

Aus dem Institut für **Forensische Psychiatrie**
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Erfassung von forensischen Patienten (§ 64 StGB) unter besonderer Berücksichtigung der Psychopathy Checklist nach Hare (PCL-R)

Eine epidemiologische Untersuchung von nach § 64 StGB untergebrachten Patienten in einer Maßregelvollzugsklinik

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Karlheinz Berger

Berlin

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. N. Konrad
 2. Prof. Dr. med. J. Zeiler
 3. Prof. Dr. med. F. M. Reischies

Datum der Promotion: 03.09.2010

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	05
2.	Grundlagen	07
2.1	Maßregelvollzug nach § 64 StGB	07
2.1.1	Wesen der Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB.....	07
2.1.2	Kurzer Abriss der Gesetzgebungsgeschichte des § 64 StGB.....	07
2.1.3	Aktuelle Situation im Maßregelvollzug nach § 64 StGB.....	09
2.2	Die Psychopathy Checklist-Revised nach Hare (PCL-R)	11
2.2.1	Entstehung und Wesen der PCL-R.....	11
2.2.2	Zum aktuellen Stellenwert der Psychopathie-Konzeption nach Hare.....	13
2.2.3	Taxon versus Dimension.....	15
2.2.4	Faktorenstruktur der PCL-R.....	16
2.2.5	Subtypen.....	18
3.	Untersuchungshypothesen	20
4.	Methodik der eigenen Untersuchung	22
4.1	Beschreibung der zu untersuchenden Population.....	22
4.2	Untersuchungsablauf.....	25
4.3	Statistische Auswertungsverfahren.....	27
5.	Ergebnisse der Untersuchung	28
5.1	Merkmale der zu untersuchenden Population	28
5.1.1	Diagnoseverteilung.....	28
5.1.2	Ausgewählte Zeitparameter.....	29
5.1.3	Weitere forensisch bedeutsame Aspekte.....	32
5.1.4	Ausgewählte Hintergrundmerkmale.....	33
5.1.5	Unterbringungsdelikte.....	35
5.1.6	Aspekte des Unterbringungsverlauf.....	37
5.1.7	Intramurale Tötlichkeiten.....	38

5.2	Ergebnisse der PCL-R Untersuchung	39
5.2.1	Allgemeine Ergebnisse der PCL-R Untersuchung.....	39
5.2.1.1	Gesamtpopulation.....	39
5.2.1.2	PCL-R Werte in den verschiedenen Altersgruppen.....	40
5.2.1.3	Subpopulationen.....	40
5.2.2	Überprüfung der Hypothesen.....	47
5.3	Ergebnis der Faktorenanalyse	50
6.	Diskussion	51
6.1	Allgemeine Aspekte	51
6.1.1	Benutzerqualifikation der PCL-R.....	51
6.1.2	Problematik der dissozialen drogenabhängigen Tätern.....	53
6.2	Diskussion der Ergebnisse der PCL-R Untersuchung	54
6.2.1	Vergleich der PCL-R Ergebnisse mit der Literatur	54
6.2.2	Gesamt PCL-R Werte in den verschiedenen Altersgruppen	56
6.3	Diskussion der Hypothesen	57
6.4	Ausblick	64
7.	Zusammenfassung	66
8.	Literaturverzeichnis	69
9.	Lebenslauf	77
10	Abkürzungen	78
11.	Danksagung	79
12.	Anhang	80
13.	Selbständigkeitserklärung	82

1. Einleitung

Forensisch-psychiatrische Forschung ist sowohl im Interesse der Gesellschaft als auch im Interesse der Patienten unabdingbar. Nedopil (2007) bemerkt dazu, dass trotz aller Schwierigkeiten die forensische Forschung in der Vergangenheit große Fortschritte gemacht habe. Die wissenschaftliche Kooperation zwischen Universitäten und Maßregelvollzugskliniken wächst, eine Reihe von gemeinsamen Projekten und Publikationen bezeugen diese Zusammenarbeit (Erb et al. 2001; Hodgins u. Müller-Isberner 2004; Jockusch u. Keller 2001; Steinböck et al. 2004; Stübner et al. 2003).

Dennoch sind wissenschaftliche Untersuchungen von Suchtpatienten im Maßregelvollzug bisher kaum verfügbar. Wissenschaftlich gestützte Aussagen zur Effizienzverbesserung der Programme bei Behandlung, Management und Rehabilitation dieser Patientenklintel sind eher die Ausnahme. Empirische Untersuchungen, die sich mit der Vorhersage des formalen „Outcome“ der Unterbringung nach § 64 StGB beschäftigen, sind ebenfalls kaum vorhanden. Sowohl unter therapeutischen als auch versorgungsökonomischen Gesichtspunkten wäre es jedoch sehr sinnvoll, nach Merkmalen zu suchen, die geeignet sind, ein Scheitern der Behandlung im Sinne der Beendigung wegen Aussichtslosigkeit vorherzusagen. Dennoch sind in den letzten Jahren im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB einige forensisch-psychiatrisch Forschungsanstrengungen zu verzeichnen, die sich insbesondere mit der Vorhersage des formalen „Outcome“ auseinandersetzen, wie z. B. der 2004 von Schalast et al. vorgelegte und umfangreiche Zwischenbericht des Institutes für Forensische Psychiatrie der Uni Essen. Dieses Forschungsprojekt beschäftigt sich mit Gewalttätern, die aufgrund einer Alkoholproblematik im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB untergebracht sind. Bei diesen Maßregelpatienten werden der Verlauf der Therapie und die Bewährung im ersten Jahr nach der Entlassung erfasst. Das Ergebnis liegt noch nicht vor. Man darf gespannt sein, welche abschließenden Ergebnisse zu Tage gebracht werden können.

Psychometrische Instrumente zur Prognose zukünftiger Straftaten haben sich in den vergangenen Jahren weitgehend durchgesetzt. Es gibt Hinweise, dass derartige psychometrische Instrumente auch geeignet sind, prognostische Aussagen zum Behandlungserfolg zu liefern. Die *Psychopathy Checklist-Revised* von Hare (PCL-R) ist ein

solches psychometrisches Instrument. Sie stellt eine Merkmalsliste zur differenzierten Erfassung von spezifischen Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen von so genannten „Psychopaths“ dar. Die prognostische Validität des PCL-R für die Vorhersage gewalttätigen Verhaltens von inhaftierten und im Maßregelvollzug untergebrachten Personen ist gut belegt.

Patienten im 64er Maßregelvollzug mit Merkmalen von „Psychopathy“ verursachen sowohl erhebliche therapeutische als auch maßregelvollzugliche Probleme. Aus diesen Erfahrungen heraus gibt es viele Stimmen, die dieser Patientenklientel Veränderungsmöglichkeit und Behandelbarkeit grundsätzlich absprechen. Verschiedene Arbeitsgruppen wollen nachgewiesen haben, dass gängige Behandlungsansätze wenig oder gar keine Veränderung des kriminellen Verhaltens bei „Psychopaths“¹ bewirken (Ogloff et al. 1990, Harris et al. 1991, Rice et al. 1992). Andere Autoren vertreten hingegen die Auffassung, dass die bisherige Forschung durchaus Hinweise für effektive Behandlungsprogramme bei der Behandlung von „Psychopathy“ geliefert hat. Die angemessene Behandlung dieser Personen sollte im Kern aber drei Prinzipien beachten: Risikoprinzip, Bedürfnisprinzip und Ansprechbarkeitsprinzip (Andrews et al. 1990). Geeignete Maßnahmen sollten nicht primär versuchen, die Kernpersönlichkeit des „Psychopath“ zu verändern, sie sollten vielmehr diesen Patienten zu Erfahrungen und Fertigkeiten verhelfen, die es ihnen zukünftig erlauben, ihre persönlichkeitsbedingten Verhaltensmuster besser zu kontrollieren und auf nichtkriminellem Wege auszuleben. Eine kürzlich erschienene Arbeit von Wittmann (2010) berichtet über ermutigende Therapieergebnisse von Patienten im 64er Maßregelvollzug mit Merkmalen von „Psychopathy“. Der Autor vertritt in seiner Arbeit die Auffassung, dass durch ein angemessenes differenziertes Therapieangebot auch schwierige wie etwa „psychopathisch“ strukturierte Patienten zu erreichen sind, wenn die therapeutische Ausrichtung speziell auf deren psychologische Problemfelder abzielt.

In dieser Arbeit wurden Suchtpatienten in einer Maßregelvollzugsklinik im ersten Schritt mit einem umfangreichen forensisch ausgelegten Erhebungsbogen (siehe Anlage) erfasst. Im zweiten Schritt wurde die Gesamtpopulation mit der PCL-R Checklist nach Hare untersucht.

¹ Die hier in dieser Arbeit verwendeten Begriffe wie „Psychopath“, „Psychopathy“ oder „psychopathische Persönlichkeit“ werden ausschließlich nach angloamerikanischem Verständnis gebraucht, sind nicht im Sinne des deutschen Begriffes der Psychopathie zu verstehen, wie er von Koch (1891-1893) geprägt und von Kraepelin aufgenommen wurde. Die aus dem Englischen stammenden Begriffe werden in dieser Arbeit in Großbuchstaben geschrieben.

2. Grundlagen

2.1 Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB

2.1.1 Wesen der Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB

Die „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ gemäß § 64 StGB gehört zu den „Maßregeln der Besserung und Sicherung“. Der primäre Zweck dieser Maßregeln ist die Gefahrenabwehr, die Verhütung weiterer erheblicher rechtswidriger Handlungen.

Das Wesen der Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB geht aus dem Gesetzestext hervor. Demnach soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt dann anordnen, wenn eine Person den Hang aufweist, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und diese Person wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt wird, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist. 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.

Das Vollzugsziel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist gemäß § 137 StVollzG geregelt. Demnach ist der Patient von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.

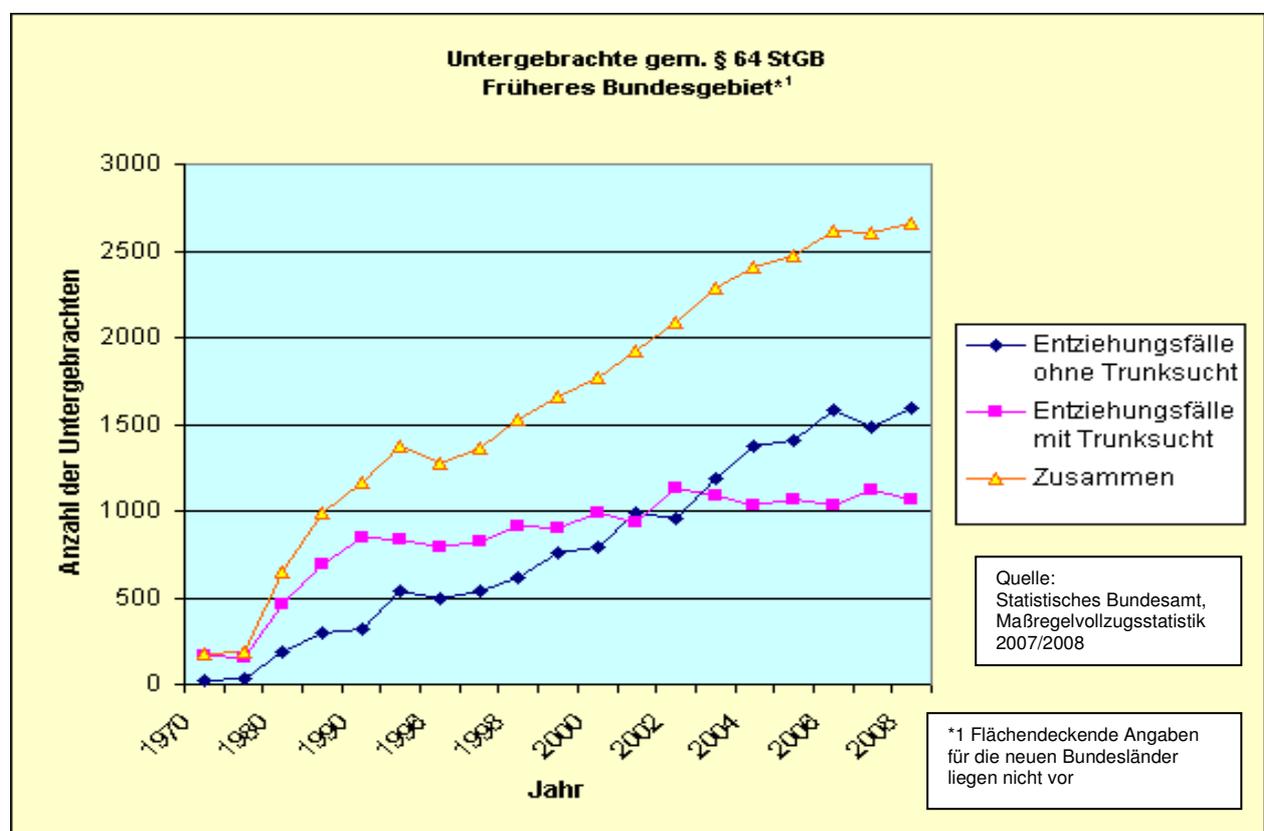
2.1.2 Kurzer Abriss der Gesetzgebungsgeschichte des § 64 StGB

Die Möglichkeit der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt mit den Mitteln des Strafrechts ist erstmalig am 24.11.1933 im Reichsgesetzblatt² mit dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung eingeführt worden. Bis 1969 regelte § 42 c StGB die Unterbringung von suchts-

² Das Reichsgesetzblatt (RGBl.) war das amtliche Verkündungsblatt des Deutschen Reiches von 1871 bis 1945. Bis 1922 wurde es vom Reichsministerium der Justiz in Berlin herausgegeben, danach vom Reichsministerium des Innern.

kranken Straftätern in einer „Trinkerheil- oder Entziehungsanstalt“, bevor dieser Paragraph durch die zweite Strafrechtsreform vom 04.07.1969 als § 64 StGB seinen Niederschlag fand. Die Änderung zum § 64 StGB wurde begleitet von der Einführung des § 67 StGB, der ursprünglich lediglich Regelungen zur Vollstreckungsreihenfolge beinhaltete. Ende der 1980er Jahre entwickelte sich angesichts der stetig steigenden Unterbringungszahlen, insbesondere im Bereich der Entziehungsanstalten, eine Reformdiskussion mit dem Ziel der Novellierung der §§ 63, 64 StGB. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 16.03.1994 erbrachte grundlegende Veränderungen. So wurde festgelegt, dass eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt unter Einschränkung der Freiheitsgrundrechte aus Art 2 Abs. 1 und Abs. 2 GG nur dann stattfinden dürfe, wenn die mit der Unterbringung angestrebte Heilung von der Sucht hinreichend erfolgversprechend sei³. Tatsächlich gingen die Unterbringungszahlen in den ersten Jahren zunächst zurück, stiegen jedoch bald wieder konstant bis heute an (siehe Abb. 2.1).

Abb. 2.1: Anzahl Untergebrachter gemäß § 64 StGB, aufgeschlüsselt nach primären Suchtmitteln



³ BVerfGE 91, 1 (28ff)

Durch diesen stetigen Anstieg der Unterbringungszahlen wurde eine neuerliche, sich über Jahre hinziehende Reformdiskussion entfacht, die nun nach langwierigen Folgedebatten im neuen Gesetz zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vom 20.07.2007 mündete. Dieses neue Gesetz möchte dazu beitragen „die vorhandenen und neu geschaffenen Kapazitäten des Maßregelvollzugs besser und zielgerichtet zu nutzen“. Es soll einerseits um Einsparungen von kostenaufwendigen Therapieplätzen gehen. Andererseits soll durch dieses Gesetz ein „reiner Verwahrvollzug“ verhindert werden.

2.1.3 Aktuelle Situation im Maßregelvollzug nach § 64 StGB

Aus rechtspolitischer Sicht ist die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt seit vielen Jahren umfangreicher Diskussionen unterworfen. Die Effektivität dieser Maßnahme wird nicht selten in Frage gestellt. Man bezieht sich dabei in erster Linie auf die Abbruchraten der so genannten „gescheiterten Patienten“, die höher liegen als die regulären Beendigungen. Der aktuelle Bericht von Gericke & Kallert (2007) liefert der aktuellen rechtspolitischen Diskussion zudem neue Nahrung. Die Autoren stellten in einer breit angelegten Studie fest, dass etwa 37 % derjenigen Patienten, die die Therapie „scheinbar“ erfolgreich beenden konnten, erneut straffällig geworden sind. Die Studie umfasste 344 Datensätze von Patienten, die vom 01.01.1996 - 31.12.2001 nach § 64 StGB im sächsischen Maßregelvollzug aufgenommen wurden. Ein weiterer immer wieder heftig diskutierter Aspekt betrifft das Problem der Fehleinweisungen in eine Entziehungsanstalt. Es wird angeführt, dass die im § 64 StGB festgeschriebenen Anordnungsvoraussetzungen nicht selten von vornherein gar nicht erst vorlagen oder aber später weggefallen sind.

Die Zahl der gemäß § 64 StGB untergebrachten Personen hat in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich zugenommen (Siehe Abb. 2.1). Nach der Strafverfolgungst Statistik des Statistischen Bundesamtes kam es 1975 lediglich zu 231 Anordnungen, 1980 bereits zu 585. 2002 wurden bereits 1532⁴ nach § 64 StGB untergebracht. Die Zahl der gemäß § 64 StGB untergebrachten Patienten ist in den letzten beiden Jahrzehnten folglich deutlich angewachsen. In einer bundesweiten Stichtagserhebung von

⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10(3)Strafverfolgung

2007 ist nachzulesen, dass in den 36 Maßregelvollzugskliniken bzw. Maßregelvollzugsabteilungen 2603 Patienten nach § 64 StGB untergebracht waren, 1994 waren es lediglich 1418. Nicht nur der wachsende Aufnahmedruck, sondern auch die längeren Unterbringungszeiten trugen zu bedeutsamen Kapazitätsproblemen in den Einrichtungen bei. Dies wurde nicht zuletzt dadurch bewirkt, dass das kriminalpolitische Klima hierzulande dahingehend tendiert, von den Einrichtungen ein immer höheres Maß an Sicherheit und Sicherung zu verlangen. Daraus folgt, dass viele Einrichtungen in diesem Bereich deutlich überfüllt sind. Es fehlt an Platz und nicht zuletzt an geschultem Personal. Eine vermehrte Belastung der Mitarbeiter ist eine wichtige Folgeerscheinung, die Ernst zu nehmen ist, denn es wird immer schwieriger, motiviertes und engagiertes Personal in diesem Bereich zu gewinnen. Die von der Politik geforderten Qualitätsstandards lassen sich unter den gegebenen Bedingungen somit nur schwer realisieren.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Entziehungsanstalt beträgt im Mittel 15 Monate (von der Haar, 2008). Die Dauer der Unterbringung, bei denen die Maßregel zur Bewährung ausgesetzt wurde, beträgt nach dem Bericht von Gericke & Kaltert (2007) zufolge etwa zwei Jahre. Mehr als 50 % der Behandlungen werden wegen Aussichtslosigkeit beendet. Schalast (2004) bemerkt hierzu, dass die Beendigung wegen Aussichtslosigkeit mittlerweile zum „statistischen Normalfall“ geworden ist. Bei Querschnittsbetrachtungen befindet sich etwa 50 % nicht im gelockerten Vollzug, die andere Hälfte verteilt sich zu nahezu gleichen Anteilen auf Ausgänge innerhalb und außerhalb des Klinikgeländes oder Beurlaubungen (Seifert 2009). Diese Feststellungen treffen in etwa auch für die Forensische Klinik in Hildburghausen zu.

Ein weiteres Problem der letzten Jahre stellt die Behandlung von Drogenabhängigen im Maßregelvollzug dar, die im Hinblick auf eine Bewährungsentlassung noch weniger erfolgreich ist als bei den Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Der Mitte der 90er Jahre erwartete Rückgang der Inanspruchnahme der Entziehungsanstalt für Drogentäter durch alternative strafrechtliche Bestimmungen im Betäubungsrecht ist nicht eingetreten. Im Gegenteil belegen die bundesweiten Stichtagerhebungen der letzten Jahre, dass bedeutend mehr drogenabhängige Patienten als alkoholranke Straftäter nach § 64 StGB zugewiesen werden (siehe Abb. 2.1). Der Anteil der drogenabhängigen Patienten ist mittlerweile bei mehr als 60 % zu beziffern. Gleichzeitig sorgen die drogenabhängigen Patienten was Sucht- und Lockerungsmittelmissbräuche betrifft für weit mehr intramurale Zwischenfälle als alkoholranke Straftäter. Zudem ist die Erledigungsquote

dieser Patienten Klientel weit höher (Schalast 2004). Nicht wenige der im Maßregelvollzug tätigen Forensiker vertreten die Meinung, dass die Zusammenhänge zwischen Suchtverhalten und Kriminalität bei Tätern mit einer Drogenproblematik einen ganz anderen Charakter haben als bei solchen, die eine Alkoholabhängigkeit entwickeln. Küfner et al. (1999) äußern sich dahingehend, dass Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit anders als bei Alkoholmissbrauch in eine Vielzahl devianter und delinquenter Verhaltensweisen eingebettet sind. Folglich sollte man sich von der Vorstellung verabschieden, dass die Mehrzahl der Drogentäter in direkter Weise infolge ihrer Suchtprobleme straffällig werden würde. Schalast (2004) vertritt hierzu die Meinung, dass die Anforderungen an die „Symptomtizität“ der Straftaten, die dem Gesetzgeber beim Rechtsinstitut vorschwebt(e), den Verhältnissen in der sozialen Wirklichkeit bei den Drogenabhängigen nicht gerecht werden.

