewusstlosigkeit, krankhafte Störung der Geistestätigkeit)“. Die erste Strafrechtsreform von 1933 fügte dem im 2. Absatz die „verminderte Zurechnungsfähigkeit (Bewusstseinsstörung, Geistesschwäche, krankhafte Störung der Geistestätigkeit)“ hinzu (Nedopil, 2007). 1933 wurde die Maßregel in das Strafgesetzbuch aufgenommen, die in den §§ 42a ff. geregelt wurde: „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über die Maßregel der Besserung und Sicherung“. Die Unterbringung fand in Heil- und Pflegeanstalten statt, wenn der Täter im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit eine strafbare Handlung begangen hatte und die öffentliche Sicherheit seine Unterbringung erforderte (Müller, 1997). Die Unterbringung war zeitlich nicht befristet, die Maßregel dauerte, bis der Zweck erreicht war. In dreijährlichen Abständen wurde die Unterbringung überprüft. Wurde der Zweck nicht erreicht, war im Zweifel zugunsten der Sicherheit der Allgemeinheit zu entscheiden (ebd.).

Ab 1969 wurde im zweiten Strafrechtsreformgesetz der Begriff der Zurechnungsfähigkeit durch den Begriff der *Schuldfähigkeit* abgelöst und in den §§ 20 (*Schuldunfähigkeit*) und 21 (*verminderte Schuldfähigkeit*) StGB festgelegt. 1975 wurden die §§ 42b und 42c durch die heute gültigen Maßregeln der Sicherung und Besserung, darunter die §§ 63, 64 und 66, ersetzt.

1.2 Aktuelle rechtliche Grundlagen der Straftäterbehandlung

Das Strafrecht in Deutschland unterliegt einem dualistischen Rechtsfolgesystem (Zweispurigkeit des Strafrechts), welches als Folge einer Straftat die Verbüßung einer Freiheitsstrafe in Haft von einer Maßregel zur Besserung und Sicherung differenziert. Letztere betrifft die Unterbringung in einer therapeutischen Einrichtung, einer forensischen Klinik oder Psychiatrie, auch Maßregelvollzug oder kurz „Forensik“ genannt, die das Ziel verfolgt, den Untergebrachten durch Behandlung und Betreuung so weit wie möglich zu heilen oder die Gefährlichkeit des Straftäters so zu reduzieren, dass von ihm keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit ausgeht (vgl. § 137 StVollzG; § 2 ThürMRVG).

Die rechtliche Grundlage des Maßregelvollzugs liefert das Strafgesetzbuch (StGB), dritter Abschnitt „Rechtsfolgen der Tat“, sechster Titel „Maßregeln zur Sicherung und Besserung“ (§§ 61–72). Hier unterscheidet das Gesetz freiheitsentziehende Maßregeln, Führungsaufsicht, Entziehung der Fahrerlaubnis und Berufsverbot. Unter den freiheitsentziehenden Maßregeln werden die Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB), in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) und in der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) geregelt. Eine gerichtlich angeordnete Maßregel steht parallel neben einer Freiheitsstrafe. Den im Maßregelvollzug Eingewiesenen soll durch ärztliche, psychotherapeutische und andere therapeutische Methoden und Mittel dazu verholfen werden ein straffreies, in die Gesellschaft eingegliedertes Leben zu führen (Schaumburg, 2003). Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Unterbringung gemäß § 64 StGB, weshalb der Fokus im Folgenden speziell auf diese Unterbringungsart gelegt wird.

Wesentlicher Unterschied einer Maßregel gemäß § 64 StGB gegenüber der Unterbringung nach § 63 StGB ist, dass das Vorliegen einer Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder einer verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) kein notwendiges Kriterium für eine Unterbringung darstellt. Des Weiteren unterscheidet diese beiden Unter-

bringungsformen, dass gemäß § 64 StGB eine zeitliche Begrenzung vorgesehen ist, in der Regel zwei Jahre (§ 67d StGB), was bei einer Unterbringung gemäß § 63 StGB nicht der Fall ist. Der Gesetzestext lautet:

§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

(1) Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

Seifert (2009) subsumierte die Voraussetzungen für eine Unterbringung auf vier wesentliche Punkte: 1. es muss ein Hang bestehen, alkoholische oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, 2. das Anlassdelikt muss in kausaler Beziehung zum Suchtproblem stehen, 3. es muss eine negative Legalprognose bestehen und 4. es muss eine positive Therapieaussicht bestehen, d. h., die Therapie darf nicht von vornherein aussichtslos sein.

Der Begriff „Hang“ wird im rein juristischen Sinne verwendet, was eine konkrete Abgrenzung im medizinischen Bereich etwas erschwert. Laut Nedopil (2007) definiert die Rechtsprechung den Hang als „eine eingewurzelte, auf psychische Disposition zurückgehende oder durch Übung erworbene intensive Neigung, immer wieder Rauschmittel *im Übermaß* zu konsumieren, wobei diese Neigung noch nicht den Grad einer physischen Abhängigkeit erreicht haben muss.“ (S. 29). Das „Übermaß“

besteht laut Winkler (2005) in einem Umfang, der Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Die Unterbringungs Voraussetzung beschränkt sich damit nicht allein auf eine Abhängigkeitsdiagnose nach ICD 10: F1.x2, sondern kann bereits mit der Diagnose „schädlicher Gebrauch“ (ICD 10: F1x.1) erfüllt sein. Auch die Beck'schen Kurzkommentare zum Strafgesetzbuch (Fischer, 2009) erläutern, dass bereits die „[...] psychische Abhängigkeit im Sinne einer auf Disposition beruhenden oder durch Übung erworbenen intensiven Neigung, Rauschmittel im Übermaß zu konsumieren [...]“ (S. 570) das Vorliegen eines Hanges begründen können.

Der Vollzug der Maßregel selbst wird in den meisten Bundesländern durch eigene Maßregelvollzugsgesetze geregelt. Die Länder, die nicht über ein solches Gesetz verfügen, richten sich nach dem dort geltenden Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG), bzw. Unterbringungsgesetz (UbG). Einen umfassenden Überblick über das Recht des Vollzugs der Unterbringungen liefern Volckert und Grünebaum (2015). Die Entlassung eines Straftäters aus einer Forensischen Klinik bzw. die Erledigung einer Maßregel kann auf vier verschiedenen Wegen erfolgen. Erstens die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung nach erfolgreicher Therapie (§ 67d II StGB). Laut Stichtagserhebung (von der Haar, 2012) betraf dies knapp 40 % der Unterbringungen. Zweitens die Entlassung aus dem Maßregelvollzug wegen des Ablaufes der Höchstfrist (§67d IV StGB), was bei ca. 8 % der Fälle war (ebd.). Drittens der sogenannte Therapieabbruch (bei knapp 50 % der Unterbringungen; § 67d V StGB, siehe Kapitel 1.9.2). Ein eher selten eintretender Weg der Erledigung ist viertens die Zweckerreichung, die etwa eintritt, wenn ein Patient eine erfolgreiche Therapie in Bezug auf seine Suchterkrankung absolviert hat, er aber aus anderen Gründen (z. B. einer Persönlichkeitsstörung) weiterhin als gefährlich eingeschätzt wird. Dann kann die Aussetzung zur Bewährung nicht empfohlen werden und das Gericht entscheidet über weitere Schritte.

Neben der Behandlung im Maßregelvollzug ist aber auch eine Behandlung im Regelvollzug grundsätzlich möglich. Die Behandlung in einer Justizvollzugsanstalt bzw. in einer sogenannten „sozialtherapeutischen Abteilung“ (SotA) wird im Strafvollzugsgesetz (StVollzG) in § 9 geregelt. Zugang zu einer SotA haben nur bestimmte Tätergruppen, wie z. B. Sexualstraftäter mit mehr als 2 Jahren Freiheitsstrafe. Für andere Gefangene besteht kein Anspruch auf Behandlung, sondern nur ein Anspruch auf

ermessensfehlerfreie Entscheidung über eine Verlegung. Zu bemerken ist, dass die Regelungen des Strafvollzugs ebenso des Maßregelvollzugs Ländersache sind, weshalb sich weiterführende Gesetze, beispielsweise bezüglich Jugendstrafvollzügen oder dem Vollzug der Sicherungsverwahrung, in den jeweiligen Ländergesetzen finden.

1.3 Die Behandlung von Straftätern

Wie anfangs bereits erwähnt, bewegt sich die Straftäterbehandlung, ausgehend von der Aussage „something works“ (z. B. in Dünkel & Drenkhahn, 2001), ebenso wie die Forschung in diesem Bereich aktuell auf einer Ebene, die für zahlreiche Disziplinen bedeutsam und attraktiv ist (vgl. Nedopil, 2010). So erklärt beispielsweise Lösel (2014), dass sich die Therapie von Straftätern nicht auf Therapie im medizinischen Sinn oder Psychotherapie beschränke, sondern dass hier psychologische, soziale, pädagogische und medizinische Interventionen zusammenkämen. In diesem Sinne liefern auch Hosser und Boxberg (2014) eine ausgesprochen umfassende Begriffsbestimmung:

Zur intramuralen Straftäterbehandlung (von lat. intra „innen“ und murus „Mauer“) Straftäterbehandlung zählen Maßnahmen zur Förderung der schulischen und beruflichen Qualifikation und Integration in Arbeit, Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsförderung, Programme zur Förderung der Sozialkompetenz, Alltagsbewältigung und sozialen Integration, Beratungsangebote, Krisenintervention, psychotherapeutische und deliktspezifische Behandlungsprogramme sowie Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung und Wiedereingliederung. (S. 446)

Weiter erklären die Autoren, dass es die pädagogisch-psychologischen Behandlungsmaßnahmen seien, denen die größte Bedeutung zukomme. Dazu zählen sie Sozialkompetenztrainings, Anti-Gewaltprogramme, Suchtberatung und Suchttherapie, deliktspezifische und allgemein rückfallpräventive Programme, Angebote für Inhaftierte mit spezifischen psychischen Störungsbildern, Programme für Drogenabhängige und Programme für Sexualstraftäter (S. 454). Auch Dahle und Steller (2000)

betonen, dass insbesondere die spezialpräventive Behandlung von Straftätern sich gegenüber allgemeiner Psycho- und Sozialtherapie durchsetze.

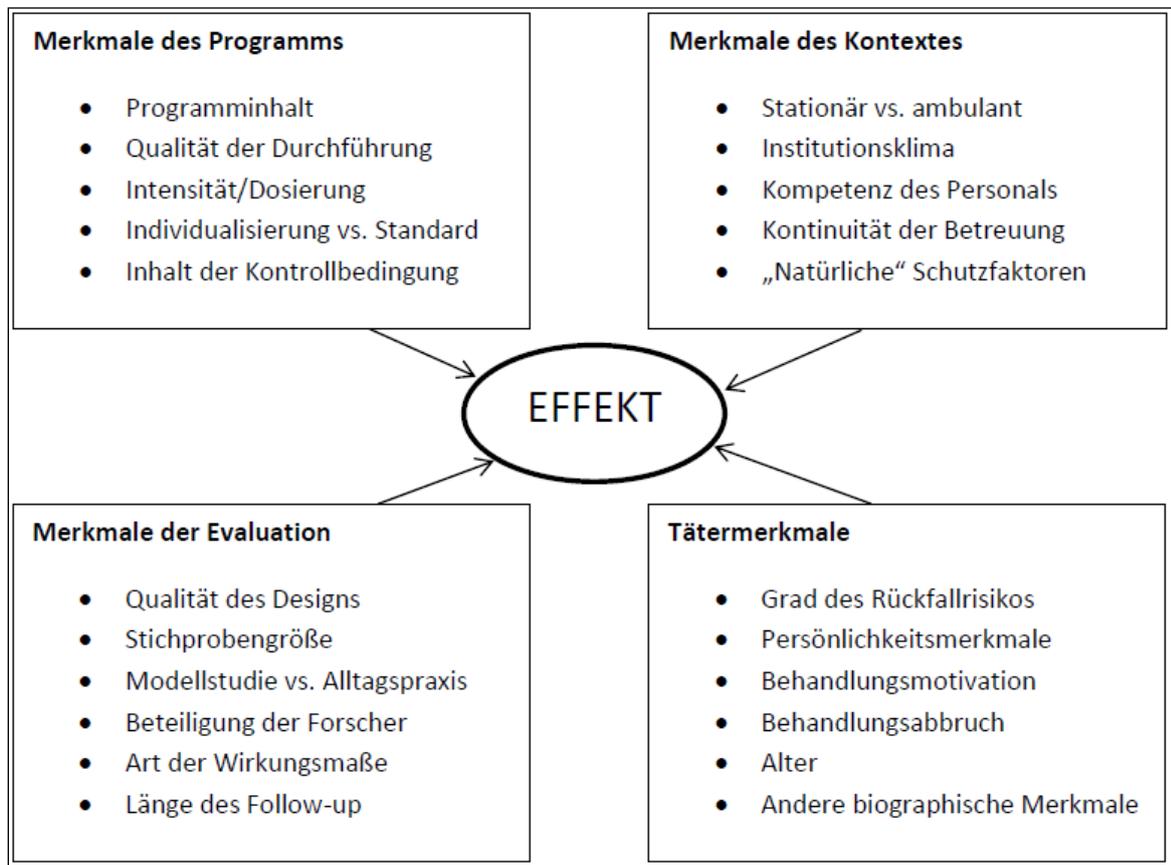


Abbildung 1: Grafische Anlehnung an das Modell verschiedener Einflussfaktoren auf die Effektstärke in Evaluationsstudien zur Straftäterbehandlung nach Lösel (2014)

Lösel (2014) benennt als empirisch fundierte Ansätze kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme, strukturierte therapeutische Gemeinschaften und Sozialtherapie, multisystemische Programme sowie schulische und berufliche Bildungsmaßnahmen. Er betont jedoch, dass es nicht auf den Wert einzelner Programme ankomme, sondern dass vielmehr zahlreiche Einflüsse auf die Effektstärke einwirken (S. 541). Er verweist dazu auf Meta-Analysen (z. B. von Lipsey & Wilson, 1998), die erhebliche Unterschiede in den Effektstärken bei Vergleichen mit identischen oder ähnlichen Programmen festgestellt haben. Die wesentlichen Einflussfaktoren fasst er in einem Modell zusammen, das in Abbildung 1 dargestellt ist. Des Weiteren schlägt er eine „dritte Phase“ des „What-Works“-Ansatzes vor, in der das vorhandene Wissen über die Behandlung von Straftätern „schrittweise verbessert und praktisch umgesetzt“

(S. 546) werden sollte. In den folgenden Kapiteln sollen drei berühmte Ansätze der Straftäterbehandlung vorgestellt werden, denen in den vergangenen Jahren besondere Bedeutung zugeschrieben worden ist.

1.3.1 Das Reasoning and Rehabilitation Program (R&R)

Ross und Gendreau (1980) fanden, dass eine effektive Behandlung von Straftätern die Rückfallraten um 30 % bis 74 % senken kann, und des Weiteren, dass sich positive Effekte der Behandlung über 3 bis 15 Jahre nachweisen lassen. Sie postulierten, dass Straftäter eine Reihe von Entwicklungsrückständen aufwiesen und ein effektives Behandlungsprogramm daher an ihren kognitiven Fertigkeiten ansetzen müsse, um eine gute soziale Leistungs- und Anpassungsfähigkeit zu erreichen. Die Autoren erforschten in ihrer umfangreichen Untersuchung diese kognitiven Defizite und benannten folgende defizitäre Bereiche, die bei Straftätern zu behandeln seien:

1. Selbstkontrolle und Selbstmanagement,
2. interpersonelles Problemlösen,
3. Selbstsicherheit und soziale Interaktionen,
4. soziale Perspektivübernahme,
5. kritisches Urteilen,
6. kognitiver Stil,
7. antisoziale Einstellungen und Werthaltungen.

Ross, Fabiano & Ewles (1988) entwickelten daraufhin das *Reasoning and Rehabilitation-Programm (R&R)*, das mittlerweile in 11 Sprachen vorliegt und dessen Wirksamkeit mehrfach empirisch bestätigt worden ist (darunter Robinson, Grossmann & Porporino, 1991; Robinson, 1995; Tong & Farington, 2006; Wettermann et. al., 2012). Es gilt heute als das weltweit am weitesten verbreitete Behandlungsprogramm für Straftäter. Es versteht sich als Breitband-Behandlungsverfahren, das eine Verbesserung der Fähigkeit zu selbstständigem Denken und Handeln erstrebt, sowie eine Förderung des Bedürfnisses prosozialer Ziele verfolgt (Eucker, 2013). In vielen Ländern, so auch in Deutschland, gibt es die Möglichkeit, sich entsprechend ausbilden zu lassen und ein Zertifikat zu erlangen, das die sachgerechte Durchführung des Programms belegt. Der Rahmen für das R&R-Programm sieht 35 Sitzungen à 120 Minuten vor,

mit 2 Sitzungen pro Woche, 6–8 Teilnehmern und bestenfalls 2 Trainern. Insgesamt dauert ein komplettes R&R-Programm somit ca. 5 bis 10 Monate.

1.3.2 Das Risk-Need-Responsivity-Modell

Der Ansatz des *Risk-Need-Responsivity-Modells (RNR)* von Andrews, Bonta & Hoge (1990) fokussiert die Vielfalt der Delinquenz und beinhaltet, dass die Art der Delinquenz sowie die Umstände, die zur Straftat führten, individuell betrachtet werden müssen. Die Autoren traten damit seinerzeit der dominierenden „Nothing-works“-Welle entgegen und belegten positive Effekte von Rehabilitationsbehandlungen bei jugendlichen Straftätern (Göbbels & Zimmermann, 2013). Eine erfolgreiche Straftäterbehandlung knüpften sie in ihrem umfangreichen Modell an spezielle Prinzipien, von denen drei empirisch belegte Grundprinzipien im Folgenden näher beschrieben werden sollen:

Risikoprinzip (risk principle)

Die Intensität der Behandlung soll an der individuellen Gefährlichkeit ausgerichtet werden. Je höher das Rückfallrisiko, desto intensiver die Behandlung. Je niedriger, desto reduzierter soll die Behandlung sein, um den Kontakt zu gefährlicheren Straftätern mit höherem Rückfallrisiko zu minimieren (Andrews, Bonta & Wormith, 2011).

Bedürfnisprinzip (need principle)

Die Behandlungsziele sollen sich an den dynamischen, also veränderbaren Risikofaktoren orientieren, die von den Autoren als „kriminogene Bedürfnisse“ in *Major Risk Factors* (oder auch die „big four“-Risikofaktoren) und *Moderate Risk Factors* eingeteilt werden.

A. *Major Risk Factors*

- antisoziale Vorgeschichte
- antisoziale Persönlichkeit
- antisoziale Kognitionen (Einstellungen, Werte, Überzeugungen, Rationalisierungen und eine persönliche Identität, die Kriminalität befürwortet)

- Präsenz eines antisozialen Umfeldes

B. *Moderate Risk Factors*

- Substanzmissbrauch
- Schwierigkeiten in Familie und Ehebeziehungen
- Probleme in Schule und Arbeit
- Fehlende prosoziale Freizeitaktivitäten

Im Rahmen des Bedürfnisprinzips werden zusätzlich vier nicht kriminogene Bedürfnisse angeführt, die *minor factors*, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Rückfallrisiko stehen, dementsprechend auch nicht behandelt werden sollten: Selbstwert, unbestimmte Stressgefühle, bedeutende psychische Störungen und physische Erkrankungen (Göbbels, Ward & Willis, 2013).

Ansprechbarkeitsprinzip (responsivity principle)

Die Art der Behandlung soll an der individuellen Ansprechbarkeit des Klienten ausgerichtet sein, d. h. beispielsweise an seinen kognitiven Fähigkeiten, seiner Motivation oder seinem kulturellen Hintergrund. Während die „allgemeine Ansprechbarkeit“ durch kognitiv-behaviorale Methoden behandelt werden soll (z. B. durch positive Verstärkung, Rolleneinübung, Ausbau von Ressourcen/Fähigkeiten, Modifizieren von Einstellungen und Emotionen, kognitive Umstrukturierung, Üben neuer Verhaltensweisen) fokussiert die „spezifische Ansprechbarkeit“ individuelle Aspekte der Täterpersönlichkeit (z. B. zwischenmenschliche Empfindsamkeit, Angst, verbale Intelligenz, kognitive Reife).

Andrews und Bonta (2010) beschreiben neben diesen drei Grundprinzipien weitere Prinzipien, die eine erfolgreiche Straftäterbehandlung ermöglichen. Hierzu zählten generelle, klinische und organisationale Prinzipien, auf die jedoch nicht weiter eingegangen werden soll. Stattdessen sei auf die ausführliche Darstellung des Modells bei Göbbels und Zimmermann (2013) verwiesen. Letztgenannte Autoren betonten in ihrem Aufsatz die Stärken des Modells und kritisierten, dass es in den deutschen Justiz- und Maßregelvollzügen bislang zu wenig angewendet werde. Noch immer wür-

den tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Ansätze vorherrschen, obwohl empirische Befunde belegt hätten, dass die alleinige Anwendung psychodynamischer Verfahren nicht wirksam sei. Sie weisen allerdings auch darauf hin, dass der Fokus des Modells auf dynamischen Risikofaktoren liege, was keine effektive Rehabilitation und Reintegration garantiere. Doch ist die generelle Brauchbarkeit des Modells und die Wirksamkeit von Programmen, die darauf basieren, mittlerweile in zahlreichen metaanalytischen Studien belegt worden (Andrews & Dowden, 2005; Andrews et al., 1990; Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Hanson et al., 2002; Lösel & Schmucker, 2005; Smith, Gendreau & Swartz, 2009).

Ein in der Literatur wiederholt aufgeworfener Kritikpunkt lautet, dass das RNR-Modell nicht in der Lage sei, die Straftäter für eine Therapie zu motivieren (Mann, 2000; Ward & Maruna, 2007). Göbbels et al. (2013) geben insbesondere zu bedenken, dass RNR-basierte Programme vor allem mit Vermeidungszielen arbeiten um dadurch in Straftätern eine Art Hypervigilanz gegenüber Hochrisikosituationen, Frühwarnzeichen und Rückfällen zu erzeugen, anstatt Annäherungsziele zu erarbeiten, für die es sich lohnt, die Therapie durchzuführen und nicht mehr straffällig zu werden. Auch die Nichtbehandlung der nicht-kriminogenen Faktoren im Bereich des Bedürfnisprinzips wird angefochten, da gerade hier motivationsfördernde Aspekte zu finden seien.

Ein Modell, das als Alternative, aber auch als Ergänzung dazu entwickelt worden ist, ist das *Good-Lives-Modell*, das im folgenden Kapitel beschrieben wird.

1.3.3 Das Good-Lives-Modell

Das *Good-Lives-Modell (GLM)* von Tony Ward (Ward, 2002; Ward & Steward, 2003) kann als dualfokussierte Alternative oder als Ergänzung zum vorher beschriebenen Risk-Need-Responsivity-Modell verstanden werden (Göbbels et al., 2013), da es neben dem Risikomanagement die Verbesserung der Lebensqualität des Straftäters als weiteren zentralen Behandlungsinhalt bestimmt. Die Schöpfer des Modells postulieren, dass das Führen eines guten Lebens die Motivation zu straffälligem Verhalten reduzieren oder sogar eliminieren könne (von Franqué & Briken, 2013). Straftaten seien mit Schwächen assoziiert, die allgemeinen menschlichen Bedürfnisse zu erreichen. Straftäter benötigten dementsprechend zur erfolgreichen Rehabilitation eine professionelle Unterstützung bei der Entwicklung und Erreichung der notwendigen

Ressourcen, um ein gutes Leben führen zu können. Eine zentrale Grundannahme des Modells ist, dass Menschen bestimmte Zustände, persönliche Charakteristika und Erfahrungen wertschätzen, die als *primäre Güter (primary goods)* zu verstehen sind und grundsätzlich angestrebt werden. In der Weiterentwicklung des Modells sind insgesamt 11 primäre Güter beschrieben worden (Ward & Brown, 2004; Ward & Marshall, 2004), und zwar nach Göbbels et al. (2013):

1. Leben (gesund leben und funktionieren),
 2. Wissen (wie gut informiert man über die Dinge ist, die einem wichtig sind),
 3. Erleben von Kompetenz in Freizeit (Hobbys und Entspannung),
 4. Kompetenz in Arbeit (z. B. Erfolgserlebnisse),
 5. Kompetenz in freier Entscheidung (Autonomie, Handlungsfähigkeit, Selbstbestimmtheit),
 6. Innere Ruhe (Gelassenheit, Abwesenheit von Stress und emotionalem Aufruhr),
 7. Verbundenheit (intime, romantische und familiäre Beziehungen),
 8. Gemeinschaft (Verbindung mit einer größeren Gruppe),
 9. Spiritualität (im weiteren Sinne: Sinn und Erfüllung im Leben),
 10. Freude (glücklich sein),
 11. Kreativität (sich selbst ausdrücken, [Ward & Gannon, 2006]).
- (S. 127).

Sekundäre, bzw. instrumentelle Güter (instrumental/secondary goods) werden im Modell solche genannt, die als Mittel zur Erreichung der primären Güter Anwendung finden. So könnte ein sekundäres Gut das Musizieren in einer Musikgruppe sein, um die Güter Kompetenz in Freizeit und Gemeinschaft zu erlangen. Da Straftätern in ihrer Biographie bzw. in Kindheit und Adoleszenz oftmals nur unzureichend aufgezeigt worden sei, wie sie auf dem Weg über sekundäre Güter primäre Güter erreichen könnten, mangle es ihnen an sozialverträglichen Strategien zu deren Erreichung. Behandlungsziel ist es demnach, sozial angemessene und wirksame Strategien zu erarbeiten oder Ressourcen zu stärken und weiterzuentwickeln, um primäre Güter zu erreichen und so ein gutes Leben führen zu können.

Göbbels et al. (2013) verdeutlichten, dass das GLM keine psychotherapeutische Methode sei, sondern vielmehr ein ganzheitlicher Ansatz, der Risikomanagement und Verbesserung der Lebensqualität in einem dualen Blickwinkel vereint.. Sie beurteilen es jedoch als Vorteil des Modells, dass die Straftäter als gleichberechtigte Menschen angesehen werden, der Therapeut also weder als Lehrperson noch als überlegen auftritt. Feindseligkeit oder Etikettieren entspricht somit keinesfalls dem beschriebenen Ansatz. Ware und Bright (2008) haben nach der Erweiterung des von ihnen genutzten RNR-Programm durch die Grundlagen des GLM ein Sinken der Abbruchrate von Sexualstraftätern festgestellt. Auch die Bediensteten des Vollzugs hätten von verbesserten Beziehungen zu den Straftätern berichtet.

Problematisch erscheine am GLM die separate Fokussierung von primären und sekundären Gütern und die gänzliche Aussparung des Risikomanagements, sodass es nur in Ergänzung zum RNR-Modell wirklich Sinn mache (Göbbels et al., 2013).

1.4 Zahlen und Fakten über die Behandlungen in Maßregel- und Strafvollzug

Die bundesweite Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB durch von der Haar, Ausgabe 2012, verzeichnete die Lage der Unterbringungen gemäß § 64 StGB. Abbildung 2 zeigt die Unterbringungszahlen am Stichtag (31. März jedes Jahres) beginnend 1969. Auch wenn die Statistik die neuen Bundesländer nicht beinhaltet, wird der Anstieg der Unterbringungen nach § 64 StGB deutlich. Die Abbildungen 2 bis 6 sind der Originalarbeit von der Haars entnommen.

Von der Haar (2012) führt aus, dass die steigenden Unterbringungszahlen zu Überbelegungen geführt hätten, die das Stationsmilieu nachhaltig veränderten. Veränderungen ergeben sich nicht zuletzt aus der Tatsache, dass im Längsschnitt eine Verschiebung stattgefunden hat: Während heute etwa zwei Drittel der Untergebrachten wegen einer Drogenabhängigkeit untergebracht werden, dominierte vor der Jahrtausendwende noch die Alkoholabhängigkeit (Abbildung 3).

Der Anteil der Persönlichkeitsstörungen lag 2012 als häufigste zusätzliche psychiatrische Diagnose bei über 20 % ($n=2768$). Abbildung 4 veranschaulicht den hohen Anteil dissozialer Persönlichkeitsstörungen gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungen.

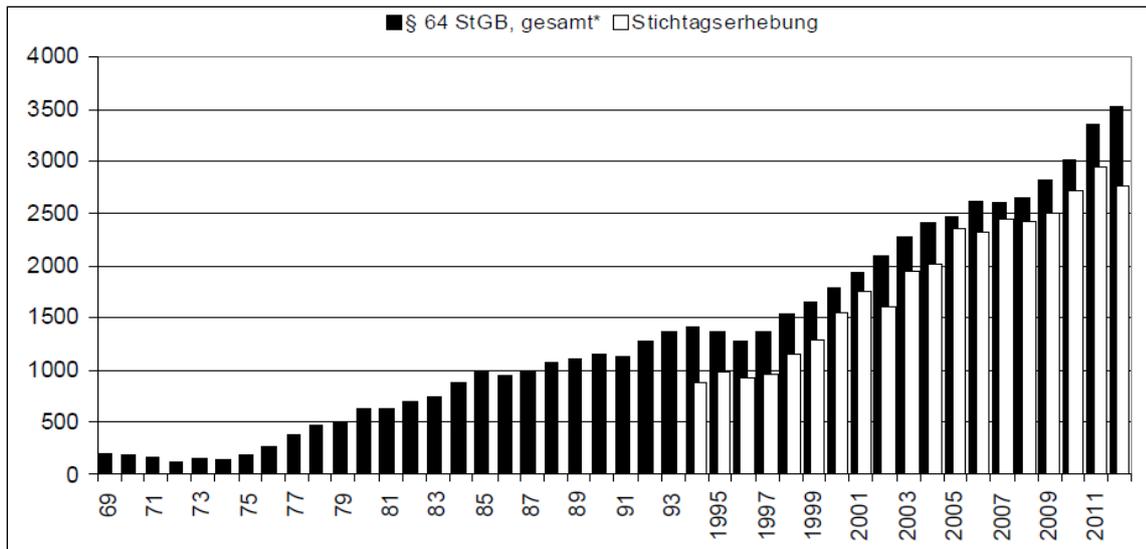


Abbildung 2: Unterbringungszahlen im Maßregelvollzug nach § 64 StGB (von der Haar, 2012; der Originalarbeit entnommen, S. 5)

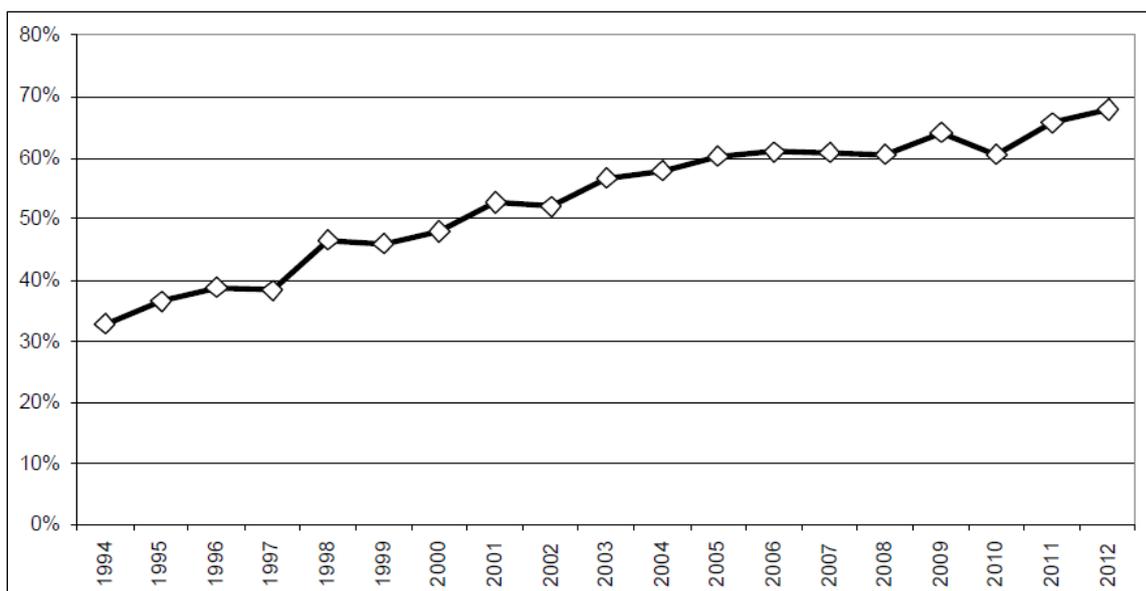


Abbildung 3: Anteil der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug nach § 64 StGB (von der Haar, 2012; der Originalarbeit entnommen, S. 26)

Die Anzahl der Erledigungen bzw. Therapieabbrüche ist seit 2005 leicht rückläufig, dennoch liegt sie knapp bei der Hälfte der Unterbringungen (Abbildung 4, nicht inbegriffen sind Verlegungen in andere Maßregelvollzugseinrichtungen).

Abbildung 5 zeigt die Erledigungen der Maßregeltherapien als prozentualen Anteil aller strafrechtlichen Entlassungen aus dem Maßregelvollzug in der zeitlichen Entwicklung von 1994 bis 2011.

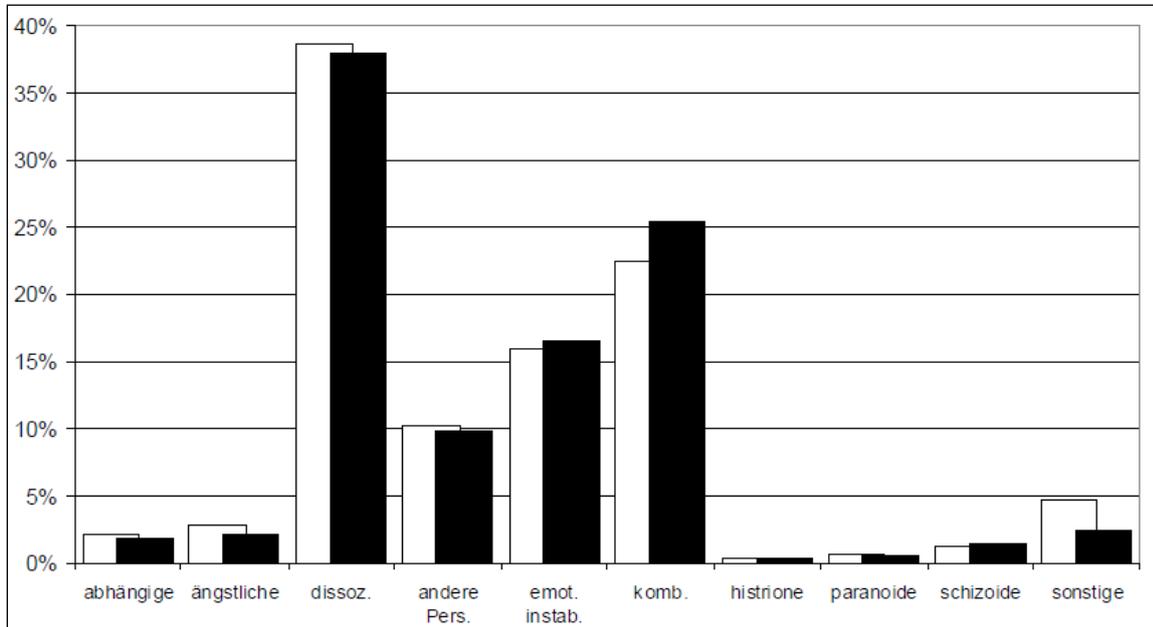


Abbildung 4: Persönlichkeitsstörungen in ihrer Verteilung n=668 (2011 hell n=768; von der Haar, 2012; der Originalarbeit entnommen, S. 11)

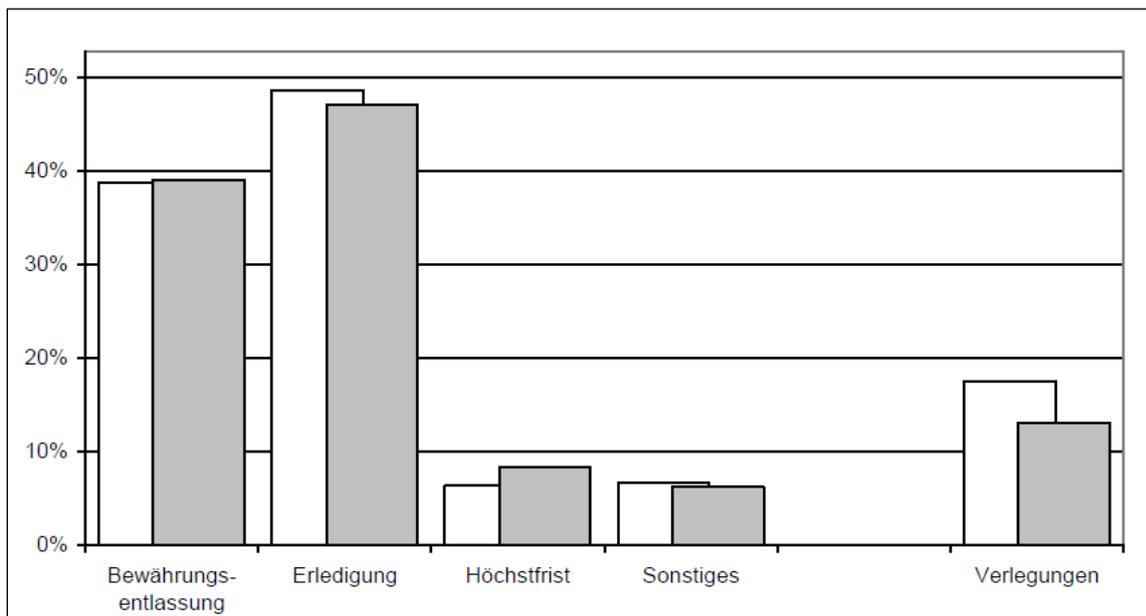


Abbildung 5: Verteilung der Entlassungen aus dem Maßregelvollzug ohne Verlegungen nach § 64 StGB (2010 hell, 2011 hellgrau; von der Haar, 2012; der Originalarbeit entnommen, S. 59)

Aktuelle Zahlen in Bezug auf die sozialtherapeutischen Abteilungen der Justizvollzugsanstalten liefert die Kriminologische Zentralstelle in Wiesbaden. Sie führt seit 1997 eine regelmäßige Stichtagserhebung durch, deren aktuelle Ergebnisse (Elz, 2014) im Folgenden kurz vorgestellt werden.

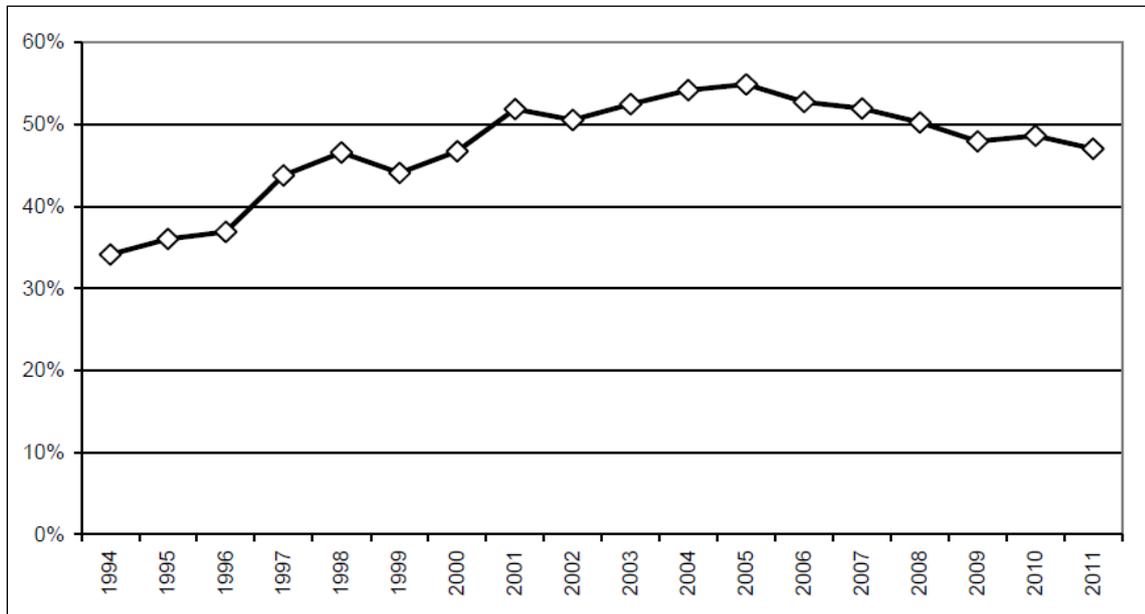


Abbildung 6: Erledigung der Maßregel prozentual zur Gesamtzahl der strafrechtlichen Entlassungen (von der Haar, 2012; der Originalarbeit entnommen, S. 60)

Abbildung 7 zeigt den Ausbau sozialtherapeutischer Einrichtungen in Deutschland seit 1969. Die Autorin bemerkt, dass Anstieg bzw. Stagnation immer vor dem Hintergrund entsprechender Gesetzesänderungen betrachtet werden müssen, so z. B. das 2. Strafrechtsreformgesetz, das Strafvollzugsgesetz, das Gesetz zur Änderung des Strafvollzugsgesetzes etc.

2014 wurden deutschlandweit erstmals mehr als 1000 Gefangene in den sozialtherapeutischen Einrichtungen aufgenommen (ebd.). Abbildung 8 gibt einen Überblick über die Art der Abgänge von 1997 bis 2014. Deutlich wird, dass die Entlassungen (in Freiheit) mit knapp der Hälfte der Gefangenen die größte Gruppe der Abgänge darstellen. Die zweitgrößte Gruppe sind Gefangene, die durch die Anstalt in den Vollzug zurückverlegt wurden. Über die Gründe gibt es keine Informationen. Zusammen mit den Gefangenen, die selbst einen Antrag auf Rückverlegung gestellt haben, beläuft sich der Anteil aktuell auf 35,2 %, also mehr als ein Drittel.

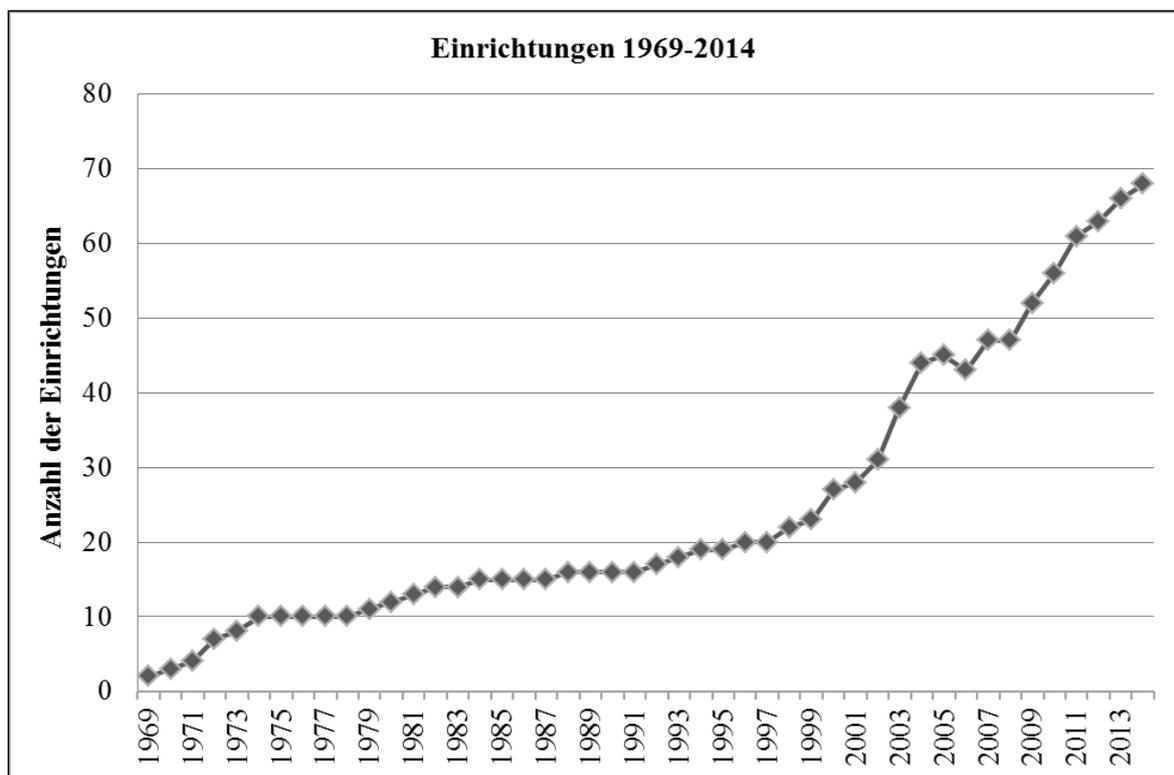


Abbildung 7: Anzahl der sozialtherapeutischen Einrichtungen von 1969 bis 2014 (Elz, 2014; der Originalarbeit entnommen, S. 8)

Stichtag 31.03.	Verlegung nach Plan		Rückverlegung				Entlassung		sonstiger Abgang		Σ Ab- gänge
			Antrag Gefangener		durch Anstalt						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1997	29	6,7	29	6,7	123	28,4	230	53,1	22	5,1	433
1998	57	13,5	28	6,6	119	28,1	208	49,2	11	2,6	423
1999	80	15,7	35	6,8	155	30,3	226	44,2	15	2,9	511
2000	54	9,5	56	9,9	150	26,5	281	49,6	25	4,4	566
2001	73	13,8	33	6,2	153	28,9	243	45,9	27	5,1	529
2002	73	11,0	34	5,1	172	26,0	357	54,0	25	3,8	661
2003	107	17,1	30	4,8	201	32,2	268	42,9	19	3,0	625
2004	88	12,7	58	8,4	211	30,4	308	44,4	28	4,0	693
2005	78	10,4	63	8,4	224	30,0	360	48,2	21	2,8	746
2006	64	8,1	67	8,5	256	32,4	389	49,3	13	1,6	789
2007	69	8,0	64	7,4	262	30,3	420	48,6	49	5,8	864
2008	98	11,1	82	9,3	243	27,5	440	49,7	22	2,5	885
2009	114	12,2	71	7,6	281	30,2	447	48,0	19	2,0	932
2010	73	7,4	65	6,6	320	32,6	492	50,1	32	3,3	982
2011	78	7,8	62	6,2	324	32,3	480	47,8	60	6,0	1.004
2012	106	10,7	86	8,7	260	26,2	507	51,1	33	3,3	992
2013	123	12,0	78	7,6	264	25,8	505	49,4	52	5,1	1.022
2014	125	11,7	88	8,3	287	26,9	521	48,9	45	4,2	1.066

Abbildung 8: Art der Abgänge in sozialtherapeutischen Einrichtungen (Elz, 2014; der Originalarbeit entnommen, S. 68)

1.5 Forschungsstand zur Legalbewährung von behandelten Straftätern

Der Erfolg strafrechtlicher Sanktionen ist nach wie vor ein vieldiskutiertes Thema und Studien belegen eher unerfreuliche Effekte. Wermink, Blokland, Nieuwberta, Nagin & Tollenaar (2010), sowie Gaes und Camp (2009) konnten in ihren Untersuchungen einen kriminogenen Effekt nach der Erstinhaftierung nachweisen. Statt der abschreckenden Wirkung einer Inhaftierung verzeichnen Durlauf und Nagin (2011) im Gegenteil eine erhöhte Rückfallrate nach Gefängnisaufenthalt. Auch abschreckende Behandlungsprogramme wie sogenannte „Boot Camps“ oder die „Schock-Inhaftierungen“ (gemeinsame Unterbringung jugendlicher „Kurzstrafler“ mit Schwerverbrechern) oder auch die „elektronische Fußfessel“ haben nach Lösel (2014) keine Senkung der Rückfallraten erzeugt. Erst wenn Behandlungsmaßnahmen hinzugezogen wurden, verbesserten sich die Ergebnisse (MacKenzie, 2006; Aos, Miller & Drake, 2006). Pfaff (1998) verdeutlichte in seiner Studie zu behandelten süchtigen Straftätern, dass 63 % der Stichprobe zwar mit Alkohol rückfällig wurde, aber nur 37 % erneut straffällig. Entorf (2007) eröffnet eine ökonomische Perspektive, indem er beschreibt, dass sich allein aus der Gegenüberstellung der Kosten, die eine Haft verursacht mit den Kosten der Schäden, die ein Straftäter in Freiheit anrichten könne, einen Vorteil für die Behandlung ergäbe.

Der Erfolg einer Therapie nach § 64 StGB, also der Grad, in dem die Gefährlichkeit reduziert werden konnte, wurde bisher anhand der Rückfallrate sowie der Abstinenz gemessen (Seifert, 2009), d. h. durch eine Erhebung katamnestischer Daten. Mittlerweile liegen aussagekräftige deutsche Katamnesestudien zu Unterbringungen in Maßregelvollzügen vor, auf die näher eingegangen werden soll. Jehle, Heinz & Sutterer (2003) haben eine Rückfallstatistik zur Legalbewährung nach verschiedenen strafrechtlichen Sanktionen erstellt. Darin schnitten die § 64-StGB-Patienten mit einer Rückfallquote von 59 % erheblich schlechter ab als alle weiteren Maßregelpatienten (§§ 63, 66, 68, 69 StGB). Die Untersuchung belegt ferner, dass Freiheitsstrafen ohne Bewährung zu deutlich mehr kriminellen Rückfällen geführt haben als solche mit Bewährung. Dies gilt für Jugend- wie auch Erwachsenenstrafen. Mit einer Rückfallquote von 78 % schnitten Jugendstrafen ohne Bewährung unter allen getesteten Gruppen am schlechtesten ab.

Wesentlich günstigere Ergebnisse hat Hartl (2012) vorgelegt, insofern seine Untersuchung belegte, dass 84,5 % der Patienten, die aus der § 64-StGB-Unterbringung in

Freiheit entlassen wurden, innerhalb eines Jahres nicht durch weitere Straftaten auffällig wurden. Die Quote war damit schlechter als bei Patienten, die aus der § 63-StGB-Unterbringung entlassen worden waren (93,7 %), da es zu Suchtmittelrückfällen und dementsprechend auch häufiger zu Gesetzeskonflikten kam. Hartl (2012) hat darüber hinaus gezeigt, dass sich selbst bei Patienten, die nicht zur Gruppe der Erfolgreichen gehörten (im Sinne einer erreichten bzw. wieder erreichten Abstinenz), Hinweise auf Verbesserungen, beispielsweise der sozialen Situation, ergaben. Die Untersuchung bezog darüber hinaus Therapieabbrecher mit ein. Diese imponierten mit einer Abstinenzquote von 49,2 % und einer Legalbewährung von 70,7 %. Da die Daten der genannten Untersuchung nur auf Eigenangaben der Patienten beruhten, wurden die Ergebnisse durch Fremdbeurteiler mit einer Übereinstimmung von 96 % bis 98 % hinsichtlich der Straftaten und 95 % bezüglich der Suchtmittelrückfälle nochmals bestätigt.

Bezzel (2008) hat in ihrer „Regensburger Katamnese studie“ die Effizienz der Therapie von Maßregelvollzugspatienten nach § 63 und § 62 StGB untersucht, indem sie deren Entwicklung innerhalb des ersten Jahres nach der Therapie verfolgte. Dabei ergab sich eine Legalbewährungsquote von 89,2 % bei Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht waren. Die ehemaligen Patienten der Entziehungsmaßregel wiesen dagegen eine Quote von 64,6 % bzw. 80,9 % (untere und obere Schätzgrenze) auf. Die Autorin betont das Risiko von Rückfällen innerhalb des ersten halben Jahres nach der Entlassung, und zwar sowohl bezüglich der Suchtmittel als auch der Straftaten.

1.6 Prognosen in forensischer Psychiatrie

In der forensischen Psychiatrie sind Kriminalprognosen bzw. individuelle Kriminalrückfallprognosen, wie Dahle (2005) präzisiert hat, unerlässlich. Dahle und Schneider-Njepel (2014) liefern eine aktuelle Begriffsbestimmung, indem sie diese als eine „wissenschaftliche fundierte individuelle Wahrscheinlichkeitsaussage über zukünftige erhebliche Rechtsbrüche bei bereits strafrechtlich mit erheblichen Taten in Erscheinung getretenen Personen“ (S. 422) definieren. Im strafrechtlichen Kontext sind sie zu verschiedenen Anlässen erforderlich.

Im erkennenden Verfahren werden auf der Basis der Kriminalprognosen strafrechtliche Konsequenzen abgeleitet. Sie beeinflussen somit das Strafmaß an sich, aber

auch die Art der Rechtsfolge sowie die Rahmenbedingungen. Ein psychiatrischer oder psychologischer Sachverständiger hat im Hauptverfahren in einem Gutachten abzuschätzen, wie hoch die Gefahr weiterer Straftaten ist und daraus folgend, ob Maßregeln zur Besserung und Sicherung angezeigt sind, um eben dieses Risiko zu senken und die Legalprognose zu verbessern (siehe § 246a Abs. 1 StPO). Komplexität und Bedeutung dieser gutachterlichen Aufgabe werden durch die ganzheitliche Betrachtung der Tat bzw. der Deliktdynamik und des Täters bzw. der Täterpersönlichkeit deutlich. Stadtland und Nedopil (2004) haben gezeigt, dass gerade zwischen Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen und Kriminalitätsrückfällen ein enger Zusammenhang besteht. Eine Freiheitsstrafe ohne entsprechende Behandlung der Sucht oder der Persönlichkeitsstörung habe somit keinen langfristigen Erfolg (gemessen an der zu erwartenden anschließenden Straffreiheit), da die Krankheit als Mitursache für die Kriminalität anzusehen sei. Marneros, Pierschkalla, Rohde, Fischer & Schmitz (1994) fanden, dass 82 % ihrer Stichprobe aus 104 Maßregelvollzugspatienten nach § 64 StGB aus „Broken-Home“-Situationen stammten, 66 % mindestens einen süchtigen Elternteil hatten und 76 % aus Unterschichtenfamilien kamen. Der Großteil der Stichprobe hatte eine niedrige Schul- und Berufsausbildung. Dementsprechend sei eine umfassende Prüfung aller Wirkmechanismen notwendig, um in einem Gutachten verständliche Aussagen über zukünftiges straffälliges Verhalten und die Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen treffen zu können.

Als Teilgebiet der Kriminalprognose ist die Behandlungsprognose zu nennen. Diese beschäftigt sich explizit mit der Erfolgsaussicht einer therapeutischen Behandlung. Es soll abgeschätzt werden, „ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit Symptome von Patienten mit einer bestimmten Störung durch eine Behandlung gebessert werden“ (Nedopil, 2005, S. 16). Schließlich sieht der Gesetzestext des § 64 StGB die Unterbringung *nur* unter der Voraussetzung vor, dass eine *hinreichend konkrete Aussicht auf Erfolg* besteht. Das nachfolgende Kapitel wird deshalb noch gezielter auf die Behandlungsprognose als Spezialgebiet der Kriminalprognose eingehen.

Weitere Anlässe zu individuellen Kriminalrückfallprognosen treten im Zuge laufender therapeutischer Maßnahmen auf, denn die Einschätzung des Behandlungsfortschritts bedarf einer differenzierten prognostischen Bewertung. Hier gerät die Behandlungsprognose eher in den Hintergrund, während die Rückfallprognose an Bedeutung gewinnt. Die Einschätzung kann bedeutende Konsequenzen nach sich ziehen, wie et-

wa die Gewährung von Lockerungen, die Aussetzung oder die Fortsetzung der Maßregel.

Prognoseirrtümer sind nach Nedopil (2007) das zentrale Problem im Zusammenhang mit Prognosen. Durch den Versuch, einzelne Delikte durch die Anwendung wissenschaftlicher Theorien zu erklären, seien Prognosen, allein schon aufgrund der hohen Anzahl an inneren und äußeren Einflüssen auf das menschliche Verhalten, für Irrtümer anfällig. Insofern könnten Prognosen allein Wahrscheinlichkeitsaussagen machen. Des Weiteren gibt es laut Dahle (2000) in diesem Bereich nur wenige umfassende Theorien und keine von ihnen könne sämtliche Straftaten erklären. Theorien über konkrete Verhaltensweisen von Straftätern seien sehr spezifisch und bezögen sich immer nur auf bestimmte Straftaten (z. B. Sexualdelikte).

Dahle (2005) nimmt eine Dreiteilung der Kriminalprognose vor. Die *statistische* oder *nomothetische Prognose* widmet sich der Klassifikation, die auf einer systematischen Zusammenstellung von Daten zur Person des Täters und zur Tat beruht. Sie werden mit bereits gesammelten Daten über andere Straftäter und empirisch erhobenen Statistiken verglichen, um daraus Rückfallwahrscheinlichkeiten abzuleiten. Die *intuitive Prognose* orientiert sich nicht an Theorien, sondern ausschließlich am Individuum und seinen Besonderheiten. Sie wurde daher auch kritisch als „Prognose der Prophezeiung“ bezeichnet. Die dritte Form, die *klinische Prognose*, unternimmt den Versuch einerseits die faktische Datenlage zu analysieren und andererseits durch theoretische Modelle die Entstehung der individuellen Delinquenz zu erklären. Andrews und Bonta (2010) bezeichnen die Methode, sowohl statische als auch dynamische Faktoren in die Prognose einzubeziehen, als „dritte Generation von Prognoseinstrumenten“.

In den letzten Jahrzehnten sind einige standardisierte prognostische Testverfahren und sogenannte „Prognosechecklisten“ entstanden, die dem Prognostiker die Einschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit erleichtern sollen (z. B. der HCR-20 von Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; oder der SVR-20 von Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997). Instrumente der dritten Generation (z. B. PCL-R von Hare, 1990, und FOTRES von Urbaniok, 2004) stellen sehr hohe Ansprüche an den Testleiter, da sie eine große Menge an speziellen Informationen benötigen (z. B. neben Daten die leicht aus Akten ablesbar sind auch Informationen zu individuellen Einstellungen und zur Persönlichkeit des Täters). Dadurch sind sie im Übrigen auch nützlich für eine

potenzielle Behandlungsplanung. Nach Dahle und Steller (2000) steigert sich die Effektivität einer Behandlung, je spezifischer die Maßnahmen auf das individuelle Rückfallrisiko und die entsprechenden Risikofaktoren ausgerichtet sind. Die genannten Verfahren PCL-R und FOTRES sind Teil der vorliegenden Untersuchung und werden in Kapitel 2.1.2 bzw. 2.1.5 detailliert dargestellt.

1.7 Die Behandlungsprognose – ein Spezialgebiet der Kriminalprognose

Wie im vorherigen Kapitel erwähnt, beschäftigt sich die Behandlungsprognose mit der Vorhersage, ob ein Straftäter von einer Behandlung profitieren kann oder nicht. Nedopil (2005) und Andrews und Bonta (2010) haben darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Straftäterbehandlung zwischen statischen und dynamischen Faktoren unterschieden werden sollte. Statische Faktoren, z. B. die Herkunft eines Patienten aus einer „Broken-Home“-Situation, sind im Vergleich zu dynamischen durch eine Therapie nicht veränderbar, da sie in der Vergangenheit liegen. Sie bilden die Basis der aktuarischen Risikoeinschätzung und bestehen grob gesagt aus anamnestischen Daten, persönlichkeitsgebundenen Dispositionen und kriminologischen Faktoren. Sie bedingen jedoch in vielen Fällen die dynamischen Faktoren, sodass sie durchaus in die Therapie einzubeziehen sind. Nedopil (2005) nennt als Beispiel eine dissoziale Einstellung, die als wesentlicher dynamischer Faktor Bestandteil einer Behandlung sein sollte, aber ihrerseits durch statische Faktoren wie die genannte Broken-Home-Situation verursacht sein kann.

Dynamische Risikofaktoren lassen sich nach Hanson und Boussiere (1998; zitiert in Nedopil, 2005) in fixierte dynamische und aktuelle, sich ändernde Risikofaktoren unterteilen. Erstere bestehen aus Fehlhaltungen und Fehleinstellungen sowie risikoträchtigen Reaktionsmustern. Sie können herangezogen werden, um Hinweise über die Behandlungsmöglichkeit zu bekommen und geben Auskunft darüber, bei welchem Täter eine Änderung erreicht werden kann. Die aktuellen, sich ändernden Risikofaktoren bestehen dagegen aus der klinischen Symptomatik, den Einstellungen und dem Verhalten in unterschiedlichen Situationen. Als Beispiel nennt Nedopil (2005) das dissoziale Verhalten in einer Einrichtung. Diese Faktoren liefern Hinweise zur momentanen klinischen Risikoeinschätzung. Insofern können die dynamischen Faktoren einerseits zur Behandlungsprognose, andererseits zur Beurteilung der aktuellen Gefährdung einer stationären Situation herangezogen werden.

Es sollte im Rahmen einer Behandlungsprognose klar sein, dass das Therapieziel nicht erreichbar ist, wenn die statischen Risikofaktoren die dynamischen in ihrer Dimension übertreffen und die Behandlungsprognose dementsprechend ungünstig ausfallen muss. In diesen Fällen solle man eine „humane Unterbringung“ (Nedopil, 2000, zitiert in Nedopil, 2005, S. 134) vorziehen und die Reduktion der Gefährlichkeit des Täters durch voranschreitendes Lebensalter abwarten. Ebenso besteht aber auch die Möglichkeit, dass eine Indikation von vornherein nicht vorliegt, sofern keine Risikofaktoren erscheinen. Diese Straftäter würden auch ohne Behandlung rückfallfrei bleiben. Insbesondere bei Sexualstraftätern, so Nedopil (2005), führt jedoch die Unsicherheit der Identifikation Rückfallgefährdeter dazu, im Zweifelsfall eher eine Therapie zu verordnen als ein Risiko erheblicher Konsequenzen einzugehen. Entsprechend negativ fällt auch das Resümee (ebd.) aus, wonach es für die Entwicklung von Behandlungsprognosen bei Rechtsbrechern noch keine ausreichenden Instrumente gebe. Das zeige sich vor allem an der hohen Anzahl von Therapieabbrechern im Kontext der Unterbringung gemäß § 64 StGB. Die Schwierigkeit den Erfolg einer Behandlung vorherzusagen sei gerade in der Entziehungsmaßregel groß, da man neben den genannten Risikofaktoren auch die suchtspezifischen Faktoren bedenken müsse, die für sich allein genommen schon hohe Anforderungen an den Prognostiker stellten. Auch Querengässer (2014) sieht die Erstellung einer Behandlungsprognose für Patienten gemäß § 64 StGB als sehr problematisch an, da sie durch die „mittel- und langfristig schwer kalkulierbaren Begleitumstände einer stationären Behandlung erheblich erschwert“ (S. 83) würde.

Nedopil (2005) hat deshalb vorgeschlagen, verstärkt protektive Faktoren und das Thema Resilienz („Festigkeit und Stabilität“, S. 135) in den Rahmen von Behandlungsprognosen einzubeziehen, denn sie seien „für die Resozialisierung und Reintegration vom großer Bedeutung“ (S. 135). Kufner (1999, zitiert in Nedopil, 2005, S. 136) benennt folgende protektive Faktoren:

1. Eine unkomplizierte, positive Lebenseinstellung, die positive Reaktionen des Umfeldes hervorruft.
2. Die Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen, z. B. coping-Verhalten und Fähigkeit zur Distanzierung von affektiv belastenden Ereignissen.

3. Die Fähigkeit zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zwischen dem eigenen Verhalten und der eigenen Lebensperspektive.
4. Die Fähigkeit zu Empathie und das damit verbundene Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen.
5. Die realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen.
6. Die Fähigkeit, soziale Probleme zu lösen.
7. Intellektuelle Fähigkeiten.

(Nedopil, 2005, S. 136)

Lösel (1999, zitiert in Nedopil 2005, S. 136) hat diese Liste um folgende protektive Faktoren ergänzt:

1. Eine sichere Bindung an eine Bezugsperson innerhalb oder außerhalb der Familie.
2. Emotionale Zuwendung.
3. Kontrolle und Konsistenz im familiären, schulischen oder beruflichen Bereich.
4. Vorbilder, die auch unter widrigen Umständen Stabilität und Festigkeit („resilience“) gezeigt haben.
5. Aktives Bewältigungsverhalten.
6. Soziale Unterstützung durch nicht-delinquente Freunde oder Partner.
7. Erfolg in Schule oder Beruf und damit verbundene Bindung an dort vermittelte Werte und Normen.
8. Soziale Beziehungen zu nicht-delinquenten Gruppen.
9. Erfahrungen der Selbstverwirklichung in nicht-delinquenten Aktivitäten.
10. Kognitive Schemata, Überzeugungen und soziale Informationsprozesse, die nicht aggressionsfördernd sind.
11. Erfahrungen von Struktur und Sinnhaftigkeit im eigenen Leben.

(Nedopil, 2005, S. 136)

1.8 Therapieabbrüche stationärer Suchttherapien – aktueller Forschungsstand

Wie auch bei der Therapie im Maßregelvollzug, gibt es auch in Suchtfachkliniken ohne rechtliche Unterbringungsgrundlage eine Reihe von Therapieabbrüchen.

So haben Sonntag und Tretter (2001) zu bedenken gegeben, dass nach ihrer Erhebung ca. 30 % aller Suchtkranken keine Motivation hätten, ihr Suchtverhalten zu verändern. Ca. 30 % bis 40% seien ambivalent und „vielleicht weitere 30 %“ (S. 335) seien motiviert, zumindest eine Entzugstherapie zu beginnen. Soyka und Kűfner (2008) haben festgestellt, dass die Abbrecherquoten bei stationärer Entwűhnungsbehandlung zwischen 4.6 % und ca. 31.6 % variieren. Die Műnchner Evaluation der Alkoholismustherapie (MEAT-Studie von Kűfner, Feuerlein & Floherschűtz, 1986) lieferte einen Abbruchsdurchschnitt von 17 %. Nach der Deutschen Suchthilfestatistik 2006 (Sonntag, Hellwich & Bauer, 2007) betrug die Abbrecherquote 17.7 %. Soyka und Kűfner (2008) hielten dem entgegen, dass eine vorzeitige Therapiebeendigung zwar ein negativer, aber nur ein schwacher Prädiktor für Behandlungserfolg sei.

In einem Forschungsprojekt zum Thema Drogenkatamnese haben Fischer et al. (2007) Daten von 429 drogenabhängigen Patienten zu Beginn und zum Ende einer abstinenzorientierten Drogenrehabilitation erhoben. Von dieser Stichprobe wurden 72 % planmäßig entlassen, 19.4 % brachen die Behandlung ab und 7.9 % wurden aus disziplinarischen Maßnahmen entlassen. Missel et al. (2013) haben in ihrer für den Fachverband für Sucht (FVS) durchgeführten Katamnese-Untersuchung zu Alkohol- und Medikamentenabhängigen einen Rückgang katamnestischer Erfolgsquoten im Zeitraum 1996 bis 2009 sowie eine zunehmende Krankheitsschwere verzeichnet. Deutlich wurde vor allem, dass eine nicht planmäßige Beendigung einer Behandlung das Rückfallrisiko signifikant erhöht. Bereits Kűrkel (2001a) hat für Therapieabbrecher ein deutlich hűheres Rückfallrisiko ermittelt. Stetter (2002) hat fűnf Prädiktorvariablen fűr die Prognose eines positiven Therapieverhaltens aufgestellt: die globale ärztliche Prognose am Ende der Therapie, die Einschätzung der Behandlungsmotivation des Bezugstherapeuten am Ende der ersten Behandlungswoche, die Patientenselbsteinschätzung der Behandlungsbereitschaft, eine dem Entzug vorangegangene Therapieberatung sowie ein regulärer Abschluss der Entzugsbehandlung.

Abbruchsentscheidungen, egal ob aufseiten der Kliniken oder der Patienten, stehen und fallen mit der Rűckfälligkeit der Patienten. Ob und in welcher Zahl Patienten rűckfällig werden, hűngt aber nicht unbedingt von ihrer Abstinenzmotivation ab. Rűckfalle sind, so Kűrkel (2001a), nicht auf Willensschwäche oder Uneinsichtigkeit zurűckzufűhren. Vielmehr wirke sich die Weiterbehandlung Rűckfälliger durchaus positiv auf die weitere Abstinenz aus. Es gebe jedoch Aspekte, die einen intramura-

len Suchtmittelkonsum nicht als Rückfall erscheinen lassen, sondern eher als *verdeckten fortgesetzten Konsum*. Schalast (2000a) untersuchte 83 Patienten in einem Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB in Bezug auf Suchtmittelrückfälle und fand, dass innerhalb des ersten Jahres 55 % der Stichprobe rückfällig wurden. Betrachte man die Gesamtdauer der Unterbringung inklusive offener Unterbringung, sei von einer Rückfallquote von über 70 % auszugehen. Schalast gebraucht den Terminus Rückfall sehr differenziert, indem er ihn lediglich im Zusammenhang mit einem Konsumverhalten verwendet, das auf einem Nicht-widerstehen-Können in Versuchungs- und Belastungssituationen entgegen den Vorsätzen des Patienten beruht. Dagegen verwendet er den Begriff nicht, wenn die Abstinenzmotivation fehlt und ein heimlicher Konsum angestrebt wird und stattfindet. Insbesondere bei Drogenpatienten könne häufig von einem Rückfall nicht die Rede sein, da der Drogenkonsum „Lebensinhalt und Identität“ (S. 119) darstelle. Das Aufgeben des Konsums würde eine existenzielle Bedrohung bedeuten. Die Beurteilung, ob ein Rückfall auf verdeckt fortgesetzten Konsum oder ein Nicht-widerstehen-Können zurückzuführen ist, obliegt den jeweiligen Einrichtungen und verpflichtet somit zur verantwortungsvollen Prüfung.

Rückfälligkeit, und damit potenzielle Abbruchsentscheidungen, können auch durch unklare oder gar falsch gesetzte Behandlungsziele beeinflusst werden. Abhängige stellen eine sehr heterogene Gruppe dar (Zeitler, 2001), weshalb die Therapieziele einer Suchttherapie vielschichtig sind und sich auf verschiedenen Ebenen darstellen (Sonntag & Tretter, 2001). Neben der Abstinenz als Therapieziel stünden in einigen Fällen das Überleben und die Minderung vitaler Risiken im Vordergrund. Des Weiteren können die Behandlung von Begleiterkrankungen oder die Streckung abstinenter Phasen¹ als Ziele erfasst werden. Körkel und Kruse (1994) haben in diesem Zusammenhang eine Therapiezielhierarchie erarbeitet, die die Vielschichtigkeit der Erkrankung berücksichtigt. In Bezug auf Alkoholabhängigkeit haben Heinz und Mann (2001) festgestellt, dass die störungsbedingte Hirnatrophie eine relevante längerfristige Beeinträchtigung der Handlungsplanung und des Arbeitsgedächtnisses verursache. Dadurch könne ein auf kurzfristige Belohnung angelegter Konsum verstärkt werden.

¹ An dieser Stelle sei an den Gesetzestext von § 64 StGB erinnert, der im 2. Satz regelt, dass die Anordnung nicht nur ergeht, wenn hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht, sondern auch, wenn der Täter eine erhebliche Zeit von dem Rückfall in den Hang bewahrt werden kann. Insofern ist die Unterbringung von schwer durch die Krankheit kognitiv und körperlich beeinträchtigten Menschen gerechtfertigt, bei deren Behandlung individuelle Ziele formuliert werden müssen, die sich gravierend von denen der übrigen Untergebrachten unterscheiden können.

Ein Belohnungsaufschub sei dementsprechend nur schwer, manchmal gar nicht mehr zu kontrollieren. Lüdecke, Sachsse & Faure (2010) haben sogar gefunden, dass Süchtige aufgrund einer präfrontalen Kortexschwächung trotz vernünftiger Überlegungen und Abwägungen nicht in der Lage waren, ihr Suchtverlangen so zu kontrollieren, dass ein Rückfall vermieden werden konnte. Vielmehr konsumierten sie teilweise mit hohem Risikoverhalten „wider aller Vernunft“ (S. 71). Erst bei langfristiger Abstinenz, so Heinz und Mann (2001) sei mit einem zumindest partiellen Rückgang zu rechnen.

Um das Thema des kontrollierten Konsums wird seit Jahren eine kontroverse Diskussion geführt (z. B. Körkel, 2001b; Lindenmeyer, 2002). Befürworter (darunter Körkel, 2002) erklären den kontrollierten Konsum so, dass ein Konsument seinen Konsum nach einem festgelegten Konsumplan ausrichtet und somit auf ein selbstbestimmtes Maß eingrenzt. In Anbetracht der eher dürftigen Erfolge von Suchttherapien sei statt Abstinenz vielmehr ein moderater Konsum anzustreben (Falcato, Stohler & Schaub, 2010). Lindenmeyer (2002) kritisierte dagegen, dass beim kontrollierten Konsum insbesondere durch den Konsum von Alkohol subkortikale Mechanismen angeregt würden, die dann durch bewusste Selbstkontrollprozesse nicht mehr kontrolliert werden könnten, da diese Kontrollfunktionen durch den Konsum bereits beeinträchtigt seien. Deshalb stelle der kontrollierte Konsum gerade bei chronisch abhängigen Patienten keine realistische Alternative dar. Kontrolliertes Trinken sei nicht ohne Löschung des Suchtgedächtnisses vorstellbar. Körkel (2002) hat als Indikation für kontrolliertes Trinken aufgestellt, dass der Patient einen risikoreichen oder bereits schädlichen Alkoholkonsum praktiziert. Ein Patient, bei dem bereits eine Abhängigkeit besteht, sei dafür nicht geeignet. Für ihn sei vielmehr eine dauerhafte Abstinenz anzustreben. Da jeder in der Maßregel gemäß § 64 StGB Untergebrachte den Hang hat, Rauschmittel im Übermaß zu konsumieren und bei Konsum eine Gefahr für die Allgemeinheit besteht, ist der kontrollierte Konsum im Bereich der Therapie im Rahmen der Entziehungsmaßregel bisher ohnehin kein Thema.

Henkel, Zemlin & Dornbusch (2008) haben bei der Untersuchung von Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation einen deutlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsabbrüchen und Arbeitslosigkeit gefunden. Arbeitslose Süchtige brachen erheblich häufiger Behandlungen ab als erwerbstätige. Der Behandlungsabbruch stellt allerdings sowohl bei Arbeitslosen als auch bei Erwerbstätigen als Risikofaktor dar, wenn auch

auf ungleichem Niveau. Arbeitslose Behandlungsabbrecher seien mit einer Rückfallquote von 80 % bis 90 % als „Hochrisikogruppe“ (S. 230) zu bezeichnen.

1.9 Therapiemotivation und Therapieabbrüche von Straftätern

Die Gründe, warum Straftätertherapien begonnen, durchlaufen oder vorzeitig abgebrochen werden, sind mannigfaltig. Dieses Kapitel unternimmt den Versuch, einen Überblick über bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Themen Therapiemotivation (Kapitel 1.9.1) und Therapieabbrüche (Kapitel 1.9.2) von Straftätern zu schaffen. Zunächst aber wird das Thema Therapiemotivation kritisch hinterfragt.

Im Kreis der Mitarbeiter von forensischen Einrichtungen dürfte bekannt sein, dass Straftäter häufig zwischen Freiheitsentzug exklusive und Freiheitsentzug inklusive Maßregelvollzug abwägen. Die Therapiemotivation ist demzufolge eher als Ergebnis einer einfachen Rechnung (Differenz der beiden genannten Möglichkeiten) anzusehen denn als tatsächlicher Veränderungswille. So könnte sich ein Straftäter für eine Unterbringung im Maßregelvollzug motiviert zeigen, wenn sie sich positiv, nämlich verkürzend, auf seine parallel zu verbüßende Haftstrafe auswirkt. Einen Anlass zur Abwägung bietet beispielsweise der „Zwei-Drittel-Termin“: nach Ablauf von zwei Dritteln der Haftstrafe, (siehe § 57 Abs. 1 StGB), ist nach geltender Rechtsprechung die Dauer der Unterbringung in einer Maßregel auf die ersten zwei Drittel der Haftstrafe anzurechnen (z. B. OLG Braunschweig 27.03.2014, 1 Ws 41/14). Eine Strafaussetzung und damit die Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung werden somit grundsätzlich möglich. Selbst wenn die Unterbringung eine längere Therapiezeit erfordert, darf sie die Zeit von zwei Jahren nach dem Zwei-Drittel-Termin nicht überschreiten. Die sogenannte „verlängerte Höchstfrist“ führt bei einem Straftäter, der beispielsweise zu einer neunjährigen Freiheitsstrafe verurteilt wurde, zu einer Entlassung aus der Maßregel nach acht Jahren, womit er ein Jahr „eingespart“ hat. Je höher die Haftstrafe, desto mehr „Einsparpotenzial“ hat die Unterbringung.

Mit wesentlich mehr Nachdruck wird aber seit einiger Zeit der „Halbstrafentermin“ vonseiten des Straftäters und seines Strafverteidigers fokussiert. Dieser Termin wird in § 57 Abs. 2 StGB (Aussetzung des Strafrestes bei zeitiger Freiheitsstrafe) geregelt. Die Aussetzung des Strafrestes wird zugelassen, wenn die Hälfte der Strafe durch Anrechnung erledigt ist und eine günstige Legalprognose sowie die Einwilligung des Verurteilten vorliegen. Der Gesetzgeber zieht in Erwägung, dass der Be-

handlungserfolg beeinträchtigt werden könnte, wenn der Zweck der Maßregel erreicht ist, aber noch Haftzeit bis zum Zwei-Drittel-Zeitpunkt verbüßt werden muss. Eine weitere Unterbringung sei dann unangebracht. Im Kommentar zum Strafgesetzbuch (Stree & Kinzig, 2010, S. 1015) heißt es, dass der gefährliche Täter, der zusätzlich zur Haftstrafe zu einer Unterbringung verurteilt worden ist, durch diese Regelung günstiger gestellt wird als der Täter, der lediglich eine Haftstrafe zu verbüßen hat. Es handelt sich insofern um eine *Privilegierung im Maßregelvollzug*. Weidig (2013) führt diesbezüglich folgendes Zitat eines Verteidigers an: „Selbst der letzte Deppenanwalt hat mittlerweile herausgefunden, dass man für den Mandanten über den § 64 StGB die Halbstrafe herausholen kann“ (S. 222).

Ein weiterer Motivationsfaktor für eine Therapie in einer Entziehungsanstalt sind Vollzugslockerungen, die in § 11 StVollzG bzw. konkreter in den Maßregelvollzugsgesetzen der Länder (z. B. § 23 ThürMRVG) geregelt sind. Gemeint ist die sukzessive Rücknahme von Sicherungsmaßnahmen in Form von Ausführungen, Außenbeschäftigung, Freigängen, Urlauben etc. (vgl. Volckart & Grünebaum, 2015). Sie gelten im Rahmen des Maßregelvollzugs als wesentlicher Bestandteil der Therapie (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003) und werden eingesetzt, sobald die Gefährlichkeit des Straftäters so weit herabgesetzt ist, dass im Rahmen dieser Lockerungen keine Entweichung oder rechtswidrige Taten zu erwarten sind. Sie stellen darüber hinaus einen wichtigen Baustein bei der Entwicklung der Entlassprognose dar. Das Prüfen und Einsetzen von Lockerungen erfolgt in den Maßregelvollzügen Deutschlands, wie den Internetseiten einiger Kliniken zu entnehmen ist, grundsätzlich nach ähnlichem Prozedere. Zu welchem Zeitpunkt Lockerungen gewährt werden, unterscheidet sich jedoch gravierend. Während einige Kliniken begleitete Ausgänge relativ unabhängig vom Strafmaß bereits nach wenigen Monaten in Erwägung ziehen (Einzelfallentscheidungen), würden andere Kliniken Lockerungen keinesfalls vor Ablauf des Zwei-Drittel-Termins diskutieren.

Ein weiterer Vorteil des Maßregelvollzugs gegenüber dem Justizvollzug ist das therapeutische Setting, das sich in seiner Grundhaltung (z. B. Wertschätzung, Empathie, Kongruenz; vgl. Rogers, 2009) nicht von anderen therapeutischen Einrichtungen unterscheiden sollte. Regelmäßige Gespräche mit Ärzten und Psychologen sind Dreh- und Angelpunkt der Unterbringung. Die Patienten sprechen also oft mit Personen, die über eine Vollzugslockerung befinden. Insofern besteht auch die Möglichkeit, die

Mitarbeiter von einer vermeintlichen Ungefährlichkeit zu überzeugen, sodass sich diese für Lockerungen aussprechen. Durch entsprechende Literatur, wie beispielsweise „Wie Kriminelle ihre Therapeuten austricksen – Die Wahrheit über die Forensische Psychiatrie“ von Thomas Kurbjuhn (2011), haben die Untergebrachten sogar eine Art Leitfaden, wie es funktionieren soll. Die Motivation zur Therapie könnte also auch auf das Kalkül zurückgehen, die Unterbringung mittels entsprechender Manipulationstaktiken möglichst zügig zu durchlaufen. Sofern sich aber ein Straftäter aufgrund der genannten Punkte zu einer Therapie gemäß § 64 StGB entscheidet, ist fraglich, ob eine tatsächliche Motivation zur Veränderung seines bisherigen Verhaltens und Lebensstils besteht. Denkbar ist, dass frustrierte Erwartungen bezüglich der genannten Aspekte zu Unzufriedenheit, Problemen im Stationsalltag und eben letztlich auch zu Therapieabbrüchen führen können. Dennoch birgt auch eine sekundäre Motivation immer noch die Möglichkeit in sich, einen Straftäter therapeutisch zu erreichen. Diese Tatsache nutzten zahlreiche Strafverteidiger, indem sie das Scheitern von Therapieversuchen erfolgreich den Behandlern zuschoben und anstatt einer Rückverlegung in die Justizvollzugsanstalt einen Weitevvollzug in einer anderen Maßregelvollzugseinrichtung erstritten.

1.9.1 Therapiemotivation

Therapiebedürftigkeit, Therapiefähigkeit und die Motivation für eine Therapie sind als grundlegende Kriterien für eine erfolgreiche Psychotherapie genannt worden (Egg, 1993). Insbesondere das Kriterium Therapiemotivation hat in den vergangenen Jahrzehnten die Forschung beschäftigt (z. B. Dahle, 1995). Die freiwillige Entscheidung zur Veränderung, mit dieser Bedeutung soll der Begriff Therapiemotivation fortan verwendet werden, ist besonders im Rahmen des forensischen Kontextes kontrovers diskutiert worden. So hat Kette (1987) nachdrücklich kritisiert, dass bei freiheitsentziehenden Maßnahmen die Freiwilligkeit als wichtigste Voraussetzung für Veränderung fehle, wogegen Dahle (1998) angeführt hat, dass auch dort Freiwilligkeit nicht per se abgesprochen werden dürfe.

