

# Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

Evaluationsstudie zum Vergleich von Maßregelvollzug und  
Strafvollzug bei suchtkranken Straftätern

Erster Projektzwischenbericht

Norbert Schalast, Melanie Steffen, Andrej König

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie Essen  
Direktor: Prof. Dr. Norbert Leygraf

Projektbericht 2010



## Vorbemerkung

Die Studie, über deren ersten Ergebnisse im Folgenden berichtet wird, wird vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert. Zunächst konnte in einem kurzfristig angelegten Projekt der wissenschaftliche Forschungsstand zur Behandlung suchtkranker Straftäter dargestellt und ein Konzept zur aussagekräftigen Evaluation des § 64-Maßregelvollzugs vorgeschlagen werden (Schalast & Kösters 2008). Im Sommer letzten Jahres wurde dann die eigentliche – prospektiv angelegte und multizentrische - Studie begonnen. Die Finanzierung ist allerdings zunächst nur bis Ende dieses Jahres – 2010 - gesichert. Auch auf der Basis des vorliegenden Zwischenberichtes soll über die weitere Finanzierung einer auf insgesamt 8 Jahre angelegten Untersuchung entschieden werden.

Kontrovers wurde im Vorfeld der begonnenen Studie erörtert, ob und in welchem Umfang Patienten aus Kliniken anderer Bundesländer berücksichtigt werden können. Die Finanzierung des ersten Studienabschnitts wurde dann unter den beiden folgenden Vorgaben bewilligt:

Erstens soll mindestens die Hälfte der untersuchten Fälle aus NRW stammen.

Zweitens soll der jetzt vorgelegte Zwischenbericht ein „eigenständiges Werkstück“ mit substantiellen Ergebnissen darstellen.

Zur Erfüllung dieser beiden Vorgaben ist folgendes zu sagen: Unsere Strategie der Rekrutierung von Patienten für die Studie war konsequent darauf abgestellt, mindestens 50 % der Fälle in NRW zu erheben. Im Frühjahr haben wir allerdings festgestellt, dass die Kooperation der Kliniken anderer Bundesländer sich alles in allem etwas unproblematischer darstellte als in den Kliniken NRWs. Mit dieser Aussage soll nur ein mittlerer Trend beschrieben werden. Es gab außerhalb NRWs durchaus Standorte, die sich mit der Umsetzung getroffener Absprachen etwas schwer taten, und es gab in NRW zwei große Standorte des § 64-Maßregelvollzugs, die in ganz unproblematischer Weise kooperierten. Die Auswertung, die für diesen Zwischenbericht vorgenommen wurde, bezieht sich auf die Daten, die bis Mitte August vorlagen. Zu diesem Zeitpunkt hatten wir aus Bundesländern außerhalb NRWs einen etwas höheren Rücklauf als aus NRW. Inzwischen haben noch einmal Absprachen stattgefunden, und wir sind sicher, dass zum einen die avisierte Stichprobengröße von  $n = 300$  Maßregelpatienten erreicht wird und die Hälfte von diesen aus NRW stammen wird. Bereits Anfang September sind 15 weitere Erhebungsbögen aus NRW eingegangen.

Zum „eigenständigen Werkstück“ ist anzumerken, dass die wissenschaftlich wesentlichen Aussagen der Studie von der konsequenten Umsetzung des langfristig angelegten Untersuchungskonzepts abhängen. Dennoch hat auch das bereits jetzt vorliegende Datenmaterial schon eine eigenständige Substanz. Sollte die langfristige Finanzierung der Studie abgelehnt werden, so beabsichtigen wir, diesen Bericht bis Ende dieses Jahres noch einmal um die bis Ende November eingegangenen Daten und weitere statistische Analysen zu ergänzen.

Im ersten Halbjahr 2011 könnten wissenschaftliche Publikationen zu drei Themen erfolgen:

- 1) Erklären sich Besonderheiten des § 64-Maßregelvollzugs in NRW durch Eigenarten der zugewiesenen Patienten?
- 2) Ist der kurze „Anger Rating Index“ (ARI, Novaco 1994) ein brauchbarer dynamischer Risikoindikator für den Verlauf einer Unterbringung im Maßregelvollzug?
- 3) Ist die eingesetzte Kurzform des „Personality Assessment Schedule“ (PAS, Tyrer et al. 2007) ein geeignetes Instrument zur Einschätzung prognoserelevanter Persönlichkeitsprobleme von Patienten?

Zur Beantwortung der ersten Frage liefert die Untersuchung eine gute Datenbasis. Für den zweiten Beitrag können Ergebnisse zweier Voruntersuchungen mit verwendet werden, die noch nicht einschlägig publiziert wurden. Zur Validität und Praktikabilität des „Personality Assessment Schedule“ wurde parallel zum Projekt eine Diplomarbeit durchgeführt, deren Ergebnisse nun vorliegen und die in die Darstellung einfließen können (Boateng 2010).