2.2 Die Psychopathy Checklist-Revised nach Hare (PCL-R)

2.2.1 Entstehung der PCL-R

Die PCL-R ist ein Instrument zur Erfassung spezifischer Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensauffälligkeiten, die im nordamerikanischen Sprachraum unter dem Begriff „Psychopathy“ subsumiert werden. Obwohl Hare in einer seiner letzten Veröffentlichungen noch explizit darauf hinwies, dass die PCL-R weder als forensisches Prognoseinstrument noch zur Vorhersage von Behandelbarkeit entworfen worden ist, hat sich die PCL-R inzwischen international als gut validiertes psychometrisches Instrument zur Prognose zukünftiger Straftaten etabliert. Sie ist im Rahmen der Prognosebegutachtung zu einem Eckpfeiler im deutschen Justiz- und Maßregelvollzug geworden (Ross und Pfäfflin 2005). Harris et al. (1993) zeigten, dass ein hoher Wert im PCL-R der stärkste Prädiktor für zukünftige Gewalttätigkeiten bei einer Gruppe psychisch kranker und gestörter Rechtsbrecher ist. Dieses Ergebnis ließ sich in anderen Untersuchungen verifizieren (Forth, Hart & Hare 1990; Freese, Born & Müller-Isberner 1995; Freese, Müller-Isberner, Jöckel 1996; Hill, Rodgers & Bickford 1996; Quinsey, Rice & Harris 1995; Rice & Harris 1995; Serin 1991; Serin & Amos 1995). Zurzeit stellt die PCL-R „das Flaggschiff“ auf dem Gebiet der Vorhersage von gewalttätigen Rückfällen (Webster et al. 2000) dar.

Das „Psychopathy“-Konstrukt nach Hare entspricht einer eigenständigen chronisch verlaufenden Störungsentität. Die Störung weist einen frühen Beginn auf, erste Symptome sind in der Regel in der mittleren bis späten Kindheit feststellbar. Darüber hinaus ist sie durch ein überdauerndes soziales Funktionsniveau charakterisiert und führt zu sozialen Fehlfunktionen. Die betroffenen Personen scheinen unfähig zu sein, sich an soziale Normen anzupassen, wie Millon (1981) anmerkt.

Der Begriff „Psychopathy“ geht in besonderer Weise auf Überlegungen von Cleckley zurück, der in seiner 1941 erschienenen Monographie „The mask of sanity“ den Grundstein für die heutige „Psychopathy-Forschung“ legte. In der fünften Ausgabe seiner Monographie beschrieb er bestimmte Charaktereigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale, welche später unter den Namen „Cleckley-Kriterien“ bekannt wurden. Diese 16 Kriterien sah Cleckley als Grundlage der Erfassung des „Psychopath“ an.

Dennoch sollte im Zusammenhang mit der Entstehung der PCL-R noch der englische „Irrenarzt“ Prichard genannt werden, der im angloamerikanischen Raum einer der ersten Autoren war, der sich in seinem Werk „moral insanity“ von 1835 mit dem „Psychopathy“-Begriff befasste. Unter „moralischem Schwachsinn“ verstand er eine krankhafte Neigung zu verkehrten oder verbrecherischen Handlungen bei „wenig gestörtem Verstande und angeborenem Fehlen des moralischen Gefühls“.

Tabelle 2.1: Merkmale in der revidierten „Psychopathy-Checkliste“

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. <i>Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme</i>2. <i>Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl</i>3. <i>Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile</i>4. <i>Pathologisches Lügen</i>5. <i>Betrügerisch-manipulatives Verhalten</i>6. <i>Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein</i>7. <i>Oberflächliche Gefühle</i>8. <i>Gefühlskälte, Mangel an Empathie</i>9. <i>Parasitärer Lebensstil</i>10. <i>Unzureichende Verhaltenskontrolle</i>11. <i>Promiskuität</i>12. <i>Frühe Verhaltensauffälligkeiten</i>13. <i>Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen</i>14. <i>Impulsivität</i>15. <i>Verantwortungslosigkeit</i>16. <i>Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen</i>17. <i>Viele kurzzeitige ehe(ähnliche) Beziehungen</i>18. <i>Jugendkriminalität</i>19. <i>Widerruf einer bedingten Entlassung</i>20. <i>Polytrope Kriminalität</i> |
|---|

Hare ist es in den achtziger Jahren gelungen, den angloamerikanischen „Psychopathy“-Begriff mit Hilfe der insgesamt 20 Items umfassenden „Psychopathy“-Checkliste (PCL-R) zu operationalisieren (siehe Tabelle 2.1 auf Seite 12). Er entwickelte zunächst aus einer mehr als 100 Kriterien umfassenden Merkmalsliste eine 22 Item-Version, die er „Psychopathy“-Checkliste nannte. Um zwei Items gekürzt und mit exakterer Operationalisierung entstand die revidierte Form, die PCL-R. Er hat damit nach seiner Auffassung ein Instrument geschaffen, das den „Psychopath“ reliabel identifizieren kann.

2.2.2 Zum aktuellen Stellenwert der „Psychopathy“-Konzeption nach Hare

Wenngleich die Validität des „Psychopathy“-Konstrukts umstritten bleibt (Cooke et al., 2001), hat sich die PCL-R nach Ansicht von Nedopil (2005) als Prognoseinstrument in vielen Untersuchungen bewährt, weil sie einerseits gut operationalisierte Merkmalsdefinitionen hat und somit eine reliable und valide Datenerhebung ermöglicht, zum anderen aber auch einige klinisch relevante Charakteristika beschreibt, welche in der Realität – insbesondere in der forensischen Psychiatrie und in der Kriminologie - ihre Empfehlungen finden. Die PCL wird mittlerweile standardmäßig bei der Erstellung von Kriminalprognosen verwandt (Dahle 2005, Kröber 2006). Zum einen in der ursprünglichen Fassung der PCL-R (Hare 2003), zum anderen in der Kurzversion PCL:SV (Freese 2004). Zudem gibt es einige Prognoseinstrumente wie das Prognosemanual zur Vorhersage von Gewalttaten HCR-20 (Webster et al. 1995), das Prognosemanual zur Rückfallprognose von Sexualtätern SVR-20 (Boer et al. 1997) oder die Integrierte Liste der Risikovariablen ILRV (Ehlers et al. 1985), welche integrativ den PCL-R Wert in ihr Manual mit aufnehmen.

Verschiedene Arbeiten haben sich damit beschäftigt, mit Hilfe der PCL-R prognostische Aussagen von Behandelbarkeit treffen zu können. Hare et al. (2000), auch Lösel (1998) vertreten die Meinung, dass die PCL-R im Hinblick auf Therapierbarkeit wichtige Bezüge schaffen und deswegen therapierrelevante Schlussfolgerungen zulässt. Nicht wenige Autoren äußern sich dahingehend, dass gängige Behandlungsansätze bei Patienten, die höher scoren als 30, wenig oder gar keine Veränderungen des kriminellen Verhaltens bewirken (Harris et al. 1991; Rice et al. 1992). Nuhn-

Naber und Rehder (2005) stellen grundsätzlich die Indikation zur Sozialtherapie von PCL-R Hochscorern in Frage. Sie beziehen sich dabei auf die negativen nordamerikanischen Therapieergebnisse von dieser problematischen Patientengruppe. Es gibt aber auch Fachleute (Ogloff et al. 1990), die die scharfe Trennung von zwei Gruppen prinzipiell behandelbarer („nicht psychopathischer“) und nicht behandelbarer („psychopathischer“) Personengruppen aufgrund der PCL-R kritisieren. In einem Review von 42 Behandlungsstudien bemerkt Salekin (2002), dass es nur wenige empirische Hinweise für das Unbehandelbarkeitsdogma für „Psychopaths“ gibt. Er hebt den Mangel an Studien hervor, die das Verhältnis von „Psychopathy“ und Behandlung zum Erkenntnisgegenstand haben. Es gäbe kaum Follow-Up-Studien zur Entwicklung „psychopathischer“ Persönlichkeiten nach Behandlung.

Die Anwendbarkeit der PCL-R zur Behandlungsprognose scheint im Maßregelvollzug schon deswegen auch erschwert, weil weniger als 20 % der Patienten einen Gesamt-PCL-R-Wert von mehr als 25 aufweisen dürften. Im 64er Maßregelvollzug dürfte der Anteil noch kleiner sein. Laut Ross und Pfäfflin (2005) ist daher der PCL-R-Gesamt-Score in diesem Bereich wenig geeignet, therapeutisch relevante Zusatzinformation liefern zu können. Nicht wenige Forensiker vertreten daher die Meinung, dass es wenig Sinn mache, dieses Prognoseinstrument in diesem Bereich als gewinnbringende Methode zur Behandlungsprognose einzusetzen. Nichtsdestotrotz melden sich einige Autoren zu Wort, die die Meinung vertreten, dass mögliche Zusammenhänge zwischen der PCL-R und Behandelbarkeit wissenschaftlich zu untersuchen seien. Interessant wäre es nach Ross & Pfäfflin (2005) nachzuprüfen, in welchem Verhältnis die PCL-R zu den klassischen Behandlungsparametern steht. Es sei nach ihrer Meinung zudem zu untersuchen, ob es etwa für die Behandlung eine kritische PCL-R Schwelle gibt und welchen differentiellen Beitrag die separaten Faktorscores der PCL-R im Hinblick auf Behandelbarkeit leisten könnten.

Abschließend zum aktuellen Stellenwert des „Psychopathy“-Konstrukts nach Hare sei noch angeführt, dass dieses Konzept mittlerweile auch in den populärwissenschaftlichen Büchermarkt Einzug genommen hat. Es ist vor allem Hare anzurechnen, der mit zwei recht populistischen Veröffentlichungen maßgeblich dazu beigetragen hat. Einmal durch sein Werk „Gewissenlos. Psychopaten unter uns“, das 2005 übersetzt in Deutschland erschienen ist, und zum anderen mit der Veröffentlichung

von „Snakes in suits. When psychopaths go to work.“, das Hare zusammen mit Babak schrieb und seit 2007 übersetzt den Ladentisch vieler deutscher Bücherläden säumt.

2.2.3 Taxon oder Dimension

In einem Aufsatz von 1996 bemerkt Hare, dass „Psychopathy“ durchaus als eine Persönlichkeitsstörung aufgefasst werden könne. Sie gehöre im kategorialen Raster des DSM an die Stelle der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Viele Autoren folgten dieser Betrachtungsweise von Hare, fassten sie als Alles-oder-nichts-Variable auf. Ein solches Verständnis wird auch in der aktuellen Literatur unter dem Begriff „kategorial“ (engl: taxon) geführt. Durch die gesetzte Schwelle zur „Psychopathy“ von 30 PCL-R-Punkten, in der europäischen Stichproben geltenden metrischen Äquivalenz von etwa 25 Punkten (Cooke & Michie 1999), wird „Psychopathy“ als Qualität aufgefasst, d.h. als diskrete Klasse betrachtet. Diese Betrachtungsweise stieß auf Kritik einiger Autoren, die auf die mangelhafte diskriminative Konstruktvalidität im Spektrum der Persönlichkeitsstörungen verwiesen und alternativ dimensionale Persönlichkeitsmodelle favorisierten (Blackburn 1998; Widiger 1998). Hare tendierte zunächst wie oben aufgeführt zu einer kategorialen Interpretation, ließ aber die Frage letztlich mit dem Hinweis auf das Fehlen aussagekräftiger Forschungsergebnisse offen (Hare 1996, 1998). Thalmann bemerkt (2009), dass Hare nunmehr letztendlich doch die dimensionale Konzeptualisierung des „Psychopathy“-Konstrukts übernommen habe. Ausdrücklich führt Hare in seinen letzten Veröffentlichungen auf, dass das „Psychopathy“-Konstrukt und die zugrunde liegenden Faktoren dimensional seien und am ehesten Extremvarianten von Persönlichkeitszügen und Verhaltensweisen darstellen (Hare & Neumann 2005).

Die kategoriale Sichtweise brachte auch die Gefahr sozialer Stigmatisierung eines nach den PCL-R-Kriterien so identifizierten „Psychopath“, ein anderer Aspekt, weswegen es nach einigen Autoren zweckmäßiger sei, „Psychopathy“ als (Persönlichkeits-)Dimension zu betrachten (Ross & Lösel 2005). Diese Autoren führen auf, dass der „Psychopathy“-Begriff mittlerweile zu den Betroffenen vorgestoßen sei. Es passe daher nicht selten, dass Personen mit hohen Scores die Bezeichnung „Psychopath“ als Auszeichnung vor sich hertragen.

Abschließend hierzu ist festzustellen, dass letztendlich nicht ganz geklärt ist, ob sich das „Psychopathy“-Konstrukt nach Hare als kategoriales oder ein dimensionales verstanden wissen möchte, wobei die dimensionale Betrachtungsweise nach Meinung des Referenten zumindest im praktischen Bezug zweckmäßiger erscheint.

2.2.4 Faktorenstruktur der PCL-R

Obwohl die PCL-R in sich ein homogenes Konstrukt darstellt (Hare et al. 2005; Bolt et al. 2004), konnten mittels Faktorenanalyse mehrere Faktoren aus den 20-Items der PCL-R herausgefiltert werden, aus welchen sich die „Psychopathy“ zusammensetzt. Hare ermittelte ursprünglich ein 2-Faktoren-Modell (siehe Tabellen 2.2 und 2.3 auf S. 16 u. 17). Es konnte nachgewiesen werden, dass der Faktor 1 vor allem die Kernmerkmale der psychopathischen Persönlichkeit nach dem Modell von Cleckley darstellt und der Faktor 2 eher mit antisozialem Verhalten, wie etwa im DSM-IV definiert, assoziiert ist (Hare et al. 1990; Harpur et al. 1988, 1989; Hart et al. 1989; Walters, 2003). Die Faktorenstruktur der PCL-R hat nach Ansicht von Nedopil (2005) für die Beurteilung der Rückfallprognose eine große Bedeutung.

Faktor 1 beschreibt einen selbstsüchtigen, gemütsarmen und gewissenlosen Gebrauch anderer, er bildet die zwischenmenschliche und affektive Symptomatik ab. Im zwischenmenschlichen Bereich ist der „Psychopath“ affektiert, grandios, egozentrisch, betrügerisch-manipulativ, er zeigt eine arrogante, überzogene Selbsteinschätzung, Verantwortung für eigenes Handeln weist er von sich. Im affektiven Bereich zeigt er instabile Gefühle ohne Tiefe und ist unfähig, langdauernde, stabile Beziehungen zu knüpfen. Es fehlt ihm an Angst, echtem Schuldbewusstsein, Reue und Empathie, und er ist gefühlskalt.

Tabelle 2.2: Merkmale des Faktor 1 der PCL-R: selbstsüchtiger, gemütsarmer und gewissenloser Gebrauch anderer

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme2. Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl4. Pathologisches Lügen5. Betrügerisch-manipulatives Verhalten6. Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein7. Oberflächliche Gefühle8. Gefühlskälte, Mangel an Empathie16. Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen |
|---|

Faktor 2 weist einen chronisch instabilen, antisozialen und sozial abweichenden Lebensstil auf. Im Verhalten ist der „Psychopath“ impulsiv, ist immer auf der Suche nach Neuem und Sensationellem, lebt ohne feste Lebensziele nach dem Prinzip der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung, weist eine ungenügende Verhaltenskontrolle auf und verletzt ohne Weiteres soziale Normen.

Tabelle 2.3: Merkmale des Faktor 2 der PCL-R: chronisch instabiler, antisozialer und sozial abweichender Lebensstil

- | |
|---|
| 3. Stimmulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile |
| 9. Parasitärer Lebensstil |
| 10. Unzureichende Verhaltenskontrolle |
| 12. Frühe Verhaltensauffälligkeiten |
| 13. Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen |
| 14. Impulsivität |
| 15. Verantwortungslosigkeit |
| 18. Jugendkriminalität |
| 19. Widerruf einer bedingten Entlassung |

Neuere Untersuchungen mit der PCL-R mit einer anderen faktorenanalytischen Methode haben eine klinische Struktur mit 3 Faktoren gefunden (Cooke et al. 2001). Diese Autoren schlugen eine Aufteilung des ersten PCL-R Faktors in zwei Bestandteile vor, und zwar zum einen in die Komponente des gestörten zwischenmenschlichen Verhaltens und zum anderen in die gestörte Affektivität. Als dritten Faktor empfehlen sie einen das impulsive Verhalten widerspiegelnden, angelehnt an den zweiten Faktor des 2-Faktoren-Modells. Begründet hatten Cooke et al. diesen Schritt mit der Auffassung, dass es nicht zulässig sei, diejenigen Merkmale, die antisoziales Verhalten bzw. die kriminelle Vergangenheit des Probanden abbilden, mit in die Bewertungskriterien der „Psychopathy“ zu integrieren. Das 3-Faktoren-Modell wurde in den letzten Jahren von einigen Wissenschaftlern untersucht und es zeichnet sich eine breite Unterstützung ab (Hall et al. 2004; Ulrich et al. 2003; Johansson et al. 2002; Weaver et al. 2006).

Das 3-Faktoren-Modell setzt sich aus den Faktoren „Arrogantes und auf Täuschung angelegtes zwischenmenschliche Verhalten“, „Gestörte Affektivität“ und „Impulsives und verantwortungsloses Verhaltensmuster“ zusammen (Tab. 2.4 auf S. 18).

Tabelle 2.4: 3-Faktoren-Modell nach Cooke et al. (2001)

Arrogantes und auf Täuschung angelegtes zwischenmenschliches Verhalten	Gestörte Affektivität	Impulsives/verantwortungsloses Verhaltensmuster
1. Beredsamkeit/oberflächlicher Charme	6. Mangel an Reue und Schuldbewusstsein	3. Ständiges Gefühl der Langeweile
2. Übersteigertes Selbstwertgefühl	7. Oberflächliches Gefühlsleben	9. Parasitärer Lebensstil
4. Pathologisches Lügen	8. Gefühllosigkeit/Mangel an Empathie	13. Mangel an realistischen, langfristigen Zielen
5. Betrügerisch/manipulativ	16. Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen	14. Impulsivität
		15. Verantwortungslosigkeit

Es lassen sich aber auch kritische Stimmen aus der Literatur entnehmen. Neumann et al. (2005) kritisieren das 3-Faktoren-Modell sowohl hinsichtlich des strukturellen Aufbaus als auch der methodischen Qualität.

Die Diskussion über die verschiedenen Faktoren-Modelle wird durch die zweite Auflage der PCL-R von Hare noch verschärft, da Hare nun ein 4-Faktoren-Modell vorschlägt (Hare 2003). Dieses neue Modell setzt sich aus den 3 Faktoren von Cooke plus einen vierten Faktor zusammen, der sich durch die Items bestimmt, die vergangenes kriminelles Verhalten widerspiegeln. In einer groß angelegten Studie an knapp 7000 Versuchspersonen beiderlei Geschlechts fand die Arbeitsgruppe um Hare das 4-Faktoren Modell bestätigt. Im Ergebnis habe sich die Datenstruktur am besten mit dem nunmehr favorisierten 4-Faktoren Modell erklären lassen.

2.2.5 Subtypen

Thalman (2009) berichtet, dass die Diskussion um das angemessene Konzept der „Psychopathy“ von jeher die Frage nach unterschiedlichen Untergruppen des psychopathischen Persönlichkeitsprofils einschloss. Murphy & Vess (2003) systematisierten ihre klinischen Beobachtungen und schlugen eine Unterteilung in narzisstische, Borderline-, sadistische und antisoziale Psychopathen vor. In den letzten Jahren der „Psychopathy“-Diskussion taucht nun wieder ein viel diskutiertes Unterschei-

dungskriterium der „*pathologischen Angstfreiheit*“ auf, welches auf das ursprüngliche Konzept von Cleckley zurückgeht. Dieser Autor sah die „pathologische Angstfreiheit“ als eines der wichtigsten Charakteristika des „Psychopath“ an. Hare hat dieses Merkmal nicht in seine PCL aufgenommen.

Swogger & Kosson (2007) haben aktuell das Kriterium der Angstbereitschaft („*Trait-Anxiety*“) wieder belebt und konzeptionell verarbeitet. Sie postulieren nun, dass eben dieses Merkmal die „Psychopaths“ in zwei Gruppen aufteilt, in die „primären Psychopaths“ und in die „sekundären Psychopaths“. Während sich die „primären Psychopaths“ neben ihren vielen anderen „schlechten“ Eigenschaften insbesondere durch Gefühllosigkeit auszeichnen und damit eben auch durch Angstfreiheit bzw. Angstunfähigkeit, weisen die „sekundären Psychopaths“ eine vergleichsweise höhere Angstbereitschaft und emotionale Affizierbarkeit auf (Blackburn 1998; Swogger & Kosson 2007). Diese Autoren vertreten die Meinung, dass die „primären Psychopaths“ häufiger im Vergleich zu den anderen Tätergruppen wegen Gewaltdelikten auffallen würden. Auf der anderen Seite würden aber die „sekundären Psychopaths“ hinsichtlich der Anklagen wegen nicht-gewalttätiger Delikte alle anderen Vergleichsgruppen übertreffen.

3. Untersuchungshypothesen

Hypothese 1:

In Anbetracht der Tatsache, dass mehr als 50 % der Behandlungen nach § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit beendet werden (Seifert 2009), stellt sich die Frage nach Merkmalen, die möglicherweise in Zusammenhang mit einem ungünstigen therapeutischen Verlauf stehen und bereits vor Beginn der Maßregel bekannt sind. Es gibt Hinweise dafür, dass die PCL-R geeignet ist, prognostische Aussagen zum Behandlungserfolg zu liefern. Denn es spiegelt die allgemeine Erfahrung des 64er Maßregelvollzugs wider, dass seitens der Maßregelvollzugeinrichtung bei Patienten, die einen manipulativen Interaktionsstil besitzen, mit affektiven Defiziten belastet sind und in der Vorgeschichte einen impulsiven und antisozialen Lebensstil aufweisen, öfter die Erledigung der Maßregel empfohlen wird als bei den anderen Patienten. Genau diese persönlichkeitsgebundenen Dispositionen und kriminologischen Faktoren werden mit der PCL-R erfasst. In der ersten Hypothese soll nun überprüft werden, ob Behandlungsabbrecher, bei denen die Maßregelvollzugseinrichtung die Therapie nach § 67 d Abs.5. wegen Erfolglosigkeit empfohlen hat, tatsächlich signifikant einen höheren Summenscore in der PCL-R aufweisen.