In der Psychologie wird Motivation nicht als statisches Persönlichkeitsmerkmal verstanden, sondern als dynamische Variable, die beeinflussbar ist (Miller & Rollnick, 1991). Gerade im Zwangskontext der forensischen Therapie kann die Therapiemotivation nicht als Voraussetzung angesehen werden. Sie ist vielmehr ein erstes Thera-

pieziel, das es gemeinsam zu entwickeln gilt (Dahle, 1998). Grundsätzlich muss eine Behandlung an die Gegebenheiten der Unterbringung angepasst sein, sie muss aber genauso den Bedürfnissen und Problemen der Klientel entsprechen. Für einen therapeutischen Erfolg sind nach Dahle (1998) neben einer qualifizierten Psychotherapie auch strukturelle, institutionelle und organisatorische Bedingungen maßgeblich. Insofern ist die Verantwortung für die Therapiemotivation nicht nur aufseiten des Patienten zu sehen, sie stellt eine besondere Aufgabe für alle an der Behandlung Beteiligten dar. In diesem Sinne hat der Bundesgerichtshof zu einem Angeklagten, der sowohl dem Gutachter gegenüber als auch in der Hauptverhandlung seine Ablehnung einer Therapie im Maßregelvollzug ausgesprochen hatte, folgenden Beschluss gefasst:

Mangelnde Therapiemotivation, wie sie in der ablehnenden Haltung des Angeklagten zum Ausdruck kommt, kann allerdings unter Umständen ein Indiz dafür sein, dass eine Entwöhnungsbehandlung keine Erfolgschancen hat. Dazu bedarf es jedoch einer Gesamtwürdigung der Täterpersönlichkeit, insbesondere einer Darstellung der Gründe und Wurzeln des Motivationsmangels, ohne deren Kenntnis sich nicht beurteilen lässt, ob er nicht gerade im Unterbringungsvollzug zu beheben ist.

(BGH 22.09.2010, 2 StR 268/10)

Rasch (1986) hat darauf hingewiesen, dass sich die Ablehnung von Therapie durchaus auch als eine Nebenwirkung der Behandlung darstellen kann, z. B. wenn ein Patient die aversive Erfahrung vermeiden will, vom Therapeuten verlassen zu werden, oder wenn die entstehende Nähe zum Behandler Angst auslöst. Auftretende Krisen in dieser Form seien nicht als fehlende Therapiemotivation oder als Indiz für eine fehlende Therapierbarkeit zu werten. Weiter benennt er kritisch die Verantwortung der behandelnden Institution: „Die mangelnde Therapiemotivation der Patienten kann sich auf die mangelhaften Therapieangebote beziehen. Es wird eine Therapie verweigert, die es ohnehin nicht gibt.“ (Rasch, 1986, S. 85).

Dahle (1998) unterscheidet in seinem umfassenden theoretischen Strukturmodell der Therapiemotivation fünf Faktoren. Zunächst differenziert er zwischen *therapiebezogenen Handlungsmotiven* und *instrumentellen Faktoren*. Unter erstere fallen der Fak-

tor *Leidensdruck*, der als intrinsisch motiviert verstanden wird, und der Faktor *Belastungserleben durch den Freiheitsentzug*, der eher eine Motivation auf Veränderung der Haftsituation (z. B. Sanktionserleichterungen) generiert und extrinsisch motiviert ist. Die *instrumentellen Faktoren* beziehen sich erstens auf die eigene *Bewertung der Therapie*, womit z. B. das Wissen und die Erfolgserwartung des Betroffenen gemeint sind. Der zweite instrumentelle Faktor beinhaltet das *Selbstvertrauen in die eigene Handlungskompetenz*, d. h. die Einschätzung, ob man sich auch tatsächlich anders als vorher verhalten kann. Der dritte instrumentelle Faktor beschreibt die *Einstellung zur Justiz und Misstrauen*. Aus allen genannten Faktoren entstehe letztlich die Therapiemotivation.

Urbanik (2004) hat in seinem wissenschaftlich validierten und anerkannten Evaluationssystem „FOTRES“ (siehe Kapitel 2.1.5) einen messbaren Zugang zur Therapiemotivation entwickelt. Er sieht die Therapiemotivation als einen komplexen Verlaufparameter, dessen Aspekte sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren. Er differenziert sieben Bereiche, die zur Einschätzung von Therapiemotivation während der Therapie dienen sollen: Veränderungsbereitschaft, formale Zuverlässigkeit, allgemeine Zuverlässigkeit, aktive Teilnahme, Weiterbeschäftigung außerhalb der Therapie, Aufnahmebereitschaft und Zielbewusstsein.

Ward, Day, Howells & Birgden (2004) haben neben personalen Faktoren auch externe Faktoren, wie den Zeitpunkt innerhalb der Strafe, beschrieben. So sei etwa die Motivation zu Beginn und nach kritischen Ereignissen innerhalb der Haft oft höher. Auch spiele der Ort, an dem Therapie stattfindet, eine Rolle, besonders, wenn soziale Bindungen durch große Entfernungen gefährdet sind. Das Behandlungsprogramm und das Klima der Institution können entscheidend sein, ebenso Beziehungen zu Mitgefangenen oder Bediensteten.

1.9.2 Therapieabbrüche

Wird die Therapiemotivation eines Patienten während seiner Unterbringung vom Behandlungsteam als gering eingeschätzt, sodass eine Weiterbehandlung keinen Erfolg verspricht, kann die Therapie nach § 64 StGB für erledigt erklärt werden. Nedopil (2007) merkt dazu an, dass die Unterbringung eines Maßregelvollzugspatienten in einer Entziehungsanstalt vorzeitig beendet werden kann, wenn eine Behandlung „aus Gründen, die in der Person des Untergebrachten liegen, aussichtslos erscheint“

(S. 38). Umgangssprachlich wird häufig der juristisch nicht korrekte Terminus „Abbruch“ verwendet bzw. die Patienten werden „Abbrecher“ genannt, in korrekter Weise sollte aber von „Erledigung“ und „Erledigern“ gesprochen werden. Im Gesetzestext heißt es: „Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.“ (§ 67d Abs. 5 StGB).

Die Voraussetzungen für einen Therapieabbruch waren und sind immer wieder Gegenstand juristischer Auseinandersetzungen. In einem Beschluss des Oberlandesgerichtes Hamm aus dem Jahr 2008 heißt es zum Beispiel, dass die bloße Feststellung der Therapieunwilligkeit oder Therapieunfähigkeit für sich genommen noch nicht ausreiche, um eine Therapie abzubrechen. „Es muss vielmehr überprüft werden, ob eine – vorübergehende – mangelnde Therapiemotivation wieder geweckt werden kann [...]“ (OLG Hamm, 3 Ws 707/07). Das Gericht sah es als notwendig an, vor einem Abbruch sämtliche Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten auszuschöpfen, was auch einen Therapeutenwechsel und einen Wechsel der Maßregelvollzugseinrichtung impliziert. Die Juristen knüpften hier also an die Erkenntnis an, dass Motivation als dynamischer Prozess verstanden wird und wieder entstehen kann, wenn die richtigen Voraussetzungen getroffen werden. Dagegen wird auf psychiatrischer und psychologischer Seite aufgrund der in den letzten Jahren (von der Haar, 2012) konstant bleibenden alarmierend hohen Abbrecherquote von ca. 50 % bei der Unterbringung gemäß § 64 StGB immer wieder die Frage nach der Geeignetheit von Patienten für eine Therapie laut. „Griffige Kriterien“ (Rasch 1986, S. 85) sollten entwickelt werden um Fehleinweisungen zu umgehen. Rasch (1986) empfahl, dafür Orientierungsmarken wie Therapiemotivation, therapeutische Ansprechbarkeit, kriminelle Identifikation, um eine Entscheidungshilfe in Fragen der Unterbringung nach § 64 StGB zu geben. Weiter führte er allerdings aus, dass die Entwicklung eindeutiger Kriterien aufgrund der komplexen Problematik eher zweifelhaft erscheine. Mittlerweile liegen Untersuchungsergebnisse vor, die gezielt die Gruppe der Therapieabbrecher von den Patienten unterscheidet, die die Therapie bis zur Entlassung auf Bewährung durchgeführt haben. Auch nach Gründen für Therapieabbrüche ist in den vergangenen Jahren geforscht worden. Einige Studien sollen im Folgenden Erwähnung finden.

Gerl und Bischof (2001) haben in ihrer Untersuchung festgestellt, dass sich in ihrer Stichprobe die Erlediger bezüglich der Komplikationen während der Unterbringung „eklatant“ (S. 150) von den Nicht-Erledigern unterschieden, insbesondere durch eine höhere Anzahl an Entweichungen sowie eine höhere Anzahl von Substanzmissbräuchen und Gewaltanwendungen gegen Mitpatienten. Inwiefern derartige Komplikationen auf eine mangelhafte Behandlung oder auf eine mangelnde intrinsische Motivation zurückzuführen sind, konkret, ob man mit dem Wechsel von Therapeut oder Einrichtung die Regelübertretungen hätte verhindern können, blieb dabei offen.

Querengässer et al. (2013) nähern sich dem Thema, indem sie Stellungnahmen auswerteten, die einen Abbruch der Therapie nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit empfehlen. Sie unterscheiden zwei Ebenen der Abbruchs begründungen, eine konkrete Verhaltensebene und eine Ebene abstrakter Konstrukte. Während die erste Ebene Rückfälle oder Verstöße gegen Stationsregeln betrifft, sind mit der zweiten Ebene beispielsweise ein Mangel an Therapiemotivation oder eine intellektuelle Überforderung gemeint. Insofern handelt es sich bei dieser zweiten Ebene auch eher um Abbruchsursachen und weniger um Abbruchsanlässe, die der ersten Ebene zugerechnet werden. So ergeben sich drei Clustergruppen, die sich bezüglich der Begründungsmuster zusammenfassen lassen: Das erste Cluster beinhaltet ein *passives Verweigerungsmuster*. Hier imponierten weniger Konsumrückfälle oder Entweichungen, sondern eher eine mangelnde Störungs- und Delikteinsicht. Die Patienten brachen die Therapie selbst ab. Das zweite Cluster wird als *konfrontierendes Ausagieren* beschrieben. Es zeigte hohe Rückfälligkeit in den Konsum, vor allem auch das Einbringen von Suchtmitteln oder unerlaubtes Besitzen und Benutzen von Handys. Auch lag eine Identifikation mit dem kriminellen Milieu vor. Der Abbruch der Therapie wurde in dieser Gruppe am ehesten durch die Klinik empfohlen. Die dritte Gruppe zeichnet sich durch ein *impulsives Verweigerungsmuster* aus. Sie verzeichnet hohe Werte beim Konsumrückfall, niedrige beim Einbringen von Suchtmitteln, aber die meisten Fluchten und Eigenwünsche nach Therapieabbruch.

Die Autoren stellen weiter fest, dass die *passiven Verweigerer* bereits früh in der Therapie klarmachten, dass sie nicht therapiemotiviert waren. Der Abbruch erfolgte nach durchschnittlich sechs Monaten. In den Stellungnahmen überwogen die Abbruchursachen gegenüber den -anlässen. Die *konfrontierend Ausagierenden* hatten eine hohe Haftstrafe im Hintergrund und machten deshalb ihre fehlende Motivation

nicht so schnell deutlich. Dennoch agierten sie ihre Veränderungsunwilligkeit aus, sodass es zu Abbruchsanlässen kam. *Die impulsiven Verweigerer* zeigten sich nach Einschätzung der Autoren am ehesten zu einer Veränderung bereit. Trotzdem war der Anteil an Fluchten und Entweichungen mit 75 % sehr hoch. Aus diesen Ergebnissen leiten die Autoren die Forderung ab, dass es für jede der Gruppen spezifische therapeutische Ansätze geben müsse, um Abbrüche zu vermeiden. Sie empfehlen darüber hinaus die weitere Überprüfung der gefundenen Cluster.

In einem Forschungsprojekt zum Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB in Nordrhein-Westfalen von Pollähne und Kemper (2007) wurden Patientenakten des Entlassungsjahrganges 2005 mit dem Ziel untersucht, den Umfang irregulärer Unterbringungsverläufe zu erfassen und valide Prädiktoren für Fehleinweisungen zu identifizieren. Ausgehend von vorhergehenden Studien (Marneros et al., 1994; Leygraf, 1995; Schalast, 2000a; Schalast 2000b; Schalast, Mushoff & Demmerling, 2004; Schalast, Mushoff & Demmerling, 2005; Gerl & Bischof, 2001; Demmerling 2006) wurden die dort genannten Indikatoren eingehend untersucht: niedriges Alter bei Einstieg in die Sucht und/oder Kriminalität, insbesondere bei Eintritt in den MRV, Vorliegen einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung, insbesondere der dissozialen Persönlichkeitsstörung, strafrechtliche Vorbelastung und die Eigenschaft Ausländer. Pollähne und Kemper (2007) konnten jedoch nicht den *typischen* Erlediger ausfindig machen. Insgesamt konnte aus den Eingangsinformationen wie Delikt, Diagnose, Begleitstrafe, Vorstrafen oder Therapieerfahrungen kein valides Vorhersagemodell abgeleitet werden, das in der Lage wäre, den Therapieverlauf vorherzusagen.

Im Gegensatz dazu fanden Fries et al. (2011) in ihrer Übersichtsarbeit, in der sie neun Studien analysierten, Indikatoren für einen Therapieabbruch. Demnach lassen niedriges Lebensalter, frühe Delinquenz, fehlender Schul- und Berufsabschluss und Persönlichkeitsstörung einen ungünstigen Therapieverlauf erwarten. Die Autoren empfahlen weiter, dass prospektive Studien, auch mithilfe von standardisierten Instrumenten, wie z. B. Prognoseinstrumenten erfolgen sollten.

Seifert (2009) benennt folgende Prädiktoren für Behandlungserfolg: Berufliche Situation, stabile Partnerschaft, geringe Vorstrafen, später Beginn des Konsums, sozialer Status. Weitere Aspekte mit Prädiktor-Eigenschaften sind die Hoffnung auf die Behandlung zu Beginn der Maßnahme und der deutliche Vorsatz, in der Therapie mitzuwirken um abstinent zu leben.

Berger et al. (2012) zeigen anhand einer Stichprobe von 102 Maßregelvollzugspatienten, dass die Eigenschaft *psychopathy* einen Einfluss auf den Abschluss der Therapie hat. Je höher die *psychopathy*-Werte, gemessen durch die „Psychopathy Checklist-Revised“ (Hare, 1990), ausfielen, desto häufiger brachen die Patienten die Behandlung ab.

Bezzel (2008) extrahiert in ihrer Regensburger Katamnesestudie eine Reihe von anamnestischen Charakteristika, die mit Therapieabbrüchen verbunden sind: männliches Geschlecht, meist vorbestraft, junges Ersttatalter (unter 18 Jahren), niedrigeres IQ-Niveau (minderbegabt, unterer Durchschnitt), junges Erkrankungsalter (unter 18 Jahren), Suchttherapieerfahrung, häufige Therapieabbrüche in der Vergangenheit, höherer Anteil aus GUS-Staaten, niedrigerer Qualifikationsgrad (Förder-, Hauptschule, kein Berufsabschluss) und alleinstehend. Während der Therapie imponierten Abbrecher durch Entweichungen, aggressives Verhalten gegen das Team und/oder Mitpatienten, Straftaten während Unterbringung, Suchtmittelrückfälle und massive Behandlungsprobleme.

Umfassende Ergebnisse liefert auch Hartl (2013), der Krankenakten mit Abbruchstellungen der Kliniken untersuchte sowie per Fragebogen die Behandler bezüglich der Behandlungen interviewte. Es zeigte sich, dass über die Hälfte der Abbrüche (51,3 %) durch Motivationsprobleme zustande kamen, gefolgt von fortwährendem Substanzmissbrauch (35,1 %). Abbrüche durch Gewalt oder Entweichungen oder Fluchten waren dagegen eher selten. Es stellte sich auch heraus, dass in etwa jeder dritte Therapieabbruch durch den Patienten selbst initiiert worden war. Ein weiteres Drittel der Stichprobe war mit der Abbruchsentscheidung der Klinik einverstanden. Der Großteil der Abbrüche (16,9 %) wurde innerhalb der ersten 3 Monate formuliert. Der Autor beschreibt, dass ein wesentliches Kriterium bei der Entscheidung die Therapie abzubrechen der Zwei-Drittel-Zeitpunkt sei. Dieser war bei 50,8 % der Abbrecher erreicht. Ein weiterer Aufenthalt im Maßregelvollzug trug somit, nicht mehr zur Verminderung der Reststrafe bei und ergab für die Patienten somit keinen Sinn.

Hartl entdeckte weiter, dass rund ein Drittel der Abbrecher keinerlei Lockerungen hatte, etwa einem Fünftel der Abbrecher waren Übernachtungen außerhalb des Maßregelvollzugs möglich. Im direkten Vergleich der Abbrecher mit den Nicht-Abbrechern zeigte sich kein Unterschied im Lebensalter. Dagegen zeigten sich Unterschiede in der Art des Anlassdeliktes. So wurde die Therapie bei Körperverletzern und Betrugs-

und Diebstahlsdelinquenten signifikant häufiger abgebrochen als bei Tätern, die wegen eines BtMG-Delikttes verurteilt worden waren. Außerdem zeigten die Ergebnisse, dass eine geringe Freiheitsstrafe (bis 1,5 Jahre) zu einer höheren Abbruchsquote (fast 75 %) führte. Keine Unterschiede zeigten sich in den Diagnosen der Abbrecher und Nicht-Abbrecher, sehr wohl jedoch in der Intelligenz. Je intelligenter die Patienten waren, desto weniger wurde die Therapie abgebrochen und umgekehrt. Der Autor resümiert, dass Minderbegabte durch die Therapie kaum erreicht werden können. Er fand weiter, dass Patienten, die bereits vor der aktuellen Behandlung stationäre psychiatrische Behandlungen erfahren hatten, eher abbrechen, insbesondere dann, wenn solche Behandlungen ebenfalls abgebrochen waren. Abbrecher zeichneten sich ferner durch mehr Vorstrafen aus. 62,1 % der Abbrecher hatten ihr erstes Delikt im Jugendalter, also vor dem 8. Lebensjahr begangen. Kein Unterschied ergab sich bei der Untersuchung der Gesamthaftdauer (insgesamt verbrachte Zeit im Gefängnis oder MRV).

In Bezug auf den Schulabschluss dominierten innerhalb der Gruppe der Abbrecher die Förderschüler sowie die Hauptschüler ohne qualifizierenden Abschluss. Je höher der Ausbildungsgrad (Lehre u. ä.), desto höher war die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapieabschlusses. Als Prädiktoren für Erfolg konnten leibliche Kinder, Ehestand und feste Partnerschaft ermittelt werden. Abbrecher imponierten durch häufigere Fluchten oder Entweichungen, mehr Tötlichkeiten gegenüber Mitpatienten und mehr Rückfälle.

In den Fragebögen zeigte sich auch, dass Therapieabbrecher signifikant häufiger Behandlungsprobleme aufwiesen als Nicht-Abbrecher. Angefragt wurden beispielsweise Motivationsprobleme, Aggressivität, Impulsivität oder Vollzugsprobleme. Von den bedingt entlassenen Patienten fiel jeder vierte durch Behandlungsprobleme auf, bei den Abbrechern waren es zwei von dreien. Letztlich hätten, so der Autor, natürlich diese Probleme auch zu den Abbrüchen geführt. Bemerkenswert erschien, dass die Hälfte aller Patienten nach § 64 StGB von den Behandlern als „schwierig“ und „problematisch“ eingestuft wurde.

Querengässer, Hoffmann & Ross (2014a) befragten 35 Therapeuten aus Maßregelvollzügen zu ihrer Einschätzung bekannter Prognosefaktoren. Hier zeigte sich, dass psychopathische Persönlichkeitszüge sowie die intrinsische Therapiemotivation als aussagekräftigste Faktoren genannt wurden, die Hinweise über einen Therapieerfolg

liefern können. Die Therapeuten brachten weitere Prognosevorschläge ein, die sich aus ihrer praktischen Erfahrung ergaben, darunter z. B. Intelligenz. Insgesamt ergab sich jedoch eine recht uneinheitliche Bewertung bekannter Prädiktoren. Die Autoren führen das auf die individuellen Behandlungserfahrungen der einschätzenden Therapeuten zurück. In einer ähnlichen Untersuchung befragten Querengässer, Hoffmann & Ross (2014b) dieselben Therapeuten nach deren subjektivem Bild von Prototypen von Abbrechern und fanden folgende kognitive Konzepte zu Therapieabbrechern (die Auflistung entspricht der Rangfolge bezüglich der Häufigkeit der Nennungen):

1. Der Untherapierbare (kann Probleme erkennen, aber nicht alternativ handeln)
2. Der Dissoziale
3. Der anderweitig Persönlichkeitsgestörte
4. Der sozial Benachteiligte (kein stabiles und abstinenzförderndes Umfeld)
5. Der Erfahrene (im Sinne einer langjährigen Delinquenz-Erfahrung)
6. Der Stratege (Maßregel als schnellerer Weg in die Freiheit)
7. Der akut Süchtige
8. Der Frühstarter (früher Beginn der Delinquenz)
9. Der Migrant

Die Idee Typen von Therapieabbrechern zu beschreiben verfolgten bereits Westendarp und Hollenberg (2012). Sie unternahmen den Versuch, anhand von zufällig ausgewählten Stellungnahmen, in denen der Staatsanwaltschaft der Abbruch der Therapie empfohlen wurde, Typen zu kategorisieren. Sie extrahierten 7 Patientengruppen, die sie folgendermaßen beschrieben (S. 326f.):

1. Passive Verweigerung: resignative Haltung, hohes Misstrauen, Passivität, Hoffnungslosigkeit, aber formale Anpassung und Übernahme von Verpflichtungen
2. Kriminelle Identifikation: Patienten nehmen Mitarbeiter nicht ernst, stellen eigene Maßstäbe über die der Behandler; häufiges Infragestellen von Strukturen und Regeln, Schaffen von Subkultur

3. Offene Opposition: Beanspruchung von Therapie aber Bestimmung, wie Therapie funktioniert, häufige Machtkämpfe, Therapiemotivation vorhanden aber nicht mit den Vorstellungen des Teams in Einklang zu bringen
4. Passive Heilserwartungen: Patient als Empfänger von Leistungen, die von außen kommen
5. Ausgeprägte Strukturstörung: schwer strukturell gestört, hohe Impulsivität, Eindruck von Behandlern, dass Patient von einer Unterbringung nach § 63 StGB mehr profitieren könnte
6. Mangelnde Sucht: Sucht in Wahrheit der kriminellen Entwicklung nachgeordnet
7. Schwer beschreibbare Gruppe von Patienten, zu denen kein Mitarbeiter einen emotionalen Zugang findet; Grund wird in „schwerster früher emotionaler Mangelversorgung bis hin zur Verwahrlosung“ vermutet

Die Autoren postulieren, dass die Gründe der vielen Abbrüche nicht allein auf Patientenseite zu finden seien, sondern dass der gesamte Kontext der Unterbringung untersucht werden müsse, inklusive der institutionellen Merkmale wie z. B. die zunehmende Arbeitsbelastung der Behandler.

Querengässer, Bulla, Hoffmann & Ross (2015) entfernten sich in ihrer Untersuchung von patientenbezogenen Daten, da sie sich davon nur geringe Varianzaufklärungen versprachen. Sie widmeten sich stattdessen sogenannten *Settingvariablen*, deren Prognoseeigenschaft sie in einem logistischen Regressionsmodell belegen konnten. Die Variablen „behandelnde Klinik“, „Gericht“ und „vollzugsüberwachende Behörde“ erwiesen sich im Modell als einflussreicher als patientenbezogene Faktoren, die bisher in verschiedenen Untersuchungen als einflussreich belegt werden konnten (z. B. „frühe Delinquenz“).

Querengässer (2014) kommt zu dem Schluss, dass Behandlungserfolg nur wenig von „einzeln abgrenzbaren Faktoren abhängt, sondern auf komplexe Art und Weise multifaktoriell bedingt ist“ (S. 85). Schalast et al. (2012) äußerten bereits, dass bisherige Untersuchungen zur Prognose des Unterbringungsverlaufes eher bescheidene Erkenntnisse gebracht hätten und schlugen daher vor, den Zeitpunkt von Erledigung und Entlassung stärker zu beforschen, seien doch gerade die Ursachen der frühzeitigen Erledigungen nicht im Verhalten des Patienten oder dem problematischen Be-

handlungsverlauf zu finden. Bei späteren Erledigungen wiederum sei die Motivation des Patienten, in Freiheit entlassen zu werden, größer.

1.10 Der Maßregelvollzug Hildburghausen

Der Großteil der Daten der vorliegenden Untersuchung stammt von einer Patientengruppe, die im Maßregelvollzug Hildburghausen (Thüringen) untergebracht waren. Aus diesem Grund soll die Einrichtung im Folgenden näher beschrieben werden.

Die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Hildburghausen gehört den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen an. Sie bietet auf elf Stationen Platz für bis zu 128 männliche und weibliche suchtkranke Patienten, die nach § 64 StGB oder nach § 126a StPO untergebracht sind. Grundlegende Ziele sind zunächst die Suchtmittelfreiheit durch Suchttherapie und die Straffreiheit durch Kriminaltherapie, sowie die Resozialisierung und Reintegration in die Gesellschaft. Die durchschnittliche Therapiedauer beträgt hierbei eineinhalb bis zwei Jahre (Berger, 2013).

1.10.1 Die Stationen

Die hoch gesicherten Stationen

Die zwei hoch gesicherten Stationen dienen der Unterbringung von Patienten, die neu aufgenommen wurden, die ihre Therapie abgebrochen haben, deren Therapie wegen Aussichtslosigkeit abgebrochen worden ist und von Patienten, deren Therapieabbruch vonseiten des Behandlungsteams beschlossen wurde, sodass für sie zeitnah eine Empfehlung des Therapieabbruchs erfolgen sollte. Darüber hinaus dienen die Stationen zur vorübergehenden Unterbringung von Patienten, die nach therapeutischer Entscheidung in Absprache mit der Klinikleitung eine Auszeit von ihrem stationären Alltag auf einer höheren Station (Therapiestation, offener Bereich) benötigen. Die Patienten auf beiden Stationen werden von mindestens einem Stationstherapeuten betreut. Therapie beginnende Patienten werden in den ersten Wochen in Absprache mit den Therapeuten und der Klinikleitung einem Psychologen der künftigen Therapiestationen zugeteilt, auf der der Patient weiterbehandelt wird. Therapie beendende Patienten können von den Therapeuten und den Bezugspflegern der vorherigen Therapie- bzw. Rehabilitationsstation weiter betreut werden.

Die Therapiestationen

Die sechs Therapiestationen bilden das Kernstück der therapeutischen Behandlung im Maßregelvollzug. Hier ist die Behandlung die längste Zeit über angesiedelt. Die Unterbringung findet zunächst geschlossen statt mit sukzessiv ansteigenden Vollzugslockerungen. Die sechs Therapiestationen teilen sich in drei Wohnbereiche auf. Ein Wohnbereich enthält zwei Stationen, die durch eine Verbindungstür zusammenhängen. Die Öffnungszeiten der Verbindungstür werden durch die Stationstherapeuten bestimmt. Jede Therapiestation wird durch einen Stationstherapeuten geleitet, die beiden Stationstherapeuten eines Wohnbereiches vertreten sich gegenseitig. Die therapeutischen Gruppen werden mit Patienten von beiden Stationen je nach Bedarf durch den jeweiligen Gruppenleiter in Absprache mit den Stationstherapeuten zusammengestellt. Grundsätzlich bleibt ein Patient nach Verlegung auf eine Therapiestation dort untergebracht, bis er in den offenen Bereich verlegt wird. Das geschieht erst, wenn die psychotherapeutische Behandlung weitgehend abgeschlossen ist. Alle Therapiestationen, bzw. Wohnbereiche verfahren nach dem gleichen psychotherapeutischen Konzept.

Die Rehabilitationsstationen

Die Rehabilitationsstationen in Hildburghausen bieten eine offene Unterbringung der Maßregelvollzugstherapie. Die tägliche Versorgung, wie z. B. Einkaufen und Kochen, wird durch die Patienten selbst organisiert und durchgeführt. Ziel der Rehabilitationsstationen ist, die Patienten optimal bei der Umsetzung der gelernten Inhalte im beruflichen Alltag (Praktika, Ausbildungen etc.) und im sozialen Empfangsraum (Wochenend- und Dauerurlaube bei Familie und Freunden) im Sinne von „In-Vivo-Konfrontationen“ zu begleiten. Bei erfolgreicher Erprobung „in vivo“ wird der Staatsanwaltschaft die Beendigung der Therapie nach § 64 StGB empfohlen. Die Stationen werden durch Sozialpädagogen und Psychologen geleitet.

1.10.2 Therapiephasen und Angebote

Die Patienten durchlaufen vier aufeinander aufbauende Therapiephasen. Die ersten beiden Phasen sind in erster Linie edukativ gestaltet. Die Patienten sollen hier zunächst über die Therapie, die Suchterkrankung im Allgemeinen und über kriminaltherapeutische Methoden und Modelle aufgeklärt werden. Aufgrund der noch ausblei-

benden Lockerungen bieten sich diese Phasen am ehesten zur Beziehungsgestaltung und therapeutischen Steuerung des Patienten auf internale Prozesse an. Insofern ist eine regelmäßige einzeltherapeutische Behandlung ebenso wichtig wie die regelmäßige Kontaktaufnahme zum Patienten vonseiten der Bezugspflege. Die dritte Phase fokussiert die Erarbeitung individueller Zusammenhänge zwischen Biographie, Sucht und delinquenter Entwicklung. Die gruppentherapeutische Arbeit soll hier die regelmäßigen psychotherapeutischen Einzelgespräche sukzessive ablösen, sodass die Frequenz der Einzelkontakte herabgesetzt werden kann. Die Patienten erhalten in der Regel erste Vollzugslockerungen, sodass die Außenorientierung langsam ansteigt. Mit Ende der dritten Therapiephase wird ein Patient in den offenen Bereich verlegt. Die vierte Therapiephase ist gruppentherapeutisch lediglich mit einem Rückfallpräventionstraining ausgestattet sowie der Möglichkeit von Einzelgesprächen auf Antrag.

Eine Therapiephase gilt grundsätzlich als abgeschlossen, sobald alle Voraussetzungen erfüllt sind. Nach jedem Abschluss einer Gruppe erhält der Patient eine Unterschrift für die erfolgreiche Teilnahme. Eine nicht erfolgreiche Teilnahme (Entscheidung des Therapeuten bzw. des Teams) oder ein zweimaliges Fehlen kann die Wiederholung einer Gruppe notwendig machen. Als Voraussetzung für die nächsthöhere Phase gilt die vollständige Unterschriftensammlung der vorherigen Phase nebst der Einschätzung des Stationstherapeuten, dass der Patient für die nächste Phase bereit ist.

Neben der Psychotherapie umfasst die Therapie in der forensischen Klinik Ergo- bzw. Arbeitstherapie, Sporttherapie, schulische Fortbildungsmöglichkeiten, Entspannungstrainings, Trainings sozialer bzw. emotionaler Kompetenzen, sowie die Betreuung durch Sozialarbeiter. Optional werden täterspezifische Anti-Gewalt-Trainings durch speziell geschulte Psychologen angeboten.

Die Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung unterscheiden sich von Maßregelvollzug zu Maßregelvollzug sehr stark. Die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Hildburghausen verfügt beispielsweise im Rahmen der geschlossenen Unterbringung über die Bereiche industrielle Fertigung, Holzwerkstatt, Tonwerkstatt, Metallwerkstatt und Druckerei. Die offene Unterbringung erlaubt ergotherapeutische Behandlung und Beschäftigung im Klinikpark. Hier werden die Patien-

ten durch Ergotherapeuten in den jeweiligen Arbeitsfeldern angelernt und auch bewertet.

1.10.3 Erledigungen im Maßregelvollzug Hildburghausen

Im praktischen Klinikalltag des Maßregelvollzugs Hildburghausen verläuft ein Therapieabbruch in der Regel nach geregelterm Ablauf. Zunächst beschließt das Behandlungsteam in Absprache mit dem Anstaltsleiter, dass eine Weiterführung der Therapie keinen Erfolg verspricht. Dann empfiehlt die Klinik der Staatsanwaltschaft in einer Stellungnahme die Erledigung der Therapie nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit und begründet diese Empfehlung. In einer solchen Stellungnahme ist deutlich zu machen, dass eine Therapiemotivation des Patienten nicht vorhanden ist und auch mit allen vorhandenen therapeutischen Mitteln nicht mehr zu erwecken ist. Der betroffene Patient ist dann mindestens im geschlossenen Bereich des Vollzugs oder sogar auf einer hoch gesicherten Station unterzubringen. Dort verbleibt er bis zur richterlichen Anhörung, in der der Patient, gegebenenfalls mit seinem Rechtsvertreter, die Möglichkeit hat, sich zu dieser Empfehlung zu äußern. Ist der Patient mit der Erledigung der Therapie einverstanden, beschließt das Gericht den Abbruch und die Verlegung in den Strafvollzug. Von der Abbruchsentscheidung des Behandlungsteams bis zur endgültigen Verlegung des Patienten in den Strafvollzug vergehen erfahrungsgemäß einige Wochen bis Monate. In dieser Zeit verbleibt der Patient im Maßregelvollzug.

Mit einem wesentlich längeren Zeitraum bis zur Verlegung in eine JVA bzw. bis zu einer endgültigen Entscheidung muss gerechnet werden, wenn sich der Patient in der Anhörung gegen die Entscheidung der Klinik wendet und eine Fortsetzung der Therapie beantragt. Hier kann sich das zuständige Gericht zwar der Empfehlung des Krankenhauses anschließen, jedoch kann der Patient innerhalb von 7 Tagen Rechtsmittel einlegen, womit die nächsthöhere Instanz weitere Entscheidungen zu treffen hat. Entscheidungen dieser Art nehmen einen erheblichen Zeitrahmen in Anspruch. In zwei Fällen warteten betroffene Patienten in Hildburghausen nahezu zwei Jahre auf die endgültige Entscheidung.

Tabelle 1: Aufnahmen, Abbrüche und Verweildauer im Maßregelvollzug Hildburghausen 2008 bis 2012.

Jahr	Aufnahmen	Davon Abbrüche (zukünftig)	Anteil Abbrüche in %	Abbrüche	Durchschn. Verweildauer Abbrecher	Durchschn. Verweildauer gesamt
2008	64	27	42,20%	16	421	564
2009	62	29	46,77%	21	380	513
2010	65	29	44,61%	33	373	526
2011	80	37	46,25%	23	371	577
2012	73	16	21,92%	21	386	527

Wie bereits beschrieben, sind deutschlandweit seit rund zwei Jahrzehnten die Abbruchzahlen relativ konstant. Der Überblick in Tabelle 1 zeigt die Aufnahme- und Abbruchzahlen des Maßregelvollzugs Hildburghausen. Die Jahre 2008 bis 2011 zeigen keine grobe Abweichung von der Bundesnorm. Zahlen aus den Folgejahren konnten nicht erhoben werden, da nicht alle der Aufgenommenen der Jahre ab 2013 die Therapie bis zum Abschluss der vorliegenden Arbeit beendet haben. Angesichts der von Entorf (2007) angeführten Kosten für die Unterbringung stellt sich zwar die Frage, warum bei einer durchschnittlichen Verweildauer der Therapieabbrecher (> 1 Jahr) das Scheitern nicht bereits vorher abgesehen werden kann, doch ist mit Queringässer (2014) darauf hinzuweisen, dass die Entlassart (Abbruch) kein Kriterium für „das tatsächliche Outcome einer Therapie“ (S. 86) darstellt.

1.11 Zentrale Fragestellungen dieser Untersuchung

Die steigende Anzahl an Erledigungen und Fehleinweisungen im Bereich des § 64 StGB hat Forschern den Anstoß gegeben Prädiktoren zu identifizieren, die im Vorfeld oder zu Beginn einer Unterbringung genutzt werden können um die Sinnhaftigkeit einer Therapie im Maßregelvollzug zu hinterfragen oder um zumindest einschätzen zu können, ob eine anfangs mangelnde Therapiemotivation im Rahmen einer Unterbringung geweckt, ausreichend gestärkt und aufrechterhalten werden kann. Dazu wurden methodisch variantenreich Indikatoren gesucht, die Hinweise auf Abbruchgründe liefern können. Die Forschung hat sich hier in den vergangenen Jahren vor allem auf die Erhebung patientenbezogener Daten von Therapieabbrechern und Nicht-Abbrechern konzentriert (Kemper, 2008; Bezzel, 2008; Hartl, 2012; Berger,

2013). Zwar haben bereits Fries et al. (2011, zitiert in Querengässer, 2014) darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse nicht konsistent sind und Querengässer (2014) sogar eine Aufgabe dieses Forschungsansatzes gefordert, dennoch haben sich verschiedene Prädiktoren über unterschiedliche Forschungsmethoden hinweg als bedeutsam erwiesen. Während Fries et al. (2011) unter anderem Persönlichkeitsstörungen als Merkmal eines ungünstigen Behandlungsverlaufs identifiziert haben, hat Berger (2013) den Einfluss der *psychopathy* auf Therapieabbrüche gezeigt, die von Hare (1990) als Konstrukt in die Forschung eingeführt worden ist. Insgesamt, so Fries et al. (2011), sollten weitere Untersuchungen mit standardisierten Instrumenten zur Vorhersagbarkeit von Behandlungsabbrüchen durchgeführt werden. In der Untersuchung von Querengässer et al. (2014a) ist unter anderem der Faktor Intelligenz durch Therapeuten des Maßregelvollzugs (§ 64 StGB) als Prognosefaktor eingebracht worden. Darüber hinaus haben sich einige Forscher (darunter Westendarp & Hollenberg, 2012 und Querengässer et al., 2014b) dem Gebiet der Erforschung von Prototypen von Abbrechern zugewendet.

Ein in den Augen des Verfassers wesentlicher Aspekt zur Ergründung von Therapieabbrüchen wurde in der Theorie zwar benannt, in der empirischen Forschung jedoch bisher kaum beachtet. Dabei handelt es sich um die privilegierte Position eines Straftäters, der neben der Freiheitsstrafe zusätzlich zum § 64 StGB verurteilt wird. Dahle (1998) brachte in seinem Strukturmodell der Therapiemotivation das Belastungserleben durch den Freiheitsentzug ein (siehe Kapitel 1.9) und erklärte diesbezüglich eine Therapiemotivation, die auf eine Veränderung der Haftsituation zurückzuführen ist, und zwar in dem Sinne, dass der Häftling mit Sanktionserleichterungen rechnet, wenn er sich für eine Therapie entscheidet. Diese Art der Therapiemotivation wird nachvollziehbar, wenn man sich die gesetzlichen Grundlagen vor Augen führt, die in Kapitel 1.9 beschrieben worden sind. Denn, wie gesehen, vermerkt sogar der Kommentar zum Strafgesetzbuch die günstigere Stellung eines Maßregelvollzugspatienten gegenüber einem Täter in Strafhaft (Stree & Kinzig, 2010). Dass durch den Vollzug der Maßregel die ursprüngliche Haftstrafe sogar auf die Hälfte reduziert werden kann, ist ebenfalls bereits gezeigt worden (Kapitel 1.9). Die Privilegierung im Maßregelvollzug sowie deren Einfluss auf Therapieabbruchsentscheidungen soll deshalb Grundlage der vorliegenden Arbeit sein. Mithilfe verschiedener Instrumente und der Erfassung und Analyse von Vollzugsmerkmalen sollen Prädiktoren ermittelt werden,

die Hinweise auf Therapieabbrüche liefern können. Im besonderen Fokus sollen Prädiktoren stehen, von denen die Besserstellung der Patienten im Maßregelvollzug gegenüber der Haftsituation abzuleiten ist. Dazu werden drei abgrenzbare Untersuchungsmethoden genutzt.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit sollen standardisierte testpsychologische Verfahren inklusive prognostischer Verfahren der dritten Generation eingesetzt werden, um an Forschungsanregungen der oben genannten Untersuchungen anzuknüpfen. Des Weiteren soll anhand der verschiedenen Tests der Versuch unternommen werden, einen Typ des Therapieabbrechers zu identifizieren. Dieser erste von insgesamt drei Teilbereichen der Arbeit ist der Überschrift „Testpsychologische Untersuchungen“ zugeordnet. Kapitel 1.11.1 beschreibt die psychologischen Fassetten, die anhand der Untersuchungen erfasst werden und formuliert die jeweiligen Hypothesen.

Der zweite methodische Ansatz schließt sich an eine Anregung von Schalast et al. (2012) an, die empfohlen haben, gewisse Zeitvariablen näher zu untersuchen, z. B. den Zeitpunkt der Entlassung. Dazu werden objektive Vollzugsdaten der Patienten erfasst, z. B. Haftstrafe, Zeitpunkt der Unterbringung, Zeitpunkt des Abbruchs. Ziel ist es, anhand der Verlaufsdaten die von Dahle (1998) genannte Therapiemotivationen zu identifizieren, die auf dem Kalkül einer Verkürzung des Freiheitsentzuges basiert. Unter der Überschrift „Relevante Verlaufsdaten“ werden in Kapitel 1.11.2 die Inhalte dieses zweiten Untersuchungsteils dargestellt und die zugehörigen Hypothesen beschrieben. Für den dritten Ansatz wurden die Patienten des Maßregelvollzugs gebeten, mithilfe eines Fragebogens einzelne Therapiebausteine zu bewerten. Mit dieser Erhebung wird an Untersuchungen von Schalast (2000b) und Bezzel (2008) sowie an die Empfehlung von Querengässer (2014) angeknüpft, „weiche Kriterien‘ wie die Einschätzungen der Patienten“ (S. 86) einzubeziehen. Auf diese Weise soll eine Bewertung einzelner Bereiche des therapeutischen Alltags im Maßregelvollzug eingeholt und anschließend der Einfluss der Bewertungen auf Abbruchsentscheidungen diskutiert werden. Für diesen Punkt wird die Überschrift „Sicht der Patienten“ gewählt. Kapitel 1.11.3 beschreibt die Herangehensweise und benennt die entsprechende Hypothese.

1.11.1 Testpsychologische Untersuchung

In diesem ersten Bereich der Untersuchung sollen standardisierte Diagnose- bzw. Prognoseverfahren angewendet werden, aus deren Ergebnissen Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern analysiert werden sollen. Die auszuwählenden Verfahren sollten grob eingegrenzt über die *Persönlichkeit* des Patienten, seine *Intelligenz* sowie über *Merkmale früheren und aktuellen Verhaltens* Erkenntnisse liefern.

1.11.1.1 Messung der Persönlichkeit des Patienten

Zur Messung der Persönlichkeit eines Patienten liegt es nah, ein diagnostisches Verfahren auszuwählen, das imstande ist, Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung zu liefern. Im Folgenden soll daher zunächst konkret auf das Thema Persönlichkeitsstörungen eingegangen werden, bevor das gewählte Verfahren kurz beschrieben wird sowie Hypothesen aus dem theoretischen Hintergrund abgeleitet werden. Da im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen im forensischen Kontext häufig das Thema der *psychopathy* im Sinne Robert Hares diskutiert wird, soll die Messung dieses Konstruktes hier ebenfalls Anwendung finden. Daher wird das Konstrukt selbst näher erläutert, um im Anschluss daran die bezugnehmenden Fragestellungen darzustellen. Als Persönlichkeitsmerkmal in weiterem Sinne wird die Aggressivität bzw. die Nähe zu gewaltsamen Handlungen mit einbezogen und durch ein spezielles Verfahren gemessen. Auch hier werden vorab der theoretische Hintergrund sowie die daraus folgenden Fragestellungen erläutert. Detaillierte Beschreibungen der einzelnen Verfahren folgen dann ab Kapitel 2.1.

a) Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung wird nach DSM IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) sowie nach DSM V (Falkai & Wittchen, 2014) in drei Cluster eingeteilt (DSM IV, S. 749ff.):

Cluster A: sonderbar, exzentrisch

- *Paranoide Persönlichkeitsstörung*: Muster von Misstrauen und Argwohn in dem Sinne, dass die Motive anderer als böswillig ausgelegt werden.

- *Schizoide Persönlichkeitsstörung*: Muster von Distanziertheit in sozialen Beziehungen und von eingeschränkter Bandbreite emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten.
- *Schizotypische Persönlichkeitsstörung*: Muster von starkem Unbehagen in nahen Beziehungen, von Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung und von Eigentümlichkeiten des Verhaltens.

Cluster B: dramatisch, emotional

- *Borderline Persönlichkeitsstörung*: Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität.
- *Histrionische Persönlichkeitsstörung*: Muster von übermäßiger Emotionalität und von Heischen nach Aufmerksamkeit.
- *Narzisstische Persönlichkeitsstörung*: Muster von Großartigkeitsgefühlen, einem Bedürfnis nach Bewunderung sowie mangelnder Empathie.
- *Antisoziale Persönlichkeitsstörung*: Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer.

Cluster C: ängstlich, vermeidend

- *Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung*: Muster von sozialer Hemmung, Unzulänglichkeitsgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung.
- *Dependente Persönlichkeitsstörung*: Muster von unterwürfigem und anklammerndem Verhalten, das in Beziehungen zu einem übermäßigen Bedürfnis nach Umsorgung steht.
- *Zwanghafte Persönlichkeitsstörung*: Muster von ständiger Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus und Kontrolle.

Zwei Persönlichkeitsstörungen werden im Anhang des DSM IV genannt und keinem Cluster zugeordnet (S. 861ff.).

- *Depressive Persönlichkeitsstörung*: Muster depressiver Kognition und Verhaltensweisen, die im frühen Erwachsenenalter beginnen und in einer Vielzahl von Zusammenhängen auftreten.
- *Negativistische Persönlichkeitsstörung (passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung)*: Muster negativistischer Einstellungen und passiven Widerstands gegenüber Forderungen nach angemessener Leistung im sozialen und beruflichen Bereich.

Phillips, Hirschfeld, Shea & Gunderson (1995) sowie von Zerssen (2002) schrieben die depressive Persönlichkeitsstörung am ehesten dem Cluster C zu. Fiedler (2001) und auch Victor (2004) benannten hingegen die Nähe zum Cluster B. Bezüglich der negativistischen Persönlichkeitsstörung zeigten Saß, Steinmeyer, Ebel & Herpertz (1995) anhand ihrer Clusteranalysen die Zugehörigkeit zum Cluster B. Die beiden Störungen fielen im DSM 5 unter die Kategorie „Other specified personality disorder and unspecified personality disorder“ (S. 646).

Seifert (2009) stellte fest, dass lediglich die Hälfte der Untergebrachten nach § 64 StGB allein an einer Abhängigkeitserkrankung erkrankt war. Meistens lag zusätzlich mindestens eine Persönlichkeitsstörung vor, die den Therapieerfolg und die Chance zukünftiger Deliktfreiheit schmälern konnte. Dennoch sollten nach Rasch (1998) Delinquenz und Persönlichkeitsstörung keinesfalls in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden. Nicht alle Kriminellen seien antisoziale Persönlichkeiten, so Fiedler (2001). Rotgers und Maniaci (2007) kritisierten, dass die Assoziation der dissozialen Persönlichkeitsstörung mit kriminellem Verhalten dazu führt, dass der Fokus lediglich auf kriminelle Menschen gelegt wird und im Gegensatz dazu Menschen ohne kriminelles Verhalten von dieser Diagnose ausgeschlossen werden. Steinbach, Hässig, Kohle und Ermer (2009) betonten, dass nicht jeder Gewalttäter eine dissoziale Persönlichkeitsstörung habe. Die Autoren beschrieben weiter, dass es sich bei Betroffenen um Personen handele, „die Bedürfnisse und Gefühle anderer nicht wahrnehmen (können) und daher unter Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen die Grenzen anderer Personen teilweise massiv überschreiten (können).“ (S. 126). Gleichzeitig, so die Autoren, richten sie impulsiv-gewalttätiges Verhalten auch gegen sich selbst und zeigen einen Mangel an Sorge im Umgang mit sich selbst. Insofern könne geschlussfolgert werden, dass sie im Behandlungsverlauf größere Schwierig-

keiten zeigen als andere Patienten und eher in der Gruppe von Therapieabbrechern zu finden sind als in der Gruppe von Nicht-Abbrechern.

Wie bereits aufgezeigt, wurde laut Stichtagserhebung (von der Haar, 2012) bei knapp 40 % der Patienten im Maßregelvollzug nach § 64 StGB eine dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Fiedler (2001) wies auf die Wechselwirkung von Dissozialität und Alkoholabhängigkeit hin und betonte die erhöhte Prävalenz des Alkoholismus bei antisozial Persönlichkeitsgestörten, was den hohen Anteil dieser Störung in der Unterbringung nach § 64 StGB begründen könnte. Hartl (2013) zeigte in seiner Stichprobe von 994 Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht waren, dass bei 17,5 % neben der Abhängigkeitsdiagnose als Zweitdiagnose eine Persönlichkeitsstörung verzeichnet wurde. Dagegen dazu seien Schizophrenie, Organische Schädigungen, affektive Störungen, Minderbegabungen eher zu vernachlässigen.

In der vorliegenden Untersuchung sollen anhand des standardisierten testpsychologischen Verfahrens „Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV“ (SKID II) Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen an einer Stichprobe von Maßregelvollzugspatienten ermittelt werden. Der Test misst Ausprägungen der im DSM IV genannten diagnostischen Kriterien der oben genannten zehn Persönlichkeitsstörungen. Ferner soll die Verteilung der Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen insbesondere bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern analysiert werden. Da bei persönlichkeitsgestörten Patienten mit den meisten Schwierigkeiten hinsichtlich Anpassung und Regeleinhaltung im Stationsalltag zu rechnen ist (Steinbach et al., 2009) wird erwartet, dass es in den Testergebnissen signifikante Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern gibt. Vor allem wird mit Unterschieden hinsichtlich der antisozialen Persönlichkeitsstörung gerechnet. Insofern werden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 1.1.1: In der Gruppe der Therapieabbrecher dominiert die antisoziale Persönlichkeitsstörung mit dem höchsten Durchschnittswert. Hingegen erscheint sie in der Gruppe der Nicht-Abbrecher im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen untergeordnet.

Hypothese 1.1.2: Die Gruppe der Therapieabbrecher unterscheidet sich signifikant von den Nicht-Abbrechern hinsichtlich der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Abgesehen von den separaten Skalen des Verfahrens SKID II soll überprüft werden, ob sich der Test in seiner Gesamtheit, also mit allen Skalen, zur Vorhersage von Therapieabbrüchen eignet. Da das Verfahren wie oben beschrieben alle im DSM IV benannten Persönlichkeitsstörungen misst, also auch Störungen, die auf den ersten Blick weniger mit kriminellem Verhalten assoziiert sind (bspw. zwanghafte, depressive, selbstunsichere oder histrionische Persönlichkeitsstörungen), ist nach Auffassung des Autors nicht davon auszugehen, dass hier signifikante Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern zu finden sind.

Hypothese 1.1.3: Das Verfahren ist in der Gesamtheit aller Skalen nicht in der Lage, Unterschiede zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern zu messen.

b) Psychopathy nach Robert Hare

Der Ausdruck *psychopathy* geht auf das Konzept der *moral insanity*, der *moralischen Idiotie*, zurück (Möller & Hell, 2001). Dieses wurde 1835 von James Cowles Prichard beschrieben und meinte laut Möller & Hell (2001) das gewohnheitsmäßige Abweichen von sozialen Normen und Überschreiten von Gesetzen. Das dissoziale Verhalten als Folge einer bei den Betroffenen vorliegenden Blindheit gegenüber moralischen Vorstellungen ist demnach für den Begriff der *psychopathy* zentral. Auf diese Vorstellung baute 1941 Cleckley auf und beschrieb in seinem Werk „The mask of sanity“ typische Merkmale und Charakterzüge von psychopathischen Persönlichkeiten. Seine Ausführungen führten zu 16 Kriterien, die beispielsweise oberflächlichen Charme, Unehrlichkeit, Mangel an Reue und Scham, pathologische Egozentrität und gute Intelligenz umfassen (Möller & Hell, 2001). Sie bilden die Basis für die heutige Psychopathieforschung und sind als „Cleckley-Kriterien“ bekannt. Robert Hare entwickelte später auf der Grundlage von Cleckleys Arbeit sein Konzept der *psychopathy*, das dem Psychopathen unter anderem die Attribute Rücksichtslosigkeit, Verantwortungslosigkeit und Aggressivität zuschrieb (Nedopil, 2007). Durch die empirische Untersuchung von Straftätern war es Hare möglich, die wesentlichen Merkmale von *psychopathy* reliabel zu erfassen, was zur Entwicklung der „Psychopathy Checklist (PCL)“ als Diagnoseinstrument zur Erfassung der *psychopathy* führte. Nach Überprüfung wurde ihre Operationalisierung präzisiert und zwei Items gestrichen,

wodurch die 20 Items beinhaltende revidierte Version der PCL entstand, die PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised, Hare, 1990a).

Psychopathy ist nach Hare (2005) als eine Kombination von sozial devianten Verhaltensweisen und bestimmten Charaktereigenschaften zu verstehen. Sie ist ein klinisches Konstrukt, das durch eine bestimmte Konstellation von Affekten, Persönlichkeitsmerkmalen, Lebensstil und antisozialen Verhaltensweisen beziehungsweise Eigenschaften definiert wird. Vergessen werden darf bei der Betrachtung der *psychopathy* jedoch nicht, dass ein hoher PCL-R-Wert und somit eine Klassifikation als *psychopath* (im Sinne von Cleckley, 1941 bzw. Hare, 1990a), nicht unbedingt mit kriminellem Verhalten einhergehen muss. Jedoch ist die Kriminalitätsquote von *psychopaths* erhöht und die Rückfallwahrscheinlichkeit beim Vorliegen von *psychopathy* und Kriminalität laut einigen Studien (z. B. Salekin, Rogers & Sewell, 1996; Reichel & Marneros, 2008) ebenfalls sehr hoch. Dieser Umstand und die Ergebnisse zahlreicher Validierungsstudien (z. B. Urbaniok, Noll, Rossegger & Endrass, 2007) belegten die hohe prädiktive Validität der PCL-R und führten dazu, dass sie als Prognoseinstrument zur Vorhersage von Rückfälligkeit, Gewalt und Behandelbarkeit sehr weite Verbreitung erfuhr (Hare & Neumann, 2009).

Allerdings existieren auch kritische Stimmen, die anzweifeln, ob der PCL-R-Gesamtwert als Mittel zur Behandlungsprognostik geeignet ist (Ross & Pfäfflin, 2005; Eher, Rettenberger, Hirtenlehner & Schilling, 2012). Aus diesem Grunde sind seit der Veröffentlichung der PCL-R mehrere unterschiedliche Faktorenstrukturen, die eine Unterteilung des Gesamtscores vornehmen, anhand von Faktorenanalysen empirisch ermittelt und auch belegt worden. Harpur, Hakistan & Hare (1988) teilten beispielsweise die Items der PCL-R in zwei Faktoren ein. Der erste Faktor beinhaltete die Items, die im Sinne von Cleckley (1941) die Persönlichkeitseigenschaften des *psychopaths* darstellen. Der zweite Faktor hingegen summierte die Items, die mit antisozialem Lebensstil in Zusammenhang zu bringen sind.

In der vorliegenden Untersuchung soll mithilfe der PCL-R überprüft werden, ob sich Therapieabbrecher von Nicht-Abbrechern unterscheiden und ob dem Verfahren insofern eine Prädiktoreigenschaft zugesprochen werden kann. Diesbezüglich soll vor allem der erste Faktor fokussiert werden. Somit entstehen folgende Hypothesen:

Hypothese 1.2.1: Die Gruppe der Therapieabbrecher weist höhere PCL-R-Werte auf als die Gruppe der Nicht-Abbrecher.

Hypothese 1.2.2: In der Gruppe der Therapieabbrecher hat der erste Faktor höheren Einfluss auf das Ereignis des Therapieabbruchs als der zweite Faktor.

Hypothese 1.2.3: Die Untersuchung der ‚psychopathy‘ mittels PCL-R liefert Hinweise darauf, ob ein Patient die Therapie abbricht oder nicht.

c) Aggressivität

Das Thema Aggression ist in der forensischen Entzugsbehandlung im Rahmen des § 64 StGB angesichts der zahlreichen Gewaltdelikte in den Bundeszentralregistereinträgen der Patienten ein relevantes Thema. Es gilt als gesichert, dass aggressives Verhalten durch Substanzmittelabhängigkeit und auch durch Persönlichkeitsstörungen beeinflusst wird (Müller, 2009). Grundsätzlich unterscheidet die Literatur zwischen Aggressivität und Gewalt (Hein, 2007). Während Aggressivität im Allgemeinen als Verhalten verstanden wird, dessen Ziel eine Schädigung oder Verletzung ist, scheiden sich bei der Definition von Gewalt die Geister (Kaiser 1996, zitiert in Hein 2007). Ullrich und Marneros (2001) griffen pragmatisch auf eine „allseits akzeptierte“ (S. 251) Begriffsbestimmung zurück und zählten zu Gewaltdelikten folgende Straftaten: Tötungsdelikte, Vergewaltigung, Raub, Räuberische Erpressung, Erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme und Körperverletzung. Als Nicht-Gewaltstraftäter bezeichneten sie nur diejenigen, die weder im Rahmen der Anlassstraftat noch in ihrer Vorgeschichte, erkennbar durch einen entsprechenden Eintrag im Bundeszentralregister, ein solches Delikt begangen haben. Hein (2007) verwies auf Bock (2000) und zählte folgende Delikte zur Gewaltkriminalität: Tötungs- und Körperverletzungsmerkmale (§§ 211ff., 223 ff. StGB), Raub und Erpressung (§§ 249ff. StGB), Straftaten gegen die persönliche Freiheit (§§ 234ff. StGB) und sexuelle Nötigung bzw. Vergewaltigung (§§ 177f. StGB). Nach dieser Definition fand Hartl (2013) in seiner Stichprobe von Patienten nach § 64 StGB einen Anteil von 34,7 % an Gewalttätern, wobei 12 % unter die Kategorie „Sonstige“ fielen, wobei die Zahl wahrscheinlich nach oben

korrigiert werden muss, da nicht alle Delikte, wie von Ullrich und Marneros (2001) vorgeschlagen, differenziert worden sind.

Ein in der forensischen Praxis etabliertes Verfahren zur Messung von Aggressionen ist der „Fragebogen zur Messung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)“ von Hempel und Selg (1998). Er fand beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Evaluation des „Anti-Aggressivitäts-Trainings“ (AAT; Weidner, 1995) starken Zuspruch (Schanzenbächer, 2002). Der Test misst die Bereitschaft zu aggressivem Handeln mithilfe von fünf Skalen (Spontane Aggression, Reaktive Aggression, Erregbarkeit, Selbstaggression, Aggressionshemmung; die ersten drei Skalen werden zusätzlich als nach außen gerichtete Aggressionsbereitschaft zusammengefasst) diejenigen Faktoren, die die Autoren unter dem Begriff Aggression verstehen. In einer deutschen Untersuchung von Grünberger (2007) wurde der FAF an 36 psychisch kranken Gefängnisinsassen und zum Vergleich mit einer Kontrollgruppe nicht psychisch kranker Nicht-Inhaftierter (n=30) angewendet. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Gefängnisinsassen mehr zur Selbstaggression neigen als die Kontrollgruppe. In den nach außen gerichteten Aggressionen war jedoch kein Unterschied der Gruppen zu sehen. Der Autor schlussfolgerte deshalb, dass psychische Krankheit trotz schwerer Delikte nicht zwingend mit Aggressivität zusammenhängt und widerlegte somit „das Vorurteil der besonderen Gefährlichkeit psychisch kranker Straftäter“ (S. 321).

In vorliegender Untersuchung soll die Aggressivität von süchtigen Rechtsbrechern, die im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB untergebracht sind, anhand des genannten Verfahrens gemessen werden. Da die nach außen gerichtete Aggressivität vom Verfasser als ein Verhalten angesehen wird, das sich im Stationsalltag des Maßregelvollzugs im Sinne von impulsivem Verhalten als problematisch herausstellen dürfte, wird angenommen, dass die Patienten, die in diesem Bereich hohe Werte erzielen, eher zu den Abbrechern zählen als Patienten mit niedrigeren Werten. So werden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 1.3.1: Therapieabbrecher zeigen höhere Werte nach außen gerichteter Aggression als Nicht-Abbrecher.

Hypothese 1.3.2: Die Messung der Bereitschaft zu aggressivem Verhalten mittels FAF liefert Hinweise auf Therapieabbrüche.

1.11.1.2 Messung der Intelligenz

Störungen der Intelligenz werden in der forensischen Psychiatrie und besonders bei gutachterlichen Aufgaben in zwei Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe umfasst die Störungen, die nicht auf nachweisbaren organischen Grundlagen beruhen, und wird im Eingangskriterium *Schwachsinn* überprüft. Nedopil (2007) postulierte, dass eine Zuschreibung dieses Merkmals jedoch „erst ab einer relativ weitgehenden Minderbegabung erfolgen sollte“ (S. 24). Er verwies zwar auf eine IQ-Wert-Obergrenze von 80 Punkten, unterstrich aber, dass es nicht allein ein IQ-Wert sein kann, der die alleinige Grundlage der Zuordnung rechtfertigt. Täterpersönlichkeit und Sozialisation sind seiner Meinung nach wesentliche Aspekte, die bei einer Entscheidung mitein bezogen werden müssten. Er benannte in seinem Text den „Hamburg-Wechsler-Intelligenztest“ (für nähere Ausführungen dazu siehe Aster, Neubauer & Horn, 2006) zur Ermittlung des IQ-Wertes. Die zweite Gruppe der Störungen der Intelligenz betrifft degenerative Hirnerkrankungen, die auf einer nachweisbaren organischen Grundlage beruhen. Diese wird dem Eingangsmerkmal *krankhafte seelische Störung* zugeordnet. Sollte eines dieser Merkmale für einen Patienten zutreffen, ist aufgrund eingeschränkter oder aufgehobener Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit von einer Unterbringung nach § 63 StGB auszugehen, was außerhalb des Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt. Näheres zur Beurteilung der Schuldfähigkeit findet sich bei Nedopil (2007).

Verschiedene Studien konnten bisher keine Zusammenhänge zwischen niedriger oder hoher Intelligenz und Kriminalität nachweisen (z. B. Heinzen, Köhler, Godt, Geiger & Huchzermeier, 2011; Nijman, Merckelbach & Cima, 2009). Belegt ist eher eine durchschnittliche Intelligenz bei Straftätern.

Im Bereich der Unterbringung gemäß § 64 StGB ist nur eine geringe Anzahl an kognitiv beeinträchtigten Menschen zu finden. In der Untersuchung von Hartl (2012) wurde das Intelligenzniveau von 994 Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht waren, anhand globaler Einschätzungen der Untersucher überprüft. Sie kategorisierten die Patienten in die vier Gruppen: „minderbegabt“, „unterer Durchschnitt“, „durchschnittlich“ und „oberer Durchschnitt“. 74 % der Stichprobe wurden mindestens dem Bereich „durchschnittlich“ zugeordnet, womit eine Therapiefähigkeit grundsätzlich gegeben sein sollte. 24 % gehörten zur Gruppe „unterer Durchschnitt“. Der Autor beschrieb, dass auch bei dieser Gruppe eine „grundlegende Therapiefähigkeit“ (S. 144)

anzunehmen ist. Die Gruppe der Minderbegabten war mit 1,7 % sehr gering und bedarf dem Autor zufolge gesonderter therapeutischer Maßnahmen.

In einer Rostocker Untersuchung von Bastert, Schläfke & Fegert (2012) wurden 167 durchschnittlich intelligente und 79 kognitiv beeinträchtigte Patienten nach § 64 StGB miteinander verglichen. Mittels des „Hamburg-Wechsel-Intelligenztest für Erwachsene“ (HAWIE) bzw. des „Wechsel-Intelligenztest für Erwachsene“ (WIE) wurden Gruppen eingeteilt. Diejenigen, die einen IQ-Wert unter 80 erreichten, zählten zur Gruppe der kognitiv beeinträchtigten Patienten. Im Ergebnis zeigten sich keine signifikanten Unterschiede beider Gruppen in den Merkmalen Aufenthaltsdauer, höchste erreichte Lockerungsstufe und Entlassprognosen. Die Autoren fanden auch, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Abbrecherquote gab. Zusätzlich konnten sie belegen, dass Intelligenzgeminderte keiner höheren Gefahr unterliegen alkoholsüchtig zu werden als normal Intelligente. Es zeigten sich eher Aspekte, in denen sich die Intelligenzgeminderten nicht von anderen unterschieden (ungünstige Aufwuchsbedingungen, psychosoziale Faktoren).

Einige Verhaltensweisen, die zu Problemen im klinischen Alltag im Maßregelvollzug führen könnten, werden aber sehr wohl mit geringer Intelligenz in Zusammenhang gebracht. So berichten Bastert et al. (2012) unter Verweis auf Rösler (2000) von „verminderter Frustrationstoleranz und Verhaltensinhibition bei zumeist beeinträchtigter Wahrnehmung von sozialen Zusammenhängen und häufig gesteigerter Impulsivität“ (S. 49). In der Untersuchung von Querengässer et al. (2014a) schätzen, wie bereits erwähnt, in Maßregelvollzügen tätige Therapeuten die Intelligenz als relevanten Prognosefaktor für den Behandlungserfolg ein.

In der vorliegenden Untersuchung interessiert der Zusammenhang von Intelligenz und Therapieabbrüchen. Mit dem „Culture-Fair-Test“ (CFT 20-R) soll ein Verfahren angewendet werden, das im Unterschied zum „Wechsler Intelligenztest für Erwachsene“ (WIE) im unteren Leistungsbereich gut zu differenzieren vermag (Weiß, 2006), da angenommen wird, dass der Durchschnittswert bei Maßregelvollzugspatienten kleiner als 100 ausfällt. Zu vermuten ist zunächst, dass die Patienten in der Unterbringung nach § 64 StGB über eine durchschnittliche Intelligenz verfügen, egal ob sie Abbrecher sind oder nicht. Daher lautet die erste Hypothese:

Hypothese 1.4.1: Die Intelligenz der Gesamtstichprobe sowie der Abbrecher und Nicht-Abbrecher ist im durchschnittlichen Bereich (85–115) anzusiedeln.

In Anlehnung an den genannten theoretischen Hintergrund ist nicht davon auszugehen, dass sich dieses Verfahren eignet um zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern zu differenzieren. Es wird somit vermutet, dass es sich nicht als Prädiktor für Therapieabbrüche eignet.

Hypothese 1.4.2: Intelligenz eignet sich nicht als Prädiktor für Therapieabbrüche.

1.11.1.3 Messung des früheren und aktuellen Verhaltens des Patienten

Um sich diesen speziellen Teilbereichen anzunähern wurde zunächst auf ein Verfahren zurückgegriffen, das sowohl in der Lage ist, statische Informationen aus der deliktspezifischen Vorgeschichte eines Patienten zu erfassen als auch dynamische Gesichtspunkte des Verhaltens zu messen, die sich über die Zeit ändern können und ein aktuelles Bild repräsentieren. Da es sich bei dem gewählten Verfahren „FOTRES“ (s. u.) um ein umfassendes und mittlerweile sehr anerkanntes Verfahren aus dem Bereich Risiko-Evaluation handelt, soll es unter a) ausführlicher vorgestellt werden. Anschließend werden die daraus abgeleiteten Hypothesen genannt.

Das aktuelle Verhalten eines Patienten wird nach Auffassung des Autors sehr gut in einem Fremdbeurteilungsbogen erfasst, der im Bereich der Ergo- bzw. Arbeitstherapie der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie Hildburghausen seit einigen Jahren Anwendung findet. Unter b) wird das Verfahren vorgestellt und im Anschluss daran werden die für diese Untersuchung relevanten Fragestellungen erläutert.

a) Statische und dynamische Faktoren im Kontext von Riskikoeinschätzung und Behandlungsprognose

Wie bereits beschrieben, haben Behandlungsprognosen das Ziel vorauszusagen, ob die Symptome einer Störung durch die Behandlung verbessert werden können. Für den forensischen Rahmen bedeutet dies, dass eine Vorhersage getroffen werden muss, ob die Gefährlichkeit eines Täters durch die Therapie reduziert werden kann.

Auf dem Markt existieren mittlerweile einige Instrumente, die die Gefährlichkeit oder die Rückfälligkeit eines Täters einschätzen, darunter das „Inventar zur Einschätzung des Rückfallrisikos und des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs von Straftätern“ (LSI-R) in deutscher Sprache von Dahle, Harwardt & Schneider-Njepel (2012), der Test „Historical Clinical Risk“ (HCR-20) in deutscher Sprache von Müller-Isberner, Jöckel & Gonzalez Cabeza (1998), der Test „Sexual Violence Risk“ (SVR-20) in deutscher Sprache von Müller-Isberner, Gonzales Cabeza & Eucker (2000), der Test „Violence Risk Appraisal Guide“ (VRAG) in deutscher Sprache von Rossegger, Urbaniok, Danielsson & Endrass (2009) und der Test „Sex Offender Risk Appraisal Guide“ (SORAG) in deutscher Sprache von Rossegger, Gerth, Urbaniok, Laubacher, & Endrass (2010). Alle haben das Ziel, Verhalten vorherzusagen und als Hilfe bei Prognoseentscheidungen zu dienen. Es existiert neben diesen Instrumenten aber nur ein einziges Instrument, das neben einer Rückfallprognose auch die Behandlungsprognose fokussiert und getrennt voneinander ausgibt: das „Forensisch operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System“ (FOTRES) (Urbaniok, 2004). Dieses kriminalprognostische Verfahren hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (Tondorf & Tondorf, 2011). Es setzt sich aus zwei Teilen zusammen, dem *Risk-Needs-Assessment (RNA)* und dem *Risk-Management (RM)*. Das erstere beinhaltet neben der Einschätzung des sogenannten *strukturellen Rückfallrisikos (ST-R)* die *Beeinflussbarkeit (BEE)*, konkret die potenzielle Veränderbarkeit des zuvor gemessenen Risikoprofils (ST-R) des Täters. Während sich das ST-R eher durch statische Informationen zusammensetzt, betrachtet die BEE die dynamischen Faktoren und spiegelt daher im weitesten Sinne auch das aktuelle Verhalten. Grundsätzlich umfasst das RNA im Gegensatz zum RM die Bewertung, die als Einweisungsprognose bzw. Eingangsbeurteilung charakterisiert werden kann (Endrass & Rossegger, 2012).

Es wird erwartet, dass die Patienten des Maßregelvollzugs, die die Therapie abbrechen, schlechtere Werte im Bereich der Beeinflussbarkeit zeigen als die Nicht-Abbrecher. Hingegen werden keine Gruppenunterschiede im Bereich des strukturellen Rückfallrisikos erwartet. Insgesamt rechnet der Verfasser damit, dass sich das FOTRES-RNA gut eignet, um als Prädiktor von Therapieabbrüchen angesehen zu werden.

Hypothese 1.5.1: Therapieabbrecher zeigen schlechtere Werte auf der Skala Beeinflussbarkeit.

Hypothese 1.5.2: Therapieabbrecher und Nicht-Abbrecher zeigen keine Unterschiede auf der Skala Strukturelles Rückfallrisiko.

Hypothese 1.5.3: Das FOTRES-RNA eignet sich als Prädiktor für Therapieabbrüche.

b) Verhaltensmerkmale in der Ergotherapie

Müller-Isberner und Eucker (2012) haben die Ergotherapie als eine der ältesten Behandlungsformen psychischer Krankheit beschrieben. Sie umfasst zweckvolle Aktivitäten wie Arbeit, Alltagsaktivitäten und künstlerisch-kreative Aktivitäten mit dem Ziel, Therapie- und Rehabilitationsziele zu erreichen. Der Schwerpunkt, so die Autoren, kann einerseits auf der Vermittlung berufsbezogener Kompetenzen basieren oder auf der Schaffung günstiger Arbeitsbedingungen, beispielsweise im Sinne einer Schaffung von Behindertenwerkstätten oder der Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

In Maßregelvollzugseinrichtungen hat die Ergotherapie einen hohen Stellenwert, da sie maßgeblich zu einer qualitativen Verbesserung der psychiatrischen Kriminaltherapie beiträgt (ebd.). Sie umfasst Beschäftigungs-, Werk- und Arbeitstherapie und die zugehörigen Belastungserprobungen und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Schreiber (1995, zitiert in Müller-Isberner & Eucker, 2012) beschreibt drei methodische Bereiche der Ergotherapie im Maßregelvollzug. Erstens den Bereich der Wiederentdeckung bzw. den Erwerb von Kompetenzen, zweitens den Bereich, in dem die ergotherapeutischen Maßnahmen als Kommunikations- und Ausdrucksmittel genutzt werden. Als dritter Bereich werden die interaktionellen Methoden genannt, in deren Mittelpunkt die Auseinandersetzung in der Gruppe steht. Die Förderung und der Erwerb eines „funktionalen und adäquaten Sozialverhaltens“ (Müller-Isberner & Eucker, 2012, S. 118) mit Misserfolgstoleranz, Verantwortung und Teamfähigkeit stellen als sogenannte Schlüsselqualifikationen somit im Bereich der Kriminaltherapie eine wesentliche Aufgabe der Ergotherapie dar.

Zur Beurteilung von Arbeitsfähigkeiten und Schlüsselqualifikationen existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Untersuchungsinstrumente, die jeweils relevante tätigkeitsbezogene Kompetenzen erfassen. Im deutschsprachigen Raum stehen unter anderem der „Arbeitspädagogische Beobachtungs- und Bewertungsbogen“ (ABB) von Bertermann et al. (1990) sowie das „Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil“ (O-AFP) von Wiedl, Uhlhorn, Kohler & Weig (2002) zur Verfügung. Ein empfohlenes Verfahren, so Müller-Isberner und Eucker (2012), ist das „Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit – MELBA“ von Kleffmann, Weinmann, Föhres & Müller, (1997). Dieses beinhaltet Skalen zur Messung kognitiver und sozialer Merkmale, Art der Arbeitsausführung, psychomotorischer Merkmale und Kulturtechniken, die durch die Ergotherapeuten für jeden Patienten individuell eingeschätzt werden. In Anlehnung an Queringässer (2014), der postuliert, dass „die klinische Erfahrung der Therapeuten in der einschlägigen Forschung bis dato kaum Beachtung“ (S. 14) gefunden hat, soll das Verfahren MELBA in dieser Untersuchung Anwendung finden und den therapeutischen Blickwinkel der Psychologen um den der Ergotherapeuten erweitern.

Der Verfasser rechnet damit, dass sich Unterschiede in den Ergebnissen des Verfahrens zeigen, abhängig davon, ob Patienten zur Gruppe der Therapieabbrecher gehören oder zur Gruppe der Nicht-Abbrecher. Da es sich bei Therapieabbrechern häufig um unmotivierte Patienten handelt, die Komplikationen während der Unterbringung aufweisen (Gerl & Bischof, 2001; Steinbach et al., 2009) sollten diese schlechtere MELBA-Ergebnisse aufweisen als Nicht-Abbrecher. Folgende Hypothesen sollen in diesem Zusammenhang zugrunde gelegt werden:

Hypothese 1.6.1: Therapieabbrecher erzielen insgesamt schlechtere MELBA-Ergebnisse als Nicht-Abbrecher.

Hypothese 1.6.2: Das Verfahren MELBA eignet sich als Prädiktor für Therapieabbrüche.

1.11.1.4 Skalenkombinationen und Identifikation von Typen

Nach Einschätzung des Verfassers ist es sinnvoll, sich diejenigen Tests und Skalen genauer anzusehen, die eine Vorhersage über die Wahrscheinlichkeit eines Thera-

pieabbruchs liefern können. Es stellt sich die Frage, ob aus der Kombination dieser Tests oder aus der Kombination einzelner Teilelemente (Skalen) ein prognostischer Wert abgeleitet werden kann, der eine Umsetzung in der Praxis im Sinne einer Fokussierung bzw. einer extrahierten Betrachtung (z. B. in der Diagnostikphase zu Beginn des Vollzugs) rechtfertigen kann.

Hypothese 1.7.1: Die Kombination bestimmter Testverfahren oder einzelner Testteile erweist sich als vorteilhaft zur Prädiktion von Therapieabbrüchen.

In Anlehnung an Westendarp und Hollenberger (2012) sowie Querengässer et al. (2014b), die in ihren Untersuchungen Typen von Abbrechern identifiziert haben, soll des Weiteren überprüft werden, ob durch die Kombination relevanter Tests oder Testteile ebenfalls Typen von Therapieabbrechern gefunden werden können, die regelhaft bestimmte Antworttendenzen innerhalb der Verfahren aufweisen.

Hypothese 1.7.2: Anhand der diskriminationsfähigen Skalen und regelhaften Antworttendenzen lassen sich Typen von Abbrechern bzw. Nicht-Abbrechern identifizieren.

1.11.2 Relevante Verlaufsdaten

Wie bereits erwähnt, ist der praktisch arbeitende Forensiker mit zahlreichen Gründe dafür konfrontiert, warum ein Patient sich für oder gegen eine Therapie entscheidet. Schalast et al. (2012) äußern, dass Patienten sehr früh in der Unterbringung abwägen, welcher Weg schneller in die Freiheit führt: das Gefängnis oder der Maßregelvollzug. Ein wesentlicher Antrieb, die Therapie ganz zu durchlaufen, läge also in der positiven Auswirkung der Therapie auf Freiheitseinschränkungen wie z. B. das Erlangen von Lockerungen, besondere Besuchsregelungen und vor allem die frühe Aussetzung von Maßregel und Freiheitsstrafe zur Bewährung. Dagegen könnte die Entscheidung für einen Abbruch der Therapie erfolgen, wenn nach subjektiver Einschätzung der potenziellen Behandlungsdauer die Freiheitseinschränkung länger ausfällt als bei einem Verbleib in Haft.

Die Verurteilten erhalten (spätestens durch Beantragung) schriftlich eine konkrete Strafzeitberechnung. Dieser Berechnung sind das Datum des Halb- und des Zwei-Drittel-Termins zu entnehmen sowie das Datum des Strafendes (§ 37 Abs. 1 StVollstrO). Laut § 64d Abs. 1 StGB darf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zwei Jahre nicht überschreiten. Da die Zeit der Unterbringung jenseits des Zwei-Drittel-Termins nicht auf die Haftstrafe angerechnet wird (§ 67 Abs. 4 StGB), bedeutet ein Abbruch nach diesem Termin eine Verlängerung des Freiheitsentzugs. Eine Entscheidung für einen Abbruch sollte dann sinnvoll sein, wenn sie so weit vor dem Zwei-Drittel-Termin getroffen wird, dass die Rückführung in die Justizvollzugsanstalt noch vor diesem Termin stattfindet. Nur so kann der Patient sicher sein, dass er keinen zusätzlichen Freiheitsentzug neben der eigentlichen Haftstrafe verbüßen muss. Abbruchsentscheidungen könnten demnach von dieser Zeitvariable abhängen. Die Untersuchung dieser und weiterer Zeitvariablen soll Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sein.

Schalast et al. (2012) haben bereits vorgeschlagen, den Zeitpunkt von Erledigung und Entlassung zu untersuchen. Frühe Erledigungen würden im Vergleich mit späteren weniger auf dem Verhalten oder problematischen Behandlungsverläufen basieren. Die Autoren machen jedoch keine konkreten Vorschläge, ab welchem Zeitpunkt ein Abbruch als früh und ab wann als spät einzuordnen ist. Die vorliegende Untersuchung macht einen hypothetischen Versuch, die frühen von den späten Abbrechern zu differenzieren.

a) Der frühe Abbrecher

Den frühen Abbrecher kennzeichnet ein Abbruchszeitpunkt, der so gewählt wird, dass definitiv kein zusätzlicher Freiheitsentzug durch den Abbruch entsteht. Die Zeit, die er im Maßregelvollzug verbracht hat, muss komplett auf die Haftstrafe angerechnet werden können, der Abbruch muss also spätestens zum Zwei-Drittel-Zeitpunkt erfolgen. Wichtig für den Abbrecher ist jedoch, eine gewisse Zeit zwischen Abbruch und tatsächlicher Verschiebung ins Gefängnis einzuplanen. Insofern reicht es nicht aus, schlicht den Zwei-Drittel-Zeitpunkt als spätesten möglichen Termin zu nutzen. Der Abbrecher muss eine gewisse Zeit vor diesem Termin den Abbruch bekannt geben, damit vor dessen Erreichen die Verschiebung ins Gefängnis auch sicher stattfinden kann.

b) Der *späte* Abbrecher

Den späten Abbrecher klassifiziert ein Abbruchszeitpunkt, der so spät liegt, dass der Freiheitsentzug infolge des Abbruchs höher ausfällt als die eigentliche Haftstrafe.

Die Aufteilung in diese Gruppen inkludiert die Vermutung, dass Patienten eine Abschätzung unternehmen, bis zu welchem Zeitpunkt sich ein Abbruch noch lohnt und ab wann er auf jeden Fall verhindert werden muss, um nicht länger als verurteilt einem Freiheitsentzug zu unterliegen.

Um Aussagen über Abbruchsentscheidungen treffen zu können, bedarf es nach Einschätzung des Verfassers neben der Unterteilung in Früh- und Spätabbrecher einer weiteren Unterscheidung, nämlich der Aufteilung der Stichprobe in Patienten, die die Therapie selbst abgebrochen haben (*Selbstabbrecher*) und solche, deren Therapieabbruch durch die Klinik empfohlen wurde (*Fremdabbrecher*). Der Verfasser erwartet, dass die Selbstabbrecher sich bereits früh für den Abbruch entscheiden, also der Gruppe der frühen Abbrecher angehören. Sie möchten nicht riskieren, mehr Zeit in Vollzügen zu verbringen als unbedingt nötig. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass die betreffenden Patienten über wenig intrinsische Veränderungsmotivation verfügen. Sie rechnen sich den frühesten Entlasszeitpunkt aus und entscheiden sich sehr früh in der Therapie für die Haft, da ein konkretes Entlassdatum im Rahmen der Haft verlässlich und vermeintlich greifbar vor ihnen liegt. Eine im Gutachten und in der Verhandlung zunächst geäußerte Therapiemotivation würde dann als Ausprobieren der Therapie interpretiert werden können bzw. als Versuch, möglichst früh an Lockerungen zu kommen oder die Vorzüge des Maßregelvollzugs (Besuchsregelungen etc.) auszuschöpfen.