Die genannten Veröffentlichungen sind auf jeden Fall vorgesehen. Sollte die langfristige Finanzierung zugesagt werden, so nehmen wir sie erst in Angriff, wenn die Daten der Erhebungszeitpunkte I und II für die gesamte Stichprobe erhoben und ausgewertet sind.

Jedenfalls ist sichergestellt, dass zum ersten Projektabschnitt ein eigenständiges Werkstück mit wissenschaftlichem Gehalt vorgelegt werden kann. Gleichzeitig sind wir zuversichtlich, dass das Land uns die Weiterverfolgung der erfolgreich begonnen Evaluationsstudie ermöglichen wird.

Essen, im September 2010

Norbert Schalast, Melanie Steffen, Andrej König, Norbert Leygraf

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	<b>9</b>
Methodische Eckpfeiler der begonnenen Untersuchung.....	<b>12</b>
a) Stichprobe von Maßregelpatienten und einbezogene Kliniken.....	12
b) Erhebungszeitpunkte bei den Maßregelpatienten .....	12
c) Datenschutz .....	13
c) Erhebungsinstrumente .....	14
d) Vergleichsgruppe von Strafgefangenen.....	15
Stand der Projektrealisierung und erste Ergebnisse .....	<b>16</b>
Beschreibung der rekrutierten Stichprobe von Maßregelpatienten .....	16
Allgemeine Beschreibung der Stichprobe.....	17
Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit .....	18
Vergleich NRW und andere Bundesländer .....	22
Vergleich der Patientengruppen „Alkohol“ und „Drogen“ .....	30
Einige Aspekte des bisherigen Erhebungsprocedere .....	33
Feststellungen zu Erhebungsinstrumenten .....	35
Fazit und Ausblick .....	<b>39</b>
Literaturverzeichnis .....	<b>43</b>

#### Abkürzungen:

M = arithmetischer Mittelwert

Mdn = Median

SD = Standardabweichung (Streuung)

r = Korrelationskoeffizient

PR<sub>97</sub> = Prozentrang 97

T<sub>256</sub> = T-Wert (statistische Prüfgröße), tief gestellt: Freiheitsgrade

X<sup>2</sup>(9) = Chi-Quadrat (statistische Prüfgröße), in Klammern: Freiheitsgrade

ARI = Anger Rating Index (Novaco 1994)

PAS = Personality Assessment Schedule (Tyrer et al. 2007)

## Einleitung

Strafgerichte können bei einem Täter die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB anordnen, wenn Suchtprobleme einen wesentlichen Hintergrund seiner strafbaren Handlungen bilden und in Folge der Sucht auch weitere rechtswidrige Handlungen drohen. Es müssen hinreichend konkrete Aussichten auf einen Behandlungserfolg bestehen. Im Hinblick auf die Adressaten dieses Zwischenberichtes brauchen die Modalitäten der Unterbringung sowie die Entwicklung und derzeitige Situation der „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ an dieser Stelle nicht eingehend dargelegt zu werden (vgl. Dimmek et al. 2010, Schalast et al. 2004, Schalast et al., im Druck).

Ziel des im Herbst 2009 begonnenen Forschungsprojektes ist es, den therapeutischen Ertrag der Maßnahme abzuschätzen. Dabei besteht der primäre Zweck der Unterbringung in der Minderung der Gefährlichkeit des Untergebrachten. Die Unterbringung kann nicht einfach erfolgen, um einem suchtmittelabhängigen Menschen im medizinisch-therapeutischen Sinne zu helfen. Vielmehr müssen Aussichten bestehen, dass das Risiko erneuter Straffälligkeit substantiell gemindert wird.

Wilms (2005) kommt in einer rechtlich-kriminologischen Analyse zu dem Ergebnis, dass dem Rechtsinstitut „Unterbringung in der Entziehungsanstalt“ die Legitimation fehle. Es lasse sich nämlich keine unmittelbare Kausalbeziehung zwischen Suchtproblemen und Kriminalität belegen. Das „Sonderopfer“ der Unterbringung gemäß § 64 StGB sei nur gerechtfertigt, wenn der Hang zum exzessiven Suchtmittelkonsum eine entscheidende Ursache für Straffälligkeit darstelle. Da dies im Allgemeinen nicht der Fall sei, solle das Rechtsinstitut abgeschafft werden. Sie kommt zu ihrer Einschätzung auf der Grundlage einer sorgfältigen kriminologischen Analyse. Doch ließe sich ihre Position im Grunde einfach widerlegen. Es müsste „nur“ demonstriert werden, dass eine forensische Suchtbehandlung ein effektives Mittel ist, Straffälligkeitsrisiken zu reduzieren. Die Ergebnisse einer aussagekräftigen Evaluationsstudie wären damit nicht nur eine wichtige Rückmeldung für Behandler und Kostenträger der Maßnahme, sie wäre auch von Bedeutung in Bezug auf die Legitimität des Rechtsinstituts.