Hypothese 2:

Es entspricht der Erfahrung des Referenten, dass das durchschnittliche Erscheinungsbild des Patienten, der nach § 64 StGB untergebracht ist, nur sehr selten dem „Psychopath“ ähnelt, so wie er idealtypisch von Hare in Faktor 1 skizziert wurde. Folglich müsste in dieser Untersuchung der Summenscore der PCL-R in Faktor 1 bei den meisten Patienten niedrig auffallen. Der Referent vermutet, dass weniger als 10% der untersuchten Personen einen höheren Summenscore als 8 in Faktor 1 (Zwei-Faktoren-Modell) aufweisen. Der Wert 8 entspricht 50 % der Gesamtpunktzahl des Faktors 1. Ein Bezug zu anderen Untersuchungen besteht nicht.

Hypothese 3:

Der Drogenpatient mit einer nach ICD-10 zusätzlich vorliegenden dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2) ist in den letzten Jahren im 64er Maßregelvollzug zum Problempatienten geworden. Außer dass gerade diese Patienten schwer zu thera-

pieren sind und die höchsten Abbruchraten aufweisen, sind sie erfahrungsgemäß für die meisten Suchtmittelrückfälle und Lockerungsmissbräuche verantwortlich. Sie fallen aber auch häufiger mit intramuralen Zwischenfällen (Tätlichkeiten gegenüber dem Personal oder Mitpatienten) auf. Die prognostische Validität der PCL-R für die Vorhersage gewalttätigen Verhaltens ist gut belegt. Folglich könnte diese Checkliste ein guter Indikator für die Beurteilung des Risikos intra- und extramuraler Zwischenfälle während des Aufenthalts in der Einrichtung sein, und somit wichtige und praxisrelevante Informationen im Rahmen der Aggressionsprävention liefern. In der dritten Hypothese soll nun überprüft werden, ob tatsächlich drogenkranke Patienten mit Gewaltdelikten signifikant häufiger „psychopathische“ Persönlichkeitsmerkmale im Sinne von Hare aufweisen als alkoholranke Patienten mit und ohne Gewaltdelikte oder drogenkranke Patienten ohne Gewaltdelikte.

Hypothese 4:

In einer Arbeit zum Zusammenhang von PCL-R und den als Skala aufgearbeiteten DSM-IV-Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörungen an Karrieretätern mit fortgesetzter Kriminalität zeigten Skilling et al. (2002), dass beide hoch miteinander korrelieren ($r=.85$). Schalast (2004) vertritt die Auffassung, dass sich bei drogenkranken Patienten, die wegen eines Gewaltdelictes untergebracht sind, häufiger neben ihrer Suchtproblematik eine dissoziale Persönlichkeitsstruktur nachweisen lässt. Nicht selten weisen diese Patienten bereits eine nach ICD-10 manifeste dissoziale Persönlichkeitsstörung auf.

Faktor 2 im Zwei-Faktoren Modell nach Hare bildet einen chronisch instabilen, antisozialen und sozial abweichenden Lebensstil ab (Seite 17 und Tab. 2.3). Daraus könnte man folgern, vorausgesetzt, dass Faktor 2 im Besonderen mit den ICD-10 Kriterien der dissozialen Persönlichkeitsstörung korreliert, dass drogenkranke Patienten, insbesondere wenn sie eine dissoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen und strafrechtlich mit einem Aggressionsdelikt aufgefallen sind, im Hinblick auf Faktor 2 einen höheren Summenscore aufweisen als drogenkranke Patienten ohne Gewaltdelikte und alkoholranke Patienten mit und ohne Gewaltdelikte.

4. Methodik der eigenen Untersuchung

4.1 Beschreibung der untersuchten Population

Die Studie wurde in der Forensischen Fachklinik am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH durchgeführt. Das Fachkrankenhaus gliedert sich in vier unabhängige Kliniken (Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie und Klinik für Forensische Psychiatrie), die Forensik selbst verfügt über 128 Behandlungsplätze, aufgeteilt auf 10 Abteilungen (12 Patienten pro Abteilungen). Grundsätzlich werden in der Forensischen Fachklinik Hildburghausen, so wie es auch der Vollstreckungsplan des Freistaates Thüringen vorsieht, nur suchtkranke Straftäter behandelt, die rechtskräftig nach § 64 StGB untergebracht worden sind. Der Patient durchläuft nach seiner Aufnahme verschiedene Therapie- und Rehabilitationsschritte, die jeweils mit einem räumlichen Wechsel der Gebäude mit unterschiedlichen Sicherheitsvorkehrungen verbunden sind. Nach einer ca. zweimonatigen Diagnostikphase auf der hoch gesicherten Aufnahmestation folgt eine ca. viermonatige Motivationsphase, die in die eigentliche ca. sechs Monate dauernde Therapiephase mündet. Die klinische Behandlung wird mit den unterschiedlichsten, individuell auf den Patienten zugeschnittenen Rehabilitationsmaßnahmen (Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche, Errichtung eines stabilen, sozialen Netzwerkes, professionelle Nachsorge, weiterführende Betreuungseinrichtung u. a.) beendet. Diese letzte Phase erstreckt sich in der Regel wiederum über einen Zeitraum von sechs Monaten.

Insgesamt wurden in dieser Studie 102 männliche Patienten mit der PCL-R nach Hare untersucht. Es wurden ausschließlich Patienten herangezogen, die hierfür ihr Einverständnis abgegeben hatten. Bemerkenswert sollte der Umstand gesehen werden, dass sich mit Ausnahme einer einzigen Person 22 Patienten, die zum Zeitpunkt der Erhebung auf der so genannten „Abbruchstation“ auf ihre Erledigung warteten, bereit erklärten, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Probanden waren älter als 18 Jahre und rechtskräftig nach § 64 StGB untergebracht. Zusätzlich wurde das Interpersonale Maß für Psychopathie (IM-P) nach Kosson (1997) angewandt. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 01.01.2009 bis zum 30.06.2009. Da sich zum Zeitpunkt der Erhebung erstaunlicherweise nur wenige Patienten mit einem Mig-

rationshintergrund in der Forensischen Klinik befanden, wurden diese von der Studie ausgeschlossen.

Verteilung der einzelnen Patienten auf den Stationen:

- Aufnahmestation: 16 Probanden
- Motivationsstationen: 17 Probanden
- Therapiestationen: 25 Probanden
- Entlassstationen: 23 Probanden, die sich auf einer Station im offenen Maßregelvollzug befanden.
- Abbrecherstation: 21 Probanden, bei denen die Empfehlung der Einrichtung vorlag, die Therapie nach § 67 d Abs.5. wegen Erfolglosigkeit abubrechen. Die Patienten befanden sich auf einer sogenannten „Abbrecher-Station“, d. h. von den anderen Patienten räumlich isoliert.

Bildung von 6 Subpopulationen:

- Gruppe A: Gruppe der Alkoholiker. Diese Gruppe war durch die Behandlungsdiagnose der Alkoholabhängigkeit gemäß ICD-10 (F10.2) definiert.
- Gruppe B: Gruppe der Drogenpatienten. Diese Gruppe war durch die Behandlungsdiagnosen der Abhängigkeitssyndrome durch multiplen Substanzgebrauch (F19.2) oder durch Opioide (F11.2) bestimmt.
- Gruppe C: Gruppe der Aggressionstäter. Diese Gruppe war durch das Einweisungsdelikt definiert. Einmal waren es Delikte gegen die körperliche Unversehrtheit (§§ 223 bis 231 StGB), Tötungsdelikte (§§ 211-213 StGB), aber auch Eigentumsdelikte in Zusammenhang mit Gewalttätigkeit, wie bei Raub und Erpressung (§§ 249 – 256 StGB).

- Gruppe D: Gruppe der Nicht-Aggressionstäter. Diese Gruppe war durch das Fehlen der Zuweisungskriterien für die Aggressionstäter definiert.
- Gruppe E: Gruppe der Abbrecher
- Gruppe F: Gruppe der Entlassungsstation

Für die Hypothesenüberprüfung 1, 3 und 4 wurden verschiedene Untergruppen gebildet:

Für die Hypothese 1:

Therapiepatienten versus Therapieabbrecher.

Für die Hypothesen 3 und 4:

Für die Überprüfung der Hypothesen 3 und 4 wurden 4 Untergruppen gebildet:

- Gruppe 1: Alkoholpatienten mit einem Aggressionsdelikt
- Gruppe 2: Alkoholpatienten ohne einem Aggressionsdelikt
- Gruppe 3: Drogenpatienten mit einem Aggressionsdelikt
- Gruppe 4: Drogenpatienten ohne einem Aggressionsdelikt

4.2 Untersuchungsablauf

Bevor der Referent mit allen Probanden das halbstrukturierte Interview nach Vorlage des Originalmanuals nach Hare durchführte, wurden zuvor einerseits sämtliche Aktenunterlagen (Gerichtsurteil, BZR, Vorbegutachtungen, insbesondere das Gutachten im erkennenden Verfahren, Jugendgerichtshilfeberichte, Voraufenthalte in psychiatrischen Kliniken bzw. in stationären Entwöhnungskliniken etc.), andererseits aber auch die bisherige Dokumentation der Forensischen Fachklinik Hildburghausen zum Erkenntnisgewinn herangezogen. Besonders hilfreich erwiesen sich dabei die Lockerungsfragebögen, die jeweils im Vorfeld einer Lockerung sowohl vom zuständigen Stationstherapeuten als auch vom Bezugspflegeteam erstellt wurden. Die Informationen waren deshalb im Vorfeld des Interviews zu ermitteln, um bestimmte Behauptungen, die vom Probanden gemacht wurden, zu hinterfragen und den Umgang mit Diskrepanzen seitens des Probanden beurteilen zu können.

Der Referent hielt sich bei der Datengewinnung an die von Hare vorgeschlagenen Bereiche (siehe Anamnesebogen):

1. allgemeine Unterbringungsmerkmale (Diagnose, Anlassdelikt, Unterbringungsdauer zum Zeitpunkt der Untersuchung, erste Straffälligkeit etc.)
2. Schulausbildung, Berufsausbildung, berufliche Ziele
3. familiärer Hintergrund
4. kurze Suchtanamnese
5. kurze forensische Anamnese
6. Aspekte des bisherigen Unterbringungsverlaufs

Die Interviews wurden in den Räumen der Forensischen Fachklinik Hildburghausen durchgeführt und dauerten in der Regel zwischen eineinhalb und zwei Stunden. Probleme der Reliabilität ergaben sich nicht, weil die Interviews ausschließlich vom Referenten durchgeführt worden sind. Der Referent selbst ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Schwerpunktarzt für Forensische Psychiatrie. Er arbeitet seit vielen Jahren im Maßregelvollzug, verfügt darüber hinaus über vollzugliche Erfahrungen im Rahmen einer mehrjährigen Tätigkeit als ärztlicher Leiter einer sozialtherapeutischen Abteilung im Strafvollzug. Fertigkeiten in der Anwendung der PCL-R bestehen, zumal der Referent 2006 an einem dreitägigen Seminar zur Theorie und

Auswertung der „Psychopathy“ Checkliste (PCL-R) unter der Federführung von Herrn Prof. Nedopil teilnahm.

Bewertung der Items der PCL-R

Jedes der Items der PCL-R wurde auf einer ordinal-skalierten 3-Punkt-Skala eingestuft. Die Scores von 2,1 und 0 waren wie im Original-Manual von Hare vorgesehen folgendermaßen definiert:

- Wert 0 Das Item traf auf den Probanden zu. Es traf gut die entscheidenden Aspekte. Das Verhalten war generell übereinstimmend mit Charakter und Zielrichtung des Items.
- Wert 1 Das Item traf in einem gewissen Ausmaß, aber nicht in dem Umfang, der einen Score von 2 rechtfertigte, zu. Übereinstimmung in einigen Aspekten, aber zu viele Ausnahmen oder Zweifel, um einen Score von 2 zu rechtfertigen. Ungewissheit darüber, ob das Item zutraf oder nicht, Diskrepanzen zwischen Interview und Akteninformationen konnten nicht zugunsten eines Scores von 2 oder 0 geklärt werden.
- Wert 2 Das Item traf auf den Probanden nicht zu. Es drückte Charakterzug und Verhalten, um das es ging, nicht aus oder der Proband zeigte Merkmale, die entgegengesetzt oder inkonsistent mit der Grundrichtung des Items waren.

Selten ließen sich einzelne Items nicht bewerten. In diesem Fall wurden der Gesamtwert und die Werte anhand einer aus dem Original-Manual von Hare entnommenen Tabelle unter Einbeziehung der Anzahl der fehlenden Items angeglichen („Prorating“) ermittelt. Allerdings war dies nur bei dem Item „Viele kurzzeitige ehe(ähnliche) Beziehungen“ erforderlich.

Die Ergebnisse der Einzelposten wurden am Schluss zusammenaddiert und zum Zwecke der statistischen Auswertung der Software **SPSS[®] für Windows** (Statistical Package for Social Science, V. 11.5) zugeführt.

4.3 Statistik

Sämtliche statistische Berechnungen erfolgten am Computer unter Zuhilfenahme der Statistik-Software SPSS. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0,05$ festgelegt.

Zur Beschreibung einiger Merkmalsverteilungen wurden u.a. der arithmetische Mittelwert, der Median, die Absolute Häufigkeit, die dazugehörige Standardabweichung sowie das 5. und 95. Perzentil der Verteilung angegeben. Zudem kamen Signifikanztests zur Anwendung, um zu überprüfen, ob ein Unterschied zweier Messgrößen durch Zufall zustande gekommen ist.

Zur statistischen Überprüfung der Hypothesen wurden zunächst die Mittelwerte der zu untersuchenden Variablen erhoben. Um zu überprüfen, ob diese sich zufällig (Nullhypothese) oder überzufällig unterscheiden, wurden univariate Varianzanalysen gerechnet. Wenn mehr als zwei Ausprägungen pro Variable vorhanden waren, wurden paarweise Vergleiche der jeweiligen Ausprägungen unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur durchgeführt. Bei allen Berechnungen wurde der PCL-Score als metrisch angenommen. Da dies diskutiert werden kann, wurde zusätzlich, als nicht-parametrisches Verfahren, der Mann-Whitney-U-Test angewendet, da er mit ordinalem Skalenniveau rechnet.

Neben der Statistischen Datenauswertung wurde eine Varianzanalyse über die 20 bewerteten Items der PCL-R durchgeführt, und zwar zunächst eine Hauptkomponentenanalyse, dann eine Maximum-Likelihood-Faktorenanalyse mit anschließender Verrechnung der extrahierten Faktoren nach dem orthogonalen Transformationsverfahren Varimax. Die Faktorenanalyse findet insbesondere dann Anwendung, wenn im Rahmen einer Erhebung eine Vielzahl von Variablen zu einer bestimmten Fragestellung erhoben wurde und der Anwender nun an einer Reduktion bzw. Bündelung der Variablen interessiert ist. Von Bedeutung ist die Frage, ob sich möglicherweise sehr zahlreiche Merkmale, die zu einem bestimmten Sachverhalt erhoben wurden, auf wenige „zentrale Faktoren“ zurückführen lassen.

5. Ergebnisse

5.1 Merkmale der untersuchten Population

Im Folgenden werden einige forensisch bedeutsame Merkmale der untersuchten Population beschrieben und anschließend mit der jährlichen bundesweiten Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB von 2007 (von der Haar 2007) verglichen.

5.1.1 Diagnoseverteilung (siehe Tab. 5.1 auf S. 28)

Von den untersuchten Personen (n = 102) waren 53 alkoholranke und 49 drogenabhängige Patienten. Die meisten Drogenpatienten erhielten nach der ICD-10 die Diagnose der Polytoxikomanie (ICD-10: F19.2), an zweiter Stelle stand die Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.2). Anzumerken bleibt, dass die Einweisungsdiagnosen mit den von der Klinik erstellten Behandlungsdiagnosen bis auf sehr wenige Fälle übereinstimmten.

Tabelle 5.1: Diagnoseverteilung in der Forensischen Fachklinik am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH

	Häufigkeit	Prozent
Alkoholranke Patienten	53	52,0
Drogenpatienten	49	48,0
Gesamt	102	100,0

Bei 57 % des Patientenguts wurde eine weitere psychiatrische Diagnose angeführt. Davon standen die Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60.) mit 38 % an erster Stelle, gefolgt mit 6,9 % von den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F90.). Die dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2) sowie die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Anteilen waren (ICD-10: F61.0) federführend. Lediglich zwei Patienten wiesen eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) auf, ein Patient eine Manie ohne psychotische Sym-

ptome (ICD-10: F30.1). Vier Patienten waren leicht intelligenzgemindert (ICD-10: F70.1).

Die bundesweite Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB von 2007 brachte eine lediglich diskret divergierende Diagnoseverteilung zum Vorschein.

Ende der 1970er Jahre machte der Anteil der Drogenpatienten kaum mehr als 30 % aus, derzeit sind es etwa 60 %. Der stetige Anstieg der Drogenpatienten bildete sich in Hildburghausen somit etwas weniger deutlich ab. Es überwogen noch leicht die „Alkoholpatienten“.

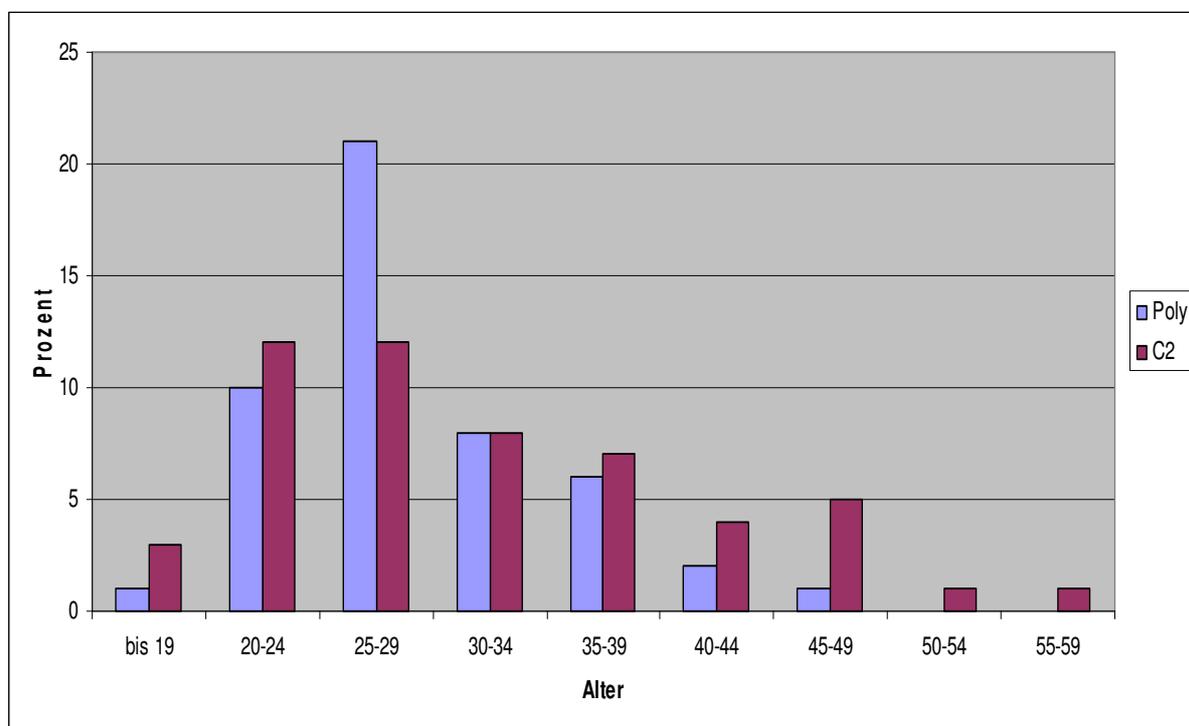
Seifert (2009) bemerkte in diesem Zusammenhang, dass die Trennschärfe zwischen diesen beiden Suchtgruppen im 64er Bereich als nicht sehr hoch einzustufen sei. Bereits vor einem Jahrzehnt habe gezeigt werden können, dass mehr als ein Drittel der Drogenabhängigen häufiger oder regelmäßig Alkoholmissbrauch betrieben hätten (Seifert & Leygraf 1999). Umgekehrt hätten sich unter den „Alkoholikern“ zunehmend Patienten gefunden, die zumindest missbräuchlichen Konsum illegaler Substanzen - häufig Cannabinoide - betrieben. Diese Aussagen trafen in vollem Maße auch für Hildburghausen zu. Sehr viele von den alkoholabhängigen Patienten wiesen zusätzlich einen Drogenmissbrauch auf, während mehr als 75 % der Drogenpatienten einen Alkoholmissbrauch betrieben.

5.1.2 Ausgewählte Zeitparameter (siehe Abb. 5.1 auf S. 31)

Das **Altersspektrum** der untersuchten Population bewegte sich überwiegend zwischen 20 und 48 Jahren, mit einem arithmetischen Mittelwert von 30 Jahren und einem Median bei 28. Betrachtete man die Gruppe der alkoholkranken Patienten (in der Abb. 5.1 auf S. 30): „C2“ \triangleq alkoholranke Patienten), so fanden sich ein Mittelwert von 32, die Gruppe ließ sich überwiegend dem Altersintervall zwischen 18 und 50 zuordnen. Bei den Drogenpatienten (siehe Abb. 5.1 auf S. 30): „Poly“ \triangleq Drogenpatienten) ließ sich ein arithmetischer Mittelwert von 28,5 ermitteln. Diese Patienten waren überwiegend zwischen 20 und 40 Jahre alt.