Diejenigen, deren Abbruch durch die Klinik motiviert wurde, die Fremdabbrecher, finden sich nach Erwartung des Verfassers am ehesten in der Gruppe der Spätabbrecher. Zu diesem späten Zeitpunkt bedeutet ein Abbruch zusätzlichen Freiheitsverlust, mitunter länger als die Haftstrafe selbst dauern würde. Die Patienten möchten diese negative Folge eines Selbstabbruchs unbedingt vermeiden. Dennoch fallen sie, anstatt sich völlig an das Stationsleben anzupassen und regelkonform zu agieren, durch einen eher problematischen Verlauf auf und werden aufgrund besonderer Vorkommnisse abgebrochen, wie Schalast et al. (2012) bereits vermutet haben. Auch

hier wäre eine intrinsische Veränderungsmotivation nicht zu unterstellen, sondern schlicht die Absicht, keinen zusätzlichen Freiheitsentzug verbüßen zu müssen.

Die erste Hypothese im Rahmen der Untersuchung relevanter Verlaufsdaten lautet daher:

Hypothese 2.1: Es lässt sich ein Grenzzeitpunkt identifizieren, vor dessen Ablauf der Anteil der Selbstabbrecher überwiegt und nach dessen Ablauf die Anzahl der Fremdabbrecher überwiegt.

Es wird weiter erwartet, dass die Höhe der Haftstrafe einen Einfluss auf die Abbruchsentscheidungen hat. Je höher sie ausfällt, desto mehr Zeit bleibt einem Patienten seine Freiheitsstrafe verkürzend zu beeinflussen. Der Beginn der Unterbringung in der Maßregel liegt oft mit großem Abstand zum Zwei-Drittel-Termin, manchmal bereits 2 Jahre vor dem Halbstrafentermin. Das ist nach § 67 StGB auch rechtens. Stree und Kinzig (2010) schreiben dazu: „Liegen keine Gründe vor, die gegen eine Anordnung des Vorwegvollzugs eines Teils der Strafe sprechen, hat sich der Tatrichter bei der Bemessung des vorweg zu vollziehenden Teils der Strafe nach Abs. 2 S. 3 am Halbstrafentermin zu orientieren.“ (S. 1018).

Selbst wenn es zu Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf und Abbruchempfehlungen durch die Klinik kommen würde, reicht die Zeit allemal aus, um vor dem Richter die eigene Therapiemotivation zu bekunden oder durch Rechtsmittel eventuell Beschlüsse des zuständigen Oberlandesgerichtes anzustoßen. Sollte es bei einer Abbruchsentscheidung bleiben, so verliert der Patient in der Regel keine Zeit bzw. muss er mit keinem zusätzlichen Freiheitsentzug neben der Haftstrafe rechnen, kann aber durch die Privilegierung des Maßregelvollzugs entsprechende Vorteile gegenüber der Haft für sich verbuchen. Dementsprechend lohnt sich der Maßregelvollzug besonders für den gefährlichen Täter mit langer Haftstrafe. Die zweite Hypothese lautet daher wie folgt:

Hypothese 2.2: Patienten, deren Therapieabbruch vonseiten der Klinik empfohlen wurde (Fremdabbrecher) weisen höhere Haftstrafen auf als Patienten, die sich eigenständig für den Abbruch entschieden haben (Selbstabbrecher).

Die dritte leitende Fragestellung bezieht sich auf die Zeit der Unterbringung im Maßregelvollzug bis zum Zeitpunkt des Abbruchs, konkret bis zur schriftlichen Empfehlung der Klinik, die Therapie abzubrechen. Der Verfasser erwartet, dass die Selbstabbrecher in einer frühen Therapiephase abbrechen und die Anzahl der Tage von Aufnahme bis Abbruchstellungnahme gering ausfällt.

Ein Fremdadbruch basiert häufig nicht nur auf geäußelter fehlender Motivation sondern auf problematischen Behandlungsverläufen. Diesen begegnet ein Behandlungsteam in der Regel zunächst mit Angeboten, das Verhalten therapeutisch zu bearbeiten und Versuchen, eine intrinsische Veränderungsmotivation zu wecken. Erst nach wiederholten Verstößen gegen Stationsregeln und kontinuierlich therapieschädlichem Verhalten, wenn also ein tatsächlicher Veränderungswille in keiner Weise zu bemerken ist, wird ein Abbruch der Therapie empfohlen. Da es bis zu dieser Entscheidung oft lange dauert, wird folgende Hypothese formuliert:

Hypothese 2.3: Bei Patienten, deren Therapieabbruch vonseiten der Klinik empfohlen wurde (Fremdadbrecher), erfolgt der Abbruch später als bei Patienten, die sich eigenständig für den Abbruch entschieden haben (Selbstabbrecher).

1.11.3 Die Sicht der Patienten

Was würde ein ehemaliger Maßregelvollzugspatient nach § 64 StGB antworten, wenn man ihn fragte, was er in seiner Therapie gelernt oder verstanden hat? Der Anteil wiedergegebener tatsächlich bearbeiteter Therapieinhalte würde vermutlich enttäuschend gering ausfallen, unabhängig davon, wie viele wissenschaftlich validierte Interventionen und manualisierte Gruppen im Laufe einer Therapie durchgeführt wurden. Da man heute weiß, dass am besten die Inhalte gespeichert werden können, die emotional verknüpft sind (Cahill, Prins, Weber & McCaugh, 1994), würde sich ein Maßregelvollzugspatient wahrscheinlich vor allem an Einschränkungen, Regelwerke oder Disziplinarmaßnahmen erinnern. Um ein Gegengewicht zu diesen negativen Erfahrungen zu gestalten, sind Informationen darüber nützlich, was ein Patient für gewinnbringend in der Therapie empfindet. Wo macht er Erfahrungen, die durch das Dickicht an Regeln und Verboten dringen und eventuell auch noch Jahre nach der Therapie Erinnerungswürdig sind. Eine Herangehensweise, um Antworten darauf zu

bekommen, ist das Einholen von Bewertungen, die Patienten selbst über die Therapie und einzelne Therapieelemente machen.

Während früher die Ergebnisqualität von Therapien allein anhand von objektiven Daten wie z. B. Überlebensraten, Rezidivraten etc., beurteilt wurde, ist heute eine zunehmende Wichtigkeit der Erfassung von Patientenurteilen zu verzeichnen (Pukies, 2001). Insbesondere im amerikanischen Raum hat die Erfassung der Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung höhere Aufmerksamkeit erlangt (Böcker, 1989). In Deutschland haben Pukies (2001) und Wolak (2012) Untersuchungen vorgelegt, die sich mit dem Thema Patientenzufriedenheit nach psychiatrischer Behandlung beschäftigten. Beide beurteilen die Befragungen positiv, nämlich als durchaus sinnvoll (Pukies, 2001) bzw. gewinnbringend für die Entwicklung weiterer Konzepte (Wolak, 2012), auch wenn eine Vergleichbarkeit dieser und anderer Untersuchungen, die sich mit dem Thema beschäftigten, aufgrund der verschiedenen Designs nur eingeschränkt bis gar nicht gegeben ist.

Im Bereich der forensischen Psychiatrie existieren bisher wenige Studien, die mit einer Bewertung der Therapie vonseiten der Maßregelvollzugspatienten operieren. Auf zwei relevante Untersuchungen soll einleitend näher eingegangen werden.

Schalast (2000b) bat Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB, auf einer Skala von 1 bis 5 („gar nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“) verschiedene Behandlungsaktivitäten bezüglich ihrer Wichtigkeit für den eigenen Therapieerfolg einzuschätzen. Die Behandlungsaktivitäten betrafen einerseits regelmäßig in Anspruch genommene Aktivitäten (Arbeitstherapie, Gruppentherapie, Einzelgespräche, Sport, Pflegegespräche etc.), andererseits Aktivitäten, die nach Absprache oder bei Bedarf durchgeführt wurden (Somatische Behandlung, Schule, Schuldenberatung, Angehörigengespräche etc.). Dazu wurden zwei Befragungen durchgeführt, die erste Einschätzung bei allen Patienten, die zweite nur bei denjenigen Patienten, die an den jeweiligen Therapieangeboten auch tatsächlich teilnahmen. Insgesamt wurden, so Schalast, besonders die Beziehungen zu Teammitgliedern als positiv beschrieben. Die Patienten nahmen ein „Bemühen des Behandlungsteams“ (S. 149) wahr, darüber hinaus beschrieben sie die Situation der Unterbringung im Maßregelvollzug „nicht primär als reglementierende Verwahrung“ (ebd.). Als negative Therapieerfahrung wird am häufigsten die negative Haltung der Mitpatienten genannt, z. B., dass sie nicht über ihre eigentlichen Probleme sprechen würden. Die Patienten beschrieben konkret, dass

die meisten ihrer Mitpatienten sich nur für die Maßregel entschieden hätten, um eine angenehmere Zeit als im Gefängnis haben.

Ein Überblick der Ergebnisse der Befragungen ist in Tabelle 2 dargestellt. Deutlich ist, dass eine Mehrzahl der Patienten der Einzeltherapie den höchsten Stellenwert einräumte, einen weitaus höheren als beispielsweise der Gruppentherapie (S. 105). Insgesamt zeigen die Durchschnittswerte Patienteneinschätzungen im positiven Bereich.

Tabelle 2: Ergebnisse der Patientenbeurteilung von Schalast (2000b) bezüglich der Wichtigkeit von Behandlungsaktivitäten ohne (Ersteinschätzung) und mit Inanspruchnahme (Zweiteinschätzung); 1 = gar nicht wichtig, 5 = sehr wichtig (Ergebnisse der Originalarbeit entnommen, S. 102).

	Ersteinschätzung	Zweiteinschätzung
Regelmäßig in Anspruch genommene Aktivitäten		
Arbeitstherapie	4.0	3.8
Gruppentherapie	3.6	3.7
Einzelgespräche	4.6	4.5
Sport	4.0	4.1
Kochen	4.0	4.2
Freizeitaktivitäten	4.1	3.8
Pflegegespräche	4.0	4.1
Information über Sucht	4.3	3.7
Kreativtherapie	-	4.4
Aktivitäten nach Absprache oder bei Bedarf		
Somatische Behandlung	4.3	4.0
Medikamentenbehandlung	1.4	3.5
Schule	3.5	4.2
Schuldenberatung	3.6	4.6
Berufsberatung	3.7	4.3
Berufliche Maßnahmen	4.1	4.8
Angehörigengespräche	3.1	4.8

Bezzel (2008) führte eine ähnliche Befragung mit Maßregelvollzugspatienten durch. Die Patienten wurden gebeten, verschiedene Therapiemodule (Gruppentherapie, Einzeltherapie, Pflegegespräche, Arbeitstherapie, Sport etc.) mit „positiv“, „negativ“ oder „neutral“ zu bewerten. Bei den Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht

waren, zeigte sich, dass Module, die einen Gesprächs- bzw. Beziehungscharakter hatten, besonders gut abschnitten. Darüber hinaus wurden überwiegend positive Urteile gefällt. Lediglich die Atmosphäre auf der Station wurde am häufigsten mit neutral bewertet. Bei der Vergabe von Schulnoten bewerteten 10,3 % die Therapie insgesamt mit „sehr gut“, 32,6 % mit „gut“, 36,7 % mit „befriedigend“. Ca. 20 % gaben schlechtere Zensuren.

Die Studie differenzierte nochmals zwischen den Patienten nach § 64 StGB, bei denen die Therapie abgebrochen wurde, und denen, die sich in Therapie befanden. Als Besonderheiten der Befragung von Abbrechern benannte die Autorin, dass viele Patienten das für die Studie notwendige Gespräch von vornherein verweigerten oder die Therapeuten die Beziehung zu den jeweiligen Patienten als derart gestört beurteilten, dass ihrerseits das Interview nicht geführt werden konnte oder wollte. Einige Befragte konnten nicht alle Module beantworten, da sie an einigen Modulen nicht teilgenommen hatten.

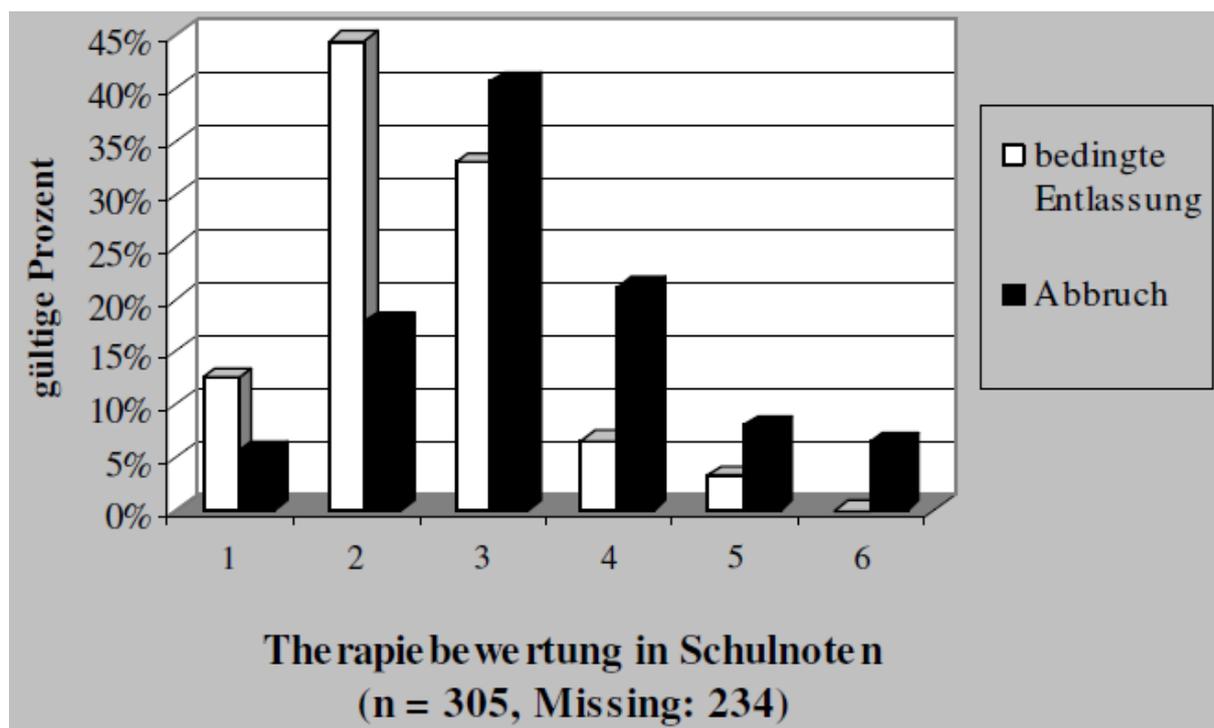


Abbildung 9: Therapiebewertung in Schulnoten der Abbrecher und der bedingt Entlassenen nach Bezzel (2008, der Originalarbeit entnommen, S. 266).

Im Ergebnis zeigte sich, dass die Entlassart einen Einfluss auf die Beantwortung hat. Abbrecher schätzten ihre Therapie neutraler ein. Dies zeigt sich besonders bei den

Modulen Einzelpsychotherapie und Pflegegespräche. Bemerkenswert ist aber, dass die Abbrecher trotzdem die Therapie überwiegend positiv und die Module als gewinnbringend beurteilten. Bei der Vergabe von Schulnoten vergaben die Abbrecher eher mittelmäßige bis schlechte Noten. Trotzdem vergaben 65 % der Abbrecher für die Therapie die Noten „sehr gut“ bis „befriedigend“. Bezzel (2008) vermutete hinter diesem Ergebnis, dass die Abbrecher trotz des Abbruchs in der Lage seien, „eine differenzierte, nicht einseitig externalisierende Einschätzung abzugeben und ihre Schwierigkeiten auch im persönlichen Bereich zu suchen“ (S. 265). Abbildung 9 zeigt die vergebenen Schulnoten für die Therapie durch die Abbrecher und Nicht-Abbrecher.

In der vorliegenden Untersuchung soll als dritter großer Teilbereich ebenso wie in den Untersuchungen von Schalast (2000b) und Bezzel (2008) eine Bewertung von Therapiebausteinen vorgenommen werden. Als neues Untersuchungselement sollen die Patienten sowohl die Wichtigkeit der Therapiebausteine einschätzen als auch ihre Zufriedenheit mit den jeweiligen Modulen. Im direkten Vergleich der Bewertungen einzelner Bausteine kann ein Stimmungsbild abgeleitet werden, das mit dem therapeutischen Verlauf in Zusammenhang stehen könnte. Zu erwarten ist zunächst, dass ebenso wie in den Untersuchungen von Schalast (2000b) und Bezzel (2008) gerade diejenigen Therapiebausteine hoch bewertet werden, die im Zusammenhang mit Gesprächen stehen und Beziehungscharakter haben.

Hypothese 3.1: Therapiebausteine mit Gesprächs- und Beziehungscharakter werden in der Einschätzung der Wichtigkeit, sowie in der Einschätzung der Zufriedenheit am höchsten gewertet.

Des Weiteren soll die Untersuchung die extrinsische Motivation von Patienten darstellen, die Dahle (1998) in seinem Strukturmodell der Therapiemotivation (Kapitel 1.9.1) als Motivation auf die Veränderung der Haftsituation bezeichnete. Patienten, die die Vorteile des Maßregelvollzugs gegenüber dem Strafvollzug nutzen wollen, sollten die subjektiv angenehmeren Therapiebausteine (z. B. Sport, Lockerungen, Freizeitaktivitäten) als wichtiger erachten als Bausteine, die für sie eher anstrengend sind (z. B. Schuldnerberatung, berufsfördernde Maßnahmen).

Hypothese 3.2: Für Patienten angenehme Bausteine werden als besonders wichtig für die Therapie eingeschätzt.

Aus den Ergebnissen der Befragung sollen Hintergründe für Therapieabbrüche abgeleitet sowie die Bedeutung für die Praxis diskutiert werden.

2 Methoden

Das Ziel der Arbeit, Hintergründe für Therapieabbrüche zu erforschen, soll durch drei methodische Ansätze verfolgt werden. Der erste Bereich „Testpsychologische Untersuchung“ befasst sich mit standardisierten psychologischen Testverfahren, deren Ergebnisse sowohl auf Selbst- als auch auf Fremdauskünften beruhen. Der zweite Bereich „Relevante Verlaufsdaten“ basiert auf statischen Informationen aus den Krankenakten der Untergebrachten. Im dritten Bereich „Sicht der Patienten“ geht es um die Bewertung konkreter Therapiebausteine durch die Patienten. Für jeden der drei methodischen Ansätze werden die Durchführung der Untersuchung, das angewendete Material, die Auswertung des Materials und die Stichprobe beschrieben.

Vorab soll übergreifend Grundsätzliches zur Gesamtstichprobe erläutert werden. Die Probanden der vorliegenden Untersuchung sind gerichtlich nach § 64 StGB zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verurteilt worden. Jeder von ihnen hat sich damit einverstanden erklärt, die jeweiligen Testungen durchzuführen, sowie in anonymisierter Form an dieser Untersuchung teilzunehmen. Sie wurden darüber hinaus aufgeklärt, dass eine Ablehnung der Tests oder der Teilnahme an der Untersuchung keinen Einfluss auf den Vollzug der Maßregel haben würde. Während der Untersuchung stand keiner der Patienten unter der Einwirkung von bewusstseinsbeeinflussenden Medikamenten, sodass eine dadurch verursachte Verfälschung der Testergebnisse weitgehend ausgeschlossen werden kann.

2.1 Testpsychologische Untersuchung

Die in diesem Kapitel beschriebenen Verfahren sind alle mit Patienten der Forensischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen in den Jahren 2009 bis 2014 durchgeführt worden. Die Sammlung sämtlicher Testergebnisse hat zu einem Zeitpunkt stattgefunden, an dem alle Patienten der Stichprobe dieses ersten Untersuchungsbereiches aus dem Maßregelvollzug entlassen waren, entweder erfolgreich mit der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung oder nicht erfolgreich mit der Rückführung ins Gefängnis. Einige Verfahren galten im therapeutischen Konzept der Klinik als verpflichtende Aufnahmediagnostik und wurden vor der ersten Behandlungsplanung (gemäß § 11 Abs. 3 ThürMRVG bzw. vor dem 08.08.2014 § 12 Abs. 1 ThürPsychKG) durchgeführt. Hierzu gehören das „Strukturierte klinische Interview für DSM IV“ (SKID II) von Wittchen, Zaudig &

Fydrich (1997), der „Culture Fair Test – Revised“ (CFT 20-R) von Weiß (2006), der „Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren“ (FAF) von Hempel und Selg (1998) sowie das Verfahren „Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit“ (MELBA) von Kleffmann et al. (1997).

Die ersten drei genannten Verfahren (SKID II, FAF und CFT 20-R) wurden computerunterstützt mithilfe der Software *Hogrefe-Testsystem (HTS, Version 4)* durchgeführt und ausgewertet. Die Software war auf einem klinikeigenen Laptop installiert, das mit einer handelsüblichen Computermaus bedient wurde. Die Testleiter bereiteten den Laptop so vor, dass die Probanden sofort mit der software-internen Einführung in die Bedienung des Programms beginnen konnten. Der tageslichthelle Untersuchungsraum wurde von Störeinflüssen (Telefonklingeln, Unterbrechungen etc.) weitgehend frei gehalten. Die Testungen wurden jeweils nur mit einem Patienten durchgeführt, der Testleiter war die ganze Zeit über zugegen und konnte auf Fragen der Patienten oder eine fehlerhafte Anwendung reagieren. Durchführung und Auswertung wurden durch den Testleiter sowie Psychologen (mit Diplom- oder Master-of-Science-Abschluss), die zu der Zeit Mitarbeiter der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen waren, vorgenommen.

Für die Verfahren „Psychopathy Checklist-Revised“ (PCL-R) von Hare (2003), „Forensische Therapie-Evaluations-System“ (FOTRES) von Urbaniok (2004) sowie „Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit“ (MELBA) von Kleffmann et al. (1997) galten jeweils andere Durchführungsbedingungen, die in den entsprechenden Kapiteln näher ausgeführt werden.

2.1.1 Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV (SKID II)

Das „Strukturierte klinische Interview für DSM-IV“ (SKID II) ist ein semistrukturiertes Interview, das es ermöglicht, anhand der im DSM-IV aufgeführten diagnostischen Kriterien Symptome, Syndrome und Diagnosen abzuleiten (Wittchen et al., 1997). Während das SKID I laut Manual den Kern des Instrumentes darstellt und die im DSM-IV unter Achse I verzeichneten psychischen Störungen fokussiert, visiert das SKID II die Persönlichkeitsstörungen an, die unter Achse II zu finden sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Interview zu den Persönlichkeitsstörungen erst dann durchgeführt werden soll, wenn genügend Informationen über Achse I-Stö-

rungen vorliegen. Dieser Voraussetzung wurde in der vorliegenden Untersuchung dadurch Rechnung getragen, dass die Patienten zunächst grundsätzlich psychiatrisch aufgenommen worden sind. Bestandteil dieser Patientenaufnahme ist die Erhebung des psychopathologischen Befundes nach AMDP-System (Fähndrich & Stieglitz, 2007), sodass die Patienten dadurch in Bezug auf Achse I-Störungen ausreichend untersucht sind.

Das SKID II besteht aus 117 Items, die in Form von Fragen bzw. Aussagen formuliert werden, die mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind. Die Items orientieren sich inhaltlich an den Kriterien des DSM-IV. Die Patienten werden instruiert, sich bei ihren Antworten auf die letzten 5 bis 10 Jahre zu beziehen und nicht auf die letzten Tage oder Wochen.

Im Handbuch wird darauf hingewiesen, dass das Testergebnis lediglich einen Hinweis darstellt und nicht ausreichend ist, um eine Diagnose zu stellen (Wittchen et al., 1997). Es dient somit als Screening-Verfahren für die Merkmale der Persönlichkeitsstörungen. In Bezug auf die Überprüfung der Gütekriterien verweist das Handbuch auf spezielle Untersuchungen (z. B. auf Williams et al., 1992).

Die Durchführung und Auswertung des Verfahrens geschah mithilfe des computerunterstützten *Hogrefe-Testsystems (HTS, Version 4)*. Die Ergebnisse jeder Skala wurden durch theoretische Rohwerte ausgegeben, die die erreichte Punktzahl jeweils im Verhältnis zur maximal möglichen Punktzahl („Ausnutzung in Prozent“) darstellen.

2.1.2 Die Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)

Die „Psychopathy Checklist-Revised“ (PCR-R) von Robert Hare ist ein Verfahren, das Persönlichkeitseigenschaften misst, die unter dem nordamerikanischen Begriff *psychopathy* zusammengefasst werden. Zahlreiche Studien belegten mittlerweile, dass ein hoher Wert der PCL-R auf eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit zukünftiger Gewalttaten hindeutet (z. B. Harris, Rice & Quincey, 1993; Forth, Hart & Hare, 1990). Im deutschen Justiz- und Maßregelvollzug ist sie zu einem Eckpfeiler von Prognosegutachten geworden (Ross & Pfäfflin, 2005), Webster und Bailes (2000) haben sie als „Flaggschiff“ auf dem Gebiet der Vorhersage von gewalttätigen Rückfällen bezeichnet. Nedopil (2007) hat betont, dass sie für den forensisch Arbeitenden ein zuverlässiges quantitatives Instrument darstellt, das bedeutende praxisrelevante Informationen, nicht nur im Hinblick auf prognostische Entscheidungen, liefert. Hare und

Neumann (2009) erwähnten in ihrer Untersuchung die Möglichkeit, eine Behandelbarkeit abzuleiten. Olver und Wong (2011) sprachen davon, dass ein hoher PCL-R-Wert als Prädiktor für einen Behandlungsabbruch angesehen werden kann. Nuhn-Naber und Rehder (2005) vertraten die Ansicht, dass ein hoher PCL-R-Wert sogar eine Gegenindikation für eine sozialtherapeutische Behandlung darstelle. Obwohl Berger et al. (2012) gezeigt haben, dass in einer § 64-Maßregelvollzugseinrichtung der PCL-R-Durchschnitt nur bei 15 lag, fanden sie einen höheren PCL-R-Wert bei den Behandlungsabbrechern als bei Patienten, die in der Therapie erfolgreich waren, bzw. die Therapie erfolgreich beendet hatten.

Seit Entstehung der PCL-R wurden verschiedene Modelle entwickelt und überprüft, in denen der Gesamtwert in einzelne Faktoren aufgeteilt wird. Hare, Harpur, Hakistan, Forth & Hart (1990) extrahierten aus den 20 PCL-Items faktorenanalytisch diejenigen Items, die am ehesten der Kernpersönlichkeit der *psychopathy* entsprechen, so wie sie ursprünglich von Cleckley (1976) beschrieben wurden. Diese acht Items ordneten sie einem ersten Faktor zu. Von den übrigen zwölf Items wurden neun dem zweiten Faktor zugeteilt, der inhaltlich antisoziales Verhalten, aber weniger die Persönlichkeit des Probanden widerspiegelt. Drei Items wurden aus dem Modell entfernt („Promiskuität“, „Viele kurzzeitige eheähnliche Beziehungen“, „Polytrope Kriminalität“).

Der erste Faktor entspricht in etwa dem, was nach Cleckley (1976) als psychopathische Persönlichkeit bezeichnet werden kann. Er umfasst vor allem Aspekte des zwischenmenschlichen Handelns und der Affektivität des *psychopaths*. Arrogante, manipulative und egozentrische Züge stehen im Mittelpunkt. Der typische Faktor 1-*psychopath* ist außerdem nicht fähig langfristige, stabile Beziehungen zu führen und ist geprägt von einem Mangel an Empathie und Emotionen. Angst und Reue existieren für ihn nicht und auch sonst sind seine Gefühle von einer geringen Tiefe gekennzeichnet (Hare et al., 1990). Auf Item-Ebene umfasst Faktor 1 Aspekte wie pathologisches Lügen, erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl und Gefühlskälte.

Hingegen beinhaltet Faktor 2 Items wie Jugendkriminalität, Verantwortungslosigkeit und parasitären Lebensstil. Er entspricht somit eher dem erlernten antisozialen Verhalten bzw. einem antisozialen, parasitären, sozial devianten und chronisch instabilen Lebensstil (Hare et al., 1990; Hart, Kropp & Hare, 1988). Der Faktor 2-*psychopath* ist ständig auf der Suche nach neuen Sensationen, ist impulsiv, verantwortungs-

los und verletzt soziale Normen. Er kennt keinen Bedürfnisaufschub und hat keine festen Ziele im Leben. Faktor 2 kann mit den Diagnosekriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung des DSM IV verglichen werden (Hare et al., 1990). Die Zuordnungen der einzelnen Items zu den beiden Faktoren ist Tabelle 3 zu entnehmen. Hierbei laden zwei Items auf keinen der beiden Faktoren, sie gehen allerdings in die Bildung des PCL-Gesamtscores mit ein (11. Promiskuität, 17. Viele kurzzeitige eheähnliche Beziehungen).

Cooke und Michie (2001) erhielten mit moderneren faktorenanalytischen Verfahren eine dreifaktorielle Struktur. Hier teilte sich der erste Faktor des Zwei-Faktoren-Modells in zwei separate Faktoren auf. Der erste dieser Faktoren beschreibt gestörtes zwischenmenschliches Verhalten, im Sinne von arrogantem und auf Täuschung angelegtem zwischenmenschlichen Verhalten. Der zweite Faktor beschreibt die gestörte Affektivität und der dritte Faktor das impulsive Verhalten. Die Autoren entzogen ihrem Modell absichtlich die Items, die antisoziales Verhalten und die kriminelle Vergangenheit der Person abbilden. Das Modell ist wissenschaftlich geprüft und gilt heute als anerkannt (Hall, Benning & Patrick, 2004; Ullrich, Paelecke, Kahle & Marneros, 2003; Johansson, Andershed, Kerr & Levander, 2002; Weaver, Meyer, Van Nort & Tristan, 2006).

Das 4-Faktoren-Modell wurde zunächst durch Hare (2003) vorgeschlagen. Er bezieht die antisozialen Items, die kriminelles Verhalten widerspiegeln, als vierten Faktor zusätzlich zu den drei Faktoren von Cooke und Michie (2001) mit ein. Hare (2003) untersuchte dieses Modell mit einer ausgedehnten Studie anhand von 7000 Probanden und fand es bestätigt. Somit hält Hare im Grunde an seinem bestehenden 2-Faktoren-Modell fest, indem er diese nochmals in 2 Fassetten aufteilt. Es entstehen somit vier Fassetten: *interpersonelle Symptomatik*, *affektive Symptomatik*, *impulsiver Lebensstil* und *antisoziales Verhalten*.

Eher et al. (2012) zeigten, dass sich der PCL-R-Gesamtwert als wenig hilfreich bezüglich einer Aussage über die Rückfälligkeit in gewalttätiges Verhalten erwiesen hatte. Ross und Pfäfflin (2006) schlugen bereits vor, die separaten Faktorwerte der PCL-R zu überprüfen, um kriminalprognostische Informationen abzuleiten. Tabelle 3 liefert eine Übersicht über die 20 Items der PCL-R mit der jeweiligen Zuordnung zu den vorgestellten Modellen. Abbildung 10 zeigt die Einteilung in vereinfachter Weise.

Die Gütekriterien der PCL-R fasst Mokros (2013) zusammen. Er benennt Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) nordamerikanischer Studien, die im Bereich mittelgradiger bis hoher Übereinstimmung liegen (.41 bis .82) und für den Gesamtsummenwert sogar einen Wert von .87 aufweisen. Daten aus dem deutschen Sprachraum würden die Ergebnisse bestätigen. Die Reliabilität wird im Handbuch (Hare, 2003) mit Cronbach's Alpha von .85 angegeben. Bezüglich der Faktoren zeigten sich Cronbach's-Alpha-Werte von .80 (Faktor 1) und .75 (Faktor 2), bezüglich der Fassetten ergaben sich Werte von .71 (interpersonell), .71 (affektiv), .67 (Lebenswandel) und .64 (antisozial).

Tabelle 3: Übersicht über die 20 Items der PCL-R mit der jeweiligen Zuordnung zum 2-, 3- und 4-Faktoren-Modell

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

* 2-Faktoren-Modell (Hare et al., 1990), ** 3-Faktoren-Modell (Cooke & Michie, 2001), *** 4-Faktoren-Modell (Hare, 2003)

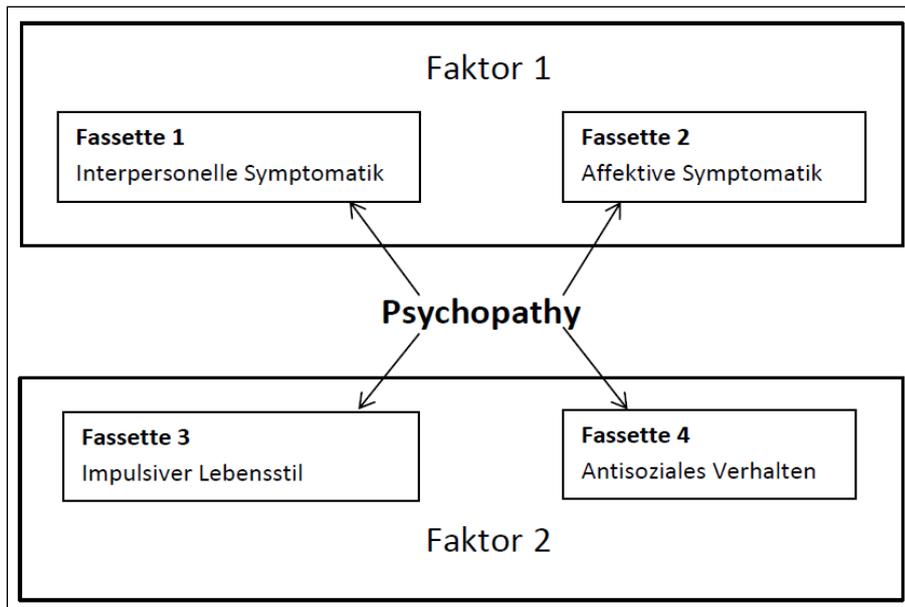


Abbildung 10: Aufteilung des Konstruktes *psychopathy* in 2 Faktoren und 4 Fassetten

Die PCL-R besteht aus insgesamt 20 Items, die von einem speziell geschulten Untersucher im Anschluss an ein halbstrukturiertes Interview und ein detailliertes Aktenstudium mit „0“ (trifft nicht zu), „1“ (trifft etwas zu) oder „2“ (trifft zu) bewertet wurden. Die Grundlage der Bewertung lieferte die deutsche Übersetzung der Item-Beschreibungen aus dem Jahr 1994 von Norbert Nedopil. Das Rating ergab einen Gesamtwert von 0 bis 40 Punkten. In den USA wird ein Cut-Off von 30 Punkten angenommen. Patienten, die über 30 Punkte erreichen, entsprechen also dem Konstrukt der *psychopathy*. Im europäischen Sprachraum liegt der durchschnittliche PCL-R-Wert niedriger als in den USA, weshalb der Cut-Off-Wert auf 25 festgelegt wurde (Hartmann, Hollweg & Nedopil, 2001).

Die Interviews wurden durch den Untersuchungsleiter, der speziell für die Anwendung der PCL-R geschult war, sowie zwei weitere, ebenfalls geschulte Personen in einem hellen und möglichst störungsfreien Raum an einem Tisch sitzend durchgeführt. Das Verfahren wurde mit Patienten unterschiedlicher Aufenthaltsdauer durchgeführt. Die ungefähre Dauer des Interviews betrug 90 bis 120 Minuten. Das Rating wurde mithilfe eines Formblattes (siehe Anhang) durchgeführt, das eine schnelle Zuordnung der Items zu den jeweiligen Faktoren-Modellen ermöglicht.

2.1.3 Culture Fair Test – Revised (CFT 20-R)

Der Grundintelligenztest CFT 20-R stellt laut Handbuch (Weiß, 2006) ein Verfahren zur ökonomischen Messung der grundlegenden geistigen Leistungsfähigkeit und damit der fluiden Intelligenz dar. Der Test hat den Anspruch, frei von „mehr oder weniger zufälligen Einflüssen des soziokulturellen, erziehungsspezifischen oder rassischen Hintergrundes“ (Weiß, 2006, S. 11) zu sein. Er erfasst in sprachfreien und anschaulichen Testaufgaben die Fähigkeit, figurale Beziehungen und formal-logische Denkprobleme mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad zu erkennen und in vorgegebener Zeit zu verarbeiten.

Das Verfahren differenziert einen ersten von einem zweiten Testteil. Die Kurzform beinhaltet lediglich den ersten Testteil, die Langform beide. Jeder Testteil enthält folgende Subtests: Reihenfortsetzen, Klassifikationen, Matrizen, Topologische Schlussfolgerungen. Es liegen repräsentative Altersnormen von 8,5 bis 19 Jahren sowie Klassenstufen-Normwerte für das 3. bis 10./13. Schuljahr vor. Für den ersten Testteil liegen ebenfalls Normen für 20- bis 60-Jährige vor. Das *Hogrefe-Testsystem* bezieht bei Probanden unter 26 Jahren die Ergebnisse beider Testteile in die Berechnung des Gesamt-IQ-Wertes ein, da eine Normierung hier für Personen unter 26 Jahren vorlag. Die Auswertung bei Probanden über 26 Jahre bezieht nur den ersten Testteil mit ein.

Der Test bietet zusätzlich die Möglichkeit, die Bearbeitungsdauer der Subtests zu variieren. In der Langform bleibt den Probanden eine längere Zeit um die Aufgaben zu lösen als bei der Kurzform. Das Handbuch beschreibt, dass die verlängerte Testzeit für solche Probanden sinnvoll ist, die unter Prüfungsangst leiden, geringe Test Erfahrung oder Schwierigkeiten beim Instruktionsverständnis haben. Weiterer Vorteil der Langform ist die Verwendung des ersten Testteils als Übung. Der zweite Testteil ist dann als eigentlicher Intelligenzindikator anzusehen. Für die vorliegende Untersuchung wurde stets die Langform mit verlängerter Testzeit gewählt.

Die Auswahl dieses Tests zur Messung der Intelligenz bei Maßregelvollzugspatienten wurde getroffen, weil er neben dem oberen auch den unteren sowie den mittleren Intelligenzbereich gut erfasst (Weiß, 2006) und in diesem Bereich gut differenziert.

Zu den Gütekriterien gibt die Homepage des Hogrefe-Verlags (www.testzentrale.de, letzter Zugriff 28.11.2016) Testwiederholungskoeffizienten nach drei Monaten von .80 bis .82 an sowie einen Konsistenzkoeffizienten von .95 für den CFT 20-R Gesamttest

(Teil 1 und Teil 2). Die faktorielle Validität zeige sich in hohen Ladungen aller vier Subtests auf dem Faktor *General Fluid Ability*. Die Korrelationen mit anderen Intelligenztests lägen im Durchschnitt bei $r = .64$.

Der CFT 20-R wurde mithilfe der Software *Hogrefe-Testsystems (HTS, Version 4)* durchgeführt und ausgewertet. Es wurden drei Werte für jeden Patienten ermittelt: der Gesamt-IQ, das Ergebnis des ersten Testteils und das Ergebnis des zweiten Testteils, jeweils auch in Form von IQ-Werten. Auf die separate Überprüfung der Subskalen Reihenfortsetzen, Klassifikationen, Matrizen und Topologische Schlussfolgerungen wurde verzichtet, da sie für die Fragestellung nicht relevant sind.

2.1.4 Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)

Der Fragebogen zur Erfassung der Aggressivitätsfaktoren (Hampel & Selg, 1998) basiert auf der lernpsychologischen Aggressionstheorie, wonach Aggressionen ebenso wie andere soziale Verhaltensweisen gelernt werden. Die Konstruktion des Tests erbrachte faktorenanalytisch fünf Dimensionen der Aggression, die durch 77 Items dargestellt werden. In der Handanweisung des Tests (ebd.) werden die Skalen wie folgt beschrieben.

1. Spontane Aggression (19 Items):

Erhöhte Werte deuten auf phantasierte, verbale oder körperliche Aggressionen gegen andere Menschen und gegen Tiere hin. Die Probanden scheinen relativ unbeherrscht, fühlen sich insbesondere in der Gruppe stark. Auch sadistische Tendenzen können angenommen werden. Niedrige Werte deuten auf Probanden, die ruhig, beherrscht oder passiv sind.

2. Reaktive Aggressionen (13 Items):

Diese Skala beinhaltet Aggressionen, die in der Gesellschaft weitgehend sanktioniert sind. Hohe Werte bedeuten ein entschiedenes Durchsetzungsverhalten bei konformistischer Grundhaltung. Niedrige Werte sprechen eher für eine Ablehnung aggressiven Verhaltens.

3. *Erregbarkeit (11 Items):*

Hohe Werte weisen auf eine hohe Affizierbarkeit mit Wut- oder Zornerelebnissen, Mangel an Affektsteuerung und niedrige Frustrationstoleranz hin. Niedrige Werte sprechen für Ausgeglichenheit oder eventuell Phlegma. Hier deutet das Handbuch darauf hin, dass Patienten und Straftäter hohe Werte erzielen.

4. *Selbstaggression bzw. Depression (11 Items):*

Diese Skala fragt nach Selbstvorwürfen, auch Selbstmordabsichten, depressiven Stimmungen, Ressentiments und Misstrauen. Erhöhte Werte deuten auf depressive Züge, Unzufriedenheit und eine negative Einstellung zum Leben. Niedrige Werte sprechen für eine ausgeglichene Stimmungslage, eventuell auch für eine unreflektierte Selbstzufriedenheit. Auch hier weist die Handanweisung auf hohe Werte bei Patienten und Straftätern hin und benennt explizit, dass es im Fall von Straftätern nicht klar sei, ob die hohen Werte durch die Haftsituation beeinflusst werden.

5. *Aggressionshemmung (10 Items):*

Dieser Faktor gilt als Gegenspieler der ersten Skala (Spontane Aggression). Hohe Werte deuten auf selbstquälerische ‚Gewissensaktivitäten‘ und niedrige eher auf skrupellose Einstellungen im sozialen Bereich hin. Die Handanweisung benennt hier wieder die Gruppe der Straftäter, die bei starker Ausprägung im Testergebnis und fehlender Ausprägung im Verhalten bloß ein „Wissen um gängige ‚Spielregeln‘“ (Hampel & Selg, 1998, S. 12) zum Ausdruck bringen.

Zusätzlich zu den fünf Aggressionsskalen werden *Offenheitswerte* gemessen. Das Handbuch weist darauf hin, dass diese Werte jedoch von „zweifelhaftem Wert“ (ebd.) sind, da sie verschiedenen Beeinflussungen unterliegen können. Die ersten drei Skalen *Spontane Aggression*, *Reaktive Aggression* und *Erregbarkeit* werden in der Skala *Summe der Aggressivität* zusammengefasst. Diese repräsentiert die nach außen gerichtete Aggressionsbereitschaft. Die genannten sieben Skalen werden anhand der Items in Selbsteinschätzung durch den Probanden mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet.

Laut Homepage des Hogrefe-Verlags (www.testzentrale.de, letzter Zugriff 28.11.2016) liegt die interne Konsistenz der Skalen zwischen $r = .61$ und $r = .79$.

Der FAF wurde mithilfe der Software *Hogrefe-Testsystems (HTS, Version 4)* durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse werden durch Standard-Nine-Werte (Stani-ne) von 1 bis 9 für jede Skala angegeben. Werte zwischen 4 und 6 gelten als durchschnittlich.

2.1.5 Das Forensische Therapie-Evaluations-System (FOTRES)

Das FOTRES wurde als Prognoseinstrument der sogenannten dritten Generation (Dahle, 2005) zur Beurteilung von Gewalt- und Sexualstraftätern entwickelt. Es kann als „ein System aus der Praxis und für die Praxis“ (Rüdiger Wulf, im Vorwort zu Urbaniok, 2004; S. X) gesehen werden und wurde über mehrere Jahre evaluiert und weiterentwickelt. Der qualifizierte Anwender benötigt detaillierte Akten- und Fallkenntnisse (Urbaniok, 2004). Das Programm erfasst alle Delikte inklusive solcher der kriminellen Vergangenheit, sofern sie einer bestimmten Deliktkategorie angehören. FOTRES stellt dem Bewertenden eine Auswahl an Deliktkategorien zur Verfügung, beispielsweise Gewaltdelikte, Tötungsdelikte, Eigentumsdelikte, aber auch Gefährliches Fahren und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz. Für Delikte, die einer anderen Kategorie angehören, muss eine neue Anwendung des Programms mit der speziellen Deliktkategorie durchgeführt werden.

Das FOTRES zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht nur ein Instrument zur Erfassung des Rückfallrisikos ist, sondern auch die Rückfallprognose von der Behandlungsprognose trennt und differenziert ausgibt. Es setzt sich aus folgenden Beurteilungsebenen zusammen: dem *Strukturellen Rückfallrisiko (ST-R)*, der *Beeinflussbarkeit (BEE)*, der *Dynamischen Risikoverminderung (DY-R)* und den *Aktuell wirksamen Faktoren (AWF)*. Der Aufbau des Instrumentes wird in Abbildung 11 veranschaulicht. ST-R und BEE bilden zusammen den ersten von zwei Bewertungsbereichen des FOTRES, nämlich das *Risk-Needs-Assessment (RNA)*. Es bildet die Grundlage der Daten, die für diese Studie verwendet wurden und soll deswegen genauer beleuchtet werden, wohingegen der zweite Bewertungsbereich von FOTRES, dem *Risk-Management (RM)*, unberücksichtigt bleibt. Das RNA umfasst in FOTRES diejenige Bewertung, die als Einweisungsprognose bzw. Eingangsbeurteilung charakterisiert werden kann und besteht aus 223 Items. Es sollte zeitlich deliktnah vorgenommen

werden und verdeutlicht die Disposition eines Täters nach der Tat und vor einer potenziellen Therapie. Es berücksichtigt also keinerlei Veränderungsprozesse, die seit der Tat möglicherweise stattgefunden haben (Endrass & Rossegger, 2012). Das RM wiederum baut auf dem RNA auf und gibt die aktuelle Lage des Beurteilten in Bezug auf Rückfallrisiko, Behandlungschancen und Behandlungserfolg wieder. Es kann mehrmals im Verlaufe einer Therapie durchgeführt werden (Urbaniok, 2004).

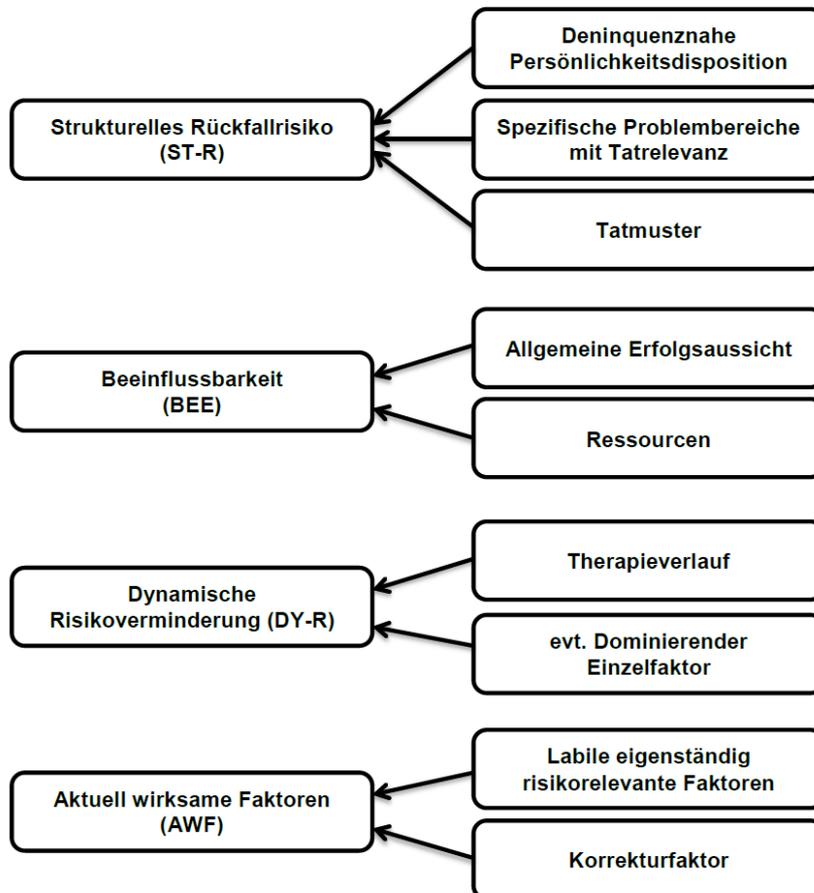


Abbildung 11: Der Aufbau des FOTRES nach Urbaniok (2004)

Das ST-R, als Bestandteil des RNA, bezieht sich auf Aspekte aus der Vergangenheit des Täters inklusive des Zeitpunkts der Deliktbegehung und dient der Rückfallrisikoeinschätzung. Es „bildet eine überdauernde Risikodisposition des Täters ab, in einem spezifischen Deliktbereich [...] rückfällig zu werden“ (Endrass & Rossegger, 2012, S. 93) und bezieht sich auf vergangene und somit unveränderliche Merkmale des Straftäters. Es umfasst eine Vielzahl an Variablen, die sich in drei Hauptgruppen

zusammenfassen lassen: *Delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition, Spezifische Problembereiche mit Tatrelevanz und Tatmuster.*

Die delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition erfasst die grundsätzliche kriminelle Handlungsbereitschaft des zu Beurteilenden. Konstrukte wie Soziopathie, Psychopathie und dissoziale Persönlichkeitsszüge können mit einer hohen Ausprägung im Bereich der delinquenznahen Persönlichkeitsdisposition in Verbindung gebracht werden. Die spezifischen Problembereiche mit Tatrelevanz setzen sich aus stark personen- bzw. persönlichkeitsorientierten Merkmalsbereichen und einem Relevanzfaktor zusammen. In den 34 Merkmalsgruppen werden zum Beispiel Bereiche wie Sozialverhalten, Gewalt, Persönlichkeitsstörungen, aber auch Suchterkrankungen abgefragt und anschließend auf ihre Tatrelevanz hin geprüft um sicherzustellen, dass die in FOTRES bewerteten Problembereiche auch tatsächlich eine Risikodisposition für erneute Straffälligkeit darstellen. Das Tatmuster orientiert sich ausschließlich an der Anlassstraftat und ihrem Ablauf. Somit fasst es das Ergebnis des Zusammenspiels aller deliktrelevanten Faktoren zusammen und hat eine hohe Bedeutung im Rahmen der Risikobeurteilung (Endrass & Rosegger, 2012).

Die *Beeinflussbarkeit*, als zweiter großer Bereich des RNA, gibt die potenzielle Veränderbarkeit des Risikoprofils des Täters und seine positive Beeinflussbarkeit durch die Therapie an. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Datengrundlage für die Beurteilung vor allem auf die objektive Aktenlage gestützt werden sollte und weniger auf die Aussagen des zu Beurteilenden (Endrass & Rossegger, 2012; Urbaniok, 2004). Die Beeinflussbarkeit beinhaltet die Hauptgruppen *Allgemeine Erfolgsaussicht* und *Ressourcen*. Erstere umfasst die Bereiche *Klarheit, Vermittelbarkeit und Angebarkeit des Veränderungsfokus, Erfolgsförderndes Potenzial und Veränderungsresistenz, Erfolgsaussicht, Entlassungssimulation* und *Wert delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition* (womit ein Bezug zu einer vorhergehenden Skala hergestellt wird). Die Hauptgruppe *Ressourcen* teilt sich in fünf Merkmalsgruppen auf: *Aussageanalyse, Offenheitsfokus ohne notwendige Tatrelevanz, Veränderungsanzpotential, Veränderungsfördernde Faktoren* und *Frühere Therapien*. Sie stellt den Gegenpol zum relativ statischen strukturellen Rückfallrisiko dar und kann sich in seiner Einschätzung im Laufe des Zusammenarbeitens mit dem Patienten mehrmals verändern, da aufgrund von neuen Erkenntnissen eine genauere Bewertungsgrundlage entstehen kann. Ur-

baniok (2004) gibt hierzu an, dass das ST-R nach einem Zeitraum von mindestens fünf Jahren neu bewertet werden kann, die BEE bereits nach drei Jahren.

Das Entwicklerteam des FOTRES strebte eine möglichst hohe Inhaltsvalidität an, indem es die standardisierte Eingabe und Auswertung der Items mit der flexiblen Anwendung durch die Erfassung vielfältiger individueller Komponenten in Verbindung brachte (Endrass & Rossegger, 2012).

Die Durchführung des FOTRES fand am Computer mit der entsprechenden Software (FOTRES 2.0) statt, für deren Nutzung die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Hildburghausen über die entsprechende Lizenz verfügte. Die Lizenz berechnete zum uneingeschränkten Gebrauch des Systems, sodass die erhobenen Daten der Stichprobe in das System übertragen werden konnten. Der Testleiter war speziell für die Nutzung des Programms geschult und zertifiziert.

Die Eingabe der Patientendaten erfolgte nach der jeweiligen Unterbringung. Die Dokumentationen der Patientenakte aus den ersten sechs Wochen des Aufenthaltes wurden extrahiert und für die Bewertung verwendet. Es handelte sich dabei um gerichtliche Einweisungsgutachten, Urteile und klinikinterne Unterlagen wie beispielsweise Anamnesen und Ergebnisse der testpsychologischen Eingangsdagnostik.

Sämtliche Items für den Teilbereich RNA wurden vom Anwender einzeln geratet. Die zugehörige Bewertungsskala ist fünfstufig und reicht von „0 = nicht vorhanden“ bis „4 = sehr stark“. Aus allen Einzelbewertungen errechnet FOTRES anschließend nach einem Algorithmus die Gesamtscores für das ST-R und die BEE. Die Ausgabe der Gesamtscores erfolgt auf einer achtsstufigen Skala von „0 = nicht vorhanden oder sehr gering“ bis „4 = sehr stark“, wobei Zwischenstufen möglich sind. (z. B.: „3,5 = erheblich bis sehr hoch“). Diese differenzierte Auswertung soll dazu dienen das Problem des geringen Differenzierungsgrades im Mittelfeld zu verringern und bessere Prognosen für Patienten, die nicht den Extremgruppen zuzuordnen sind, zu ermöglichen.

Da ein Wert von 4 auf der Skala BEE ein prognostisch günstiges Ergebnis bedeuten würde, der gleiche Wert auf der Skala ST-R jedoch ein ungünstiges, wird in den folgenden statistischen Analysen dieser Untersuchung zur einfacheren Vergleichbarkeit und besseren Darstellung der Ergebnisse der BEE-Wert grundsätzlich mit -1 multipliziert.

2.1.6 Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit (MELBA)

Das MELBA gilt als Verfahren zur Einschätzung von berufsübergreifenden Qualifikationen und wird laut Homepage (www.melba.de, letzter Zugriff am 29.11.2014) zur Personalauswahl sowie zur beruflichen Rehabilitation und Integration genutzt. Durch regelmäßige Einschätzung und Dokumentation von Schlüsselqualifikationen soll MELBA bei der Personalentwicklung, bei der Platzierung von Arbeitnehmern und auch bei der Veränderung und Entwicklung von Arbeitsplätzen unterstützen.

Das Verfahren ist in drei Teile untergliedert: ein Fähigkeitsprofil, ein Anforderungsprofil und ein Profilvergleich (Kleffmann et al., 1997). Fähigkeits- und Anforderungsprofil bestehen jeweils aus den 5 Untergruppen *kognitive Merkmale*, *soziale Merkmale*, *Merkmale zur Art der Arbeitsausführung*, *psychomotorische Merkmale* und *Kulturtechniken/Kommunikation*. Die Untergruppen beinhalten insgesamt 29 Items, deren Einteilung Tabelle 4 zu entnehmen ist. Die Items werden durch Fachkräfte (laut Homepage: Ergotherapeuten, Ingenieure, Sozialarbeiter, Psychologen, Lehrer, Schwerbehindertenvertrauensleute, Mediziner etc.) auf einer fünfstufigen Skala bewertet. Die Bewertung „1“ bedeutet, dass der Proband über eine „sehr geringe Fähigkeit“ verfügt bzw. die Tätigkeit eine „sehr geringe Anforderung“ hat, während die „5“ eine „weit überdurchschnittliche Fähigkeit“ bzw. eine „weit überdurchschnittliche Anforderung“ darstellt.

Der Profilvergleich erlaubt eine Gegenüberstellung von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil, sowie den Vergleich verschiedener Probanden. Für die vorliegende Untersuchung ist lediglich das Fähigkeitsprofil relevant.

Die ergotherapeutische Abteilung des Maßregelvollzugs Hildburghausen ist vom ursprünglichen Auswertungsverfahren abgewichen, indem die fünfstufige Bewertungsskala weiter differenziert wurde. Die Bewertungen „1“ und „2“ wurden durch die vierstufige Skala „b“ bis „e“ ersetzt, die Bewertungen „3“ bis „5“ wurden beibehalten. Die Buchstaben „b“ und „c“ ersetzen demnach die ursprüngliche Bewertung „1“ bzw. „c“ und „d“ die vorherige Bewertung „2“. Es wurde zusätzlich die Bewertung „a“ hinzugefügt, die beinhaltet, dass jemand über die im Item genannte Fähigkeit gar nicht verfügt. Tabelle 5 stellt ein Beispiel eines Bewertungsmusters dar.

Tabelle 4: Übersicht über die Merkmale des Fähigkeits- und Anforderungsprofils Merkmal-komplex des Verfahrens MELBA (Kleffmann et al., 1997)

Kognitive Merkmale	Soziale Merkmale	Merkmale zur Art der Arbeitsausführung	Psychomotorische Merkmale	Kulturtechniken/Kommunikation
Arbeitsplanung	Durchsetzung	Ausdauer	Antrieb	Lesen
Auffassung	Führungsfähigkeit	Misserfolgstoleranz	Feinmotorik	Rechnen
Aufmerksamkeit	Kontaktfähigkeit	Kritische Kontrolle	Reaktionsgeschwindigkeit	Schreiben
Konzentration	Kritikfähigkeit	Ordnungsbereitschaft		Sprechen
Lernen/Merken	Kritisierbarkeit	Pünktlichkeit		
Problemlösen	Teamarbeit	Selbstständigkeit		
Umstellung		Sorgfalt		
Vorstellung		Verantwortung		

Diese Erweiterung basiert auf der praktischen Erfahrung der ergotherapeutischen Abteilung, die zeigte, dass die grobe Einteilung gerade im unteren Leistungsbereich für die Klientel nicht ausreichte. Zur Vorbereitung multiprofessioneller Behandlungsplanungen hatte die Abteilung die Differenzierung zunächst versuchsweise vorgenommen, im Nachhinein für praktikabler als die ursprüngliche befunden und sie seitdem standardisiert eingesetzt. Das ursprüngliche Formular zum Fähigkeitsprofil wurde schließlich angepasst (siehe Anhang).

Tabelle 5: Bewertungsskala des MELBA mit Erweiterung des Maßregelvollzugs Hildburghausen am Beispiel-Item „Arbeitsplanung“. Das „X“ markiert beispielhaft die Bewertung des Items durch den Anwender

	a	b	c	d	e	3	4	5
Arbeitsplanung					X			

„a“ = „Fähigkeit/Anforderung gar nicht vorhanden“; „b“ und „c“ entsprechen der ursprünglichen Bewertung „1“ („sehr geringe Fähigkeit/Anforderung“); „d“ und „e“ entsprechen der ursprünglichen Bewertung „2“; „3“ = „durchschnittliche Fähigkeit/Anforderung“; „4“ = „überdurchschnittliche Fähigkeit/Anforderung“; „5“ = „weit überdurchschnittliche Fähigkeit/Anforderung“

In der ursprünglichen Auswertungsform des MELBA enthielten die Items der Skala Kulturtechniken/Kommunikation sowie das Item „Pünktlichkeit“ der Skala Merkmale zur Art der Arbeitsausführung lediglich die Bewertungsoptionen „1“ bis „3“. Die Autoren reduzierten diesen Bewertungsbereich, da die fünfstufige Skala dem Gegenstandsbereich nicht angemessen war (Kleffmann et al., 1997). Daher wurde die Ska-

la lediglich bis zum Wert der Durchschnittsnorm („3“) festgesetzt. Der Einfachheit halber wurde im hier genutzten Bewertungsmaßstab dennoch die oben beschriebene Differenzierung beibehalten, wobei lediglich die Bewertungen „4“ und „5“ weggelassen werden.

Das Verfahren MELBA wurde mithilfe einer Software (MELBA 2.0) durchgeführt, die Eigentum der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen war. Die Einschätzung am PC erfolgte durch ausgebildete Ergotherapeuten der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb der ersten 6 Wochen der Unterbringung eines jeden Probanden. Den Bewertungen jedes Merkmals wurden Werte von 1 bis 8 bzw. von 1 bis 5 zugeordnet. Zu jeder Skala wurde die Summe der Item-Rohwerte berechnet. Zusätzlich wurde für jeden Probanden ein Gesamtwert errechnet, der sich aus der Summe aller Items zusammensetzte.

2.1.7 Statistische Überprüfung der testpsychologischen Eingangsdiagnostik

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte am Computer durch die Statistik-Programme *IBM SPSS Statistics 18* und *R-Studio 3.1.3* sowie durch *Microsoft Excel 2010*. Diejenigen Programme, die nicht zur kostenfreien Nutzung im Internet bereitstanden, befanden sich im Eigentum des Verfassers.

Die Daten wurden in einem ersten Schritt einer SPSS-Matrix zugeführt, aus der deskriptive Informationen (arithmetische Mittel und Standardabweichungen) erarbeitet werden konnten. Um die Voraussetzungen für Korrelationsanalysen zu schaffen sowie die Interpretierbarkeit der Ergebnisse zu verbessern, waren Tests auf Normalverteilung sowie Alpha-Fehler-Korrekturen notwendig. In einem weiteren Schritt wurden die Daten dem Programm R-Studio zugeführt, um Regressionsanalysen vorzunehmen und um im Anschluss daran die Vorhersagekraft einzelner Regressionsmodelle zu bestimmen. Im Einzelnen sollen die statistischen Methoden nachfolgend vorgestellt werden.

2.1.7.1 Tests auf Normalverteilung

Um die Voraussetzung für die Anwendung statistischer Tests zu klären soll vorab überprüft werden, ob die Ergebnisse normalverteilt sind (vgl. Bühl, 2014). Hierzu werden der Kolmogorov-Smirnow-Test sowie der Shapiro-Wilk-Test durchgeführt. Beide Tests nehmen an, dass die getesteten Variablen einer Grundgesamtheit nor-

malverteilt sind. Signifikanzwerte geben an, ob man von einer Normalverteilung ausgehen kann oder nicht. Bei signifikanten Werten ($< .05$) sollte Abstand genommen werden. Liegen nicht normalverteilte Daten vor, so sollten in weiteren statistischen Schritten, wie im vorliegenden Fall bei Korrelationsanalysen, nicht parametrische Verfahren angewandt werden. Brosius (2011) schreibt, dass der Kolmogorov-Smirnow-Test für große Stichproben gut geeignet sei. Lügen aber weniger als 50 Daten vor, sollte der Shapiro-Wilk-Test ergänzend hinzugezogen werden. Da in dieser Untersuchung teilweise Stichprobengrößen von unter 50 vorliegen, sollen beide Tests Verwendung finden.

2.1.7.2 Korrelationen nach Pearson und nach Spearman

Durch Korrelationen lässt sich die Stärke von Beziehungszusammenhängen zwischen Variablen berechnen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2011). Das statistische Maß ist der Korrelationskoeffizient (r). Er kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei 0 bedeutet, dass kein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht und 1, dass die Variablen in vollständigem Zusammenhang stehen. Ein negativer Wert bedeutet einen negativen Zusammenhang der Variablen. Ob sich ein Koeffizient signifikant von Null unterscheidet, gibt ein zusätzlicher p -Wert an. Sind die Daten normalverteilt, dann ist eine Korrelation nach Pearson zu berechnen, bei nicht normalverteilten Daten ist die Berechnung nicht parametrisch und es wird ein Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (r_s) ermittelt (Bühl, 2014). Übliche Abstufungen werden in Tabelle 6 gezeigt.

Tabelle 6: Interpretationen von Korrelationskoeffizienten nach Bühl (2014, S. 426).

Wert	Interpretation
Bis 0.2	Sehr geringe Korrelation
Bis 0.5	Geringe Korrelation
Bis 0.7	Mittlere Korrelation
Bis 0.9	Hohe Korrelation
Über 0.9	Sehr hohe Korrelation

2.1.7.3 Alpha-Adjustierung

Durch multiples Testen ein und derselben Stichprobe wächst die Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese (z. B. kein Gruppenunterschied) verworfen wird, obwohl sie in Wirklichkeit wahr ist (α -Fehler-Kumulierung bzw. α -Fehler-Inflation; siehe dazu Bortz, 2005). Die α -Adjustierung, z. B. nach Bonferroni oder Holm, begegnet diesem Problem, da sie dem einzelnen Test erschwert statistisch signifikant zu erscheinen. Insbesondere die α -Fehler-Korrektur nach Holm verbesserte die ursprünglich eher konservative Berechnung nach Bonferroni (Bortz, 2005). Nach der Holm-Methode ordnet man zunächst die sämtliche p -Werte der Größe nach, beginnend mit dem geringsten Wert bzw. dem „größten Effekt“ (Bortz 2005, S. 129). Der erste Wert wird dann ins Verhältnis zu $\frac{\alpha}{\text{Anzahl der Tests}}$ gesetzt. Ist dieser Wert größer als p , gilt er als signifikant und man geht zum zweiten Schritt. Hier wird das Verhältnis des zweiten Wertes zu $\frac{\alpha}{\text{Anzahl der Tests}-1}$ untersucht. Ein größerer Wert als p zeigt wieder an, dass der Test signifikant ausfällt. Im dritten Schritt vergleicht man p mit $\frac{\alpha}{\text{Anzahl der Tests}-2}$ und fährt so fort ($\frac{\alpha}{\text{Anzahl der Tests}-i}$) bis das Verhältnis des durch die Korrelationsanalysen gemessenen signifikanten Wertes zu p nicht größer, sondern kleiner ist. Dann ist dieser Wert als nicht signifikant zu interpretieren.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen jedes Tests werden in dieser Untersuchung der Alpha-Adjustierung nach Holm unterzogen.

2.1.7.4 Logistische Regression

Eine logistische Regression (ausführlich bei Dalgaard, 2008) findet Verwendung, wenn eine dichotome abhängige Variable vorliegt. Die abhängige Variable beträgt 1 bei Vorliegen eines Ereignisses (im vorliegenden Fall *Therapieabbruch*) und 0 bei Nichtvorliegen eines Ereignisses (*kein Therapieabbruch*). Es wird eine sigmoide Funktion bestimmt, die sich möglichst gut an die vorliegenden Daten anpasst. Dabei können die geschätzten Funktionswerte als geschätzte Auftretenswahrscheinlichkeiten für das Ereignis interpretiert werden. In der vorliegenden Untersuchung wird sie durch die Ereignisse *Therapieabbruch* und *kein Abbruch der Therapie* dargestellt. Konkret soll der Einfluss der unabhängigen Variablen (z. B. PCL-R-Wert) auf die Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, dass eine Therapie abgebrochen wird.

Der Vorteil der logistischen Regression gegenüber einer linearen Regression liegt in dem begrenzten Intervall zwischen 0 und 1, d. h. Werte unter 0 und über 1 sind in diesem Verfahren nicht möglich. Des Weiteren unterscheidet sich die logistische von der linearen Regression insofern, als bei letzterer die *Wahrscheinlichkeit* linear von den Koeffizienten abhängt. Im Falle der logistischen hängen die *Log Odds* (Logarithmen des Verhältnisses der Chance des Eintretens eines Ereignisses zur Chance des Nicht-Eintretens eines Ereignisses) linear von den Koeffizienten ab.

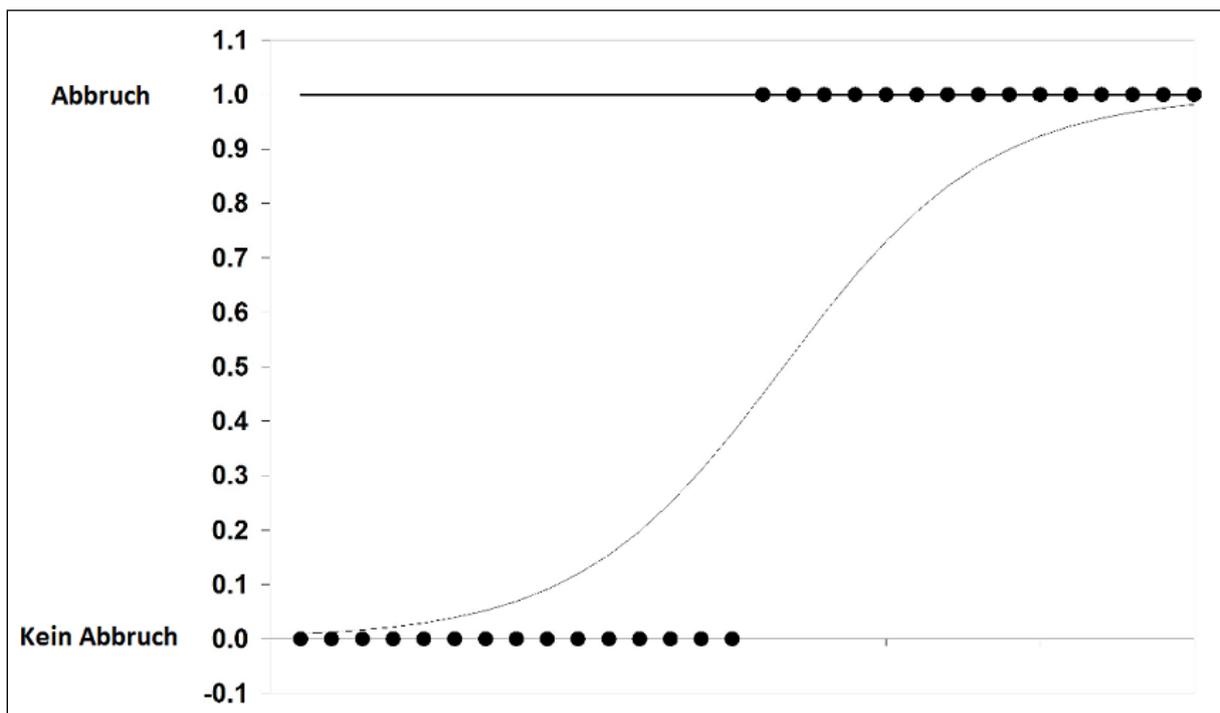


Abbildung 12: Fiktive Verteilung für eine logistische Regression mit den Werten 0 = kein Abbruch und 1 = Abbruch; angelehnt an die Darstellung einer Beispielverteilung einer logistischen Funktion auf der Homepage der Universität Zürich (<http://www.methodenberatung.uzh.ch/datenanalyse/zusammenhaenge/lreg.html>, letzter Aufruf 04.05.2015)

Die Ergebnisse der logistischen Regression werden durch den Regressionskoeffizienten (b), den Standardfehler (SE), den z-Wert sowie einen p -Wert angegeben. Ein signifikanter p -Wert ($< .05$; berechnet durch einen Wald-Test) zeigt an, dass das getestete Modell unter Ausschluss dieser Variable signifikant schlechter an die Daten angepasst sein würde als das Modell unter Einschluss dieser Variable.

Die Ausgangsmaterialien für die statistische Untersuchung beinhalten teilweise Gesamtwerte, die einzelne Skalen des zugehörigen Tests inkludieren. Damit nicht ein

Modell, das den Gesamtwert und eine Skala, die bereits im Gesamtwert enthalten ist, berechnet wird, werden mehrere Modelle einzeln erstellt, in denen keine Skala mehr als einmal auftaucht, auch nicht versteckt in einem Gesamtwert. Es ergeben sich daher die in Tabelle 7 dargestellten drei Modellstrukturen:

Tabelle 7: Aufteilung der testpsychologischen Variablen in die Regressionsmodelle

Testverfahren	Skalen	Modell 1	Modell 2	Modell 3
CFT 20-R	Gesamt-IQ Teil 1 Teil 2	Gesamt-IQ	Teil 1 Teil 2	-
PLC-R	Gesamtwert Faktor 1 Faktor 2 Fassette 1 Fassette 2 Fassette 3 Fassette 4	Gesamtwert	Faktor 1 Faktor 2	Fass. 1 Fass. 2 Fass. 3 Fass. 4
FAF	FAF 1 FAF 2 FAF 3 FAF 4 FAF 5 Offenheit Summe d. Aggr.	FAF 1 FAF 2 FAF 3 FAF 4 FAF 5 Offenheit	FAF 4 FAF 5 Offenheit Summe Aggr.	-
MELBA	Kognitive Merkmale Soziale Merkmale Art d. Arbeitsausführung Psychomotorische Merkm. Kulturtechniken Gesamtwert	Gesamtwert	Kognitive M. Soziale M. A. d. Arb.ausf. Psychomot. M. Kulturtechniken	-
FOTRES	ST-R BEE	ST-R BEE	-	-
SKID II	Selbstunsicher Dependent Zwanghaft Negativistisch Depressiv Paranoid Schizotyp Schizoid Histrionisch Narzisstisch Borderline Antisozial	Selbstunsicher Dependent Zwanghaft Negativistisch Depressiv Paranoid Schizotyp Schizoid Histrionisch Narzisstisch Borderline Antisozial	-	-

2.1.7.5 Logistische Regression zur Vorhersage von Ereignissen

Die logistische Regression wird im Bereich des statistischen Lernens (Extraktion von Gesetzmäßigkeiten aus Beobachtungen; vgl. Hastie, Tibshirani & Friedman, 2011) verwendet, um mithilfe von vorliegenden Werten der unabhängigen Variablen unbekannte Werte der abhängigen Variablen vorherzusagen. Für diese Arbeit bedeutet das, dass man auf der Grundlage der testpsychologischen Erhebungen für jeden Patienten einen Wahrscheinlichkeitswert für den Abbruch der Therapie ermittelt. Dies gelingt mithilfe eines Schwellenwertes, bei dessen Überschreitung ein Therapieabbruch vorhergesagt wird bzw. bei dessen Unterschreitung ein Therapieabbruch ausgeschlossen werden kann. Eine Schwelle könnte z. B. bei 50 % liegen, was bedeuten würde, dass bei jedem Vorhersagewert der logistischen Regression, der über 50 % liegt, ein Therapieabbruch prognostiziert wird.

Ausgangspunkt zur Bewertung eines Vorhersagemodells ist eine Kontingenztafel, bzw. eine Konfusionsmatrix (Nisbert, Elder & Miner, 2009). Die Spalten dieser Matrix bezeichnen die Häufigkeit der vorhergesagten Fälle, die Zeilen die tatsächlich beobachteten, jeweils aufgeteilt nach dem Bedingungen „0“ = kein Abbruch und „1“ = Abbruch. Abbildung 13 zeigt die Konfusionsmatrix mitsamt den sich daraus ergebenden vier Zellen.

		Vorhergesagt	
		0	1
Beobachtet	0	<i>richtig negativ</i>	<i>falsch positiv</i>
	1	<i>falsch negativ</i>	<i>richtig positiv</i>

Abbildung 13: Konfusionsmatrix; „0“ = kein Abbruch, „1“ = Abbruch

Die Zellen der Matrix sind folgendermaßen zu interpretieren:

1. *richtig negativ*: das beobachtete Ereignis „kein Abbruch“ wurde korrekt vorhergesagt
2. *falsch positiv*: das beobachtete Ereignis „kein Abbruch“ wurde falsch vorhergesagt

3. *falsch negativ*: das beobachtete Ereignis „Abbruch“ wurde falsch vorhergesagt
4. *richtig positiv*: das beobachtete Ereignis „Abbruch“ wurde korrekt vorhergesagt

Ein gutes Modell ist in der Lage, möglichst viele richtig negative und richtig positive Ereignisse vorherzusagen, gleichzeitig möglichst wenige falsch positive und falsch negative Ereignisse. Um die Vorhersagegüte der logistischen Regression oder eines anderen Vorhersagemodells zu bestimmen, finden die folgenden vier Evaluationsmaße (vgl. Manning, Raghavan & Schütze, 2008) Verwendung, die in dieser Arbeit in Prozent angegeben werden.

Accuracy Dieser Wert bezeichnet die Rate der richtigen Vorhersagen des Modells relativiert an allen Vorhersagen.

$$Accuracy = \frac{richtig\ positiv + richtig\ negativ}{richtig\ positiv + falsch\ positiv + richtig\ negativ + falsch\ negativ}$$

Ein Accuracy-Wert von 100 % bedeutet, dass alle Vorhersagen korrekt sind, ein Wert von 0 %, dass alle Vorhersagen falsch sind.

Recall Dieser bezeichnet den Anteil der Therapieabbrecher, der durch das Modell korrekt als Abbrecher erkannt wurde.

$$Recall = \frac{richtig\ positiv}{falsch\ negativ + richtig\ positiv}$$

Ein Recall-Wert von 100 % bedeutet, dass alle Abbrecher gefunden worden sind, ein Wert von 0 %, dass kein Abbrecher gefunden wurde.

Precision Dieser Wert bezeichnet den Anteil der tatsächlichen Therapieabbrecher unter den vom Modell vorhergesagten Therapieabbrechern.

$$Precision = \frac{\text{richtig positiv}}{\text{richtig positiv} + \text{falsch positiv}}$$

Ein Precision-Wert von 100 % würde bedeuten, dass sich in der Ergebnismenge nur Abbrecher befinden und keine Nicht-Abbrecher, ein Wert von 0 %, dass nur Nicht-Abbrecher enthalten sind.

Der Wert *Recall* lässt sich jedoch relativ einfach manipulieren, indem man den oben bereits benannten Schwellenwert versetzt. Man erreicht beispielsweise einen *Recall* von 100 %, wenn man schlicht alle Probanden in die Ergebnismenge aufnimmt, also die Schwelle sehr niedrig (z. B. „0“) setzt. Die *Precision*-Werte sind dann jedoch extrem schlecht, da sämtliche Nicht-Abbrecher ebenfalls zur Menge gehören. Ebenso lässt sich der *Precision*-Wert maximal erhöhen, wenn man die Schwelle so hoch setzt, dass kein Abbrecher als Abbrecher erfasst wird, man aber auch keine falsch positiven in der Ergebnismenge hat. Zwischen diesen Extremen bewegt sich die optimale Schwelle. Der Schwellenwert muss nicht bei 50 % liegen, sondern sollte grundsätzlich so gewählt werden, dass die für den Anwendungsfall relevanten Evaluationsmaße bestmöglich ausfallen. Daher wird in vorliegendem Fall für viele verschiedene mögliche Schwellenwerte jeweils eine *k-fache Kreuzvalidierung* durchgeführt und die Evaluationsmaße werden entsprechend berechnet.

Im vorliegenden Fall wird der *Recall* als wesentlichstes Evaluationsmaß bestimmt. Der Grund dafür besteht in der Annahme, dass es für die Therapie mit Straftätern wichtig ist, alle potenziellen Abbrecher zu finden, um einer potenziell fehlenden Motivation durch entsprechende therapeutische Maßnahmen (z. B. durch Methoden der motivierenden Gesprächsführung) begegnen zu können. Selbst wenn in der Ergebnismenge Nicht-Abbrecher auftauchen, wird man nach Auffassung des Autors durch Interventionen, die eher bei Abbrechern angewandt würden, keine besonderen therapiegefährdenden Nachteile bewirken, wenn sie bei Nicht-Abbrechern genutzt wer-

den. Ein hoher Anteil an Abbrechern, der unerkannt bleibt, ist daher zu vermeiden zulasten einiger Nicht-Abbrecher, die durch das Modell mit erfasst werden.

Ein zusätzliches Evaluationsmaß, das die Werte von *Precision* und *Recall* verknüpft, ist der *F1-Wert*.

F1-Wert Dieser bezeichnet das harmonische Mittel² aus *Precision* und *Recall*. Die Verknüpfung des Wertes ist im vorliegenden Fall gleich gewichtet.

$$F1 - Wert = \frac{2}{\frac{1}{Precision} + \frac{1}{Recall}}$$

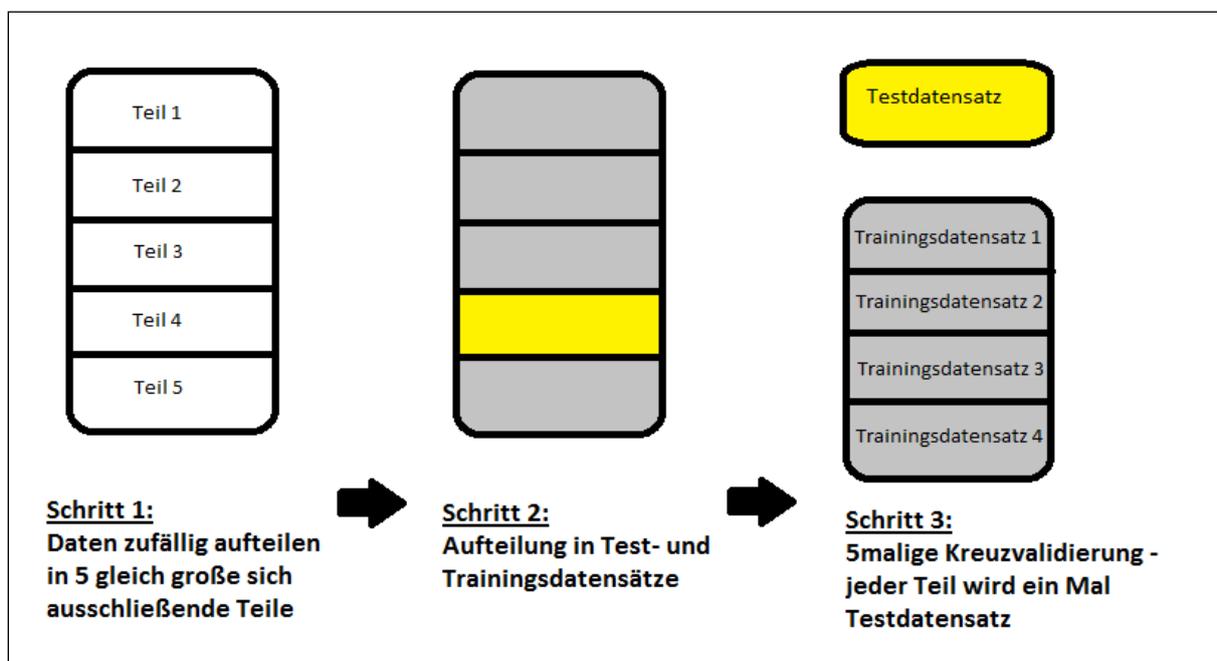


Abbildung 14: Ablauf einer 5-Fold-Validierung mit Bestimmung der Test- und Trainingsdatensätze

Ein auf der Grundlage von allen Daten geschätztes logistisches Regressionsmodell kann die Vorhersagegüte an unbekanntem Daten überschätzen, da die Gefahr besteht, dass Eigenheiten dieses spezifischen Datensets, die nicht von allgemeiner Bedeutung sind einen guten Anteil an der Modellrechnung haben, d. h. die oben ge-

² Harmonisches Mittel: $\bar{x}_{harm} = \frac{n}{\frac{1}{x_1} + \frac{1}{x_2} + \dots + \frac{1}{x_n}}$

nannten vier Evaluationsmaße werden zu optimistisch angegeben. Um dem zu begegnen, wird wiederum eine *Kreuzvalidierung* durchgeführt. Hierbei werden die Daten wiederholt in zwei Gruppen aufgeteilt und an einer von beiden wird das Modell geschätzt bzw. gerechnet, wobei die hier errechnete Formel Verwendung findet, um die Werte der anderen Gruppe zu berechnen. Es wird somit die Vorhersagegüte an unbekanntem Daten bestimmt. In der Regel erfolgt diese Aufteilung mit der sogenannten *k-Fold-Validierung* (im vorliegenden Fall eine *5-Fold-Validierung*), d. h. die Daten werden in *k* gleich große Gruppen aufgeteilt, wobei *k* – 1 für die Berechnung des Modells und eine Gruppe für die Validierung des Modells herangezogen werden. Dies erfolgt *k*-Mal, sodass jede der *k*-Gruppen einmal für die Validierung verwendet wird. Abbildung 14 veranschaulicht die Aufteilung der Daten in fünf Gruppen. In jedem der *k*-Durchgänge werden die Evaluationsmaße berechnet, sodass die mittlere Evaluationsgüte angegeben werden kann. Diese ist in der Regel eine realistischere Schätzung der Vorhersagekraft des Modells für unbekannte Daten.