Wie an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Schalast & Kösters 2008) gibt es zum Nutzen von Behandlungsmaßnahmen bei suchtkranken Straftätern eine ganze Reihe von Untersuchungen. Dies gilt auch für gerichtlich angeordnete Behandlungen in geschlossenen Institutionen des Maßregelvollzugs. Ganz aktuell haben Dimmek et al. (2010) über die Bewährungsverläufe von immerhin 160 Patienten nach einer Unterbringung gemäß § 64 StGB berichtet. Die Autoren fassen ihre Ergebnisse in folgender Weise zusammen: „Trotz einer oft problematischen Kindheit und Jugend

mit frühem Suchtmittelmissbrauch, Gewalt im Elternhaus und einer ausgeprägt delinquenten Lebensgeschichte fand der größte Teil der Maßregelpatienten nach der Behandlung in ein straffreies Leben zurück. Für rund 60 % der Alkoholkranken und etwas mehr als 50 % der Drogenabhängigen ergab die Auswertung der Strafregistrauszüge, dass innerhalb von drei Jahren keinerlei erneute Straftaten zu verzeichnen waren. Kam es dennoch zu Rückfalldelikten, dann handelte es sich in der Mehrzahl um vergleichsweise geringfügige Delikte ... Nur 22 Patienten wurden aufgrund späterer Straftaten erneut zu einem Freiheitsentzug ohne Bewährung verurteilt.“

Generell lässt sich sagen, dass die zur Behandlung in der Entziehungsanstalt verfügbaren Untersuchungsdaten sich mit der Annahme eines positiven Ertrags grundsätzlich vereinbaren lassen. Doch betreffen bei den meisten Studien die erhobenen Verlaufsdaten oder Bewährungsquoten nur eine Teilgruppe der ursprünglich Aufgenommenen (gilt auch für Schalast et al. 2009). Schon die Nachverfolgung derjenigen Patienten, die nach relativ erfolgreicher Behandlung zur Bewährung in die Freiheit entlassen werden, ist mit erheblichem Aufwand verbunden. Patienten, die nach negativem Behandlungsverlauf in den Strafvollzug zurückverlegt wurden, werden in den klinikbasierten Studien praktisch nie einbezogen. Kriminologische Aktenanalysen, die die Verläufe unausgelesener Kohorten von Untergebrachten vollständig weiterverfolgen, kommen zu weniger eindeutigen Ergebnissen, deren Bewertung nicht ganz einfach ist (Dessecker 1996, Jehle et al. 2003). Es stellt sich stets dabei die Frage, welche Vergleichsgruppe Straffälliger zur Interpretation von Ergebnissen über die Bewährung nach Unterbringung als Referenz dienen kann.

Im Jahre 2007 hat das Land NRW (Sozialministerium und Landesbeauftragter für den MRV) uns die Möglichkeit gegeben, im Rahmen einer vorbereitenden Studie („Machbarkeitsstudie“) das Konzept einer langfristig angelegten und aussagekräftigen Evaluationsuntersuchung zu entwickeln. Dieses Konzept haben wir im Jahre 2008 in einem Projektbericht vorgelegt (Schalast & Kösters 2008). Auf der Basis der in diesem Projektbericht benannten methodischen Eckpunkte konnte im Herbst 2009 eine multizentrische Evaluationsstudie begonnen werden (Schalast et al. 2009), deren erste Ergebnisse in diesem Zwischenbericht dargestellt werden.

In dieser Studie sollen die folgenden methodischen Prinzipien realisiert werden:

- Erfassung einer großen ( $n = 300$ ), heterogenen und vollständigen Stichprobe von Maßregelpatienten unter Einbeziehung vieler Klinikstandorte;
- Weiterverfolgung aller Patienten (auch der in den Strafvollzug zurückverlegten) bis zur Entlassung in die Freiheit; Einholung von Auskünften aus dem BZR frühestens nach zwei Jahren in Freiheit;



- Rekrutierung einer gematchten Vergleichsgruppe von Insassen des Strafvollzugs mit Suchtproblemen, deren Bewährung in Freiheit ebenfalls erfasst wird.

Um Unterschiede der Verläufe nach Straf- und Maßregelvollzug kritisch bewerten und diskutieren zu können, erfolgt zumindest bei den Maßregelpatienten eine differenzierte Erhebung prognostisch und therapeutisch relevanter Merkmale und biografischer Daten. Außerdem wird versucht, Aspekte der therapeutischen Praxis in den Kliniken zu erfassen.