Dieses Altersspektrum der Gesamtpopulation entsprach in etwa der bundesweiten Stichtagserhebung, wobei die Alkoholpatienten von Hildburghausen im Hinblick auf ihr Alter etwas jünger waren als die in der bundesweiten Stichtagserhebung. Ab dem 40. Lebensjahr überwog die Zahl der alkoholkranken Patienten. Anzumerken ist, dass die Drogenpatienten im Durchschnitt erwartungsgemäß jünger waren als die alkoholkranken Patienten. (siehe Abb. 5.2 auf S. 31).

Abb. 5.1: Verteilung der beiden Hauptdiagnosen (C2 und Drogenabhängigkeit) in Abhängigkeit zum Alter

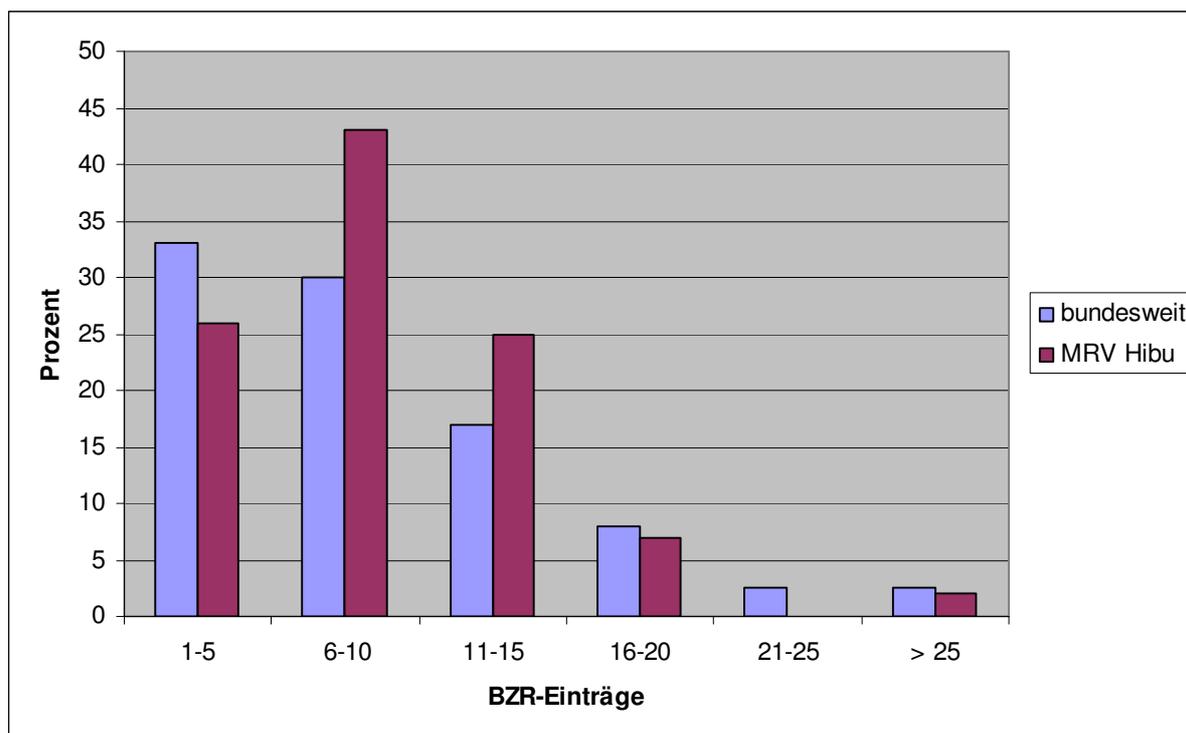


Die parallel zur Unterbringung angeordneten **Freiheitsstrafen** lagen in Hildburghausen im Mittel bei 30 Monaten, der Median betrug 28 Monate. Die Freiheitsstrafen lagen zwischen 8 und 115 Monaten. 17 Patienten, also 17%, erhielten Freiheitsstrafen von mehr als 6 Jahren. 9 von diesen Straftätern waren alkoholkrank, 8 Drogenpatienten. 7 von diesen Patienten mit längeren Haftstrafen (Haftstrafe > 6 Jahre) traten die Maßregel ohne Vorwegvollzug an. Lediglich einer dieser Gruppe ging vorübergehend in den Zwischenvollzug.

In der bundesweiten Stichtagserhebung waren es ebenfalls ca. 18 %, die eine Freiheitsstrafe von mehr als 6 Jahren aufwiesen. Aus der Erhebung ging leider nicht hervor, ob bei diesen Personen ein Vorwegvollzug bzw. Zwischenvollzug durchgeführt wurde.

Im Schnitt wiesen die Patienten **9 BZR-Einträge** auf, der Hauptteil der Probanden lag zwischen 1,3 und 18 Einträgen. Die alkoholkranken Personen hatten im Durchschnitt 8,7, die Drogenpatienten 9,2 Einträge. Der arithmetische Mittelwert der bundesweiten Stichtagserhebung lag bei **7 BZR-Einträgen** (Abb. 5.2 auf S. 31).

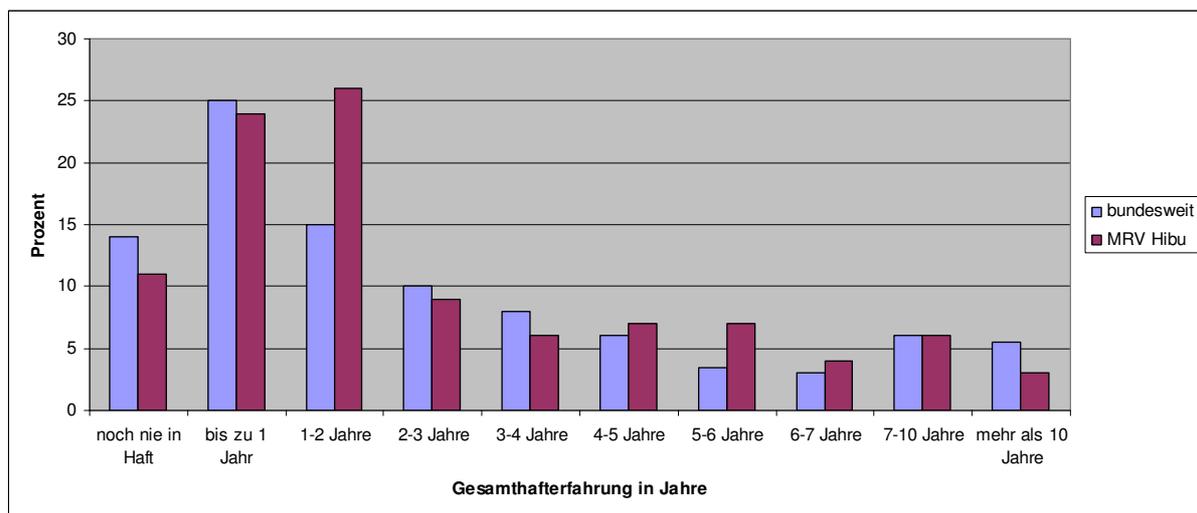
Abb. 5.2. Vergleich der BZR-Einträge der bundesweiten Stichtagserhebung mit der untersuchten Population von Hildburghausen



Die **erste Straffälligkeit** laut Bundeszentralregister wurde bei der untersuchten Population im Schnitt bei **18,2 Jahren** festgeschrieben. Überwiegend wurden die ersten Einträge zwischen 14 und 29,9 Jahren vorgenommen. Die alkoholkranken Straftäter wurden im Durchschnitt mit 18,7 Jahren, die Drogenpatienten mit 17,7 Jahren im BZR strafrechtlich erfasst.

Die **Gesamthafterfahrung** der vom Referenten untersuchten Population betrug im arithmetischen Mittelwert 35 Monate, der Median 20,5 Monate. Die Probanden wiesen überwiegend eine Hafterfahrung zwischen 1 Monat und 99 Monaten auf. Betrachtete man die Gruppe der alkoholkranken Patienten, so fanden sich ein Mittelwert von 34,8 Monaten, ein Median von 18 Monaten. Diese Gruppe war überwiegend schon vorher zwischen 1 und 126 Monaten im Strafvollzug. Bei den Drogenpatienten ließ sich ein arithmetischer Mittelwert von 34 ermitteln, ein Median von 24. Überwiegend wiesen diese Gruppe eine Gesamthafterfahrung von 1 Monat bis 108 Monaten auf. Lediglich 11 Patienten waren noch nie in einem Gefängnis (Abb. 5.3 auf S. 32).

Abb. 5.3. Vergleich der Gesamthafterfahrung der bundesweiten Stichtagserhebung mit der untersuchten Population von Hildburghausen



5.1.3 Weitere forensisch bedeutsame Aspekte

69,6 % der Gesamtpopulation traten vorher wegen eines Aggressionsdeliktes strafrechtliche in Erscheinung, die meisten unter ihnen wiesen mehrere einschlägige Vorverurteilungen auf, wobei sich die Alkoholiker-Gruppe mit 74,5 % gegenüber der Drogen-Gruppe mit 64,7 % unterschied. 49,0 % der Gesamtpopulation verübten ihre 1. Gewaltstraftat vor dem 20. Lebensjahr, wobei die Alkoholiker-Gruppe mit 47,1% gegenüber der Drogen-Gruppe mit 51,0 % etwas geringer repräsentiert war.

5 Probanden hatten in ihrer Vorgeschichte ein Tötungsdelikt aufzuweisen, wobei keiner dieser Patienten wegen einer weiteren Straftat gegen das Leben aktuell untergebracht war. 4 Probanden stammten aus der Alkoholiker-Gruppe. 2 der untersuchten Personen begingen in ihrer Vorgeschichte ein Sexualdelikt, keiner von ihnen war Wiederholungstäter.

Im Vorwegvollzug befand sich lediglich ein Proband, 5 Patienten kamen nach einem Zwischenvollzug zur erneuten Aufnahme. 4 dieser Patienten, bei denen ein Zwischenvollzug angeordnet worden ist, wiesen als Unterbringungsdiagnose eine Polytoxikomanie auf.

Tabelle 5.2: Ausgewählte Zeitparameter

	N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
	Gültig	Fehlend				5	95
Alter	102	0	30,16	28,00	8,266	20,00	48,00
Parallelstrafen in Monaten	102	0	43,57	36,00	34,398	7,45	116,55
Unterbringungsdauer in Monaten	102	0	14,25	11,50	10,382	1,00	34,00
BZR-Einträge	102	0	8,99	8,00	4,968	1,30	18,00
Bisherige Gesamthafterfahrung in Monaten	102	0	34,79	20,50	39,757	,00	99,40

5.1.4 Ausgewählte Hintergrundmerkmale der Population

Erhoben wurden einige Hintergrundmerkmale, die recht deutlich die soziale Randständigkeit der untersuchten Population zum Vorschein brachte. 57 % wuchsen in problematischen Familien bzw. zerrütteten Ehen auf, 50 % der Eltern wiesen eine Suchtproblematik auf, nicht selten sogar beide Elternteile. Diese Probanden berichteten über häufige schwere Konflikte zu Hause, über unverhältnismäßige Strafen, über Gewalttätigkeit gegenüber Kindern und Ehefrauen und über ungenügende emotionale

le Beziehungen. 47,1 % entstammten aus der Unterschicht (Hilfsarbeiter), 46,1 % aus der oberen Unterschicht (Facharbeiter). 35 % der untersuchten Population hatten Heimerfahrungen, die meisten von denen waren in ihrer Kindheit und Jugend in mehreren Heimen untergebracht. Sozialisationsauffälligkeiten waren in Form von gravierenden Erziehungsproblemen und besonderer Aggressivität bereits im Kindesalter, die oft verbunden waren mit einer Heimeinweisung, die Folge. In den verfügbaren Jugendgerichtshilfeberichten ließen sich die Angaben vieler Probanden verifizieren.

31,4 % hatten keinen Schulabschluss, die meisten von dieser Gruppe hatten die Sonderschule besucht. Nur etwas mehr als die Hälfte verfügten über einen Hauptschulabschluss, 10 % der Probanden hatten einen Realschulabschluss bzw. 10. Klasse der Polytechnischen Oberschule. Lediglich 2 Patienten konnten die Allgemeine Hochschulreife vorweisen. Ähnlich gestaltete sich das Niveau der Berufsausbildung. So verfügten bloß 33 % über eine abgeschlossene Berufsausbildung. 71,6 % der Population waren länger als ein Jahr arbeitslos, 66,7 % hatten zum Zeitpunkt des Anlassdelikts keine Beschäftigung. Vergleicht man die beiden Subpopulationen (Alkohol- und Drogenabhängigkeit) im Hinblick auf deren Hintergrundmerkmale miteinander, so ergeben sich im Wesentlichen keine signifikanten Unterschiede.

Diese oben erhobenen Hintergrundmerkmale wurden in der bundesweiten Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB (von der Haar 2007) nicht berücksichtigt. Um dennoch einen Vergleich mit anderen bundesdeutschen forensischen Gegebenheiten im 64er Maßregelvollzug herzustellen, wurde auf eine Untersuchung von Schalast et al. zurückgegriffen. Diese Arbeitsgruppe legte 2004 einen umfangreichen Zwischenbericht des Institutes für Forensische Psychiatrie der Uni Essen vor. Dieses Forschungsprojekt beschäftigte sich mit Gewalttätern, die aufgrund einer Alkoholproblematik im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB untergebracht sind. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die Stichprobe von 150 Patienten ausschließlich die Einweisungsdiagnose einer Alkoholabhängigkeit aufwies. Drogenpatienten wurden nicht berücksichtigt. Die von dieser Arbeitsgruppe erhobenen Hintergrundmerkmale verdeutlichten einmal mehr, dass bei vielen dieser Patienten von einer sozialen Randständigkeit auszugehen ist. Die ausgewählten Daten zum sozialen Hintergrund der untersuchten Gruppe von 150 „Alkoholgewalttätern“, die in den Einrichtungen des Maße-

gelvollzugs von Bad Rehburg, Schloss Haldem, Hadamar, Bedburg-Hau sowie Viersen untergebracht waren, führten auf, dass 35 % keinen Hauptschulabschluss hatten, 40,3 % verfügten über keine abgeschlossene Berufsausbildung. 25,3 % hatten in der Kinder- und Jugendzeit Erfahrungen mit Heimaufenthalten, nur 18,7 % waren verheiratet oder in fester Partnerschaft. 48,7 % waren mehr als ein Jahr arbeitslos, lediglich 24,0 % verfügten über ein Arbeitseinkommen vor der Unterbringung.

Man sieht, dass sich der soziale Hintergrund dieser Patienten sehr ähnlich mit dem der untergebrachten Straftäter im Maßregelvollzug von Hildburghausen deckt. Auffiel, dass in Hildburghausen 71,6 % der Population länger als ein Jahr arbeitslos waren und 66,7 % zum Zeitpunkt des Anlassdelikts keine Beschäftigung hatten. Das wird sicherlich auch etwas mit dem Standort Hildburghausen in Thüringen zu tun haben, wenn man berücksichtigt, dass die Arbeitslosenquote im Freistaat Thüringen im Juni 2008 10,8 % betrug, die Quote in Westdeutschland 6,2 %⁵.

5.1.5 Unterbringungsdelikte

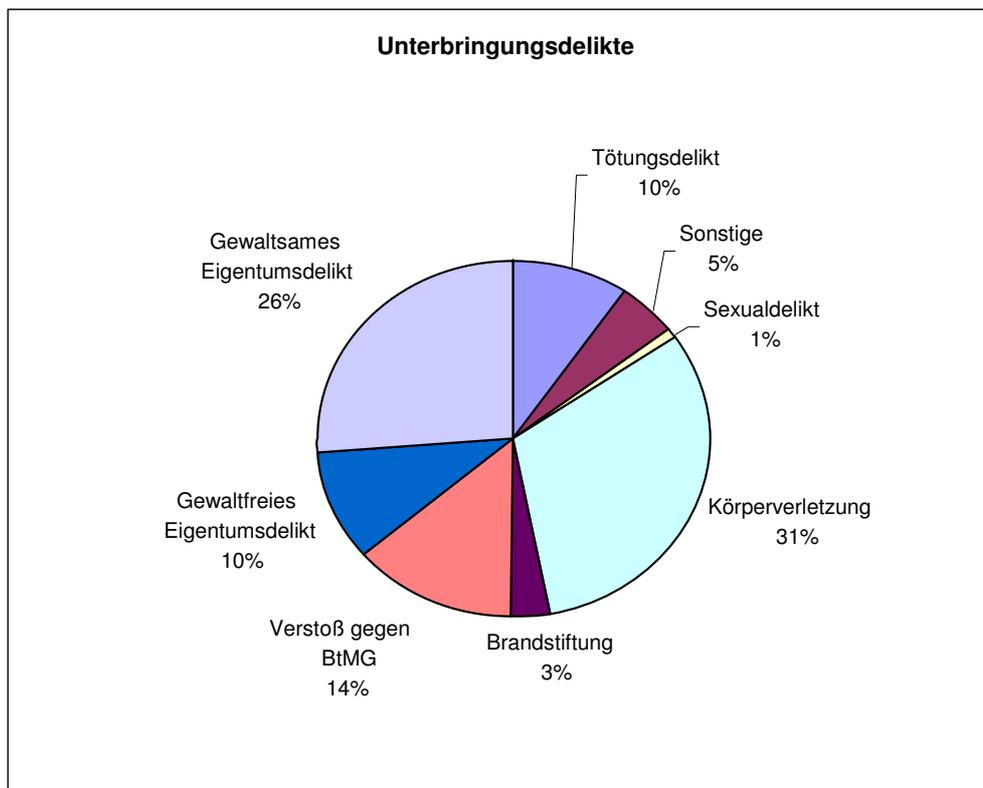
Abbildung 5.4 (S. 36) veranschaulicht die Verteilung der Unterbringungsdelikte der untersuchten Population. 67 % wiesen Aggressionsdelikte auf, wobei zu berücksichtigen war, dass neben den Körperverletzungs- und Tötungsdelikten auch die gewaltvollen Eigentumsdelikten mit dazu gerechnet worden sind. Einmal waren es Delikte gegen die körperliche Unversehrtheit (§§ 223 bis 231 StGB), Tötungsdelikte (§§ 211-213 StGB), aber auch Eigentumsdelikte im Zusammenhang mit Gewalttätigkeit wie etwa bei Raub und Erpressung (§§ 249 – 256 StGB). 10 Patienten waren wegen eines Tötungsdeliktes, 1 Patient wegen eines Sexualdeliktes untergebracht. 3 der Probanden begingen Brandstiftung. Verstöße gegen BtMG machten 14 % aus.

Gewaltfreie Eigentumsdelikte waren mit 10 % repräsentiert. 84,3 % der im MRV Hildburghausen untersuchten Subpopulation Alkoholpatienten und 51 % der Drogenpatienten waren wegen eines Aggressionsdelikts untergebracht, wobei wie oben angeführt, nicht nur Körperverletzungs- und Tötungsdelikten, sondern auch die ge-

⁵ Ministerium für Wirtschaft, Technologie und Arbeit des Freistaats Thüringen, Lage am Arbeitsmarkt, Stand Ende Juni 2009 unter <http://www.thueringen.de/de/tmwta/arbeit/arbeitsmarkt/>

waltsamen Eigentumsdelikten mit den Aggressionsdelikten gerechnet worden sind. 2 Drogenpatienten begingen ein Tötungsdelikt, während 8 Probanden der Subpopulation Alkoholgruppe wegen einer Straftat gegen das Leben untergebracht worden sind. Das einzige Sexualdelikt wurde von einem alkoholkranken Patienten begangen.

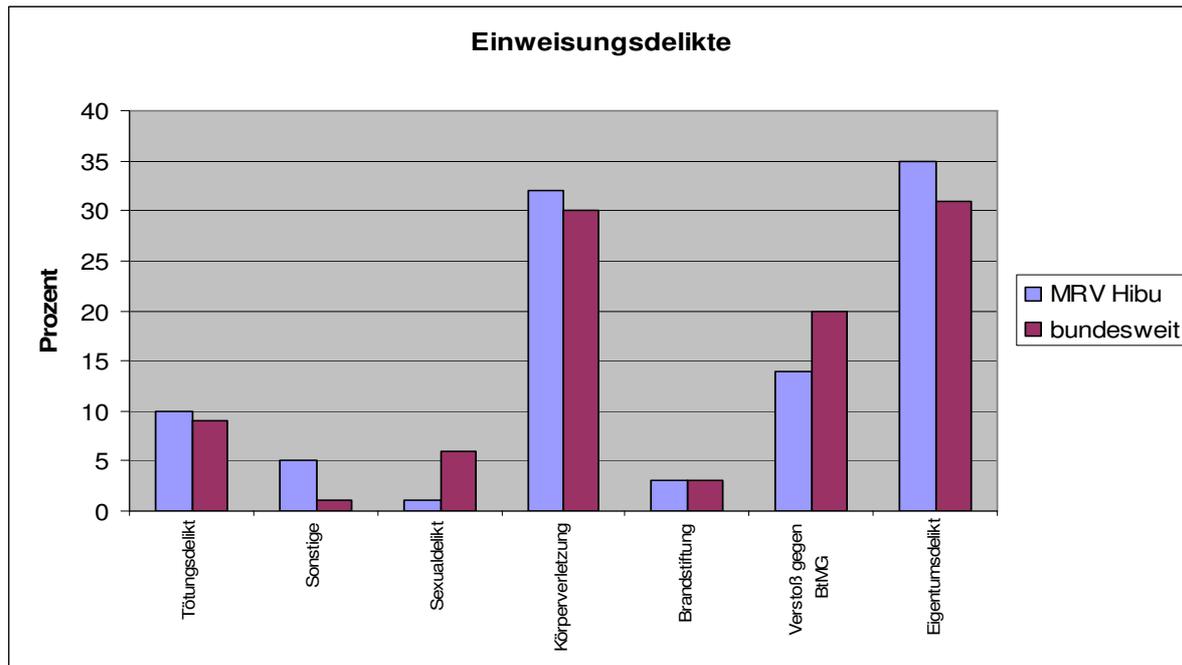
Abb. 5.4: Hauptunterbringungsdelikte im MRV Hibu



In Abbildung 5.5 (S. 37) wurden die Hauptunterbringungsdelikte im MRV Hildburghausen denen der bundesweiten Stichtagserhebung von 2007 gegenüber gestellt. Um die beiden Untersuchungen aber vergleichen zu können, wurden die gewaltsamen Eigentumsdelikte nicht separat betrachtet (siehe Abb. 5.4 auf S. 36), sondern die gewaltlosen und die gewaltsamen Eigentumsdelikte zusammengefasst. Somit ergab sich, dass sich die Verteilung im MRV Hildburghausen approximativ mit der bundesweiten Stichtagserhebung deckte. Auffällig war nur, dass im MRV Hildburghausen kaum Sexualstraftäter nach § 64 StGB untergebracht waren. Ferner fiel ins Auge, dass die Verstöße gegen das BtMG im MRV Hildburghausen gegenüber der

bundesweiten Erhebung unterrepräsentiert waren. So waren es in Hildburghausen lediglich 14 %, hingegen bundesweit in der Erhebung von 2007 20 %, die ein BtMG-Delikt begingen.