Beispiel anhand eines fiktiven PCL-R-Ergebnisses

Nehmen wir an, ein Patient habe einen PCL-R-Gesamtwert von 6. Nach dem Modell

$$\text{Abbruch}_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = (-1.657) + 0.102 * \text{PCL-R-Gesamtwert}_i$$

ergäbe sich:

$$p = \frac{1}{(1 + \exp(-(-1.657) + 0.102 * 6))} = 0.35$$

Ein Gesamtwert von 5 würde sich so berechnen:

$$p = \frac{1}{(1 + \exp(-(-1.657) + 0.102 * 5))} = 0.32$$

Die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruches erhöht sich demnach bei einer Erhöhung des PCL-R-Gesamtwertes von 5 auf 6 um 0.03 Punkte.

Da es bei diesen Regressionsmodellen nur um die Vorhersagegüte geht und nicht wie bei den vorherigen Modellen um die Fragestellung, ob eine einzelne Variable relevant für das jeweilige Modell ist, können in diesem Fall alle Skalen bzw. Variablen der Tests in die Modelle integriert werden, sodass für jeden Test genau ein Modell berechnet wird. Die in Tabelle 7 dargestellte vorherige Aufteilung der Variablen in verschiedene Modelle findet hier keine Verwendung.

2.1.7.6 Konfigurations-Frequenz-Analyse (KFA)

Der Ursprung des konfiguralen Ansatzes geht auf Joseph Zubin (1936) zurück und wurde vor allem durch Lienert (1969 und 1988) weiterentwickelt. Ihm zufolge entstammt das Einteilen von verschiedenen Merkmalen in Syndrome oder Typen einem „elementaren Ordnungsbedürfnis zur Klassifikation der beobachtbaren Mannigfaltigkeit von Eigenschaften und Symptomen bei gesunden und kranken Menschen“ (Lienert, 1988, S. 3). Die *Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA)* diene als Methode Kriterien zu formulieren, „nach denen die Existenz eines Typs bzw. eines Syndroms zu beurteilen ist“ (Lienert, 1988, S. 4). Sie werde „als Verfahren angegeben, um die Zahl der Typen bzw. Syndrome innerhalb einer bestimmten Population von Merkmalsträgern [...] zu bestimmen.“ (ebd.). Die Methode sei anwendbar bei merkmalsinhomogenen Kollektiven von Individuen.

Im Gegensatz zu den meisten anderen Klassifikationsmethoden, allen voran die Faktorenanalyse, handele es sich bei der KFA um ein multivariates nicht parametrisches Verfahren, das nicht auf ein Skalenniveau beschränkt sei. Insofern rät Lienert (1988) zur KFA, wenn Faktoren- oder auch Typenanalyse als deterministische Modelle gegenüber einem stochastischen Modell unergiebig wären. Krauth (1993) benennt vier grundlegende Punkte, auf denen das Typenkonzept der KFA beruht:

1. Typen sollen aufgrund der Muster (= Konfigurationen) von Merkmalsausprägungen, die die Personen zeigen, identifiziert werden.
2. Werden häufig Personen mit einer bestimmten Konfiguration in der Population beobachtet, so schließt man auf das Vorliegen eines Typs.
3. Quantitative Merkmale werden durch Diskretisierung in qualitative Merkmale umgewandelt und qualitative Merkmale mit vielen Ausprägungen werden durch Zusammenfassungen von Kategorien vergrößert.

4. Falls Konfigurationen von Kategorien nur deshalb häufig in der Population auftreten, weil die sie konstituierenden Kategorien mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten, sollen sie nicht als Typen angesehen werden. Um eine Konfiguration, die bei Personen beobachtet wurde, als Typ akzeptieren zu können, ist eine gewisse Abhängigkeit der Merkmale notwendig.

(S. 18)

Die Ausprägungen verschiedener Merkmale werden im Falle von qualitativen Daten in natürliche Zahlen mit sinnvoller Reihenfolge umgewandelt. Im Falle quantitativer Daten werden Klassengrenzen auf inhaltlicher Basis festgesetzt oder man bedient sich des empirischen Medians zur Dichotomisierung. Auch die Aufteilung in mehrere Kategorien ist möglich, es ist lediglich auf eine möglichst homogene Gruppengröße zu achten.

Die Grundlage für Berechnungen der KFA bilden mehrdimensionale Kontingenztafeln. Sie beinhalten sämtliche Konfigurationsmöglichkeiten der Merkmale mit Angabe der jeweiligen Häufigkeit innerhalb einer Stichprobe. Mithilfe der *Zwei-Stichproben-Konfigurationsfrequenzanalyse* werden Konfigurationen identifiziert, die in zwei Populationen mit unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten auftreten. Die Wahrscheinlichkeiten dieser *Diskriminanztypen* werden durch den Wert P angegeben. Das Verfahren ähnelt der Diskriminanzanalyse und unterscheidet sich somit von der klassischen KFA, die der Clusteranalyse mit ihrer Suche nach Ähnlichkeiten verwandt ist (ebd.).

Um Zufallstypen auszuschließen, wird empfohlen eine Alpha-Adjustierung nach Holm anzuschließen (Krauth, 1993). Dieses Verfahren ist der Bonferroni-Korrektur ähnlich, entdeckt aber unter Umständen mehr Typen. In diesem Verfahren werden die P -Werte der einzelnen Konfigurationsanalysen der Größe nach sortiert und dann einem Vergleich unterzogen. Verglichen wird mit dem Ergebnis aus dem vorausgesetzten Alpha-Niveau von .005 dividiert durch die Anzahl der durchgeführten Tests. Beim ersten Vergleich wird letztgenannte Anzahl in Summe angewandt, dann bei jeder weiteren Rechnung um eins subtrahiert.

In dieser Untersuchung sollen die Variablen, die sich durch vorhergehende statistische Berechnungen (Korrelationsanalysen) als nützlich für die Prädiktion von Therapieabbrüchen erwiesen haben, in eine KFA einbezogen werden. Auf diese Weise

sollen Diskriminanztypen ermittelt werden, die mehr oder weniger zum Therapieabbruch neigen. Dafür eignet sich die bereits beschriebene *Zwei-Stichproben-KFA*, da hier zwei Stichproben von Individuen aus ein und derselben Population herangezogen und deren Konfigurationsfrequenzen paarweise verglichen werden können (vgl. Lienert 1988, S. 61). Sie ermöglicht die Zuordnung eines Individuums mit bekannter Merkmalskonfiguration zu einer von zwei Populationen, in diesem Fall zu den Abbrechern oder Nicht-Abbrechern.

Zur Testung der Signifikanz wird der *Exakte Fisher-Test* (auch *Fisher-Yates-Test*, *Irwin-Fisher-Test* oder *Exakter Chi-Quadrat-Test*) genutzt. Er überprüft die Unabhängigkeit in der Kreuztabelle und ist in der Lage auch bei geringem Stichprobenumfang oder wenigen Beobachtungen zuverlässige Ergebnisse zu erzielen.

2.1.8 Stichprobe

Die Gesamtstichprobe von 248 Probanden wird jeweils nach den durchgeführten Tests in Gruppen eingeteilt, die im Folgenden durch Benennung des jeweiligen Tests in den Tabellen kenntlich gemacht werden. In Einzelfällen konnten nicht alle Daten erhoben werden. Entweder, weil die Angaben nicht zu finden waren oder Widersprüche aufkamen. Diese Fälle sind in den Tabellen angegeben. Die Prozent-Angabe besteht grundsätzlich aus gültigen Prozenten, bei fehlenden Angaben wurden also zur Berechnung die Anzahl der fehlenden Werte von der Stichprobe subtrahiert ($n - n_{miss}$).

Die Gesamtstichprobe sowie die Untergruppen werden zunächst auf folgende Kennzahlen hin untersucht: Alter bei Aufnahme im Maßregelvollzug, Alter beim ersten Eintrag ins Bundeszentralregister, Anzahl der Einträge im Bundeszentralregister bis zur Aufnahme im Maßregelvollzug und Dauer der Haftstrafe laut Anlassurteil. Tabelle 8 zeigt die gemittelten Werte sowie die Standardabweichungen.

Im zweiten Schritt werden Gesamtstichprobe und Untergruppen anhand folgender dichotomen Variablen untersucht: Aggressionstäter, Therapieabbruch, abgeschlossene Berufsausbildung und Rückfall im Laufe der Unterbringung, inklusive Rückfall innerhalb der offenen Unterbringung. Tabelle 9 stellt die Häufigkeiten sowie die prozentualen Anteile der Variablen dar.

Tabelle 8: Kennzahlen der Gesamtstichprobe sowie der Untergruppen

Gruppe	n	Alter bei Aufnahme im MRV (Jahre)		Alter erster BZR-Eintrag		BZR-Einträge bis Aufnahme MRV		Haftstrafe laut Anlassurteil (Monate)	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
SKID II	168	31.038	8.505	19,410*	6.599	10.024*	5.737	40.753**	25.688
PCL-R	145	30.657	8.684	18,958*	6.223	9.917	5.804	43.882*	32.748
CFT 20-R	169	31.006	8.490	19.383**	6.588	10.006*	5.725	40.683**	25.626
CFT 20-R2	48	23.025	3.084	16.780	3.963	6.500	3.039	35.813	18.441
FAF	165	31.116	8.556	19.466**	6.637	10.012*	5.764	40.871**	25.735
FOTRES	100	29.997	8.324	19.060	6.715	9.440	5.420	42.990	33.717
MELBA	102	29.969	8.334	18.931	6.674	9.363	5.437	44.118	35.288
Gesamt	248	30.982	8.502	19.390**	6.741	9.874*	5.628	42.028**	29.661

* $n_{miss} = 1$; ** $n_{miss} = 2$

MRV: Maßregelvollzug; BZR: Bundeszentralregister

Tabelle 9: Dichotome Kennzahlen der Gesamtstichprobe sowie der Untergruppen

Gruppe	n	Aggressionstäter		Therapieabbruch		Berufsausbildung		Rückfall	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
SKID II	168	143	85.1	76	45.2	70*	41.92	45*	26.9
PCL-R	145	127	87.6	69	47.6	49	33.8	36	24.8
CFT 20-R	169	144	85.2	77	45.6	70*	41.7	45*	26.8
CFT 20-R-2	48	40	83.3	24	50.0	6	12.5	13	27.1
FAF	165	142	86.1	76	46.1	69*	42.1	44*	26.8
FOTRES	100	87	87.0	46	46.0	32	32.0	28	28.0
MELBA	102	89	87.3	45	44.1	34	33.3	29	28.4
Gesamt	248	214	85.9	116	46.6	95*	38.3	66*	26.6

* $n_{miss} = 1$

Die Anlassstraftat wurde den jeweiligen Urteilen entnommen und in Anlehnung an frühere Arbeiten (z. B. Hartl, 2012; Bezzel, 2008) in Tötungsdelikte, Körperverletzung, Sexualdelikte, Raub/räuberische Erpressung, Betrug/Diebstahl, Verkehrsdelikte, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, Brandstiftung und „Sonstige“ eingeteilt. Unter „Sonstige“ fallen Sachbeschädigungen, Beleidigungen, Bedrohung, Nötigung, Urkundenfälschung, Hehlerei, Verstöße gegen das Waffengesetz, Falschaussage, Weisungsverstöße, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Leistungser schleichung, Hausfriedensbruch und ähnliche Delikte. Die Tabellen 10 und 11 zeigen einen Überblick über die Häufigkeiten und prozentualen Anteile der Straftaten von allen genannten Straftaten. Abbildung 15 veranschaulicht die Verhältnisse der Straftaten anhand der Gesamtstichprobe ($n=248$).

Informationen über die Schulbildung und den Schulabschluss sind der Anamnese entnommen worden und nur in den wenigsten Fällen durch Vorzeigen eines entsprechenden Zeugnisses verifiziert worden. Die Tabellen 12 und 13 zeigen einen Überblick über die Häufigkeiten und prozentualen Anteile der Abschlüsse an allen Abschlüssen. Zu nennen ist in diesem Fall, dass nicht die „gültigen Prozente“ in den Tabellen genannt werden, sondern eine Kategorie „keine Angabe“ hinzugefügt wurde. Abbildung 16 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der Schulabschlüsse am Beispiel der Gesamtstichprobe ($n=248$).

Tabelle 10: Anlassstrafen der Untergruppen SKID II, PCL-R und CFT 20-R Teil 1 und CFT 20-R Teil 2

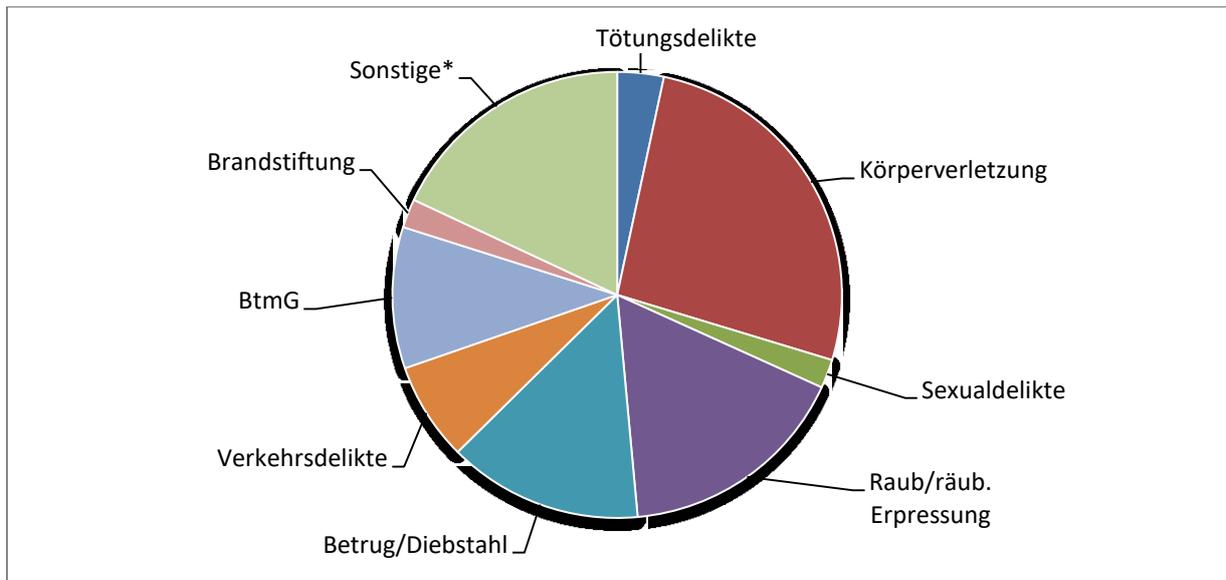
Anlassstraftat (Mehrfachnennungen möglich)	SKID II ($n=168$)		PCL-R ($n=145$)		CFT 20-R T1 ($n=169$)		CFT 20-R T2 ($n=48$)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Tötungsdelikte	10	3.11	9	3.33	10	3.10	3	3.09
Körperverletzung	85	26.40	73	27.04	85	26.32	20	20.62
Sexualdelikte	4	1.24	8	2.96	4	1.24	1	1.03
Raub/räuberische Erpressung	50	15.53	45	16.67	50	15.50	19	19.59
Betrug/Diebstahl	45	13.96	40	14.81	45	13.93	13	13.40
Verkehrsdelikte	25	7.76	17	6.30	25	7.74	7	7.22
BtmG	36	11.18	29	10.74	37	11.46	10	10.31
Brandstiftung	6	1.86	4	1.48	6	1.86	3	3.09
Sonstige*	61	18.94	45	16.67	61	18.89	21	21.65
Gesamt	322	100	270	100	323	100	97	100

* Sonstige: Sachbeschädigungen, Beleidigungen, Bedrohung, Nötigung, Urkundenfälschung, Hehleri, Verstöße gegen das Waffengesetz, Falschaussage, Weisungsverstöße, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Leistungserschleichung, Hausfriedensbruch und ähnliche Delikte

Tabelle 11: Anlassstrafen der Untergruppen FAF, FOTRES, MELBA und der Gesamtstichprobe

Anlassstraftat (Mehrfachnennungen möglich)	FAF ($n=165$)		FOTRES ($n=100$)		MELBA ($n=102$)		Gesamt ($n=248$)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Tötungsdelikte	10	3.16	7	3.74	8	4.26	16	3.33
Körperverletzung	84	26.58	53	28.34	53	28.19	128	26.27
Sexualdelikte	4	1.27	5	2.67	5	2.66	10	2.08
Raub/räuberische Erpressung	50	15.82	35	18.72	34	18.09	80	16.67
Betrug/Diebstahl	43	13.61	28	14.97	29	15.43	67	13.96
Verkehrsdelikte	25	7.91	11	5.88	11	5.85	34	7.08
BtmG	35	11.08	14	7.49	14	7.45	49	10.21
Brandstiftung	6	1.90	3	1.60	3	1.60	10	2.08
Sonstige*	59	18.67	31	16.58	31	16.49	86	17.92
Gesamt	316	100	187	100	188	100	480	100

* Sonstige: Sachbeschädigungen, Beleidigungen, Bedrohung, Nötigung, Urkundenfälschung, Hehleri, Verstöße gegen das Waffengesetz, Falschaussage, Weisungsverstöße, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Leistungserschleichung, Hausfriedensbruch und ähnliche Delikte



* Sonstige: Sachbeschädigungen, Beleidigungen, Bedrohung, Nötigung, Urkundenfälschung, Hehleri, Verstöße gegen das Waffengesetz, Falschaussage, Weisungsverstöße, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Leistungserschleichung, Hausfriedensbruch und ähnliche Delikte

Abbildung 15: Prozentuale Anteile der Anlassstrafataten der Gesamtstichprobe (n=248; Mehrfachnennungen möglich, insgesamt 480 Straftaten)

Tabelle 12: Schulabschlüsse der Untergruppen SKID II, PCL-R, CFT 20-R Teil 1 und CFT 20-R Teil 2

Schulabschluss	SKID II (n=168)		PCL-R (n=145)		CFT 20-R T1 (n=169)		CFT 20-R T2 (n=48)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Kein Abschluss	60	35.71	58	40.00	61	36.09	20	41.67
Hauptschule	61	36.31	54	37.24	61	36.09	21	43.75
Realschule	37	22.02	27	18.62	37	21.89	5	10.42
Abitur	6	3.57	3	2.07	6	3.55	1	2.08
Keine Angabe	4	2.38	3	2.07	4	2.37	1	2.08

Tabelle 13: Schulabschlüsse der Untergruppen FAF, FOTRES, MELBA und der Gesamtstichprobe

Schulabschluss	FAF (n=165)		FOTRES (n=100)		MELBA (n=102)		Gesamt (n=248)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Kein Abschluss	61	36.97	41	41.00	42	41.18	93	37.50
Hauptschule	59	35.76	37	37.00	38	37.25	92	37.10
Realschule	35	21.21	17	17.00	18	17.65	50	20.16
Abitur	6	3.64	2	2.00	2	1.96	7	2.82
Keine Angabe	4	2.42	3	3.00	2	1.96	6	2.42

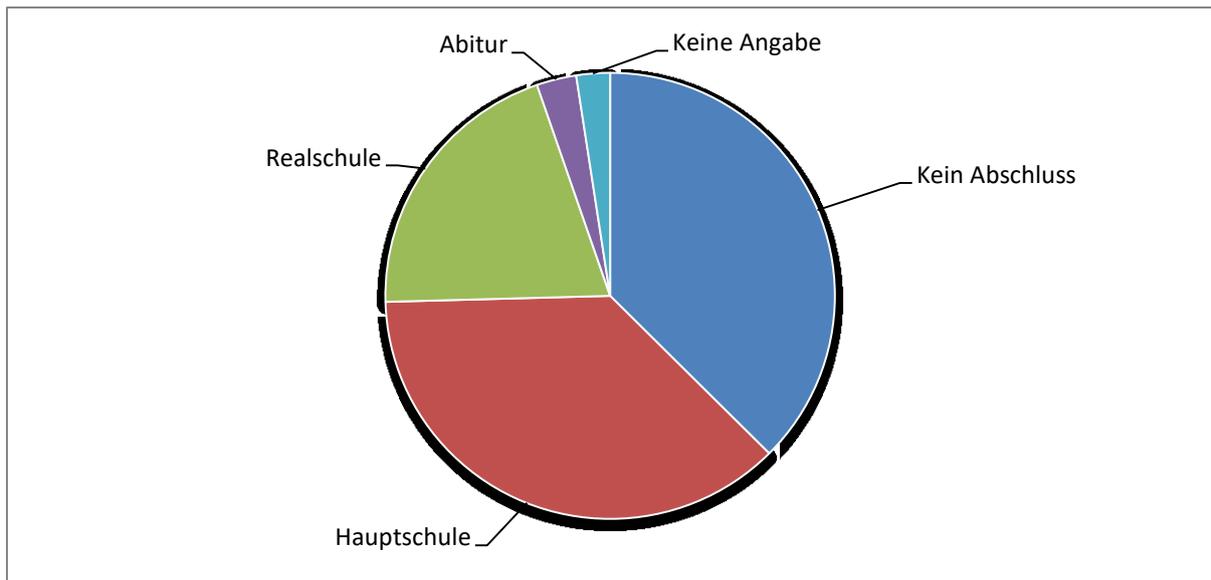


Abbildung 16: Prozentuale Anteile der Schulabschlüsse der Gesamtstichprobe (n=248)

Die Suchtdiagnosen der Probanden wurden den Gutachten bzw. der Diagnostik der Krankenakte entnommen. Bei Abweichungen wurde stets die Diagnostik der Klinik übernommen, da sie vom Autor als umfangreicher angesehen wurde. Die Tabellen 14 und 15 zeigen einen Überblick über die Häufigkeiten und prozentualen Anteile an allen Suchtdiagnosen. Abbildung 17 veranschaulicht die Verteilung grafisch.

Tabelle 14: Suchtdiagnosen der Untergruppen SKID II, PCL-R, CFT 20-R Teil 1 und CFT 20-R Teil 2

Suchtdiagnose (Mehrfachnennungen möglich)	SKID II (n=168*)		PCL-R (n=145**)		CFT 20-R T1 (n=169*)		CFT 20-R T2 (n=48)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
F10.2 – Alkohol	77	40.10	71	42.26	77	40.10	19	35.85
F11.2 – Opioide	13	6.77	9	5.36	13	6.77	2	3.77
F12.2 – Cannabinoide	17	8.85	15	8.93	17	8.85	7	13.21
F13.2 – Sedativa oder Hypnotika	1	0.52	2	1.19	1	0.52	1	1.89
F14.2 – Kokain	10	5.21	6	3.57	10	5.21	0	0
F15.2 – Andere Stimulanzien	18	9.37	9	5.36	18	9.37	5	9.43
F16.2 – Halluzinogene	1	0.52	0	0	1	0.52	0	0
F18.2 – Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0	0	0	0
F19.2 – Multipler Substanzgebr.	55	28.65	56	33.33	55	28.65	19	35.85
Gesamt	192	100	168	100	192	100	53	100

* $n_{miss} = 1$; ** bei 2 Probanden wurde keine Abhängigkeit diagnostiziert, sondern Missbrauch

Die Diagnose „F17.2 Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak – Abhängigkeitssyndrom“ wurde nicht speziell erhoben, wenngleich lediglich ein kleiner Bruchteil

der Gesamtstichprobe nicht nikotinsüchtig war. Nedopil (2007) beschränkt sich in seinem Buch lediglich auf die Beschreibung der Störungen durch illegale und andere psychotrope Substanzen und lässt die Nikotinsucht gänzlich aus, ebenso wird im forensischen Standardwerk „Psychiatrische Begutachtung“ von Dreßing und Habermeyer (2015) vorgegangen. Verständlich wird das, wenn man einerseits bedenkt, dass es sich bei Tabak nicht um eine psychotrope Substanz handelt, und andererseits, dass eine Nikotinabhängigkeit wohl kaum zu Fragen der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit beitragen kann. Ein Szenario, in dem diese Störung eine Unterbringung juristisch begründen würde, ist kaum vorstellbar.

Tabelle 15: Suchtdiagnosen der Untergruppen FAF, FOTRES, MELBA und der Gesamtstichprobe

Suchtdiagnose (Mehrfachnennungen möglich)	FAF (n=165*)		FOTRES (n=100**)		MELBA (n=102**)		Gesamt (n=248*,**)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
F10.2 – Alkohol	75	39.68	49	41.88	51	42.50	112	40.29
F11.2 – Opioide	13	6.88	6	5.13	6	5.00	21	7.55
F12.2 – Cannabinoide	16	8.47	10	8.55	11	9.17	24	8.63
F13.2 – Sedativa oder Hypnotika	1	0.52	2	1.71	2	1.67	3	1.08
F14.2 – Kokain	10	5.29	3	2.56	3	2.50	12	4.31
F15.2 – Andere Stimulanzien	18	9.52	6	5.13	6	5.00	21	7.55
F16.2 – Halluzinogene	1	0.52	0	0	0	0	1	0.36
F18.2 – Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0	0	0	0
F19.2 – Multipler Substanzgebr.	55	29.10	41	35.04	41	34.17	84	30.22
Gesamt	189	100	117	100	120	100	278	100

* $n_{miss} = 1$; ** bei 2 Probanden wurde keine Abhängigkeit diagnostiziert, sondern Missbrauch

Bei der Diagnose „F19.2 Multipler Substanzgebrauch“ wird in dieser Untersuchung Missbrauch oder Abhängigkeit von Tabak nicht als Suchtmittel mit einbezogen. Diese Vorgehensweise wurde von der Forensischen Klinik in Hildburghausen vorgeschrieben. Sollte in einem Gutachten Tabakabhängigkeit als Komponente einer F19.2-Diagnose eingeflossen sein, so wurde die korrigierte Diagnose der Klinik in diese Untersuchung einbezogen.

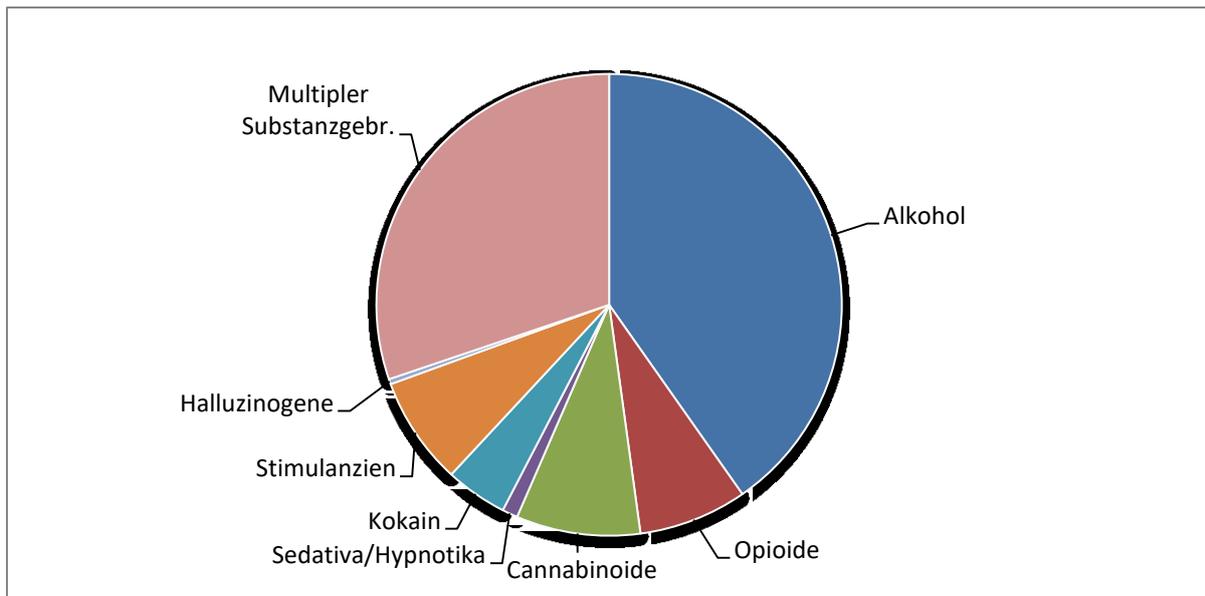


Abbildung 17: Prozentuale Anteile der Suchtdiagnosen der Gesamtstichprobe (n=248, Mehrfachnennungen möglich)

2.2 Erhebung der relevanten Verlaufsdaten

Der Frage, ob Patienten Abbruchsentscheidungen aufgrund von Berechnungen verschiedener Zeitvariablen treffen, soll durch die Analyse relevanter Verlaufsdaten nachgegangen werden. Folgende Daten wurden aus den Patientenakten erhoben und einer Excel-Matrix zugeführt:

1. Datum der Aufnahme

Das Datum der Aufnahme eines Patienten im Maßregelvollzug ist dem Aufnahmeersuchen zu entnehmen.

2. Datum des Zwei-Drittel-Termins

Die zuständigen Staatsanwaltschaften der Patienten stellen den Maßregelvollzügen in der Regel eine schriftliche Strafzeitberechnung zur Verfügung, aus der der Zwei-Drittel-Termin hervorgeht. Dieser Termin gibt den Zeitpunkt an, ab wann die Unterbringung nicht mehr auf die Haftstrafe angerechnet wird.

3. Datum der Abbruchstellungnahme

Das Datum der Abbruchstellungnahme ist der schriftlichen Stellungnahme der Klinik nach § 67e StGB zu entnehmen.

4. *Datum der Verschiebung*

Das Datum der Verschiebung lässt sich dem Transportauftrag der jeweiligen Staatsanwaltschaften entnehmen bzw. wurde in der jeweiligen Patientenakte als Entlassdatum verzeichnet.

Aus diesen Daten sollen folgende Zahlen ermittelt werden:

1. *Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-ZeitTermin*

Diese Anzahl berechnet sich durch eine Subtraktion des Zwei-Drittel-Termins vom Aufnahmedatum.

2. *Anzahl der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme*

Diese Anzahl berechnet sich durch eine Subtraktion des Datums der Abbruchstellungnahme vom Zwei-Drittel-Termin.

3. *Anzahl der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung*

Diese Anzahl berechnet sich durch eine Subtraktion des Datums der Verschiebung vom Zwei-Drittel-Termin.

Zusätzlich soll die *parallele Haftstrafe der Anlasstat in Monaten* erhoben werden, welche dem rechtskräftigen Urteil des erkennenden Verfahrens zu entnehmen ist. Diese Daten sollen in die Analyse einbezogen werden, um zu überprüfen, inwiefern sich die Dauer der Haftstrafe auf Abbruchsentscheidungen auswirkt.

Oben genannte Daten wurden bei einer Stichprobe von 109 Therapieabbrechern des Maßregelvollzugs Hildburghausen aus den jeweiligen Krankenakten erhoben. Patienten, die aufgrund eines Bewährungswiderrufs untergebracht waren, wurden ausgeschlossen, da in diesen Fällen eine Vergleichbarkeit der Zeitvariablen, insbesondere des Zwei-Drittel-Termins nicht gegeben war. Wie von Schalast et al. (2012) angeregt, soll der Zeitpunkt der Erledigung untersucht werden. Zu diesem Zweck wird die Gesamtstichprobe in zwei Untergruppen aufgeteilt, nämlich in Früh- und Spätabbrecher. Diese Untergruppen werden nochmals unterteilt in diejenigen, die die Therapie selbstständig abgebrochen haben, und diejenigen, deren Therapieabbruch durch die

Klinik empfohlen wurde. Abbildung 18 zeigt die Aufteilung der Stichprobe in Subgruppen.

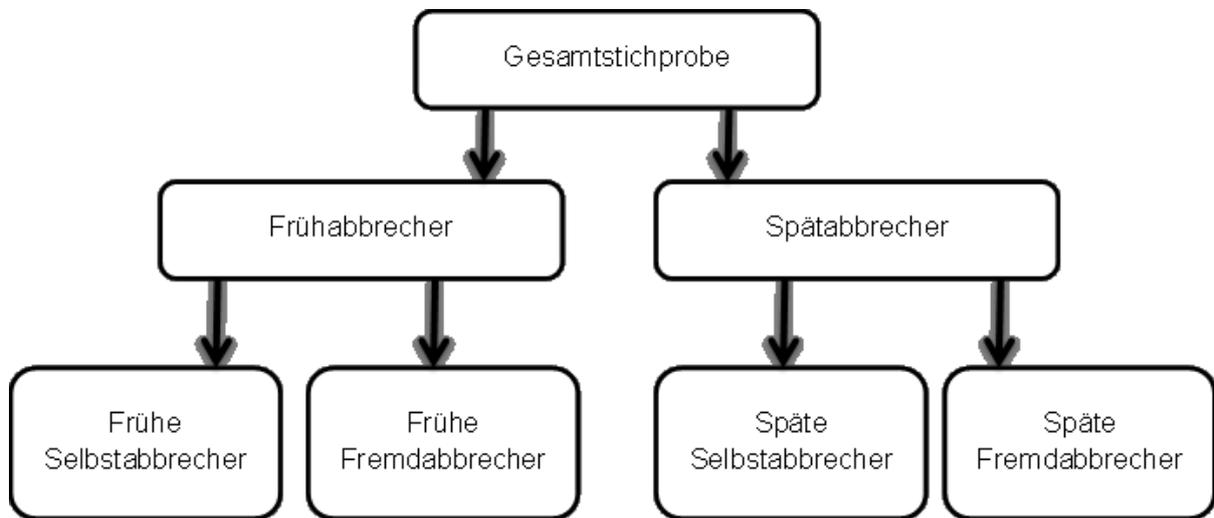


Abbildung 18: Aufteilungen der Stichprobe (n=109) in Subgruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher, frühe Selbstabbrecher, frühe Fremdabbrecher, späte Selbstabbrecher und späte Fremdabbrecher

Zusätzlich zu diesen Untergruppen soll eine Gruppe aus Patienten gebildet werden, deren Stellungnahme nach dem Zwei-Drittel-Termin verfasst wurde. Diese Gruppe wird ebenfalls in Früh- und Spätabbrecher aufgeteilt, wobei die oben genannten relevanten Verlaufsdaten erhoben und analysiert werden.

2.2.1 Gruppierung in Früh- und Spätabbrecher

Eine Fragestellung der Untersuchung erfordert die Unterscheidung von Patienten, die sicher sein können, dass ihr Abbruch keinen zusätzlichen Freiheitsentzug zur eigentlichen Haftstrafe bedeutet (*Frühabbrecher*), und solchen, die letztendlich durch ihren Abbruch länger in Vollzugseinrichtungen untergebracht sind, als es ihre eigentliche Haftstrafe vorsieht (*Spätabbrecher*). Dafür ist es nötig, einen konkreten Abbruchzeitpunkt zu ermitteln, der die beiden Gruppen voneinander trennt. Methodisch soll das durch zwei Schritte erreicht werden: Im ersten Schritt soll ein Durchschnittswert ermittelt werden, der die Dauer vom Abbruch bis zur Verschiebung repräsentiert. Im zweiten Schritt soll dieser Wert vom Zwei-Drittel-Termin abgezogen werden. Dadurch erhält man einen Zeitpunkt, der als spätestster Abbruchstermin gel-

ten soll, um keinen zusätzlichen Freiheitsentzug zu riskieren. Die Gruppe der Frühabbrecher definiert sich demnach durch einen Abbruchszeitpunkt vor dem berechneten Zeitpunkt und die Gruppe der Spätabbrecher durch einen Abbruchszeitpunkt danach. Die beiden Gruppen sollen dann anhand der oben genannten Zeitvariablen verglichen werden.

2.2.2 Gruppierung in Selbst- und Fremdabbrecher

Um Abbruchsentscheidungen zu analysieren, ist es nach Ansicht des Verfassers sinnvoll zu überprüfen, wer die Abbruchsentscheidung getroffen hat. Aus den Krankenakten, konkret der Abbruchstellungnahme und den Dokumentationen des Behandlungsteams, wurde deshalb erhoben, welche Patienten der Stichprobe sich selbst für den Therapieabbruch entschieden haben (Selbstabbrecher) bzw. bei welchen die Klinik den Abbruch der Therapie empfohlen hat (Fremdabbrecher). Oben genannte Daten wurden für beide Gruppen berechnet.

2.2.3 Statistische Auswertung

Die Daten aus den Krankenakten (Geburtsdatum, Haftstrafe, Aufnahmedatum, Datum Zwei-Drittel-Termin, Datum Abbruchstellungnahme, Datum Verschubung) wurden in einer EXCEL-Tabelle zusammengetragen. Mithilfe einer EXCEL-Subtraktionsformel wurden folgende Zeitwerte ermittelt: Zeitraum Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin, Zeitraum Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme, Zeitraum Zwei-Drittel-Termin bis Verschubung und Zeitraum Abbruchstellungnahme bis Verschubung. Diese Zeitwerte wurden in eine SPSS-Matrix übertragen und Mittelwerte berechnet. Anhand der Überprüfung der Normalverteilung soll entschieden werden, ob ein parametrisches Verfahren (t -Test) oder ein nicht parametrisches Verfahren (Mann-Whitney- U -Test bzw. kurz U -Test) zur Anwendung kommt, um signifikante Gruppenunterschiede der Zeitvariablen zu identifizieren. Nach Rasch und Kubinger (2006) beziehen sich beim U -Test die zu prüfenden Hypothesen (Null- und Alternativhypothese) nicht auf einen Parameter der Verteilung des untersuchten Merkmals, sondern auf die Verteilung als solche. Er misst keine Mittelwertsvergleiche, sondern das Ausmaß des Unterschiedes in den jeweiligen Rangsummen. Der Test kommt zur Anwendung, wenn eine Normalverteilung nicht vorausgesetzt werden soll. Ausgege-

ben werden ein *U*-Wert und ein *p*-Wert, der statistisch signifikante Gruppenunterschiede anzeigt.

2.2.4 Stichprobe

Die 109 männlichen Probanden des Maßregelvollzugs Hildburghausen waren durchschnittlich zu einer Haftstrafe von 39.2 Monaten (*SD* = 27.6) verurteilt. Sie hatten bis dahin durchschnittlich 10.2 Eintragungen (*SD* = 5.5) im Bundeszentralregister. Im gemittelten Alter von 18.8 (*SD* = 6.4) begingen sie ihre erste Straftat, das gemittelte Alter bei Aufnahme in den Maßregelvollzug betrug 30.5 Jahre (*SD* = 8.6). 98 der Probanden galten nach der Bedingung „mindestens eine Gewaltstraftat im BZR“ als Aggressionstäter (89.9 %). 40 Probanden hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung (37.0 %). Im Laufe ihrer Unterbringung wurden 40 Probanden mit einem Suchtmittel rückfällig (36.7 %). Die Tabellen 16, 17 und 18 geben einen Überblick über Häufigkeiten und prozentuale Verteilungen der Anlassstraftaten, der Schulabschlüsse und der Suchtdiagnosen. Auf eine grafische Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet, da sich keine nennenswerten Unterschiede zur Gesamtstichprobe aus dem ersten Untersuchungsteil zeigten. Die Diagnose „F17.2 Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak – Abhängigkeitssyndrom“ wird auch hier außer Acht gelassen. Des Weiteren wurde wiederum darauf geachtet, dass Tabak nicht Bestandteil Diagnose F19.2 war.

Tabelle 16: Anlassstrafen der Stichprobe (n=109; Mehrfachnennungen möglich)

Anlassstraftat (Mehrfachnennungen möglich)	Σ	%
Tötungsdelikte	3	1.43
Körperverletzung	57	27.14
Sexualdelikte	4	1.90
Raub/räuberische Erpressung	38	18.10
Betrug/Diebstahl	32	15.24
Verkehrsdelikte	13	6.19
BtmG	20	9.52
Brandstiftung	5	2.38
Sonstige*	38	18.10
Gesamt	210	100

** Sonstige: Sachbeschädigungen, Beleidigungen, Bedrohung, Nötigung, Urkundenfälschung, Hehleri, Verstöße gegen das Waffengesetz, Falschaussage, Weisungsverstöße, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Leistungserschleichung, Hausfriedensbruch und ähnliche Delikte*

Tabelle 17: Schulabschlüsse der Stichprobe (n=109)

Schulabschluss	Σ	%
Kein Abschluss	46	42.20
Hauptschule	39	35.78
Realschule	17	15.60
Abitur	2	1.83
Keine Angabe	5	4.59

Tabelle 18: Suchtdiagnosen der Stichprobe (n=109*; Mehrfachnennungen möglich)

Suchtdiagnose (Mehrfachnennungen möglich)	Σ	%
F10.2 – Alkohol	58	40.03
F11.2 – Opioide	9	7.14
F12.2 – Cannabinoide	6	4.76
F13.2 – Sedativa oder Hypnotika	1	0.79
F14.2 – Kokain	4	3.17
F15.2 – Andere Stimulanzien	8	6.35
F16.2 – Halluzinogene	1	0.79
F18.2 – Flüchtige Lösungsmittel	0	0
F19.2 – Multipler Substanzgebrauch	39	30.95
Gesamt	126	100

* bei 2 Probanden wurde keine Abhängigkeit diagnostiziert, sondern Missbrauch

2.3 Patientenbefragung

Der dritte Untersuchungsbereich knüpft an eine Studie an, die im Rahmen einer Master-Arbeit an der Universität Bremen (siehe Wiest, 2014) unter Mitwirkung des Autors der vorliegenden Untersuchung stattfand. Dort wurde in Ermangelung eines Fragebogens zur Einschätzung von Zufriedenheit und Wichtigkeit bezüglich verschiedener Therapiebausteine aus Sicht der Patienten im Maßregelvollzug anlehnend an die Studien von Schalast (2000b) und Bezzel (2008) ein entsprechender Fragebogen entwickelt. Dieser beinhaltete 20 Therapiebausteine, die aus der Erfahrung des Autors in Maßregelvollzugseinrichtungen übergreifend zum grundsätzlichen Angebot zählen. Ein Überblick über die Angebote in Maßregelvollzugseinrichtungen ist bei Schaumburg (2003), Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003), Müller-Isberner und Eucker (2012) sowie Volckart und Grünebaum (2015) zu finden.

Es sollten folgende Therapiebausteine von den Patienten bewertet werden:

- Ärztliche Behandlung
- Medikamentöse Behandlung
- Psychologische Behandlung
- Behandlung durch das Pfllegeteam
- Bezugspflegegespräche
- Therapeutische Einzelgespräche
- Gruppentherapie
- Angebote zum Thema Abhängigkeit
- Sozialpädagogische Betreuung
- Lockerungen
- Angehörigengespräche
- Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen
- Schulische Angebote
- Schuldnerberatung
- Arbeitstherapie/Ergotherapie
- Sportliche Aktivitäten/Möglichkeiten
- Kreativtherapie (z. B. Malen, Theater)
- Stationsklima
- Freizeitgestaltung
- Selbstverpflegung

Die Bausteine sollten im Fragebogen unter folgenden Gesichtspunkten eingeschätzt werden:

1. *Wichtigkeit*: Für wie wichtig werden die Therapiebausteine für das persönliche Vorankommen in der Therapie eingeschätzt?

2. *Zufriedenheit*: Wie zufrieden sind die Patienten mit den jeweiligen Therapiebausteinen.

Für die Einschätzung stand eine fünfstufige Skala zur Verfügung:

- „0“: trifft nicht zu
- „1“: gar nicht wichtig bzw. gar nicht zufrieden
- „2“: wenig wichtig bzw. wenig zufrieden
- „3“: eher wichtig bzw. eher zufrieden
- „4“: sehr wichtig bzw. sehr zufrieden

Zusätzlich wurde ein allgemeiner Fragebogen mit Fragen zur Person und zur Unterbringung genutzt, der im Anhang zu finden ist.

2.3.1 Durchführung

Im Rahmen der genannten Master-Arbeit der Universität Bremen (siehe Wiest, 2014) wurden im Mai 2013 insgesamt 22 deutsche Maßregelvollzugseinrichtungen, die grundsätzlich Patienten nach § 64 StGB unterbringen angeschrieben. Vier Kliniken waren bereit, an der Studie teilzunehmen. Die Fragebögen wurden per Post an die Kliniken gesandt und durch das Klinikpersonal an die Patienten ausgegeben. Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie war die Unterbringung nach § 64 StGB, ein ausreichendes Sprachverständnis sowie der Ausschluss einer akut psychotischen, manischen oder schwer depressiven Phase. Den Patienten wurde schriftlich mitgeteilt, dass die Befragung Teil einer wissenschaftlichen Arbeit war, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig war und dass weder die Teilnahme noch die Ablehnung irgendwelche Konsequenzen für sie hätte. Des Weiteren wurde schriftlich versichert, dass die Daten anonym erhoben würden und Rückschlüsse auf ihre Person nicht möglich seien. Zur Versicherung für die Patienten, dass die ausgefüllten Bögen nicht durch das jeweilige Klinikpersonal eingesehen werden konnten, sollten die ausgefüllten Bögen in einem mit ausgegebenen Briefumschlag verschlossen abgegeben werden. Die Umschläge wurden dann vom Personal eingesammelt und per Post zurückgesandt.

2.3.2 Auswertung

Die Daten, die für die Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung von Interesse waren, wurden vom Autor aus dem umfangreichen Datenmaterial der Master-Arbeit

(Wiest, 2014) extrahiert und mithilfe der Software *IBM SPSS Statistics 18* ausgewertet. Hierzu wurden die fünf Antwortmöglichkeiten in eine entsprechende Matrix übertragen. Für jeden Therapiebaustein wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Die Bausteine wurden dann den Mittelwerten entsprechend in eine Rangliste übertragen, anschließend wurden die Differenzen der Mittelwerte sowie der Ränge erhoben. Die Frage, ob sich Wichtigkeit und Zufriedenheit je nach Baustein statistisch bedeutsam unterscheiden, wurde mithilfe des Wilcoxon-Rang-Tests beantwortet, da die Stichprobe recht klein war und die Daten als nicht normalverteilt angenommen wurden. Der Test orientiert sich an Rängen und nicht an Messwert-Differenzen. Er misst den Unterschied der zentralen Tendenzen zweier Messzeitpunkte (hier Wichtigkeit und Zufriedenheit) und gibt diesen durch einen z-Wert sowie einen p-Wert an.

2.3.3 Stichprobe

Insgesamt wurden 115 Fragebögen zurückgesendet, die zahlreiche Beantwortungslücken aufwiesen. 28 Bögen mussten daher komplett aus den Analysen herausgenommen werden, sodass letztlich 87 Fragebögen übrig blieben, die aber dennoch *Missing Links* in den Fragebögen zur Person aufzeigten. Diesen Lücken sollte begegnet werden, indem die folgende Darstellung der Stichprobe sich immer auf die Anzahl der tatsächlichen Antworten bezieht. Aus diesem Grund ist jede Variable mit einem separaten Stichprobenumfang (n) angegeben.

Tabelle 19 zeigt einen Überblick über die Variablen Alter, Haftstrafe und Hafterfahrung. Da zum Zeitpunkt der Befragung die Unterbringung noch andauerte, ist die Dauer der Unterbringung bis zur Bearbeitung des Fragebogens zusätzlich angegeben.

Tabelle 19: Alter, Haftstrafe, Hafterfahrung und Dauer der Unterbringung der Stichprobe

Variable	n	M	SD	Min	Max
Alter (Jahre)	85	31.953	8.712	19	59
Haftstrafe (Monate)	86	52.337	27.648	6	156
Hafterfahrung (Monate)	82	27.549	38.374	0	168
Dauer Unterbringung (Monate)	79	15.405	12.294	1	87

Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten und prozentualen Verteilungen (gültige Prozente) der Variablen Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeit, Abhängigkeit und Diagnose laut Gutachten.

Tabelle 20: Häufigkeiten und prozentuale Verteilung von Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeit, Abhängigkeit und Diagnose der Stichprobe

Skala	n	Unterskala	Häufigkeit	%
Schulabschluss	84	Kein Schulabschluss	12	14.29
		Hauptschulabschluss	50	59.52
		Mittlere Reife	15	17.86
		Fachhochschulreife/Abitur	5	5.95
		Förderschule	2	2.38
Berufsausbildung	84	Keine Ausbildung	48	57.14
		Lehre	35	41.67
		Studium	1	1.19
Arbeit	86	Ohne Arbeit	28	32.56
		Gelegentlich berufstätig	36	41.86
		Regelmäßig berufstätig	22	25.58
Abhängigkeit	87	Alkohol	18	20.69
		Illegale Drogen	52	59.77
		Alkohol und illegale Drogen	17	19.54
Diagnose lt. Gutachten	71	Keine sinnvolle Angabe	6	8.45
		Polytoxikomanie	25	35.21
		Drogenabhängigkeit	16	22.54
		Abhängigkeit und Persönlichkeitsstörung	16	22.54
		Alkoholabhängigkeit	7	9.86
		Abhängigkeit und Psychose	1	1.41

Tabelle 21 gibt die Selbstangaben der Patienten bezüglich ihrer aktuellen Lockerungsstufe und der jeweiligen Station, auf der sie zum Zeitpunkt der Befragung untergebracht waren wieder.

Tabelle 21: Häufigkeiten und prozentuale Verteilung der Lockerungsstufe und aktuellen Stationen der Stichprobe

Skala	n	Unterskala	Häufigkeit	%
Lockerungsstufe	87	Kein Ausgang	33	37.93
		Ausgang Klinikgelände mit Personal	14	16.09
		Gruppenausgang Klinikgelände mit Mitpatienten	7	8.05
		Ausgang Klinikgelände ohne Begleitung	6	6.90
		Ausgang außerhalb des Klinikgeländes	18	20.69
		Ausg. mit auswärtiger Übernachtung/Entlassungsstufe	9	10.34
Station	87	Aufnahme	5	5.75
		Motivations-/Kriseninterventionsstation	3	3.45
		Therapiestation	66	75.86
		Abbrecherstation	1	1.15
		Belastungserprobung	7	8.05
		Offene Wohngruppe	5	5.75

Die Häufigkeit und die prozentuale Verteilung der Vordelikte und der Anlassstraftaten werden in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Häufigkeit und prozentuale Verteilung der Vor- und Anlassdelikte (Mehrfachnennungen möglich) der Stichprobe

Skala	n	Unterskala	Häufigkeit	%
Vordelikte	84	Tötungsdelikt	0	0
		Körperverletzung	42	21.99
		Sexualdelikt	0	0
		Raub/räuberische Erpressung	19	9.95
		Betrug/Diebstahl	42	21.99
		Brandstiftung	3	1.57
		Verstoß gegen das BtmG	37	19.37
		Verkehrsdelikt	26	13.61
		Beleidigung	13	6.81
		Amtsanmaßung	1	0.52
		Sonstiges	8	4.19
		<i>Gesamt</i>		
Anlassdelikt	87	Begünstigung und Hehlerei	1	0.96
		BtmG	39	37.50
		Betrug und Untreue	2	1.92
		Diebstahl und Unterschlagung (Einbruch)	14	13.46
		Gemeingefährliche Straftaten	3	2.88
		Raub und Erpressung	17	16.35
		Sachbeschädigung	1	0.96
		Straftaten gegen das Leben (Mord, Totschlag, fahrl. Tötung)	10	9.62
		Straftaten gg. die körperl. Unversehrtheit (KV mit Todesfolge)	15	14.42
		Straftaten gegen die persönliche Freiheit	1	0.96
		Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	1	0.96
		<i>Gesamt</i>		

3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an der Reihenfolge der Fragestellungen. Zunächst werden die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen dargestellt, darauf folgen die Ergebnisse der Überprüfung der relevanten Verlaufsdaten gefolgt von den Ergebnissen der Patientenbefragung.

3.1 Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen

Im Folgenden wird für jedes angewendete testpsychologische Verfahren ein deskriptiver Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen gegeben, danach wird die Überprüfung der Normalverteilung der Ergebnisse dargestellt sowie das jeweilige Analyseverfahren (Korrelations- sowie Regressionsanalysen). Im Anschluss daran werden die Modelle durch eine 5-fache Kreuzvalidierung anhand der Evaluationsmaße *mittlere Accuracy*, *mittlerer Recall*, *mittlere Precision* und *mittlerer F1-Wert* geprüft.

3.1.1 Ergebnisse des SKID II

Die Gesamtstichprobe zeigte die höchsten Ergebnisse der Skala paranoide Persönlichkeitsstörung ($M = 38.393$, $SD = 27.139$), gefolgt von der Skala zwanghafte Persönlichkeitsstörung ($M = 35.345$, $SD = 18.478$) und der Skala schizoide Persönlichkeitsstörung ($M = 33.857$, $SD = 23.057$). Am geringsten ausgeprägt war bei Weitem die Skala schizotypische Persönlichkeitsstörung ($M = 15.482$, $SD = 15.767$), und zwar sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei separater Betrachtung der Therapieabbrecher und Nicht-Abbrecher. Im Fall der Therapieabbrecher ergaben sich die höchsten Werte bei der Skala paranoide Persönlichkeitsstörung ($M = 42.118$, $SD = 27.540$), gefolgt von der Skala antisoziale Persönlichkeitsstörung ($M = 38.750$, $SD = 26.169$) und der Skala schizoide Persönlichkeitsstörung ($M = 36.868$, $SD = 25.134$). Die Nicht-Abbrecher erreichten die höchsten Werte in der Skala paranoide Persönlichkeitsstörung ($M = 35.315$, $SD = 26.558$) gefolgt von der Skala zwanghafte Persönlichkeitsstörung ($M = 35.076$, $SD = 17.807$) und der Skala schizoide Persönlichkeitsstörung ($M = 31.370$, $SD = 21.003$). Abbildung 19 zeigt einen grafischen Überblick über die Mittelwerte der Skalen, Tabelle 23 listet die Ergebnisse aufgeteilt nach DSM-IV-Clustern auf.

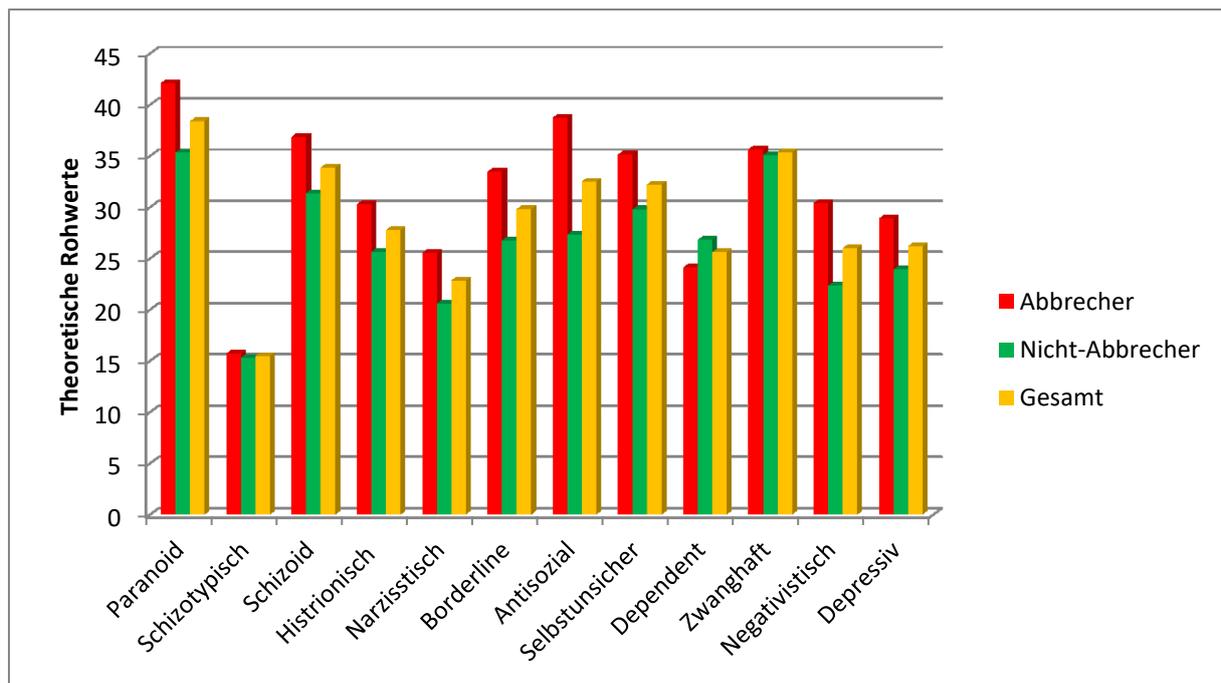


Abbildung 19: Mittelwerte der SKID II-Skalen der Abbrecher (n=76), der Nicht-Abbrecher (n=92) und der Gesamtstichprobe (n=168)

Tabelle 23: Mittelwerte und Standardabweichungen der SKID II-Skalen der Abbrecher, Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe, aufgeteilt nach DSM-Clustern

Cluster	Skala	Abbrecher (n=76)		Nicht-Abbrecher (n=92)		Gesamt (n=168)	
		M	SD	M	SD	M	SD
A: sonderbar, exzentrisch	Paranoid	42.118	27.540	35.315	26.558	38.393	27.139
	Schizotypisch	15.697	16.255	15.304	15.439	15.482	15.767
	Schizoid	36.868	25.134	31.370	21.003	33.857	23.057
B: dramatisch, emotional	Histronisch	30.289	26.194	25.663	21.454	27.756	23.755
	Narzisstisch	25.539	19.550	20.598	16.430	22.833	18.023
	Borderline	33.461	23.800	26.783	20.005	29.804	21.991
	Antisozial	38.750	26.169	27.337	21.984	32.500	24.563
C: ängstlich, vermeidend	Selbstunsicher	35.132	28.713	29.793	24.029	32.208	26.306
	Dependent	24.132	20.156	26.815	18.041	25.601	19.016
	Zwanghaft	35.671	19.374	35.076	17.807	35.345	18.478
Keine Cluster- Zuordnung	Negativistisch	30.408	26.647	22.359	21.910	26.000	24.426
	Depressiv	28.882	26.574	23.924	21.159	26.167	23.817

3.1.1.1 Überprüfung der Normalverteilungsannahme

Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme ergab sowohl im Shapiro-Wilk-Test als auch im Kolmogorov-Smirnoff-Test signifikante Ergebnisse aller Skalen (für alle Skalen galt $p < .001$). Somit ist von der Annahme einer Normalverteilung der Ergebnisse Abstand zu nehmen. Die Ergebnisse der Tests sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der SKID II-Ergebnisse

Skala	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Selbstunsichere	.190	168	<.001*	.910	168	<.001*
Dependente	.209	168	<.001*	.914	168	<.001*
Zwanghafte	.146	168	<.001*	.952	168	<.001*
Negativistische	.181	168	<.001*	.884	168	<.001*
Depressive	.194	168	<.001*	.890	168	<.001*
Paranoide	.124	168	<.001*	.940	168	<.001*
Schizotype	.255	168	<.001*	.806	168	<.001*
Schizoide	.187	168	<.001*	.917	168	<.001*
Histrionische	.187	168	<.001*	.900	168	<.001*
Narzisstische	.155	168	<.001*	.920	168	<.001*
Borderline	.179	168	<.001*	.929	168	<.001*
Antisozial	.147	168	<.001*	.923	168	<.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.1.2 Korrelationsanalysen

Korrelationsanalysen nach Spearman mit anschließender Alpha-Adjustierung nach Holm ergaben eine signifikante Korrelation der Skala antisoziale Persönlichkeitsstörung ($r_s = .244$, $p = .003$) mit der Skala Therapieabbruch. Tabelle 25 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalyse.

Tabelle 25: Spearman-Korrelationen der SKID II-Skalen mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung, aufgeteilt nach DSM-Clustern

Cluster	Skala	r_s	p	α -Korrektur (Holm)	Lokaler α -Wert
A: sonderbar, exzentrisch	Paranoide	.118	.127	.05/8	.006
	Schizotypische	.016	.834	.05/1	.050
	Schizoide	.108	.163	.05/7	.007
B: dramatisch, emotional	Histrionische	.068	.384	.05/3	.017
	Narzisstische	.122	.117	.05/9	.006
	Borderline	.129	.095	.05/10	.005
	Antisoziale	.224	.003	.05/12	.004*
C: ängstlich, vermeidend	Selbstunsichere	.078	.318	.05/5	.010
	Dependente	-.092	.236	.05/6	.008
	Zwanghafte	.023	.770	.05/2	.025
Keine Cluster-Zuordnung	Negativistische	.143	.064	.05/11	.005
	Depressive	.073	.345	.05/4	.013

* signifikant, da der lokale α -Wert $> p$ ist

3.1.1.3 Logistische Regression

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die Skalen des Verfahrens SKID II ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$Mit \beta * x_i = (-1.151) + .013 * Selbstunsichere_i + (-.024) * Dependente_i + (-.001) * Zwanghafte_i + .010 * Negativistische_i + .003 * Depressive_i + (-.004) * Paranoide_i + (-.016) * Schizotype_i + .008 * Schizoide_i + .009 * Histrionische_i + .002 * Narzisstische_i + .002 * Borderline_i + .018 * Antisoziale_i$$

Im Kontext des Modells wurden die Koeffizienten der Skalen Dependente Persönlichkeitsstörung ($b = -.025$, $p = .031$) und Antisoziale Persönlichkeitsstörung ($b = .018$, $p = .028$) signifikant. Tabelle 26 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 26: Ergebnisse der logistischen Regression der Skalen des Verfahrens SKID II

Cluster	Skala	Koeffizient	SE	z	p
A: sonderbar, exzentrisch	Paranoide	-.004	.009	-.466	.641
	Schizotype	-.016	.013	-1.210	.226
	Schizoide	.008	.008	1.062	.288
B: dramatisch, emotional	Histrionische	.009	.009	.974	.330
	Narzisstische	.002	.015	.150	.881
	Borderline	.002	.012	.180	.857
	Antisoziale	.018	.008	2.203	.028*
C: ängstlich, vermeidend	Selbstunsichere	.013	.009	1.416	.157
	Dependente	-.024	.011	-2.157	.031*
	Zwanghafte	-.001	.010	-.056	.955
Keine Cluster- Zuordnung	Negativistische	.010	.011	.914	.361
	Depressive	.003	.011	.306	.759
	<i>Intercept</i>	<i>-1.151</i>	<i>.547</i>	<i>-2.105</i>	<i>.035*</i>

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.2 Ergebnisse der PCL-R

Die Ergebnisse zeigten einen durchschnittlichen PCL-R-Wert der Gesamtstichprobe von 15.324 ($SD = 5.852$). Die Abbrecher lagen mit 17.000 Punkten ($SD = 5.623$) über den Nicht-Abbrechern mit 13.803 Punkten ($SD = 5.671$). Der erste Faktor fiel im Vergleich zum zweiten in allen Gruppen niedriger aus. Die Abbrecher imponierten mit einem Punktwert in Faktor 1 von 5.348 ($SD = 3.157$) und in Faktor 2 von 9.797 ($SD = 3.376$) mit höheren Werten als Nicht-Abbrecher, die in Faktor 1 nur 3.789 ($SD = 2.872$) und in Faktor 2 nur 8.526 ($SD = 3.690$) erreichten. Die Betrachtung der vier Fassetten zeigte eine Zunahme der Punkte von der ersten bis zur vierten Fassette in allen Gruppen. Auch hier lagen die Abbrecher stets höher (Fassette 1: $M = 1.783$, $SD = 1.739$; Fassette 2: $M = 3.565$, $SD = 1.778$; Fassette 3: $M = 4.667$, $SD = 1.844$; Fassette 4: $M = 6.275$, $SD = 2.319$) als die Nicht-Abbrecher (Fassette 1: $M = 1.339$, $SD = 1.700$; Fassette 2: $M = 2.461$, $SD = 1.570$; Fassette 3: $M = 3.987$, $SD = 1.908$; Fassette 4: $M = 5.500$, $SD = 2.564$). Abbildung 20 veranschaulicht die Ergebnisse, Tabelle 27 listet die Mittelwerte der Stichproben auf.

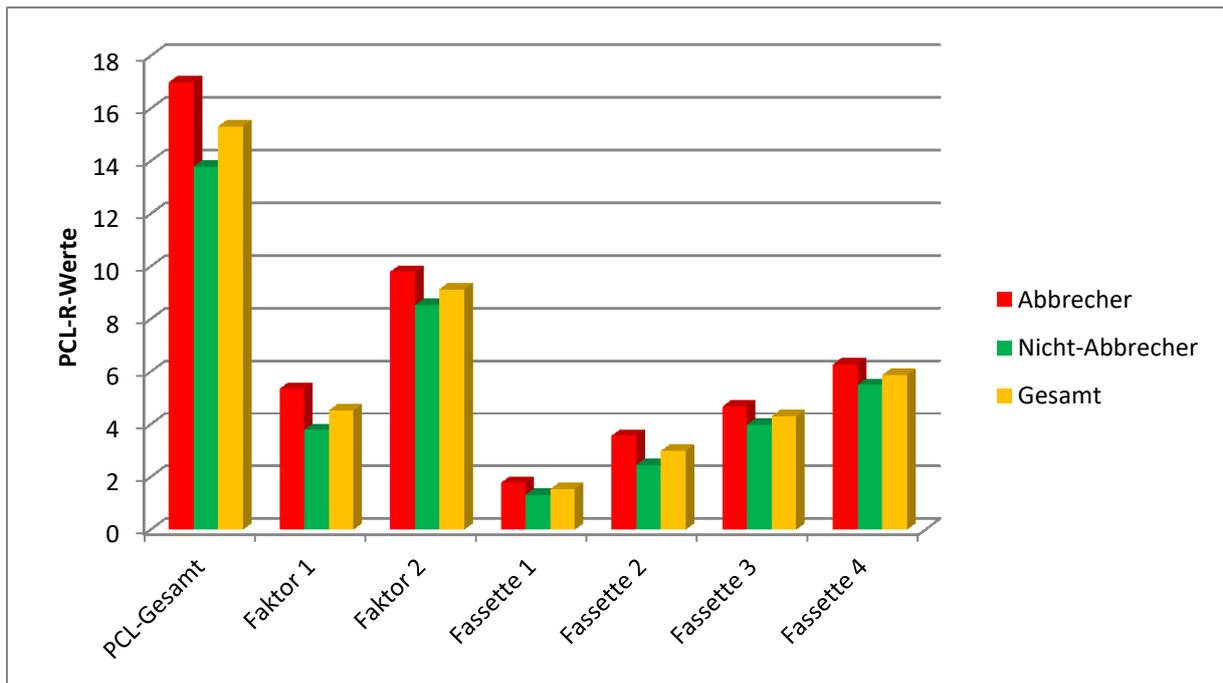


Abbildung 20: Mittelwerte der PCL-R-Werte der Abbrecher ($n=69$), der Nicht-Abbrecher ($n=76$) und der Gesamtstichprobe ($n=145$)

Tabelle 27: Mittelwerte und Standardabweichungen der PCL-R der Abbrecher, Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe, aufgeteilt nach Gesamtwert und den Faktormodellen

PCL-R-Skala	Abbrecher ($n=69$)		Nicht-Abbrecher ($n=76$)		Gesamt ($n=145$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
PCL-R-Gesamtwert	17.000	5.623	13.803	5.671	15.324	5.852
Faktor 1	5.348	3.157	3.789	2.872	4.531	3.100
Faktor 2	9.797	3.376	8.526	3.690	9.131	3.589
Fassette 1	1.783	1.739	1.339	1.700	1.545	1.728
Fassette 2	3.565	1.778	2.461	1.570	2.986	1.756
Fassette 3	4.667	1.844	3.987	1.908	4.310	1.902
Fassette 4	6.275	2.319	5.500	2.564	5.869	2.473

3.1.2.1 Überprüfung der Normalverteilungsannahme

Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme ergab für die Variable PCL-R-Gesamtwert nicht signifikante Ergebnisse (Shapiro-Wilk-Test: $p = .233$; Kolmogorov-Smirnoff-Test: $p = .099$), weshalb eine Normalverteilung angenommen werden kann. Alle anderen Variablen (Faktor 1, Faktor 2, Fassette 1, Fassette 2, Fassette 3, Fas-

sette 4) fielen signifikant aus ($p < .001$), sodass von keiner Normalverteilung ausgegangen wird. Die Ergebnisse der Tests sind in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der PCL-R-Ergebnisse, aufgeteilt nach Gesamtwert, Faktoren und Fassetten

PCL-R-Skala	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
PCL-R-Gesamtwert	.068	145	.099	.988	145	.233
Faktor 1	.124	145	<.001*	.941	145	<.001*
Faktor 2	.091	145	.005*	.981	145	.047*
Fassette 1	.228	145	<.001*	.834	145	<.001*
Fassette 2	.147	145	<.001*	.954	145	<.001*
Fassette 3	.111	145	<.001*	.974	145	.007*
Fassette 4	.123	145	<.001*	.959	145	<.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.2.2 Korrelationsanalysen

Da allein für die Variable PCL-R-Gesamtwert eine Normalverteilung angenommen wird, wird die Berechnung der Korrelation nach Pearson ausgeführt, alle anderen werden nach Spearman berechnet. Infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm zeigten sich signifikante Korrelationen der Variablen PCL-R-Gesamtwert ($r = .274$, $p = .001$) und Fassette 2 ($r_s = .314$, $p < .001$) jeweils mit der Variable Therapieabbruch. Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalyse.

Tabelle 29: Korrelationen der PCL-R-Werte mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung, aufgeteilt nach Faktormodellen

PCL-R-Skala	r / r_s	p	α -Korrektur (Holm)	Lokaler α -Wert
PCL-R-Gesamtwert	.274 ^a	<.001	.05/6	.008*
Faktor 1	.262 ^b	.001	.05/5	.001
Faktor 2	.181 ^b	.030	.05/3	.017
Fassette 1	.146 ^b	.080	.05/1	.050
Fassette 2	.314 ^b	<.001	.05/7	.007*
Fassette 3	.204 ^b	.0140	.05/4	.013
Fassette 4	.149 ^b	.0727	.05/2	.025

^a Korrelation Nach Pearson (Koeffizient r)

^b Korrelation Nach Spearman (Koeffizient r_s)

* signifikant, weil lokaler α -Wert > p ist

3.1.2.3 Logistische Regressionen

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die Variable PCL-R-Gesamtwert ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = (-1.657) + .102 * \text{PCL-R-Gesamtwert}_i$$

Im Kontext des Modells wurde der Koeffizient der Variable PCL-R-Gesamtwert ($b = .102$, $p = .002$) signifikant. Tabelle 30 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 30: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen PCL-R-Gesamtwert

Variable	Koeffizient	SE	z	p
PCL-R Gesamtwert	.102	.032	3.175	.002*
Intercept	-1.657	.521	-3.180	.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

Beispielhaft zeigt Abbildung 21 eine logistische Regression als sigmoide Kurve für das Modell, das die Variable PCL-R Gesamt enthält. Der schattierte Bereich zeigt hierbei den Bereich des 95%-Konfidenzintervalls für die sigmoide Funktion an.

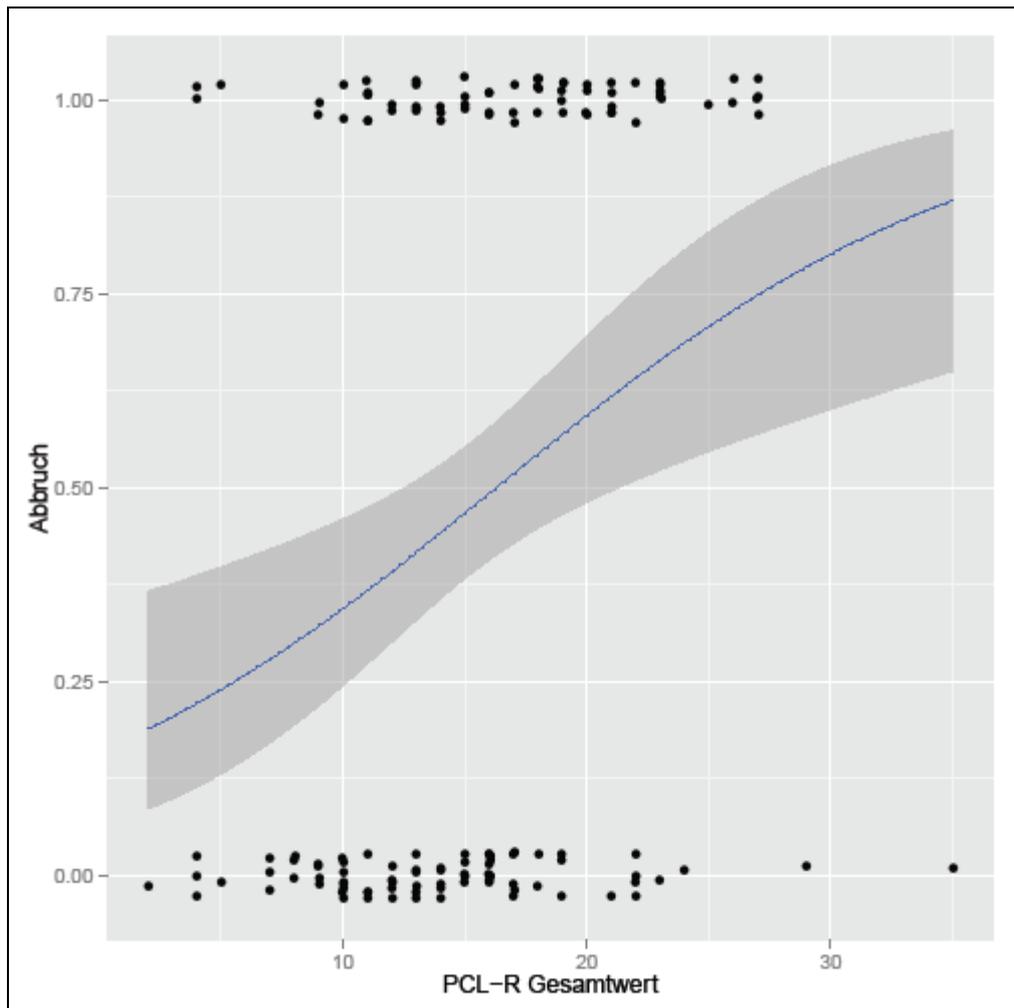


Abbildung 21: Sigmoide Kurve der logistischen Regression der Variable Therapieabbruch auf die Variable PCL-R-Gesamtwert

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die Variablen Faktor 1 und Faktor 2 ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = (-1.420) + .153 * \text{Faktor } 1_i + .069 * \text{Faktor } 2_i$$

Im Kontext des Modells wurde der Koeffizient der Variable Faktor 1 ($b = .153$, $p = .012$) signifikant. Tabelle 31 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 31: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen Faktor 1 und Faktor 2

Variable	Koeffizient	SE	z	p
Faktor 1	.153	.061	2.509	.012*
Faktor 2	.069	.051	1.362	.173
Intercept	-1.420	.515	-2.756	.006*

* signifikant auf dem .05 Niveau

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die Variablen Fassette 1 bis Fassette 4 ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta^* x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta^* x_i = (-1.735) + (-.102) * Fassette 1_i + .427 * Fassette 2_i + .017 * Fassette 3_i + .074 * Fassette 4_i$$

Im Kontext des Modells wurde der Koeffizient der Variable Fassette 2 ($b = .427$, $p = .003$) signifikant. Tabelle 32 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 32: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen Fassette 1 bis Fassette 4

Variable	Koeffizient	SE	z	p
Fassette 1	-.102	.128	-.796	.426
Fassette 2	.427	.142	3.004	.003*
Fassette 3	.017	.116	.150	.881
Fassette 4	.074	.084	.876	.381
Intercept	-1.735	.564	-3.075	.002*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.3 Ergebnisse des FAF

Die Gesamtstichprobe zeigt die höchsten Werte auf der Skala Selbstaggression ($M = 6.061$, $SD = 1.537$), gefolgt von der Skala Erregbarkeit ($M = 5.394$, $SD = 1.937$). Das gleiche gilt für die Abbrecher (Selbstaggression: $M = 6.250$, $SD = 1.443$; Erregbarkeit: $M = 5.711$, $SD = 1.942$) und die Nicht-Abbrecher (Selbstaggression: $M = 5.899$,

$SD = 1.603$; Erregbarkeit: $M = 5.124$, $SD = 1.918$). An dritter Stelle findet sich in allen Gruppen die spontane Aggressivität (Abbrecher: $M = 4.921$, $SD = 1.937$; Nicht-Abbrecher: $M = 4.258$, $SD = 1.825$; Gesamt: $M = 4.564$, $SD = 1.901$). Die Skalen Aggressionshemmung und Offenheit fallen in der Gruppe der Nicht-Abbrecher als einzige Skalen höher aus als in der Gruppe der Abbrecher, in allen anderen Fällen ist es umgekehrt. Abbildung 22 zeigt grafisch die Ergebnisse, deren Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabelle 33 aufgelistet sind.

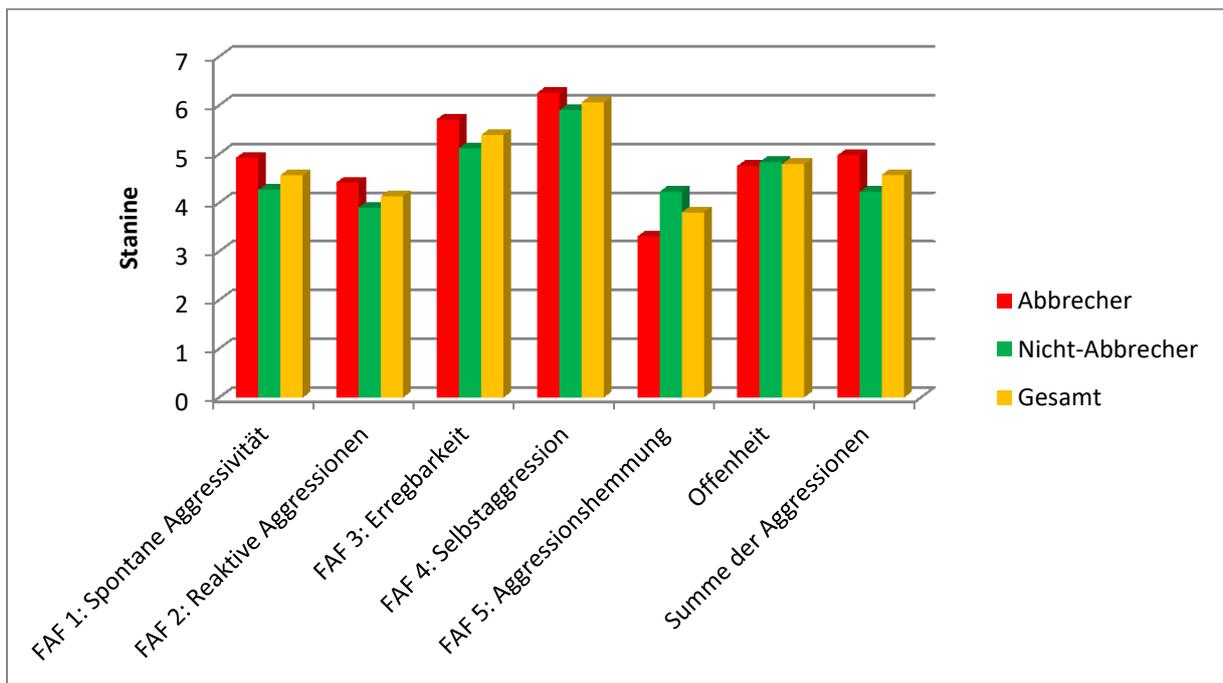


Abbildung 22: Mittelwerte des FAF der Abbrecher ($n=76$), der Nicht-Abbrecher ($n=89$) und der Gesamtstichprobe ($n=165$)

Tabelle 33: Mittelwerte und Standardabweichungen der FAF-Skalen der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe

FAF-Skala	Abbrecher (n=76)		Nicht-Abbrecher (n=89)		Gesamt (n=165)	
	M	SD	M	SD	M	SD
FAF 1: Spontane Aggressivität	4.921	1.937	4.258	1.825	4.564	1.901
FAF 2: Reaktive Aggressionen	4.408	2.034	3.899	1.790	4.133	1.918
FAF 3: Erregbarkeit	5.711	1.942	5.124	1.918	5.394	1.937
FAF 4: Selbstaggression	6.250	1.443	5.899	1.603	6.061	1.537
FAF 5: Aggressionshemmung	3.303	1.673	4.225	1.911	3.800	1.858
Offenheit	4.750	1.576	4.831	1.727	4.794	1.655
Summe der Aggressionen	4.974	2.141	4.225	1.981	4.570	2.084

3.1.3.1 Überprüfung der Normalverteilungsannahme

Sowohl Kolmogorov-Smirnov-Test als auch Shapiro-Wilk Test zeigen signifikante Ergebnisse aller FAF-Skalen ($p < .001$). Somit ist von einer Normalverteilung nicht auszugehen. Die Ergebnisse der Tests sind in Tabelle 34 dargestellt.

Tabelle 34: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der FAF-Ergebnisse, aufgeteilt nach Skalen

FAF-Skala	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
FAF 1: Spontane Aggressivität	.173	165	<.001*	.940	165	<.001*
FAF 2: Reaktive Aggressionen	.141	165	<.001*	.952	165	<.001*
FAF 3: Erregbarkeit	.123	165	<.001*	.951	165	<.001*
FAF 4: Selbstaggression	.182	165	<.001*	.942	165	<.001*
FAF 5: Aggressionshemmung	.176	165	<.001*	.929	165	<.001*
Offenheit	.157	165	<.001*	.955	165	<.001*
Summe der Aggressionen	.123	165	<.001*	.957	165	<.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.3.2 Korrelationsanalysen

Die Korrelationen wurden aufgrund nicht angenommener Normalverteilung nach Spearman berechnet. Es zeigte sich nach Alpha-Korrektur eine signifikante negative

Korrelation der Variable Aggressionshemmung ($r_s = -.262$, $p = .001$) mit der Variable Therapieabbruch. Tabelle 35 zeigt die Korrelationen der einzelnen Skalen.