Die Untersuchungsstrategie wurde bei vielen Klinikbesuchen in Mitarbeiterunden diskutiert, wobei zahlreiche kritische Hinweise sowohl in den Erhebungsinstrumenten als auch im Erhebungsverfahren berücksichtigt wurden.

## Methodische Eckpfeiler der begonnenen Untersuchung

### a) Stichprobe von Maßregelpatienten und einbezogene Kliniken

Um repräsentative Daten über den MRV gemäß § 64 StGB zu erheben, darf die Untersuchung sich nicht auf Nordrhein-Westfalen beschränken. Bestimmte Aspekte des Vollzugs der Maßnahme sind in NRW kaum repräsentativ für die Verhältnisse in der Bundesrepublik. Insgesamt 300 Patienten sollen rekrutiert werden. Mit dem Sozialministerium wurde vereinbart, dass die Hälfte der Maßregelpatienten innerhalb des Landes NRW erhoben werden muss. Die zweite Hälfte der Stichprobe darf in anderen Bundesländern rekrutiert werden.

Neben allen Standorten des § 64-Maßregelvollzugs in NRW werden die folgenden Einrichtungen anderer Bundesländer in das Projekt einbezogen:

*Klinik Merxhausen in 34308 Bad Emstal*

*Klinikum Bremen-Ost in 28325 Bremen*

*Isar-Amper-Klinikum München-Haar in 85540 Haar*

*Psychiatrisches Krankenhaus Hadamar in 65589 Hadamar*

*LKH Lüneburg in 21339 Lüneburg*

*LKH Brauel / Fachabteilung Bad Rehburg in 31547 Rehburg-Loccum*

*Klinik Nette-Gut in 56575 Weißenthurm*

*LKH Brauel in 27404 Zeven-Brauel*

*Klinik für Forensische Psychiatrie in 88529 Zwiefalten*

In diesen Standorten darf maximal die Hälfte der Probanden erhoben werden. Die übrige Stichprobe rekrutiert sich aus Patienten, die in den LWL-Kliniken Marsberg und Schloss Haldem, den LVR-Kliniken Bedburg-Hau und Viersen und dem NTZ Duisburg aufgenommen wurden. In wenigen Einzelfällen erfolgte die primäre Aufnahme in der Volmeklinik in Hagen und in der LVR-Klinik Langenfeld.

### b) Erhebungszeitpunkte bei den Maßregelpatienten

Zu einem frühen Zeitpunkt nach der Aufnahme sollen die zuständigen Behandler einen Erhebungsbogen bearbeiten, in dem Basisdaten zur Vorgeschichte und zum Hintergrund der Unterbringung erfasst werden. Die Patienten erhalten zu diesem Zeitpunkt Gelegenheit, über biographische Umstände und Probleme zu berichten.

Nach etwa vier bis fünf Monaten soll die Zweiterhebung erfolgen. Wir gehen davon aus, dass die Patienten zu diesem Zeitpunkt in der Therapie „angekommen sind“, also Aspekte der Behandlungssituation beurteilen können, und dass die Therapie-

ten eine differenzierte Einschätzung der Persönlichkeit des Patienten gewonnen haben.

Eine dritte Datenerhebung erfolgt zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Unterbringung (in die Freiheit oder in den Strafvollzug). In einem relativ kurzen Erhebungsbogen äußern die Therapeuten sich zu objektiven Aspekten des Behandlungsverlaufs und ihrer prognostischen Einschätzung des Patienten.

Bei allen Patienten wird frühestens zwei Jahre nach der Entlassung in die Freiheit (aus Unterbringung oder anschließendem Strafvollzug) eine Anfrage beim Bundesamt für Justiz erfolgen, welches uns Auszüge aus dem Bundeszentralregister zuleitet (pseudonymisiert, mit der Fallnummer des jeweiligen Patienten versehen). Die Legalbewährung der ehemaligen Patienten und Gefangenen nach Entlassung in die Freiheit ist die wesentliche Kriteriumsvariable dieser Untersuchung. Zeitliche Spielräume sollen so genutzt werden, dass viele Anfragen erst später als nach zwei Jahren erfolgen. Auf diese Weise soll eine echte „time at risk“ von im Mittel deutlich über zwei Jahren erreicht werden.

### **c) Datenschutz**

Das Untersuchungsverfahren wurde mit der Landesbehörde für Datenschutz und Informationsfreiheit in NRW abgestimmt. Eingehende Prüfungen erfolgten später auch durch die entsprechenden Behörden in Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz. Eine datenschutzrechtliche Hürde besteht darin, dass weder Patienten noch Gefangene um Teilnahme an der Untersuchung gebeten werden. Die Aussagekraft der aufwändigen Studie würde jedoch erheblich geschwächt, wenn man in den Untersuchungsgruppen eine mehr oder weniger hohe Verweigererquote in Kauf nähme. Nur wenn eine ausreichend große Gruppe nicht selbstselegierter Personen erhoben werden kann, erlaubt die Studie tragfähige Aussagen und können die methodischen Mängel früherer Untersuchungen vermieden werden.