Abb. 5.5: Vergleich der Einweisungsdelikte der bundesweiten Stichtagserhebung mit der untersuchten Population von Hildburghausen



5.1.6 Aspekte des Unterbringungsverlaufs

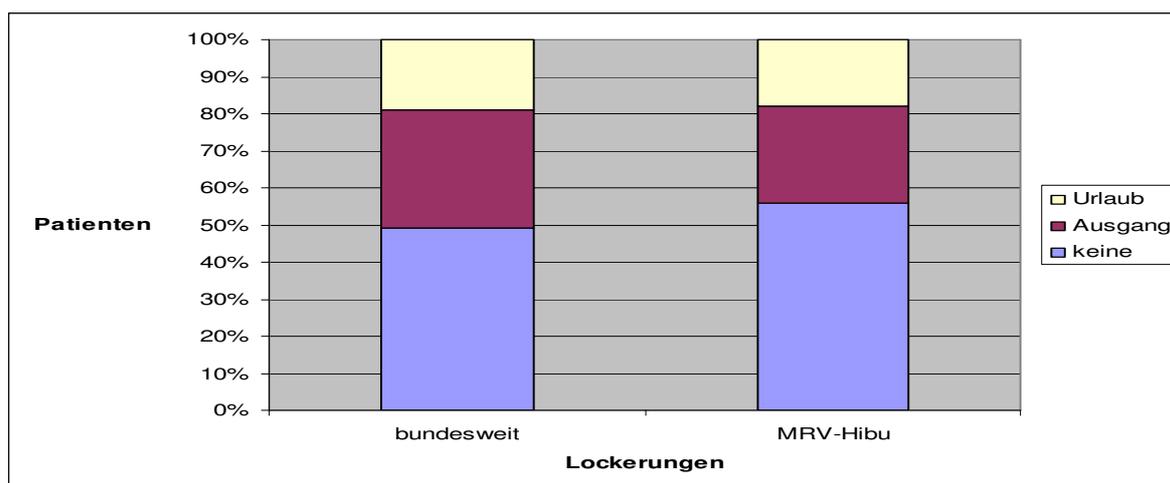
Zum Erhebungszeitpunkt befanden sich die Probanden im Schnitt 14,3 Monate in Behandlung, die Alkoholiker-Gruppe 12,3 Monate, die Drogen-Gruppe 16,1 Monate. Der Mittelwert der Behandlungsmonate der bundesweiten Stichtagserhebung betrug ca. 15,5 Monate. 20 Patienten befanden sich mehr als 24 Monate in Behandlung, 12 davon zählten zu den Drogenpatienten. Das entsprach in etwa der bundesweiten Stichtagserhebung.

56 % der Gesamtpopulation hatten noch keine Lockerungen, 11 Patienten (10,8 %) befanden sich in Lockerungsstufe A (Ausführung), 8 Probanden (7,8 %) in Stufe B (Gruppenausgang), 7 (6,9 %) in Stufe C (Einzelausgang) und 20 (19 %) in Stufe D

(Urlaub). Damit bewegte sich die Gewährung von Lockerungen ähnlich wie aus der Bundeserhebung von 2007 (Abb. 5.6 auf S. 38).

Ein 1:1 Vergleich mit der Bundeserhebung war nicht möglich, weil sich in beiden Erhebungen die Lockerungsinhalte unterschieden. So wurde in der Bundeserhebung nicht differenziert zwischen Ausführung (Ausgang in Pflegebegleitung) und Ausgang (Ausgang ohne Pflegebegleitung). Um dennoch einen Vergleich zu visualisieren, wurden die Lockerungsstufe A, B und C für Hildburghausen und die Lockerungstufen „Klinikgelände“ und „Außerhalb Klinikgelände“ in der Bundeserhebung als „Ausgang“ zusammengefasst (Abb. 5.6 auf S. 38).

Abb. 5.6: Vergleich der Verteilung der Lockerungen der bundesweiten Stichtagserhebung mit der untersuchten Population von Hildburghausen



Von den 102 Probanden war bisher keine Entweichung zu registrieren. Insgesamt wurden 17 Patienten in Hildburghausen rückfällig mit Suchtmitteln, wobei kein bestimmtes Suchtmittel vorrangig konsumiert wurde. In der Bundeserhebung betrug der Anteil der Patienten 80 %, die ohne Rückfall waren.

3 Alkoholpatienten fielen mit gewalttätigen Verhalten gegenüber Mitpatienten auf, 1 Patient mit gewalttätigen Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal. 3 Drogenpatienten machten sich mit intramuralen Tätlichkeiten sowohl gegenüber dem Personal als auch gegenüber Mitpatienten bemerkbar. Ein straf- bzw. zivilrechtliches Ermittlungsverfahren wurde in keinem Fall eingeleitet.

5.2 Ergebnisse der PCL-R Untersuchung

5.2.1 Allgemeine Ergebnisse der PCL-R Untersuchung

5.2.1.1 Gesamtpopulation

Die PCL-R Untersuchung erbrachte bei den 102 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von **15,1 Punktwerten**. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 5 und 24 auf (Tab. 5.3 auf S. 39).

Tab. 5.3: Gesamt-PCL-R Score

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
102	0	15,142	15,000	5,7881	5,300	24,200

Im **Zwei-Faktoren-Modell nach Hare** (Tabellen 5.4 und 5.5 auf S. 39) stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Faktor 1 ergab einen Mittelwert von **4,3 Punktwerten** (Maximalwert 16 Punktwerte). Die Werte bewegten sich hauptsächlich zwischen 0 und 10.

Faktor 2 erbrachte höhere Werte. Der Mittelwert belief sich auf **8,9 Punktwerte**, bei vornehmlichen Werten zwischen 2 und 14,9 (Maximalwert 18 Punktwerte).

Tab.5.4: Zwei-Faktoren-Modell: Faktor 1

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
102	0	4,25	3,50	3,088	,00	10,70

Tab. 5.5: Zwei-Faktoren-Modell: Faktor 2

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
102	0	8,87	9,00	3,858	2,00	14,85

5.2.1.2 PCL-R Werte in den verschiedenen Altersgruppen

Es fiel in den verschiedenen Altersgruppen auf, dass sich der Gesamt-PCL-R Wert mit zunehmendem Alter verringert. Dabei war Gruppe 7 (51-60 Jahre) zu vernachlässigen, weil hier nur 2 Patienten erfasst wurden. Auch Faktor 2 nahm kontinuierlich bis Gruppe 6 ab (Tab. 5.6 auf S. 40).

Tab. 5.6: Mittelwerte des Gesamt-PCL-Ergebnisses, des Faktors 1 und des Faktors 2, aufgeteilt nach Altersgruppen:

Gruppe	N	Gesamt	Faktor 1	Faktor 2
1 (18-20 Jahre)	9	20,001	5,56	11,78
2 (21-25 Jahre)	26	15,831	3,96	10,04
3 (26-30 Jahre)	29	15,621	3,48	9,72
4 (31-35 Jahre)	14	14,5	4,93	7,86
5 (36-40 Jahre)	15	13,787	5,53	6,4
6 (41-50 Jahre)	7	9,571	2,86	5,29
7 (51-60 Jahre)	2	11,5	3,5	6,5

5.2.1.3 Subpopulationen

a. Gruppe der Alkoholiker (Gruppe A)

Gruppe A erbrachte bei den 53 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von **14,2 Punktwerten**, einen Median von 14,0. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 4,7 und 23,5 auf (Tab. 5.7 auf S. 40).

Tab. 5.7: Gesamt-PCL-R Score der Gruppe A

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
53	0	14,209	14,00	4,9048	4,700	23,500

Im **Zwei-Faktoren-Modell nach Hare** stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Faktor 1 ergab einen Mittelwert von **4,1 Punktwerten**. Die Werte bewegten sich hauptsächlich zwischen 0 und 9.

Faktor 2 erbrachte höhere Werte. Der Mittelwert belief sich auf **8,2 Punktwerte** bei vornehmlichen Werten zwischen 1,7 und 14,0 (Tab. 5.8 und 5.9 auf S. 41).

Tab. 5.8: Zwei-Faktoren-Modell der Gruppe A: Faktor 1

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
53	0	4,08	3,00	2,888	,00	9,00

Tab. 5.9: Zwei-Faktoren-Modell der Gruppe A: Faktor 2

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
53	0	8,15	9,00	3,655	1,70	14,00

b. Gruppe der Drogenpatienten (Gruppe B)

Gruppe B erbrachte bei den 49 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von **16,2 Punktwerten**, einen Median von 15,8 Punktwerte. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 6,0 und 26,5 Punktwerten auf (Tab. 5.10 auf S. 41).

Tab. 5.10: Gesamt-PCL-R Score der Gruppe B

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
49	0	16,151	15,800	6,5140	6,000	26,500

Im **Zwei-Faktoren-Modell nach Hare** stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Faktor 1 ergab einen Mittelwert von **4,4 Punktwerten**. Die Werte bewegten sich hauptsächlich zwischen 0 und 10,0 Punktwerten.

Faktor 2 erbrachte höhere Werte. Der Mittelwert belief sich auf **9,7 Punktwerte** bei vornehmlichen Werten zwischen 2,5 und 15,5 (Tab. 5.11 und Tab. 5.12 auf S. 42).

Tab. 5.11: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe B: Faktor 1

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
49	0	4,43	4,00	3,310	,00	10,00

Tab. 5.12: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe B: Faktor 2

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
49	0	9,65	10,00	3,965	2,50	15,50

c. Gruppe der Aggressionstäter (Gruppe C)

Gruppe C erbrachte bei den 71 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von **15,7 Punktwerten**, einen Median von 15,8. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 6,2 und 25,6 auf (Tab. 5.13 auf S. 42).

Tab. 5.13: Gesamt-PCL-R Score Gruppe C

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
71	0	15,668	15,800	5,7962	6,200	25,580

Im **Zwei-Faktoren-Modell nach Hare** stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Faktor 1 ergab einen Mittelwert von **4,3 Punktwerten**. Die Werte bewegten sich hauptsächlich zwischen 0 und 9.

Faktor 2 erbrachte höhere Werte. Der Mittelwert belief sich auf **9,2 Punktwerte** bei vornehmlichen Werten zwischen 2,6 und 15,40 (Tab. 5.14 und Tab.5.15 auf S. 43).

Tab. 5.14: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe C: Faktor 1

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
71	0	4,30	4,00	2,885	,00	9,00

Tab. 5.15: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe C: Faktor 2

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
71	0	9,17	9,00	3,986	2,00	15,40

d. Gruppe der Nicht-Aggressionstäter (Gruppe D)

Gruppe D erbrachte bei den 31 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von **13,9 Punktwerten**, einen Median von 12,0. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 4,0 und 23,5 Punktwerten auf (Tab. 5.16 auf S. 43).

Tab. 5.16: Gesamt-PCL-R Score der Gruppe D

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
31	0	15,939	12,000	5,6789	4,000	23,480

Im **Zwei-Faktoren-Modell nach Hare** stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Faktor 1 ergab einen Mittelwert von **4,1 Punktwerten**. Die Werte bewegten sich hauptsächlich zwischen 0,6 und 1,2.

Faktor 2 erbrachte höhere Werte. Der Mittelwert belief sich auf **8,2 Punkte** bei vornehmlichen Werten zwischen 2,6 und 15,4 (Tab. 5.17 und Tab.5.18 auf S. 44).

Tab. 5.17: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe D: Faktor 1

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
31	0	4,13	2,00	3,557	,60	12,00

Tab. 5.18: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe D: Faktor 2

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
31	0	8,19	9,00	3,516	1,20	13,00

e. Gruppe der Therapieabbrecher (Gruppe E)

Gruppe E erbrachte bei den 22 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von **20,0 Punktwerten**, einen Median von 19,5. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 5,5 und 33,8 Punktwerten auf (Tab. 5.19 auf S. 44).

Tab. 5.19: Gesamt-PCL-R Score der Gruppe E

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
22	0	20,032	19,500	5,5058	11,300	33,800

Im **Zwei-Faktoren-Modell nach Hare** stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Faktor 1 ergab einen Mittelwert von **6,7 Punktwerten**. Die Werte bewegten sich hauptsächlich zwischen 2 und 13,7.

Faktor 2 erbrachte höhere Werte. Der Mittelwert belief sich auf **10,9 Punktwerte** bei vornehmlichen Werten zwischen 6,2 und 16,0 (Tab. 5.20 und 5.21 auf S.45).

Tab. 5.20: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe E: Faktor 1

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
22	0	6,73	6,00	3,341	2,00	13,70

Tab. 5.21: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe E: Faktor 2

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
31	0	10,91	10,50	2,991	6,15	16,00

f. Gruppe der Entlassungsstation (Gruppe F)

Gruppe F erbrachte bei den 23 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von **13,1 Punktwerten**, einen Median von 13,0. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 4,0 und 24,6 Punktwerten auf (Tab. 5.22 auf S. 45).

Tab. 5.22: Gesamt-PCL-R -Score der Gruppe F

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
23	0	13,091	13,000	5,9085	4,000	24,640

Im **Zwei-Faktoren-Modell nach Hare** stellte sich die Situation folgendermaßen dar:

Faktor 1 ergab einen Mittelwert von **3,0 Punktwerten**. Die Werte bewegten sich hauptsächlich zwischen 0,0 und 7,0.

Faktor 2 erbrachte höhere Werte. Der Mittelwert belief sich auf **8,4 Punktwerte** bei vornehmlichen Werten zwischen 0,4 und 16,6 (Tab. 5.23 und 5.24 auf S. 46).

Tab. 5.23: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe F: Faktor 1

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
23	0	3,00	2,00	2,296	,00	7,00

Tab. 5.24: Zwei-Faktoren-Model der Gruppe F: Faktor 2

N		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Perzentile	
Gültig	Fehlend				5	95
23	0	8,43	8,00	4,283	,40	16,60

5.2.2 Überprüfung der Hypothesen

Hypothese 1:

Behandlungsabbrecher wiesen in der PCL-R einen höheren Summenscore auf als die sich in der Therapie befindenden Patienten (Tab. 5.25 auf S. 47).

Eine univariate ANOVA (*analysis of variance*) mit der abhängigen Variable „PCL-Score“ ergab einen signifikanten Haupteffekt des Faktors „Gruppe“ ($F(1,100) = 24,719; p < 0,001$).

Der Mann-Whitney-U-Test bestätigte dieses Ergebnis ($p < 0,001$).

Tab. 5.25: Ergebnis der Hypothese 1

	N		Mittelwert	Standardabweichung
	Gültig	Fehlend		
Therapiepatienten	80	0	13,797	5,1268
Therapieabbrecher	22	0	20,032	5,5058

Hypothese 2:

Weniger als 10% der untersuchten Personen hatte einen höheren Summenscore auf als 8 Punktwerte in Faktor 1 (Zwei-Faktoren-Modell) (Tab. 5.26 auf S. 47).

Tab. 5.26: Ergebnis der Hypothese 2

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 ≤ 8	94	92,2	92,2	92,2
	2 > 8	8	7,8	7,8	100,0
Gesamt		102	100,0	100,0	

Hypothese 3:

Drogenkranke Patienten mit Gewaltdelikten wiesen in der PCL-R im Vergleich zu drogenkranken Patienten ohne Gewaltdelikte und zu alkoholkranken Patienten mit und ohne Gewaltdelikten den höchsten Summenscore auf. (Tabelle 5.27 auf S. 48).

Eine univariate ANOVA mit der abhängigen Variable „PCL-Score“ ergab einen signifikanten Haupteffekt des Faktors „Gruppe“ ($F(3, 98) = 6,285; p = 0,001$).

Paarweise Vergleichen zeigten signifikante Unterschiede der Gruppe 3 zu Gruppe 1 ($p < 0,001$) und zu Gruppe 4 ($p = 0,001$).

Die nichtparametrische Testung mit dem Mann-Whitney-U-Test ergab ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Gruppe 3 und 1 ($p = 0,001$) und den Gruppen 3 und 4 ($p = 0,005$).

Tab. 5.27: Ergebnis der Hypothese 3

	N		Mittelwert	Standardabweichung
	Gültig	Fehlend		
1 (Alk + Gew)	43	0	13,560	4,7148
2 (Alk – Gew)	8	0	16,725	4,5342
3 (Dro + Gew)	26	0	18,819	6,0362
4 (Dro – Gew)	25	0	13,532	5,9557
Gesamt	102	0	15,142	5,7881

Hypothese 4

Drogenkranke Patienten mit Gewaltdelikten hatten im Hinblick auf Faktor 2 (impulsives, antisoziales Verhalten) einen höheren Summenscore auf als drogenkranke Patienten ohne Gewaltdelikte und alkoholkranke Patienten mit und ohne Gewaltdelikte (Tab. 5.28 auf S. 49).

Eine univariate ANOVA mit der abhängigen Variable „Zwei-Faktoren-Modell Faktor 2“ ergab einen Haupteffekt des Faktors „Gruppe“ ($F(3, 98) = 6,766; p < 0,001$).

In paarweisen Vergleichen zeigten sich signifikante Unterschiede der Gruppe 3 zu Gruppe 1 ($p < 0,01$) und zu Gruppe 4 ($p = 0,01$).

Im Mann-Whitney-U-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe 1 und 2 ($p = 0,027$), zwischen der Gruppe 1 und 3 ($p < 0,001$) und zwischen der Gruppe 3 und 4 ($p = 0,002$).

Tab. 5.28: Ergebnis der Hypothese 4

	N		Mittelwert	Standardabweichung
	Gültig	Fehlend		
1 (Alk + Gew)	43	0	7,72	3,875
2 (Alk – Gew)	8	0	10,25	1,282
3 (Dro + Gew)	26	0	11,35	3,174
4 (Dro – Gew)	25	0	7,84	3,826
Gesamt	102	0	8,87	3,858

5.3 Ergebnis der Faktorenanalyse

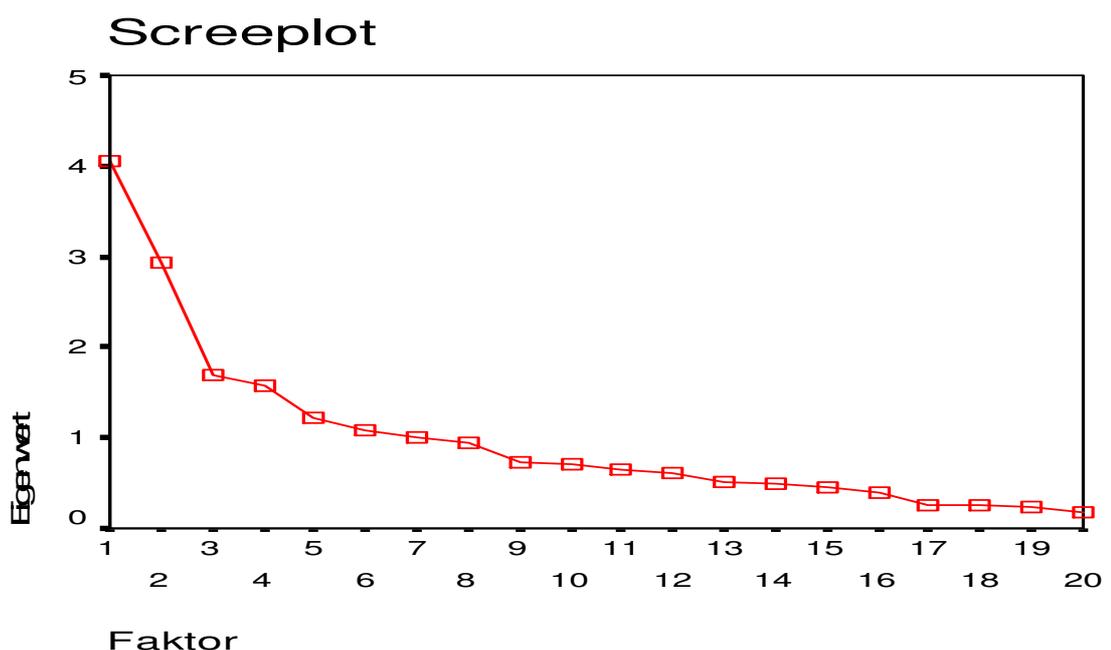
Die Daten der einzelnen PCL-Items wurden einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimaxrotation) unterzogen. Der Verfasser verfolgte damit die Absicht, ob es mittels der Faktorenanalyse möglich ist, die 20 PCL-R-Items auf wenige „zentrale Faktoren“ zurückzuführen.