Tabelle 35: Korrelationen der FAF-Skalen mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung nach Holm

FAF-Skala	r_s	p	α-Korrektur (Holm)	Lokaler α-Wert
FAF 1: Spontane Aggressivität	.183	.018	.05/5	.001
FAF 2: Reaktive Aggressionen	.140	.073	.05/3	.017
FAF 3: Erregbarkeit	.153	.050	.05/4	.013
FAF 4: Selbstaggression	.117	.133	.05/2	.025
FAF 5: Aggressionshemmung	-.262	.001	.05/7	.007*
Offenheit	.003	.972	.05/1	.050
Summe	.192	.013	.05/6	.008

* signifikant, weil lokaler α -Wert $> p$ ist

3.1.3.3 Logistische Regressionen

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die Skalen FAF 1 bis FAF 5 und die Skala Offenheit ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = .125 + .115 * FAF1_i + (-.025) * FAF2_i + .062 * FAF3_i + .128 * FAF4_i + (-.282) * FAF5 + (-.160) * Offenheit_i$$

Im Kontext des Modells wurde der Koeffizient der Skala FAF 5 ($b = -.282$, $p = .006$) signifikant. Tabelle 36 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 36: Ergebnisse der logistischen Regression der Skalen FAF 1 bis FAF 5 und Offenheit

Variable	Koeffizient	SE	z	p
FAF 1: Spontane Aggressivität	.115	.124	.933	.351
FAF 2: Reaktive Aggressionen	-.025	.122	-.207	.836
FAF 3: Erregbarkeit	.062	.117	.534	.593
FAF 4: Selbstaggression	.128	.136	.945	.345
FAF 5: Aggressionshemmung	-.282	.103	-2.753	.006*
Offenheit	-.160	.112	-1.427	.154
<i>Intercept</i>	.125	.848	.147	.883

* signifikant auf dem .05 Niveau

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die FAF Skalen 4 und 5 sowie Offenheit und Summe der Aggressionen ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$Mit \beta * x_i = .343 + .120 * FAF4_i + (-.283) * FAF5_i + (-.156) * Offenheit_i + .125 * Summe_i$$

Im Kontext des Modells wurde der Koeffizient der Variable FAF 5 (b = -.283, p = .005) signifikant. Tabelle 37 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 37: Ergebnisse der logistischen Regression der Skalen FAF 4, FAF 5, Offenheit und Summe der Aggressionen

Variable	Koeffizient	SE	z	p
FAF 4: Selbstaggression	.120	.135	.892	.372
FAF 5: Aggressionshemmung	-.283	.102	-2.790	.005*
Offenheit	-.156	.112	-1.391	.164
Summe der Aggressionen	.125	.108	1.158	.247
<i>Intercept</i>	.342	.830	.412	.680

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.4 Ergebnisse des CFT 20-R

Im Ergebnis zeigt sich, dass die mit dem Verfahren gemessene durchschnittliche Intelligenz der Gesamtstichprobe bei 89.521 IQ-Punkten ($SD = 14.681$) und somit im allgemeinen Durchschnittsbereich (85 bis 115) liegt. Die Nicht-Abbrecher liegen im Mittel mit 91.467 Punkten ($SD = 14.368$) höher als die Abbrecher mit 87.195 Punkten ($SD = 14.805$). In allen dargestellten Bereichen (Abbildung 23) zeigt sich das Muster, dass die Nicht-Abbrecher höhere Werte erzielten als die Abbrecher. Tabelle 38 zeigt die Ergebnisse im Detail (Mittelwerte und Standardabweichungen).

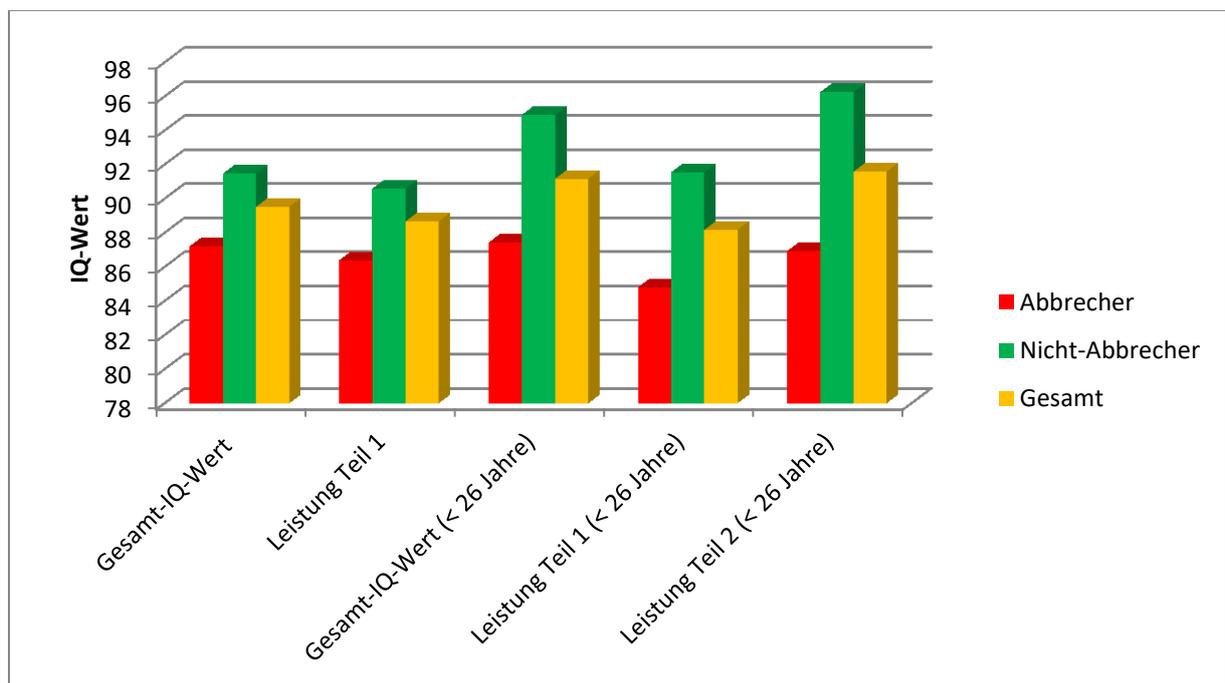


Abbildung 23: Mittelwerte der CFT 20-R-Ergebnisse: Gesamt-IQ-Wert und Leistung im ersten Testteil der Abbrecher ($n=77$), der Nicht-Abbrecher ($n=92$) und der Gesamtstichprobe ($n=169$) sowie der Gesamt-IQ-Wert, erster und zweiter Leistungsteil der unter 26-jährigen (Abbrecher, $n=24$; Nicht-Abbrecher, $n=24$; Gesamt, $n=48$)

Die höheren Werte des Gesamt-IQ-Wertes im Vergleich zur Leistung im ersten Testteil ergeben sich, da auch die Ergebnisse des zweiten Testteils, der nur durch die unter 26-Jährigen bearbeitet wurde, in die Berechnung einbezogen wurden.

Tabelle 38: Mittelwerte und Standardabweichungen der CFT 20-R-Ergebnisse aufgeteilt nach Testwerten, die die Ergebnisse aller oder nur der unter 26-Jährigen repräsentieren

Testwert	Abbrecher			Nicht-Abbrecher			Gesamt		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gesamt-IQ-Wert	77	87.195	14.805	92	91.467	14.368	169	89.521	14.681
Leistung Teil 1	77	86.377	14.900	92	90.587	14.210	169	88.669	14.636
Gesamt-IQ-Wert*	24	87.417	15.234	24	94.917	10.998	48	91.167	13.679
Leistung Teil 1*	24	84.792	15.416	24	91.542	10.891	48	88.167	13.637
Leistung Teil 2*	24	86.917	17.565	24	96.250	12.463	48	91.583	15.787

** nur Probanden unter 26 Jahre, d. h., es wurden beide Testteile bearbeitet*

Für alle weiteren statistischen Überprüfungen werden lediglich Gesamt-IQ-Wert und erster Leistungsteil, die alle Patientenergebnisse beinhalten, sowie der zweite Leistungsteil, der nur von Patienten unter 26 Jahren bearbeitet wurde, herangezogen.

3.1.4.1 Überprüfung der Normalverteilungsannahme

Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme ergab für die Variable Gesamt-IQ-Wert im Kolmogorov-Smirnoff-Test ein signifikantes Ergebnis ($p = .022$). Da der sensitivere Shapiro-Wilk-Test jedoch nicht signifikant ausfiel, wird hier von einer Normalverteilung ausgegangen. Die Prüfungen der weiteren Variablen fielen in beiden Tests nicht signifikant aus, wie Tabelle 39 zeigt, sodass auch hier von normalverteilten Daten ausgegangen wird.

Tabelle 39: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der CFT 20-R-Ergebnisse.

CFT 20-R-Skala	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	<i>Statistik</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Statistik</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Gesamt-IQ-Wert (n=169)	.075	169	.022*	.989	169	.194
Leistung Teil 1 (n=169)	.066	169	.066	.988	169	.145
Leistung Teil 2 (n=48)	.112	48	.172	.958	48	.086

** signifikant auf dem .05 Niveau*

3.1.4.2 Korrelationsanalysen

Aufgrund angenommener Normalverteilung wurden die Korrelationen nach Pearson berechnet. Es zeigte sich nach Alpha-Adjustierung keine signifikante Korrelation dieses Verfahrens bzw. seiner beiden Testteile mit der Variable Therapieabbruch. Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen sind Tabelle 40 zu entnehmen.

Tabelle 40: Korrelationen des CFT 20-R mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung nach Holm

CFT 20-R-Skala	<i>r</i>	<i>p</i>	α -Korrektur (Holm)	Lokaler α -Wert
Gesamt-IQ-Wert (n=169)	-.145	.059	.05/2	.025
Erster Testteil (n=169)	-.144	.062	.05/1	.050
Zweiter Testteil (n=48)	-.299	.039	.05/3	.017

3.1.4.3 Logistische Regressionen

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf den Gesamt-IQ-Wert ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = 1.647 + (-.020) * \text{Gesamt-IQ-Wert}_i$$

Im Kontext des Modells wurde kein Koeffizient signifikant. Tabelle 41 zeigt den entsprechenden Überblick der logistischen Regression.

Tabelle 41: Ergebnisse der logistischen Regression der Variable Gesamt-IQ-Wert

Variable	Koeffizient	SE	z	<i>p</i>
Gesamt-IQ-Wert	-.020	0.011	-1.869	.062
Intercept	1.647	0.986	1.670	.095

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die beiden Leistungsteile ergab das folgende Modell:

$$\text{Abbruch}_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = 3.935 + (-.006) * \text{Teil } 1_i + (-.037) * \text{Teil } 2_i$$

Im Kontext des Modells wurde kein Koeffizient signifikant. Tabelle 42 zeigt einen Überblick.

Tabelle 42: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen des CFT 20-R – Teil 1 und Teil 2

Variable	Koeffizient	SE	z	p
Teil 1	-.006	.0368	-.164	.869
Teil 2	-.037	.0321	-1.153	.249
Intercept	3.935	2.163	1.819	.069

3.1.5 Ergebnis des FOTRES-RNA

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesamtstichprobe auf der Skala Strukturelles Rückfallrisiko einen durchschnittlichen Wert von 2.550 ($SD = .405$) erreicht. Die Abbrecher liegen mit einem mittleren Wert von 2.641 ($SD = .430$) etwas höher als die Nicht-Abbrecher mit 2.472 ($SD = .369$). Die Skala Beeinflussbarkeit zeigt in der Gesamtstichprobe einen Durchschnittswert von 1.960 ($SD = .475$). Hier liegen die Nicht-Abbrecher mit 2.157 ($SD = .398$) höher als die Abbrecher mit 1.728 ($SD = .456$). Abbildung 24 veranschaulicht die durchschnittlichen Ergebnisse des Verfahrens. Tabelle 43 listet die Mittelwerte und Standardabweichungen von FOTRES-RNA auf.

3.1.5.1 Überprüfung der Normalverteilungsannahme

Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme, Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnoff-Test fielen sowohl für das strukturelle Rückfallrisiko, als auch für die Beeinflussbarkeit signifikant aus (jeweils $p < .001$), sodass eine Normalverteilung nicht angenommen wird. Die Ergebnisse der Tests sind in Tabelle 44 dargestellt.

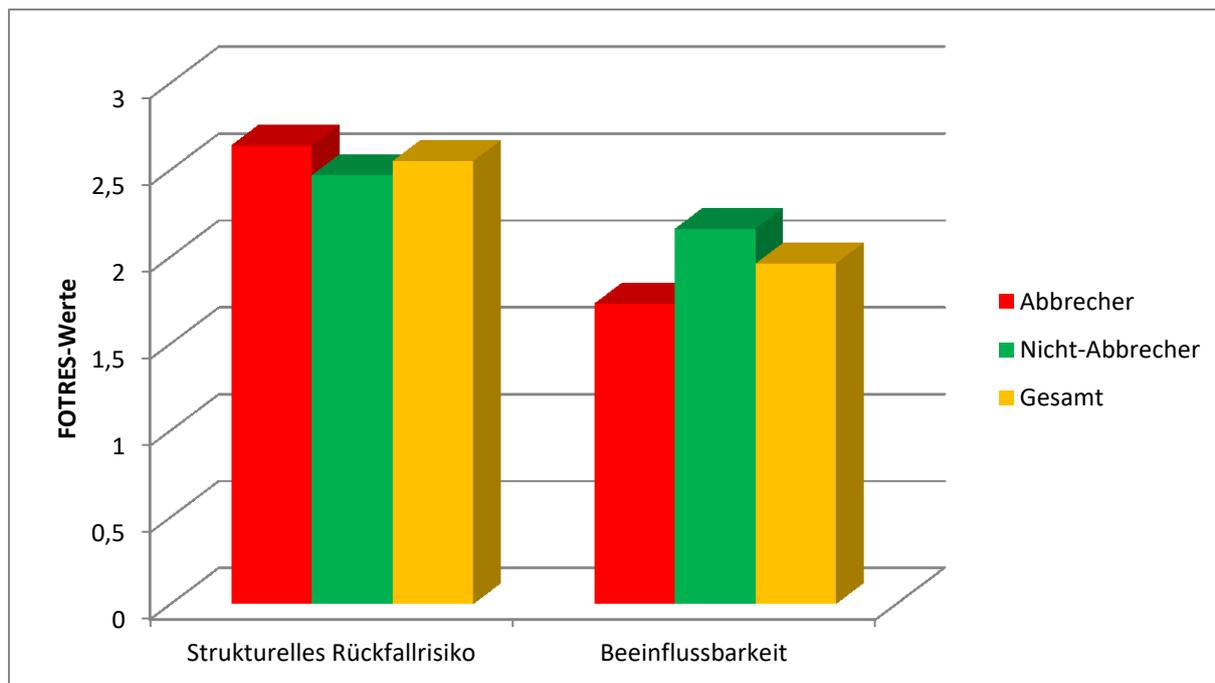


Abbildung 24: Mittelwerte des FOTRES-RNA der Abbrecher (n=46), der Nicht-Abbrecher (n=54) und der Gesamtstichprobe (n=100)

Tabelle 43: Mittelwerte und Standardabweichungen von ST-R und BEE der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe

FOTRES - RNA-Skalen	Abbrecher (n=46)		Nicht-Abbrecher (n=54)		Gesamt (n=100)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Strukturelles Rückfallrisiko	2.641	.430	2.472	.369	2.550	.405
Beeinflussbarkeit	1.728	.456	2.157	.398	1.960	.475

Tabelle 44: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der FOTRES-RNA-Ergebnisse

FOTRES-RNA-Skalen	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Strukturelles Rückfallrisiko	.289	100	<.001*	.855	100	<.001*
Behandelbarkeit	.234	100	<.001*	.897	100	<.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.5.2 Korrelationsanalysen

Da keine Normalverteilung der Ergebnisse anzunehmen ist, wurden Korrelationen nach Spearman berechnet. Die Variable BEE zeigte nach der Alpha-Korrektur nach Holm eine signifikante Korrelation mit der Variable Therapieabbruch ($r_s = .476$, $p < .001$), wie in Tabelle 45 dargestellt.

Tabelle 45: Korrelationen der FOTRES-RNA-Variablen BEE und ST-R mit der Variable Therapieabbruch inklusive α -Fehler-Korrektur nach Holm

FOTRES-RNA-Skalen	r_s	p	α -Korrektur (Holm)	Lokaler α -Wert
Strukturelles Rückfallrisiko	.174	.084	.05/1	.050
Beeinflussbarkeit	.476	<.001	.05/2	.025*

* signifikant, weil lokaler α -Wert > p ist

3.1.5.3 Logistische Regression

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die FOTRES-RNA-Variablen Strukturelles Rückfallrisiko (STR) und Beeinflussbarkeit (BEE) ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta^* x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta^* x_i = 3.467 + .327 * STR_i + 2.287 * BEE_i$$

Im Kontext des Modells wurde der Koeffizient der Variable BEE ($b = 2.287$, $p < .001$) signifikant. Tabelle 46 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 46: Ergebnisse der logistischen Regression der FOTRES-RNA-Variablen Strukturelles Rückfallrisiko (STR) und Beeinflussbarkeit (BEE)

Variable	Koeffizient	SE	z	p
Strukturelles Rückfallrisiko	.327	.620	.528	.598
Beeinflussbarkeit	2.287	.602	3.797	<.001*
Intercept	3.467	2.187	1.586	.113

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.6 Ergebnisse des MELBA

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Gesamtstichprobe einen mittleren Gesamtwert von 169.167 ($SD = 19.383$) erreichte. Die Nicht-Abbrecher erzielten hier einen höheren Wert ($M = 176.071$, $SD = 15.037$) als die Abbrecher ($M = 160.761$, $SD = 20.864$). Abbildung 25 veranschaulicht die Unterschiede. Dieses Muster ist auf allen Skalen zu beobachten, die Nicht-Abbrecher wurden immer besser eingeschätzt als die Gruppe der Abbrecher. Abbildung 26 veranschaulicht die Ergebnisse der einzelnen Skalen, Tabelle 47 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen.

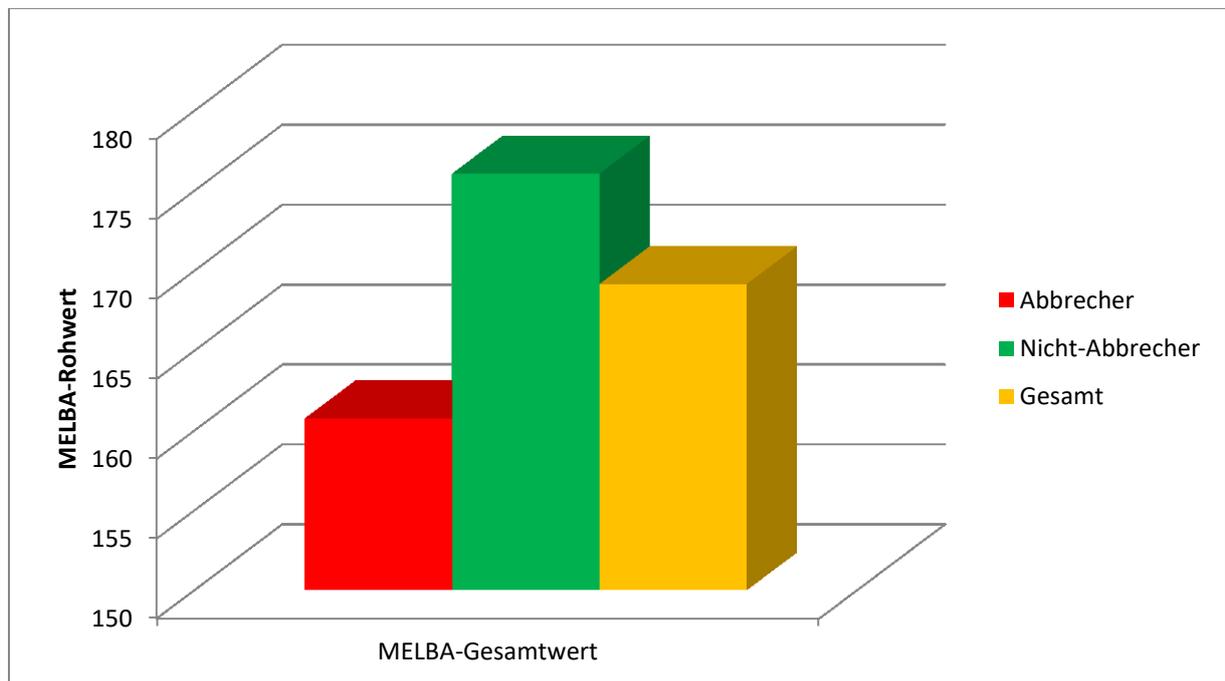


Abbildung 25: Mittelwerte des MELBA-Gesamtrohwertes der Abbrecher ($n=46$), der Nicht-Abbrecher ($n=56$) und der Gesamtstichprobe ($n=102$)

3.1.6.1 Überprüfung der Normalverteilungsannahme

Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme der Ergebnisse mithilfe des Shapiro-Wilk-Tests und des Kolmogorov-Smirnoff-Tests fielen signifikant aus, sodass eine Normalverteilung nicht angenommen wird. Die Ergebnisse der Tests sind in Tabelle 48 dargestellt.

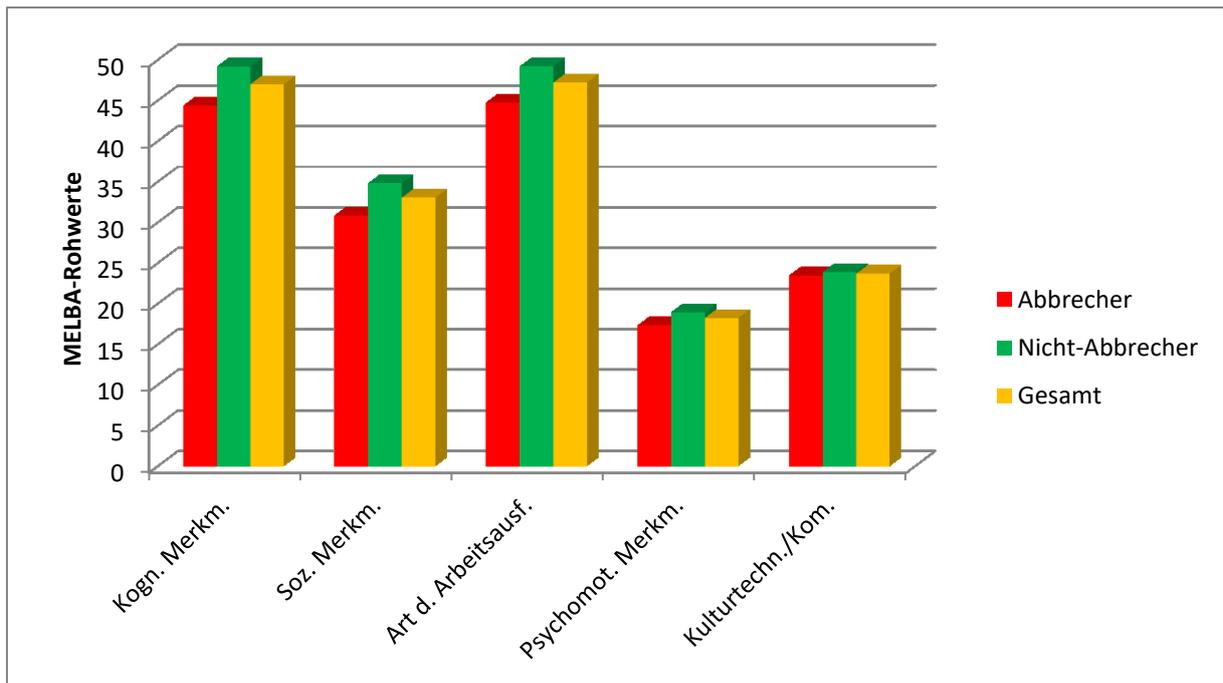


Abbildung 26: Mittelwerte der MELBA-Skalen der Abbrecher (n=46), der Nicht-Abbrecher (n=56) und der Gesamtstichprobe (n=102)

Tabelle 47: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des MELBA inklusive Gesamtwert der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe

MELBA-Skalen	Abbrecher (n=46)		Nicht-Abbrecher (n=56)		Gesamt (n=102)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Kognitive Merkmale	44.348	6.560	49.179	4.966	47.000	6.200
Soziale Merkmale	30.870	5.294	34.839	4.393	33.049	5.190
Art der Arbeitsausführung	44.761	6.890	49.196	4.826	47.196	6.225
Psychomotorische Merkmale	17.326	2.320	18.964	1.944	18.225	2.264
Kulturtechniken/Kommunikation	23.457	1.588	23.893	.593	23.696	1.167
MELBA-Gesamtwert	160.761	20.864	176.071	15.037	169.167	19.383

Tabelle 48: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der Ergebnisse der Skalen des MELBA

MELBA-Skalen	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	P
Kognitive Merkmale	.099	102	.015*	.973	102	.032*
Soziale Merkmale	.126	102	<.001*	.962	102	.005*
Art der Arbeitsausführung	.132	102	<.001*	.914	102	<.001*
Psychomotorische Merkmale	.137	102	<.001*	.937	102	<.001*
Kulturtechniken/Kommunikation	.524	102	<.001*	.282	102	<.001*
MELBA-Gesamtwert	.104	102	.009*	.947	102	<.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.1.6.2 Korrelationsanalysen

Da keine Normalverteilung anzunehmen ist, wurden die Korrelationen nach Spearman berechnet. Die Analyse zeigte nach der Alpha-Adjustierung nach Holm signifikante negative Korrelationen der Variable Gesamtwert ($r_s = -.368$, $p < .001$), der Variable kognitive Merkmale ($r_s = -.360$, $p < .001$), der Variable soziale Merkmale ($r_s = -.366$, $p < .001$), der Variable Merkmale zur Art der Arbeitsausführung ($r_s = -.355$, $p < .001$) und der Variable psychomotorische Merkmale ($r_s = -.383$, $p < .001$) jeweils mit der Variable Therapieabbruch. Tabelle 49 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen.

Tabelle 49: Korrelationen des MELBA-Gesamtwertes und der MELBA-Skalen mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung nach Holm

MELBA-Skalen	r_s	p	α -Korrektur (Holm)	Lokaler α -Wert
Kognitive Merkmale	-.360	<.001	.05/3	.017*
Soziale Merkmale	-.366	<.001	.05/4	.013*
Art der Arbeitsausführung	-.355	<.001	.05/2	.025*
Psychomotorische Merkmale	-.383	<.001	.05/6	.008*
Kulturtechniken	-.178	.073	.05/1	.050
MELBA-Gesamtwert	-.368	<.001	.05/5	.010*

* signifikant, weil lokaler α -Wert $> p$ ist

3.1.6.3 Logistische Regressionen

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf den MELBA-Gesamtwert ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = (8.649) + (-.052) * MELBA\ ges_i$$

Im Kontext des Modells wurde der Koeffizient der Variable MELBA-Gesamtwert ($b = -.052$, $p < 0.001$) signifikant. Tabelle 50 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 50: Ergebnisse der logistischen Regression des MELBA-Gesamtwerts

Variablen	Koeffizient	SE	z	p
MELBA-Gesamtwert	-.052	.015	-3.597	<.001*
Intercept	8.649	2.474	3.496	<.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

Eine logistische Regression der dichotomen Variable Abbruch auf die einzelnen MELBA-Skalen ergab das folgende Modell:

$$Abbruch_i = \frac{1}{(1 + \exp(-\beta * x_i)) + \varepsilon}$$

$$\text{Mit } \beta * x_i = (9.768) + (-.059) * KognMerkm_i + (-.085) * SozMarkm + .022 * Arbeitsausf_i + (-.158) * Psychomot_i + (-.107) * Kulturtechn_i$$

Im Kontext des Modells wurde kein Koeffizient signifikant. Tabelle 51 zeigt einen Überblick über die Koeffizienten.

Tabelle 51: Ergebnisse der logistischen Regression der fünf MELBA-Skalen

Variable	Koeffizient	SE	z	p
Kognitive Merkmale	-.059	.095	-.626	.531
Soziale Merkmale	-.085	.088	-.973	.331
Art der Arbeitsausführung	.022	.099	.225	.822
Psychomotorische Merkmale	-.158	.235	-.674	.501
Kulturtechniken	-.107	.301	-.355	.722
<i>Intercept</i>	9.768	7.052	1.385	.166

3.1.7 Machine Learning – Evaluation der Regressionsmodelle

Zunächst muss ein Schwellenwert zwischen 0 und 1 bestimmt werden, bei dessen Über- bzw. Unterschreitung ein Therapieabbruch bzw. kein Therapieabbruch durch das jeweilige Regressionsmodell vorhersagt wird. Für diesen Zweck wurde der *Recall* als das entscheidende Evaluationsmaß ausgewählt. Es wurde sodann das Intervall von 0.29 und 0.63 in 0.02-er Schritten überprüft. Der Grund für die Auswahl dieses Intervalls liegt darin, dass es bei Werten von unter 0.29 im Zuge der Berechnungen vorgekommen ist, dass in einem der Durchgänge der Kreuzvalidierungen alle Probanden als Abbrecher klassifiziert wurden, bei Werten von über 0.63 hingegen, dass alle Probanden als Nicht-Abbrecher klassifiziert wurden. Bei der Schwelle 0.41 zeigte sich augenscheinlich über die Modelle hinweg ein hoher *Recall* mit zusätzlich guten Ergebnissen der übrigen Maße. Abbildung 27 zeigt am Beispiel des CFT 20-R den Schwellenwert mitsamt den Ergebnissen der Kreuzvalidierungen bezüglich der Evaluationsmaße *Accuracy*, *Recall*, *Precision* und *F1-Wert*. Diesen Evaluationsmaßen wurde also die Schwelle von 0.41 zugrunde gelegt.

Im nächsten Schritt wurden die Regressionsmodelle ausgewählt. Die Skalen der Testverfahren wurden unverändert, also gemeinsam mit den Gesamtwerten, in ein Modell gefügt. Das war im Gegensatz zu den vorherigen Regressionsanalysen möglich, da hier nicht die Relevanz einer einzelnen Variable überprüft werden sollte, sondern nur die Vorhersagekraft. Eine Veränderung im Fall des CFT 20-R musste dennoch vollzogen werden: Der zweite Testteil wurde durch die geringe Probandenzahl mit einem Lebensalter unter 26 Jahren ($n=48$) aus den Modellen entfernt. Dieses Modell beinhaltet also den IQ-Gesamtwert und den ersten Testteil.

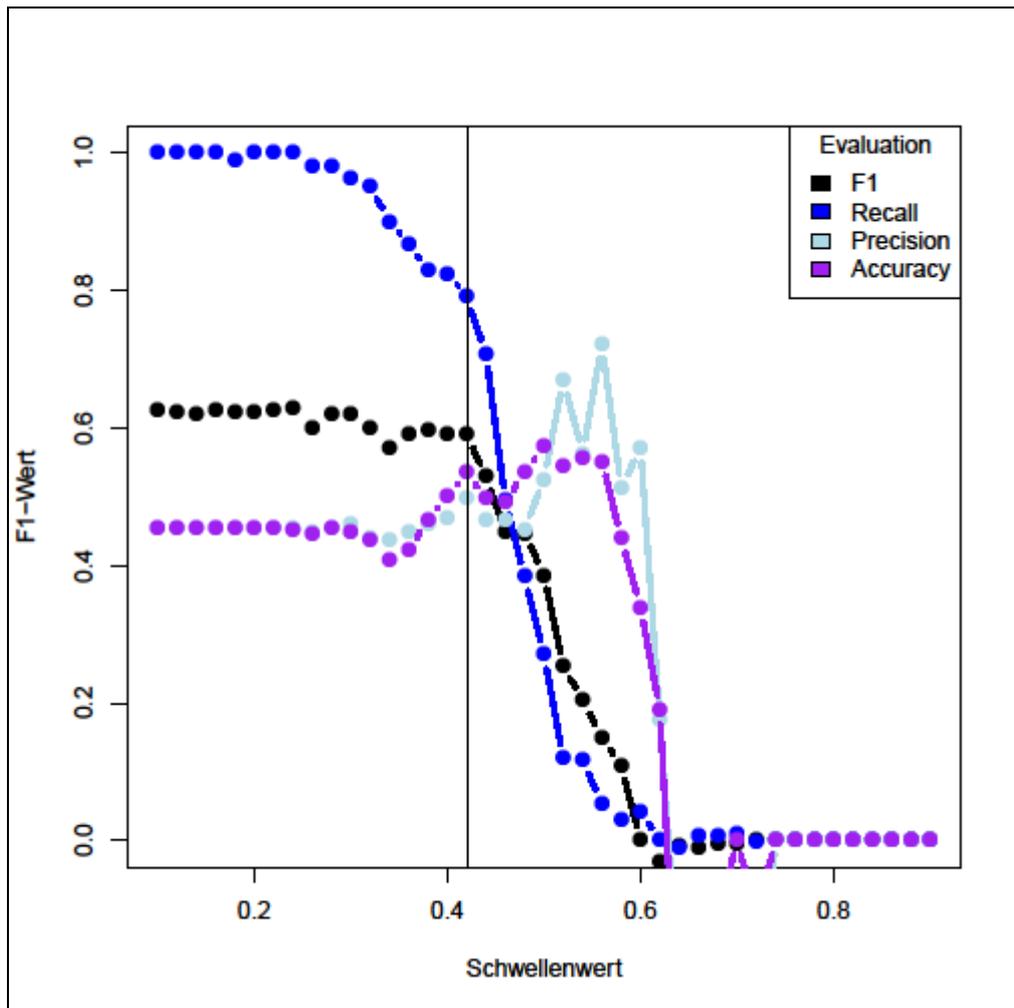


Abbildung 27: Bestimmung des Schwellenwertes am Beispiel des Regressionsmodells mit dem Verfahren CFT 20-R; Überschreitung des Wertes (0.41) bedeutet, dass das Regressionsmodell einen Therapieabbruch vorhersagt

Darüber hinaus wurden zwei Modelle gewählt, die mehrere Testverfahren kombinieren (entsprechend der Hypothese 1.7.1). Im ersten Modell werden die Testungen MELBA, FOTRES-RNA und PCL-R kombiniert ($n=100$), im zweiten Fall SKID II, FAF und CFT 20-R ($n=164$). Tabelle 52 zeigt die Ergebnisse der Evaluationsmaße. Abbildung 28 veranschaulicht grafisch die Ergebnisse der Evaluationsmaße für die einzelnen Regressionsmodelle.

Tabelle 52: Überblick über die Evaluationsmaße bezüglich der Regressionsmodelle

Regressions-Modell	Mittlere Accuracy	Mittlere Precision	Mittlerer Recall	Mittlerer F1-Wert
SKID II	.577	.535	.546	.510
PCL-R	.581	.543	.747	.628
CFT 20-R	.537	.479	.798	.623
FAF	.590	.564	.689	.601
FOTRES-RNA	.592	.516	.748	.655
MELBA	.657	.599	.618	.616
MELBA – PCL-R – FOTRES-RNA	.592	.597	.657	.618
SKID – FAF – CFT 20-R	.527	.475	.661	.528

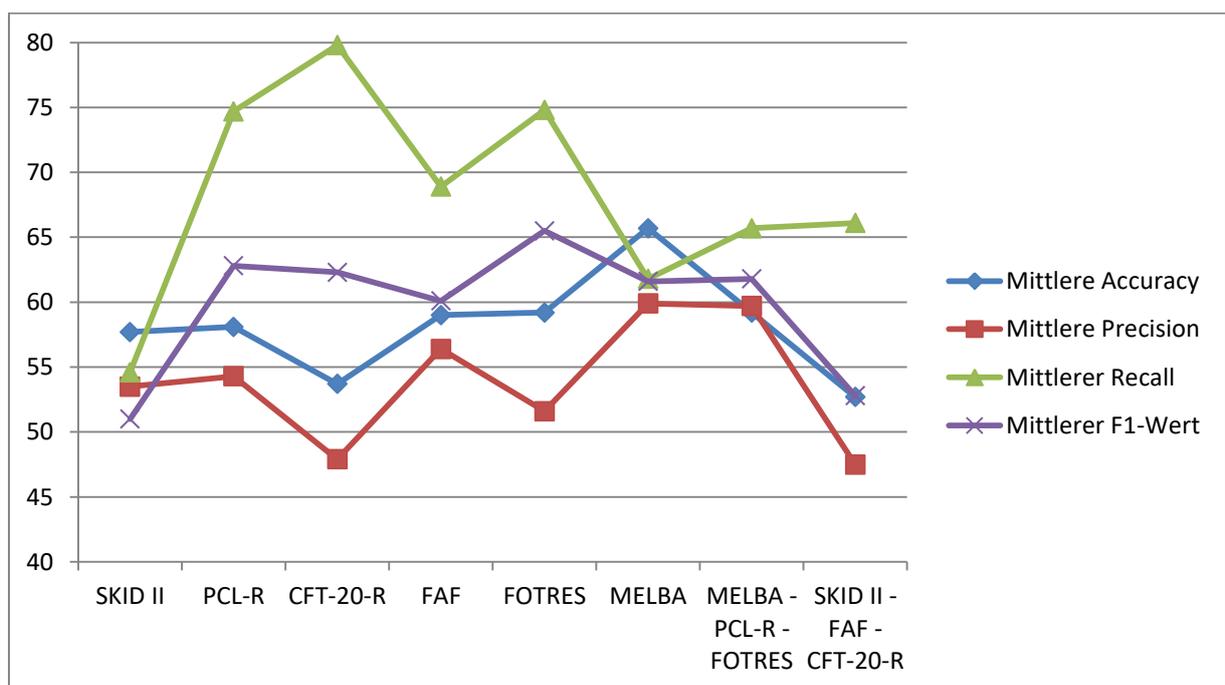


Abbildung 28: Ergebnisse der Evaluationsmaße mittlere Accuracy, mittlerer Recall, mittlere Precision und mittlerer F1-Wert bezüglich der Regressionsmodelle

a) Regressionsmodell: SKID II

Die Überprüfung des Modells mit dem Verfahren SKID II ergab die schlechtesten Ergebnisse bezüglich des *mittleren Recall-Wertes* (54.6 %). Auch wenn der *mittlere*

Precision-Wert nicht das vergleichsweise schlechteste Ergebnis zeigte (53.3 %), so tat es dann der *mittlere F1-Wert* (51.0 %). Die Rate der richtigen Vorhersagen anhand dieses Modells betrug 57.7 % (*mittlere Accuracy*).

b) Regressionsmodell: PCL-R

Das Modell mit dem Verfahren PCL-R sagt anhand des *mittleren Recall-Wertes* im Vergleich zum eben genannten Modell zwar nur 74.7 % der Therapieabbrüche voraus, überzeugt jedoch mit besseren Werten der anderen Evaluationsmaße. Durch einen *mittleren Precision-Wert* von 54.3 % ist der Anteil der tatsächlichen Abbrecher gegenüber den Nicht-Abbrechern, die das Modell als Abbrecher klassifiziert hat, zumindest größer als beim Modell des CFT 20-R. Gleiches gilt für den *mittleren Accuracy-Wert*, der mit einer Rate von 58.1 % besser abschneidet. Das harmonische Mittel (*mittlerer F1-Wert*) von 62.8 % liegt hier leicht über dem Wert des Modells mit dem CFT 20-R.

c) Regressionsmodell: CFT 20-R

Zu sehen ist, dass der *mittlere Recall-Wert* im Fall des CFT 20-R vergleichsweise am höchsten erscheint. Das Modell mit diesem Verfahren sagte also 79.8 % der Therapieabbrüche voraus. Der *mittlere Precision-Wert* von 47.9 % zeigt jedoch, dass unter der Ergebnismenge ein hoher Anteil von Nicht-Abbrechern ist, nämlich 52.1 % (100 %–47.9 %). Die Rate der richtigen Vorhersagen des Modells (*mittlere Accuracy*) beträgt 53.7 %, der *mittlere F1-Wert* liegt bei 62.3 %.

d) Regressionsmodell: FAF

Der *mittlere Recall-Wert* des Modells mit dem Verfahren FAF besagt, dass das Modell 68.9 % der Abbrüche voraussagt. Durch den *mittleren Precision-Wert* von 56.4 % ist der Anteil der tatsächlichen Abbrecher in der Ergebnismenge im Vergleich zu CFT 20-R und PCL-R höher, das harmonische Mittel zwischen *mittlerem Recall-Wert* und *mittlerem Precision-Wert* jedoch im Vergleich zu diesen gering (*mittlerer F1-Wert*: 60.1 %). Die Rate der richtigen Vorhersagen ist mit 59.0 % nahezu auf dem Niveau des Modells mit FOTRES-RNA.

e) Regressionsmodell: FOTRES-RNA

Das Modell mit dem Test FOTRES-RNA sagt 74.8 % der Therapieabbrüche voraus (*mittlerer Recall*). Der Anteil der tatsächlichen Abbrecher liegt bei 51.5 % (*mittlere Precision*) und die Rate der richtigen Vorhersagen bei 59.2 % (*mittlere Accuracy*). Der *mittlere F1-Wert* imponiert hier mit einem Maximum aller *mittleren F1-Werte* der Untersuchung von 65.5 %.

f) Regressionsmodell: MELBA

Das Modell mit dem Verfahren MELBA zeigt einen vergleichsweise niedrigen *mittleren Recall-Wert* von 61.8 %. Die weiteren Evaluationsmaße imponieren hier jedoch mit ähnlich hohen Werten wie bei den vorherigen Modellen. Der *mittlere Precision-Wert* zeigt den Höchstwert mit 59.9 %, damit einen *mittleren F1-Wert* von 61.6 %, der jedoch immer noch geringer ausfällt als beim Modell mit der Kombination aus CFT 20-R, PCL-R und FOTRES. Mit dem Wert *mittlere Accuracy* erreicht das Modell nochmals einen Höchstwert: die Rate der richtigen Vorhersagen des Modells mit MELBA beträgt 65.7 %.

g) Regressionsmodell: MELBA, PCL-R und FOTRES

Die Kombination aus MELBA, PCL-R und FOTRES imponierte mit hohen Werten. Zwar lag der *mittlere Recall-Wert* mit 65.7 % leicht unter dem der Kombination aus SKID II, FAF und CFT 20-R, doch der *mittlere Precision-Wert* (59.7 %) sowie der *mittlere F1-Wert* (61.8 %) fielen deutlich höher aus. Auch der *mittlere Accuracy-Wert* zeigte mit 59.2 % ein höheres Resultat.

h) Regressionsmodell: SKID II, FAF und CFT 20-R

Das Modell, das die Verfahren SKID II, FAF und CFT 20-R kombinierte, sagte 66.1 % der Abbrüche voraus (*mittlerer Recall*). In Ergänzung dazu zeigten sich bei den übrigen Evaluationsmaßen im Vergleich zu den Modellen mit den separaten Verfahren lediglich geringe Werte. Die *mittlere Precision* fiel mit 47.5 % am niedrigsten aus, d. h., dass mit diesem Prozentsatz (< 50 %) der Anteil der Nicht-Abbrecher in der Ergebnismenge in diesem Fall größer ist als der der Abbrecher. Auch der *mittlere F1-Wert* von 52.8 % zeigte ein vergleichsweise schwaches Resultat. Die Rate der richti-

gen Vorhersagen erreichte mit einer *mittleren Accuracy* von 52.7 % einen weiteren maximal schlechten Wert verglichen mit allen berechneten Regressionsmodellen.

3.1.8 Konfigurationsfrequenzanalysen

Mit dem Ziel, Typen statistisch zu identifizieren, wurden Konfigurationsfrequenzanalysen (KFA) berechnet. Als Merkmale wurden die signifikanten Variablen der Korrelationsanalysen (siehe Kapitel 3.1) herangezogen. Tabelle 53 listet die signifikanten Korrelationen aus den vorhergehenden Tests zusammenfassend auf.

Tabelle 53: Signifikante Korrelationen der Variablen der testpsychologischen Aufnahmediagnostik und der Variable Therapieabbruch

Merkmale für die KFA	r_s	n	p
SKID II – Antisoziale Persönlichkeitsstörung	.224	168	.003
PCL-R – Gesamtwert	.274	145	.001
PCL-R – Fassade 2	.314	145	.000
FAF – Aggressionshemmung	-.262	165	.001
FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit	.476	100	.000
MELBA – Kognitive Merkmale	-.360	102	.000
MELBA – Soziale Merkmale	-.366	102	.000
MELBA – Art der Arbeitsausführung	-.355	102	.000
MELBA – Psychomotorische Merkmale	-.383	102	.000
MELBA – Gesamtwert	-.368	102	.000

Die Merkmale wurden unterschiedlichen Konfigurationen zugeordnet. Die Auswahl der Merkmale für die jeweilige Konfiguration geschah zunächst grob mit dem Ziel einer möglichst großen Stichprobe sowie der Bevorzugung von Gesamtwerten vor einzelnen Unterskalen. Sind Typen identifiziert worden, so wurde der jeweilige Gesamtwert in der nachfolgenden Analyse durch die zugehörige Unterskala ersetzt. Beispielsweise sollte zunächst der PCL-R-Gesamtwert berücksichtigt werden, bevor die zweite Fassade als Merkmal in eine Konfiguration einfließt. Ziel war es, aus verschiedenen Konfigurationen Typen zu identifizieren, die den Abbrechern, bzw. den Nicht-Abbrechern zugeordnet werden können.

Es wurden im ersten Analyseschritt pro Merkmal 3 Kategorien gewählt. Die mittlere Kategorie orientiert sich grundsätzlich am Median. Die Anzahl der Probanden in dieser Kategorie wurde mit dem Ziel gesetzt, annähernd einen Umfang von einem Drittel

der Stichprobe des jeweiligen Verfahrens zu erreichen. Die Kategorien darüber und darunter stellen somit die vom Median stark abweichenden Gruppen dar. Auch hier wurde möglichst ein Drittel der Stichprobe anvisiert. Zeigte sich kein Typ innerhalb einer Konfiguration, wurde die Anzahl der Merkmale geändert und die Analyse wiederholt. Wurde dann dann immer noch kein Typ identifiziert, wurde auf weitere Analysen verzichtet.

Der Stichprobenumfang änderte sich bei jeder Konfiguration, da nicht alle Versuchspersonen alle Tests durchlaufen haben. Daher ist es möglich, dass sich der Median in den folgenden Aufzeichnungen leicht verändert und damit auch die Häufigkeiten in den Kategorien. Die jeweilige Einteilung wird daher separat bei der Analysenbeschreibung tabellarisch aufgezeigt.

Im Folgenden werden die Analysen genannt, die eine positive Typidentifizierung zum Ergebnis hatten, sämtliche anderen Analysen fielen negativ aus, d. h. es konnten keine Typen identifiziert werden.

3.1.8.1 Konfigurationsfrequenzanalyse 1

Die Konfigurationsfrequenzanalyse überprüft die Konstellation der Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Gesamtwert (M_2) und MELBA – Gesamtwert (M_3). Tabelle 54 zeigt die Einteilung der Merkmale in Kategorien (r_i).

Tabelle 54: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit, PCL-R – Gesamtwert und MELBA – Gesamtwert

Merkmal	Bezeichnung	Median	Einteilung der Kategorien
M_1	FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit	2	r_1 : 0-1.5 ($n=30$) r_2 : 2 ($n=43$) r_3 : 2.5-4 ($n=27$)
M_2	PCL-R – Gesamtwert	15	r_1 : 0-11 ($n=31$) r_2 : 12-17 ($n=38$) r_3 : 18-40 ($n=31$)
M_3	MELBA – Gesamtwert	170	r_1 : 100–162 ($n=31$) r_2 : 163–177 ($n=38$) r_3 : 178-208 ($n=31$)

Die Zwei-Stichproben-Frequenzanalyse zeigt zunächst das größte Vorkommen der Konstellation 1-3-1, nämlich 12-mal, gefolgt von 2-2-2 mit 10-mal. Die Konstellation 1-3-1 erscheint nur bei den Abbrechern, während 2-2-2 8-mal bei den Nicht-Abbrechern und 2-mal bei den Abbrechern erscheint. Die Analyse zeigte infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm ein signifikantes Ergebnis der Konstellation 1-3-1 im Fall der Abbrecher ($p < .001$), wonach diese als Typ bezeichnet werden kann. Tabelle 55 zeigt einen Überblick über die Analyse.

Tabelle 55: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Gesamtwert (M_2) und MELBA – Gesamtwert (M_3) mit Häufigkeiten (f) der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen

Nr.	M_1	M_2	M_3	f			p	
				Gesamt	Abbrecher	Nicht-Abbrecher	Abbrecher	Nicht-Abbrecher
1	1	1	1	2	2	0	0.209	1.000
2	1	1	2	2	2	0	0.209	1.000
3	1	1	3	1	0	1	1.000	0.540
4	1	2	1	4	2	2	0.628	0.749
5	1	2	2	3	2	1	0.440	0.906
6	1	2	3	1	0	1	1.000	0.540
7	1	3	1	12	12	0	<0.001*	1.000
8	1	3	2	4	3	1	0.251	0.958
9	1	3	3	1	1	0	0.460	1.000
10	2	1	1	2	0	2	1.000	0.289
11	2	1	2	7	3	4	0.710	0.590
12	2	1	3	5	2	3	0.765	.0576
13	2	2	1	3	2	1	0.440	0.906
14	2	2	2	10	2	8	0.984	0.078
15	2	2	3	7	3	4	0.710	0.590
16	2	3	1	4	2	2	0.628	0.749
17	2	3	2	1	0	1	1.000	0.540
18	2	3	3	4	2	2	0.628	0.749
19	3	1	1	1	0	1	1.000	0.540
20	3	1	2	4	1	3	0.919	0.372
21	3	1	3	7	0	7	1.000	0.011
22	3	2	1	1	1	0	0.460	1.000
23	3	2	2	5	3	2	0.424	0.865
24	3	2	3	4	0	4	1.000	0.081
25	3	3	1	2	0	2	1.000	0.289
26	3	3	2	2	0	2	1.000	0.289
27	3	3	3	1	1	0	0.460	1.000

* signifikant infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm, da $0.05/54 > p$.

3.1.8.2 Konfigurationsfrequenzanalyse 2

Die Konfigurationsfrequenzanalyse überprüft die Konstellation der Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Gesamtwert (M_3). Tabelle 56 zeigt die Einteilung in Kategorien (r_i).

Tabelle 56: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – BEE, PCL-R – Fassade 2 und MELBA – Gesamtwert

Merkmal	Bezeichnung	Median	Einteilung der Kategorien
M_1	FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit	2	r_1 : 0-1.5 ($n=30$) r_2 : 2 ($n=43$) r_3 : 2.5-4 ($n=27$)
M_2	PCL-R – Fassade 2	2	r_1 : 0-1 ($n=23$) r_2 : 2-3 ($n=42$) r_3 : 3-7 ($n=35$)
M_3	MELBA – Gesamtwert	170	r_1 : 100–162 ($n=31$) r_2 : 163–177 ($n=38$) r_3 : 178-208 ($n=31$)

Die Zwei-Stichproben-Konfigurationsfrequenzanalyse zeigt zunächst das größte Vorkommen der Konstellation 1-3-1 (11-mal), allerdings erscheint sie nur in der Gruppe der Abbrecher. Die Analyse zeigte infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm ein signifikantes Ergebnis dieser Konstellation ($p < .001$). Sie ist somit als Typ zu klassifizieren. Tabelle 57 zeigt einen Überblick über die Analyse.

Tabelle 57: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Gesamtwert (M_3) mit Häufigkeiten (f) der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen

Nr.	M_1	M_2	M_3	f			p	
				Gesamt	Abbrecher	Nicht-Abbrecher	Abbrecher	Nicht-Abbrecher
1	1	1	1	1	1	0	0.460	1.000
2	1	1	2	2	2	0	0.209	1.000
3	1	1	3	1	0	1	1.000	0.540
4	1	2	1	6	4	2	0.266	0.930
5	1	2	2	4	2	2	0.628	0.749
6	1	2	3	2	1	1	0.711	0.791
7	1	3	1	11	11	0	<0.001*	1.000
8	1	3	2	3	3	0	0.094	1.000
9	1	3	3	0	0	0	1.000	1.000
10	2	1	1	1	0	1	1.000	0.540
11	2	1	2	5	0	5	1.000	0.042
12	2	1	3	6	3	3	0.582	0.734
13	2	2	1	3	1	2	0.847	0.560
14	2	2	2	8	3	5	0.807	0.451
15	2	2	3	7	3	4	0.710	0.590
16	2	3	1	5	3	2	0.424	0.865
17	2	3	2	5	2	3	0.765	0.576
18	2	3	3	3	1	2	0.847	0.560
19	3	1	1	0	0	0	1.000	1.000
20	3	1	2	3	2	1	0.440	0.906
21	3	1	3	4	0	4	1.000	0.081
22	3	2	1	2	0	2	1.000	0.289
23	3	2	2	4	1	3	0.919	0.372
24	3	2	3	7	1	6	0.989	0.085
25	3	3	1	2	1	1	0.711	0.791
26	3	3	2	4	1	3	0.919	0.372
27	3	3	3	1	0	1	1.000	0.540

* signifikant infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm, da $0.05/54 > p$.

3.1.8.3 Konfigurationsfrequenzanalyse 3

Die Konfigurationsfrequenzanalyse überprüft die Konstellation der Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Soziale Merkmale (M_3). Tabelle 58 zeigt die Einteilung in Kategorien (r_i).

Tabelle 58: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – BEE (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Soziale Merkmale (M_3)

Merkmal	Bezeichnung	Median	Einteilung der Kategorien
M_1	FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit	2	r_1 : 0-1.5 ($n=30$) r_2 : 2 ($n=43$) r_3 : 2.5-4 ($n=27$)
M_2	PCL-R – Fassade 2	2	r_1 : 0-1 ($n=23$) r_2 : 2-3 ($n=42$) r_3 : 3-7 ($n=35$)
M_3	MELBA – Soziale Merkmale	33	r_1 : 0-31 ($n=30$) r_2 : 32-35 ($n=34$) r_3 : 36-100 ($n=36$)

Die Zwei-Stichproben-Frequenzanalyse zeigt zunächst das größte Vorkommen der Konstellation 1-3-1 und 2-2-3, nämlich jeweils 11-mal. Auffällig ist jedoch, dass die Konstellation 1-3-1 nur in der Gruppe der Abbrecher vorkommt. Die Analyse zeigte infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm ein signifikantes Ergebnis der Konstellation 1-3-1 ($p < .001$). Sie ist somit als Typ zu klassifizieren. Tabelle 59 zeigt einen Überblick über die Analyse.

Tabelle 59: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Soziale Merkmale (M_3) mit Häufigkeiten (f) der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen

Nr.	M_1	M_2	M_3	f			p	
				Gesamt	Abbrecher	Nicht-Abbrecher	Abbrecher	Nicht-Abbrecher
1	1	1	1	1	1	0	0.460	1.000
2	1	1	2	2	2	0	0.209	1.000
3	1	1	3	1	0	1	1.000	0.540
4	1	2	1	5	2	3	0.765	0.576
5	1	2	2	5	4	1	0.135	0.982
6	1	2	3	2	1	1	0.711	0.791
7	1	3	1	11	11	0	<0.001*	1.000
8	1	3	2	2	2	0	0.209	1.000
9	1	3	3	1	1	0	0.460	1.000
10	2	1	1	0	0	0	1.000	1.000
11	2	1	2	5	0	5	1.000	0.042
12	2	1	3	6	3	3	0.582	0.734
13	2	2	1	4	1	3	0.919	0.372
14	2	2	2	3	2	1	0.440	0.906
15	2	2	3	11	3	8	0.953	0.159
16	2	3	1	4	2	2	0.628	0.749
17	2	3	2	7	3	4	0.710	0.590
18	2	3	3	3	2	1	0.440	0.906
19	3	1	1	0	0	0	1.000	1.000
20	3	1	2	3	2	1	0.440	0.906
21	3	1	3	4	0	4	1.000	0.081
22	3	2	1	3	1	2	0.847	0.560
23	3	2	2	3	1	2	0.847	0.560
24	3	2	3	7	0	7	1.000	0.011
25	3	3	1	2	1	1	0.711	0.791
26	3	3	2	4	1	3	0.919	0.372
27	3	3	3	1	0	1	1.000	0.540

* signifikant infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm, da $0.05/54 > p$.

3.1.8.4 Konfigurationsfrequenzanalyse 4

Die Konfigurationsfrequenzanalyse überprüft die Konstellation der Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Art der Arbeitsausführung (M_3). Jedes Merkmal wurde in 3 Kategorien eingeteilt, wie Tabelle 60 zeigt.

Tabelle 60: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – BEE (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Art der Arbeitsausführung (M_3)

Merkmal	Bezeichnung	Median	Einteilung der Kategorien
M_1	FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit	2	r_1 : 0-1.5 ($n=30$) r_2 : 2 ($n=43$) r_3 : 2.5-4 ($n=27$)
M_2	PCL-R – Fassade 2	2	r_1 : 0-1 ($n=23$) r_2 : 2-3 ($n=42$) r_3 : 3-7 ($n=35$)
M_3	MELBA – Art der Arbeitsausführung	48	r_1 : 0-45 ($n=33$) r_2 : 46-50 ($n=37$) r_3 : 51-58 ($n=30$)

Die Zwei-Stichproben-Frequenzanalyse zeigt, wie in den vorhergehenden Analysen, das größte Vorkommen der Konstellation 1-3-1. Wieder entsteht der Wert von 11 allein durch die Gruppe der Abbrecher. Die Analyse zeigte infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm ein signifikantes Ergebnis der Konstellation 1-3-1 ($p < .001$). Sie ist somit als Typ zu klassifizieren. Tabelle 61 zeigt einen Überblick über die Analyse.

Tabelle 61: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit (M_1), PCL-R – Fassade 2 (M_2) und MELBA – Art der Arbeitsausführung (M_3) mit Häufigkeiten (f) der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen

Nr.	M_1	M_2	M_3	f			p	
				Gesamt	Abbrecher	Nicht-Abbrecher	Abbrecher	Nicht-Abbrecher
1	1	1	1	3	3	0	0.094	1.000
2	1	1	2	0	0	0	1.000	1.000
3	1	1	3	1	0	1	1.000	0.540
4	1	2	1	5	3	2	0.424	0.865
5	1	2	2	4	3	1	0.251	0.958
6	1	2	3	3	1	2	0.847	0.560
7	1	3	1	10	10	0	<0.001*	1.000
8	1	3	2	4	4	0	0.042	1.000
9	1	3	3	0	0	0	1.000	1.000
10	2	1	1	2	0	2	1.000	0.289
11	2	1	2	4	0	4	1.000	0.081
12	2	1	3	6	3	3	0.582	0.734
13	2	2	1	3	1	2	0.847	0.560
14	2	2	2	9	4	5	0.670	0.602
15	2	2	3	5	1	4	0.958	0.235
16	2	3	1	5	3	2	0.424	0.865
17	2	3	2	5	2	3	0.765	0.576
18	2	3	3	4	2	2	0.628	0.749
19	3	1	1	0	0	0	1.000	1.000
20	3	1	2	3	2	1	0.440	0.906
21	3	1	3	4	0	4	1.000	0.081
22	3	2	1	3	0	3	1.000	0.153
23	3	2	2	5	2	3	0.765	0.576
24	3	2	3	5	0	5	1.000	0.042
25	3	3	1	2	1	1	0.711	0.791
26	3	3	2	3	1	2	0.847	0.560
27	3	3	3	2	0	2	1.000	0.289

* signifikant infolge der Alpha-Adjustierung nach Holm, da $0.05/54 > p$.

3.1.8.5 Zusammenfassung der Konfigurationsfrequenzanalysen

Anhand der berechneten Konfigurationsfrequenzanalysen können insgesamt vier Typen identifiziert werden, die alle der Gruppe der Abbrecher zugeordnet werden. Die Merkmale M_1 und M_3 fallen in allen Fällen in die Kategorie 1, d. h. sie zeigen besonders geringe Werte. Das Merkmal M_2 hingegen fällt in die Kategorie 3 und zeigt somit in der Gruppe der Abbrecher besonders hohe Werte. Tabelle 62 veranschaulicht die Ergebnisse zusammenfassend.

Tabelle 62: Übersicht über die identifizierten Typen aus den Konfigurationsfrequenzanalysen; blau eingefärbte Merkmale weisen auf Kategorie 1 hin, d. h. besonders niedrige Werte, gelb eingefärbte Merkmale weisen auf Kategorie 3, d. h. besonders hohe Werte

	Merkmals 1	Merkmals 2	Merkmals 3	n
Typ 1	FOTRES-RNA – BEE	PCL-R – Gesamt	MELBA – Gesamt	100
Typ 2	FOTRES-RNA – BEE	PCL-R – Fassette 2	MELBA – Gesamt	100
Typ 3	FOTRES-RNA – BEE	PCL-R – Fassette 2	MELBA – Soziale Merkmale	100
Typ 4	FOTRES-RNA – BEE	PCL-R – Fassette 2	MELBA – Art der Arbeitsausführung	100

3.2 Ergebnisse der Überprüfung der relevanten Verlaufsdaten

Die durchschnittliche Dauer vom Zeitpunkt des Therapieabbruchs bis zur Verschiebung in die Justizvollzugsanstalt beträgt in der Stichprobe der 109 Patienten 91.624 Tage ($SD = 73.286$; siehe Kapitel 3.2.6). Vorausgesetzt, abbruchswillige Patienten möchten keine zusätzliche Zeit im Gefängnis verbringen, so muss die Abbruchstellungnahme der Klinik spätestens 3 Monate vor ihrem Zwei-Drittel-Termin geschrieben und abgeschickt sein. Insofern definiert sich für die Gruppe der Frühabbrecher ein Abbruchszeitpunkt von mindestens 92 Tagen vor dem Zwei-Drittel-Termin, während für die Gruppe der Spätabbrecher der Zeitpunkt danach gilt, d. h. der Zeitpunkt der Abbruchstellungnahme liegt weniger als 92 Tage vor dem jeweiligen Zwei-Drittel-Termin.

Im folgenden ersten Schritt wird die Größe der Untergruppen erhoben (Kapitel 3.2.1). Danach werden Mittelwerte mit Standardabweichung der Zeitvariablen (ab Kapitel 3.2.2) berechnet und angegeben. Da die Prüfungen der Normalverteilungsannahmen der Ergebnisse überwiegend nicht signifikant ausfielen (Shapiro-Wilk-Test, Kolmogorov-Smirnov-Test; siehe Anhang), sodass von einer Normalverteilung Abstand genommen werden muss, werden Unterschiede der Gruppen nicht-parametrisch durch den Mann-Whitney-U-Test berechnet. Zuletzt soll zusätzlich diejenige Gruppe näher betrachtet werden, deren Stellungnahmen nach dem Zwei-Drittel-Termin verfasst worden sind (Kapitel 3.2.8).

3.2.1 Aufteilung der Stichprobe in Untergruppen

Die Stichprobe der Abbrecher ($n=109$) wurde in die Gruppen der Früh- und Spätabbrecher aufgeteilt. Hier ist zu sehen, dass die Gruppe der Frühabbrecher mit 57 Patienten (52.3 %) die Gruppe der Spätabbrecher mit 52 Patienten (47.7 %) leicht überwiegt. Ebenso sind in der Gruppe der Fremdabbrecher ($n=58$, 53.2 %) mehr Patienten zu verzeichnen als in der Gruppe der Selbstabbrecher ($n=51$, 46.8 %). Die weitere Aufteilung in Untergruppen zeigt, dass die späten Fremdabbrecher ($n=30$, 27.5 %) und die frühen Selbstabbrecher ($n=29$, 26.6 %) am stärksten sind, gefolgt von den frühen Fremdabbrechern mit 28 Patienten (25.7 %). Die späten Selbstabbrecher zeigen sich als kleinste Gruppe mit 22 Patienten (20.2 %). Tabelle 63 zeigt die Häufigkeiten und Prozente der Stichprobe und der jeweiligen Untergruppen, Abbildung 29 veranschaulicht die Unterschiede der vier Untergruppen.

Tabelle 63: Aufteilung der Gesamtstichprobe in Untergruppen mit Angabe der Anzahl (n) und des prozentualen Anteils (%) an der Gesamtstichprobe

	Frühabbrecher		Spätabbrecher		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Selbstabbrecher	29	26.6	22	20.2	51	46.8
Fremdabbrecher	28	25.7	30	27.5	58	53.2
Gesamt	57	52.3	52	47.7	109	100

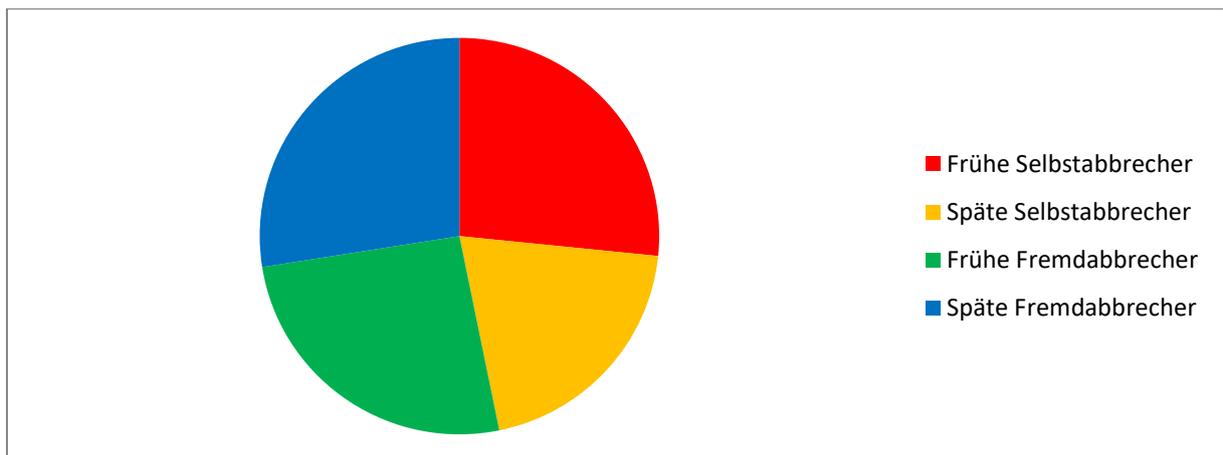


Abbildung 29: Prozentualer Anteil der vier Gruppen frühe Selbstabbrecher, späte Selbstabbrecher, frühe Fremdabbrecher und späte Fremdabbrecher an der Gesamtstichprobe (n=109)

3.2.2 Parallele Haftstrafe

Die Abbrecher wurden durchschnittlich zu einer parallelen Haftstrafe von 39.211 ($SD = 27.619$) Monaten verurteilt. Die höchsten Haftstrafen zeigen sich in der Gruppe der frühen Fremddabbrecher ($M = 51.643$, $SD = 35.994$), die niedrigsten in der Gruppe der späten Selbstabbrecher ($M = 26.636$, $SD = 14.760$). Tabelle 64 stellt die Mittelwerte der parallelen Haftstrafe für die Stichprobe und die Untergruppen dar, Abbildung 30 veranschaulicht die Mittelwerte.

Tabelle 64: Mittelwerte und Standardabweichungen der parallelen Haftstrafen in Monaten der Stichprobe sowie der Untergruppen

	Frühabbrecher		Spätabbrecher		Gesamt	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Selbstabbrecher	32.552	16.505	26.636	14.760	30.000	15.900
Fremdabbrecher	51.643	35.994	43.267	29.720	47.310	32.877
Gesamt	41.930	29.216	36.231	25.706	39.211	27.619

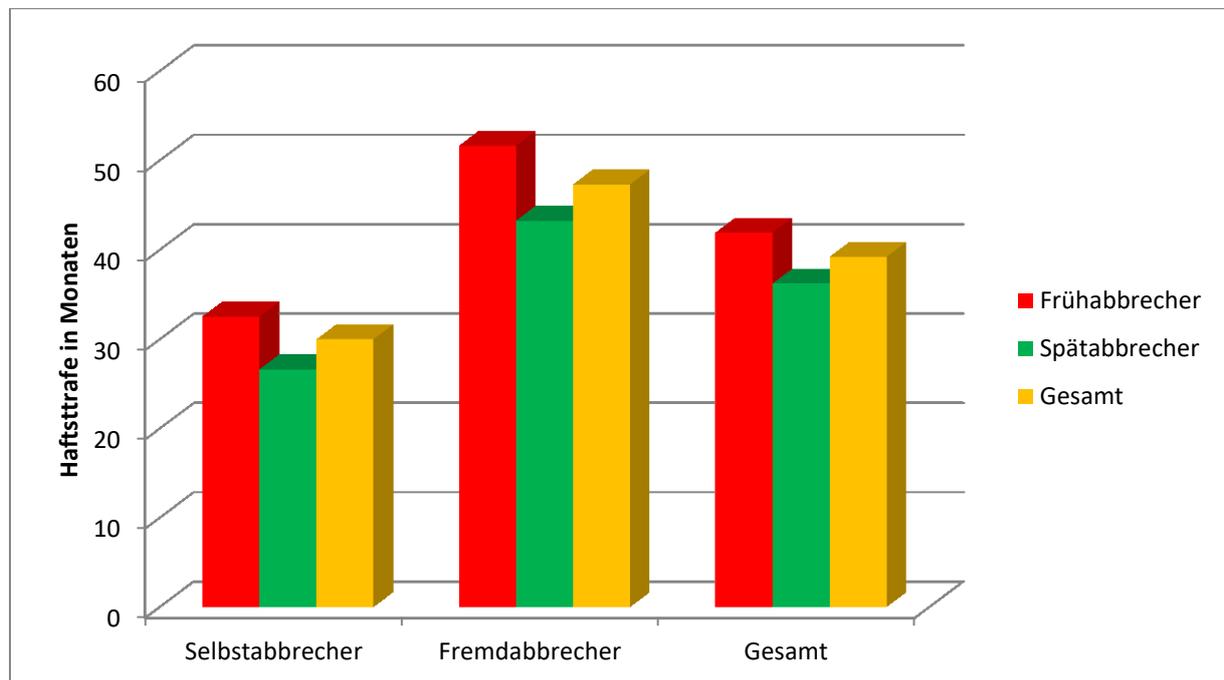


Abbildung 30: Mittelwerte der parallelen Haftstrafen in Monaten der Selbst- und Fremddabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher

Die Fremdbrecher zeigten signifikant höhere Haftstrafen als die Selbstbrecher ($U = 850.5$; $p < .001$). Des Weiteren ergaben sich signifikante Unterschiede bei folgenden Gruppenvergleichen: Frühe Selbstbrecher hatten signifikant niedrigere Haftstrafen als frühe Fremdbrecher ($U = 232.5$, $p = .006$) und späte Fremdbrecher ($U = 293$, $p = .031$). Späte Selbstbrecher hatten signifikant niedrigere Haftstrafen als späte Fremdbrecher ($U = 176$, $p = .004$) und frühe Fremdbrecher ($U = 149$, $p = .002$). Tabelle 65 zeigt einen Überblick über die Vergleiche der Untergruppen.

Tabelle 65: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der parallelen Haftstrafe

Untergruppe 1	Untergruppe 2	U	p
Selbstbrecher	Fremdbrecher	850.5	<.001*
Frühbrecher	Spätbrecher	1322.5	.333
Frühe Selbstbrecher	Späte Selbstbrecher	239.5	.130
Frühe Fremdbrecher	Späte Fremdbrecher	357	.326
Frühe Selbstbrecher	Frühe Fremdbrecher	232.5	.006*
Späte Selbstbrecher	Späte Fremdbrecher	176	.004*
Frühe Selbstbrecher	Späte Fremdbrecher	293	.031*
Späte Selbstbrecher	Frühe Fremdbrecher	149	.002*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.2.3 Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin

Die Abbrecher verbrachten im Durchschnitt 506.064 Tage ($SD = 434.743$); bzw. knapp 17 Monate vom Beginn der Unterbringung bis zum Zwei-Drittel-Termin im Maßregelvollzug. Das längste Zeitintervall erschien bei den frühen Fremdbrechern mit 845.429 Tagen ($SD = 591.487$), umgerechnet ca. 28 Monate. Die kürzeste Dauer erschien bei späten Selbstbrechern mit 204.455 Tagen ($SD = 225.679$), umgerechnet ca. 6 Monate. Tabelle 66 zeigt alle Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable, Abbildung 31 verdeutlicht die Mittelwerte im Diagramm.

Tabelle 66: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin der Stichprobe sowie der Untergruppen

	Frühabbrecher		Spätabbrecher		Gesamt	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Selbstabbrecher	516.621	251.453	204.455	225.679	381.961	284.921
Fremdabbrecher	845.429	591.487	400.300	297.185	615.190	510.881
Gesamt	678.140	477.282	317.422	284.144	506.064	434.743

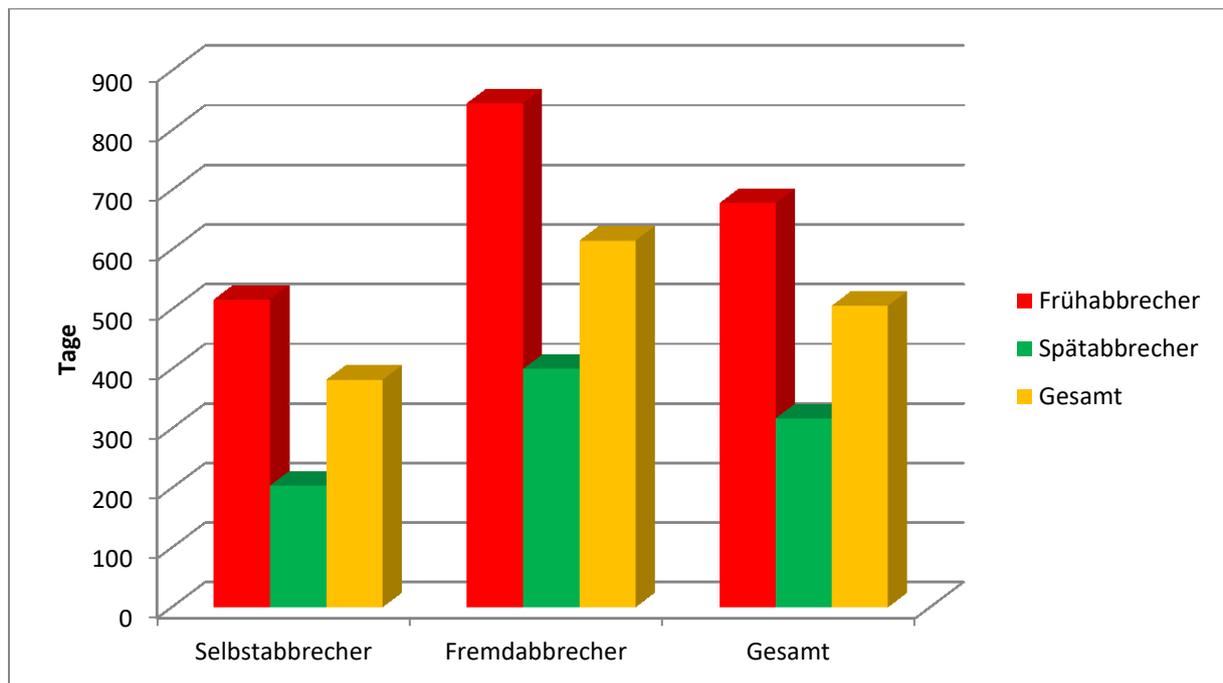


Abbildung 31: Mittelwerte der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher

Die Gruppe der Selbstabbrecher verbrachte signifikant weniger Tage zwischen der Aufnahme und dem Zwei-Drittel-Termin im Maßregelvollzug als die Gruppe der Fremdabbrecher ($U = 948, p = .001$). Die frühen Abbrecher unterschieden sich signifikant von den späten Abbrechern ($U = 719.5, p < .001$).

Die späten Selbstabbrecher zeigten eine signifikant niedrigere Anzahl an Tagen zwischen der Aufnahme und dem Zwei-Drittel-Termin als die frühen Selbstabbrecher ($U = 114, p < .001$), als die frühen Fremdabbrecher ($U = 44.5, p < .001$) und als die späten Fremdabbrecher ($U = 189, p = .009$). Die frühen Fremdabbrecher wiesen daneben signifikant mehr Tage als die frühen Selbstabbrecher ($U = 223.5, p = .004$) und

die späten Fremdbabbrecher ($U = 182, p < .001$) auf. Tabelle 67 zeigt einen Überblick über die Vergleiche der Untergruppen.

Tabelle 67: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin

Untergruppe 1	Untergruppe 2	U	p
Selbstabbrecher	Fremdbabbrecher	948	.001*
Frühabbrecher	Spätabbrecher	719.5	<.001*
Frühe Selbstabbrecher	Späte Selbstabbrecher	114	<.001*
Frühe Fremdbabbrecher	Späte Fremdbabbrecher	182	<.001*
Frühe Selbstabbrecher	Frühe Fremdbabbrecher	223.5	.004*
Späte Selbstabbrecher	Späte Fremdbabbrecher	189	.009*
Frühe Selbstabbrecher	Späte Fremdbabbrecher	379	.396
Späte Selbstabbrecher	Frühe Fremdbabbrecher	44.5	<.001*

* *signifikant auf dem .05 Niveau*

3.2.4 Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme

Bis zum Therapieabbruch verbringen die Patienten durchschnittlich 351.927 Tage ($SD = 286.345$), also ca. 12 Monate, im Maßregelvollzug. Die höchste Anzahl zeigen die späten Fremdbabbrecher mit 604.467 Tagen ($SD = 289.805$), ca. 20 Monate, die niedrigste Anzahl die frühen Selbstabbrecher mit 137.724 Tagen ($SD = 137.493$), ca. 5 Monate. Tabelle 68 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der getesteten Gruppen. Abbildung 32 veranschaulicht die Ergebnisse.

Tabelle 68: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme der Stichprobe sowie der Untergruppen

	Frühabbrecher		Spätabbrecher		Gesamt	
	M	SD	M	SD	M	SD
Selbstabbrecher	137.724	137.493	324.682	268.555	218.373	222.762
Fremdbabbrecher	324.607	254.955	604.467	247.416	469.362	286.068
Gesamt	229.526	222.883	486.096	289.805	351.927	286.345

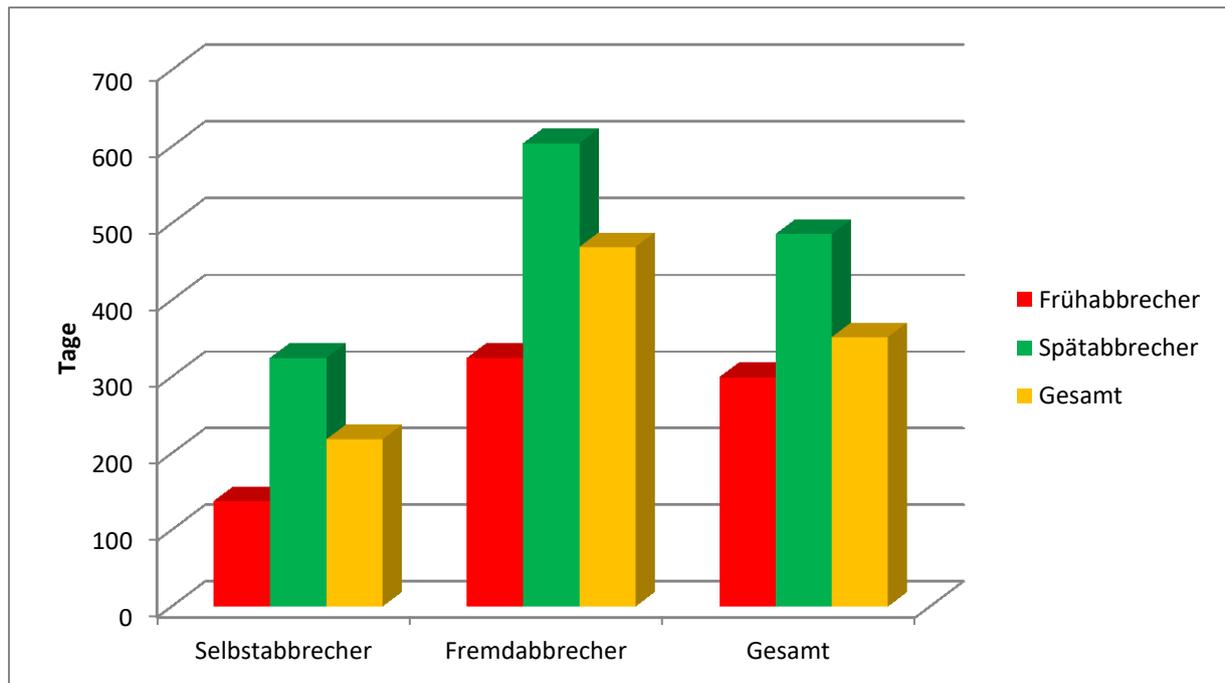


Abbildung 32: Mittelwerte der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher

Die Überprüfung statistisch signifikanter Unterschiede der Untergruppen ist in diesem Fall nur bei den Selbst- und Fremdabbrechern sinnvoll. Die Früh- und Spätabbrecher unterscheiden sich sicher signifikant, da das Merkmal des Abbruchszeitpunktes bereits als differenzierendes Element von vornherein in die hypothetische Begrenzung zwischen Früh- und Spätabbrechern einbezogen wurde.

Der Vergleich der Selbst- und Fremdabbrecher ergab einen signifikanten Unterschied ($U = 675.5, p < .001$). Sowohl im Vergleich der frühen Selbstabbrecher zu den frühen Fremdabbrechern ($U = 181.5, p < .001$) als auch der späten Selbstabbrecher zu den späten Fremdabbrechern ($U = 141.5, p < .001$) zeigten sich signifikante Unterschiede, wie Tabelle 69 zeigt.

Tabelle 69: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme

Untergruppe 1	Untergruppe 2	U	p
Selbstabbrecher	Fremdabbrecher	675.5	<.001*
Frühe Selbstabbrecher	Frühe Fremdabbrecher	181.5	<.001*
Späte Selbstabbrecher	Späte Fremdabbrecher	141.5	<.001*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.2.5 Anzahl der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme

Im Durchschnitt wurden die Abbruchstellungnahmen 154.138 Tage ($SD = 438.778$), ca. 5 Monate, vor dem Zwei-Drittel-Termin geschrieben. Hier imponieren die frühen Fremdabbrecher mit dem größten Abstand zum Zwei-Drittel-Termin: die Stellungnahmen wurden im Mittel 520.821 Tage ($SD = 497.690$), also ca. 17 Monate, vor dem Zwei-Drittel-Termin geschrieben. Im Fall der späten Fremdabbrecher wurden die Stellungnahmen durchschnittliche 204.167 Tage ($SD = 199.441$), ca. 7 Monate, nach dem Zwei-Drittel-Termin verfasst. Tabelle 70 zeigt alle Mittelwerte und Standardabweichungen, in Abbildung 33 werden die Mittelwerte grafisch dargestellt.