Das Erhebungsverfahren ist vollständig anonymisiert (bzw. in der Terminologie des Datenschutzes „pseudonymisiert“; an die Stelle des Patientennamens tritt eine „nicht sprechende“ - keine Informationen verschlüsselnde - Code-Nummer). Die Kliniken berichten über ihre Patienten auf Erhebungsbögen mit Codenummer ohne Namensangabe. Angehörige des Instituts für Forensische Psychiatrie in Essen nehmen persönlich keinen Kontakt zu Patienten (oder Gefangenen) auf und erhalten keine Akteneinsicht. Angaben zur Person (nebst studieninterner Codenummer) werden bei Entlassung aus der Unterbringung dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug in Düsseldorf zugeleitet. Der Landesbeauftragte reicht diese Angaben zu einem sinnvollen Zeitpunkt an das Bundesamt für Justiz weiter, welches dem Insti-

tut für Forensische Psychiatrie anonymisierte Strafregisterauszüge zur Verfügung stellt.

### **c) Erhebungsinstrumente**

#### *Nach der Aufnahme:*

Mit einem bereits in früheren Untersuchungen verwendeten Erhebungsblatt, welches die Therapeuten ausfüllen, werden soziodemographische Merkmale und Aspekte der forensischen Vorgeschichte (insbesondere Hafterfahrung, Vorbelastung, Anlassdelikt) erfasst.

Der Patient wird gebeten, auf einem Erhebungsbogen über belastende Lebensumstände und persönliche Schwierigkeiten und Auffälligkeiten in der Vorgeschichte zu berichten. (Er wird dahingehend instruiert, dass diese Angaben pseudonymisiert in einer Studie verwendet werden und dass er die Angaben verweigern kann, ohne dass dies persönliche Nachteile zur Folge hat.) In dem Erhebungsbogen werden vier publizierte Instrumente in gekürzter Form verwendet:

- AUDIT und DUDIT (Alcohol- bzw. Drug Use Disorder Identification Test): ermöglichen eine einfache Quantifizierung der Alkohol- bzw. Drogenproblematik. Der Patient bearbeitet gekürzte Skalen (Berman et al. 2005; Saunders et al. 2006).
- CTQ (Childhood Trauma Questionnaire): In dem von uns modifizierten Verfahren berichten Patienten über unterstützende und belastende Erfahrungen in der Kindheit: familiärer Rückhalt, körperliche Misshandlung und emotionale Vernachlässigung (Bernstein et al. 1994).
- FEA-FSB (Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, daraus die Skala „Frühere Probleme Selbstbeurteilung“; Döpfner et al., in Vorb.).
- SBB-SSV (Selbstbeschreibungsbogen „Störung des Sozialverhaltens“ aus dem DISYPS-II, Döpfner et al. 2008)

#### *Nach 4 – 5 Monaten*

- Die Therapeutinnen und Therapeuten können auf einem Erhebungsbogen über diagnostische Feststellungen berichten. Außerdem geben sie an, welche Themen ihnen in der Arbeit mit dem Patienten aktuell wichtig erscheinen und schätzen das Stationsklima ein (nach Schalast 2008). Mit einer erheblich gekürzten Version des Personality Assessment Schedule (Tyrer et al. 2007) beurteilen sie sieben Persönlichkeitseigenarten, die Cluster B-Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen sind (vor allem dissozial, emotional instabil).

- Der Patient kann auf einem Erhebungsbogen angeben, welche Themen ihm selbst in der Behandlung wichtig erscheinen. Er wird gefragt, in welche (Behandlungs-) Aktivitäten er wöchentlich eingebunden ist (Zeitbudget), und er kann ebenfalls Angaben zum Stationsklima machen.

#### *Zum Zeitpunkt der Entlassung*

Auf einem zweiseitigen Erhebungsbogen macht die Therapeutin bzw. der Therapeut Angaben zu Entlassungsmodus und Unterbringungsverlauf und beschreibt die Entlassungssituation hinsichtlich sozialer Einbindung des Patienten und initiiertes Nachsorge.

#### **d) Vergleichsgruppe von Strafgefangenen**

Unter Haftinsassen ist der Anteil derjenigen mit Abhängigkeitsstörungen beträchtlich. Man kann problemlos von deutlich über 3000 Gefangenen allein in NRW ausgehen, für die eine Suchtdiagnose zu stellen ist (vgl. Wirth 2002, Schalast & Kösters 2008).