Nach dem Kaiser-Kriterium (Eigenwert > 1) erhielt man zunächst eine Einteilung der Items in 7 Faktoren. In einem weiteren Schritt wurde das so genannte „Elbow“-Kriterium angewendet. Faktorenanalytisch ließen sich für die in der eigenen Untersuchung bewerteten 20 Items der PCL-R analog zum Zwei-Faktorenmodell nach Hare ebenfalls zwei Faktoren extrahieren, die weitgehend mit den Ergebnissen aus der Literatur übereinstimmen.

Tab. 5.33: Aufteilung der Faktoren

Faktor 1	Faktor 2
Items 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 17	Items 3, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20

Abb. 5.3. Screeplot der Faktorenanalyse



6. Diskussion

6.1 Allgemeine Aspekte

6.1.1 Benutzerqualifikation der PCL-R

Es wurden eine Reihe von Kriterien vorgeschlagen, die die fehlerhafte bzw. missbräuchliche Anwendung der PCL-R verhindern bzw. eindämmen sollen (Überblick bei Gacano 2000; Gacano et al. 2002; Hemphill & Hart 2003). Ross und Pfäfflin (2005) berichten, dass in den USA Fälle bekannt geworden sind, wo PCL-R-Auswertungen von Sozialarbeitern in Gerichtsverfahren akzeptiert wurden, in denen die Todesstrafe beantragt war. In anderen Fällen wurde die PCL-R aufgrund der vermeintlichen Einfachheit der Auswertung von den Richtern selbst durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchung ist der Autor z. B. auf ein Gutachten eines renommierten Sachverständigen aufmerksam geworden, der zwei PCL-R Scores über einen Probanden erstellte, einmal zum Zeitpunkt der Anlasstat, das andere Mal zum Zeitpunkt der Begutachtung. Das erste Mal kam er auf einen Wert von 26, zum Zeitpunkt der Begutachtung fand er einen Wert von 9 heraus. Dieses Ergebnis verwundert, da nach der ursprünglichen Auffassung von Hare das „Psychopathy-Konstrukt“ als Persönlichkeitsstörung aufgefasst werden sollte und im kategorialen Raster des DSM an die Stelle der antisozialen Persönlichkeitsstörung zu platzieren sei (Hare 1996). Hare begründete diese Auffassung damit, dass „Psychopathy“ einen chronischen und überdauernden Verlauf besitzt. Rice & Harris postulieren, dass diese spezifische Persönlichkeitsstörung bezüglich Faktor 1 (zwischenmenschlich-affektiver Bereich) bis ins höhere Lebensalter persistiere (Rice & Harris 1992).

Obwohl in mehreren Untersuchungen eine hohe Interrater-Reliabilität für die PCL-R nachgewiesen werden konnte (Hare et. al. 1990; Grann et. al. 1998; Kroner et al. 2001; Hill et al. 1996), bildet sich diese Feststellung nicht unbedingt mit dem Erfahrungswert des Referenten ab. Allein in den vielen Gutachten, die für diese Arbeit heranzuziehen waren, waren doch einige Auffälligkeiten bzw. Unterschiede in der Beurteilung mit der PCL-R zu verzeichnen. Möglicherweise liegt es aber in erster Linie daran, dass einige Kollegen die grundlegenden Anforderungen bei der Anwendung und Interpretation des Instruments nicht in ausreichender Weise befolgen. Hare stellt

insbesondere bei der Anwendung in klinischen Settings hohe Anforderungen. Anwender sollten eine weiterführende Qualifikation in Sozial-, Medizin-, oder Verhaltenswissenschaften wie bspw. einen Doktorgrad besitzen. Man sollte Erfahrungen in Psychopathologie und Psychometrie haben. Zudem ist es erforderlich, mit der klinischen und empirischen „Psychopathy“-Literatur vertraut sein, insbesondere mit den aktuellen Forschungsergebnissen, die im Manual für die PCL-R beschrieben sind. Darüber hinaus sollte sicher gestellt sein, dass die Anwender der PCL-R ein adäquates Training erhalten haben und bereits Erfahrungen in der Anwendung mit der PCL-R haben. Deshalb wird auch angesichts der hohen Zahl falsch positiver Befunde (Dressing 2005) vor einem übertriebenen Vertrauen auf dieses Instrument (Freedman 2001) gewarnt.

Wichtig erscheint es dem Referenten, dass man die PCL-R erst dann anwenden sollte, wenn man zusätzlich zur Grundvoraussetzung (Medizin oder Psychologiestudium) schon längere Erfahrungen im Maßregel- bzw. Strafvollzug hat, eine entsprechende Schulung nachweisen kann und sich beim Interview auch genügend Zeit lässt. Man muss sich ferner auch im Klaren sein, welchen Zweck man mit der Durchführung der PCL-R verfolgt, insbesondere ob dieses Instrument tatsächlich auch dafür geeignet ist. Der Referent vertritt die Auffassung, dass die PCL-R standardmäßig im Maßregelvollzug als Eingangsdagnostikum verwendet werden sollte, auch wenn wissenschaftlich gestützte Aussagen von Zusammenhängen von PCL-Scores zwischen 12 und 24 Punkten, in dem ca. 80 % aller Maßregelvollzugspatienten liegen dürften, und Behandelbarkeit noch nicht vorliegen. Es zeigt sich immer wieder, dass Patienten mit einem höheren PCL-R Score mehr Vollzugsprobleme bereiten als Niedrigscorer. Die PCL-R könnte ein Mittel zur Identifikation möglicher Risikopatienten sein. Auch könnten die Behandlungsplanung und der individuell zugeschnittene Therapieplan von den Erkenntnissen der PCL-R profitieren.

Zuletzt noch eine kurze Anmerkung zum Konzept der „inhärenten Unveränderlichkeit“ eines einmal erreichten Scores (aus Thalmann 2009). Folgt man dieser Auffassung, hieße das im Grunde, dass therapeutische Fortschritte, die sich in einer Reduzierung des PCL-R Werts niederschlagen würden, demnach nicht möglich sind. Der klinisch tätige Praktiker geht aber davon aus, dass die Merkmale des Faktor 1 der PCL-R durchaus nach „erfolgreicher Therapie“ Veränderungen zulassen oder dass

zumindest eine Abschwächung erfolgen kann, insbesondere bei denjenigen Patienten, die keinen so hohen PCL-R Score aufweisen. Ferner sollte auch ein anderer Erfahrungswert bedacht werden, dass nicht selten nach dem 45. Lebensjahr gewisse Veränderungen von dissozialen Verhaltensmustern auch ohne therapeutische Interventionen vorkommen können. Über derartige Beobachtungen sind im Regelvollzug berichtet worden.

6.1.2 Der „dissoziale Drogentäter“

In wiederkehrenden Abständen wird die Frage aufgeworfen, wer unter den Rechtsbrechern mit Suchtproblemen in entsprechenden Fachkliniken und wer in den Strafvollzug gehört. Viele Forensiker vertreten die Meinung, dass besonders oft die Drogenpatienten eine tief verwurzelte Dissozialität aufweisen, folglich auch schwer zu therapieren, möglicherweise auch „fehl eingewiesen“ seien, da bei ihnen keine konstruktiven Therapieansätze zu erkennen seien (von der Haar 1995). Rautenberg (1997) äußert sich dahingehend, dass bei Drogenpatienten insbesondere die Bereitschaft zu Straftaten Ausdruck ihres sozial devianten Lebensstil sei. Schalast (2004) meint dazu, dass man sich von der Vorstellung zu verabschieden habe, dass eine Mehrheit der Drogentäter in direkter Weise infolge ihrer Suchtprobleme straffällig werde.

Manche Forensiker sehen in der Zunahme der dissozialen Drogentäter im 64er Maßregelvollzug eine der wichtigsten Ursachen, warum sich das Stationsmilieu in den letzten Jahren zum Negativen entwickelt habe. Gesichert ist, dass immer mehr Drogentäter die 64er Maßregelvollzugskliniken bevölkern. Die bundesweite Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 von 2007 brachte zum Vorschein, dass mittlerweile 60 % an Drogenpatienten im 64er Maßregelvollzug untergebracht sind, wobei sich der stetige Anstieg der Drogenpatienten in Hildburghausen weniger deutlich als in der Stichtagserhebung von 2007 abzeichnet.

Ebenfalls feststehen dürfte, dass mehr Drogentäter vorzeitig die Therapie ohne Erfolg beenden als Alkoholpatienten. Schalast et al. führten in ihrem Zwischenbericht von 2004 auf, dass in einer großen Klinik in Nordrhein-Westfalen 70 % der Drogen-

patienten abgebrochen worden seien. Es deckt sich mit dem Erfahrungswert des Referenten, dass Drogenpatienten mit dissozialen Entwicklungen erheblich mehr maßregelvollzugliche Probleme machen und meistens weit schwieriger zu behandeln sind als andere Patienten. Es drängt sich also unweigerlich die Frage auf, wie diese Problematik entschärft werden könnte.

Der Referent vertritt die Meinung, dass im Wesentlichen zwei Lösungsstrategien zur Verfügung stehen. Einmal eine verbesserte Identifizierung der Patienten, die therapeutischen Einflussmöglichkeiten letztendlich kaum zugänglich sind und die sich folglich als „Therapieversager“ erweisen werden. Die Identifizierung der behandlungsresistenten Straftäter obliegt im erkennenden Verfahren den Richtern und vor allen Dingen den Gutachtern. Die zuletzt genannten könnten nach Ansicht des Referenten erheblich dazu beitragen, die Problematik „der Fehleinweisung, weil nicht behandelbar“ zu entschärfen.

Andererseits könnte die Verbesserung der therapeutischen Maßnahmen dazu beitragen, dem Problempatienten „dissozialer Drogentäter“ eher gerecht zu werden. Es müssen folglich effektivere Therapiekonzepte für diese besondere Patientenklientel entwickelt und auch umgesetzt werden. In erster Linie ist an kognitiv-behaviorale Modelle wie kognitive Umstrukturierung, interpersonales Problemlösetraining oder Empathietraining zu denken, wie z. B. das DBT-F (die dialektisch-behaviorale Therapie für Suchtpatienten). Erfahrungen dazu gibt es allerdings erst im angloamerikanischen Sektor. Auch sind die Erkenntnisse über dieses speziell für Suchtpatienten modifizierte Programm noch gering. Für neue Therapiekonzepte und deren Realisierung im 64er Maßregelvollzug ist ein qualifiziertes und engagiertes Personal erforderlich.

6.2 Diskussion der Ergebnisse der PCL-R-Untersuchung

6.2.1 Vergleich der PCL-R-Ergebnisse mit der Literatur

Es konnte in mehreren Arbeiten gezeigt werden, dass sich die Werte von europäischen Straftätern signifikant von denen angloamerikanischer Straftäter unterscheiden. So ergaben z. B. Untersuchungen an 229 dänischen Patienten einen PCL-R

Mittelwert von 11,3 (Andersen 1996), in einer schottischen Stichprobe bestehend aus 307 Häftlingen wurde ein Mittelwert von 13,8 (Cooke 1999) festgehalten. Hobson & Shine (1998) untersuchten 104 britische Gefangene und ermittelten einen PCL-R Mittelwert von 24,2, Blackburn & Coid (1998) bei 167 britischen Psychiatrie-Patienten einen PCL-R Mittelwert von 26,1.

Hartmann et al. (2001) werteten in Deutschland 100 forensisch-psychiatrische Gutachten (50 Schuldfähigkeits-, 50 Prognosegutachten) aus, die im Zeitraum von 1973-1993 in der forensischen Abteilung der Ludwig-Maximilians-Universität München erstellt wurden. Die Anwendung der PCL-R ergab einen mittleren Summenscore von 19,33 Punkten. Einige im deutschen Sprachraum angefertigte Dissertationen jüngerer Datums haben sich ebenfalls mit der PCL-R befasst. 2006 ermittelte Nygaard (2006) anhand von 185 Gutachtenprobanden zur Schuldfähigkeit einen PCL-R Mittelwert von 12,04, Eidt (2007) wertete insgesamt 302 Gutachten zur Schuldfähigkeit aus und fand einen PCL-R-Mittelwert von 10,8.

Die vorliegende PCL-R Untersuchung erbrachte bei den 102 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von 15,1. Die Probanden wiesen überwiegend Werte zwischen 5 und 24 Punktwerten auf (Tab. 5.3).

Es drängt sich unweigerlich die Frage auf, wie derart differierende Ergebnisse zustande kommen können. Kulturelle Gründe wurden angeführt. Cooke (1998) vertrat die Meinung, dass sich die Differenzen der PCL-R-Gesamtscores mit den verschiedenartigen kulturellen Sozialisationen erklären ließen. Anhand eines Vergleichs schottischer und nordamerikanischer Probanden konnte er belegen, dass sich signifikante Unterschiede insbesondere in den Items „Egozentrität“ und „Empathiemangel“ ergeben haben. Der Autor postulierte, dass sich hier die „have a nice day“-Mentalität der amerikanischen Bevölkerung auswirken dürfte, was im Gegensatz zur „schottischen Mentalität“ stehen würde. Erst kürzlich legten Sullivan & Kosson (2006) dar, dass der Gesamtscore des PCL-R bei Stichproben unterschiedlicher Staaten und ethnischer Herkunft z. T. erhebliche Differenzen aufweisen würden.

Sicherlich liegt ein anderer Grund der Score-Differenzen in der Stichprobenselektion. Es macht sehr wohl einen Unterschied, ob man Probanden untersucht, die zur Be-

gutachtung anstehen, ob es sich bei den Probanden um Straftäter mit einer psychiatrischen Diagnose handelt oder ob es sich um psychisch unauffällige Straftäter handelt. Letztlich sollte man generell die Interpretation der Ergebnisse im Literaturvergleich vorsichtig behandeln.

Nach Meinung des Referenten sollte aber auch die Qualität der Interrater vorsichtiger beurteilt werden, obwohl wie oben aufgeführt in mehreren Untersuchungen eine hohe Interrater-Reliabilität für die PCL-R nachgewiesen werden konnte (Hare et al. 1990; Grann et al. 1998; Kroner et al. 2001; Hill et al. 1996). Wie zuvor im Punkt 6.3.1 aufgeführt, ist eine fehlerhafte bzw. missbräuchliche Anwendung der PCL-R nicht auszuschließen.

6.2.2 Gesamt-PCL-R Werte in den verschiedenen Altersgruppen

Beim Vergleich mit den verschiedenen Altersgruppen fiel auf, dass sich der Gesamt-PCL-R Wert mit zunehmendem Alter verringert. Besonders stark fiel dieser Effekt bei Gruppe 1 auf, den Patienten unter 20 Jahre. Wie aus anderen Untersuchungen bekannt, bestätigt auch diese Untersuchung, dass sich Faktor 2 mit zunehmendem Alter verringert, wohin gehend Faktor 1 relativ stabil blieb. Man könnte daraus folgern, dass die Prävalenz von Kriminalität im Alter sinkt, denn die Items 12, 18, 19 der PCL-R bilden explizit kriminelle Aktivität ab. Dies deckt sich auch mit den Erkenntnissen von Cunningham et al. (1998). Hare (1998) führt hierzu auf, dass die Werte auf Faktor 2 im Alter von 50 Jahren drastisch abfallen können, während die Werte im Faktor 1 im Lauf des Lebens relativ konstant bleiben. Andere Untersuchungen haben andererseits gezeigt, dass die Wiederverhaftungsrate bei Tätern nach dem 50. Lebensjahr auch im Alter höher bleibt als jenen von anderen Haftentlassenen (Hemphill et al 1998).

Zunächst sagt die Abnahme der gesamt-PCL-R Werte in den verschiedenen Altersgruppen in dieser Untersuchung nichts darüber aus, ob sich ein Patient im Längsverlauf tatsächlich im Hinblick auf Faktor 2 verändert hat. Es könnte auch sein, dass dieser Faktor 5 oder 10 Jahre früher genauso ausgeprägt war. Eine Querschnittsstudie eignet sich grundsätzlich nicht sonderlich, Aussagen zur inhärenten Unveränder-

lichkeit der PCL-R oder Auswirkungen von „Psychopathy“ im Alter treffen zu können. Hierzu ist eine Längsschnittstudie erforderlich. Es kann im Rahmen einer Querschnittstudie nicht unterschieden werden, ob es sich um eine altersbedingte Abnahme oder um eine zufällige Verteilung handelt.

6.3 Diskussion der Hypothesen

Hypothese 1

Die erste Hypothese konnte statistisch bestätigt werden. Behandlungsabbrecher wiesen in der PCL-R einen höheren Summenscore auf als die sich in der Therapie befindenden Patienten (Tab. 5.25 auf S. 46).

Dieses Ergebnis dürfte wohl kaum einen Forensiker im täglichen Alltag verwundern. Es spiegelt die allgemeine Erfahrung des 64er Maßregelvollzugs wider, dass Patienten, die einen manipulativen Interaktionsstil besitzen, die mit affektiven Defiziten belastet sind, und die in der Vorgeschichte einen impulsiven und antisozialen Lebensstil aufweisen, schwieriger zu behandeln sind als die anderen Patienten, die weniger im Sinne Hare „psychopathisch“ strukturiert sind. Jeder Kliniker, der mit der Behandlung von Menschen mit dem Merkmal „Psychopathy“ zu tun gehabt hat, kann bestätigen, dass „der Psychopath der unbeliebteste von allen Patienten ist“ (Strasburger 1986, zitiert nach Born 2005).

Nun konnte in der vorliegenden Arbeit deutlich gezeigt werden, dass Patienten mit einem PCL-R Score über 30 im 64er Maßregelvollzug sehr selten anzutreffen sind. In der durchgeführten Studie war es lediglich ein einziger Patient, der über 30 scorte, und nur drei Patienten hatten Punktwerte über 25. Auf der anderen Seite wiesen die Behandlungsabbrecher gegenüber den Nicht-Therapieabbrechern im Hinblick auf den PCL-R Gesamtscore signifikante Unterschiede auf (M der Therapieabbrecher = 20,0, M der Nicht-Therapieabbrecher = 13,8). Der Referent vertritt folglich die Ansicht, dass der PCL-R Wert therapeutisch relevante Zusatzinformationen liefern könnte. Dennoch ist dieser Wert sicherlich noch nicht ausreichend untersucht, um verlässliche Therapieaussagen leisten zu können, insbesondere für den Bereich von

PCL-R Scores zwischen 12-24 Punkten. Aktuell gibt es noch zu wenig wissenschaftliche Studien, die belegen, dass PCL-R Werte zwischen 12 und 24, wo ca. 80 % aller Maßregelvollzugspatienten anzusiedeln sind, prognostische Aussagen zur Therapierbarkeit leisten können.

Ein anderer Aspekt sollte an dieser Stelle noch zu diskutieren sein. Die vorliegende Studie hat zum Vorschein gebracht, dass bei Patienten mit höheren PCL-R Gesamtscores eher der Abbruch der Therapie seitens der Institution empfohlen wird als bei denjenigen mit niedrigeren PCL-R Werten. Plakativ und überspitzt ausgedrückt, „die weniger Gefährlichen bleiben, die Risikopatienten gehen“. Das widerspricht der gängigen Auffassung von differenzierter Kriminaltherapie. Nach dem Risikoprinzip (Andrews et al. 1990) sollten gerade die „gefährlicheren Patienten“ intensiv behandelt werden. Folglich sollten gerade Patienten mit einem höheren PCL-R Wert, die zumindest nach den Erkenntnissen der PCL-R Forschung mit einem höheren Rückfallrisiko belastet sind, umfangreiche therapeutische Maßnahmen erfahren. Aber oft sind es gerade diese Patienten mit einem höheren PCL-R Wert, die therapeutisch nach Ansicht einiger Forensiker nicht zu erreichen sind. Möglicherweise wären einige dieser „aussichtslosen“ Patienten im Hinblick auf eine Verbesserung der Kriminalprognose behandelbar, wenn man verstärkt die auf der Basis der internationalen Wirkungsforschung ausgerichteten Grundprinzipien einer adäquaten Straftäterbehandlung, so wie sie Lösel vorschlägt, auch im 64er Maßregelvollzug realisieren würde. In deutschen Sozialtherapeutischen Abteilungen im Strafvollzug werden diese Grundprinzipien seit Jahren angenommen und umgesetzt (Wischka & Specht 2001). Inwieweit diese Wirkfaktoren tatsächlich auch im 64er Maßregelvollzug zu einer effizienten Täterbehandlung führen können, müsste empirisch überprüft werden, aber durchaus viel versprechend und auch lohnenswert.

Hypothese 2

Die zweite Hypothese konnte statistisch ebenfalls bestätigt werden. Weniger als 10 % der untersuchten Personen wiesen einen höheren Summenscore als 8 in Faktor 1 auf (Tab. 5.26 auf S. 46).

Es konnte in mehreren Arbeiten gezeigt werden, dass sich die PCL-R Gesamtwerte von europäischen Straftätern signifikant von denen angloamerikanischer Straftäter unterscheiden. In einer neueren amerikanischen Studie von Neumann, Hare & Newman (2007) betrug der PCL-R Gesamtwert 20,03 (2007), in der Berliner Crime-Studie (Dahle 2005) wurde ein Mittelwert von 12,03 ermittelt. Diese Mittelwertsunterschiede zwischen amerikanischen und europäischen Stichproben zeichneten sich in einigen anderen Untersuchungen ebenfalls ab (Thalman 2007). Cooke (1996) vertrat die Meinung, dass sich die Differenzen der PCL-R-Gesamtscores mit den verschiedenartigen kulturellen Sozialisationen erklären ließen. Anhand eines Vergleichs schottischer und nordamerikanischer Probanden konnte er belegen, dass sich signifikante Unterschiede insbesondere in den Items „Egozentrität“ und „Empathiemangel“ ergeben haben. Der Autor postulierte, dass sich hier die „have a nice day“-Mentalität der amerikanischen Bevölkerung auswirken dürfte, was im Gegensatz zur schottischen Mentalität stehen würde.