Tabelle 70: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme der Stichprobe sowie der Untergruppen

	Frühabbrecher		Spätabbrecher		Gesamt	
	M	SD	M	SD	M	SD
Selbstabbrecher	-378.897	230.033	120.227	186.776	-163.588	326.518
Fremdabbrecher	-520.821	497.690	204.167	199.441	-145.828	520.687
Gesamt	-448.614	388.595	168.654	196.815	-154.138	438.778

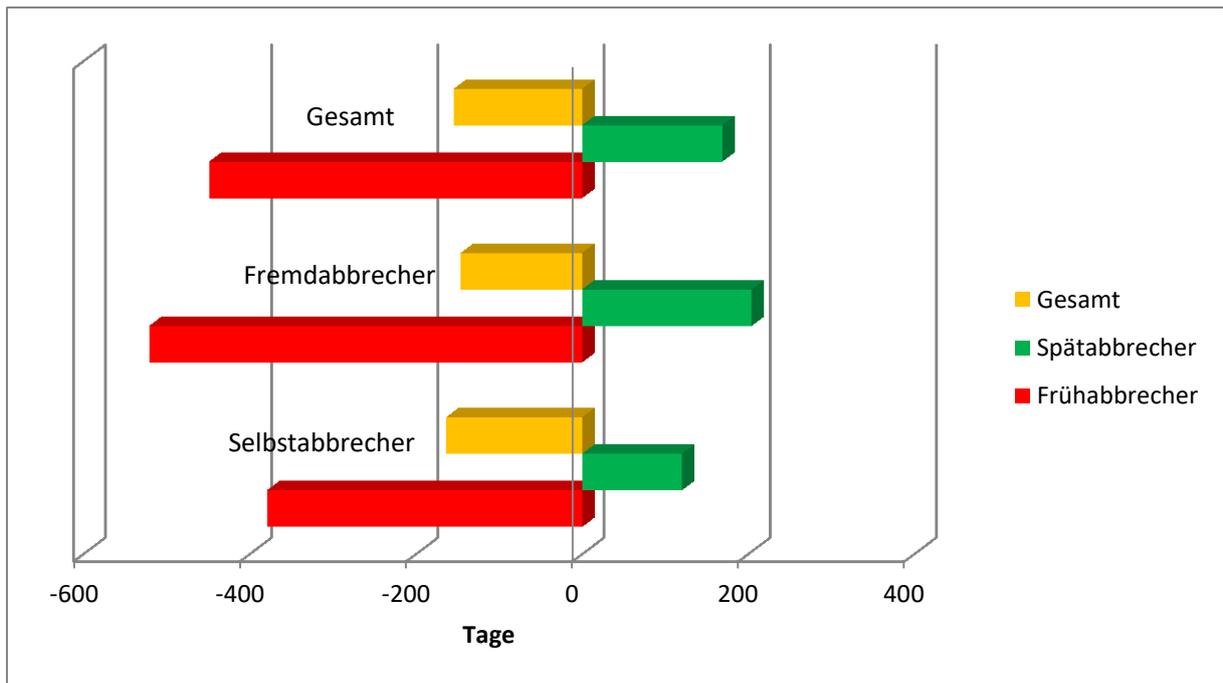


Abbildung 33: Mittelwerte der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher

Wie im vorigen Kapitel ist auch in diesem Fall die Überprüfung statistisch signifikanter Unterschiede der Untergruppen nur bei den Selbst- und Fremdabbrechern sinnvoll. Die Früh- und Spätabbrecher unterscheiden sich signifikant, da das Merkmal des Abbruchszeitpunktes bereits als differenzierendes Element von vornherein in die hypothetische Begrenzung zwischen Früh- und Spätabbrechern einbezogen wurde. Der Vergleich der Gruppen der Selbst- und Fremdabbrecher ergab keine signifikanten Unterschiede. Tabelle 71 zeigt einen Überblick über die Vergleiche der Untergruppen.

Tabelle 71: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme

Untergruppe 1	Untergruppe 2	<i>U</i>	<i>p</i>
Selbstabbrecher	Fremdabbrecher	1331	.369
Frühe Selbstabbrecher	Frühe Fremdabbrecher	349.5	.363
Späte Selbstabbrecher	Späte Fremdabbrecher	252	.149

3.2.6 Anzahl der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung

Die durchschnittliche Zeit von der Abbruchstellungnahme bis zur Rückverlegung in die Justizvollzugsanstalt beträgt 91.624 Tage ($SD = 73.286$), ca. 3 Monate. Die schnellsten Verschiebungen wurden in der Gruppe der späten Selbstabbrecher ($M = 69.182$, $SD = 32.158$) und die zeitintensivsten in der Gruppe der frühen Fremdabbrecher ($M = 124.464$, $SD = 117.046$), grob ca. 4 Monate verzeichnet. Tabelle 72 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der getesteten Gruppen. Abbildung 34 veranschaulicht die Ergebnisse.

Tabelle 72: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung der Stichprobe sowie der Untergruppen

	Frühabbrecher		Spätabbrecher		Gesamt	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Selbstabbrecher	84.103	45.537	69.182	32.158	77.667	40.636
Fremdabbrecher	124.464	117.046	84.700	54.463	103.900	91.653
Gesamt	103.930	89.757	78.135	46.609	91.624	73.286

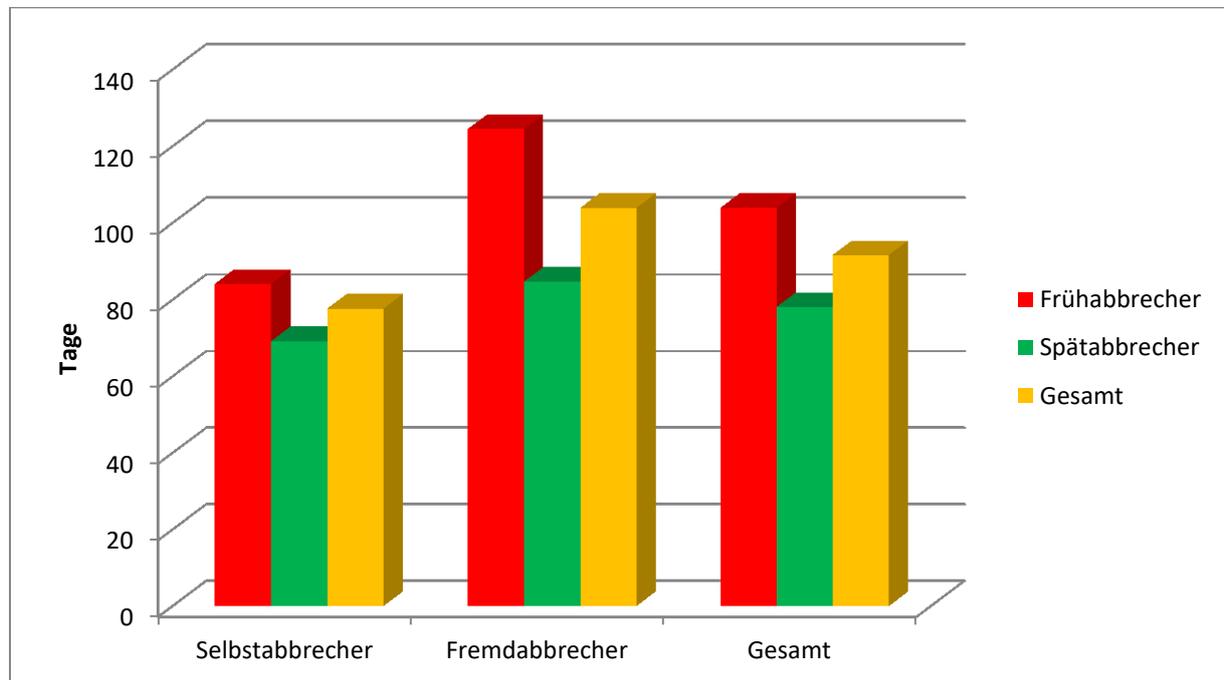


Abbildung 34: Mittelwerte der Anzahlen der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher

Allein der Gruppenvergleich der späten Selbstabbrecher und frühen Fremdabbrecher zeigt einen signifikanten Unterschied ($U = 184.5$, $p = .016$). Tabelle 73 zeigt die Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche.

Tabelle 73: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung

Untergruppe 1	Untergruppe 2	U	p
Selbstabbrecher	Fremdabbrecher	1279	.224
Frühabbrecher	Spätabbrecher	1172.5	.060
Frühe Selbstabbrecher	Späte Selbstabbrecher	262	.278
Frühe Fremdabbrecher	Späte Fremdabbrecher	322.5	.129
Frühe Selbstabbrecher	Frühe Fremdabbrecher	322	.180
Späte Selbstabbrecher	Späte Fremdabbrecher	306	.657
Frühe Selbstabbrecher	Späte Fremdabbrecher	403.5	.633
Späte Selbstabbrecher	Frühe Fremdabbrecher	184.5	.016*

* signifikant auf dem .05 Niveau

3.2.7 Anzahl der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung

Die Gesamtstichprobe wurde durchschnittlich 62.514 Tage ($SD = 417.711$) vor ihrem Zwei-Drittel-Termin in die Justizvollzugsanstalt zurückverlegt. Die frühen Fremdabbrecher werden 396.357 Tage ($SD = 457.234$), ca. 13 Monate, vor ihrem Zwei-Drittel-Termin in die Justizvollzugsanstalt verlegt. Die späten Selbstabbrecher bleiben nach ihrem Zwei-Drittel-Termin 288.867 Tage ($SD = 200.419$), knapp 10 Monate, in der Unterbringung, bevor sie verlegt werden. Tabelle 74 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl der Tage zwischen dem Zwei-Drittel-Termin und der Verschiebung dar, Abbildung 35 veranschaulicht die Ergebnisse grafisch.

Tabelle 74: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung der Stichprobe sowie der Untergruppen

	Frühabbrecher		Spätabbrecher		Gesamt	
	M	SD	M	SD	M	SD
Selbstabbrecher	-294.793	231.133	189.409	189.377	-85.922	321.929
Fremdabbrecher	-396.357	457.234	288.867	200.419	-41.931	488.637
Gesamt	-344.684	360.741	246.788	200.174	-62.514	417.711

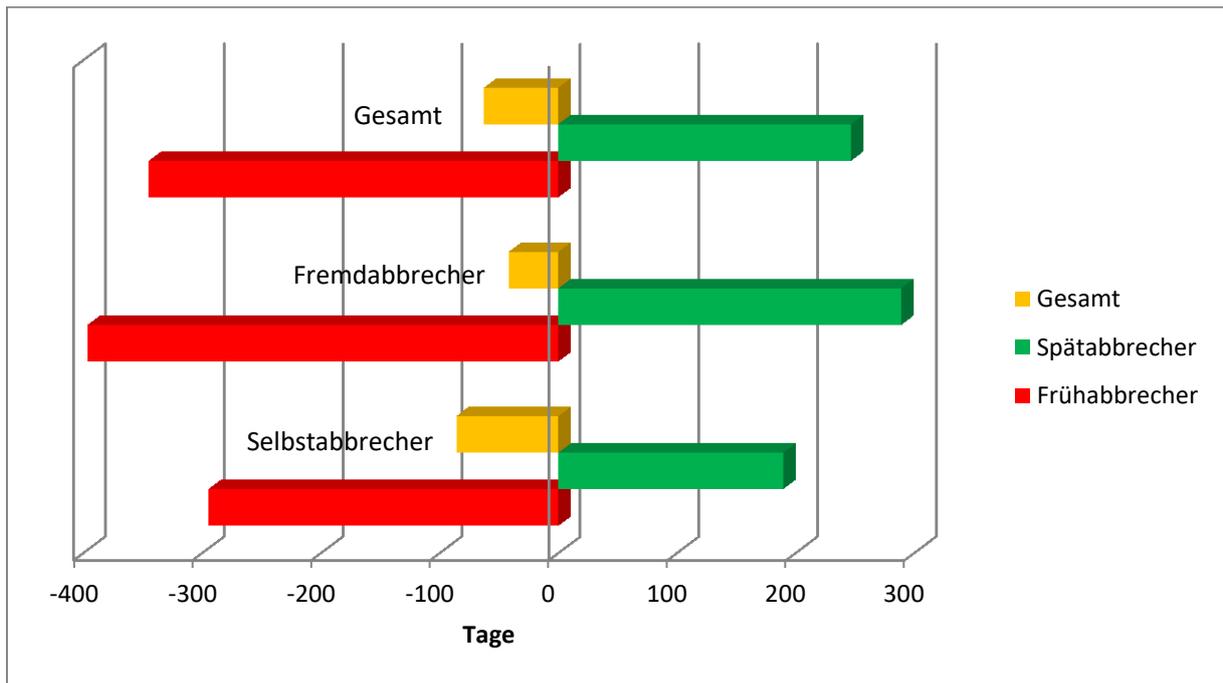


Abbildung 35: Mittelwerte der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher

Auch in diesem Fall ist die Überprüfung statistisch signifikanter Unterschiede der Untergruppen nur bei den Selbst- und Fremdabbrechern sinnvoll. Die Früh- und Spätabbrecher unterscheiden sich signifikant, da das Merkmal des Abbruchszeitpunktes bereits als differenzierendes Element von vornherein in die hypothetische Begrenzung zwischen Früh- und Spätabbrechern einbezogen wurde.

Ein signifikanter Unterschied zwischen Selbst- und Fremdabbrechern liegt nicht vor, wie Tabelle 75 zeigt.

Tabelle 75: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung

Untergruppe 1	Untergruppe 2	<i>U</i>	<i>p</i>
Selbstabbrecher	Fremdabbrecher	1288.5	.247
Frühe Selbstabbrecher	Frühe Fremdabbrecher	356	.425
Späte Selbstabbrecher	Späte Fremdabbrecher	239.5	.094

3.2.8 Analyse der Abbrüche, die nach dem Zwei-Drittel-Termin empfohlen wurden

Extrahiert man aus der Gesamtstichprobe eine Gruppe von Patienten, deren Stellungnahmen nach ihrem Zwei-Drittel-Termin verfasst wurden, bleibt eine Gruppe von 38 Patienten (34.86 %). Die Abbruchstellungnahmen wurden im Schnitt 243.816 ($SD = 177.977$) Tage nach dem Zwei-Drittel-Termin verfasst. Die Zeit vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschubung dauerte im Schnitt 319.368 Tage ($SD = 185.502$). Das ergibt eine mittlere Dauer von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschubung von 75.553 Tagen ($SD = 48.358$). 14 Patienten brachen die Therapie selbst ab, bei 24 Patienten wurde der Abbruch vonseiten der Klinik empfohlen. Als einziger signifikanter Unterschied zwischen den Selbstabbrechern und Fremdabbrechern zeigte sich im Mann-Whitney- U -Test die Variable Anzahl Tage Aufnahme bis Abbruchstellungnahme. Die Selbstabbrecher verbrachten mit 407.286 Tagen ($SD = 289.141$) weniger Zeit bis zur Abbruchstellungnahme im Maßregelvollzug als die Fremdabbrecher mit 603.375 Tagen ($SD = 248.080$; $U = 96.5$, $p = .029$).

3.3 Ergebnisse der Befragungen bezüglich Zufriedenheit und Wichtigkeit

Von 338 ausgegebenen Fragebögen wurden 115 zurückgesendet. Lediglich 3 Patienten (2.61 %) gaben an, zum Zeitpunkt der Untersuchung auf einer Station für Therapieabbrecher gewesen zu sein. Da diese Anzahl äußerst gering ausfiel, musste auf Vergleiche zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern verzichtet werden. Von den 115 Fragebögen beinhalteten 28 zahlreiche „Missing Links“, sodass letztlich 87 Bögen in die Auswertung einbezogen wurden.

Tabelle 76 zeigt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen bezüglich des Kriteriums Wichtigkeit, aufgelistet nach Höhe des Mittelwertes, beginnend mit dem höchsten Wert (Rang 1) inklusive der Angabe der Häufigkeit der Bewertung „0“ („trifft nicht zu“). Zu sehen ist, dass die therapeutischen Einzelgespräche den höchsten Wert erzielen ($M = 3.713$, $SD = 0.589$), gefolgt von Lockerungen ($M = 3.679$, $SD = 0.541$), Freizeitgestaltung ($M = 3.500$, $SD = 0.715$), sportlichen Aktivitäten ($M = 3.460$, $SD = 0.775$) und dem Stationsklima ($M = 3.448$, $SD = 0.728$).

Tabelle 76: Rangliste der Items, die anhand des Kriteriums „Wichtigkeit“ eingeschätzt wurden, inklusive der Mittelwerte, Standardabweichungen und Häufigkeiten der Antwort „0“ („trifft nicht zu“)

Rang	Item	Wichtigkeit		Häufigkeit „0“
		M	SD	
1.	Therapeutische Einzelgespräche	3.713	0.589	0
2.	Lockerungen	3.679	0.541	3
3.	Freizeitgestaltung	3.500	0.715	1
4.	Sportliche Aktivitäten/Möglichkeiten	3.460	0.775	0
5.	Stationsklima	3.448	0.728	0
6.	Psychologische Behandlung	3.434	0.648	4
7.	Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen	3.368	0.814	11
8.	Arbeitstherapie/Ergotherapie	3.221	0.951	1
9.	Selbstverpflegung	3.160	0.873	6
10.	Schuldnerberatung	3.154	0.823	9
11.	Angehörigengespräche	3.138	0.882	7
12.	Angebote zum Thema Abhängigkeit	3.129	0.753	2
13.	Ärztliche Behandlung	3.111	0.894	6
14.	Bezugspflegegespräche	3.081	0.871	1
15.	Gruppentherapie	3.000	0.826	4
16.	Schulische Angebote	2.897	0.979	19
17.	Behandlung durch das Pflgeteam	2.837	0.879	1
18.	Sozialpädagogische Betreuung	2.759	0.850	4
19.	Medikamentöse Behandlung	2.533	0.944	42
20.	Kreativtherapie (z. B. Malen, Theater)	2.432	1.035	13

Tabelle 77 zeigt entsprechend die Resultate bezüglich des Kriteriums Zufriedenheit, ebenfalls beginnend mit dem höchsten Mittelwert auf Rang 1. An der Spitze stehen wieder die therapeutischen Einzelgespräche ($M = 3.488$, $SD = 0.646$), gefolgt von der psychologischen Behandlung ($M = 3.213$, $SD = 0.688$), den Bezugspflegegesprächen ($M = 3.186$, $SD = 0.790$), der Arbeitstherapie ($M = 3.023$, $SD = 0.933$) und der psychologischen Gruppentherapie ($M = 3.000$, $SD = 0.689$).

Tabelle 78 listet die Differenzen der Mittelwerte sowie der zugeordneten Ränge auf. Zu sehen ist, dass die Bezugspflegegespräche sowie die Freizeitgestaltung die größten Unterschiede in den Rängen aufweisen. Im Fall der Bezugspflegegespräche schätzen die Patienten die Zufriedenheit mit größtem Abstand zur Wichtigkeit ein (Rangdifferenz von 11). Die Freizeitgestaltung hingegen sehen die Patienten als sehr wichtig, aber mit maximalem Abstand zur Zufriedenheit an (Rangdifferenz von -15). Mittelt man die Werte der Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit, so ergibt sich für die Bedingung Wichtigkeit ein höherer Mittelwert ($M = 3.191$, $SD = 0.310$) im Ver-

gleich zur Bedingung Zufriedenheit ($M = 2.866$, $SD = 0.262$). Im Wilcoxon-Test zeigt sich, dass sich die zentralen Tendenzen der Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit signifikant voneinander unterscheiden ($z = -3.245$, $p = .001$). Tabelle 79 zeigt einen Überblick über die Unterschiede der zentralen Tendenzen der Mittelwerte der einzelnen Therapiebausteine. Die zentralen Tendenzen der beiden Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit unterscheiden sich bei folgenden Items signifikant: Ärztliche Behandlung ($z = -5.481$, $p < .001$), Psychologische Behandlung ($z = -2.601$, $p = .009$), Therapeutische Einzelgespräche ($z = -3.046$, $p = .002$), Angebote zum Thema Abhängigkeit ($z = -3.878$, $p < .001$), Lockerungen ($z = -4.684$, $p < .001$), Angehörigengespräche ($z = 2.590$, $p = .010$), Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen ($z = -4.163$, $p < .001$), Schuldnerberatung ($z = -2.917$, $p = .004$), Arbeitstherapie/Ergotherapie ($z = -2.404$, $p = .016$), Sportliche Aktivitäten/Möglichkeiten ($z = -3.873$, $p < .001$), Stationsklima ($z = -5.140$, $p < .001$), Freizeitgestaltung ($z = -5.510$, $p < .001$) und Selbstverpflegung ($z = -2.471$, $p = .013$).

Tabelle 77: Rangliste der Items, die anhand des Kriteriums „Zufriedenheit“ eingeschätzt werden sollten, inklusive der Mittelwerte, Standardabweichungen und Häufigkeiten der Antwort „0“ („trifft nicht zu“)

		Zufriedenheit		
Rang	Item	M	SD	Häufigkeit „0“
1.	Therapeutische Einzelgespräche	3.488	0.646	1
2.	Psychologische Behandlung	3.213	0.688	7
3.	Bezugspflegegespräche	3.186	0.790	1
4.	Arbeitstherapie/Ergotherapie	3.023	0.933	1
5.	Gruppentherapie	3.000	0.689	6
6.	Sportliche Aktivitäten/Möglichkeiten	2.988	0.866	2
7.	Lockerungen	2.959	0.934	14
8.	Angehörigengespräche	2.924	0.997	21
9.	Behandlung durch das Pflorgeteam	2.906	0.840	2
10.	Selbstverpflegung	2.851	0.961	13
11.	Schulische Angebote	2.815	0.892	33
12.	Stationsklima	2.788	0.818	2
13.	Schuldnerberatung	2.738	1.063	26
14.	Sozialpädagogische Betreuung	2.716	0.952	6
15.	Angebote zum Thema Abhängigkeit	2.699	0.880	4
16.	Medikamentöse Behandlung	2.674	0.944	41
17.	Kreativtherapie (z. B. Malen, Theater)	2.673	1.024	35
18.	Freizeitgestaltung	2.612	0.940	2
19.	Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen	2.515	1.041	21
20.	Ärztliche Behandlung	2.361	0.918	4

Tabelle 78: Differenzen der Mittelwerte und der Ränge hinsichtlich der Therapiebausteine unter den Bedingungen Wichtigkeit (W) und Zufriedenheit (Z)

Baustein	Mittelwert			Rang		
	W	Z	Differenz W – Z	W	Z	Differenz W – Z
Bezugspflegegespräche	3.081	3.186	-.105	14	3	11
Gruppentherapie	3.000	3.000	0	15	5	10
Behandlung durch das Pflegepersonal	2.837	2.906	-.069	17	9	8
Schulische Angebote	2.897	2.815	.082	16	11	5
Psychologische Behandlung	3.434	3.213	.221	6	2	4
Arbeitstherapie/Ergotherapie	3.221	3.023	.198	8	4	4
Sozialpädagogische Betreuung	2.759	2.716	.043	18	14	4
Angehörigengespräche	3.138	2.924	.214	11	8	3
Medikamentöse Behandlung	2.533	2.674	-.141	19	16	3
Therapeutische Einzelgespräche	3.713	3.488	.225	1	1	0
Selbstverpflegung	3.160	2.851	.309	9	10	-1
Sportliche Aktivitäten/Möglichkeiten	3.460	2.988	.472	4	6	-2
Angebote zum Thema Abhängigkeit	3.129	2.699	.430	12	15	-3
Schuldnerberatung	3.154	2.738	.416	10	13	-3
Lockerungen	3.679	2.959	.720	2	7	-5
Ärztliche Behandlung	3.111	2.361	.750	13	20	-7
Stationsklima	3.448	2.788	.660	5	12	-7
Berufliche/berufsfördernde Maßnahmen	3.368	2.515	.853	7	19	-12
Freizeitgestaltung	3.500	2.612	.888	3	18	-15

Tabelle 79: Asymptotischer Wilcoxon-Test der Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit der Therapiebausteine

Item	z	p
Ärztliche Behandlung	-5.481 ^a	<.001*
Medikamentöse Behandlung	-.473 ^b	.636
Psychologische Behandlung	-2.601 ^a	.009*
Behandlung durch das Pflegeteam	-.837 ^b	.403
Bezugspflegegespräche	-1.294 ^b	.196
Therapeutische Einzelgespräche	-3.046 ^a	.002*
Gruppentherapie	-.444 ^a	.657
Angebote zum Thema Abhängigkeit	-3.878 ^a	<.001*
Sozialpädagogische Betreuung	-.106 ^a	.916
Lockerungen	-4.684 ^a	<.001*
Angehörigengespräche	-2.590 ^a	.010*
Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen	-4.163 ^a	<.001*
Schulische Angebote	-1.353 ^a	.176
Schuldnerberatung	-2.917 ^a	.004*
Arbeitstherapie/Ergotherapie	-2.404 ^a	.016*
Sportliche Aktivitäten/Möglichkeiten	-3.873 ^a	<.001*
Kreativtherapie	-.831 ^b	.406
Stationsklima	-5.140 ^a	<.001*
Freizeitgestaltung	-5.510 ^a	<.001*
Selbstverpflegung	-2.471 ^a	.013*

^a Basiert auf positiven Rängen

^b Basiert auf negativen Rängen

* signifikant auf dem .05-Niveau

4 Diskussion

In diesem Kapitel sollen Untersuchungsmethoden und Ergebnisse diskutiert und in die aktuelle Forschung eingeordnet werden. Zunächst werden die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung, dann der relevanten Verlaufsdaten sowie schließlich die Ergebnisse der Patientenbefragung diskutiert. Es werden zu den einzelnen Untersuchungsbereichen Fazits gezogen sowie am Ende eine umfassende Schlussfolgerung der gesamten Ergebnisse mit Anregungen für zukünftige Forschung und Praxis dargelegt.

4.1 Diskussion der testpsychologischen Untersuchung

Die angewendeten testpsychologischen Verfahren sind heutzutage im Bereich der Psychiatrie sowie in den forensischen Kliniken gut etabliert, dennoch besteht grundsätzlich die Gefahr der Verfälschung, wenn mit Selbstbeurteilungsfragebögen wie dem SKID II oder dem FAF gearbeitet wird. Die Probanden des Maßregelvollzugs rechnen nach Ansicht des Verfassers damit, dass die Ergebnisse beispielsweise in Gefährlichkeitsprognosen, also auch Lockerungsentscheidungen, einfließen. Insofern sollte man sich bei der Auswertung der Tests darüber bewusst sein, dass sich Patienten auch in verzerrter Weise als wenig gefährlich, wenig aggressiv und prosozial darstellen möchten, darüber hinaus als frei von psychischen Störungen mit Ausnahme der Suchterkrankung. In die Tests integrierte Skalen zur Offenheit, wie im Fall des FAF, sind für die durchschnittlich intelligenten Patienten des Maßregelvollzugs wohl doch eher leicht zu durchschauen. Zumindest wurde während und nach der Durchführung häufig seitens der Probanden berichtet, dass der Test leicht zu manipulieren sei und die Fragen positiv eingefärbt beantwortet worden seien.

Die angewendeten Fremdbeurteilungsverfahren PCL-R, FOTRES und MELBA unterliegen ebenfalls Verfälschungstendenzen. Die Interraterreliabilität der PCL-R wurde als mittel- bis hochgradig übereinstimmend beschrieben (Mokros, 2013), die des FOTRES als eher niedrig bis mittelgradig (Keller et al., 2011). Auch die Bewertungen des MELBA werden sicherlich nicht frei von subjektiven Beurteilungen der Auswerter sein. Westendarp und Hollenberg (2012) haben bereits darauf hingewiesen, dass eine Situation durch unterschiedliche Persönlichkeiten eines Teams verschieden beurteilt werden kann. Das wird sich sicherlich auch in der Bewertung einzelner Items niederschlagen.

4.1.1 Diskussion der testpsychologischen Ergebnisse bezüglich der Persönlichkeit des Patienten

Im Folgenden werden die Ergebnisse des SKID II, der PCL-R sowie des FAF diskutiert.

4.1.1.1 Diskussion der Ergebnisse des SKID II

Die Ergebnisse des SKID II zeigen, dass die Stichprobe am häufigsten die Kriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung mit „Ja“ beantwortet hat, unabhängig davon, ob die Patienten im Nachhinein die Therapie abgebrochen haben oder nicht. Hypothese 1.1.1, nach der in der Gruppe der Therapieabbrecher die antisoziale Persönlichkeitsstörung dominierend herausstechen sollte, kann demnach nicht bestätigt werden. Bevor auf das Ergebnis der Skala antisoziale Persönlichkeitsstörung eingegangen wird, soll das Ergebnis bezüglich der paranoiden Persönlichkeitsstörung diskutiert werden.

Als Hauptmerkmal der paranoiden Persönlichkeitsstörung kann laut ICD 10, DSM IV und DSM 5 Misstrauen angesehen werden, das sich überdauernd in verschiedenen Situationen zeigt. Betroffene empfinden normale oder neutrale Handlungen anderer Menschen häufig als feindselig, bedrohlich oder auch kränkend. Soziale Konfliktsituationen laufen Gefahr schnell zu eskalieren, oftmals mit gewaltsamen Auseinandersetzungen, wobei Rache als das häufigste Motiv angesehen werden muss (Nedopil, 2007). Sachse (2004) beschreibt, dass Betroffene in ihrer Biographie wahrscheinlich massive Grenzverletzungserfahrungen gemacht haben. Sie wurden von nahen Bezugspersonen womöglich streng kontrolliert, bestraft, abgewertet oder auch geschlagen. So könnte eine Person infolge wiederholter Grenzverletzungen die Überzeugung entwickeln, dass ihre eigenen Grenzen grundsätzlich nicht beachtet und verletzt werden. Die Annahme könnte sogar im Sinne einer Übergeneralisierung so weit gehen, dass böswillige Absichten unterstellt werden und daher die Grenzen auf jeden Fall verteidigt und geschützt werden müssten (z. B. „Wenn ich mich nicht verteidige, werde ich ausgenutzt“ oder „Wenn ich nicht ständig aufpasse, werde ich geschädigt“; Sachse, 2004, S. 112). Der Autor nimmt zusätzlich an, dass Betroffene in ihrer Biographie starke Einschränkungen ihrer Autonomie erfahren haben, beispielsweise durch Vorschriften, übertriebenes Verantwortlichmachen für alles oder Einschränkung der Entscheidungsfreiheit. Auch das menschliche Grundbedürfnis, dass

andere Personen einen unterstützen, sich um ihn kümmern und zu ihm halten (Solidarität) ist nach Sachse (2006) in der Kindheit frustriert worden. Überzeugungen wie „Ich kann mich auf niemanden verlassen“, „Niemand wird sich für mich einsetzen“ (Sachse, 2006, S. 112) sind entstanden und fest übernommen worden.

Durch derart dysfunktionale Annahmen über Beziehungen hat es ein Therapeut schwer, den Patienten zur Mitarbeit und zu einer Veränderung zu motivieren. Im forensischen Kontext potenziert sich die Schwierigkeit um ein Vielfaches, da nicht nur Therapeuten sondern auch anderes Personal vom ersten Tag an die persönlichen Grenzen von Patienten vermeintlich einzureißen drohen. Bereits im Gefängnis wurde die Autonomie massiv eingeschränkt und Solidarität gab es höchstens bei Mitgefangenen. Hinsichtlich der therapeutischen Vorgehensweise wird (u. a. bei Sachse, 2006) der respektvolle Umgang als absolute Grundvoraussetzung genannt, des Weiteren, dass innerhalb der therapeutischen Arbeit jegliche Intervention als Vorschlag unterbreitet werden sollte und nicht als Gesetz, das der Patient befolgen muss. Auch sollte der Patient nicht das Gefühl bekommen, dass der Therapeut ihm etwas einreden wolle. Vor allem zu Beginn einer Therapie unterstellt der Patient dem Therapeuten sowie anderen Mitarbeitern des Maßregelvollzugs häufig böswillige Absichten (z. B. Schikane, Folter, Willkür etc.). Die Reaktionen der Patienten auf mangelnde Beziehungsgestaltung seitens des Personals resultieren meist in einem „streitsüchtigen bis zu feindselig vorgetragenen Beharren auf eigenen Ansichten oder Rechten.“ (Fiedler, 2001, S. 173).

Millon (1981, ab S. 385) postulierte aufgrund häufiger Komorbiditäten der paranoiden Persönlichkeitsstörung in seinem Modell der *konzeptuellen Komorbidität* fünf Typen des Störungsbildes (Aufzählung angelehnt an Fiedler, 2001, S. 176 f.):

1. *Paranoid-narzisstische Persönlichkeitsstörung*: Unfähigkeit interpersoneller Teilnahme und Kooperation, grandiose Fantasien als Schutz vor zwischenmenschlicher Zurückweisung
2. *Paranoid-antisoziale Persönlichkeitsstörung*: normverletzendes Verhalten durch Überwertigkeitsideen, z. B. durch Benachteiligung
3. *Zwanghaft-paranoide Persönlichkeitsstörung*: übertriebene Sorgfalt und Genauigkeit durch Angst- und Schuldgefühle und Verfolgung

4. *Paranoid-negativistische Persönlichkeitsstörung*: Eifersuchtsgefühle, Wahrnehmung von anderen verraten oder betrogen worden zu sein
5. *Dekompensierte Persönlichkeitsstörung*: Risikoübergang zum Wahnhaften

Konkret beschreibt Millon (1981, S. 387) den Typ der *paranoid-antisozialen Persönlichkeit* mit Leitsymptomen, die auch bei der im ICD-10 beschriebenen paranoiden Persönlichkeit genannt werden: Misstrauen, Feindseligkeit, Streitlust. Die Form des paranoid-antisozialen Typs macht zusätzlich ein großes Verlangen aus, über andere Macht auszuüben, über sie zu triumphieren und sie einzuschüchtern. Motivation ist der paranoide Gedanke, dass eine Autorität den Betroffenen unterjochen will, ihn schmiegsam und weich machen will bis zur totalen Aufgabe der Selbstbestimmung. Die Dysfunktionalität des Verhaltens wird deutlich, indem die Anstrengungen der Betroffenen andere zu frustrieren und über sie zu triumphieren meist dazu führt, dass diese sie ablehnen und sich letztlich von ihnen distanzieren. Betroffene nehmen das dann als Erniedrigung wahr, als einen Rückschlag, sodass in generalisierter Weise anderen Menschen grundsätzlich eine feindselige und aggressive Haltung unterstellt wird. Da die Strategie der Ausübung von Macht über andere also nicht funktioniert, werden detaillierte Rachepläne geschmiedet, in denen den Personen des Umfeldes bedrohliche Rollen zugeordnet werden und ein sich bis zur Wahnhaftigkeit steigendes Verfolgungssystem entsteht. Die Rachepläne können bei diesem Typ der paranoiden Persönlichkeit dann in brutaler und gewaltsamer Art die Tat umgesetzt werden.

Saß (2000) bringt den Begriff des Kampffanatikers ein (angelehnt an Kretschmer, 1921, „Kampfparanoiker“), die „nicht nur querulatorisch Gerichte und Behörden durch Beleidigungen beschäftigen, sondern auch zu Gewalttaten neigen und in verzweifelt zugespitzten Fällen sogar zur Unterbringung gemäß § 63 StGB zwingen. Ideenfanatiker folgen einer absolut gesetzten überwertigen Idee und können zu bestimmten Zeiten hohe sektiererische und politische Wirksamkeit entfalten, aber auch kriegsähnliche Terrorakte vollbringen oder andere Menschen zu (Massen-)Suiziden verleiten.“ (Saß, 2000; S. 292).

Es stellt sich also die Frage, welcher Typ der paranoiden Persönlichkeit unter den Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB häufiger anzutreffen ist als jene anderen Typen, die vor allem Millon beschreibt, und ob es tatsächlich der paranoid-

antisoziale Typ ist. Natürlich ist dies aufgrund der durch die Patienten verübten Straftaten naheliegend, da dieser Typ der einzige ist, bei dem der Autor eine potenzielle Ausübung von Gewalt nennt. Dennoch lohnt es sich sicher dieser Frage an anderer Stelle nachzugehen, da Hinweise vorliegen, dass das Störungsbild ja zumindest in vorliegendem Fall laut Testverfahren am stärksten vertreten ist.

Fiedler (2001) beschreibt weiter, dass Betroffene aufgrund ihrer Symptomatik in beruflichen oder politischen Funktionen erfolgreich sein könnten. Er bezieht sich hierbei auf Personen, die über ein ausgesprochenes Rechtsbewusstsein und eine scharfe Beobachtungsgabe verfügen. „Und nicht gerade wenige dürften zu einer Untergruppe paranoider Charaktere zählen, die tagein, tagaus die Petitionsausschüsse der Parlamente beschäftigen [...]“ (Fiedler, 2001, S. 178). In der Tat stimmt dies mit der Erfahrung des Autors dieser Untersuchung überein: Patienten des Maßregelvollzugs beschäftigen sich regelmäßig und intensiv mit dem Petitionsausschuss des Landtages, verfassen lange Briefe mit Beschwerden und Unzufriedenheitsbekundungen. Zusammenfassend liefern die Ergebnisse keine Differenzierung zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern, da in beiden Fällen die Symptome der paranoiden Persönlichkeitsstörung gleichermaßen bejaht wurden. Anders sieht es hingegen bei den Ergebnissen zur antisozialen Persönlichkeitsstörung aus.

Die Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörungen standen bei den Therapieabbrechern im Häufigkeitsranking an zweiter Stelle, bei den Nicht-Abbrechern an fünfter (von insgesamt zwölf). Grundsätzlich bestätigt dies Fiedler (2001), der postulierte, dass nicht alle Kriminellen dissozial persönlichkeitsgestört seien. Ukere (2012) fand in ihrer Untersuchung mithilfe des SKID II an 47 männlichen JVA-Insassen, dass bei einem Anteil von 59 % der Stichprobe eine Persönlichkeitsstörung vorlag. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung zeigte sich am häufigsten. Von der Haar (2012) fand bei knapp 40 % der Patienten im Maßregelvollzug nach § 64 StGB eine dissoziale Persönlichkeitsstörung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass insbesondere die Therapieabbrecher derartige Symptome aufweisen bzw. entsprechende Items mit „Ja“ beantworten. Es könnte sein, dass Abbrecher durch dissoziale Symptome nicht in der Lage waren, sich an bestehende Stationsregeln zu halten, bzw. Probleme hatten, sich ihnen unterzuordnen. Nach Steinbach et al. (2009) zeigen dissozial Persönlichkeitsgestörte durch Regelmisssachtungen und Grenzverlet-

zungen Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf, so wahrscheinlich auch in vorliegender Stichprobe.

Die Korrelationsanalysen haben einen signifikanten Unterschied zwischen den Abbrechern und Nicht-Abbrechern bezüglich der antisozialen Persönlichkeitsstörung ergeben. In der Gruppe der Therapieabbrecher waren signifikant mehr Probanden zu finden, die die Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung mit „Ja“ angekreuzt haben, weshalb Hypothese 1.1.2 somit bestätigt werden kann. Keine andere Skala des Verfahrens ergab signifikante Unterschiede bezüglich der Gruppen.

Kombiniert man paranoide Persönlichkeitsmerkmale mit dissozialen Anteilen, so wird deutlich, welche Aufgabe den Behandlern zukommt. Die Notwendigkeit einer komplementären Beziehungsgestaltung mit transparenten Strukturen und Regeln sowie einer zugewandten therapeutischen Grundhaltung muss jedem Mitarbeiter klar sein. Das Errichten und Gestalten eines therapeutischen Bündnisses ist besonders am Anfang als erheblich fragiles Konstrukt zu verstehen, das durch kleinste Behandlungsfehler zerstört werden kann, sodass es mitunter nicht wieder aufgebaut werden kann. Die Reaktionen auf solche Enttäuschungen und Frustrationen aufseiten des Patienten werden in gewohnt dissozialer Manier beantwortet (z. B. durch die Einnahme von Drogen), was letztlich mit einer Rücknahme von Freiheiten (z. B. Lockerungen), einer Bestätigung dysfunktionaler Annahmen (z. B. „Man will mir schaden, mich schikanieren“) und einem gänzlichen Ausstieg aus dem therapeutischen Prozess endet. Vermutlich sind die Konzepte der Kliniken inklusive einer ständigen Überprüfung der Homogenität des gesamten Behandlungsteams noch nicht so weit etabliert, dass auf derartig negative Therapieverläufe adäquat reagiert werden kann. Insofern ist Querengässer (2014) zuzustimmen, dass die Hintergründe für Therapieabbrüche nicht nur aufseiten der Patienten zu suchen sind, sondern auch nicht patientenspezifische Faktoren eine Rolle spielen, wenn es um Behandlungsabbrüche geht.

Die Prädiktoreigenschaft des Verfahrens SKID II wurde zusätzlich mithilfe eines Regressionsmodells überprüft, das alle Skalen beinhaltet. Hier zeigte sich, dass sich das Modell signifikant verschlechtern würde, wenn die Skala antisoziale Persönlichkeitsstörung entfernt werden würde. Insofern kann dem Verfahren im Ganzen für die bearbeitete Stichprobe durchaus eine Prädiktoreigenschaft zugesprochen werden. Überraschenderweise erwies sich ebenfalls die Skala dependente Persönlichkeits-

störung als relevant für das Modell. Sie stach jedoch in der deskriptiven Betrachtung nicht ins Auge, ebenso wenig in der Korrelationsanalyse. In einer Rangordnung der Mittelwerte erscheint die dependente Störung bei den Nicht-Abbrechern an sechster Stelle, bei den Abbrechern an elfter, keine andere Störung verzeichnete einen größeren Abstand der Ränge. Schuhler (2013) begründet die Entwicklung der Störung durch eine „angstbeladene Bindung“ (S. 4), die auf eine als nicht sicher erlebte Präsenz und Ansprechbarkeit der Bezugspersonen zurückzuführen sei. Daraus folge eine ständige Angst, allein gelassen zu werden und die Entwicklung einer Abhängigkeit vom Partner. Fehlende Autonomie führe zur Erduldung von Kränkungen und letztlich zur Entwicklung von Suchtverhalten, um Erniedrigungen seelisch auszuhalten. Transportiert man diese Erkenntnisse in den Bereich der Maßregelvollzugsbehandlung so lässt sich schlussfolgern, dass Personen mit diesen Charaktereigenschaften sicherlich zu weniger Spannungen im Stationsalltag beitragen als es antisozial und eventuell sogar zusätzlich paranoid persönlichkeitsgestörte Patienten tun. Die Betroffenen werden beim Behandlungsteam eher eine Art Beschützerinstinkt erwecken und eine Motivation, ihnen beim Vorankommen in ihrer Therapie zu helfen. Daher ist es durchaus denkbar, dass entsprechende Symptome einen Einfluss auf Therapieabbrüche haben.

Zusammenfassend kann Hypothese 1.1.3 nicht bestätigt werden, da das Verfahren im Ganzen eine Prädiktoreigenschaft besitzt, und zwar durch die Skalen antisoziale Persönlichkeitsstörung und dependente Persönlichkeitsstörung.

An dieser Stelle soll nochmal darauf hingewiesen werden, dass das Verfahren SKID II in keiner Weise den Anspruch erhebt, eine Diagnose zu stellen. Es handelt sich bei den Rohwerten lediglich um prozentuale Übereinstimmungen der „Ja“-Antworten mit den DSM-IV-Kriterien, was allenfalls Hinweise auf eventuelle Störungen geben kann. Wie Demmerling (2006) betont, wird eine Persönlichkeitsstörung ohnehin erst im Verlaufe eines therapeutischen Kontaktes sichtbar, sodass eine diesbezügliche Bewertung nicht durch standardisierte psychometrische Verfahren gemessen werden könne.

4.1.1.2 Diskussion der Ergebnisse der PCL-R

Mit einem durchschnittlichen PCL-R-Wert von 15.324 liegt die Stichprobe des Maßregelvollzugs Hildburghausen unterhalb der in der Literatur angegebenen europäi-

schen Grenze von 25 Punkten. Von 145 Patienten hatten lediglich 9 Patienten einen PCL-R-Wert von mindestens 25, was einem Prozentsatz von 6,2 entspricht. Selbst wenn man im Anschluss an Mokros (2013) anstatt eines dimensional Charakters des *psychopathy*-Konstruktes mit konkreten Trennwerten Abstufungen verwendet (siehe Hare, 2003; z. B. 0-8 Punkte: sehr niedrig, 33-40 Punkte: sehr hoch), ist ein Wert von 15 dennoch im niedrigen Bereich anzusiedeln. Der Durchschnittswert bestätigt das Ergebnis einer Untersuchung von Berger et al. (2012), die zuvor im Maßregelvollzug Hildburghausen durchgeführt worden ist und einen Wert von 15.14 ergab. Somit kann die Aussage (ebd.), dass die gemessene Persönlichkeitseigenschaft nur für eine unterrepräsentierte Gruppe von Patienten des Maßregelvollzugs, die nach § 64 StGB untergebracht sind, zutreffend ist, mit diesen Ergebnissen bestätigt werden.

Die Abbrecher lagen mit einem Durchschnittswert von 17 über den Nicht-Abbrechern mit 13.8 Punkten. Der Gesamtwert der PCL zeigte einen korrelativen Zusammenhang mit dem Therapieabbruch, außerdem ergab die Regressionsanalyse, dass der Wert als Prädiktor für Therapieabbrüche angenommen werden kann. Damit können die Hypothesen 1.2.1 sowie 1.2.3 bestätigt werden und die Ergebnisse bestätigen vorhergehende Untersuchungen (Berger et al., 2012; Olver & Wong, 2011).

Die separate Betrachtung der Faktoren des Zwei-Faktoren-Modells (Harpur, Hakistan & Hare, 1988) hat gezeigt, dass der erste Faktor in allen Gruppen geringer ausfiel als der zweite. Egal, ob Abbrecher oder nicht, es ist eher der Verhaltensfaktor, der, wie Eher et al. (2012) es ausdrücken, einen „chronisch instabilen, von Impulsivität geprägten dissozialen Lebensstil abbildet“ (S. 236), der den Patienten des Maßregelvollzugs den Ergebnissen zufolge zuzusprechen ist. Die Eigenschaft mit flachen Gefühlen andere Menschen für eigene Zwecke auszunutzen scheint allerdings weniger zuzutreffen. Das bestätigt die Ergebnisse von Smith und Newman (1990), die 360 männliche Gefangene in den USA mit dem Vorgänger der PCL-R, der PCL 2, untersucht und gefunden haben, dass Faktor 2, aber nicht Faktor 1, mit Abhängigkeit korreliert. Die Autoren diskutierten, dass sich bei Faktor-1-Psychopathen die Abhängigkeit als Folgeerkrankung erweist während es bei Faktor-2-Psychopathen umgekehrt ist. Zunächst entsteht die Abhängigkeit und in vielen Fällen rutschen die Betroffenen eben dadurch ins kriminelle Milieu ab und entwickeln einen antisozialen Lebensstil.

Im Fall der Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB zeichnet sich dieses Bild in der vorliegenden Untersuchung ab.

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass Faktor 1 bei Abbrechern höher ausfiel als bei Nicht-Abbrechern, der Unterschied jedoch in den Korrelationsanalysen nicht signifikant war. Ebenso wenig war ein statistisch bedeutsamer Unterschied bezüglich des zweiten Faktors zu verzeichnen, obwohl die Abbrecher auch hier durchschnittlich die höheren Werte aufwiesen. Im Regressionsmodell, das die beiden Faktoren enthielt, zeigte sich aber, dass Faktor 1 sehr wohl einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Therapieabbruchs hat. Die Vorhersage des Modells wird signifikant schlechter, wenn man Faktor 1 aus dem Modell entfernt. Auf dieser Grundlage wird geschlussfolgert, dass Patienten, die in Faktor 1 hoch scoren die Therapie mit höherer Wahrscheinlichkeit abbrechen als solche, die eine geringe Punktzahl aufweisen. Der erste Faktor hat somit einen höheren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs als Faktor 2, womit Hypothese 1.2.2 bestätigt werden kann. Zu bemerken ist jedoch, dass ein ausgeprägter Faktor 1 in keiner Weise eine Therapieresistenz belegt. Er weist lediglich darauf hin, dass therapeutische Methoden und insgesamt der Umgang mit den Betroffenen speziell darauf ausgerichtet sein sollten. Hier sei auf Mokros und Habermeyer (2012) verwiesen, die sich intensiv mit diesem Thema beschäftigt und die relevanten Behandlungselemente aufgestellt haben.

Die separate Betrachtung der Fassetten des Vier-Faktoren-Modells (Hare, 2003) hat gezeigt, dass die Abbrecher in allen Fassetten höhere Werte erzielten als die Nicht-Abbrecher. Das war als Folge der vorhergehenden Ergebnisse des Zwei-Faktoren-Modells zu erwarten. In den Regressionsanalysen stellte sich in Ergänzung zum einflussreichen Faktor 1 des Zwei-Faktoren-Modells speziell die affektive Symptomatik, dargestellt durch Fassette 2, als einflussreich dar, während die erste Fassette, die interpersonelle Symptomatik, dies nicht tat. Ein arrogantes und betrügerisches Verhalten scheint demnach wenig Hinweise auf Therapieabbrüche zu liefern. Das defizitäre affektive Erleben hingegen, in der PCL-R dargestellt durch Mangel an Gewissensbissen, oberflächliche Gefühle, Mangel an Empathie und mangelnde Bereitschaft, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen, ist in den Ergebnissen bei Therapieabbrechern signifikant häufiger anzutreffen als bei Nicht-Abbrechern. Mokros (2013) warnt vor einer Beimessung von übermäßiger Bedeutung der Fassetten aufgrund niedriger Reliabilitätskoeffizienten und spricht eher von einem heuristi-

schen Wert. Er verweist auf die Betrachtung individueller Profilverläufe für klinisch-diagnostische oder -prognostische Zwecke. Poythress und Skeem (2006) beschreiben verschiedene Typen von Psychopathen anhand der Ausprägungen der Fassetten. Aufgrund der sukzessiv ansteigenden Werte der vier Fassetten in den vorliegenden Ergebnissen zeigt sich allerdings, dass keiner der bei Poythress und Skeem (2006) beschriebenen Prototypen mit dieser Stichprobe vergleichbar ist, auch nicht bei Aufteilung in Abbrecher und Nicht-Abbrecher. Vermutlich zeichnet sich hier nochmals ab, dass das Konstrukt *psychopathy* in der Stichprobe und wahrscheinlich grundsätzlich im Bereich des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB unterrepräsentiert ist und dass die Werte daher nicht repräsentativ für das Konstrukt sind. Insgesamt muss aber konstatiert werden, dass die PCL-R sich anhand dieser Ergebnisse sehr wohl als geeignetes Verfahren erwiesen hat, eine Vorhersage für Therapieabbrüche zu liefern.

4.1.1.3 Diskussion der Ergebnisse des FAF

Die Ergebnisse des Testverfahrens FAF zeigen in Betrachtung der einzelnen Skalen überraschende Ergebnisse. Erwartet wurde, dass sich die Abbrecher von den Nicht-Abbrechern in der Skala Summe der Aggressionen, verstanden als nach außen gerichtete Aggression unterscheiden. Diese Hypothese (1.3.1) kann anhand der Ergebnisse nicht bestätigt werden. Weder die Korrelations- noch die Regressionsanalysen konnten einen relevanten Zusammenhang zwischen der Skala und dem Ereignis des Therapieabbruchs statistisch belegen. Grundlage der Überlegung war die Vermutung, dass Patienten, die hohe Werte in diesem Bereich erzielen, mehr Auffälligkeiten in Form von impulsiverem Verhalten im stationären Setting zeigen, woraufhin Therapieabbrüche empfohlen werden. Diese Vermutung muss den Ergebnissen entsprechend verworfen werden. Zwar liegen die Abbrecher sowohl bei der Skala Summe der Aggressionen wie auch bei den separaten Skalen FAF 1 bis FAF 3 höher als die Nicht-Abbrecher, dennoch zeigen die Gruppen statistisch gesehen keine Unterschiede.

Ein Unterschied der Gruppen lässt sich aber auf der Skala Aggressionshemmung feststellen. Nicht-Abbrecher zeigen signifikant höhere Werte als Therapieabbrecher. Sie beschreiben sich demnach weniger als skrupellos, sondern eher mit selbstquälerischem Gewissen. Therapieabbrecher hingegen beschreiben sich im sozialen Be-

reich als rücksichtslos und mit weniger Mitgefühl für andere Menschen. Dass Abbrecher Defizite im affektiven Bereich aufweisen, wurde bereits durch die Ergebnisse der PCL-R gezeigt. Auch konnten höhere Ausprägungen antisozialer Symptome im Testverfahren SKID II nachgewiesen werden. Insofern ergänzt und unterstreicht dieses Ergebnis die bisherigen Erkenntnisse der Untersuchung.

Die Autoren des FAF gehen im Handbuch bezüglich der Skala Aggressionshemmung explizit auf Straftäter ein und diskutieren hohe Ausprägungen trotz gewalttätigen Verhaltens als bloßes „Wissen um Spielregeln“ (Hampel & Selg, 1998, S. 12) und weniger als authentische Repräsentation der Person. Das würde bedeuten, dass die eigentlich gewalttätigen und skrupellosen Nicht-Abbrecher besser in der Lage sind die Spielregeln zu befolgen und sich unterzuordnen als die Abbrecher. Die fehlende Fähigkeit der Abbrecher zur Unterordnung mag vielleicht einer ausgeprägten dissozialen Symptomatik geschuldet sein, die im Vergleich zu Nicht-Abbrechern in höherem Maß gefunden wurde.

Die Aggressionshemmung erweist sich auch in den Regressionsmodellen als entscheidender Faktor für die Prädiktion von Therapieabbrüchen, weshalb sich das Verfahren dazu eignet, Hinweise auf Therapieabbrüche abzuleiten. Hypothese 1.3.2 kann somit bestätigt werden.

Die höchste Ausprägung beider Gruppen fand sich auf der Skala Selbstaggression. Damit kann die Untersuchung von Grünberg (2007) bestätigt werden, der bei Straftätern die Selbstaggression ebenfalls am vergleichsweise stärksten ausgeprägt fand. Patienten der vorliegenden Stichprobe beschreiben sich als depressiv, unzufrieden und mit negativer Einstellung zum Leben. Sie haben Selbstvorwürfe, teilweise Selbstmordabsichten, Ressentiments und sind misstrauisch. Die nüchterne Betrachtung der bisherigen Lebensentwicklung mitsamt der Betrachtung des aggressiven Verhaltens, sowie der subjektiven Wahrnehmung einstiger und aktueller Versagensgefühle kann durchaus zu einer Verstärkung der beschriebenen Symptome führen. Es ist die Aufgabe des Behandlungsteams die Patienten stabilisierend aufzufangen und ihnen ein therapeutisches Milieu zu bieten, in dem sie einen neuen, alternativen Weg einschlagen und neue Verhaltensweisen ausprobieren können, anstatt sich dem gewohnten kriminellen Verhalten mit der Berausung als Lebensmittelpunkt hinzugeben. Zwar wiesen die Autoren des Testverfahrens darauf hin, dass die Abwesenheit von Freiheit die Werte in die Höhe bringen könnte, dennoch sollte das

Ausmaß an Selbstaggression individuell vor dem Hintergrund der jeweiligen Biographie betrachtet werden. Täterverhalten wird in der Literatur als mögliche Folge komplexer Traumatisierungen beschrieben (Heyden, 2011), im Sinne einer „Reinszenierung eigener Opfererfahrungen [...] als Bewältigungsversuche“ (Heyden, 2013; S. 381), in der die Ausübung von Gewalt der „Entledigung eigener Opferanteile“ (ebd.) dient. Eine „transgenerationale Weitergabe von Delinquenzkarrieren“ (Müller, 2012; S. 124) wird bereits von Widom (1989) mit dem Ausdruck „Cycle of Violence“ beschrieben. Hierbei handelt es sich ebenfalls um gewalttätiges Verhalten als Folge von Misshandlung und Vernachlässigung im frühen Kindesalter des späteren Täters. Inhaftierte, so Müller (2012, S. 134), seien überdurchschnittlich häufig von Posttraumatischer Belastungsstörung betroffen.

Aber nicht nur durch Erlebnisse in der Kindheit, sondern vielmehr durch die Ausübung der Straftat selbst, können Täter die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln. Pollock (1999) fand, dass 70 % der Tötungsdelinquenten mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung keine traumatischen Erlebnisse aus ihrer Kindheit berichteten, sondern dass die Entwicklung der Symptome auf das verübte Tötungsdelikt selbst zurückzuführen seien. In einer deutschen Untersuchung fanden Spitzer et al. (2001) bei 9 % ihrer Stichprobe von Maßregelvollzugspatienten traumatisierende Effekte durch die eigene Straftat. Suizidale Krisen, Selbstverletzungen, Hoffnungslosigkeit sowie Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch sind als Folgen einer Posttraumatischen Belastungsstörung allseits bekannt. Somit könnte also die hohe Ausprägung der Selbstaggression bei den Abbrechern auch als Hinweis auf ein solches Störungsbild verstanden werden.

Einen Gegenpol zu diesen Gedanken stellt die mögliche Täuschungsabsicht dar, die sich in der Motivation äußert, sich als besonders leidend und depressiv darzustellen. Sachse (2004) nennt dieses Beziehungsspiel, allerdings im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen, das „Arme Schwein-Spiel“. Ziel der Patienten könnte sein, die Therapeuten zu täuschen und ihr Mitleid zu erregen, um so möglicherweise schneller an Vollzugslockerungen zu kommen und Repressalien zu vermeiden.

Interessant ist der Vergleich der Skalenmittelwerte mit den im Testhandbuch angegebenen Normwerten (Hempel & Selg, 1975; S. 25). Die Autoren des Verfahrens führten eine Validierungsstudie mit einer Stichprobe von 72 männlichen Straftätern durch. Auffällig ist, dass auf allen fünf FAF-Skalen die Stichprobe der vorliegenden

Untersuchung weniger Punkte erreichte als die Vergleichsgruppe. Allgemein bleibt diese Stichprobe, egal ob Abbrecher oder Nicht-Abbrecher, im Normalbereich (Werte zwischen 4 und 6), während die Stichprobe der Testautoren mehrfach den überdurchschnittlichen Bereich berührt. Das mag darauf zurückzuführen sein, dass sich Patienten des Maßregelvollzugs in einem guten Licht darstellen wollen. Damit würde in Einklang stehen, dass die Offenheitswerte dieser Stichprobe im Durchschnitt ca. 2.2 Punkte niedriger ausfallen, als es bei der Stichprobe von Hempel und Selg (1975) der Fall war. Die Tabellen 80a und 80b fassen die Ergebnisse der Untersuchung der Testautoren sowie die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zusammen. Zusätzlich werden die Ergebnisse von Grünberger (2007) aufgeführt, der den Test ebenfalls an Strafgefangenen durchgeführt hat. An seine Ergebnisse nähern sich die Werte der vorliegenden Untersuchung tendenziell eher an.

Tabelle 80a: Überblick über Studien, inklusive der vorliegenden, die den FAF an Straftätern durchgeführt haben; Skalen FAF 1 bis FAF 4

Studie	n	Spontane Aggression		Reaktive Aggression		Erregbarkeit		Selbstaggression	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Hempel & Selg (1975)	72 Straftäter	6.64	3.35	5.50	3.08	7.21	3.41	7.36	2.24
Vorliegende Arbeit	165 Patienten nach § 64 StGB	4.56	1.90	4.13	1.92	5.39	1.94	6.06	1.54
	76 Abbrecher	4.92	1.94	4.41	2.03	5.71	1.94	6.25	1.44
	89 Nicht-Abbrecher	4.26	1.83	3.90	1.79	5.12	1.92	5.90	1.60
Grünberger (2007)	36 Straftäter	5.08	1.98	5.44	2.16	5.08	1.99	6.36	2.07

Tabelle 80b: Überblick über Studien, inklusive der vorliegenden, die den FAF an Straftätern durchgeführt haben; Skala FAF 5, Summe der Aggressivität und Offenheit

Studie	n	Aggressionshemmung		Summe der Aggressionen		Offenheit	
		M	SD	M	SD	M	SD
Hempel & Selg (1975)	72 Straftäter	5.75	2.52	19.35*	7.95	7.07	1.65
Vorliegende Arbeit	165 Patienten nach § 64 StGB	3.80	1.86	4.57	2.08	4.79	1.66
	76 Abbrecher	3.30	1.67	4.97	2.14	4.75	1.58
	89 Nicht-Abbrecher	4.23	1.91	4.23	1.98	4.83	1.73
Grünberger (2007)	36 Straftäter	5.64	1.78	4.06	1.69	5.33	2.22

* Die Autoren geben diesen Wert nicht als Mittelwert der Mittelwerte der Skalen FAF 1 bis 3 an, sondern als Addition der Skalen, erst danach wird der Mittelwert berechnet

4.1.2 Diskussion der Ergebnisse der Intelligenzmessung

Mit einem durchschnittlichen IQ-Wert von 89.5 liegt die Stichprobe im Bereich der durchschnittlichen Intelligenz. Dieses Ergebnis bestätigt die Untersuchungen von Heinzen, Köhler, Godt, Geiger & Huchzermeier (2011) und Nijman, Merckelbach & Cima (2009), die keine Zusammenhänge zwischen hoher bzw. niedriger Intelligenz und Kriminalität fanden. Auch die Untersuchung von Hartl (2012) kann hiermit nochmals unterstrichen werden. Der vorliegenden Stichprobe kann also ebenfalls eine grundlegende Therapiefähigkeit, wie der Autor es ausdrückte, unterstellt werden. Hypothese 1.3.1 lässt sich somit bestätigen.

Die Nicht-Abbrecher erreichten mit einer Differenz von 4.3 einen höheren Gesamtwert als die Abbrecher, dieser Unterschied fiel jedoch in den Korrelationsanalysen nicht signifikant aus. Auch die Regressionsanalysen sprachen nicht für einen Zusammenhang, aus dem eine Prädiktoreigenschaft herzuleiten wäre. Somit können die Ergebnisse von Bastert et al. (2012) bestätigt werden, die ebenfalls keinen Einfluss der Intelligenz auf eine Abbruchsentscheidung gefunden haben. Der Therapeutenbefragung von Querengässer et al. (2014a), in der Intelligenz als möglicher Prädiktor benannt worden ist, muss dieses Ergebnis entgegengehalten werden. Dass die Abbrecher insgesamt verhaltensauffälliger sind als die Nicht-Abbrecher, wurde bereits beschrieben und diskutiert (Steinbach et al., 2009). Dass diese Verhaltensauffälligkeiten grundsätzlich mit einem geringeren IQ-Wert zusammenhängen, kann nicht belegt werden. Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass sich das Verfahren CFT 20-R nicht als Prädiktor eignet, um Therapieabbrüche vorauszusagen. Hypothese 1.3.2 wird demnach bestätigt.

Für die separate Betrachtung der beiden Testteile wurden nur die Probanden in die Berechnung einbezogen, die beide Testteile bearbeitet hatten. Somit besteht hier die Stichprobe aus 48 Probanden, darunter 24 Abbrecher und 24 Nicht-Abbrecher. Während die Nicht-Abbrecher im zweiten Testteil durchschnittlich 4.7 IQ-Punkte im Vergleich zum ersten Testteil gewannen, zeigten die Abbrecher lediglich einen Zuwachs von 2.1 IQ-Punkten. Hier lässt sich ein schwacher Hinweis darauf ableiten, dass Abbrecher eventuell trotz normaler Intelligenz hier keine Motivation mehr abrufen können, den zweiten Teil zu bearbeiten. Die Lösung des zweiten Testteils erfordert ein ausdauerndes Konzentrationsvermögen, da der erste Teil ja vorher schon bearbeitet wurde. Der Patient ist somit gezwungen seine kognitiven Fähigkeiten zu fokussieren,

um der Aufgabenstellung zu entsprechen. Es scheint, als verlören die Abbrecher hier eher die Lust als die Nicht-Abbrecher. Sie wählten willkürlich irgendwelche Antworten aus, ohne sich Gedanken über die korrekte Lösung zu machen. Ob das Ergebnis des zweiten Testteils ein repräsentatives Abbild der kognitiven Leistung abgibt, ist daher kritisch einzuschätzen. Ein schlechtes Testergebnis aufgrund mangelnder Lust an der Bearbeitung bedeutet nicht, dass die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit dem Ergebnis entspricht. Für andere Patienten hingegen kann der zweite Testteil wie ein „echter Durchgang“ nach einem ersten „Probedurchgang“ funktionieren. Sie zeigen dank des Übungseffekts und der Gewöhnung an Aufgabenstellung und Testsituation ein besseres Ergebnis. Sie haben durch die lange Bearbeitung an Selbstsicherheit gewonnen und trauen sich mehr zu, sodass das Ergebnis hier eher ein repräsentatives Abbild der kognitiven Leistungen sein dürfte. Die Gruppe der Nicht-Abbrecher scheint eher in der Lage sein, die Konzentration auch nach längerer Zeit noch so zu bündeln, dass die kognitiven Fähigkeiten gut abgerufen werden können.

4.1.3 Diskussion der testpsychologischen Ergebnisse bezüglich des früheren und aktuellen Verhaltens der Patienten

Dieses Kapitel diskutiert die Ergebnisse der Verfahren FOTRES und MELBA.

4.1.3.1 Diskussion der Ergebnisse des FOTRES

Die Ergebnisse legen dar, dass die Patienten auf der Skala Strukturelles Rückfallrisiko mit einem durchschnittlichen Wert von 2.550 höher liegen als auf der Skala Beeinflussbarkeit, auf der sie einen Wert von 1.960 erreichten. Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei der Skala ST-R um Aspekte aus der Vergangenheit eines Täters inklusive des Zeitpunkts der Deliktbegehung. Die Stichprobe imponiert mit durchschnittlich 9,44 Vorstrafen und einer mittleren Haftstrafe von ca. 43 Monaten. Fast jeder zeigte allein aufgrund seiner Suchtentwicklung eine tiefe Verankerung im kriminellen Milieu. Insofern ist zu vermuten, dass sich die Suchterkrankung in hohen Werten des Bereichs „Spezifische Problembereiche mit Tatrelevanz“ abbildet. Der Bereich „Tatmuster“, also der konkrete Ablauf der Anlassstraftat, kann durch die Enthemmung im Rausch stark beeinflusst werden. In welchem Ausmaß und in welchen Mustern die drei Bereiche der Skala ST-R zusammenspielen und welche Unterschie-

de zu nicht süchtigen Straftätern bestehen, könnte an anderer Stelle untersucht werden.

Der geringere BEE-Wert im Vergleich zum ST-R könnte sich durch eine anfangs noch spärlich ausgeprägte und störanfällige Therapiemotivation erklären, die im Laufe der Therapie erst gefestigt wird. Von den Autoren des FOTRES wird empfohlen, diesen Wert mehrfach zu testen, da er sich im Lauf der Therapie verändern kann.

Der Vergleich der Abbrecher mit den Nicht-Abbrechern ergab durchaus relevante Ergebnisse. Therapieabbrecher zeigen im Vergleich zu Nicht-Abbrechern signifikant schlechtere Ergebnisse im Bereich BEE, womit Hypothese 1.5.1 bestätigt werden kann. Die Korrelationsanalyse zeigte, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen BEE und Therapieabbruch vorliegt. Auch die Regressionsanalyse ergab, dass sich das Vorhersagemodell signifikant verschlechtern würde, wenn man BEE aus dem Modell entfernt. Hieraus kann geschlossen werden, dass Patienten, deren Beeinflussbarkeit mithilfe des Verfahrens FOTRES als gering eingeschätzt wird, die Therapie mit höherer Wahrscheinlichkeit abbrechen als Patienten, die bessere Werte erzielen. Somit kann Hypothese 1.5.3 bestätigt werden, dass das Verfahren bzw. das FOTRES-RNA prognostischen Wert bezüglich des Therapieerfolgs hat. Die Ergebnisse bestätigen die Anwendbarkeit als Prognoseinstrument, wie sie bereits von den Autoren selbst (Urbanik, Rinne, Held, Rossegger & Endrass, 2008) und anderen Studien beschrieben worden ist (z. B. Rossegger et al., 2011).

Die Skala ST-R zeigte keine relevanten Gruppenunterschiede, womit die Hypothese 1.5.2 bestätigt werden kann. Das war zu erwarten, da sich Abbrecher und Nicht-Abbrecher in ihrem kriminellen Hintergrund nicht unterscheiden.

4.1.3.2 Diskussion der Ergebnisse der MELBA

Zunächst muss gesagt werden, dass aufgrund fehlender Studien, die dieses Verfahren in einer Maßregeleinrichtung gemäß § 64 StGB untersuchen, keine entsprechende Einordnung der Ergebnisse in den empirisch-wissenschaftlichen Hintergrund vorgenommen werden kann. Hinzu kommt, dass aufgrund der Tatsache, dass die Anwendung des Verfahrens im Fachkrankenhaus Hildburghausen anstatt mit einer 5-stufigen mit einer 8-stufigen Skala durchgeführt worden ist, die Ergebnisse dieser Untersuchung für zukünftige Studien auch nur beschränkt vergleichbar sein werden.

Dennoch dürfte, das Ergebnis, dass der Gesamtwert des Verfahrens signifikant negativ mit Therapieabbruch korreliert, in jedem Fall prognostisch relevant sein. Therapieabbrecher imponierten sogar auf vier von fünf Skalen mit einem signifikant niedrigeren Wert als Nicht-Abbrecher. Die einzige Ausnahme stellt die Skala *Kulturtechniken* dar. In Anbetracht der Items dieser Skala war das Ergebnis zu erwarten und soll in der Bewertung der Hypothese vernachlässigt werden. Hypothese 1.6.1 kann bestätigt werden, da Therapieabbrecher insgesamt schlechtere Ergebnisse im Verfahren erzielten als Nicht-Abbrecher. Zusätzlich kann Hypothese 1.6.2 bestätigt werden, da die Regressionsanalyse ergeben hat, dass der Gesamtwert des Verfahrens eine wesentliche Rolle in der Prädiktion von Therapieabbrüchen spielt. Je niedriger der Gesamtwert des Verfahrens ausfällt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient die Therapie abbricht.

Nun ist aber zu bedenken, dass Patienten zu Beginn ihrer Therapie oft seit Jahren nicht mehr einer täglichen strukturierten beruflichen Beschäftigung nachgegangen sind, abgesehen von kriminellen etwaigen Aktivitäten. Egal, ob Abbrecher oder Nicht-Abbrecher, ein Tagesablauf mit eingeforderter Leistung, für die es nur eine geringe Entlohnung gibt, stellt erfahrungsgemäß für die meisten Patienten ein großes Problem dar. Eine verweigernde Haltung, die sich dann in schlechten Beurteilungen niederschlägt, setzt oftmals dann ein, wenn die Entlohnung kritisiert wird oder die Arbeit als solche abgewertet wird. Es entstehen Diskussionen, teilweise auch Versuche über den Rechtsweg höhere Löhne einzuklagen oder Sabotageakte wie das Verstecken von Werkzeug, das ausgedehnte Suchaktionen nach sich zieht, oder das Manipulieren oder Zerstören der Arbeitsmaterialien. Dass eine verweigernde Atmosphäre sowohl auf vermeintliche Solidarität gleichgesinnter Mitpatienten stößt, aber auch in beträchtlichem Ausmaß motivierte Patienten negativ beeinflussen kann, dürfte jedem forensisch praktisch Arbeitenden bekannt sein. Ein potenzielles Machtvakuum eines Aggressors kann somit kurzfristig aufgefüllt werden, dennoch verbleibt die negative Beurteilung im Verfahren MELBA durch die Ergotherapeuten. Patienten, die sich an die Anweisungen der Mitarbeiter halten, sich in die Struktur der Arbeit integrieren und in gutem Kontakt stehen, bekommen in ihrem ersten MELBA-Bogen in der Regel gute Beurteilungen. Die Entwicklung der einzelnen Fertigkeiten kann erst nach einigen Monaten eingeschätzt werden und ist im Bogen, der für diese Untersuchung herangezogen wurde, nicht abgezeichnet.

Betrachtet man die einzelnen Bereiche des Verfahrens, so zeigt sich, dass die Skalen *kognitive Merkmale*, *soziale Merkmale*, *Merkmale zur Art der Arbeitsausführung* und *psychomotorische Merkmale* signifikant negativ mit dem Therapieabbruch korrelieren, die Nicht-Abbrecher also auf diesen Skalen überzufällig höhere Werte erzielten.

Die Skala *kognitive Merkmale* beinhaltet beispielsweise Items zur Arbeitsplanung, Aufmerksamkeit und Konzentration, zum Problemlösen und zur Umstellung. Nun könnte niedriger Wert in diesem Bereich durch einen jahrelangen Konsum bedingt sein, der die kognitiven Fähigkeiten geschädigt hat. Hier wäre eine Vergleichsuntersuchung mit nicht süchtigen Straftätern interessant. Dass Abbrecher aber signifikant weniger Punkte erreichen, hängt wohl damit zusammen, dass sie ihre kognitiven Kapazitäten nicht für ihre Aufgaben einsetzen. Jedem Patienten wird individuell eine Arbeit zugeteilt, die er nach ergotherapeutisch-diagnostischer Einschätzung gut bewältigen kann. Die meisten Patienten dürften erfahrungsgemäß nicht einmal ansatzweise an ihre kognitiven Grenzen kommen, was die Aufgaben angeht. Niedrige Werte zeugen daher eher von Lustlosigkeit als von Überforderung.

Im Bereich *soziale Merkmale* (Durchsetzung, Führungsfähigkeit, Kritikfähigkeit etc.) unterscheiden sich Abbrecher von Nicht-Abbrechern wahrscheinlich deshalb, weil Erstgenannte sich weniger als Mitglied in eine Arbeitsgemeinschaft einfügen. Patienten mit hohem Bedürfnis nach Dominanz und Macht haben Probleme sich unterzuordnen. Durch die Sozialisation im Gefängnis oder im kriminellen Milieu fehlt vielen die Bereitschaft, diese Dominanz aufzugeben und sich eventuell einem in der sogenannten „Knast-Hierarchie“ unter ihnen rangierenden Mitpatienten im Bereich der Arbeit unterzuordnen, wenn dieser dort eine höhere Position innehat. Auch hier zeigt sich eine zumindest zu Beginn der Therapie bestehende mangelnde Bereitschaft, seine Einstellungen und sein Leben grundlegend zu verändern.

Die *Merkmale zur Art der Arbeitsausführung* wie Misserfolgstoleranz, Pünktlichkeit, Sorgfalt können den Ergebnissen zufolge ebenfalls als unterscheidende Merkmale zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern angesehen werden. Nicht-motivierten Patienten fällt es schwer, sich vom Drang nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung, dem jahrelang durch die Sucherkrankung nachgegeben wurde, zu lösen, was sich in den niedrigen Werten ausdrücken könnte. Frustrationen und Scheitern können nur begrenzt ausgehalten werden und führen zu Lustlosigkeit und Vermeidungsabsichten.

Die niedrigen Werte der *Psychomotorischen Merkmale* bei Abbrechern lassen sich höchstwahrscheinlich, wie bereits mehrfach beschrieben, auf die fehlende Bereitschaft zurückführen, sich korrekt an die Anweisungen der Therapeuten zu halten.

Insgesamt wird geschlussfolgert, dass das Verfahren MELBA durchaus einen prognostischen Wert aufweist. Dies entspricht auch den praktischen Erfahrungen des Verfassers. Da es gesetzlich festgeschrieben ist, dass innerhalb der ersten sechs Wochen, die ein Patient im Maßregelvollzug verbringt, eine Behandlungsplanung stattfinden muss, wird dies in der Regel durch eine Zusammenkunft mehrerer beruflicher Instanzen durchgeführt. Der den Patienten betreuende Ergotherapeut stellt hier den ausgefüllten MELBA-Bogen (siehe Anhang) vor, sodass das Ergebnis in die Planung integriert werden kann und entsprechende Interventionen abgeleitet werden können.

4.1.4 Diskussion der Ergebnisse des statistischen Lernens

Mit diesem Verfahren wurden die Tests in ihrer Gesamtheit, also inklusive aller Skalen, anhand der Evaluationsmaße *Accuracy*, *Recall*, *Precision* und *F1-Wert* überprüft. Ziel war es, Tests zu ermitteln die hier durchgehend hohe Werte liefern. Vor allem sollte der Wert *Recall* hoch ausfallen, da möglichst alle potenziellen Abbrecher identifiziert werden sollen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Tests, die in der forensischen Praxis seit Jahren etabliert sind, auch die besten Vorhersagen von Therapieabbrüchen erzielen. PCL-R, FAF und FOTRES zeigen hohe *Recall*-Werte (68.9 % bis 74.7 %), sodass durch diese Verfahren ein großer Anteil der Abbrecher identifiziert wird. Die *Accuracy*-Werte liegen beinahe auf derselben Höhe, sodass die Tests eine richtige Abbruchsvorhersage in knapp 60 % (58.1 % bis 59.2 %) der Fälle treffen konnten. Die *Precision*-Werte zwischen 51.5 % und 56.4 % zeigen, dass unter der Ergebnismenge gut die Hälfte der Patienten die Therapie nicht abbricht. Dies wird aber zugunsten einer sichereren Identifikation von Abbrechern in Kauf genommen. Würden spezielle Interventionen für Patienten entwickelt, die mit sich hadern, ob sie die Therapie abbrechen oder nicht, dann sollten sie so umgesetzt werden, dass diejenigen, die eigentlich nicht darüber nachdenken, keinen Nachteil in ihrer Entwicklung haben, wenn diese Interventionen bei ihnen angewendet werden würden. Die Nicht-Abbrecher sollten z. B. nicht übermäßig mit einer vermeintlichen Abbruchsentscheidung kon-

frontiert werden, damit nicht ein vertrautes Arbeitsbündnis gefährdet wird. Interventionen könnten sich beispielsweise an Abbruchstypen (siehe Westendarp & Hollenberger, 2012; Querengässer et al., 2014b) orientieren und dementsprechend ausgewählt werden.

Das ergotherapeutische Verfahren MELBA zeigt überraschende Ergebnisse. Zwar ist der Recall mit 61.8 % geringer als in den vorher genannten Tests, doch imponieren die Maße *Accuracy* und *Precision* mit den vergleichsweise höchsten Werten. Auch der *F1-Wert* fällt über 60 % aus. Es scheint, als ob die Einschätzung der Ergotherapeuten im Maßregelvollzug mittels dieses Verfahrens eine insgesamt gute Prädiktion von Therapieabbrüchen liefern kann.

Die übrigen Verfahren SKID und CFT werden durch vergleichsweise niedrige Werte als wenig brauchbar für die Prädiktion von Therapieabbrüchen angesehen, auch wenn der CFT mit einem ausbrechenden Recall von 79.8 % imponiert. Zwar wurde der Fokus genau auf diesen Bereich gelegt, doch ist in Zusammenschau aller Evaluationsmaße dieses Tests nicht von einer ausreichenden Vorhersagegüte auszugehen.

4.1.5 Diskussion der Kombination von Tests und Skalen

In den folgenden Kapiteln sollen die Ergebnisse des statistischen Lernens sowie die Ergebnisse der Konfigurationsfrequenzanalysen diskutiert werden.

4.1.5.1 Diskussion der Ergebnisse des statistischen Lernens

Das die Verfahren SKID II, FAF und CFT 20-R kombinierende Modell sagte 66.1 % der Abbrüche voraus (*mittlerer Recall*). In Ergänzung dazu zeigten sich bei den Modellen mit den separaten Verfahren vergleichsweise geringe Werte. Die *mittlere Precision* fiel mit 47.5 % am niedrigsten aus, d. h. bei diesem Prozentsatz (< 50 %) fiel der Anteil der Nicht-Abbrecher in der Ergebnismenge höher aus als der der Abbrecher. Auch der *mittlere F1-Wert* von 52.8 % zeigte ein vergleichsweise schwaches Resultat. Die Rate der richtigen Vorhersagen erreichte mit einer *mittleren Accuracy* von 52.7 % einen weiteren maximal schlechten Wert.

Die Kombination aus MELBA, PCL-R und FOTRES imponierte insgesamt mit höheren Werten. Zwar lag der *mittlere Recall* leicht unter dem der vorhergehenden Kombination (65.7 %), doch sowohl *mittlere Precision* (59.7 %) als auch *mittlerer F1-Wert*

(61.8 %) fielen deutlich höher aus. Auch die *mittlere Accuracy* zeigte mit 59.2 % ein höheres Resultat. Die drei Verfahren können in Verbindung also durchaus wesentliche Hinweise für Therapieabbrüche liefern. Die weiteren Analysen der vorliegenden Arbeit bezüglich der Identifikation von Typen sollen die Ergebnisse weiter überprüfen.

4.1.5.2 Diskussion der Ergebnisse der Konfigurationsfrequenzanalysen

Bei der Berechnung der Konfigurationsfrequenzanalysen wurden sämtliche Kombinationen aus relevanten Tests und Testskalen mit dem Ziel der Identifikation von Typen untersucht. Deutlich wurde, dass die Verfahren FOTRES, PCL-R und MELBA in Kombination Hinweise auf Therapieabbrüche liefern können. Niedrige Werte auf der Skala Beeinflussbarkeit (FOTRES-RNA), hohe Werte im Bereich *psychopathy* (PCL-R – Gesamtwert) und niedrige Werte im Verfahren MELBA (Gesamtwert) entsprechen laut Analyse dem Typ des Abbrechers. Das bestätigt die Bedeutung der Verfahren im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. Ein zusätzlicher Nutzen der Ergebnisse dieses Analyseverfahrens liegt in der praktischen Anwendungsmöglichkeit im Stationsalltag. Der geschärfte Blick nicht nur auf einzelne Testergebnisse, sondern gerade auf deren Kombination erscheint von hohem Wert bezüglich der regelmäßigen Behandlungsplanungen und der Entwicklung von Interventionen, mit denen potenziellen Abbruchgedanken begegnet werden kann.

Die Resultate bestätigen die des statistischen Lernens. Es waren ebenfalls diese drei Verfahren, denen in Kombination prädiktive Eigenschaften nachgewiesen werden konnten.

Die Merkmale konnten in den Konfigurationsfrequenzanalysen sogar noch spezifiziert werden: Anstelle der Gesamtwerte von PCL-R und MELBA wurden die Unterskalen PCL-R – Fassade 2 (hohe Werte), MELBA – Soziale Merkmale und MELBA – Art der Arbeitsausführung (jeweils niedrige Werte) kombiniert, wodurch Typen identifiziert werden konnten. Demnach scheint auch der Fokus der Kombination dieser separaten Skalen einen wesentlichen Beitrag zur Prädiktion von Therapieabbrüchen liefern zu können.

Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass die Skalen SKID II – Antisoziale Persönlichkeitsstörung und FAF 5 – Aggressionshemmung in keiner der untersuchten Kombinationen zu einer Typidentifizierung geführt haben. Somit bleibt allein die separate Betrachtung dieser Skalen um Hinweise auf Therapieabbrüche abzuleiten.

Zur Einteilung der Merkmale in Kategorien muss kritisch angemerkt werden, dass dieser Vorgang einer gewissen Subjektivität unterliegt. Insbesondere im Fall einer groben Rasterung wie z. B. bei FOTRES-RNA kann eine Abweichung von 0.5 Punkten im Verfahren bereits enorme Größenunterschiede der gewählten Kategorien zur Folge haben. Im Falle einer hohen Punktzahl wie z. B. beim MELBA-Gesamtwert ist eine Ausbalancierung der Größe der gewählten Kategorien leichter zu erzielen.

4.1.5.3 Der identifizierte Typ des Abbrechers

Der hier gefundene Typ des Abbrechers lässt sich zusammenfassend wie folgt beschreiben: Die Patienten verfügen nur über ein oberflächliches Repertoire an Gefühlen. Sie sind nur eingeschränkt in der Lage Empathie oder Schuldbewusstsein zu empfinden und zeigen keinen authentischen Leidensdruck, was eigenes gewalttätiges oder kriminelles Verhalten angeht. Sie übernehmen kaum Verantwortung für eigenes Handeln, weder für ihre kriminelle Vergangenheit noch für Fehlverhalten im Stationsalltag. Eher neigen sie zu Externalisierungen und bringen weitere Personen ins Spiel, die mindestens eine Mitschuld an ihrer Situation tragen. Die Betroffenen zeigen sich wenig bereit, Einstellungen oder Selbstbilder zu hinterfragen, auch sind sie wenig bereit mit Sorgfalt, Ordnung und Pünktlichkeit einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen. Sie zeigen Schwierigkeiten, sich ein- oder gar unterzuordnen und reagieren stark auf Kritik und Frustrationen. Die Deliktarbeit mit den Patienten fällt durch eine unklare oder nur diffuse Deliktdynamik oder Täterpersönlichkeit auf, nicht selten aufgrund von Unwahrheiten, die die Erarbeitung erschweren. Es lassen sich kaum deliktpräventive Persönlichkeitsmerkmale oder Lebensumstände finden.

In die Auflistung von Abbrechertypen bei Querengässer et al. (2014b), die auf Einschätzungen von Therapeuten beruht, lässt sich dieser Typ am ehesten dem Typ „Der Dissoziale“ zuordnen. Die Typisierung von Westendarp und Hollenberg (2012), die durch Extraktion von Abbruchsgründen aus Stellungnahmen entwickelt wurde, lässt sich nicht eindeutig auf den in dieser Untersuchung gefundenen Typ anwenden. Es sind zu viele Merkmale verschiedener Typen, die von den Autoren genannt werden, die nicht auf den hier identifizierten Typus zu übertragen sind.

4.1.6 Fazit der testpsychologischen Untersuchung

Die angewendeten testpsychologischen Verfahren sind den Ergebnissen zufolge in der Lage, prognostische Informationen über Therapieabbrüche zu liefern. Hierbei sind es vor allem die bereits in der forensischen Praxis etablierten Verfahren, die brauchbare Hinweise erbringen können. Kriterien wie Dissozialität und *psychopathy*, speziell die affektiven Defizite, sind besonders relevant. Skrupellose Einstellungen im sozialen Bereich zeigten sich in mehreren Tests in der Gruppe der Abbrecher. Keinen Einfluss auf eine Abbruchsentscheidung hatte der Faktor Intelligenz. Überraschenderweise zeigte sich anhand einer dokumentierten Verhaltensbeobachtung im Rahmen der arbeits- bzw. ergotherapeutischen Angebote ein relevanter prognostischer Gehalt. Das Verfahren, das im Kontext forensischer Kliniken noch nicht untersucht worden ist, spiegelt den Ergebnissen zufolge die bereits genannten differenzierenden Merkmale der Gruppen der Abbrecher und Nicht-Abbrecher. Die Betrachtung und Bewertung separater Testskalen sowie deren Kombination mit dem Ziel der Identifikation von Abbrechertypen ist nach den vorliegenden Ergebnissen sinnvoll und sollte demnach in den Rahmen von Behandlungsplanungen einfließen. Die Testverfahren PCL-R, MELBA und FOTRES erwiesen sich in Kombination als geeignet, um Aussagen über Therapieabbrüche zu liefern.

4.2 Diskussion der relevanten Verlaufsdaten

§ 67 Abs. 4 StGB sagt aus, dass die Zeit der Unterbringung im Maßregelvollzug vor dem Zwei-Drittel-Termin auf die Strafe angerechnet wird. Jeder Tag, der nach diesem Termin im Maßregelvollzug verbracht wird, bedeutet zusätzlichen Freiheitsentzug, sofern die Therapie abgebrochen wurde. Bei ca. 65 % der untersuchten Abbrecher wurde die entsprechende Stellungnahme an die Staatsanwaltschaft vor dem Zwei-Drittel-Termin verfasst. Im Durchschnitt wurden die untersuchten Patienten ca. 63 Tage vor ihrem Zwei-Drittel-Termin in die Justizvollzugsanstalt zurückverlegt, so dass kein zusätzlicher Freiheitsentzug entstand. Eine separate Betrachtung der Untergruppen der Selbst- und Fremdabbrecher ergab keinen signifikanten Unterschied, beide Gruppen wurden im Durchschnitt ohne zusätzlichen Freiheitsentzug verschubt. Bei einem guten Drittel der Abbrecher (ca. 35 %) wurde die Abbruchstellungnahme nach dem Zwei-Drittel-Termin verfasst. In diesen Fällen war eine durchschnittliche Verweildauer von 319 Tagen zwischen dem Zwei-Drittel-Termin und der Verlegung

ins Gefängnis zu verzeichnen. Das bedeutet, dass die Abbrüche dieser Patientengruppe mit einem durchschnittlichen zusätzlichen Freiheitsentzug von ca. 319 Tagen neben der eigentlichen Haftstrafe einhergingen. Betrachtet man die durchschnittliche Haftdauer von ca. 39 Monaten bei diesen Patienten, bedeutet der gescheiterte Therapieversuch einen Zuwachs des Freiheitsentzugs um 29.4 % der eigentlichen Haftstrafe.

Unterstellt man einigen Patienten, sie würden sich für eine Therapie im Maßregelvollzug entscheiden um eine Haftverkürzung zu erreichen, müssten sie auch die Gefahr berücksichtigen, im Abbruchsfall länger zu „sitzen“ als es die Haftstrafe vorgesehen hatte. Es ergibt also durchaus einen Sinn für einen Straftäter zu überlegen, ab wann bzw. bis wann sich der Maßregelvollzug für ihn „lohnt“, sofern er es weniger auf Therapie als auf Haftverkürzung abgesehen hat. Da es sich bei der Klientel erwiegenermaßen um durchschnittlich intelligente Menschen handelt, ist davon auszugehen, dass sie sich durchaus darüber Gedanken machen.

Eine realistische Planung, bis wann man spätestens einen Therapieabbruch geäußert haben sollte, ergibt sich nach Einschätzung des Verfassers aus der Berechnung des jeweiligen Zwei-Drittel-Termins, von dem ca. 92 Tage abzuziehen sind. Auch hier unterscheiden sich Selbst- und Fremddabbrecher nicht, sodass eine grobe Kalkulation von 3 Monaten als Zeiteinheit sinnvoll erscheint. Insofern wurde für die weiteren Berechnungen ein Cut-Off-Wert berechnet, der 92 Tage vor dem Zwei-Drittel-Termin liegt und zur Differenzierung zwischen Früh und Spätabbrechern dient.

In diese Berechnung wurde jedoch ein Zeitfaktor noch nicht einberechnet: Nachdem ein Patient seinen Therapieabbruch offiziell verkündet hat, den Abbruch also schriftlich bei der Klinik sowie der zuständigen Strafvollstreckungsbehörde eingereicht hat, vergeht noch einige Zeit, bis die Klinik zu diesem Abbruch schriftlich Stellung genommen hat. Insofern müsste zu den 92 Tagen eine gewisse weitere Zeitspanne eingeplant werden.

Insgesamt muss konstatiert werden, dass die Ergebnisse dieses Untersuchungsgebietes durch die sehr hohen Standardabweichungen die Repräsentativität der Mittelwerte stark abschwächen. Es handelt sich also um statistische Werte, die zum Teil nur eine schwache Interpretationsgrundlage bieten.

4.2.1 Diskussion der Hypothese 2.1

Anhand der Ergebnisse erscheinen die gewählten Untergruppen der Stichprobe in recht gleichmäßiger Aufteilung. Die Gruppierungen in Früh- und Spätabbrecher, sowie in Selbst- und Fremddabbrecher halbieren die Stichprobe jeweils. Die weitere Aufteilung in die vier Untergruppen frühe und späte Selbstabbrecher bzw. frühe und späte Fremddabbrecher ergibt annähernd eine Viertelung der Stichprobe. Keine der Untergruppen sticht durch eine besonders hohe oder niedrige Zahl heraus. Man kann lediglich eine sehr leichte Tendenz erkennen, dass es bis 3 Monate vor dem Zwei-Drittel-Termin mehr Selbstabbrüche gibt und zum Ende hin, wenn mit einem zusätzlichen Freiheitsentzug gerechnet werden muss, mehr Fremddabbrüche. Ein Überschreiten des erhobenen Grenzwertes ermöglicht nach den hier erarbeiteten Ergebnissen auch keine deutliche Differenzierung der Gruppen. Ebenso wenig wurden signifikante Unterschiede im zeitlichen Abstand zwischen dem Zwei-Drittel-Termin und der Abbruchstellungnahme erkennbar. Selbstabbrecher entschließen sich bezüglich des Zwei-Drittel-Termins nicht früher zum Abbruch und Fremddabbrecher werden statistisch nicht bedeutsam später abgebrochen. Von der Annahme eines definierten und berechenbaren Cut-Off-Wertes muss also Abstand genommen werden, womit Hypothese 2.1 verworfen wird.

4.2.2 Diskussion der Hypothese 2.2

Der Faktor Haftstrafe zeigt einen Einfluss auf die Abbruchsentscheidung. Der Vergleich der Selbstabbrecher mit den Fremddabbrechern ergab, dass die Fremddabbrecher zu einer signifikant höheren Freiheitsstrafe verurteilt worden waren, womit Hypothese 2.2 bestätigt werden kann. Dieses Ergebnis könnte eine Motivation von gefährlichen Tätern darstellen in einer Unterbringung zu bleiben bzw. die Therapie auch entgegen der Empfehlung der Klinik ordentlich zu beenden, sodass der Termin der Aussetzung der Restfreiheitsstrafe zur Bewährung zu einem früheren Termin als im Regelvollzug möglich wäre. Dieses Ergebnis liefert einen Hinweis darauf, dass diese Personen es auf die Privilegierung im Maßregelvollzug abgesehen haben könnten und sich von vornherein eine Haftverkürzung versprochen haben.

Die Gruppe der Täter, die selbst den Abbruchsentschluss gefasst haben, wurde zu einer durchschnittlichen Haftstrafe von 30 Monaten verurteilt. Ihre Unterbringung beginnt im Schnitt ca. 382 Tage vor ihrem Zwei-Drittel-Termin, sodass die in § 67d

Abs. 1 StGB vorgesehene zweijährige Therapie sowohl den Halbstrafentersin als auch den Zwei-Drittel-Termin als möglichen Entlasszeitpunkt ausschließt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird sogar der Zeitpunkt, zu dem man seine Haft verbüßt hat, mit der Therapie überschritten. Der Straftäter muss sich also im Falle einer Entscheidung für die Therapie von vornherein mit einem potenziell längeren Freiheitsentzug auseinandersetzen. Die Motivation, die Therapie abubrechen oder gar nicht erst zu beginnen, ist hier, selbst wenn ein authentischer Veränderungswille vorhanden ist, doch recht hoch.

4.2.3 Diskussion der Hypothese 2.3

Betrachtet man den zeitlichen Abstand zwischen der Aufnahme in den Maßregelvollzug und dem Zeitpunkt der Abbruchstellungnahme, so zeigt sich, dass die Stellungnahmen der Selbstabbrecher signifikant früher formuliert wurden als die der Fremdabbrecher. Abbruchsentscheidungen der Klinik imponieren mit einer Verzögerung von 251 Tagen im Vergleich zu Abbruchsentscheidungen der Patienten. Hypothese 2.3 wird dementsprechend bestätigt.

Selbstabbrecher lassen sich nach den Erfahrungen des Verfassers schwer motivieren, in den therapeutischen Alltag einzusteigen. Ist die Entscheidung des Abbrechers bekannt, so bekommt er eine gewisse Bedenkzeit, bevor sich die Klinik zu der Entscheidung positioniert. Den Patienten werden regelmäßig Gespräche angeboten, in denen Motivationsarbeit geleistet werden soll. Die Patienten wissen jedoch oft, dass nur ein komplettes Ablehnen sämtlicher Angebote zu einem zügigen Abbruch führt, daher kommt es vor, dass jeglicher Kontakt abgelehnt wird. Die Bedenkzeit der Patienten ist durch den Aufnahmedruck der Kliniken recht eingeschränkt, sodass die entsprechende Abbruchstellungnahme kurze Zeit nach dem schriftlichen Abbruchwunsch verfasst wird. In der richterlichen Anhörung ist man sich schließlich einig, Rechtsmittel sind unnötig, sodass die Rechtskraft zügig eintritt und die Verschiebung in Auftrag gegeben werden kann.

Dennoch werden die Stellungnahmen der Selbstabbrecher durchschnittlich 218 Tage nach der Aufnahme geschrieben. Hier inbegriffen ist die Gruppe der Selbstabbrecher, die einen Therapieversuch unternommen hat, dann aber durch Fehlverhalten oder Regelverstöße aufgefallen ist. Eine Rückstufung im Therapiekonzept durch Zurücknahme von Lockerungen und therapeutischer Bearbeitung führt dann zu starken

Frustrationen, insbesondere dann, wenn ein potenzieller Entlasszeitraum bereits abzusehen war. Darüber hinaus verursachen Versagensgefühle und mangelndes Selbstvertrauen eine negative Perspektive und schmälern die Hoffnung auf den Ausstieg aus Sucht und Kriminalität. Anstatt sich den Anforderungen zu fügen und die Bearbeitung des Fehlverhaltens zu beginnen entscheiden sich diese Patienten für den einfacheren Weg, nämlich die Therapie nicht fortzusetzen.

Hinsichtlich der Abbrüche, die durch die Klinik empfohlen werden, erscheint ein entsprechender Abbruchprozess deutlich länger. Bis eine Abbruchempfehlung in allen Hierarchien einer Klinik besprochen und beschlossen ist, dauert es nicht selten Wochen und Monate, zumal wenn man ein mehrfaches Einräumen neuer Chancen für den Patienten mit einberechnet, sich nach einem Fehlverhalten doch noch in den Stationsalltag zu integrieren und sich an die Regeln zu halten. Nur bei eindeutigen Belegen für eine fehlende Therapiemotivation und bei Vorliegen einer Begründung, warum diese durch kein dem Maßregelvollzug zur Verfügung stehendes Mittel (Therapeutenwechsel, Wechsel der Station etc.) geweckt werden kann, ist eine Abbruchempfehlung vor Gericht aussichtsreich, daher müssen die Gründe ausreichend tragfähig sein, um vor Gericht standzuhalten. Eine fortgesetzte Therapie durch gerichtliche Entscheidung entgegen der Empfehlung der Klinik ist in den wenigsten Fällen von Erfolg gekrönt, da die therapeutische Arbeitsbeziehung grundlegend gestört ist. Stattdessen kann ein subjektives Machtgefühl des Patienten aufgrund des vermeintlichen Sieges über die Klinik entstehen und dysfunktionales Verhalten weiter antreiben.

4.2.4 Diskussion der weiteren Ergebnisse der Berechnungen relevanter Verlaufsdaten

Die Zeit zwischen Abbruchstellungnahme und Verschubung fällt bei späten Selbstabbrechern geringer aus als bei frühen Fremdabbrechern. Hier wird deutlich, dass bei den späten Selbstabbrechern die Motivation offenbar hoch ist, eine Verlegung ins Gefängnis zu erzielen, um keinen zusätzlichen Freiheitsentzug zu riskieren. Frühe Fremdabbrecher kämpfen scheinbar noch für ihre Therapie um die Unterbringung fortzusetzen. Sie geben die Hoffnung auf eine Haftverkürzung noch nicht auf und legen Rechtsmittel gegen Abbruchsbeschlüsse ein. Dadurch wird die Dauer bis zur Verschubung in die Länge gezogen.

4.2.5 Fazit der Untersuchung der relevanten Verlaufsdaten

Schalast et al. (2012) äußern, dass Patienten sehr früh in der Unterbringung abwägen, welcher Weg, Gefängnis oder Maßregelvollzug, schneller in die Freiheit führt. Sie schlugen deshalb vor, verschiedene Zeitvariablen näher zu untersuchen. Die vorliegende Untersuchung hat verschiedene Zeitvariablen überprüft und als erstes herausgefunden, dass sich kein Grenzzeitpunkt finden lässt, der die Gruppe der Fremd- und Selbstabbrecher klar voneinander differenziert. Angenommen wurde ein Zeitpunkt, der drei Monate vor dem Zwei-Drittel-Termin liegt. Patienten, die nach diesem Zeitpunkt die Therapie abbrechen, müssen mit einem zusätzlichen Freiheitsentzug rechnen, da während des Maßregelvollzugs nur die Zeit bis zum Zwei-Drittel-Termin auf die Haftstrafe angerechnet wird. Daher wurde vermutet, dass der Anteil der Fremdbrecher in der Gruppe, deren Stellungnahme nach dem Grenzzeitpunkt verfasst, wurde größer wäre. Die Streuung der Abbruchszeitpunkte war in der Stichprobe jedoch so groß, dass keine klare Abgrenzung gefunden wurde. Der gewählte Grenzzeitpunkt kann nach diesen Ergebnissen nicht als Prädiktor angenommen werden. In Anbetracht der Streuung der Abbruchszeitpunkte ist auch ein alternativer Grenzzeitpunkt zumindest für diese Stichprobe auszuschließen.

Die Höhe der Haftstrafe hingegen konnte sich sehr wohl als Prädiktor behaupten. Je höher die Haftstrafe ausfällt, desto mehr Haftverkürzung kann ein Täter durch den Maßregelvollzug erreichen und desto weniger trifft er selbst die Entscheidung zum Therapieabbruch. Die Gruppe der Fremdbrecher fällt neben der hohen durchschnittlichen Haftstrafe auch durch die längste Dauer zwischen der Aufnahme in den Maßregelvollzug und dem Zwei-Drittel-Termin auf. Es sind speziell die frühen Fremdbrecher, die vergleichsweise die höchste Haftstrafe (durchschnittlich ca. 52 Monate) und die längste Dauer bis zum Zwei-Drittel-Termin aufweisen (durchschnittlich ca. 28 Monate). Erfahrungsgemäß werden die Patienten nicht selten sogar zwei Jahre vor ihrem Halbstrafentern in den Maßregelvollzug aufgenommen. In diesem Zusammenhang zeigen sich wahrscheinlich die größten Schwierigkeiten im Stationsalltag und die geringsten Anpassungs- und Integrationsleistungen der Patienten. Die Vermutung, dass es sich bei diesen Patienten weniger um kriminelle Süchtige als vielmehr um süchtige Kriminelle mit hohem antisozialen Potenzial handelt, die die Vorteile des Maßregelvollzugs gegenüber dem Strafvollzug in Anspruch nehmen wollen, liegt nah. Es bietet sich für die Straftäter schlicht die Gelegenheit sehr früh nach

Tatbegehung an Lockerungen zu gelangen oder eine Entlassung auf Bewährung zu beantragen und die eigentliche lange Haftstrafe so zu umgehen. Daher ist auch verständlich, dass die Patienten einem Fremdadbruch mit allen rechtlichen Mitteln entgegenwirken. Sie zeigen sich in ihrer richterlichen Anhörung, die infolge der Abbruchstellungnahme vollzogen wird, weiterhin therapiemotiviert, der Strafverteidiger verweist auf vermeintliche Fehlentscheidungen der Behandler und legt im Falle einer Abbruchsentscheidung des Gerichts Rechtsmittel ein. Die Entscheidung der nächst höheren Instanz verschlingt zwar nochmals einige Monate Zeit, doch angesichts der ohnehin langen Freiheitsstrafe und des frühen Unterbringungsbeginns ergibt sich für den gefährlichen Täter ein Vorteil diese Schritte zu gehen, da er keinen zusätzlichen Freiheitsentzug riskiert. Die angesprochene Gruppe der frühen Fremdadbrecher (höchste Haftstrafe, größte Dauer von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin) verbringt, wie die Ergebnisse belegen, die längste Zeit nach der Abbruchstellungnahme im Maßregelvollzug, bis sie ins Gefängnis zurückverlegt wird (durchschnittlich ca. 124 Tage).

Dennoch ist in diesen Fällen natürlich eine intrinsische Therapiemotivation im Sinne eines Veränderungswillens nicht ausgeschlossen. Genauso wenig ist es ausgeschlossen, dass diese Personen durch die Therapie einen authentischen Veränderungswillen entwickeln, selbst wenn sie primär die Privilegierung im Maßregelvollzug angestrebt haben sollten.

Abschließend soll der Kenntnisstand einiger Patienten über allgemeine Bedingungen der Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB kritisch betrachtet werden. Viele Patienten erheben bereits am Aufnahmetag den Anspruch, an einem bestimmten Tag oder zumindest in einem begrenzten Zeitraum entlassen zu werden. Da aber am ersten Tag einer Therapie kein konkreter Endzeitpunkt genannt werden kann und die Patienten zusätzlich Erfahrungen und Meinungen ihrer Mitpatienten aufnehmen, wird ihnen oft bewusst, dass der Maßregelvollzug weder der eigenen Vorstellung noch den Aussagen der Rechtsberater entspricht. Darüber hinaus werden dissoziale Einstellungen mitsamt einer Ablehnung sozialer und gesellschaftlicher Regeln offenbar, was unmittelbar in der Therapie in Einzel- und Gruppengesprächen thematisiert wird. Eine solche Bearbeitung ist für den Patienten oft anstrengend und gefährdet die milieugefärbte Identität. Die Entscheidung für die Aufrechterhaltung der kriminellen oder dissozialen Identität und für das Wissen um ein Entlassdatum wird getroffen,

aber damit auch die Entscheidung gegen die Therapie. Hier ist eine Abbruchmotivation früher Selbstabbrecher zu vermuten. Es wäre daher wünschenswert, wenn der Kenntnisstand der Patienten über die Strukturen einer Maßregelvollzugseinrichtung verbessert würde, sodass ihnen bereits während des aner kennenden Verfahrens klar wird, unter welchen Bedingungen die Unterbringung stattfindet. Schulungsmaßnahmen in den Staatsanwaltschaften, Kanzleien, Gefängnissen und direkte Vorstellungen bei Patienten im Rahmen der Untersuchungshaft haben nach eigener Erfahrung bereits gute Ergebnisse gezeigt.

4.3 Diskussion der Patientenbefragung

Insgesamt ist der Rücklauf der Fragebögen mit 34 % laut Wieken (1974) als akzeptabel einzuschätzen. Jedoch ist zu beachten, dass die Stichprobe einer Verzerrung unterliegt, da mehrheitlich Patienten teilgenommen haben, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf einer Therapiestation befanden (über 75 %). Somit ist nur die Meinung weniger Patienten abgebildet, die auf einer Aufnahmestation untergebracht waren oder die Therapie abgebrochen haben. Die Vermutung liegt nahe, dass gerade Patienten, bei denen die Erledigung der Maßregel wegen Aussichtslosigkeit empfohlen wurde, eine andere Einschätzung der Therapiebausteine geben würden. Patienten, die auf ihre Rückführung ins Gefängnis warten, nehmen erfahrungsgemäß kaum Kontakt zu Therapeuten auf oder an Befragungen teil. Wollen die Patienten eine schnelle Rückführung erzielen, vermeiden sie den Kontakt, damit er nicht als Therapiemotivation interpretiert wird, was die Rückführung verzögern könnte.

Batinic (2001) zufolge nehmen eher Menschen an Befragungen teil, die mit ihrer Situation unzufrieden sind. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse könnte man noch hinzufügen, dass nur diejenigen teilnehmen, die von einer potenziellen Veränderung noch profitieren können.

Methodisch lässt sich kritisieren, dass die Durchführung der Befragung per Postversand keine Rückfragen der Patienten an den Testleiter zugelassen hat. Da der Fragebogen aber an sich recht übersichtlich und eindeutig konstruiert wurde, konnte das in Kauf genommen werden.

4.3.1 Diskussion der Therapiebausteine

Im Antwortverhalten der Patienten zeigte sich, dass sich die Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit signifikant voneinander unterscheiden. Der gemittelte Wichtigkeitswert fällt höher aus als der gemittelte Zufriedenheitswert. In einer geschlossenen Einrichtung wie dem Maßregelvollzug, die einen streng strukturierten Stationsablauf sowie ein oft tendenziell überbordendes Konzept aus Regeln und Verboten mit Sanktionierungen oder Konsequenzen aufweist, dürfte es allemal schwer sein ein Ergebnis zu erhalten, das ein authentisches Bild ausgeprägter Patientenzufriedenheit liefert. Insofern ist das Ergebnis wenig überraschend. Eher überraschend ist der Blick ins Detail. Die Einschätzungen der jeweiligen Therapiebausteine sollen nachfolgend diskutiert werden.

Therapeutische Einzelgespräche

Die therapeutischen Einzelgespräche werden von den Patienten als wichtigster Therapiebaustein des Maßregelvollzugs genannt. Außerdem gaben sie ihm die höchsten Zufriedenheitswerte. In beiden Fällen wurden die höchsten Mittelwerte und damit die ersten Ränge erzielt. Das bestätigt die Befunde früherer Untersuchungen, in denen die therapeutischen Einzelgespräche sowohl als sehr wichtig im Hinblick auf den Therapieerfolg eingeschätzt (Schalast, 2000b) als auch überwiegend positiv wahrgenommen wurden (Bezzel, 2008). Es scheint so zu sein, dass gerade die forensischen Patienten von den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie (siehe Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) und den sogenannten Basisvariablen (Rogers, 2009) profitieren. Sie haben häufig schon in der frühen Kindheit emotionale Mangelenerfahrungen, Gewalt und Traumatisierungen erlebt (Rauchfleisch, 1996), weshalb im Rahmen einer Therapie positive Beziehungserfahrungen gemacht und gestaltet werden können. Man kann nun schlussfolgern, dass positive Beziehungserfahrungen emotional verarbeitet und somit gut erinnerlich sein werden. Es besteht also die Möglichkeit, dass diese Lernerfahrung jenseits des Maßregelvollzugs in den Alltag implementiert und somit die Beziehungsgestaltung zum wesentlichen Wirkfaktor einer Therapie im Maßregelvollzug wird. Eine gute und stabile Anbindung an die Mitarbeiter des Vollzugs könnte demnach für die Einschätzung prognostischer Fragen dienlich sein. Das postulierten bereits Krupinski, Schöchlin, Fischer & Nedopil, (1997), die die Qualität der

Beziehung als wichtigen Prädiktor für das Ergebnis der Behandlung im Maßregelvollzug ansahen.

Die Ausweitung positiver Beziehungserfahrungen im Maßregelvollzug kann erfolgen, wenn alle Mitarbeiter, auch nicht therapeutische, Basisvariablen wie positive Wertschätzung, einfühlerndes Verstehen und Echtheit berücksichtigen und umsetzen. Das gilt auch für Berufsgruppen, die tagtäglich, vor allem nachts und an Wochenenden, wenn keine regulären Therapien stattfinden, mit den Patienten zu tun haben. Dass dies im Vollzug freilich keine einfache Aufgabe ist, zeigt sich im stationären Alltag der forensischen Kliniken, wenn das Personal mit Dissozialität, Spaltungen und Lügen, teilweise auch mit Anfeindungen und Abwertungen konfrontiert wird. Westendarp und Hollenberg (2012) betonten bereits, dass es im Rahmen der Maßregelvollzugsbehandlung und speziell auch bei Therapieabbrüchen „kaum genug Supervision und externe Unterstützung“ (S. 322) geben kann. Ein stark inhomogenes Behandlungsteam, in dem die Basisvariablen nur von einzelnen Personen berücksichtigt werden, unterliegt erfahrungsgemäß Spaltungstendenzen und wird durch die Dissozialität massiv geschädigt. Somit wird deutlich, wie maßgeblich die regelmäßige fachliche Supervision eines Behandlungsteams im Maßregelvollzug ist und welchen Einfluss ein gemeinsamer Behandlungsauftrag mit einheitlichem Menschenbild auf eine nachhaltig erfolgreiche Therapie in diesem Kontext haben kann.

Der statistisch bedeutsame Unterschied zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit, die Zufriedenheitswerte lagen tendenziell unter den Wichtigkeitswerten, könnte einer üblichen Dynamik in der Therapeut-Patient-Beziehung geschuldet sein. Wie in der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan (1996) begegnet der Therapeut dem Patienten im Maßregelvollzug grundsätzlich unterstützend, aber auch streng strukturierend, begrenzend und infolge von Manipulationsversuchen entsprechend intervenierend. Harte Konfrontationen des Therapeuten infolge von Fehlverhalten des Patienten können auch ohne sanktionierende Maßnahmen für den Patienten überraschend sein. Entscheidet sich ein Bezugstherapeut nach Regelverstößen für eine strenge Maßnahme (z. B. Verlegung auf eine andere Station, Verweis aus einer Gruppensitzung etc.), dann kommt es nicht selten zu offener Ablehnung des Therapeuten, die es anschließend zu bearbeiten gilt. Auf diese Dynamik könnten die schlechteren Zufriedenheitswerte zurückzuführen sein.

Lockerungen

Dieser Baustein wird als zweitwichtigstes Therapieelement angesehen. Dass Lockerungen (im Sinne von Frei- oder Ausgängen) Teil des therapeutischen Konzeptes des Maßregelvollzugs sind, dürfte außer Frage stehen. Lockerungen werden jedoch nach Erfahrung des Verfassers von den jeweiligen Klinikleitungen sehr unterschiedlich gehandhabt. Während einige Vollzüge bereits nach wenigen Wochen begleiteten Ausgängen zustimmen, sofern die Voraussetzungen es zulassen, würden andere Vollzüge im gleichen Fall anders darüber entscheiden. Einige Vollzüge stimmen regelmäßig erst nach Erreichen des Zwei-Drittel-Termins einer Lockerung zu oder sogar erst relativ kurze Zeit vor Verlegung in den offenen Vollzug. Diese unterschiedliche Handhabung könnte für den schlechteren Zufriedenheitswert verantwortlich sein (Rang 7). Der Zeitpunkt der ersten Lockerung hängt häufig weniger von einer günstigen Lockerungsprognose ab als eher vom Konzept der jeweiligen Maßregelvollzugseinrichtung.

Freizeitgestaltung

Die Freizeitgestaltung wird von den Patienten mit dem dritten Platz als sehr wichtig beurteilt, aber mit dem 18. Rang als frustrierend erlebt. Die Differenz der beiden Mittelwerte schlägt mit 0.888 Punkten als größter Unterschied zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit eines Therapiebausteins zu Buche.

Das Thema Freizeitgestaltung wird in der Praxis oft kontrovers diskutiert. Nicht selten wird ein Maßregelvollzug als „teures Hotel mit Animation für Gefangene“ angesehen, und zwar nicht nur von Außenstehenden. Insofern tauchen vielerorts laute Gegenstimmen oder stille Ablehnung auf, wenn das Thema in den Behandlungsteams besprochen wird. Auch wird der Patientenwunsch nach mehr Freizeitgestaltung oft als süchtiges Konsumverhalten interpretiert. Sobald einigen Patienten etwas Angenehmes zugesagt wird, wird es erfahrungsgemäß recht zügig nicht mehr in Anspruch genommen, sondern es wird etwas Neues beantragt. Unter diesem Vorzeichen ist dem Thema selbstverständlich kritisch zu begegnen.

Dennoch kann eine aktive Freizeitgestaltung auch als Ausprobieren eines gesellschaftlich integrierten Lebens mit kreativem Handeln und Schaffen von Erfolgserlebnissen genutzt werden. Den Patienten fehlt aber oft schlicht die Kompetenz die eigene Freizeit aktiv zu gestalten. Fähigkeiten und Talente sind in ihrer Biographie in der

Regel nicht gesehen oder gefördert worden und hinter den geschlossenen Türen einer Vollzugseinrichtung ist es allemal schwer ein Hobby zu finden, dessen Kosten für den Patienten tragbar sind und dessen Materialien keine Sicherheitsprobleme für den Vollzug bergen. Nach Ansicht des Verfassers braucht es regelmäßige Anleitung in Freizeitgestaltung und Interessenfindung, was durch die Mitarbeiter durchaus geleistet werden kann. Leider sind erfahrungsgemäß Angebote wie z. B. Mediengruppen im Sinne von aktiver Beschäftigung mit den Weltnachrichten des Tages oder anderweitige Arbeitsgemeinschaften kein Regelfall. So bleiben die Patienten in der therapiefreien Zeit meistens sich selbst überlassen mit der Aufgabe, sich etwas zu suchen, was sie tun könnten. Erfahrungsgemäß stehen dann Sport, Kartenspielen und TV im Vordergrund, während hintergründig für Erfolgserlebnisse oder Befriedigungen auf altbewährtes dysfunktionales Verhalten zurückgegriffen wird.

Sportliche Aktivitäten/Möglichkeiten

Sport wird von den Patienten als wichtiger Baustein betrachtet (Rang 4), außerdem zeigen sie sich der Rangordnung zufolge recht zufrieden mit dem Angebot der Maßregelvollzüge (Rang 6). Dennoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit. Ein primäres Ziel der sportlichen Betätigung vieler Patienten ist der Aufbau von Muskelmasse. Für dieses Ziel nehmen manche sogar die Gefahr von Verletzungen in Kauf. Werden sie dann durch Mitarbeiter in ihrer Trainingsweise korrigiert oder werden sie vom Arzt infolge von Rücken- oder Gelenkschmerzen krankgeschrieben, sodass sie den Kraftraum einige Zeit nicht benutzen dürfen, entsteht Frust, die Angst vor Muskelabbau und vor einem vermeintlichen sozialen Abstieg in der Patientengruppe.

Stationsklima

An fünfter Stelle der Wichtigkeit steht das Stationsklima. Die Patienten sind jedoch durchschnittlich nur mäßig zufrieden damit (Rang 12), der Unterschied zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit fällt signifikant aus. Das Klima bzw. die Atmosphäre auf einer Station ist dynamisch und unterliegt starken Schwankungen. Eine starke Gruppe kann die Dissozialität Einzelner auffangen und aufkommende kriminelle Handlungen konstruktiv und offen lösen. Eine Gruppe, in der mehrere anti- und protherapeutische Untergruppen parallel agieren, kann Spannungen hervorrufen und zu einer

enormen Belastung für schwächere Patienten werden, besonders, wenn aus Angst vor stärkeren Mitpatienten oder deren Repressalien niemand „verraten“ wird. Ein Stationsklima kann aber seitens der Patienten auch dann als positiv bewertet werden, wenn der Zusammenhalt zwischen ihnen in negativem Sinne „zufriedenstellend“ ist, insofern kriminelle und antitherapeutische Handlungen verlässlich von allen verschwiegen werden. Es kommt ebenso vor, dass sich Patienten außerhalb der Patientengruppe über Mitpatienten beschwerten und deren Veränderungsbereitschaft anzweifeln oder absprechen, um auf diese Weise ihre eigene Therapiemotivation hervorzuheben. Andererseits ärgern sich manche Patienten aber ganz offensichtlich auch über antitherapeutisches Verhalten, da es sie auf dem Weg zu einem erfolgreichen Therapieabschluss behindert und ein Vorankommen verschleppt.

Schalast und Redies entwickelten 2005 einen Kurzfragebogen zur Entwicklung des Stationsklimas, der die drei Untergruppen „Sicherheit (Sicherheitserleben vs. bedrohliche Aggression)“, „Zusammenleben der Patienten“ und „Therapeutischer Halt (haltende Funktion des Teams)“ testet. Sie fanden, dass die Skala „Therapeutischer Halt“ bei den Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht waren, im Vergleich zu den anderen Skalen am geringsten ausgeprägt war und der Zusammenhalt der Patienten somit in der Einschätzung höher lag. Die Mitarbeiter des Bereiches der Unterbringung nach § 64 StGB schätzten hingegen den therapeutischen Halt am höchsten von allen drei Skalen ein. Hier imponiert ein gravierender Unterschied zwischen dem Urteil der Patienten und dem der Mitarbeiter, der im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB nicht zu finden war. Dort wurde der therapeutische Halt von Patienten und Mitarbeitern am höchsten eingeschätzt.

Psychologische Behandlung

Die psychologische Behandlung schneidet mit einem Wichtigkeitsrang von 6 und einem Zufriedenheitsrang von 2 insgesamt gut ab. Der Unterschied ist signifikant. Das Item repräsentiert einerseits das psychologische Konzept als Ganzes, inklusive der Inhalte der Gruppen- und Einzelgespräche, andererseits aber sicherlich auch die Berufsgruppe der Psychologen. Das Ergebnis ist einerseits erfreulich, da es scheint, dass die Inhalte gut den Bedürfnissen der Patienten entsprechen. Es könnte auch darauf hinweisen, dass die Psychologen als Personengruppe oft positiv wahrgenommen werden. Andererseits kann dies jedoch zu Spannungen im Team und zu

besonderen Herausforderungen führen, wenn z. B. Psychologen und Pflegepersonal gegeneinander ausgespielt werden sollen. Das passiert tatsächlich, wenn letztere eine für den Patienten unangenehme Maßnahme durchsetzen und dieser sich bei den Psychologen darüber beschwert.

Fraglich ist jedoch, ob dieses Item genügend Trennschärfe bietet, um von den Items „Therapeutische Einzelgespräche“, „Gruppentherapie“, „Angebote zum Thema Abhängigkeit“ oder auch „Angehörigengespräche“ ausreichend abgegrenzt zu werden. Die Überprüfung der Validität des Fragebogens ist in dieser Untersuchung nicht vorgenommen worden und auf etwaige Rückfragen der Probanden konnte, wie bereits erwähnt, nicht eingegangen werden.

Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen

Dieses Item imponiert ebenso wie die Freizeitgestaltung durch eine große Diskrepanz zwischen der Bewertung von Wichtigkeit und Zufriedenheit. Die Patienten empfinden die Maßnahmen als siebtwichtigsten Baustein, sind aber sehr unzufrieden damit (Rang 19). Ein Grund für die Unzufriedenheit kann in den eher schlechten beruflichen Aussichten und Chancen auf dem Arbeitsmarkt liegen. Die Sozialdienste der Anstalten scheitern häufig in ihren Bemühungen die Patienten in entsprechende Maßnahmen, Praktika oder Arbeitsverträge zu bringen an den Gegebenheiten des Arbeitsmarkts. Letztlich sind es dann auch die Sozialarbeiter oder Ergotherapeuten, die mit den Patienten, für die der Berufseinstieg eigentlich unmittelbar bevorstünde (z. B. im offenen Vollzug oder kurz vor der Entlassung), über die realistischen Aussichten sprechen. Die Patienten werden dann mit unangenehmen Tatsachen konfrontiert und gewahr, dass die beruflichen Möglichkeiten aus der Perspektive einer geschlossenen Station doch stark überschätzt wurden. Für die große Unzufriedenheit könnte also weniger der Therapiebaustein an sich verantwortlich sein als vielmehr die Arbeitsmarktsituation und ein grundsätzlich ablehnendes Verhalten von Arbeitgebern gegenüber süchtigen Straftätern. Die schlechten Aussichten könnten bereits sehr früh in der Therapie thematisiert werden, damit der Gedanke, nach der Entlassung sicher Arbeit zu finden, realistischer betrachtet wird.

Arbeitstherapie/Ergotherapie

Dieser Therapiebaustein wird insgesamt recht positiv bewertet. Die Wichtigkeit liegt auf dem achten Platz, die Zufriedenheit auf dem vierten. Erfahrungsgemäß ist die Ergotherapie ein Ort, an dem nicht nur monotone und anspruchslose Arbeiten verrichtet werden, sondern durch die Aufsplitterung in Holz-, Metall-, Tonwerkstätten, industrielle Fertigung etc. ein breit gefächertes Angebot vorliegt, das den Patienten nicht nur das Geldverdienen ermöglicht, sondern auch die Möglichkeit des Erlernens von handwerklichen Fertigkeiten sowie das eigenständige Schaffen von Erfolgserlebnissen unter anderem durch praktisches Umsetzen von Eigeninitiativen bietet. Dass die Zufriedenheit signifikant besser abschneidet als die Wichtigkeit, mag nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass die Patienten sich hier durch eigene kreative Produktion, Motivation und Anerkennung neu kennenlernen können, was zu Beginn der Therapie wahrscheinlich kaum abzusehen ist. Man könnte den Bereich weiter erforschen und im Einzelnen hinterfragen, ob diejenigen, die bereits lange Zeit in der Arbeitstherapie sind und sich eventuell hier weiterentwickelt haben, höhere Zufriedenheitswerte angeben als Patienten, die noch am Anfang der Therapie stehen.

Selbstverpflegung

Die Selbstverpflegung liegt im mittleren Bereich der Wichtigkeit wie auch der Zufriedenheit, mit geringer Rangdifferenz (Ränge 9 und 10). Dennoch weist der Baustein einen signifikanten Unterschied zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit auf. Selbstverpflegung bedeutet in den meisten Fällen, dass es spätestens im offenen Vollzug einen Küchen- bzw. Kochdienst gibt. Hier kochen eine oder zwei Personen für eine große Gruppe von Patienten, oft über 10 Personen. Dass dies einige Patienten überfordert, wird deutlich, wenn man die ausgearbeiteten Einkaufs- und Speisepläne betrachtet. Hilfestellung vom Personal wird in der Regel angeboten, aber nicht immer angenommen. Die verantwortlichen Patienten sind der Bewertung durch die übrigen ausgesetzt, was relevant für die Dynamik innerhalb der Patientengruppe werden kann. Dieser Aspekt, der mit Sorge um den eigenen Stand oder Status in der Gruppe zu tun hat, könnte Druck ausüben und somit zu Unzufriedenheit führen. Wird das Essen geliefert, kann man sich gemeinsam darüber beschweren. Ist dagegen ein Patient dafür verantwortlich, steht er im Fokus. Somit wird die Selbstverpflegung als

Therapiebaustein zum einflussreichen Faktor für die Gruppendynamik, die Raum für therapeutische Interventionen bieten kann.

Schuldnerberatung

Die Schuldnerberatung liegt in Betrachtung der Wichtigkeit auf dem mittleren Rang 10, die Zufriedenheit aber auf dem schlechteren Rang 13. Der Unterschied der zentralen Tendenzen fällt signifikant aus. Unter der Bedingung Zufriedenheit wurde 26-mal „trifft nicht zu“ angekreuzt, was bedeuten könnte, dass hier keine Beratung stattgefunden hat, entweder weil keine nötig war oder das Angebot bei diesen Patienten aus irgendeinem Grund ausgeblieben ist. Im Vergleich dazu waren es 9 Personen, die unter der Bedingung Wichtigkeit „trifft nicht zu“ angekreuzt haben.

Die Beratungen werden meist durch Sozialarbeiter bereits zu Beginn der Therapie angeboten bzw. es werden Patienten motiviert und angehalten, sich Klarheit über ihre finanzielle Situation zu verschaffen (Auflistung der Gläubiger, Kontaktaufnahme mit Gläubigern sowie schriftlicher Austausch mit entsprechenden Auskunfteien wie z. B. der Schufa). Den Patienten ist das häufig unangenehm, außerdem ist es sehr mühsam, sodass sie oft keine Lust dazu haben und diese Aufgabe gerne vernachlässigen. Auch vermeiden sie die Konfrontation mit der Summe aller Schulden. In Einzelfällen muss der Schuldenumfang immer wieder neu bestimmt werden, da die Schuldenpositionen erst nach und nach ans Licht kommen. Im Ergebnis zeichnet sich ab, dass das Schuldenthema insgesamt ein unliebsames ist und gern vernachlässigt wird. Dass die Themen Freizeitgestaltung, Lockerungen und Sport als wichtiger für die Therapie angesehen werden als die Klärung der Schulden sowie die Erstellung eines Planes zu deren Tilgung, spiegelt Fähigkeit und Willen zur Verantwortungsübernahme und sollte gegebenenfalls zum Thema der Psychotherapie gemacht werden.

Angehörigengespräche

Die Angehörigengespräche nehmen unter der Bedingung Wichtigkeit den 11. Rang ein. Mit einem signifikanten Unterschied dazu fällt die Zufriedenheit besser aus und ist auf dem 8. Rang angesiedelt. 21 Patienten kreuzten unter der Bedingung Zufriedenheit „trifft nicht zu“ an. Wahrscheinlich haben in diesen Fällen keine Gespräche stattgefunden, weil entweder keine Angehörigen existierten oder keine Kontaktauf-

nahme gewünscht wurde. Grundsätzlich nützen die Gespräche dem Aufbau bzw. der Vorbereitung des sozialen Empfangsraumes, sie können aber auch vieles zur Therapie beitragen. In einigen Fällen finden die ersten Kontakte zwischen Patienten und Angehörigen nach schweren Konflikten oder Kontaktabbrüchen statt. Unter psychologischer Moderation finden in den Gesprächen erstmals wieder Annäherungen statt, was von den Patienten als große Hilfestellung wahrgenommen wird.

Angebote zum Thema Abhängigkeit

Dieser Therapiebaustein wird als wenig wichtig eingeschätzt (Rang 12), was höchst verwunderlich erscheint, da es sich schließlich um Untergebrachte gemäß § 64 StGB handelt. Die Patienten sehen beispielsweise Sport, Freizeitangebote und Lockerungen als wichtiger an. Dem Ergebnis zufolge lassen sich die Ernsthaftigkeit, mit der der Therapie begegnet wird sowie die Änderungsmotivation durchaus hinterfragen. Insbesondere, da es sich hauptsächlich um Patienten handelt, die sich auf Therapiestationen befinden oder die vor ihrer Entlassung stehen. Nur ein kleiner Teil der Stichprobe stand erst am Anfang der Therapie. Man sollte annehmen, dass sich im Laufe der Therapie die Anspruchshaltung ändert, dass also die Themen der Therapie wie z. B. die Suchterkrankung in den Vordergrund rücken und Forderungen nach Sport und Freizeit reduziert werden. Das ist hier jedoch nicht der Fall.

Die abgezeichnete Unzufriedenheit mit den Angeboten zum Thema Abhängigkeit (Rang 15, signifikanter Unterschied der zentralen Tendenz im Vergleich zur Wichtigkeit) könnte mit einer Wahrnehmung zusammenhängen, dass ein Abstinenzwille trotz der Therapie nicht aufkommt. Dem Patienten wird sozusagen klar, dass trotz professioneller Unterstützung der Hang zu konsumieren so dominant ist, dass er sich selbst keine günstige Abstinenzprognose geben würde. Die Unzufriedenheit könnte demnach als eine Enttäuschung interpretiert werden, die sich im Laufe der Therapie ausbreitet. Dies öffnet einen tragischen Blickwinkel, in dem der Patient, der sich womöglich ein abstinentes Leben erhoffte, selbst merkt, dass die Angebote zum Thema Abhängigkeit bei ihm nicht wirken und er in Freiheit sicher wieder scheitern wird. Er wird sich im Lauf der Therapie anpassen, um an Lockerungen zu gelangen und entlassen zu werden, aber immer im Hintergrund die Gewissheit haben, dass er draußen dem Druck nicht standhalten, rückfällig und insgesamt wieder im Leben scheitern wird.

Genau diese Enttäuschung sollte aber zum Thema der Psychotherapie werden um Interventionen für eine individuelle Behandlung ableiten zu können.

Ärztliche Behandlung

Die medizinische Versorgung im Maßregelvollzug spielt entgegen der Annahmen, dass es sich meist um junge, gesunde Menschen handelt, die nur selten einer ärztlichen Behandlung bedürfen, eine recht große Rolle. Neben der hausärztlichen Versorgung der Suchtpatienten, die allein schon wegen der somatischen Komorbiditäten wie z. B. Leberzirrhose oder Hepatitis B unverzichtbar ist, kommen die fast schon regelhaft notwendigen Zahnsanierungen sowie häufige Sportverletzungen (Schalast, 2000b). Darüber hinaus werden Patienten mit entsprechenden Diagnosen wie z. B. psychotische Erkrankungen auch pharmakologisch eingestellt (Stolpmann, 2001). Die Wichtigkeit wird seitens der Patienten auf den 13. Rang eingeordnet, die Zufriedenheit wird signifikant schlechter beurteilt und liegt auf dem 20. und damit letzten Platz. Auch erfahrungsgemäß wird die ärztliche Sprechstunde zu einem großen Teil von Patienten wahrgenommen, die durch Sportverletzungen Hilfe benötigen bzw. durch falsches Krafttraining und Überbelastungen an Rücken- oder Gelenkschmerzen leiden. Ihr Wunsch ist eine Behandlung der Schmerzen, meist ohne im Anschluss auf das Training verzichten zu müssen. Der ärztliche Rat, einige Wochen auf Kraftsport zu verzichten oder die Überbelastungen zu vermeiden, stößt bei Patienten oft auf wenig Verständnis und wird dementsprechend selten befolgt. Der Aufbau von Muskelmasse wird der Gesundheit vorgezogen. Wird einem Patienten aufgrund ärztlicher Anweisungen der Zugang zum Kraftraum vorübergehend verwehrt, kann es zu gesteigerter Unzufriedenheit aufseiten des Patienten bis hin zur Ablehnung des Arztes kommen. Der schlechte Wert dieses Therapiebausteins könnte auch der sehr strengen und sparsamen Verordnung von Schmerztabletten geschuldet sein. Insbesondere bei angegebenen Kopfschmerzen, die z. B. ein Fernbleiben von der Arbeit ermöglichen, wird gerade keine Tablette ausgegeben und auch keine Krankschreibung angefertigt. Eher sollte dies zum Thema innerhalb der jeweiligen Therapiebausteine oder der Psychotherapie werden. Der Patient ist aber unzufrieden über das „schnelle Abfertigen“, er beschwert sich an höherer Stelle und beklagt die angebliche Inkompetenz des Arztes.

Bezugspflegegespräche

Das Ergebnis der Einschätzung der Bezugspflegegespräche ist in vielerlei Hinsicht interessant. Die Gespräche werden nur als relativ unwichtig (Rang 14) empfunden. Unter der Bedingung Zufriedenheit stehen sie jedoch auf Platz 3. Der Unterschied beider Bedingungen ist signifikant. Der Mittelwert dieses Bausteins liegt sogar höher als bei der Einschätzung der Wichtigkeit, was nur bei zwei weiteren Bausteinen vorkam (Behandlung durch das Pflegepersonal, Medikamentöse Behandlung). Eine mögliche Erklärung liegt in dem teilweise schlechten Ruf, den das Pflegepersonal bei den Patienten hat. Sie werfen ihm beispielsweise häufig Willkür vor, wenn es um die Umsetzung von Stationsregeln geht. Die feste Zuordnung der Patienten zu Bezugspflegern bewirkt jedoch eine Arbeitsbeziehung, die von beiden Seiten gestaltet werden muss. Ein Bezugspfleger ist in besonderer Weise für mehrere Patienten zuständig (Stolpmann, 2001) und fühlt sich dann auch in spezieller Art und Weise für sie verantwortlich. Er gestaltet die Beziehungen zugewandt und versucht, sich in die Dynamik der Patienten einzuarbeiten, meist gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten. Die Wahrnehmung der Patienten, dass die Pflege sich um eine Arbeitsbeziehung bemüht, ja überhaupt die Aufnahme einer Arbeitsbeziehung und auch ein menschliches Interesse an ihm ist im Rahmen der Bezugspflege intensiver als außerhalb. Die Kontinuität einer Beziehung über die gesamte Therapie hinweg scheint ein wesentlicher Faktor der Therapie im Maßregelvollzug zu sein. Er erleichtert die vertrauensvolle Beziehungsarbeit und die Ausgestaltung kann als Modell für spätere Beziehungen dienen. Der Patient soll bei der Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung und deren Auswirkungen auf den Alltag unterstützt werden sowie bei Defiziten Hilfe erfahren. Durch die Nähe zum Patienten und das Wissen um die spezifische Deliktdynamik leisten Pflegemitarbeiter einen wichtigen Beitrag für die Sicherheit im Maßregelvollzug (Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, 2008) und durch ihre Beobachtungen können viele alltägliche Situationen therapeutisch nutzbar gemacht werden (Stolpmann, 2001).

Gruppentherapie

Die Einschätzungen von Wichtigkeit und Zufriedenheit der Gruppentherapie fielen exakt gleich aus (in beiden Fällen $M = 3.000$, d. h. „eher wichtig“ und „eher zufrieden“). In Betrachtung der Rangzuordnungen liegt der Wert der Zufriedenheit 10 Posi-

tionen höher als der der Wichtigkeit, was den durchschnittlich schlechteren Ergebnissen der Bedingung Zufriedenheit geschuldet ist.

Gruppen dienen nicht nur der Psychoedukation im Sinne von Wissensvermittlung über das Thema Sucht. Vielmehr gehören Angebote zum Thema Delinquenz, Biographie sowie Anti-Aggressionstrainings oder Skills-Gruppen zur täglichen Gruppenarbeit. Außerdem werden die aktuellen Stationsthemen, Konflikte innerhalb der Patientengruppe, Rückfälle oder die Gruppendynamik besprochen und bearbeitet. Dass die Zufriedenheit einen recht hohen Rang erreicht, kann als erfreulich für die Inhalte und die Moderation der Gruppen verbucht werden. Der niedrige Rang der Wichtigkeit bzw. der Vergleich mit Bausteinen, die einen höheren Rang erreicht haben (z. B. Sport) erscheint, wie bereits mehrfach erwähnt, im Rahmen einer stationären suchttherapeutischen Langzeitbehandlung verwunderlich und wirft ein eher schlechtes Licht auf die Einstellung zur Behandlung im Maßregelvollzug.

Schulische Angebote

Alle 4 Maßregelvollzüge dieser Untersuchung bieten den Patienten die Möglichkeit, einen Haupt- oder Realschulabschluss zu machen. Unter bestimmten Voraussetzungen (wie einer höheren Lockerungsstufe) ist sogar das Abitur möglich. Die Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit unterscheiden sich nicht signifikant und sind rangbezogen in die untere Hälfte der Einschätzungen einzuordnen (Wichtigkeit Rang 16, Zufriedenheit Rang 11). 19 Patienten antworteten unter der Bedingung Wichtigkeit mit „trifft nicht zu“, im Vergleich dazu waren es unter der Bedingung „Zufriedenheit“ 33 Patienten.

Der Therapiebaustein betrifft nur eine Auswahl von Patienten. Einige sind mit ihrem bisher erreichten Bildungsstand zufrieden und möchten keine Veränderung bzw. Verbesserung. Andere besitzen bereits entsprechende Abschlüsse. Wiederum andere werden von den Mitarbeitern dazu motiviert, haben aber zu große Versagensängste um Prüfungen durchzustehen. Auch eine resignierende Haltung bezüglich der Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder die selbstgestellte (aber nicht ausgesprochene) negative Sucht- und Legalprognose können die Einschätzung der schulischen Angebote in den Keller treiben und andere Bausteine als relevanter für die Therapie erscheinen lassen.

Behandlung durch das Pfl egeteam

Wichtigkeit und Zufriedenheit unterscheiden sich in diesem Baustein nicht, in Betrachtung der Ränge liegt die Zufriedenheit aber 8 Positionen über der Wichtigkeit. Obwohl die Mittelwerte der Zufriedenheit in fast allen anderen Einschätzungen der Patienten unter denen der Wichtigkeit liegen, ist es in diesem Fall umgekehrt. Vermutlich kommt hier erneut die Beziehung zum Tragen, die das Pflegepersonal zu den Patienten aufbaut und die sich in den Zufriedenheitswerten niederschlägt. Die Mitarbeiter der Pflege müssen zwar Regeln durchsetzen und Sicherungsaufgaben erfüllen, dennoch erreichen sie auch als Nicht-Bezugspfleger in der Bewertung eine vergleichsweise günstige Position (verglichen mit der sozialpädagogischen und ärztlichen Betreuung).

Sozialpädagogische Betreuung

Die Patienten zeigten sich als recht unzufrieden mit diesem Baustein (Rang 14), gleichzeitig bewerteten sie ihn als vergleichsweise unwichtig (Rang 18). Der Unterschied der Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit fällt nicht signifikant aus.

Das Arbeitsfeld der Sozialpädagogen im Maßregelvollzug ist sehr breit gefächert. Sie werden im schulischen, im therapeutischen sowie im sozialarbeiterischen Bereich eingesetzt. Daher erscheint die Bewertung, dass diese Gruppe unwichtig sei, doch sehr überraschend. Möglicherweise war die Berufsbezeichnung im Fragebogen irreführend und die Bezeichnung „Sozialarbeiter“ wäre treffender gewesen. Im Zusammenhang mit den Bausteinen Schuldnerberatung und berufsfördernde Maßnahmen, in denen die Berufsgruppe unter anderem vertreten ist, wurde bereits diskutiert, dass sie die Patienten zur Eigeninitiative anhält, insbesondere, wenn es auf die Vorbereitung der Entlassung zugeht. Der Druck, der dabei auf die Patienten ausgeübt wird, wird von ihnen negativ wahrgenommen, die Aufgaben, zu denen sie angehalten werden als anstrengend, da hier Versagensängste auftreten können. Im Zusammenhang mit beruflichen Chancen auf dem Arbeitsmarkt können die Patienten die Sozialarbeiter ebenso mit negativen Eindrücken und Erlebnissen in Verbindung bringen. Wenn die Berufsgruppe im therapeutischen Bereich eingesetzt wird, z. B. als Gruppenleiter oder -moderatoren, kann Unzufriedenheit entstehen, was sich dann beispielsweise darin ausdrücken kann, dass einem stark strukturierenden Moderator aus dem sozialpädagogischen Berufsfeld, der die Gruppe strenger und restriktiver leitet als ein

psychologischer Kollege, z. B. die Kompetenz zur Gruppenleitung abgesprochen wird, eben weil er „kein Therapeut“ ist.

Medikamentöse Behandlung

Dieser Baustein fällt in beiden Bedingungen in das unterste Rangviertel, es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit festgestellt werden. Die Patienten schätzen den Baustein also als unwichtig ein und sie waren zugleich unzufrieden damit. Vermutlich wird der Baustein als unwichtig betrachtet, weil die Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB in der Regel an keiner psychiatrischen Erkrankung leiden wie z. B. aus dem schizophrenen oder affektiven Formenkreis. Nahezu die Hälfte der Versuchspersonen hat in beiden Bedingungen „trifft nicht zu“ geantwortet, was auch auf einen Abgrenzungseffekt deuten könnte. Die Patienten möchten als nach § 64 StGB Untergebrachte nicht mit Untergebrachten nach § 63 StGB in eine Schublade gesteckt werden. Andererseits gehört die Ausgabe von Schmerzmitteln (bei Kopfschmerzen oder Rücken- und Gelenkschmerzen infolge von Überbelastungen beim Sport) aber auch zu diesem Baustein und der Effekt, der bereits oben bei der Diskussion zum Ergebnis des Bausteins ärztliche Behandlung genannt wurde, tritt auch hier ein. Die Unzufriedenheit könnte also durch eine recht strenge Ausgabe leichter Schmerzmittel und Diskussionen mit dem Vollzugsarzt zustande kommen.

Kreativtherapie

Die Kreativtherapie wird als der unwichtigste aller genannten Bausteine eingeschätzt (Rang 20). Dass die Patienten auch unzufrieden damit sind (Rang 17), könnte auch auf den bereits beim Baustein Freizeitgestaltung diskutierten Aspekt zurückzuführen sein. 35 Patienten antworteten unter der Bedingung Zufriedenheit mit „trifft nicht zu“, was darauf hindeutet, dass sie keine Kreativtherapie bekommen oder nicht daran teilgenommen haben. Ein signifikanter Unterschied der Bedingungen liegt nicht vor. Aus eigener Erfahrung werden Angebote aus diesem Bereich nur von wenigen wahrgenommen und dann nicht regelmäßig bzw. die Patienten möchten keine Verbindlichkeit eingehen, dass sie teilnehmen „müssen“. Die Themen der Kreativangebote entsprechen oft nicht den Interessen der Patienten, sodass sie von vornherein keine Motivation haben (z. B. Seidenmalerei, Malkurse). Besonders gute Erfahrun-

gen mit reger Teilnahme der Patienten zeigten sich dem Verfasser in Theatergruppen oder musikalischer Betätigung in Musikräumen, jedoch werden derartige zeitintensive Gruppen nur selten angeboten.

4.3.2 Diskussion der Hypothesen und Fazit

Die Hypothese, dass Therapiebausteine mit Gesprächs- und Beziehungscharakter in der Einschätzung der Wichtigkeit sowie der Zufriedenheit am höchsten gewertet werden, kann durch die Ergebnisse nur eingeschränkt bestätigt werden. Erwartet wurde, dass zumindest die ersten drei bis fünf Ränge von Bausteinen dieser Art besetzt werden. Tatsächlich zeigten sich unter der Bedingung Zufriedenheit auf den ersten drei Plätzen die Bausteine therapeutische Einzelgespräche, psychologische Behandlung und Bezugspflegegespräche, womit ein deutliches Gewicht auf Bausteinen mit Gesprächs- und Beziehungscharakter liegt. Unter der Bedingung Wichtigkeit zeigen die Ergebnisse jedoch ein anderes Muster. Zwar stehen die therapeutischen Einzelgespräche auch hier an der Spitze, sie werden aber dicht gefolgt von Freizeitgestaltung, Lockerungen und Sport, womit ein klares Untergewicht an Gesprächs- und Beziehungscharakter auf den ersten Plätzen vorliegt.

Patienten sehen die Bausteine mit Gesprächs- und Beziehungscharakter also als nicht wichtig für ihr Vorankommen in der Therapie. Dennoch zeigten die Ergebnisse, dass sie recht zufrieden mit diesen Bausteinen sind. Einerseits scheinen also die Bemühungen der Mitarbeiter, Beziehungen zu den Patienten aktiv zu gestalten positiv wahr- und angenommen zu werden, wie Schalast (2000b) in seiner Untersuchung bereits festgestellt hat. Man könnte aber andererseits sagen, dass der Gesprächscharakter in den Augen der Patienten nur ein angenehmes Nebenereignis darstellt, das zwar angenommen wird, die hauptsächliche Therapie jedoch in den Augen der Patienten aus Sport, Freizeit und Lockerungen bestehen sollte. Dass also die Arbeit der Bediensteten im Maßregelvollzug, z. B. für eine therapeutische Atmosphäre zu sorgen oder Raum für die Aufarbeitung der individuellen Krankheitsentwicklungen und eine Grundlage für das Erlernen eines suchtfreien, sozial angepassten Lebensstils zu schaffen, von den Patienten nicht als wichtig erachtet wird, spiegelt auch die Wahrnehmung vieler Mitarbeiter. Das Mantra „wir und unsere Arbeit werden nicht ernst genommen“ findet in diesen Ergebnissen seine Bestätigung.

Hypothese 3.2 kann den Ergebnissen zufolge bestätigt werden. Es sind tendenziell die für die Patienten angenehmen Bausteine, die als wichtig erachtet werden. Dies kann durchaus als Hinweis darauf verstanden werden, dass ein nicht unerheblicher Teil der Patienten es eher auf Bedürfnisbefriedigung während des Vollzugs abgesehen hat und weniger auf therapeutische Arbeit, die bestenfalls mit einer günstigen Legenöprognose endet. Der Maßregelvollzug mit seiner Besserstellung der Patienten gegenüber den Strafgefangenen bietet den entsprechenden Raum, um Vorteile abzufangen.

Insgesamt schneidet die Zufriedenheit, gemittelt über alle Bausteine signifikant schlechter ab als die Wichtigkeit. Dass dies nur auf den negativen Einfluss der Abwesenheit von Freiheit zurückzuführen ist, erscheint nicht realistisch. Eher scheint der Effekt ein Ergebnis nicht erfüllter Erwartungen zu sein. Straftäter, die die Privilegierung des Maßregelvollzugs ausnutzen wollen, egal ob sie mit oder ohne Therapiemotivation untergebracht werden, scheitern in der Therapie oft durch ein vehementes Einfordern von Vergünstigungen, die in deutschen Maßregelvollzügen unterschiedlich flexibel gehandhabt werden, im Gefängnis aber schlicht indiskutabel wären und dadurch erst gar nicht anvisiert werden. Es bleibt zu vermuten, dass, je flexibler ein Maßregelvollzug mit Vergünstigungen (wie z. B. Freizeitgestaltung oder Lockerungen) umgeht, desto mehr Unzufriedenheit bei Patienten ausgelöst wird, was in der Folge zu Therapieabbrüchen führen kann. Abbrüche sollten demnach auch als hausgemachtes Ereignis in Betracht gezogen werden.

Interessant wäre zu überprüfen, ob das Ergebnis anders ausfallen würde, wenn Lockerungen sehr früh eingesetzt werden oder wenn ein großes Angebot an Freizeitmöglichkeiten bestehen würde. Würde dies sogar die Bausteine mit Beziehungscharakter von den ersten Rängen vertreiben? Weiterhin könnte überprüft werden, ob zufriedener Patienten eine bessere Behandlungsprognose haben oder ob sich ein geringer Unterschied zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit positiv darauf auswirken würde.

4.4 Diskussion der Ergebnisse hinsichtlich der Privilegierung im Maßregelvollzug

Ziel der Untersuchung war es, aus verschiedenen Instrumenten und Verlaufsmerkmalen Prädiktoren zu ermitteln, die in der Lage sind, Therapieabbruchsentscheidun-

gen vorauszusehen bzw. Hinweise auf potenzielle Abbrüche zu liefern. Als Leitmotiv sollte die Identifikation der Privilegierung im Maßregelvollzug und deren Einfluss auf Abbruchsentscheidungen dienen.

Die Überprüfung der testpsychologischen Verfahren brachte Prädiktoren hervor, die sich bereits in vorherigen Untersuchungen als nützlich erwiesen haben, darunter die dissoziale Persönlichkeit sowie das Merkmal *psychopathy*. Insbesondere haben sich die affektiven Defizite als relevant für die Prädiktion von Abbrüchen gezeigt, was sich auch in der vergleichsweise schlechteren Fähigkeit zur Aggressionshemmung der Abbrecher spiegelt. Die Überprüfung des früheren und aktuellen Verhaltens hat deutliche Gruppenunterschiede im Bereich der Beeinflussbarkeit des Rückfallrisikos durch die Therapie gezeigt. Ferner haben sich große Gruppenunterschiede im Bereich der ergotherapeutischen Einschätzung der Merkmale der Arbeitsfähigkeit gezeigt. Das gemessene soziale Verhalten im Bereich der Arbeitstherapie sowie die Kritikfähigkeit, Frustrationstoleranz oder die Unterordnung scheinen also einen Behandlungserfolg gut vorhersagen zu können. Der identifizierte Typ des Abbrechers vereinheitlicht die genannten Eigenschaften.

Es liegt im Wesen der Dissozialität sowie der *psychopathy* in erster Linie der Maximierung eigener Vorteile entsprechend zu handeln. Sind durch eine Therapie Privilegien zu erreichen (Sanktionserleichterungen, Lockerungen, Halbstrafe), dann wird der Maßregelvollzug grundsätzlich für den gefundenen Typus des Abbrechers interessant und er zeigt sich zunächst therapiemotiviert.

Im zweiten Teil der Untersuchung hat sich herausgestellt, dass gerade die Therapieabbrecher, die zu hohen Haftstrafen verurteilt worden waren die Therapie nicht aus eigener Entscheidung abgebrochen haben, sondern der Abbruch bei ihnen durch die Klinik empfohlen wurde. Das könnte belegen, dass die Patienten die Besserstellung im Maßregelvollzug nutzen, um ihre lange Haftstrafe zu verkürzen. Es waren gerade diese Patienten, die sehr lange Zeit vor ihrem Zwei-Drittel-Termin in den Maßregelvollzug aufgenommen wurden, was wiederum einen Hinweis dafür liefert, dass ein früher Entlasstermin zentrale Motivation sein könnte. Die Tatsache, dass diese Gruppe vergleichsweise die längste Zeit zwischen Abbruchstellungnahme und Verschiebung im Maßregelvollzug verbrachte, zeigt, dass sie so lange wie möglich die Vorzüge der therapeutischen Atmosphäre im Maßregelvollzug nutzen möchte und die Haftsituation so lange es geht vermeidet, oftmals durch die weitere Bekundung

von Therapiemotivation und das Einlegen von Rechtsmitteln gegen richterliche Abbruchsbeschlüsse. Das wird verständlich, wenn man bedenkt, dass diese Gruppe der Abbrecher durch ihren sehr frühen Aufnahmetermin nicht mit zusätzlichem Freiheitsentzug durch einen Aufenthalt im Maßregelvollzug jenseits des Zwei-Drittel-Termins rechnen muss. Eine hohe Haftstrafe sowie eine frühe Aufnahme vor dem Zwei-Drittel-Termin können als Prädiktoren für fremd initiierte Abbrüche angesehen werden, wohingegen niedrige Haftstrafen und späte Aufnahmen bezüglich des Zwei-Drittel-Termins auf potenzielle Selbstabbrüche hinweisen.

In Anbetracht der Patientenbefragung wurde deutlich, dass die Patienten zwar mit den Therapiebausteinen, die Gesprächscharakter haben, sehr zufrieden waren, sie aber insgesamt für weniger wichtig für das Fortkommen in ihrer Therapie einschätzten als beispielsweise Freizeitgestaltung, Lockerungen und Sport. Zwar wird die Beziehungsarbeit der Bediensteten im Maßregelvollzug als positiv wahrgenommen und auch angenommen, wodurch sie sich wahrscheinlich auch nach dem Vollzug noch positiv auswirkt, aber es scheint, als würden während des Vollzugs die Prioritäten auf Therapieelemente gelegt, die im Rahmen einer Haft nur sehr eingeschränkt möglich wären. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Besserstellung der Patienten nicht nur Abbruchsentscheidungen beeinflusst, sondern auch die Haltung gegenüber den therapeutischen Angeboten.

An dieser Stelle soll deutlich darauf hingewiesen werden, dass eine potenzielle intrinsische Therapiemotivation der genannten Abbrechergruppen keineswegs ausgeschlossen werden soll. Die Tatsache eines Therapieabbruchs liefert in den Augen des Verfassers an sich keine Hinweise auf eine grundsätzlich fehlende Behandelbarkeit. Die Besserstellung bietet aber Patienten, deren Motivation sich nicht erwecken lässt, einen ausgedehnten Spielraum antitherapeutischen Verhaltens, der die Arbeit im Maßregelvollzug beschwert, nicht zuletzt auch deshalb, weil intrinsisch motivierte Patienten behindert werden. Auf die ökonomische Perspektive, insbesondere im Hinblick auf die Gesamtdauer der Unterbringung dieser speziellen Patientengruppe soll hier nicht näher eingegangen werden.

Die Privilegierung sollte in Zukunft weiter kritisch hinterfragt werden und womöglich sollten Begrenzungen, im Sinne einer frühestmöglichen Aufnahmetermins diskutiert werden. Auch ist nach Ansicht des Verfassers die flexible Handhabung der Vergünstigungen für die Patienten oft nicht durchsichtig und wird von ihnen daher als Willkür

interpretiert. Die testpsychologischen Untersuchungen haben ergeben, dass sich bei allen Patienten, egal ob Abbrecher oder Nicht-Abbrecher, deutliche Symptome der paranoiden Persönlichkeitsstörung zeigen. Ein einheitliches Konzept der Maßregelvollzüge mit klaren Regeln zu Lockerungen, nächtlichem Einschluss etc. scheint dementsprechend geboten. Die Homogenität des Behandlungsteams sollte zusätzlich durch Supervision gestärkt werden, um sich den Bedürfnissen der Patienten zu nähern.

Mit der Begrenzung der Privilegierung des Maßregelvollzugs besteht in den Augen des Verfassers die Möglichkeit motivierten Patienten eine intensivere Arbeit an ihren Problemen zu ermöglichen. Nebenschauplätze, Diskussionen und anschließende Frustrationen würden eingedämmt. Gleichzeitig könnte die Zahl der nicht intrinsisch motivierten Patienten kleiner gehalten und so die hohe Zahl der Therapieabbrüche etwas eingedämmt werden.

5 Zusammenfassung

Durch die stetig wachsende Zahl an Unterbringungen im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB und den gleichzeitig seit Jahren anhaltenden hohen Anteil an Therapieabbrüchen von ca. 50 % wurde der Suche nach Prädiktoren für Behandlungserfolg in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit geschenkt. Während sich das Gros der Forschung zunächst mit Indikatoren beschäftigte, die auf Seiten der Patienten zu finden waren (z. B. Biographie, Sozialisation), hat sich die neuere Forschung vor allem solcher Indikatoren angenommen, die nicht auf den Patienten direkt bezogen werden (z. B. Klinik, einweisende Behörde). Die vorliegende Untersuchung knüpft an die Ergebnisse dieser Forschungen an und versucht Instrumente und Merkmale zu ermitteln, aus denen sich Prädiktoren für Therapieabbrüche ableiten lassen. Als neue Perspektive und Grundlage dieser Arbeit soll der Einfluss der Privilegierung im Maßregelvollzug, im Sinne von Vorzügen einer Unterbringung im Vergleich zur alternativen Haftsituation, auf Abbruchsentscheidungen überprüft und diskutiert werden. Die Arbeit nähert sich dem Thema auf drei methodisch abgrenzbare Weisen. Im ersten Teil wird die Prädiktion von Abbrüchen aus testpsychologischen Ergebnissen überprüft. Dabei werden standardisierte Verfahren herangezogen, die die Persönlichkeit, die Intelligenz sowie früheres und aktuelles Verhalten von Therapieabbrechern und Nicht-Abbrechern messen sollen. Zusätzlich wird anhand der Ergebnisse überprüft, ob sich Prototypen von Abbrechern oder Nicht-Abbrechern identifizieren lassen. Der zweite Teil untersucht das Zusammenspiel relevanter Verlaufsdaten wie z. B. den Zwei-Drittel Termin oder den Zeitpunkt des Abbruchs. Zu diesem Zweck wird eine Stichprobe von Abbrechern in Untergruppen aufgeteilt, je nachdem, ob sie die Therapie selbst abgebrochen haben oder der Abbruch von Klinikseite empfohlen wurde, ob der Abbruch sehr früh oder erst spät bezüglich des Zwei-Drittel-Termins vollzogen wurde. Der dritte Untersuchungsteil basiert auf einer Patientenbefragung, in der übliche Therapiebausteine nach Wichtigkeit und Zufriedenheit eingeschätzt werden sollten.

In den Ergebnissen zeigt sich, dass testpsychologische Verfahren und separate Testskalen durchaus in der Lage sind, Therapieabbrüche vorauszusagen. Hier sind z. B. Dissozialität, psychopathy und fehlende Beeinflussbarkeit auf Seiten der Abbrecher zu finden, wohingegen auf Seiten der Nicht-Abbrecher ein eher dependenter Persönlichkeitsstil zu finden ist. Die Intelligenz der Patienten hat keinen Einfluss. Als überraschend einflussreicher Prädiktor erweist sich die Einschätzung der Ergothera-

peuten bezüglich der Verhaltensmerkmale in der Arbeitstherapie. Durch Kombination verschiedener Testskalen lässt sich ein Typ des Therapieabbrechers identifizieren, der die genannten Eigenschaften vereint. Des Weiteren liefern die Ergebnisse einen Beleg dafür, dass das Ausmaß an erspartem Freiheitsentzug durch den Maßregelvollzug relativ zum Strafvollzug Einfluss auf die Abbruchsentscheidung hat. Patienten mit hohen Haftstrafen bilden die Gruppe derjenigen Abbrecher, deren Abbruch nicht durch eigene Entscheidung initiiert, sondern durch die Klinik empfohlen wird. Sie weisen zusätzlich die längste Zeit von der Aufnahme im Maßregelvollzug bis zu ihrem Zwei-Drittel-Termin sowie die längste Zeit zwischen Abbruchstellungnahme und Verschubung auf. Die Befragung von Patienten, die sich seinerzeit in Therapie befanden, imponiert durch hohe Zufriedenheitswerte bezüglich der Therapiebausteine mit Gesprächscharakter, aber vor allem durch die Einschätzung, dass Sport, Freizeitgestaltung und Lockerungen im Vollzug als wichtiger für das Fortkommen in der Therapie beurteilt werden als Angebote zum Thema Abhängigkeit oder Gruppentherapie.

Es wird geschlussfolgert, dass sich die Privilegierung im Maßregelvollzug auf die Zahl der Therapieabbrüche auswirkt. Insbesondere gefährliche Täter mit hohen Strafen können ihre Haftzeit verkürzen und weitere Vorteile der therapeutischen Atmosphäre nutzen, ohne den Hauch einer intrinsischen Veränderungsmotivation zu haben. Dissoziale oder psychopathische Patienten sind in der Lage eine Therapiemotivation vorzutäuschen und entscheiden sich gegen einen Abbruch, solange sie den Verbleib in der Unterbringung als vorteilhaft erachten. Therapeutische Maßnahmen, die einer Veränderung und Weiterentwicklung der Persönlichkeit dienen, sind für sie wenig von Interesse und werden von ihnen zugunsten kurzfristiger Bedürfnisbefriedigungen zurückgestellt oder im Stillen sogar abgelehnt. Die Privilegierung im Maßregelvollzug sollte dementsprechend grundsätzlich offen kritisch thematisiert werden, eventuell sollten verschiedene Begrenzungen z. B. bezüglich einer frühestmöglichen Aufnahme diskutiert werden.

5 Quellenverzeichnis

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. London: Routledge.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19–52.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith S. J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model. Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behaviour*, 38 (7), 735–755.
- Andrews, D. A. & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: a meta-analytic review of programme integrity. *Legal and Criminological Psychology*, 10 (2), 173–187.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work?: A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369–404.
- Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: Washington State Institute of Public Policy.
- Aster, M., Neubauer, A. & Horn, R. (Hrsg.) (2006). *Wechsler Intelligenztest für Erwachsene WIE. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaptation des WAIS-III von David Wechsler (2., korrigierte Aufl.)*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung (13., überarbeitete Aufl.)*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bastert, E., Schläfke, D. & Fegert, J. M. (2012). Lernbehinderte und hirnorganisch beeinträchtigte Patienten in der Entziehungsmaßregel. *Nervenheilkunde*, 1–2, 48–54.
- Batinic, B. (2001). Datenqualität bei internetbasierten Befragungen. In A. Theodor, M. Dreyer & T. Starsetzki (Hrsg.), *Online-Marktforschung. Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen* (S. 115–132). Wiesbaden: Dr. Th. Gabler GmbH.
- Berger, K. (2013). *PCL im Maßregelvollzug: Anwendung der Psychopathy Checklist nach Hare im Maßregelvollzug nach § 64 StGB*. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.
- Berger, K., Rotermund, P., Vieth, E. R., Hohnhorst, A. (2012). The prognostic value of the PCL-R in relation to the SUD treatment ending. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 198–201.
- Bertermann, K. H., Bock, G., Eberle, F., Gelhaus, H., Haase, P., Heidmann, W., Lippels, G., Lochbuehler, R., Schaller, H. U. & Schmidt, U. (1990). *ABB – Arbeitspädagogischer Beobachtungs- und Bewertungsbogen (Review)*. Stiftungsgemeinschaft Anstiftung und Ertomis, München.
- Bezzel, A. (2008). *Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB)*. Dissertation, Univer-

sität Regensburg. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: http://epub.uni-regensburg.de/12085/1/08_11_10_DISS_Adelheid_Bezzel.pdf – Letzter Aufruf am 20.03.2015.

- Bliesener, T. (2014). Erklärungsmodelle dissozialen Verhaltens. In T. Bliesener, F. Lösel & G. Köhnken (Hrsg.), *Lehrbuch Rechtspsychologie* (S. 37–63). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Bliesener, T., Lösel, F. & Köhnken, G. (2014). *Lehrbuch Rechtspsychologie*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Bock, M. (2000). *Kriminologie (2. Aufl.)*. München: Vahlen.
- Böcker, F. M. (1989). Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung. *Psycho*, 15, 34–42.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk – 20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: Mental Health, Law & Policy Institute.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6. Aufl.)*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Brosius, F. (2011). *SPSS 19*. Heidelberg: Hüthig-Jehle-Rehm.
- Bühl, A. (2014). *SPSS 22. Einführung in die moderne Datenanalyse. (14. aktualisierte Aufl.)*. Hallbergmoos: Pearson.
- Cahill, L., Prins, B., Weber, M. & McCaugh, J. L. (1994). Beta-adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*, 371, 702–704.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt of re-interpret some issues about so called psychopathic personality*. St. Louis: Mosby.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity: An attempt of clarify some issues about so called psychopathic personality (5th ed)*. St. Louis: Mosby.
- Cooke, D. J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171–188.
- Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern*. Regensburg: S Roderer.
- Dahle, K.-P. (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutische Arbeit im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 97–112). Wien: Facultas.
- Dahle, K.-P. (2000). Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In H.-L. Kröber, & M. Steller, *Psychologische Begutachtung im Strafverfahren* (S. 133–170). Darmstadt: Steinkopff-Verlag.
- Dahle, K.-P. (2005). *Psychologische Kriminalprognose: Wege zu einer integrativen Methodik für die Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Strafgefangenen*. Herbolzheim: Centaurus-Verlags-GmbH.
- Dahle, K.-P., Harwardt, V. & Schneider-Njepel, V. (2012). *Inventar zur Einschätzung des Rückfallrisikos und des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs von Straftätern (LSI-R). Deutsche Version des Level of Service Inventory – Revised nach Don Andrews und James Bonta*. Göttingen: Hogrefe.