Die Rekrutierung der Vergleichsprobanden soll möglichst vollständig in 2011 erfolgen. Hinsichtlich des konkreten Vorgehens haben bereits Gespräche mit Vertretern des Justizministeriums NRW und des Strafvollzugs stattgefunden, Detailfragen werden noch abgestimmt. Die Identifizierung geeigneter gematchter Vergleichspersonen für Patienten der Maßregelstichprobe erfolgt durch Mitarbeiter des Justizdienstes mit tatkräftiger Unterstützung von Seiten des Projektteams bzw. durch eine externe Hilfskraft.

Die Identifizierung des zu jedem Maßregelpatienten passenden Zwillings im Strafvollzug muss anhand eines relativ groben Merkmalsrasters erfolgen, das sich an der Routinedokumentation im Strafvollzug orientiert. Andernfalls wäre es schwierig, für jeden Patienten den „richtigen“ Gefangenen zu finden. Dieses Merkmalsraster wird, nach mehreren Vorgesprächen, im 4. Quartal 2010 abschließend festgelegt.

Da bei den Strafgefangenen keine eingehende individuelle Beurteilung und Erhebung zu Vorgeschichte und Verlauf vorgesehen ist, muss die Rekrutierung nicht zu Beginn des Strafvollzugs erfolgen.

## Stand der Projektrealisierung und erste Ergebnisse

### **Beschreibung der rekrutierten Stichprobe von Maßregelpatienten**

Im Zeitraum Herbst 2009 bis Anfang August 2010 wurde eine Stichprobe von  $n = 272$  Probanden erhoben (= Rücklauf Erhebungsbogen I). Die in das Projekt involvierten Patienten stammen aus sechzehn Kliniken in sieben verschiedenen Bundesländern. Neben NRW beteiligen sich Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hessen, Bayern, Baden-Württemberg und Bremen an unserer Studie.

Die Verteilung der Stichprobe auf die einzelnen Bundesländer gibt Abbildung 1 wieder.

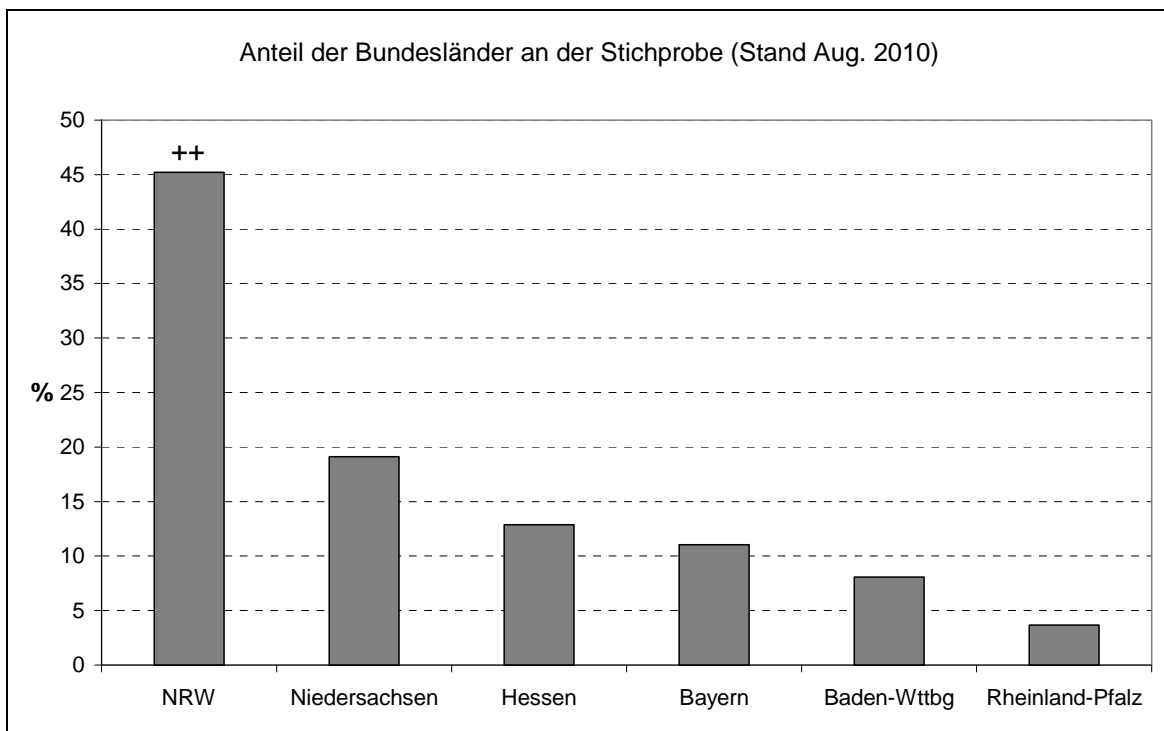


Abb. 1: Aktuelle Verteilung der Stichprobe auf die einzelnen Bundesländer. Für NRW sind weitere Fälle zugesagt.