Es könnte also durchaus sein, dass die verschiedenartigen kulturellen Sozialisationen, die nach Cooke mitunter verantwortlich für die Differenzen der PCL-R-Gesamtscores von europäischen amerikanischer Straftätern sind, im Faktor 1 zum Tragen kommen.

An dieser Stelle soll aber noch ein anderer Punkt diskutiert werden, der mit dem Faktor 1 zusammenhängt. Dieser Faktor korreliert nach Hobson et al. (2000) mit Verhaltensweisen, die als allgemeines Störverhalten auf Station beschrieben werden können (häufiges Provozieren von Mitpatienten, ständiges Debatieren, dramatischer und feindseliger Interaktionstil etc.). Also verwundert es nicht sonderlich, dass oft gerade bei diesen Patienten häufiger der Therapieabbruch empfohlen wird. Das Ergebnis brachte zum Vorschein, dass Patienten mit einem hohem Faktor 1-Score eher die Ausnahme sind, aber dennoch scorete die Gruppe der Abbrecher im Faktor 1 deutlich am höchsten (Tab. 5.20 auf S. 44).

Verschiedene Arbeiten haben sich damit beschäftigt, Aussagen zur Voraussage von Behandelbarkeit mit Hilfe der PCL-R treffen zu können. Bei „Psychopaths“, also bei Patienten, die höher scoren als 30, mag es wohl im Regelfall zutreffen, dass gängige Behandlungsansätze wenig oder gar keine Veränderungen des kriminellen Verhaltens bewirken (Ogloff et al. 1990; Harris et al. 1991; Rice et al. 1992). Bei diesen

(wenigen) Personen wird es aller Wahrscheinlichkeit nach weniger aussichtsreich sein, eine Therapie im Rahmen der Unterbringung nach § 64 StGB erfolgreich zu beenden.

Aber wie viel so genannte „Psychopaths“ tauchen tatsächlich im 64er Maßregelvollzug auf? In dieser Untersuchung war es lediglich ein Patient, der über 30 scorete, 3 weitere lagen über 25. Das bedeutet, dass lediglich 4 Patienten als sogenannte „Psychopaths“ aufzufassen sind, sofern man den cut-off Wert bei 25 anlegt, wie von einigen deutschen Autoren vorgeschlagen (Hartmann et al. 2001). Der Gesamt-Score scheint also nicht sonderlich dazu geeignet zu sein, ein Voraussage von Behandelbarkeit für den Großteil der 64er Patienten leisten zu können, denn 90 % aller Patienten in Hildburghausen hatten einen PCL-R Gesamt-Score zwischen 5-24 Punkten.

Möglicherweise macht es aber Sinn, dem Faktor 1 mehr Gewicht im Hinblick auf eine ausschlussreiche Vorhersage zur Behandelbarkeit einzuräumen. Man könnte hypothetisch anführen, dass Patienten mit einem niedrigen Wert im Faktor 1 „erfolgreicher“ zu behandeln sind als Patienten mit einem höheren Wert. Faktor 1 könnte sich möglicherweise als Prädiktor im Hinblick auf Behandelbarkeit erweisen. Sollte sich diese Hypothese bestätigen lassen, ließe sich dies nicht nur für den Kliniker, sondern auch für den Sachverständigen im erkennenden Verfahren nutzen. Der Kliniker hätte ein zusätzliches valides diagnostisches Mittel zur Beurteilung des Behandlungserfolgs, der Sachverständige hätte einen zusätzlichen Prädiktor zur Hand, die konkrete Aussicht auf einen Behandlungserfolg, wie im § 64 StGB vorgesehen, differenzierter zu beurteilen. Möglicherweise könnte dieses Wissen ein klein wenig dazu beitragen, dass Problem der Fehleinweisungen in den 64er Maßregelvollzug zu verringern.

Patienten mit einem hohen Wert im Faktor 1 sind in der Regel die für die Institution unbequemeren Patienten, bei denen es für manchen Kliniker „gilt“, sie aus der Institution zu „entfernen“, weil „sie nicht zu verändern sind“. Vielleicht macht es auch tatsächlich Sinn, sich relativ schnell von diesen Patienten im Maßregelvollzug zu verabschieden. Man könnte sich folglich mehr um diese Patienten kümmern, die einen hohen Faktor 2-Score besitzen, denn im forensischen Kontext fällt diese Gruppe mehr in Bezug auf eine Reihe von forensisch wichtigen Aspekten wie z. B. verbale

und physische Aggression oder allgemeine und gewalttätige Rückfälligkeit auf (Walters 2003). Diese Patienten wären folglich eher als Risikopatienten zu identifizieren und in den therapeutischen Fokus zu stellen. Aber im 64er Maßregelvollzug ist das nicht immer der Fall. Meist sind es die Patienten mit einem hohen Faktor 1 bei vergleichsweise niedrigen Faktor 2, die uns zeitlich sehr beanspruchen und uns nicht selten durch ihr ständiges Agieren und Manipulieren in unserer therapeutischen Identität „demontieren“ oder es zumindest versuchen. Es wäre also durchaus sinnvoll, den Faktor 1 im Hinblick auf Behandelbarkeit in einer prospektiven Studie zu untersuchen.

Hypothese 3

Drogenkranke Patienten mit Gewaltdelikten wiesen in der PCL-R im Vergleich zu drogenkranken Patienten ohne Gewaltdelikte und zu alkoholkranken Patienten mit und ohne Gewaltdelikte den höchsten Summenscore auf (Tab. 5.27 auf S. 47).

Harris et al. (1993) zeigten, dass ein hoher Wert im PCL-R der stärkste einzelne Prädiktor für zukünftige Gewalttätigkeiten bei einer Gruppe psychisch kranker und gestörter Rechtsbrecher war. Dieses Ergebnis konnte in weiteren Untersuchungen auch für nicht psychisch kranke Rechtsbrecher bestätigt werden (Forth, Hart & Hare 1990; Freese, Born & Müller-Isberner 1996; Freese, Müller-Isberner, Jöckel 1996; Hill, Rodgers & Bickford 1996; Quinsey, Rice & Harris 1995; Rice & Harris 1992; Serin 1991; Serin & Amos 1995). Nedopil (2005) bemerkt hierzu, dass es mit der Anwendung der „Psychopathy“-Checkliste eine zuverlässige und zugleich quantitative Beschreibung einer Persönlichkeit gelingt, die für alle, die mit Rechtsbrechern zu tun haben, wichtige und praxisrelevante Informationen liefert.

Aggressionsprävention ist ein wichtiger Aspekt, der immer wieder neu in einer forensischen Maßregelvollzugsklinik belebt werden muss. Die primäre Prävention umfasst nach Nedopil u.a. die Identifikation von Risikopatienten. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung ließe sich folgern, dass bei Drogenpatienten mit einem hohen PCL-R Wert und einem Aggressionsdelikt in der Vorgeschichte oder beim Anlassdelikt eher

intrainstitutionelle Gewalt zu erwarten ist als bei den übrigen Patienten, und demnach als besonderer Risikopatient zu erachten ist. Im konkreten Umgang für das Personal im Maßregelvollzug kann ein hoher PCL-R Wert möglicherweise ein guter Indikator für das Risiko intra- und extramuraler Zwischenfälle während des Aufenthalts in der Einrichtung sein. Demnach könnte die Anwendung der PCL-R ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Aggressionsprävention darstellen. Die PCL-R im forensischen Alltag könnte somit als ein fester Bestandteil in einem professionellen Deeskalationsmanagement integriert werden, und dadurch möglicherweise zu einer Verbesserung der Sicherheit vor physischen oder auch psychischen Verletzungen des Personals durch An- oder Übergriffe von Maßregelvollzugspatienten führen. Dies wiederum könnte zu einer Qualitätsverbesserung beitragen.

Hypothese 4

Drogenkranke Patienten mit Gewaltdelikten wiesen im Hinblick auf Faktor 2 (antisozialer Lebensstil) einen höheren Summenscore auf als drogenkranke Patienten ohne Gewaltdelikte und alkoholranke Patienten mit und ohne Gewaltdelikte (Tab. 5.28 auf S. 48).

Das Ergebnis unterstützt die von einigen Forensiker vertretene Auffassung, dass man sich, wie Schalast meint, von der Vorstellung zu verabschieden habe, eine Mehrheit der Drogentäter werde in erster Linie infolge ihrer Suchtprobleme straffällig. Drogenkranke Patienten mit Gewaltdelikten weisen in der Tat sehr häufig neben ihrer Suchtproblematik eine dissoziale Persönlichkeitsstruktur auf, nicht selten bereits schon eine manifeste Persönlichkeitsstörung. Folglich wird in wiederkehrenden Abständen von Forensiker die Frage aufgeworfen, wer unter den Rechtsbrechern mit Suchtproblemen in die entsprechenden Fachkliniken des 64er Maßregelvollzugs, wer in den Maßregelvollzug nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) oder wer in den Strafvollzug (Sozialtherapeutische Abteilungen oder Regelvollzug) gehört.

Die Behandelbarkeit dissozialen Verhaltens ist seit Jahrzehnten vielen Diskussionen unterworfen. Es machte sich in den 70er Jahren ein breiter Pessimismus bezüglich

therapeutischer Interventionen bei dissozialen Straftätern breit. Verschiedene Arbeitsgruppen wollen nachgewiesen haben, dass gängige Behandlungsansätze wenig oder gar keine Veränderung des kriminellen Verhaltens bei „Psychopaths“ bewirken (Ogloff et al. 1990, Harris et al. 1991, Rice et al. 1992). Eine Serie von meta-analytischen Evaluationen von Behandlungsstudien an Straftätern Mitte der 80er Jahre zeigte, dass gewisse Erfolge in der Straftäterbehandlung möglich sind. Bezüglich differenzieller Effekte brachte vor allem die Studie von Andrews et al. (1990) einen entscheidenden Durchbruch. Die Autoren schlugen drei Hauptprinzipien vor, auf denen eine effektive Straftäterbehandlung basieren sollte: Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip: (a) Die Intensität der Behandlung sollte sich am Rückfallrisiko der Klienten orientieren (Risikoprinzip). (b) Die Behandlungsziele und –inhalte sollten sich auf die spezifischen kriminogenen Motive und Defizite der Straftäter beziehen (Bedürfnisprinzip). (c) Das Vorgehen sollte sich auf die jeweiligen Lernweisen und Fähigkeiten der Straftäter zugeschnitten sein (Ansprechbarkeitsprinzip).

In einem neueren Review von 42 Behandlungsstudien für „Psychopaths“ kam Salekin (2002) zu dem Schluss, dass es nur wenige empirische Hinweise für das Unbehandelbarkeitsdogma für Psychopathy gibt. Saß & Herpertz (2003) vertreten ebenfalls die Meinung, dass die Behandlung von dissozialen Straftätern erfolgreich sein kann. Wichtig sei, dass die Behandlungsprogramme nicht auf irgendwelchen Persönlichkeitsauffälligkeiten abzielen, sondern solche Klientenmerkmale fokussiert, die nach empirischem Kenntnisstand kriminogene Faktoren sind. Eine kürzlich erschienene Arbeit von Wittmann (2010) berichtet über ermutigende Therapieergebnisse von Patienten im 64er Maßregelvollzug mit Merkmalen von „Psychopathy“. Der Autor vertritt in seiner Arbeit die Auffassung, dass durch ein angemessenes differenziertes Therapieangebot auch schwierige wie etwa „psychopathisch“ strukturierte Patienten therapeutisch zu erreichen sind, wenn die therapeutische Ausrichtung speziell auf deren psychologische Problemfelder abzielt. Interessanterweise basiert seine Behandlungskonzeption auf psychodynamischen Überlegungen.

6.4 Ausblick

Die strafrechtliche Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt war lange Zeit eine eher unauffällige Sanktion, die nicht im Blickpunkt der Öffentlichkeit stand. Wie sich in der Häufigkeit der Anordnung von Unterbringungen in der Entziehungsanstalt ablesen lässt, hat die kriminalpolitische Bedeutung dieser Maßregel gerade seit Beginn der 90er Jahre deutlich zugenommen. Zugenommen hat insbesondere die Diskussion über die Effektivität dieser Maßregel. Die Beendigung dieser juristisch angeordneten therapeutischen Maßnahme ist zum „statistischen Normalfall“ geworden (Schalast et al. 2005). Mehr als 50 % der nach § 64 StGB untergebrachten Patienten erreichen derzeit ihr Maßregelvollzugsziel nicht. Bei „Drogenpatienten“ ist die Abbruchquote noch höher, bis zu 70 %. Nicht zuletzt das Problem der „Fehleinweisungen“ in den 64er Maßregelvollzug unterliegt als Dauerbrenner umfangreicher Diskussionen und Polemiken. Es wird sich erst in den nächsten Jahren zeigen, ob das neue Gesetz zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vom 20.07.2007 geeignet ist, die vorhandenen und neu geschaffenen Kapazitäten des Maßregelvollzugs besser und zielgerichteter zu nutzen. Über Alternativen zum 64er Maßregelvollzug wird seit langem nachgedacht, wie etwa die flächendeckende Implementierung von Suchtpatienten in den Justizvollzugsanstalten (von Schönfeld et al 2006).

Andererseits gibt es bisher wenige Wissenschaftler, die sich mit dem Thema des 64er Maßregelvollzugs beschäftigt haben bzw. beschäftigen. Sieht man sich die Forschungsprojekte der Forensischen Lehrstühle in Deutschland näher an, so ist festzustellen, dass die 64er Thematik wenig berücksichtigt wird. Meist finden sich an den forensischen Lehrstühlen wissenschaftliche Projekte für den Bereich der Unterbringung nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus). Untersuchungen von Suchtpatienten im Maßregelvollzug sind bisher kaum verfügbar. Wissenschaftlich gestützte Aussagen zur Effizienzverbesserung der Programme bei Behandlung, Management und Rehabilitation dieser Patientenklintel sind bisher eher die Ausnahme.

Diese Arbeit sollte als einer erkenntnisorientierten und zweckfreien Grundlagenforschung dienen, mit dem Ziel, möglicherweise neue Stoßrichtungen der eigenen Arbeit oder auch für andere zu eröffnen.

7. Zusammenfassung

Thema der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung von forensischen Patienten, die gemäß § 64 StGB unter besonderer Berücksichtigung der „Psychopathy“ Checkliste nach Hare (PCL-R) erfasst wurden. Die Studie wurde in der Forensischen Fachklinik am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH durchgeführt. Insgesamt wurden in dieser Studie 102 männliche Patienten, die älter als 18 Jahre und rechtskräftig nach § 64 StGB untergebracht waren, miteinbezogen. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 01.01.2009 bis zum 30.06.2009.

Die Ergebnisse der Erhebung der Patientenmerkmale bildeten ein aus früheren Untersuchungen des 64er Maßregelvollzugs bekanntes Bild ab. Die Patienten verfügten über ein niedriges schulisches und berufliches Bildungsniveau und ließen ein hohes Maß an sozialer Desintegration erkennen. Die Kriminalitätsbelastung der untersuchten Klientel war mit 9 BZR-Einträgen im Mittel hoch, die Hafterschaft der untersuchten Population betrug im arithmetischen Mittelwert 35 Monate. 84 % der Alkoholpatienten und 51 % der Drogenpatienten waren wegen eines Aggressionsdelikts untergebracht.

Die PCL-R Untersuchung erbrachte bei den 102 Probanden einen arithmetischen Mittelwert von 15 Punkten. Die Probanden wiesen dabei überwiegend Werte zwischen 5 und 24 Punktwerten auf. Die PCL-R Gesamtwerte der hier untersuchten Population fielen im Vergleich mit nordamerikanischen Studien erwartungsgemäß niedriger aus, was am ehesten durch interkulturelle Unterschiede zu erklären ist. Es ist aber auch eine fehlerhafte bzw. missbräuchliche Anwendung der PCL-R nicht gänzlich auszuschließen, weswegen bedeutsame Mittelwertunterschiede in der Literatur auszumachen sind.

Beim Vergleich mit den verschiedenen Altersgruppen fiel auf, dass sich der Gesamt-PCL-R Wert mit zunehmendem Alter verringert. Man könnte daraus unter Umständen folgern, dass die Prävalenz von Kriminalität im Alter sinkt.

In dieser Untersuchung scorte lediglich ein einziger Patient über 30, nur drei Patienten hatten Punktwerte über 25. Hält man die aktuell anerkannten „Cut-offs“ von 30

für den nordamerikanischen, von 25 für den europäischen Raum aufrecht, so lassen sich mit der PCL-R lediglich für eine geringe Anzahl von Patienten im 64er Maßregelvollzug valide kriminalprognostische oder denkbare therapierelevante Schlussfolgerungen treffen.

Die Arbeit hat Hinweise erbracht, dass die PCL-R eventuell geeignet ist, auch bei Punktwerten unter 25 therapeutisch bzw. maßregelvollzugsrelevante Zusatzinformationen abzugeben. Das Ergebnis, dass Behandlungsabbrecher einen signifikant höheren Summenscore aufweisen als die übrigen Patienten, deutet in diese Richtung. Ob die PCL-R primär ein Prognoseinstrument zur Erfassung von Therapierbarkeit sein kann, bleibt offen.

Signifikante Gesamt-PCL-R Unterschiede zwischen den Untergruppen der Alkoholiker ($M = 14,2$), der Drogenpatienten ($M = 16,1$), der Nicht-Aggressionstäter ($M = 15,9$) sowie der Aggressionstäter ($M = 15,6$) ergaben sich nicht. Allerdings fielen drogenkranke Patienten mit Gewaltdelikten in der PCL-R im Vergleich zu drogenkranken Patienten ohne Gewaltdelikte und zu alkoholkranken Patienten mit und ohne Gewaltdelikte signifikant mit den höchsten Summenscore auf. Darüber hinaus scorete die Gruppe der drogenkranken Patienten mit Gewaltdelikten im Hinblick auf Faktor 2 (impulsives, antisoziales Verhalten) am höchsten. Signifikante Unterschiede ließen sich zudem bei den beiden Untergruppen Therapieabbrecher ($M = 20,0$) und Gruppe der Entlassungsstation ($M = 13,1$) erkennen. Weniger als 10% der untersuchten Personen wiesen in Faktor 1 einen höheren Summenscore auf als 8 (2-Faktoren-Modell) auf.

Auch wenn noch nicht abschließend geklärt ist, ob das „Psychopathy“-Konstrukt nach Hare als ein kategoriales oder ein dimensionales aufzufassen ist, so scheint ein dimensionaler Ansatz zumindest für den klinischen Alltag gewinnbringender zu sein. Die Ergebnisse dieser Arbeit haben zeigen können, dass die Zwei-Faktoren-Struktur durchaus in der Lage sein kann, praxisrelevante Zusatzinformationen zu geben. Möglicherweise macht es Sinn, dem Faktor 1 mehr Gewicht im Hinblick auf eine bessere Vorhersage zur Behandelbarkeit einzuräumen, denn Patienten mit einem niedrigen Wert im Faktor 1 scheinen „erfolgreicher“ in der Therapie abzuschneiden. Dieser Faktor scheint auch als Zusatzinformation geeignet zu sein, Lockerungsmiss-

bräuche sicherer einzuschätzen. Er könnte sich als ein Indikator für das Risiko intra- und extramuraler Zwischenfälle während des Aufenthalts in der Einrichtung erweisen, somit einen wichtigen Aspekt im Rahmen der Aggressionsprävention darstellen.

Dennoch bleibt abschließend festzuhalten, dass es zwar Hinweise gibt, dass der Einsatz der PCL-R bei bestimmten Fragestellungen im 64er Maßregelvollzug Sinn macht, aber der Wissensstand zum jetzigen Zeitpunkt noch sehr dürftig ist. Sowohl hinsichtlich der Grundlagen als auch der forensischen Anwendung steht die Erforschung der PCL-R im deutschen Sprachraum noch am Anfang. Fortschritte in der Grundlagenforschung stellen aber eine notwendige Bedingung für die Entwicklung erfolgreicher Anwendungen dar.

8. Literaturverzeichnis

- Andersen HS et al. Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners and remand. *International Journal of Law and Psychiatry* 1996; 19: 61-74.
- Andrews DA, Bonta J. *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, Ohio: Anderson, 1994.
- Andrews DA et al. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychological informed meta-analysis. *Criminology* 1990; 28: 369-404.
- Babiak P, Hare RD. *Menschenkinder oder Manager. Psychopathen bei der Arbeit*. München: Carl Hanser Verlag, 2007.
- Blackburn R, Coid J. Psychopathy and the dimension of personality disorder in violent offenders. *British Journal of Psychiatry* 1998; 153: 505-512.
- Bolt D, Hare RD, Vitale JE & Newman JP. A multigroup IRT analysis of the Hare Psychopathy-Checklist-Revised (PCL-R). *Psychological Assessment* 2004; 16/2: 155-168.
- Boer DP, Hart SD, Kropp PR & Webster CD. *Manual for the Sexual Violence Risk-20*. Burnaby: Simon Fraser University, 1997.
- Born P. Erfahrungen auf einer Spezialstation für Patienten mit hohem PCL-R Score. In: Bauer P, Kielisch S (Hrsg.). *Differenzierte Behandlungskonzepte im psychiatrischen Maßregelvollzug*. Lengerich: Pabst Science Publisher 2005: 82-94.
- Cooke DJ. Psychopathy across cultures, in: Cooke DJ, Forth AE & Hare RD (eds.). *Psychopathy: Theory, research, and implications for society*. Dordrecht: Kluwer, 1998: 13-45.
- Cooke DJ, Michie C. Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108 (1): 58-68.
- Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment* 2001; 13: 171-188.
- Cleckley H. *The mask of sanity: An attempt of clarify some issues about so called psychopathic personality* (5th ed, 1 st ed 1941 ed.). St. Louis: Mosby, 1976.
- Dahle KP. *Psychologische Kriminalprognose. Wege zu einer integrativen Methodik für die Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Strafgefangenen*. Herbolzheim: Centaurus, 2005.
- Dressing H & Salize HJ. *Placement and treatment of mentally disordered offenders*. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2005.
- Ehlers A, Lamott F, Mende M & Weber J. 15. Interdisziplinäres Symposium über „Aspekte der forensischen Prognosebeurteilung“. *M Schr. Krim.* 1985; 249-250.