- Dahle, K.-P. & Schneider-Njepel, V. (2014). Rückfall- und Gefährlichkeitsprognose bei Rechtsbrechern. In T. Bliesener, F. Lösel & G. Köhnken (Hrsg.), *Lehrbuch Rechtspsychologie* (S. 422–445). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Dahle, K.-P. & Steller, M. (2000). Trends und Perspektiven forensischer Sozial- und Psychotherapie. In M. A. Rothschild (Hrsg.), *Das neue Jahrtausend: Herausforderungen an die Rechtsmedizin* (S. 255–270). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Dalgaard, P. (2008). *Introductory Statistics with R*. New York: Springer.
- Demmerling, R. (2006). *Persönlichkeitseigenschaften, Persönlichkeitsstörungen und Alkoholmissbrauch bei Gewalttätern. Studienreihe Psychologische Forschungsergebnisse, Band 115*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Dreßing, H. & Habermeyer, E. (Hrsg.) (2015). *Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. München: Urban & Fischer.
- Dünkel, F. & Drenkhahn, K. (2001). Behandlung im Strafvollzug: von „nothing works“ zu „something works“. In M. Bereswill & W. Greve (Hrsg.), *Forschungsthema Strafvollzug* (S. 387–417). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Durlauf, S. N. & Nagin, D. (2011). Imprisonment and crime: Can both be reduced? *Criminology and Public Policy*, 10, 13–54.
- Egg, R. (1993). Synopse der sozialtherapeutischen Einrichtungen. In R. Egg (Hrsg.), *Sozialtherapie in den 90er Jahren. Gegenwärtiger Stand und aktuelle Entwicklungen im Justizvollzug. Berichte, Materialien, Arbeitspapiere aus der Kriminologischen Zentralstelle – Heft 7* (S. 128–189). Wiesbaden: Eigenverlag der Kriminologischen Zentralstelle.
- Eher, R., Rettenberger, M., Hirtenlehner, H. & Schilling, F. (2012). Dimensionale Struktur und prognostische Relevanz der PCL-R in einer Population österreichischer Sexualstraftäter. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 4, 235–251.
- Elz, J. (2014). *Sozialtherapie im Strafvollzug 2014. Ergebnisübersicht zur Stichtags-erhebung zum 31.03.2014*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (KrimZ).
- Endrass, J. & Rossegger, A. (2012). Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System 2.0 (FOTRES 2.0). *Forum Strafvollzug – Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 61 (2), 90–94.
- Entorf, H. (2007). *Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse*. Arbeitspapiere des Instituts für Volkswirtschaftslehre, Nr. 183, Technische Universität Darmstadt. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: <http://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/4738/> – Letzter Aufruf am 20.12.2016.
- Eucker, S. (2013). *Vorstellung des Behandlungskonzeptes Reasoning and Rehabilitation (R&R)*. Vortrag für die 39. Arbeits- und Fortbildungstagung der Bundesvereinigung der Anstaltsleiter und Anstaltsleiterinnen im Justizvollzug e. V. vom 6. bis 10. Mai 2013 im Bildungszentrum Kirkel. Online Dokument (PHP), verfügbar unter: www.bvaj.de/ReasoningandRehabilitation.pdf – Letzter Aufruf am 20.12.2016.

- Fähndrich, E. & Stieglitz, R. D. (2007). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems (3., überarbeitete Aufl.)*. Berlin: Hogrefe.
- Falcato, L., Stohler, R. & Schaub, M. (2010). Moderater Substanz-Gebrauch: Konzeptioneller Rahmen für ein neues Paradigma? *Suchttherapie*, 11, 9–13.
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM 5*. Hogrefe: Göttingen.
- Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen (5. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz.
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A. & Schwelm, H. (2007). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese) – Teil I: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. *Sucht Aktuell*, 1, 41–47.
- Fischer, T. (2009). *Beck'sche Kurzkommentare Band 10 – Strafgesetzbuch und Nebengesetze (56. Aufl.)*. München: C. H. Beck.
- Forth, A. E., Hart, S. D. & Hare, R. D. (1990). Assessment of psychopathy in male young offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 342–344.
- Franqué, F. von & Briken, P. (2013). Das „Good Lives Model“ (GLM) – Ein kurzer Überblick. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (1), 22–27.
- Fries, D., Endrass, J., Ridinger, M., Urbaniok, F. & Rossegger, A. (2011). Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 79 (7), 404–410.
- Gaes, G. G. & Camp, S. D. (2009). Unintended consequences: experimental evidence for the criminogenic effect of prison security level placement on post-release recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 5, 139–162.
- Gerl, S. & Bischof, H. L. (2001). Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 16.3.1994 auf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) bei Alkoholabhängigen und Polytoxikomanen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 84 (2), 138–153.
- Göbbels, S., Ward, T. & Willis, G. M. (2013). Die Rehabilitation von Straftätern – Das Good-Lives-Modell. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 7, 122–132.
- Göbbels, S. & Zimmermann, L. (2013). Die Rehabilitation von Straftätern: das „Risk-need-responsivity“-Modell. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7, 12–21.
- Grünberger, J. (2007). Aggression, psychische Krankheit und Kriminalität: Die Anwendung des Freiburger Aggressionsfragebogens (FAF) bei psychisch kranken Straftätern. In J. Grünberger, *Humaner Strafvollzug* (S. 321–331). Wien: Springer.
- Hall, J. R., Benning, S. D. & Patrick, C. J. (2004). Criterion-related validity of the three-factor model of psychopathy. Personality, behavior and adaptive functioning. *Assessment*, 11 (1), 4–16.

- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36 (9), 865–891.
- Hanson, R. K. & Boussiere, 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., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse*, 14 (2), 169–194.
- Hare, R. D. (1990). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2005). *Gewissenlos – Die Psychopathen unter uns*. New York: Springer.
- Hare, R. D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E. & Hart, S. D. (1990). The Revised Psychopathy Checklist: Reliability and Factor Structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2 (3), 338–341.
- Hare, R. D. & Neumann, C. S. (2009). Psychopathy: Assessment and Forensic Implications. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (12), 791–802.
- Harpur, T. J., Hakstian, A. R. & Hare, R. D. (1988). Factor structure of the Psychopathy Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 741–747.
- Harris, G. T., Rice, M. E. & Quincey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315–335.
- Hart, S. D., Kropp, P. R. & Hare, R. D. (1988). Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 227–232.
- Hartl, C. (2012). *Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße*. Dissertation Universität Regensburg. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: <http://epub.uni-regensburg.de/27198/1/dissertationwinCH.pdf> – Letzter Aufruf am 20.03.2015.
- Hartmann, J., Hollweg, M. & Nedopil, N. (2001). Quantitative Erfassung dissozialer und psychopathischer Persönlichkeiten bei der strafrechtlichen Begutachtung. *Der Nervenarzt*, 72, 365–370.
- Hastie, T., Tibshirani, R. & Friedman, J. (2011). *The Elements of Statistical Learning – Data Mining, Inference, and Prediction. Second Edition*. New York: Springer Verlag.
- Hax-Schoppenhorst, T. & Schmidt-Quernheim, F. (2003). *Professionelle forensische Psychiatrie – Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe*. Bern: Hans-Huber-Verlag.

- Hein, K.-C. (2007). *Rechtliche Grenzen von Anti-Aggressivitäts-Trainings. Kriminalwissenschaftliche Schriften, Band 12*. Berlin: Lit Verlag.
- Heinz, A. & Mann, K. (2001). Neurobiologie der Abhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (36), 2279–2283.
- Heinz, W. (2014). *Entwicklung und Stand der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung. Werkstattbericht auf der Grundlage der Strafrechtspflegestatistiken (Berichtsstand 2012/2013) – Version 1/2014*. Publikation im Konstanzer Inventar Sanktionsforschung KIS, Online Dokument (PDF), verfügbar unter: <http://www.ki.uni-konstanz.de/kis/> – Letzter Aufruf am 17.12.2016.
- Heinzen, H., Köhler, D., Godt, N., Geiger, F. & Huchzermeier, C. (2011). Psychopathy, Intelligence and Conviction History. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34 (5), 336–340.
- Hempel, R. & Selg, H. (1998). *FAF – Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2008). Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In D. Henkel & U. Zemlin, *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 214–241). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Heyden, S. (2011). Vom Opfer zum Täter – Mechanismen der Traumatransmission. *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*, 7, 4–7.
- Heyden, S. (2013). Behandlung von Tätern mit komplexen Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörung: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 380–393) Stuttgart: Schattauer.
- Hoffmann, K., Ross, T., Querengässer, J. & Mielke, R. (2012). Indikationen und Erledigungen der Behandlung in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) – Anregungen aus Baden-Württemberg. Editorial. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattdschriften*, 20 (2), 3–11.
- Hosser, D. & Boxberg, V. (2014). Intramurale Straftäterbehandlung. In T. Bliesener, F. Lösel & G. Köhnken (Hrsg.), *Lehrbuch Rechtspsychologie* (S. 446–469). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Jehle, J.-M., Heinz, W. & Sutterer, P. (2003). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen – Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Berlin: Bundesministerium der Justiz.
- Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M. & Levander, S. (2002). On the operationalization of psychopathy: further support of three-faceted personality oriented model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 81–85.
- Kaiser, G. (1996). *Kriminologie – Ein Lehrbuch*. Heidelberg: Müller-Verlag.
- Keller, F., Kliemann, A., Karanediakova, D., Schnoor, K., Schuett, U., Keiper, P., Koelch, M., Fegert, J. M. & Schlaefke, D. (2011). Interrater reliability in the

- Forensic Operationalized Therapy/Risk Evaluation System. *Nervenheilkunde*, 30 (10), 813–817.
- Kemper, A. (2008). Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt – Ergebnisse eines Forschungsprojektes zum Maßregelvollzug gem. § 64 StGB in NRW. *Recht und Psychiatrie*, 26, 15–26.
- Kette, G. (1987). *Rechtspsychologie*. Wien: Springer-Verlag.
- Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F. & Müller, B. (1997). *Melba – Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit. Forschungsprojekt Az. - Vb 1-58 330/53 – Teilprojekt Psychologie. Gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.)*, Siegen.
- Kolle, K. (1962). *Große Nervenärzte (2. Aufl.)*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Körkel, J. (2001a). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 519–547). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Körkel, J. (2001b). Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. *Sucht aktuell*, 8, 16–23.
- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken. Herausforderung für das medizinische Behandlungssystem. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen* (S. 100–114). Geesthacht: Neuland.
- Körkel, J. & Kruse, G. (1994). Ergebnisse der Rückfallforschung – Folgerungen für die Entzugsbehandlung. In F. Tretter, S. Bussello-Spieth & W. Bender (Hrsg.), *Therapie von Entzugssyndromen* (S. 63–83). Berlin: Springer.
- Krauth, J. (1993). *Einführung in die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA)*. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Krebber, W. (1999). *Sexualstraftäter im Zerrbild der Öffentlichkeit. Fakten – Hintergründe – Klarstellungen*. Hamburg: Konkret Literatur Verlag.
- Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin: Julius Springer.
- Kretschmer, E. (1922). Körperbau und Charakter: Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. *Zeitschrift für Induktive Abstammungs- und Vererbungslehre*, 30 (1), 139–144.
- Krupinski, M., Schöchlin, C., Fischer, A. & Nedopil, N. (1997). Therapeutic alliance in forensic psychiatric hospitals: An empirical study. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8 (3), 528–545.
- Küfner, H. (1999). Prävention. In M. Caspar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 15–27). Stuttgart: Thieme.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32, 1–86.
- Kurbjuhn, T. (2011). *Wie Kriminelle ihre Therapeuten austricksen – Die Wahrheit über die Forensische Psychiatrie*. Norderstedt: Books on demand GmbH.

- Kury, H. (1999). Zum Stand der Behandlungsforschung oder: vom nothing works zum something works. In W. Feuerhelm, H.-D. Schwind & M. Bock (Hrsg.), *Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag am 14. Juni 1999* (S. 251–274). Berlin: de Gruyter.
- Leygraf, N. (1995). Praxis der Vollstreckung strafrechtlicher Unterbringungen gemäß § 64 StGB. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt* (S. 159 – 162). Wiesbaden: KrimZ.
- Lienert, G. A. (1969). Die „Konfigurationsfrequenzanalyse“ als Klassifikationsmethode in der klinischen Psychologie. In M. Irle (Hrsg.), *Bericht über den 26. Kongress der deutschen Gesellschaft für Psychologie, Tübingen 1968* (S. 244–253). Göttingen: Hogrefe.
- Lienert, G. A. (1988). *Angewandte Konfigurationsfrequenzanalyse. Ein Reader zur typologischen Forschung in Psychologie und Medizin*. Frankfurt a. M.: Athenäum Verlag.
- Lindenmeyer, J. (2002). Kontrolliertes Trinken und Punktabstinenz – Neue Therapieziele in der Behandlung von Alkoholproblemen? In K. Mann (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (S. 119–134). Lengerich: Pabst Publishers.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 313–345). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lombroso, C. (1894). *Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung*. Hamburg: Verlagsanstalt u. Druckerei AG.
- Lösel, F. (1999). Behandlung und Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. In S. Höfling, D. Drewes & I. Eppler-Waigel (Hrsg.), *Auftrag Prävention: Offensive gegen sexuellen Kindesmissbrauch – Sonderausgabe Politische Studien, Hanns Seidel Stiftung e. V.* (S. 279–304). Augsburg: Atwerb Verlag.
- Lösel, F. (2014). Evaluation der Straftäterbehandlung. In T. Bliesener, F. Lösel & G. Köhnken (Hrsg.), *Lehrbuch Rechtspsychologie* (S. 529–555). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1 (1), 117–146.
- Lüdecke, C., Sachsse, U. & Faure, H. (2010). *Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- MacKenzie, D. L. (2006). *What works in corrections? Reducing the criminal activities of offenders and delinquents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mann, R. E. (2000). Managing resistance and rebellion in relapse prevention intervention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: a sourcebook* (pp. 187–200). Thousand Oaks: Sage.

- Manning, C. D., Raghavan, P. & Schütze, H. (2008). *Introduction to Information Retrieval*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marneros, A., Pierschkalla, U., Rohde, A., Fischer, J & Schmitz, K. (1994). Die Vorgeschichte alkoholkranker Straftäter, untergebracht nach § 64 StGB. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 77, 13–21.
- Martinson, R. (1974). What Works? – Questions and Answers About Prison Reform. *The Public Interest*, 35, 22–54.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality. DSM III: AXIS II*. New York: John Wiley & Sons.
- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Kluger, H., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R. & Weisinger, V. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FSV-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 1, 13–25.
- Mokros, A. (2013). PCL-R/PCL-SV – Psychopathy Checklist-Revised/Psychopathy Checklist: Screening Version. In M. Rettenberger & F. von Franque (Hrsg.), *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren* (S. 83–107). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Mokros, A. & Habermeyer, E. (2012). Behandlung von Straftätern mit ausgeprägten psychopathischen Eigenschaften. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftaten: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie* (S. 291–301). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Möller, A. & Hell, D. (2001). Das gegenwärtige Verständnis des Psychopathiebegriffs in der forensischen Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 69 (12), 603–610.
- Müller-Isberner, R & Eucker, S (2012). *Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie (2. Aufl.)*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Müller-Isberner, R., Gonzales Cabeza, S. & Eucker, S. (2000). *Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR 20*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.
- Müller-Isberner, R., Jöckel, D. & Gonzalez Cabeza, S. (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.
- Müller, C. (1997). *Das Gewohnheitsverbrechergesetz vom 24. November 1933*. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Müller, J. (2009). Neurobiologie der Aggressionsgenese. In J. Müller (Hrsg.), *Neurobiologie forensisch-relevanter Störungen* (S. 127–138). Stuttgart. Kohlhammer.
- Müller, S. (2012). *Mea Culpa? Zur Tatverarbeitung in Therapie und Prognose bei (traumatisierten) Gewalt- und Sexualstraftätern. Schriftenreihe forensische*

Sozialwissenschaften, Band IV. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.

- Nedopil, N. (2000). *Forensische Psychiatrie (2. Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.
- Nedopil, N. (2005). *Prognosen in der forensischen Psychiatrie – ein Handbuch für die Praxis*. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Nedopil, N. (2007). *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht (3. Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.
- Nedopil, N. (2010). Forschungsstand, Forschungsbedarf und Forschungsmöglichkeiten in der forensischen Psychiatrie. In J. L. Müller (Hrsg.), *Neurobiologie forensisch relevanter Störungen* (S. 59–70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nijman, H., Merckelbach, H. & Cima, M. (2009). Performance Intelligence, Sexual Offending and Psychopathy. *Journal of Sexual Aggression*, 15 (3), 319–330.
- Nisbet, R., Elder, J. & Miner, G. (2009). *Handbook of Statistical Analysis & Data Mining Applications*. Amsterdam: Academic Press.
- Nuhn-Naber, C. & Rehder, R. (2005). Psychopathie. Gegenindikation zur Sozialtherapie? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88 (4), 257–272.
- Olver, M. E. & Wong, S. (2011). Predictors of sex offender treatment dropout: psychopathy, sex offender risk, and responsivity implications. *Psychology, Crime and Law*, 17 (5), 457–471.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376). Oxford: John Wiley & Sons.
- Pfaff, H. (1998). Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. *Nervenarzt*, 69, 568–573.
- Phillips, K. A., Hirschfeld, R. M. A., Shea, M. T. & Gunderson, J. G. (1995): Depressive personality disorder. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (287–302). New York: Guilford.
- Pollähne, H. & Kemper, A. (2007). *Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zum nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug – Entlassungsjahr 2005*. Berlin: Lit Verlag.
- Pollock, P. H. (1999). When the killer suffers. Posttraumatic stress reactions following homicide. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 185–202.
- Poythress, N. G. & Skeem, J. L. (2006). Disaggregating psychopathy: Where and how to look for subtypes. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 172–192). New York: The Guilford Press.
- Prittitz, C. (2003). Prognosefragen und Öffentlichkeit. Nachdenken über ein Kanzlerwort. In F. Häßler, E. Rebernick, K. Schnoor, D. Schläfke & J. M. Fegert (Hrsg.), *Forensische Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Aspekte der forensischen Begutachtung* (S. 231–242). Stuttgart: Schattauer.
- Pukies, G. (2001). *Erhebung von Patientenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung im Rahmen der Evaluation stationär psychiatrischer Behandlung*. Dissertation Universität Düsseldorf. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: <http://docserv.uni->

duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2409/409.pdf – Letzter Aufruf am 22.12.2016.

- Querengässer, J. (2014). *Abbruchgründe und Risikofaktoren für Therapieabbrüche nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB)*. Dissertation Universität Konstanz. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: https://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/29447/Querengaesser_0-266214.pdf?sequence=3 – Letzter Aufruf am 18.11.2016.
- Querengässer, J., Bulla, J., Hoffmann, K. & Ross, T. (2015). Outcomeprädiktoren forensischer Suchtbehandlungen – Eine Integration patientenbezogener und nicht patientenbezogener Variablen zur Behandlungsprognose des § 64 StGB. *Recht und Psychiatrie*, 33, 34–41.
- Querengässer, J., Hoffmann, K. & Ross, T. (2014a). Prädiktoren der Behandelbarkeit nach § 64 StGB aus Therapeutesicht. *Sucht*, 60 (5), 261–268.
- Querengässer, J., Hoffmann, K. & Ross, T. (2014b). Erledigungen von Unterbringungen nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit aus Therapeutesicht – Ergebnisse einer Therapeutenbefragung zu Abbrechern. *Recht und Psychiatrie*, 32 (1), 21–30.
- Querengässer, J., Ross, T. & Hoffmann, K. (2013). Was führt zum „Abbruch“? Ergebnisse einer internen Analyse von Stellungnahmen, in denen die Erledigung einer Therapie nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit angeregt wird. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattsschriften*, 20 (2), 64–85.
- Rasch, D. & Kubinger, K. D. (2006). *Statistik für das Psychologiestudium*. München: Elsevier GmbH.
- Rasch, W. (1986). Die Unterbringungs Voraussetzungen nach § 64 StGB. *Forum Psychiatrische Praxis*, 13, 81–89.
- Rasch, W. (1998). *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rauchfleisch, U. (1996). *Dissozial: Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reichel, R. & Marneros, A. (2008). Prognostische Validität der PCL:SV zur Vorhersage krimineller Rückfälle bei deutschen Straftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 91 (6), 405–415.
- Robinson, D. (1995). *The Impact of Cognitive Skills Training on Post-Release Recidivism among Canadian Federal Offenders. Research Report*. Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Robinson, D., Grossmann, M. & Porporino, F. J. (1991). *Effectiveness of the Cognitive Skills Training Program: From Pilot to National Implementation. Research Brief No. B-07*. Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Rösler, M. (2000). Die hirnrorganischen Störungen (einschließlich Anfallsleiden). In U. Venzlaff & K. Foerster, *Psychiatrische Begutachtung – Ein praktisches*

- Handbuch für Ärzte und Juristen. 3. Aufl.* (S. 137–161). München: Urban & Fischer.
- Ross, R. R., Fabiano, E. A. & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32 (1), 29–35.
- Ross, R. R. & Gendreau, P. (1980). *Effective Correctional Treatment*. Toronto: Butterworths.
- Ross, T. & Pfäfflin, F. (2005). Risk Assessment im Maßregelvollzug: Grenzen psychometrischer Gefährlichkeitsprognosen im therapeutischen Umfeld. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88 (1), 1–11.
- Rossegger, A., Gerth, J., Urbaniok, F., Laubacher, A. & Endrass, J. (2010). Der Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) – Validität und autorisierte deutsche Übersetzung. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 78 (11), 658–667.
- 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 Offender Therapy Comparative Criminology*, 55 (5), 716–731.
- Rossegger, A., Urbaniok, F., Danielsson, C. & Endrass, J. (2009). Der Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) – Ein Instrument zur Kriminalprognose bei Gewaltstraftätern: Übersichtsarbeit und autorisierte deutsche Übersetzung. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 77 (10), 577–584.
- Rotgers, F. & Maniacci, M. (2007). *Die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer*. Bern: Hans Huber.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Salekin, R. T., Rogers, R. & Sewell, K. W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203–215.
- Saß, H. (2000). Persönlichkeitsstörungen. In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Band 6, 4. Aufl. – Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid* (S. 275–330). Berlin: Springer.
- Saß, H., Steinmeyer, E. M., Ebel, H. & Herpertz, S. (1995). Untersuchungen zur Kategorisierung und Dimensionierung von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 239–251.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM IV – Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Schalast, N. (2000a). Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Sucht*, 46 (2), 111–120.
- Schalast, N. (2000b). *Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe*. München: Fink Verlag.

- Schalast, N. & Kösters, C. (2008). *Projektbericht: Kurzprojekt – Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB – „Machbarkeitsstudie“*. Institut für Forensische Psychiatrie – Rheinische Kliniken Essen. Online-Dokument (PDF), verfügbar unter: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/machbarkeitsstudieevaluationpar642008.pdf> – Letzter Aufruf am 20.03.2015.
- Schalast, N., Mushoff, S. & Demmerling, R. (2004). *Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Projekt-Zwischenbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft, Scha 773/2-1*. Online Dokument (PDF) – verfügbar unter: <http://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/par64alkoholpatienten.pdf> – Letzter Aufruf am 22.12.2016
- Schalast, N., Mushoff, S. & Demmerling, R. (2005). Wie sind Patienten des § 64-Maßregelvollzugs kriminologisch einzuordnen? *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 52 (1), 15–29.
- Schalast, N. & Redies (2005). *SK-M Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des Stationsklimas im Maßregelvollzug*. Bericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG-Projekt Scha 773/3-1. Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/skmentwicklungeinesfragebogenszurbeurteilungdesstationsklimasimmassregelvollzug.pdf> – Letzter Abruf am 23.12.2016.
- Schalast, N., Steffen, M. & Boateng, S. (2012). *Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. Evaluationsstudie zum Vergleich von Maßregelvollzug und Strafvollzug bei suchtkranken Straftätern. Zweiter Projektzwischenbericht*. Institut für Forensische Psychiatrie Essen. Online-Dokument (PDF), verfügbar unter: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/berichteval64nr2.pdf> – Letzter Aufruf am 17.12.2016.
- Schanzenbächer, S. (2002). *Anti-Aggressivitäts-Training auf dem Prüfstand. Gewalttäter-Behandlung lohnt sich*. Herbolzheim: Centaurus.
- Schaumburg, C. (2003). *Basiswissen: Maßregelvollzug*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schneider, K. (1940). *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Wien: Deuticke.
- Schreiber, I. (1995). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. München: Bardtenschlager Verlag.
- Schuhler, P. (2013). *Psychotherapie bei Suchterkrankungen mit komorbider Persönlichkeitsstörung*. 99. Wissenschaftliche Jahrestagung, 13./14. März 2013 – Sucht im Generationenwechsel. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: https://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2013/schuhler_fb1.pdf – Letzter Abruf: 23.12.2016.
- Seifert, D. (2009). Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. In U. Venzlaff, K. Förster & H. Dressing (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung* (S. 469–482). München: Elsevier – Urban & Fischer.

- Smith, P., Gendreau, P. & Swartz, K. (2009). Validating the principles of effective intervention: a systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections. *Victims & Offenders*, 4 (2), 148–169.
- Smith, S. S. & Newman, J. P. (1990). Alcohol and Drug Abuse-Dependence Disorder in Psychopathic and Nonpsychopathic Criminal Offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 430–439.
- Sonntag, D., Hellwich, A. K. & Bauer, C. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für stationäre Einrichtungen. *Sucht*, 53, 42–64.
- Sonntag, G. & Tretter, F. (2001). Grundaspekte der Suchtkrankentherapie. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 329–362). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Soyka, M. & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Spiess, G. (2004). What Works? Zum Stand der internationalen kriminologischen Wirkungsforschung zu Strafe und Behandlung im Strafvollzug. In H. Cornel & W. Nickolai (Hrsg.), *What Works? Neue Ansätze der Straffälligenhilfe auf dem Prüfstand* (S. 12–50). Freiburg: Lambertus.
- Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H., Orlob, S., Gillner, M. & Freyberger, H. J. (2001). Posttraumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12 (1), 63–77.
- Stadtland, C. & Nedopil, N. (2004). Psychiatrische Erkrankungen und die Prognose krimineller Rückfälligkeit. *Der Nervenarzt*, 11, 1–19.
- Steinbach, J., Hässig, L., Kohle, K. & Ermer, A. (2009). Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diagnostik, Störungstheorie und Behandlung aus personenzentrierter Sicht. *Person*, 2, 124–136.
- Stetter, F. (2002). Therapie und Prognose der Alkoholintoxikation und -abhängigkeit. In F. Schneider & H. Frister (Hrsg.), *Alkohol und Schuldfähigkeit. Entscheidungshilfen für Ärzte und Juristen* (S. 159–179). Berlin: Springer-Verlag.
- Stolpmann, G. (2001). *Psychiatrische Maßregelbehandlung. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Stree, W. & Kinzig, J. (2010). 3. Abschnitt, 6. Titel. Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 61–72). In A. Eser (Gesamtredaktion), *Strafgesetzbuch – Kommentar*, 28. Auflage (S. 961–1110). München: Verlag C. H. Beck.
- Tondorf, G. & Tondorf, B. (2011). *Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren: Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtung. Praxis der Strafverteidigung, Band 30. Neu bearbeitete Auflage*. Karlsruhe: Verlag C. F. Müller.
- Tong, J. L. S. & Farrington, D. (2006). How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” program in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime and Law*, 22 (1), 3–24.
- Ukere, A. (2012). *Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen*. Dissertation Universität Ulm. Online Dokument (PDF), verfügbar unter:

https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/2809/vts_8275_12133.pdf – Letzter Abruf 23.12.2016.

- Ullrich, S. & Marneros, A. (2001). „Was ist das nur für ein Mensch, der so etwas tun konnte?“. Von der Individualisierung zur Typologisierung von Täterprofilen. In C. Musolff & J. Hoffmann (Hrsg.), *Täterprofile bei Gewaltverbrechern* (S. 239–256). Berlin: Springer Verlag.
- Ullrich, S., Paelecke, M., Kahle, I. & Marneros, A. (2003). Kategoriale und dimensionale Erfassung von „Psychopathy“ bei deutschen Straftätern. *Nervenarzt*, 74, 1002–1008.
- Urbaniok, F. (2004). *Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System*. Oberhofen am Thunersee: Zytlogge Verlag.
- Urbaniok, F., Noll, T., Rossegger, A. & Endrass, J. (2007). Die prädiktive Qualität der Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) bei Gewalt- und Sexualstraftätern in der Schweiz. Eine Validierungsstudie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 75 (3), 155–159.
- Urbaniok, F., Rinne, T., Held, L., Rossegger, A. & Endrass, J. (2008). Forensische Risikokalkulationen: Grundlegende methodische Aspekte zur Beurteilung der Anwendbarkeit und Validität verschiedener Verfahren. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 76 (8), 470–477.
- Victor, E. D. (2004). *Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen und der Verlauf depressiver Erkrankungen*. Dissertation Universität Heidelberg. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/4792/1/Dissertation_VictorEvaDaniela.pdf – Letzter Aufruf am 22.12.2016.
- Volckart, B. & Grünebaum, R. (2015). *Maßregelvollzug – Das Recht der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt (8. Aufl.)*. Köln: Carl Heymanns Verlag.
- von der Haar, M. (2012). *Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. (Ausgabe 2012)*. Bad Rehburg: Fachabteilung Bad Rehburg des NLKH Brauel.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders – Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513–528.
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime and Law*, 10 (3), 243–257.
- Ward, T., Day, A., Howells, K. & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645–673.
- Ward, T., Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and selfregulation: the comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior* 11 (1), 77–94.
- Ward, T. & Marshall, W. L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: a bridging theory. *Journal of Sexual Aggression*, 10 (2), 153–169.
- Ward, T. & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: beyond the risk paradigm*. London: Routledge.

- Ward, T. & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), 353–360.
- Ware, J. & Bright, D. A. (2008). Evolution of a treatment programme for sex offenders: changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). *Psychiatry, Psychology and Law*, 15 (2), 340–349.
- Weaver, C. M., Meyer, R. G., Van Nort, J. J. & Tristan, L. (2006). Two-, Three-, and Four-Factor PCL-R Models in applied Sex Offender Risk Assessments. *Assessment*, 13 (2), 208–216.
- Webster, C. D. & Bailes, G. (2000). Assessment Violence Risk in Mentally and Personality Disordered Individuals. In C. R. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 71–84). Chichester: John Wiley & Sons.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk of violence (Version 2)*. Vancouver: Mental Health, Law & Policy Institute.
- Weidig, B. (2013). Realität des Alkohol- und Drogenkonsumenten aus Sicht der Rechtsprechung: Die Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach § 64 StGB und die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG – Allgemeine Grundlagen. *Toxichem Krimtech*, 80 (Special Issue), 215–223.
- Weidner, J. (1995). *Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter (3. Aufl.)*. Bonn: Forums-Verlag.
- Weiß, R. H. (2006). *CFT 20-R – Grundintelligenztest Skala 2 – Revision – Manual*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wermink, H., Blokland, A., Nieuwberta, P., Nagin, D. & Tollenaar, N. (2010). Comparing the effects of community service and short-term imprisonment on recidivism: a matched samples-approach. *Journal of Experimental Criminology*, 6, 325–349.
- Westendarp, A. M. & Hollenberg, S. (2012). § 67s Satz 5 StGB – Erledigung der Unterbringung in einer Erziehungsanstalt – Gedanken zum Thema. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 10 (3), 318–331.
- Wettermann, A., Schläfke, D., Kupke, F. & Fegert, J. M. (2012). Beeinflusst das R&R-Programm neuropsychologische Aspekte bei Straftätern? *Nervenheilkunde*, 1–2, 36–41.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244 (4901), 160–166.
- Wiedl, K. H., Uhlhorn, S., Köhler, K. & Weig, W. (2002). Das Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP): Ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeiten psychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 29 (1), 25–28.
- Wieken, K. (1974). Die schriftliche Befragung. In J. Koolwijk & M. Wieken-Mayser (Hrsg.), *Techniken der empirischen Sozialforschung. Band 4: Erhebungsmethoden: die Befragung* (S. 146–161). München: Oldenbourg.
- Wiest, J. (2014). *Therapie im Maßregelvollzug nach § 64 StGB aus Sicht der Patienten*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Bremen.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davis, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B. & Wittchen, H. U.

- (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630–636.
- Winkler, W. (2005). Verbrechen und Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 6, 315–319.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Achse I und II – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wolak, A. M. (2012). *Erfassung der Patientenzufriedenheit in der stationären und teilstationären psychiatrischen Behandlung einer Abteilungspsychiatrie in einem Klinikum der Schwerpunktversorgung*. Dissertation Universität Marburg. Online Dokument (PDF), verfügbar unter: <http://d-nb.info/1027183883/34> – Letzter Zugriff am 22.12.2016.
- Wulf, R. (2004). Vorwort zur 1. Auflage. In F. Urbaniok, *Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System* (S. X). Oberhofen am Thunersee: Zytglogge Verlag.
- Zeitler, D. (2001). Das Versorgungssystem im Suchtbereich – Ist-Stand und Perspektiven. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 306–327). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Zerssen, D. von (2002). Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 68, 143–158.
- Zubin, J. (1936). A technique for pattern analysis. *Psychological Bulletin*, 33, 773.

7 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Aufnahmen, Abbrüche und Verweildauer im Maßregelvollzug Hildburghausen 2008 bis 2012</i>	47
<i>Tabelle 2: Ergebnisse der Patientenbeurteilung von Schalast (2000b) bezüglich der Wichtigkeit von Behandlungsaktivitäten ohne (Ersteinschätzung) und mit Inanspruchnahme (Zweiteinschätzung)</i>	70
<i>Tabelle 3: Übersicht über die 20 Items der PCL-R mit der jeweiligen Zuordnung zum 2-, 3- und 4-Faktoren-Modell</i>	79
<i>Tabelle 4: Übersicht über die Merkmale des Fähigkeits- und Anforderungsprofils Merkmalkomplex des Verfahrens MELBA</i>	89
<i>Tabelle 5: Bewertungsskala des MELBA mit Erweiterung des Maßregelvollzugs Hildburghausen am Beispiel-Item „Arbeitsplanung“</i>	89
<i>Tabelle 6: Interpretationen von Korrelationskoeffizienten nach Bühl (2014, S. 426)</i>	91
<i>Tabelle 7: Aufteilung der testpsychologischen Variablen in die Regressionsmodelle</i>	94
<i>Tabelle 8: Kennzahlen der Gesamtstichprobe sowie der Untergruppen</i>	103
<i>Tabelle 9: Dichotome Kennzahlen der Gesamtstichprobe sowie der Untergruppen</i>	103
<i>Tabelle 10: Anlassstrafen der Untergruppen SKID II, PCL-R und CFT 20-R Teil 1 und CFT 20-R Teil 2</i>	104
<i>Tabelle 11: Anlassstrafen der Untergruppen FAF, FOTRES, MELBA und der Gesamtstichprobe</i>	104
<i>Tabelle 12: Schulabschlüsse der Untergruppen SKID II, PCL-R, CFT 20-R Teil 1 und CFT 20-R Teil 2</i>	105
<i>Tabelle 13: Schulabschlüsse der Untergruppen FAF, FOTRES, MELBA und der Gesamtstichprobe</i>	105
<i>Tabelle 14: Suchtdiagnosen der Untergruppen SKID II, PCL-R, CFT 20-R Teil 1 und CFT 20-R Teil 2</i>	106
<i>Tabelle 15: Suchtdiagnosen der Untergruppen FAF, FOTRES, MELBA und der Gesamtstichprobe</i>	107
<i>Tabelle 16: Anlassstrafen der Stichprobe</i>	112
<i>Tabelle 17: Schulabschlüsse der Stichprobe</i>	113

<i>Tabelle 18: Suchtdiagnosen der Stichprobe.....</i>	<i>113</i>
<i>Tabelle 19: Alter, Haftstrafe, Hafterfahrung und Dauer der Unterbringung der Stichprobe.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabelle 20: Häufigkeiten und prozentuale Verteilung von Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeit, Abhängigkeit und Diagnose der Stichprobe</i>	<i>117</i>
<i>Tabelle 21: Häufigkeiten und prozentuale Verteilung der Lockerungsstufe und aktuellen Stationen der Stichprobe</i>	<i>117</i>
<i>Tabelle 22: Häufigkeit und prozentuale Verteilung der Vor- und Anlassdelikte.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabelle 23: Mittelwerte und Standardabweichungen der SKID II-Skalen der Abbrecher, Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe, aufgeteilt nach DSM-Clustern.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabelle 24: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der SKID II-Ergebnisse.....</i>	<i>121</i>
<i>Tabelle 25: Spearman-Korrelationen der SKID II-Skalen mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung, aufgeteilt nach DSM-Clustern.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabelle 26: Ergebnisse der logistischen Regression der Skalen des Verfahrens SKID II.....</i>	<i>123</i>
<i>Tabelle 27: Mittelwerte und Standardabweichungen der PCL-R der Abbrecher, Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe, aufgeteilt nach Gesamtwert und den Faktormodellen.....</i>	<i>124</i>
<i>Tabelle 28: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der PCL-R-Ergebnisse, aufgeteilt nach Gesamtwert, Faktoren und Fassetten.....</i>	<i>125</i>
<i>Tabelle 29: Korrelationen der PCL-R-Werte mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung, aufgeteilt nach Faktormodellen</i>	<i>126</i>
<i>Tabelle 30: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen PCL-R-Gesamtwert.....</i>	<i>126</i>
<i>Tabelle 31: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen Faktor 1 und Faktor 2</i>	<i>128</i>
<i>Tabelle 32: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen Fassette 1 bis Fassette 4</i>	<i>128</i>
<i>Tabelle 33: Mittelwerte und Standardabweichungen der FAF-Skalen der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe</i>	<i>130</i>

<i>Tabelle 34: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der FAF-Ergebnisse, aufgeteilt nach Skalen.....</i>	<i>130</i>
<i>Tabelle 35: Korrelationen der FAF-Skalen mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung nach Holm.....</i>	<i>131</i>
<i>Tabelle 36: Ergebnisse der logistischen Regression der Skalen FAF 1 bis FAF 5 und Offenheit.....</i>	<i>132</i>
<i>Tabelle 37: Ergebnisse der logistischen Regression der Skalen FAF 4, FAF 5, Offenheit und Summe der Aggressionen.....</i>	<i>132</i>
<i>Tabelle 38: Mittelwerte und Standardabweichungen der CFT 20-R-Ergebnisse, aufgeteilt nach Testwerten, die die Ergebnisse aller oder nur der unter 26-Jährigen repräsentieren</i>	<i>134</i>
<i>Tabelle 39: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der CFT 20-R-Ergebnisse... </i>	<i>134</i>
<i>Tabelle 40: Korrelationen des CFT 20-R mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung nach Holm.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabelle 41: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen des Gesamt-IQ-Wertes.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabelle 42: Ergebnisse der logistischen Regression der Variablen des CFT 20-R – Teil 1 und Teil 2.....</i>	<i>136</i>
<i>Tabelle 43: Mittelwerte und Standardabweichungen von ST-R und BEE der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe</i>	<i>137</i>
<i>Tabelle 44: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der FOTRES-RNA-Ergebnisse</i>	<i>137</i>
<i>Tabelle 45: Korrelationen der FOTRES-RNA-Variablen BEE und ST-R mit der Variable Therapieabbruch inklusive α-Fehler-Korrektur nach Holm</i>	<i>138</i>
<i>Tabelle 46: Ergebnisse der logistischen Regression der FOTRES-RNA-Variablen Strukturelles Rückfallrisiko (STR) und Beeinflussbarkeit (BEE)</i>	<i>138</i>
<i>Tabelle 47: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des MELBA inklusive Gesamtwert der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe</i>	<i>140</i>
<i>Tabelle 48: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der Ergebnisse der Skalen des MELBA</i>	<i>141</i>

<i>Tabelle 49: Korrelationen des MELBA-Gesamtwertes und der MELBA-Skalen mit der Variable Therapieabbruch inklusive Alpha-Adjustierung nach Holm ...</i>	<i>141</i>
<i>Tabelle 50: Ergebnisse der logistischen Regression des MELBA-Gesamtwerts</i>	<i>142</i>
<i>Tabelle 51: Ergebnisse der logistischen Regression der fünf MELBA-Skalen</i>	<i>143</i>
<i>Tabelle 52: Überblick über die Evaluationsmaße bezüglich der Regressionsmodelle</i>	<i>145</i>
<i>Tabelle 53: Signifikante Korrelationen der Variablen der testpsychologischen Aufnahmediagnostik und der Variable Therapieabbruch</i>	<i>148</i>
<i>Tabelle 54: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit, PCL-R – Gesamtwert und MELBA – Gesamtwert.....</i>	<i>149</i>
<i>Tabelle 55: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit, PCL-R – Gesamtwert und MELBA – Gesamtwert mit Häufigkeiten der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen</i>	<i>150</i>
<i>Tabelle 56: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – BEE, PCL-R – Fassade 2 und MELBA – Gesamtwert</i>	<i>151</i>
<i>Tabelle 57: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit, PCL-R – Fassade 2 und MELBA – Gesamtwert mit Häufigkeiten der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen</i>	<i>152</i>
<i>Tabelle 58: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – BEE, PCL-R – Fassade 2 und MELBA – Soziale Merkmale</i>	<i>153</i>
<i>Tabelle 59: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit, PCL-R – Fassade 2 und MELBA – Soziale Merkmale mit Häufigkeiten der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen</i>	<i>154</i>

<i>Tabelle 60: Mediane und Kategorieneinteilungen für die Konfigurationsfrequenzanalyse mit den Merkmalen FOTRES-RNA – BEE, PCL-R – Fassung 2 und MELBA – Art der Arbeitsausführung.....</i>	<i>155</i>
<i>Tabelle 61: Kontingenzschema der Zwei-Stichproben-KFA für die Merkmale FOTRES-RNA – Beeinflussbarkeit, PCL-R – Fassung 2 und MELBA – Art der Arbeitsausführung mit Häufigkeiten der jeweiligen Konfiguration bei Abbrechern und Nicht-Abbrechern sowie die Wahrscheinlichkeiten der Diskriminanztypen.....</i>	<i>156</i>
<i>Tabelle 62: Übersicht über die identifizierten Typen aus den Konfigurationsfrequenzanalysen.....</i>	<i>157</i>
<i>Tabelle 63: Aufteilung der Gesamtstichprobe in Untergruppen mit Angabe der Anzahl und des prozentualen Anteils an der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>158</i>
<i>Tabelle 64: Mittelwerte und Standardabweichungen der parallelen Haftstrafen in Monaten der Stichprobe sowie der Untergruppen.....</i>	<i>159</i>
<i>Tabelle 65: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der parallelen Haftstrafe.....</i>	<i>160</i>
<i>Tabelle 66: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin der Stichprobe sowie der Untergruppen.....</i>	<i>161</i>
<i>Tabelle 67: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin.....</i>	<i>162</i>
<i>Tabelle 68: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme der Stichprobe sowie der Untergruppen.....</i>	<i>162</i>
<i>Tabelle 69: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme.....</i>	<i>164</i>
<i>Tabelle 70: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme der Stichprobe sowie der Untergruppen.....</i>	<i>164</i>
<i>Tabelle 71: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme.....</i>	<i>165</i>

<i>Tabelle 72: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung der Stichprobe sowie der Untergruppen</i>	<i>166</i>
<i>Tabelle 73: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung.....</i>	<i>167</i>
<i>Tabelle 74: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung der Stichprobe sowie der Untergruppen</i>	<i>167</i>
<i>Tabelle 75: Signifikanztests der Untergruppen hinsichtlich der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung.....</i>	<i>168</i>
<i>Tabelle 76: Rangliste der Items, die anhand des Kriteriums „Wichtigkeit“ eingeschätzt wurden</i>	<i>170</i>
<i>Tabelle 77: Rangliste der Items, die anhand des Kriteriums „Zufriedenheit“ eingeschätzt werden sollten</i>	<i>171</i>
<i>Tabelle 78: Differenzen der Mittelwerte und der Ränge hinsichtlich der Therapiebausteine unter den Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit</i>	<i>172</i>
<i>Tabelle 79: Asymptotischer Wilcoxon-Test der Bedingungen Wichtigkeit und Zufriedenheit der Therapiebausteine</i>	<i>172</i>
<i>Tabelle 80a: Überblick über Studien, inklusive der vorliegenden, die den FAF an Straftätern durchgeführt haben; Skalen FAF 1 bis FAF 4.....</i>	<i>185</i>
<i>Tabelle 80b: Überblick über Studien, inklusive der vorliegenden, die den FAF an Straftätern durchgeführt haben; Skala FAF 5, Summe der Aggressivität und Offenheit</i>	<i>185</i>

8 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Grafische Anlehnung an das Modell verschiedener Einflussfaktoren auf die Effektstärke in Evaluationsstudien zur Straftäterbehandlung nach Lösel (2014).....</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 2: Unterbringungszahlen im Maßregelvollzug nach § 64 StGB.....</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 3: Anteil der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug nach § 64 StGB.....</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 4: Persönlichkeitsstörungen in ihrer Verteilung.....</i>	<i>18</i>
<i>Abbildung 5: Verteilung der Entlassungen aus dem Maßregelvollzug ohne Verlegungen nach § 64 StGB.....</i>	<i>18</i>
<i>Abbildung 6: Erledigung der Maßregel prozentual zur Gesamtzahl der strafrechtlichen Entlassungen.....</i>	<i>19</i>
<i>Abbildung 7: Anzahl der sozialtherapeutischen Einrichtungen von 1969 bis 2014.....</i>	<i>20</i>
<i>Abbildung 8: Art der Abgänge in sozialtherapeutischen Einrichtungen.....</i>	<i>20</i>
<i>Abbildung 9: Therapiebewertung in Schulnoten der Abbrecher und der bedingt Entlassenen nach Bezzel (2008).....</i>	<i>71</i>
<i>Abbildung 10: Aufteilung des Konstruktes psychopathy in 2 Faktoren und 4 Fassetten.....</i>	<i>80</i>
<i>Abbildung 11: Der Aufbau des FOTRES nach Urbaniok (2004).....</i>	<i>85</i>
<i>Abbildung 12: Fiktive Verteilung für eine logistische Regressionl.....</i>	<i>93</i>
<i>Abbildung 13: Konfusionsmatrix.....</i>	<i>95</i>
<i>Abbildung 14: Ablauf einer 5-Fold-Validierung mit Bestimmung der Test- und Trainingsdatensätze.....</i>	<i>98</i>
<i>Abbildung 15: Prozentuale Anteile der Anlassstraftaten der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>105</i>
<i>Abbildung 16: Prozentuale Anteile der Schulabschlüsse der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>106</i>
<i>Abbildung 17: Prozentuale Anteile der Suchtdiagnosen der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>108</i>
<i>Abbildung 18: Aufteilungen der Stichprobe in Subgruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher, frühe Selbstabbrecher, frühe Fremdabbrecher, späte Selbstabbrecher und späte Fremdabbrecher.....</i>	<i>110</i>
<i>Abbildung 19: Mittelwerte der SKID II-Skalen der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>120</i>

<i>Abbildung 20: Mittelwerte der PCL-R-Werte der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>124</i>
<i>Abbildung 21: Sigmoide Kurve der logistischen Regression der Variable Therapieabbruch auf die Variable PCL-R-Gesamtwert</i>	<i>127</i>
<i>Abbildung 22: Mittelwerte des FAF der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>129</i>
<i>Abbildung 23: Mittelwerte der CFT 20-R-Ergebnisse: Gesamt-IQ-Wert und Leistung im ersten Testteil der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe sowie der Gesamt-IQ-Wert, erster und zweiter Leistungsteil der unter 26-Jährigen.....</i>	<i>133</i>
<i>Abbildung 24: Mittelwerte des FOTRES-RNA der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>137</i>
<i>Abbildung 25: Mittelwerte des MELBA-Gesamtrohwertes der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe</i>	<i>139</i>
<i>Abbildung 26: Mittelwerte der MELBA-Skalen der Abbrecher, der Nicht-Abbrecher und der Gesamtstichprobe.....</i>	<i>140</i>
<i>Abbildung 27: Bestimmung des Schwellenwertes am Beispiel des Regressionsmodells mit dem Verfahren CFT 20-R.....</i>	<i>144</i>
<i>Abbildung 28: Ergebnisse der Evaluationsmaße mittlere Accuracy, mittlerer Recall, mittlere Precision und mittlerer F1-Wert bezüglich der Regressionsmodelle</i>	<i>145</i>
<i>Abbildung 29: Prozentualer Anteil der vier Gruppen frühe Selbstabbrecher, späte Selbstabbrecher, frühe Fremdabbrecher und späte Fremdabbrecher an der Gesamtstichprobe</i>	<i>158</i>
<i>Abbildung 30: Mittelwerte der parallelen Haftstrafen in Monaten der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher.....</i>	<i>159</i>
<i>Abbildung 31: Mittelwerte der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zum Zwei-Drittel-Termin der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher.....</i>	<i>161</i>
<i>Abbildung 32: Mittelwerte der Anzahlen der Tage von der Aufnahme bis zur Abbruchstellungnahme der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher.....</i>	<i>163</i>

<i>Abbildung 33: Mittelwerte der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Abbruchstellungnahme der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher.....</i>	<i>165</i>
<i>Abbildung 34: Mittelwerte der Anzahlen der Tage von der Abbruchstellungnahme bis zur Verschiebung der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher.....</i>	<i>166</i>
<i>Abbildung 35: Mittelwerte der Anzahlen der Tage vom Zwei-Drittel-Termin bis zur Verschiebung der Selbst- und Fremdabbrecher, jeweils aufgeteilt in frühe und späte Abbrecher.....</i>	<i>168</i>

9 Rechtsquellenverzeichnis

A) Strafgesetzbuch (StGB)

§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

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

§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit

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

§ 57 Aussetzung des Strafrestes bei zeitiger Freiheitsstrafe

(1) Das Gericht setzt die Vollstreckung des Restes einer zeitigen Freiheitsstrafe zur Bewährung aus, wenn

- 1. zwei Drittel der verhängten Strafe, mindestens jedoch zwei Monate, verbüßt sind,*
- 2. dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann, und*
- 3. die verurteilte Person einwilligt.*

Bei der Entscheidung sind insbesondere die Persönlichkeit der verurteilten Person, ihr Vorleben, die Umstände ihrer Tat, das Gewicht des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts, das Verhalten der verurteilten Person im Vollzug, ihre Lebensverhältnisse und die Wirkungen zu berücksichtigen, die von der Aussetzung für sie zu erwarten sind.

(2) Schon nach Verbüßung der Hälfte einer zeitigen Freiheitsstrafe, mindestens jedoch von sechs Monaten, kann das Gericht die Vollstreckung des Restes zur Bewährung aussetzen, wenn

- 1. die verurteilte Person erstmals eine Freiheitsstrafe verbüßt und diese zwei Jahre nicht übersteigt oder*

2. *die Gesamtwürdigung von Tat, Persönlichkeit der verurteilten Person und ihrer Entwicklung während des Strafvollzugs ergibt, daß besondere Umstände vorliegen, und die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt sind.*

[...]

§ 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

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

§ 66 Unterbringung in der Sicherungsverwahrung

(1) Das Gericht ordnet neben der Strafe die Sicherungsverwahrung an, wenn

1. *jemand zu Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat verurteilt wird, die*
 - a) *sich gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung richtet,*
 - b) *unter den Ersten, Siebenten, Zwanzigsten oder Achtundzwanzigsten Abschnitt des Besonderen Teils oder unter das Völkerstrafgesetzbuch oder das Betäubungsmittelgesetz fällt und im Höchstmaß mit Freiheitsstrafe von mindestens zehn Jahren bedroht ist oder*
 - c) *den Tatbestand des § 145a erfüllt, soweit die Führungsaufsicht auf Grund einer Straftat der in den Buchstaben a oder b genannten Art eingetreten ist, oder den Tatbestand des § 323a, soweit die im Rausch begangene rechtswidrige Tat eine solche der in den Buchstaben a oder b genannten Art ist,*
2. *der Täter wegen Straftaten der in Nummer 1 genannten Art, die er vor der neuen Tat begangen hat, schon zweimal jeweils zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt worden ist,*
3. *er wegen einer oder mehrerer dieser Taten vor der neuen Tat für die Zeit von mindestens zwei Jahren Freiheitsstrafe verbüßt oder sich im Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befunden hat und*

4. *die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass er infolge eines Hanges zu erheblichen Straftaten, namentlich zu solchen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden, zum Zeitpunkt der Verurteilung für die Allgemeinheit gefährlich ist.*

Für die Einordnung als Straftat im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt § 12 Absatz 3 entsprechend, für die Beendigung der in Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c genannten Führungsaufsicht § 68b Absatz 1 Satz 4.

(2) Hat jemand drei Straftaten der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Art begangen, durch die er jeweils Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verwirkt hat, und wird er wegen einer oder mehrerer dieser Taten zu Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt, so kann das Gericht unter der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bezeichneten Voraussetzung neben der Strafe die Sicherungsverwahrung auch ohne frühere Verurteilung oder Freiheitsentziehung (Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3) anordnen.

(3) Wird jemand wegen eines die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a oder b erfüllenden Verbrechens oder wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 174c, 176, 179 Abs. 1 bis 4, §§ 180, 182, 224, 225 Abs. 1 oder 2 oder wegen einer vorsätzlichen Straftat nach § 323a, soweit die im Rausch begangene Tat eine der vorgenannten rechtswidrigen Taten ist, zu Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verurteilt, so kann das Gericht neben der Strafe die Sicherungsverwahrung anordnen, wenn der Täter wegen einer oder mehrerer solcher Straftaten, die er vor der neuen Tat begangen hat, schon einmal zu Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt worden ist und die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Hat jemand zwei Straftaten der in Satz 1 bezeichneten Art begangen, durch die er jeweils Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verwirkt hat und wird er wegen einer oder mehrerer dieser Taten zu Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt, so kann das Gericht unter den in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bezeichneten Voraussetzungen neben der Strafe die Sicherungsverwahrung auch ohne frühere Verurteilung oder Freiheitsentziehung (Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3) anordnen. Die Absätze 1 und 2 bleiben unberührt.

(4) Im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 gilt eine Verurteilung zu Gesamtstrafe als eine einzige Verurteilung. Ist Untersuchungshaft oder eine andere Freiheitsent-

ziehung auf Freiheitsstrafe angerechnet, so gilt sie als verbüßte Strafe im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3. Eine frühere Tat bleibt außer Betracht, wenn zwischen ihr und der folgenden Tat mehr als fünf Jahre verstrichen sind; bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung beträgt die Frist fünfzehn Jahre. In die Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist. Eine Tat, die außerhalb des räumlichen Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeurteilt worden ist, steht einer innerhalb dieses Bereichs abgeteilten Tat gleich, wenn sie nach deutschem Strafrecht eine Straftat der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Fällen des Absatzes 3 der in Absatz 3 Satz 1 bezeichneten Art wäre.

§ 67 d Dauer der Unterbringung

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

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Gleiches gilt, wenn das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung feststellt, dass die weitere Vollstreckung unverhältnismäßig wäre, weil dem Untergebrachten nicht spätestens bis zum Ablauf einer vom Gericht bestimmten Frist von höchstens sechs Monaten ausreichende Betreuung im Sinne des § 66c Absatz 1 Nummer 1 angeboten worden ist; eine solche Frist hat das Gericht, wenn keine ausreichende Betreuung angeboten wird, unter Angabe der anzubietenden Maßnahmen bei der Prüfung der Aussetzung der Vollstreckung festzusetzen. Mit der Aussetzung nach Satz 1 oder 2 tritt Führungsaufsicht ein.

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

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

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

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

B) Strafprozessordnung (StPO)

§ 126a Einstweilige Unterbringung

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

(2) Für die einstweilige Unterbringung gelten die §§ 114 bis 115a, 116 Abs. 3 und 4, §§ 117 bis 119a, 123, 125 und 126 entsprechend. Die §§ 121, 122 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass das Oberlandesgericht prüft, ob die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung weiterhin vorliegen.

(3) Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung nicht mehr vorliegen oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht anordnet. Durch die Einlegung eines Rechtsmittels darf die Freilassung nicht aufgehoben werden. § 120 Abs. 3 gilt entsprechend.

(4) Hat der Untergebrachte einen gesetzlichen Vertreter oder einen Bevollmächtigten im Sinne des § 1906 Abs. 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches, so sind Entscheidungen nach Absatz 1 bis 3 auch diesem bekannt zu geben.

§ 246a Vernehmung eines Sachverständigen vor Entscheidung über eine Unterbringung

(1) Kommt in Betracht, dass die Unterbringung des Angeklagten in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten werden wird, so ist in der Hauptverhandlung ein Sachverständiger über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten zu vernehmen. Gleiches gilt, wenn das Gericht erwägt, die Unterbringung des Angeklagten in einer Entziehungsanstalt anzuordnen.

(2) Ist Anklage erhoben worden wegen einer in § 181b des Strafgesetzbuchs genannten Straftat zum Nachteil eines Minderjährigen und kommt die Erteilung einer Weisung nach § 153a dieses Gesetzes oder nach den §§ 56c, 59a Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 oder § 68b Absatz 2 Satz 2 des Strafgesetzbuchs in Betracht, wonach sich der Angeklagte psychiatrisch, psycho- oder sozialtherapeutisch betreuen und behandeln zu lassen hat (Therapieweisung), soll ein Sachverständiger über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten vernommen werden, soweit dies erforderlich ist, um festzustellen, ob der Angeklagte einer solchen Betreuung und Behandlung bedarf.

(3) Hat der Sachverständige den Angeklagten nicht schon früher untersucht, so soll ihm dazu vor der Hauptverhandlung Gelegenheit gegeben werden.

C) Strafvollzugsgesetz (StVollzG)

§ 9 Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt

(1) Ein Gefangener ist in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen, wenn er wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuches zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden ist und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 6 Abs. 2 Satz 2 oder § 7 Abs. 4 angezeigt ist. Der Gefangene ist zurückzuverlegen, wenn der Zweck der Behandlung aus Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen, nicht erreicht werden kann.

(2) Andere Gefangene können mit ihrer Zustimmung in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Anstalt zu ihrer Resozialisierung angezeigt sind. In diesen Fällen bedarf die Verlegung der Zustimmung des Leiters der sozialtherapeutischen Anstalt.

[...]

§ 11 Lockerungen des Vollzuges

(1) Als Lockerung des Vollzuges kann namentlich angeordnet werden, daß der Gefangene

- 1. außerhalb der Anstalt regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht eines Vollzugsbediensteten (Freigang) nachgehen darf oder*
- 2. für eine bestimmte Tageszeit die Anstalt unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht eines Vollzugsbediensteten (Ausgang) verlassen darf.*

(2) Diese Lockerungen dürfen mit Zustimmung des Gefangenen angeordnet werden, wenn nicht zu befürchten ist, daß der Gefangene sich dem Vollzug der Freiheitsstrafe entziehen oder die Lockerungen des Vollzuges zu Straftaten mißbrauchen werde.

§ 137 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.

D) Thüringer Maßregelvollzugsgesetz (ThürMRVG)

§ 2 Ziele des Vollzugs der Unterbringung

Ziel des Vollzugs der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt ist es, den Untergebrachten durch Behandlung und Betreuung (Therapie) so weit wie möglich zu heilen oder seinen Zustand so weit zu bessern, dass er keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit darstellt. Die Behandlung soll die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten so weit wie möglich wieder herstellen, um ihm ein möglichst autonomes, in der Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen. Zudem soll die Sicherheit und der Schutz der Allgemeinheit vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten gewährleistet werden.

§ 23 Vollzugslockerungen, Auflagen

(1) *Der Vollzug der Unterbringung soll durch den Chefarzt oder seinen Stellvertreter gelockert werden, sobald die begründete Erwartung besteht, dass dadurch das Ziel der Unterbringung im Sinne des § 2 gefördert und der Untergebrachte die ihm eingeräumten Möglichkeiten nicht missbrauchen wird.*

(2) *Als Vollzugslockerung kann insbesondere zugelassen werden, dass der Untergebrachte*

- 1. regelmäßig einer Beschäftigung außerhalb der geschlossenen Station der Vollzugseinrichtung unter Aufsicht eines Mitarbeiters (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht (Freigang) nachgeht,*
- 2. zu bestimmten Zeiten die geschlossene Station der Vollzugseinrichtung unter Aufsicht eines Mitarbeiters (Ausführung) oder ohne Aufsicht (Ausgang) verlässt oder*
- 3. Urlaub erhält,*

soweit nicht Tatsachen die Befürchtung begründen, dass er sich dem Vollzug der Unterbringung entzieht oder die Lockerung zu rechtswidrigen Taten missbraucht. Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 kann der Untergebrachte auch in eine nicht geschlossene Station der Vollzugseinrichtung verlegt werden (offene Unterbringung).

(3) *Bei Vollzugslockerungen und Verlegung in die offene Unterbringung können dem Untergebrachten zur Förderung der in § 2 genannten Ziele Auflagen erteilt werden, insbesondere*

- 1. sich einer weiteren Behandlung zu unterziehen,*
- 2. sich von einer bestimmten Stelle oder Person beaufsichtigen zu lassen,*
- 3. Anforderungen über den Aufenthalt oder ein bestimmtes Verhalten außerhalb der Vollzugseinrichtung zu befolgen,*
- 4. in bestimmten Abständen in die Vollzugseinrichtung zurückzukehren.*

(4) *Bei Untergebrachten, die hinsichtlich ihrer Anlasstat, insbesondere bei Tötungs-, schweren Gewalt- und Sexualdelikten, ihrer Störung und ihres Behandlungsverlaufs besondere Schwierigkeiten bei der Beurteilung ihrer Gefährlichkeit bieten, ist vor einer erstmaligen Vollzugslockerung nach Absatz 1 stets das Einvernehmen der Vollstreckungsbehörde einzuholen. Soweit erforderlich, ist ein Sachverständigengutachten einzuholen. Bedenken gegen die geplante Vollzugslockerung hat die Vollstreckungsbehörde innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Aufforderung zur Abga-*

be der Stellungnahme zu erheben. In diesem Fall soll sie hinsichtlich der Art der geplanten Maßnahme oder Auflage Änderungen vorschlagen.

(5) Vollzugslockerungen und Verlegung in die offene Unterbringung bedürfen des Einvernehmens der Vollstreckungsbehörde und sind dem Interventionsbeauftragten umgehend mitzuteilen.

§ 24 Widerruf von Lockerungen

(1) Vollzugslockerungen und Verlegung in die offene Unterbringung können vom Chefarzt oder seinem Stellvertreter widerrufen werden, wenn

1. nachträglich Umstände eintreten oder bekannt werden, die eine Versagung gerechtfertigt hätten,
2. der Untergebrachte die Vollzugslockerung missbraucht,
3. der Untergebrachte Auflagen nicht nachkommt oder
4. der Untergebrachte schwere Verstöße gegen die Hausordnung begeht.

(2) Der Untergebrachte ist vor dieser Entscheidung anzuhören. Bei Gefahr in Verzug ist die Anhörung nachzuholen. Die Entscheidung ist dem Untergebrachten gegenüber in verständlicher Form zu begründen und zu dokumentieren. Sie bedarf der vorherigen Zustimmung des Interventionsbeauftragten; bei Gefahr in Verzug ist die Zustimmung des Interventionsbeauftragten unverzüglich nachzuholen.

§ 11 Behandlung

(1) Der Untergebrachte hat Anspruch auf die notwendige Behandlung seiner Anlaserkrankung. Der Anspruch erlischt, wenn die Entscheidung der Strafvollstreckungskammer oder der Jugendkammer über den Abbruch einer Therapie rechtskräftig ist.

(2) Die Behandlung und Betreuung schließen die erforderlichen Untersuchungen auf Anordnung und unter Leitung des Chefarztes oder seines Stellvertreters sowie alle Maßnahmen ein, die erforderlich sind, um dem Untergebrachten nach seiner Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Bereitschaft des Untergebrachten zur Mitwirkung an der Therapie und sein Verantwortungsbewusstsein für den Zweck der Unterbringung sollen geweckt und gefördert werden.

(3) Die Behandlung erfolgt nach einem Behandlungsplan, der möglichst sechs Wochen nach Aufnahme, aber spätestens sechs Wochen nach der rechtskräftigen Entscheidung über die Unterbringung zu erstellen und in einem Abstand von längstens sechs Monaten fortzuschreiben ist. Über die Erstellung des Behandlungsplans ist der Untergebrachte zu informieren. Der Behandlungsplan ist mit dem Untergebrachten in einer seinem Gesundheitszustand angemessenen Weise zu erörtern. Er ist über die erforderlichen diagnostischen Verfahren und die Behandlung sowie die damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen umfassend aufzuklären. Ärztliche Behandlungsverfahren, die mit einer erheblichen Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden sind oder die Persönlichkeit tiefgreifend und auf Dauer schädigen könnten, sind unzulässig.

(4) In einem Abstand von maximal 30 Monaten nach rechtskräftiger Entscheidung über die Unterbringung ist der Untergebrachte von einem nicht in der Vollzugseinrichtung arbeitenden Sachverständigen nach persönlicher Untersuchung zu begutachten. Dieser muss Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder im Fall einer schweren anderen seelischen Abartigkeit des Untergebrachten psychologischer Psychotherapeut sein und forensische Erfahrung nachweisen können. Der Interventionsbeauftragte beauftragt einen Sachverständigen mit der Erstellung des Gutachtens. Er hat das Gutachten unverzüglich dem Chefarzt und der Vollstreckungsbehörde zur Kenntnis zu bringen. Die Pflicht zur Begutachtung entfällt, wenn zeitnah ein gerichtliches Gutachten nach § 463 Abs. 4 StPO oder § 23 Abs. 4 Satz 2 dieses Gesetzes erstellt wird.

(5) Im Falle eines Therapieabbruchs kann der Interventionsbeauftragte einen Sachverständigen mit der Erstellung eines Gutachtens über die Fortsetzung der Therapie beauftragen. Das Gutachten wird vor einer nicht freiwilligen Verlegung auf die sogenannte Abbrecherstation erstellt.

E) Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsychKG)

§ 12 Behandlung

(1) Der Patient hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. Sie schließt die erforderlichen Untersuchungen sowie sozialtherapeutische, psychotherapeutische, heilpädagogische, beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen ein. Die Be-

handlung erfolgt nach einem Behandlungsplan, der bei der Unterbringung unverzüglich zu erstellen ist. Die Behandlung im Maßregelvollzug erfolgt nach Therapieplänen, die spätestens sechs Wochen nach der Aufnahme zu erstellen und halbjährlich fortzuschreiben sind. Die Behandlungs- und Therapiepläne sind mit dem Patienten zu erörtern.

[...]

F) Strafvollstreckungsordnung (StVollstrO)

§ 37 Allgemeine Regeln für die Strafzeitberechnung

(1) Die Strafzeit ist für jede selbstständige Strafe getrennt zu berechnen, auch wenn in derselben Sache auf mehrere Freiheitsstrafen erkannt worden ist. Bei jeder Strafzeitberechnung ist darauf zu achten, dass sie nicht zu einer Verlängerung der nach § 39 StGB ausgesprochenen Strafe führt. Zur Berechnung der Strafzeit gehört bei zeitigen Freiheitsstrafen von mehr als zwei Monaten und bei lebenslangen Freiheitsstrafen auch die Errechnung des Zeitpunktes, zu dem die Vollstreckung des Strafrestes nach § 57 Abs. 1, 2 Nr. 1, § 57a Abs. 1 StGB zur Bewährung ausgesetzt werden kann.

10 Abkürzungsverzeichnis

AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
BEE	Beeinflussbarkeit
BGH	Bundesgerichtshof
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BZR	Bundeszentralregister
CFT 20-R	Culture Fair Test-Revised
DSM IV, DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	ebenda
FAF	Fragebogen zur Messung von Aggressivitätsfaktoren
FOTRES	Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluationssystem
GLM	Good-Lives-Modell
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
HCR-20	Historical Clinical Risk Management
HTS	Hogrefe Testsystem
IBM SPSS	„Statistical Package for the Social Sciences“ der Firma IBM
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

IQ	Intelligenzquotient
JVA	Justizvollzugsanstalt
KFA	Konfigurationsfrequenzanalyse
KV	Körperverletzung
MELBA	Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit
MRV	Maßregelvollzug
OLG	Oberlandesgericht
PCL	Psychopathy Checklist
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
R&R	Reasoning and Rehabilitation-Program
RM	Risk-Management
RNA	Risk-Needs-Assessment
RNR	Risk-Need-Responsivity-Modell
SKID I, SKID II	Strukturiertes klinisches Interview für DSM IV
SotA	Sozialtherapeutische Abteilung
StPO	Strafprozessordnung
ST-R	Strukturelles Rückfallrisiko
StVollstrO	Strafvollstreckungsordnung

StVollzG	Strafvollzugsgesetz
SVR-20	Sexual Violence Risk-20
ThürMRVG	Thüringer Maßregelvollzugsgesetz
ThürPsychKG	Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen
UbG	Unterbringungsgesetz

Anhang

- A. PCL-R-Formblatt, aufgeteilt nach dem 4-Faktoren-Modell
- B. MELBA-Bogen
- C. Patientenbefragung – Fragebogen zur Person
- D. Patientenbefragung – Einschätzung der Therapiebausteine
- E. Überprüfung der Normalverteilungsannahmen bezüglich der relevanten
Verlaufsdaten

Anhang A

Erfassung von forensischen Patienten (§ 64 StGB) mit der Psychopathy Checklist nach Hare (PCL-R)

Die Hare-Psychopathy-Checkliste-Revised (PCL-R)
Vier-Faktoren-Struktur nach Hare (2003)

Name des Probanden:

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Gesamt-Punktz.	
					Interpersonell
					1. Trickreich ,sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme
					2. Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl
					3. Pathologisches Lügen (Pseudologie)
					4. Betrügerisches manipulatives Verhalten
					Affektiv
					5. Mangel an Gewissensbissen oder Schuldgefühlen
					6. Oberflächliche Gefühle
					7. Gefühlskälte, Mangel an Empathie
					8. Mangelnde Fähigkeit oder Bereitschaft, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen
					Lebensstil
					9. Stimulationsbedürfnis, ständiges Gefühl der Langeweile
					10. Parasitärer Lebensstil
					11. Fehlen von realistischen langfristigen Zielen
					12. Impulsivität
					13. Verantwortungslosigkeit
					Antisozial
					14. Frühere Verhaltensauffälligkeiten
					15. Unzureichende Verhaltenskontrolle
					16. Delinquenz in der Jugend
					17. Verstoß gegen Weisungen und Auflagen
					18. Polytrope Kriminalität
					Items, die nicht mit einem Faktor assoziiert sind
					19. Promiskuität
					20. Viele kurzzeitige (ehe)ähnliche Beziehungen
					Gesamtpunkte

Vier-Faktoren-Struktur nach Hare (2003)

Faktor 1: interpersonell

Faktor 2: affektiv

Faktor 3: Lebensstil

Faktor 4: antisozial

0 = Merkmal trifft nicht zu

2 = Merkmal trifft zu

1 = Merkmal trifft in einigen Aspekten zu

X = ausgelassen (hochgerechnet mit den „Prorat.Tabl.)

FÄHIGKEITSPROFIL

NAME/NR.:
muster, muster /

DATUM:
24.10.2014

BEARBEITER/IN:
ergo

ZERTIFIZIERUNG:

BEMERKUNGEN:



	Profilwert				
	a	b	c	d	e
1 Antrieb					
2 Arbeitsplanung					
3 Auffassung					
4 Aufmerksamkeit					
5 Ausdauer					
6 Durchsetzung					
7 Feinmotorik					
8 Führungsfähigkeit					
9 Kontaktfähigkeit					
10 Konzentration					
11 Kritikfähigkeit					
12 Kritische Kontrolle					
13 Kritisierbarkeit					
14 Lernen/Merken					
15 Lesen					
16 Misserfolgstoleranz					
17 Ordnungsbereitschaft					
18 Problemlösen					
19 Pünktlichkeit					
20 Reaktionsgeschwindigkeit					
21 Rechnen					
22 Schreiben					
23 Selbstständigkeit					
24 Sorgfalt					
25 Sprechen					
26 Teamarbeit					
27 Umstellung					
28 Verantwortung					
29 Vorstellung					

Arbeit am Gruppenarbeitsplatz möglich

JA NEIN

Arbeit am separaten Arbeitsplatz möglich

JA NEIN

Berücksichtigung körperlicher Merkmale nötig

JA NEIN

DAS PROFIL WURDE ERSTELLT AUF GRUNDLAGE VON

- GESPRÄCH
- BEARBEITUNG STANDARDISierter AUFGABEN
- BEARBEITUNG PSYCHOMETRISCHER VERFAHREN
- VERHALTENSBEOBACHTUNG
- EINSCHÄTZUNG DRITTER
- SONSTIGES

PROFILWERT
1 = stark eingeschränkte Fähigkeit
3 = durchschnittliche Fähigkeit
5 = weit überdurchschnittliche Fähigkeit

Anhang C

Allgemeine Fragen zu Ihrer Person und Unterbringung

1. Geburtsjahr

2. Geschlecht

weiblich

männlich

3. Haben Sie einen Migrationshintergrund?

Ja

Nein

4. Falls Sie von sich sagen würden, dass Sie einen Migrationshintergrund haben, wie lange leben Sie schon in Deutschland?

bis zwei Jahre

bis fünf Jahre

bis zehn Jahre

über zehn Jahre

5. Haben Sie einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen?

6. Haben Sie einen Berufsabschluss? Wenn ja, welchen?

7. Wie waren Sie vor der Unterbringung berufstätig?

ohne Arbeit

Gelegenheitsarbeiten

regelmäßige Arbeitstätigkeit

8. Welches Delikt führte zu Ihrer Verurteilung und damit zu Ihrer Unterbringung in der forensischen Psychiatrie?

9. Wie hoch war das Strafmaß bei dieser Verurteilung?

10. Welche psychiatrischen Diagnosen haben Gutachter und Gericht angenommen?

11. Welches Suchtmittel haben Sie bis zur Unterbringung hauptsächlich konsumiert?

- Alkohol
- illegale Drogen
- falls Drogen, welche? _____

12. Seit wann sind Sie im Maßregelvollzug untergebracht?

13. Waren Sie im Vorwegvollzug?

- Ja
- Falls ja, wie lange? _____
- Nein

14. Waren Sie im Zwischenvollzug?

- Ja
- Falls ja, wie lange? _____
- Nein

15. In welcher Lockerungsstufe befinden Sie sich zurzeit?

- 0 (kein Ausgang)
- A (Ausgang auf dem Klinikgelände in Begleitung des Pflegepersonals)
- B (Gruppenausgang auf dem Klinikgelände mit Mitpatienten)
- C (Ausgang auf dem Klinikgelände ohne Begleitung)
- D (Ausgang außerhalb des Geländes)
- E (Ausgang mit auswärtigem Übernachten, inkl. Entlassungsstufe)
- Sonstige: _____

16. Auf welcher Station befinden Sie sich zurzeit?

- Aufnahmestation
- Kriseninterventionsstation
- Therapiestation
- Wohngruppe
- Sonstige: _____

17. Sind Sie vor der jetzigen Unterbringung im Maßregelvollzug schon einmal verurteilt worden (mehrere Antworten möglich)?

- Nein
- Ja, und zwar wegen:
- Tötungsdelikt
- Körperverletzung
- Sexualdelikt
- Raub / räuberische Erpressung
- Betrug / Diebstahl
- Brandstiftung
- Verstoß gegen das BtMG
- Verkehrsdelikt
- Beleidigung
- Amtsanmaßung
- Sonstiges: _____

18. Waren Sie vor dem Urteil, dass zu der jetzigen Unterbringung im Maßregelvollzug geführt hat, schon einmal in Haft?

- Ja
- Falls ja, wie lang insgesamt? _____
- Nein

Anhang D

Wichtigkeit der Therapiebausteine

	sehr wichtig	eher wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig	trifft nicht zu
Ärztliche Behandlung	<input type="radio"/>				
Medikamentöse Behandlung	<input type="radio"/>				
Psychologische Behandlung	<input type="radio"/>				
Behandlung durch das Pflgeteam	<input type="radio"/>				
Bezugspflegegespräche	<input type="radio"/>				
Therapeutische Einzelgespräche	<input type="radio"/>				
Therapeutische Gruppentherapie	<input type="radio"/>				
Angebote zum Thema Abhängigkeit	<input type="radio"/>				
Sozialpädagogische Betreuung	<input type="radio"/>				
Lockerungen	<input type="radio"/>				
Angehörigengespräche	<input type="radio"/>				
Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen	<input type="radio"/>				
Schulische Angebote	<input type="radio"/>				
Schuldnerberatung	<input type="radio"/>				
Arbeitstherapie / Ergotherapie	<input type="radio"/>				
Sportliche Aktivitäten / Möglichkeiten	<input type="radio"/>				
Kreativtherapie (z.B. Malen, Theater, Musik)	<input type="radio"/>				
Stationsklima	<input type="radio"/>				
Freizeitgestaltung	<input type="radio"/>				
Selbstverpflegung	<input type="radio"/>				

Zufriedenheit mit den Therapiebausteinen

	sehr zufrieden	eher zufriede n	wenig zufriede n	gar nicht zufrieden	trifft nicht zu
Ärztliche Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentöse Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung durch das Pfl egeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bezugspflegegespräche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Therapeutische Einzelgespräche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Therapeutische Gruppentherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote zum Thema Abhängigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialpädagogische Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lockerungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörigengespräche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufliche oder berufsfördernde Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulische Angebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schuldnerberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitstherapie / Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportliche Aktivitäten / Möglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreativtherapie (z.B. Malen, Theater)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationsklima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeitgestaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstverpflegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang E

Überprüfung der Normalverteilungsannahmen bezüglich der relevanten Verlaufsdaten

Tabelle a: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der Gesamtstichprobe (n=109)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,192	109	,000*	,736	109	,000*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,120	109	,001*	,820	109	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,091	109	,027*	,896	109	,000*
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,175	109	,000*	,672	109	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,082	109	,067	,918	109	,000*
Alter bei Abbruchstellungnahme	,124	109	,000*	,935	109	,000*
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,163	109	,000*	,889	109	,000*

* *signifikant auf dem .05 Niveau*

Tabelle b: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der frühen Abbrecher (n=57)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,207	57	,000*	,759	57	,000*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,180	57	,000*	,715	57	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,178	57	,000*	,691	57	,000*
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,210	57	,000*	,636	57	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,185	57	,000*	,759	57	,000*
Alter bei Abbruchstellungnahme	,143	57	,005*	,921	57	,001*
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,226	57	,000*	,791	57	,000*

* *signifikant auf dem .05 Niveau*

Tabelle c: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der späten Abbrecher (n=52)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,170	52	,001*	,696	52	,000*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,080	52	,200**	,986	52	,800
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,139	52	,014*	,918	52	,002*
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,163	52	,001*	,885	52	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,160	52	,002*	,915	52	,001*
Alter bei Abbruchstellungnahme	,131	52	,026*	,938	52	,009*
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,096	52	,200**	,953	52	,040*

* *signifikant auf dem .05 Niveau*

** *untere Grenze der echten Signifikanz*

Tabelle d: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der Selbstabbrecher (n=51)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,147	51	,008*	,893	51	,000*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,097	51	,200**	,974	51	,312
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,092	51	,200**	,981	51	,572
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,149	51	,006*	,865	51	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,077	51	,200**	,981	51	,586
Alter bei Abbruchstellungnahme	,199	51	,000*	,888	51	,000*
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,250	51	,000*	,774	51	,000*

* signifikant auf dem .05 Niveau

** untere Grenze der echten Signifikanz

Tabelle e: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der Fremdabbrecher (n=58)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,250	58	,000*	,719	58	,000*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,184	58	,000*	,788	58	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,101	58	,200**	,859	58	,000*
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,183	58	,000*	,683	58	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,110	58	,080	,883	58	,000*
Alter bei Abbruchstellungnahme	,121	58	,035*	,957	58	,038*
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,103	58	,193	,946	58	,013*

* signifikant auf dem .05 Niveau

** untere Grenze der echten Signifikanz

Tabelle f: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der frühen Selbstabbrecher (n=29)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,210	29	,002*	,852	29	,001*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,171	29	,030*	,887	29	,005*
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,191	29	,008*	,869	29	,002*
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,124	29	,200**	,866	29	,002*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,160	29	,056	,856	29	,001*
Alter bei Abbruchstellungnahme	,201	29	,004*	,844	29	,001*
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,264	29	,000*	,698	29	,000*

* signifikant auf dem .05 Niveau

** untere Grenze der echten Signifikanz

Tabelle g: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der frühen Fremdabbrecher (n=28)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,260	28	,000*	,775	28	,000*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,302	28	,000*	,716	28	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,221	28	,001*	,686	28	,000*
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,269	28	,000*	,657	28	,000*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,178	28	,023*	,760	28	,000*
Alter bei Abbruchstellungnahme	,126	28	,200**	,947	28	,166
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,184	28	,016*	,873	28	,003*

* signifikant auf dem .05 Niveau

** untere Grenze der echten Signifikanz

Tabelle h: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der späten Selbstabbrecher (n=22)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,221	22	,007*	,891	22	,020*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,080	22	,200**	,987	22	,989
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,235	22	,003*	,821	22	,001*
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,191	22	,035*	,886	22	,016*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,215	22	,010*	,842	22	,002*
Alter bei Abbruchstellungnahme	,174	22	,083	,933	22	,145
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,183	22	,052	,882	22	,013*

* signifikant auf dem .05 Niveau

** untere Grenze der echten Signifikanz

Tabelle i: Tests der Normalverteilungsannahme bezüglich der relevanten Verlaufsdaten der späten Fremdabbrecher (n=30)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Haftstrafe	,237	30	,000*	,648	30	,000*
Aufnahme bis Zwei-Drittel-Termin	,125	30	,200**	,961	30	,337
Zwei-Drittel-Termin bis Abbruchstellungnahme	,105	30	,200**	,948	30	,146
Abbruchstellungnahme bis Verschiebung	,155	30	,065	,902	30	,009*
Zwei-Drittel-Termin bis Verschiebung	,151	30	,079	,939	30	,085
Alter bei Abbruchstellungnahme	,147	30	,097	,926	30	,039*
Aufnahme bis Abbruchstellungnahme	,103	30	,200**	,977	30	,736

* signifikant auf dem .05 Niveau

** untere Grenze der echten Signifikanz

Ehrenwörtliche Erklärung zu meiner Dissertation mit dem Titel:

„Prädiktoren für Therapieabbrüche unter besonderer Berücksichtigung der Privilegierung im Maßregelvollzug gemäß § 64 Strafgesetzbuch“

Hiermit erkläre ich, dass mir die geltende Promotionsordnung bekannt ist.

Des Weiteren erkläre ich, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, keine Textabschnitte eines Dritten oder eigener Prüfungsarbeiten ohne Kennzeichnung übernommen und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen gekennzeichnet habe.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials haben mich unentgeltlich folgende Personen unterstützt: Dr. med. Karlheinz Berger, Dipl.-Psych. Dr. Nils Skotara, Rebecca Stammberger (M. Sc.), Julia Wiest (M. Sc.), Dora Eckstein. Bei der Herstellung des Manuskriptes wurde keine Unterstützung Dritter geleistet.

Die Hilfe eines Promotionsberaters wurde nicht in Anspruch genommen. Dritte haben weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Ich versichere außerdem, dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe.

Weder die gleiche, noch in wesentlichen Teilen ähnliche oder andere Abhandlung wurde an einer anderen Hochschule bzw. einer anderen Fakultät als Dissertation eingereicht.

Geesthacht, 06.02.2017

Peter Rotermund