Bei den beteiligten Kliniken verzeichnen wir eine große Bereitschaft, die Studie zu unterstützen. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Aufnahmefrequenzen und Aufnahmekapazitäten der einzelnen Einrichtungen sind diese mit ganz unterschiedlichen Fallzahlen in die Studie einbezogen. So steuert die Klinik Schloss Haldem mit vierzig Patienten die absolut größte Zahl von Fällen bei. Andere Kliniken wie das

LVR –Klinikum Langenfeld, die Volmeklinik in Hagen und das Nette-Gut sind dagegen mit kleinen Fallzahlen (4 - 10) beteiligt.

Bedingt durch langwierige Abstimmungen mit dortigen Datenschutzbehörden verzögerte sich der Beginn der Erhebung in den beteiligten Kliniken in Rheinland-Pfalz, Hessen und Bayern. Hier konnte teilweise erst im März dieses Jahres mit der Untersuchung begonnen werden. Ebenfalls erst im Januar konnte die Rekrutierung von Patienten im neu eröffneten Niederrhein Therapiezentrum Duisburg beginnen.

Insgesamt ist in den kommenden zwei Monaten noch mit gut dreißig Rückläufen zum Erhebungszeitpunkt I aus Kliniken in Baden-Württemberg, Niedersachsen und vor allem NRW zu rechnen.

Bis Mitte August 2010 haben wir 272 Datensätze zum Erhebungszeitpunkt I erhalten. Beim Rücklauf der korrespondierenden Datensätze zum Erhebungszeitpunkt II spielte – mit 169 Datensätzen – natürlich der spätere Untersuchungsbeginn an einigen Standorten eine Rolle.

### **Allgemeine Beschreibung der Stichprobe**

Über alle beteiligten Kliniken hinweg lassen sich den zum Erhebungszeitpunkt I erhobenen Basisdaten folgende Patientencharakteristika entnehmen:

#### *Alter*

Die ausschließlich männlichen Patienten sind durchschnittlich 35 Jahre alt. Der bis zum jetzigen Zeitpunkt älteste Studienteilnehmer ist sechzig, der jüngste achtzehn Jahre alt.

#### *Schulabschluss*

26,1 % der beteiligten Probanden verfügen nicht über einen Schulabschluss; 53,1 % erlangten laut eigener Angaben den Hauptschulabschluss. Es folgen Realschulabgänger mit 14,3 %, über einen höheren Abschluss verfügen 4,8 %. Bei 1,1% lagen keine Informationen zum Schulabschluss vor.

#### *Drogen vs. Alkohol*

Bei fast zwei Dritteln der Patienten steht eine Drogenproblematik im Vordergrund (in 22,6 % aller Fälle einschließlich intravenöser Applikation). Gut ein Drittel (35,2 %) ist primär alkoholabhängig.

### *Migrationshintergrund*

Aufgrund datenschutzrechtlicher Auflagen war es in einigen Bundesländern nicht möglich, die nationale Herkunft der Patienten zu erheben. Von den 200 Patienten, deren Herkunft mitgeteilt wurde, waren vierfünftel im engeren Sinne deutschstämmig. 7 % sind türkischer Herkunft. 12,5 % verteilen sich auf diverse Herkunftsregionen (z.B. Russland, Afghanistan, Polen, Aserbaidschan).

### **Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit**

Zur Überprüfung der Repräsentativität der erhobenen Gesamtstichprobe (n = 272) folgt ein Vergleich mit den Ergebnissen der bundesweiten Stichtagserhebung aus dem Jahr 2009 (von der Haar, 2010). Hierzu werden einige allgemeine, kriminologische und klinische Merkmale der vorliegenden Gesamtstichprobe der Stichtagserhebung gegenübergestellt (s. Abb. 2 bis 7)