- Ehlers A, Lamott F, Mende M, Weber J. 15. Interdisziplinäres Symposium über „Aspekte der forensischen Prognosebeurteilung“. Mschr.Krim. 1985: 249-250.
- Eidt, M. Vergleich des 2- und 3 Faktoren-Modells der Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) bei der Rückfallprognose von Straftätern(Dissertation). Abteilung für Forensische Psychiatrie. Ludwig-Maximilians-Universität, München, 2007.
- Eidt M. Vergleich der 2- und 3-Faktoren- Modells der PCL-R bei der Rückfallprognose von Straftätern. Dissertation an der LMU-München, 2007.
- Erb M, Hodgins, S Freese, R Müller-Isberner, R Jöckel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect: Criminal behavior and mental health 2001; 11: 6-26.
- Forth AE, Hart SD & Hare RD. Assessment of psychopathy in male young offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1990; 2: 342-344.
- Freedman D. False prediction of future dangerous: Error rates psychopathy checklist-revist. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 2001; 29: 89-95.
- Freese R, Born P & Müller-Isberner R. Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB), Nervenarzt 1995;.66: 542-549.
- Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. Psychopathy and co-morbidity in a german hospital order population. In: Cooke DJ, Forth AE, Newman J, Hare RD (Hrsg.). International perspectives on psychopathy. Issues in Criminological and Legal Psychology. Leicester: British Psychological Society, 1996.
- Freese R. Hare PCL:SV. Deutschsprachige Handbuchbeilage. Klinik der Forensischen Psychiatrie, Haina 2004.
- Gacano CB. The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide. Mahwah/NL US: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.
- Gacano CB et al. The Psychopathy Checklist-Revised: PCL-R testimony and forensic practice. Journal of Forensic Psychology Practice 2002; 2/3: 11-32.
- Gericke B, Kallert TW. Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. Psychiat Prax 2007; 34: 218-226.
- Grann M, Langström N, Tengström A, Stalenheim EG. Reliability of file-based retrospective ratings of psychopathy with the PCL-R. Journal of Personality Assessment 1998; 70 (3): 416-426.
- Hall JR, Benning SD, Patrick CJ. Criterion-related validity of the three-factor model of psychopathy. Personality, behavior and adaptive functioning. Assessment 2004; 11 (1): 4-16.
- Hare RD The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto: Multi-Health Systems, 1990.

- Hare RD. The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment* 1990; 2 (3): 338-341.
- Hare RD. Psychopaths: New trends in research. *Harvard Mental Health Letter* 1995; 12: 4-5.
- Hare, R.D. (1996). Psychopathy. A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25-54.
- Hare RD. Scoring guideness for the Hare PCL:SV. Toronto: Multi Health Systems, 1998.
- Hare RD et al. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R. An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law* 2000; 18: 623-645.
- Hare RD. Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems Inc, 2003.
- Hare, RD Gewissenlos. Psychopaten unter uns. Wien: Springer Verlag, 2005.
- Hare RD, Neumann CS. Structural models of Psychopathy: Current Psychiatry Reports 2005; 7: 623-64.
- Hare RD, Neumann CN. The PCL-R assessment of psychopathy. In: Patrick CJ (eds). *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford Press, 2006: 58-88.
- Harris GT, Rice ME. & Quincey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior* 1993 ; 20: 315-335.
- Harris GT, Rice ME, & Cormier CA. Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior* 1991; 15: 625-637.
- Hart S, Kropp PR & Hare RD. Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1988; 56/2: 227-232.
- Hartmann J, Hollweg M, Nedopil N. Quantitative Erfassung dissozialer und psychopathischer Persönlichkeiten bei der strafrechtlichen Begutachtung. *Nervenarzt* 2001; 72: 365-370.
- Hemphill M, De Ruiter C, Nijman H. Psychopathy predicts disruptive behaviour among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence* 1998; 19: 13-29.
- Hemphill JF & Hart SD (in press). Forensic and clinical Issues in the assessment of psychopathy, in: Goldstein AM (ed.). *Handbook of Psychology: Vol. 11*. New York: Forensic psychology.

- Hill .D, Rogers R & Bickford ME. Predicting aggressive and socially disruptive behaviour in an maximum security forensic hospital. *Journal of Forensic Science* 1996; 41: 56-59.
- Hill A, Mühlhan C, Kraus C, Brinken P, Berner W. Interrater-Reliability of the Hare Psychopathy Checklist (PCL-R). Unveröffentlichtes Poster, 1996.
- Hobson J, Shine J. Measurement of Psychopathy in a UK prison population referred for long-term psychotherapy. *British Journal of Criminology* 1998; 38: 504-516.
- Hobson J, Shine J. & Roberts, R. How do psychopaths behave in a prison therapeutic community? *Psychology, Crime and Law* 2000; 6/2: 139-154.
- Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorder: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* 2004;185: 245-250.
- Johansson P, Andershed H, Kerr M, Levander S. On the operationalization of psychopathy: further support of tree-faceted personality oriented model. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002, 106 (Supp. 412): 81-85.
- Jockusch U, Keller F. Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB. Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. *Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 2001; 84: 453-465.
- Koch JLA. Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg, Maier Verlag, 1893
- Konrad N. Zur Beachtung der Einweisungskriterien der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. *Strafverteidiger* 1992; 12: 597-602.
- Kosson DS, Steuerwald BL, Forth AE, Kirkhart KJ. A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: Preliminary validation studies. *Psychological Assessment* 1997; 9: 89-101.
- Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch (8. Auflage). Leipzig, Barth Verlag, 1909.
- Kröber H-L. Kriminalprognostische Begutachtung. in: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N & Sass H (Hrsg.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, Bd. 3, Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2006.
- Kroner DG, Mills JF. The accuracy of five risk appraisal instruments in predicting institutional misconduct and new convictions. *Criminal Justice and Behavior* 2001; 28 (4): 471-489.
- Küfner H, Bühringer G, Schumann,J, Duwe A. Die Rolle der Devianz und Delinquenz bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Drogenmissbrauchs. In: Egg, R. (Hrsg.) *Drogenmissbrauch und Delinquenz*. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle, 1999: 9-36.

- Lösel F. Sprechen Evaluationsergebnisse von Meta-Analysen für einen frischen Wind in der Straftäterbehandlung? In M. Kiliyas (Hrsg.). Rückfall und Bewährung. Zürich: Rüegger, 1992: 335-353.
- Lösel F. Increasing consensus in the evaluation of offender rehabilitation? *Psychology, Crime and Law* 1995; 2: 19-39.
- Lösel F. Evaluationen der Straftäterbehandlung: Was wir wissen und noch erforschen müssen. In Müller-Isberner R., Gonzalez Cabeza S. (eds.). Forensische Psychiatrie. Forum: Bad Godesberg 1998: 29-51.
- Lösel F. Treatment and Management of Psychopaths, in: Cooke DJ, Forth AE & Hare RD (eds.), *Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 303-354.
- Millon T. *Disorder of personality: DSM-III Axis II*. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1981.
- Murphy C & Vess L. Subtypes of psychopathy: Proposed differences between narcissistic, borderline, sadistic, and antisocial psychopaths. *Psychiatric Quarterly* 2003; 74/1: 11-29.
- Nedopil N. *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - ein Handbuch*. Lengerich, Berlin, Bremen: Pabst Science Publisher, 2005.
- Nedopil N. *Forensische Psychiatrie (3. Auflage)*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 2007.
- Neumann CS, Vitacco MJ, Hare RD, Wuppermann P. Reconstructing the "reconstructing" of Psychopathy: A comment on Cooke, Michie, Hart & Clark. *Journal of Personality Disorders* 2005; 19: 624-640.
- Neumann CS, Hare RD & Newman JP. The super-ordinate nature of the PCL-R. *Journal of Personality Disorders* 2007; 21/2: 102-117.
- Nuhn-Naber C, Rehder R. Psychopathie. Gegenindikation zur Sozialtherapie? *MschKrim* 2005; 88/4: 257-272.
- Nygaard D. Die prädiktive Validität des HCR 20/2, der PCL-R und der ILRV für die Voraussage gewalttätiger krimineller Rückfälle. Eine Langzeituntersuchung von 185 Gutachtenprobanden (Dissertation). Abteilung für Forensische Psychiatrie. Ludwig Maximilians-Universität, München, 2006.
- Ogloff JR & Wong S. Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law* 1990; 8: 181-190.
- Prichard J. *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Gilbert and Piper, London, Sherwood, 1835.

- Rautenberg M. Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellen Verhalten und Drogenmissbrauch. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Bd. 103). Baden-Baden: Nomos, 1997.
- Rice ME, Harris GT. A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and nonschizophrenic offenders. *International Journal of Law and Psychiatry* 1992; 15: 397-408.
- Rice ME, Harris GT. Violent recidivism: Assessing predictive validity: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 737-748.
- Ross T, Pfäfflin F. Risk Assessment im Maßregelvollzug: Grenzen psychometrischer Gefährlichkeitsprognose im therapeutischen Umfeld. In: *Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 2005; 88: 1-11.
- Quinsey VL, Rice ME & Harris GT. Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence* 1995; 10: 85-105.
- Salekin R. Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review* 2002; 22: 79-112.
- Saß H, Herpertz SC. *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2003.
- Schalast, N., Dessecker, A. (2005). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. *R & P* 23, Heft 1: 3-10.
- Schalast N. *Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB*. München: Fink-Verlag, 2000.
- Schalast N, Mushoff S, Demmerlin R. *Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB, Projekt-Zwischenbericht*. (PDF-Datei 1,2MB), 2004.
- Seifert D. „Fehleinweisungen“ in den Maßregelvollzug. *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 1999: 93-109.
- Seifert D, Leygraf N. *Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug*. *Nervenarzt* 1999; 70: 450-456.
- Seifert D. Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In: Venzlaff U, Foerster K (Hrsg.). *Psychiatrische Begutachtung*, 5. Aufl. München: Urban & Fischer, 2009.
- Serin RC. Psychopathy and violence in criminals. *Journal of Interpersonal Violence* 1991; 6: 423-431.
- Serin RC, Amos NL. The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. *International Journal of Law and Psychiatry* 1995; 18: 231-238.

- Skilling TA, Harris GT, Rice ME & Quinsey VL.). Identifying persistently antisocial offenders using the Hare PCL-R and DSM Antisocial Personality Disorder Criteria. *Psychological Assessment* 2002; 14/1: 27-38.
- Steinböck H, Groß G, Nedopil N, Stübner S, Tiltscher E, Von Vopelius G et al. Ambulante Betreuung forensischer Patienten – vom Model zur Institution. *Recht und Psychiatrie* 2004; 22 (4): 199-207.
- Stübner S, Groß ., Nedopil N, Steinböck H. Adverse incidents during hospitalisation of mentally ill offenders. Paper presented at the 3rd Annual IAFMHS Conference; Miami Beach, Florida, 2003.
- Sullivan EA & Kosson DS. Ethnic and cultural variations in psychopathy. In: Patrick C.J. (Eds.). *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford Press, 2006: 437-458.
- Swogger MT & Kosson DS. Identifying subtypes of criminal psychopaths: A replication and extension. *Criminal Justice and Behavior* 2007; 34/8: 953-970.
- Thalmann T. Was tun mit dem Psychopathen. *Kriminalpädagogische Praxis* 2007; 45: 45-59.
- Thalmann T. (Neues vom Psychopathen. In: In: *Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 2009; 92: 376-394.
- Ulrich S, Paelecke M, Kahle I, Marneros A. Kategoriale und dimensionale Erfassung von „Psychopathy“ bei deutschen Straftätern. *Nervenarzt* 2003; 74, 1002-1008.
- Von der Haar M. Zum Urteil des BVerfG über die Unterbringung gem. § 64 StGB vom 16.3.1994 (NStZ 1994, 578) aus klinischer Sicht. *NStZ* 15 1995: 315-318.
- Von der Haar M. Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Ausgabe 2007. Eigenverlag: Nieders. LKH Wunstdorf, Fachabteilung Bad Rehburg, 2008.
- Von Schönfeld CE, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U., Driessen M. Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangene. *Nervenarzt* 2006; 77: 830-841.
- Walters GD. Predicting institutional adjustment and recidivism with the Psychopathy Checklist Factor Score: A Meta-Analysis. *Law and Human Behavior* 2003; 27/5: 541-558.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D & Hart SD. HCR-20. Assessing the risk of violence. 2. Version. Vancouver: Metal Health, Law, and Policy Institute an Assault, Simon Fraser University, 1997.
- Webster CD, Bailes G. Assessment Violence Risk in Mentally and Personality Disordered Individuals. In: Hollin CR (Ed.). *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.

- Weaver CM, Meyer RG, Van Nort JJ, Tristan L. Two-, Three-, and Four Factor PCL-R Models in applied Sex Offender Risk Assessments. *Assessment* 2006; 13(2): 208-216.
- Widiger TA. Psychopathy and normal personality, in: Cooke DJ, Forth AE & Hare RD (eds.). *Psychopathy: Theory, research, and implications for society*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 47-68.
- Wittmann B. Psychodynamische Psychotherapie bei "Psychopathy". In *Recht und Psychiatrie* 2010. 28: 3-9.
- Wischka B & Specht F. Integrative Sozialtherapie: Mindestanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In Rehn G, Wischka B, Lösel F & Walter M(Hrsg.). *Behandlung gefährlicher Straftäter*. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. 2. Auflage. Herbolzheim, Centaurus, 2001: 249-263.

9. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

10. Abkürzungen

Abb.	Abbildung
bspw.	Beispielsweise
BTMG	Betäubungsmittelgesetz
bzgl.	bezüglich
BZR	Bundeszentralregister
d. h.	das heißt
BVerfGe	Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
C2	Alkoholabhängigkeit
C2-Gruppe	Gruppe der Alkoholabhängigen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4 th Edition
et al.	und Andere/ und Mitarbeiter
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
ICD-10	International Classification of Diseases (10.Revision)
MRV	Maßregelvollzug
MW	Mittelwert
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
Polytox-Gruppe	Gruppe der Drogenpatienten
POS	Polytechnische Oberschule
PS	Persönlichkeitsstörung
SE	Standardfehler
SD	Standardabweichung
s.o./s.u.	siehe oben, siehe unten
StGB	Strafgesetzbuch
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
(\bar{x})	Median
z. B.	zum Beispiel

11. Danksagung

Eine Dissertation ist niemals ohne umfangreiche Unterstützung durch andere zu bewältigen, insbesondere wenn die Arbeit neben der eigentlichen beruflichen Tätigkeit zu erstellen ist. Daher ist es mir ein Bedürfnis, mich bei einigen Personen zu bedanken.

Zunächst gebührt Herrn Prof. Dr. Konrad für die Bereitstellung und beste Begleitung des Themas allergrößter Dank. Des Weiteren möchte ich mich bei meinen beiden Mitarbeitern Herrn Andreas Rotermund, der mir bei der statistischen Auswertung behilflich war, und bei Frau Evelyn Hausmann, die mir bei der formalen Ausgestaltung der Arbeit immer hilfreich zur Seite stand, herzlich bedanken. Es war eine sehr gute und auch fröhliche Zusammenarbeit.

Großer Dank gebührt meiner Familie, insbesondere meinen Schwiegereltern, die mich während der ganzen Zeit in jeder Hinsicht unterstützt und mir somit die Durchführung dieser Arbeit ermöglicht haben.

Meine Frau Gabriele stand mir beim Entschluss, sich überhaupt noch im fortgeschrittenem Alter an eine derartige Arbeit heran zu wagen, immer mit Rat und Tat sowie gutem Zureden zur Seite, und hatte während dieser Zeit sehr viel Geduld und Verständnis mit mir – dafür und für alles andere vom ganzen Herzen Danke!

11. Anhang

Anamnesebogen

Name:

Alter: geboren am:

Führende Diagnose:

Datum der Untersuchung:

Anlassdelikt: Aggressionsdelikt Ja () oder Nein ()

Abbrecher: Ja () oder Nein ()

Gutachten:

A. Einige Zeitparameter in der untersuchten § 64-Stichprobe

Merkmal	
Beginn der Maßregel	
Wiederinzug der Maßregel nach § 67 h StGB (Ja=1, Nein=2)	
Frühere Maßregelunterbringung nach § 64 StGB (Ja=1, Nein=2)	
Alter zum Zeitpunkt der Unterbringung	
Unterbringungsdauer zum Zeitpunkt der Untersuchung bzw. Abbruchs	
Parallelstrafe	

B. Ausgewählte Hintergrundmerkmale

Merkmal	
Hauptschulabschluss/POS(8. Klasse) (oder gleichwertig) (Ja=1, Nein=2)	
Höherer Schulabschluss (Realschule, POS (10. Klasse), Gymn.) (Ja=1, Nein=2)	
Abgeschlossene Berufsausbildung (Ja=1, Nein=2)	
derzeit verheiratet o. in fester Partnerschaft (Ja=1, Nein=2)	
Jemals verheiratet o. in fester Partnerschaft (Ja=1, Nein=2)	
Arbeitseinkommen vor Unterbringung (Ja=1, Nein=2 (arbeitslos))	
über ein Jahr arbeitslos (Ja=1, Nein=2)	

C. Familie und allgemeine Entwicklung

Merkmal	
Schichtzugehörigkeit der Primärfamilie * ¹	
Suchtproblematik mind. eines Elternteils (Ja=1, Nein=2)	
Mindestens ein Wechsel eines Elternteils oder Scheidung (Ja=1, Nein=2)	
Sozialisationsauffälligkeiten (Ja=1, Nein=2)	
Heimaufenthalte (Ja=1, Nein=2)	
Körperliche Misshandlungen (Ja=1, Nein=2)	
Opfer sexuellen Missbrauchs (Ja=1, Nein=2)	

D. Suchtanamnese

Merkmal	
Alkoholkonsum vor dem 12. Lebensjahr (Ja=1, Nein=2)	
Drogenkonsum vor dem 15. Lebensjahr (Ja=1, Nein=2)	
Entgiftungen (Ja=1, Nein=2)	
Anzahl der Entgiftungen	
Entwöhnungen (Ja=1, Nein=2)	
Anzahl der Entwöhnungen	
Abbruch mind. einer Entwöhnungsmaßnahme (unbekannt=0, Ja=1, Nein=2)	

E. Forensische Anamnese

Merkmal	
BZR-Einträge	
Erste Straffälligkeit (laut BZR) (Angabe des Alters in Jahren)	
Erste Gewalttat (laut BZR) vor dem 18. Lj. (Ja=1, Nein=2)	
Vorverurteilung/en wegen Aggressionsdelikten (Ja=1, Nein=2)	
Vorverurteilungen wegen Straftaten gegen das Leben (§§ 211, 212, 213 StGB) (Ja=1, Nein=2)	
Andere schwerwiegende Straftaten in der Vorgeschichte (Ja=1, Nein=2)	
Klartext:	
Bisherige Gesamthafterfahrung (ca. in Monaten)	
Gefängnisaufenthalte	
Vorwegvollzug (unbekannt=0, Ja=1, Nein=2)	
Zwischenvollzug (unbekannt=0, Ja=1, Nein=2)	

F. Führendes Anlassdelikt

Straftat/en	StGB (§)
Straftaten gegen das Leben (§§ 211, 212, 213 StGB)	
Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (§§ 223, 224, 226, 227 StGB)	
Andere (Klartext)	

G. Aspekte des Unterbringungsverlaufs

Merkmal	
Lockerungen(Ja=1, Nein=2)	
Höchste Lockerungsstufe	
Lockerungsstufe zum Zeitpunkt des Interviews *4	
Suchtmittelrückfälle (Ja=1, Nein=2)	
Zahl der Suchtmittelrückfälle	
Zeitpunkt der Suchtrückfälle (mit Angabe der psychotropen Substanz)	
<i>1. Rückfall nach Monaten mit</i>	
Entweichungen/Ausbrüche (Ja=1, Nein=2)	
Sonstige Lockerundmissbräuche mit Angabe der Art und Weise (Klartext)	
Wiederholte verbale Aggressivität gegenüber Mitpatienten (Ja=1, Nein=2)	
Wiederholte verbale Aggressivität gegenüber Personal (Ja=1, Nein=2)	
Tätlichkeit gegenüber Mitpatienten (Ja=1, Nein=2)	
Angabe der Häufigkeit (1 Tätlichkeit=0, 2-3 Tätl.=1, >4=2)	
Tätlichkeit gegenüber Personal (Ja=1, Nein=2)	
Angabe der Häufigkeit (0 Tätlichkeit=0, 1-3 Tätl.=1, >4=2)	

Komorbidität nach ICD-10 (Kapitel V (F)) und DSM IV

Weitere psychische Störungen (Klartext)	ICD-10/DSM-IV

13. Erklärung

„Ich, Karlheinz Berger, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Erfassung von forensischen Patienten (§ 64 StGB) unter besonderer Berücksichtigung der Psychopathy Checklist nach Hare (PCL-R). Eine epidemiologische Untersuchung von nach § 64 StGB untergebrachten Patienten in einer Maßregelvollzugs-klinik, selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

26.10.2009