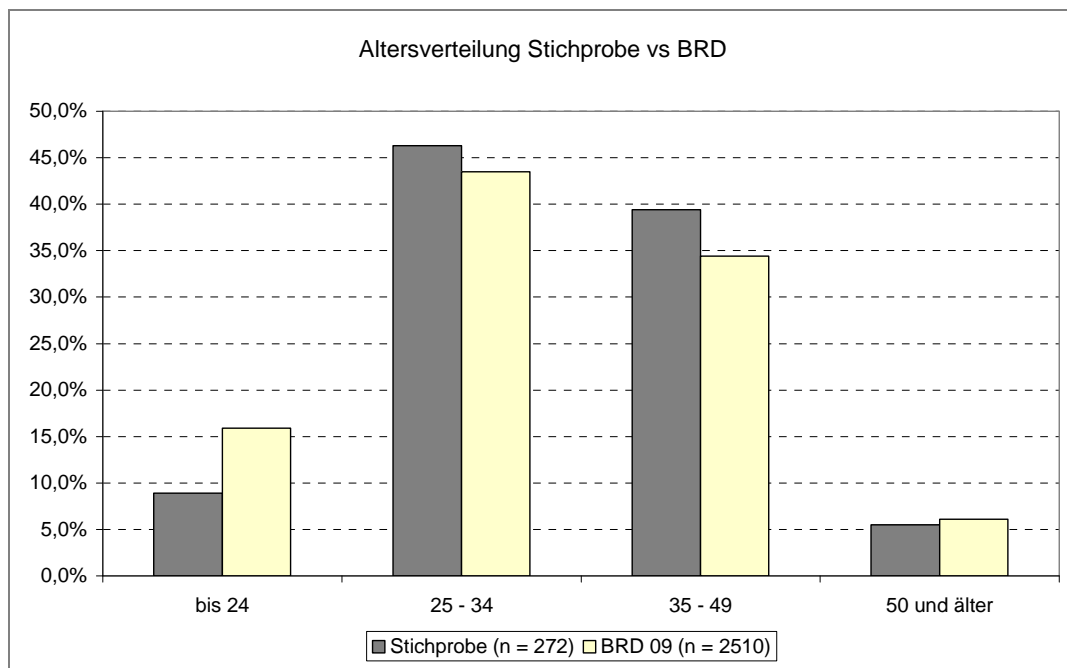


Abb. 2: Vergleich Altersverteilung Stichprobe vs. BRD (2009, siehe von der Haar 2010).

### *Alter*

In Abbildung 2 werden Stichprobe und Grundgesamtheit hinsichtlich der Altersverteilung verglichen. Erkennbar sind besonders junge Patienten (bis 24 Jahre) in der



Stichprobe etwas unterrepräsentiert (9 vs. 16 %). Wegen der großen Fallzahlen erübrigt sich eine statistische Prüfung.

### Anzahl BZR-Eintragungen

Die Verteilungen des Merkmals „Anzahl BZR-Eintragungen“ weist in Stichprobe und Grundgesamtheit keine nennenswerten Unterschiede auf.

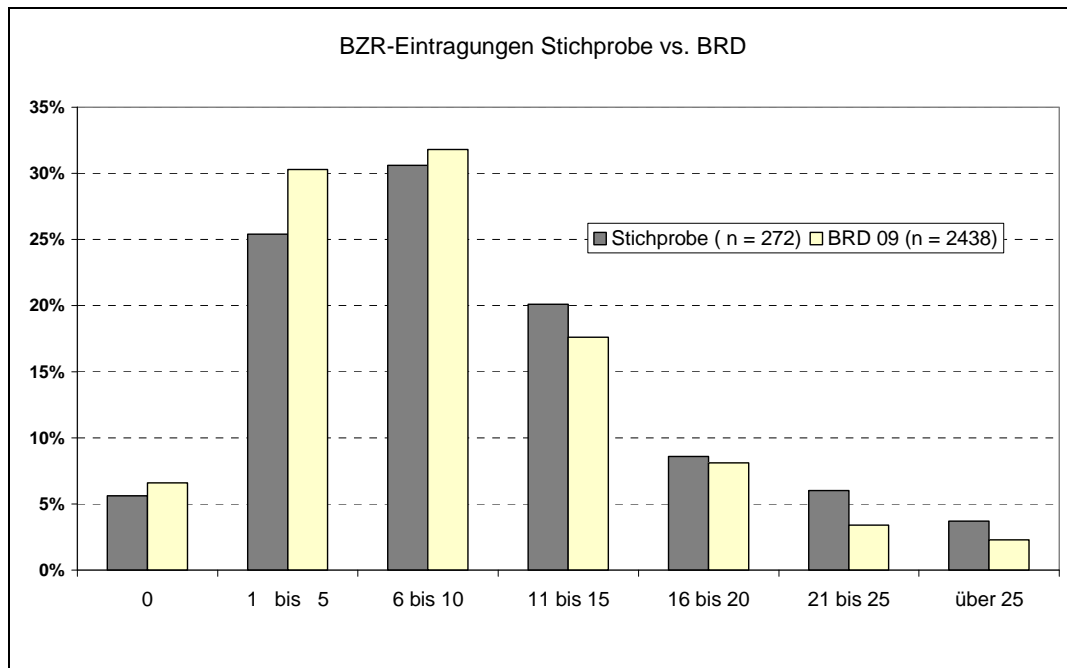


Abb. 3: Vergleich Anzahl BZR-Eintragungen Stichprobe vs. BRD (2009, siehe von der Haar 2010).

### Hafterfahrung

Patienten ohne jegliche Hafterfahrung sind in der Stichprobe etwas unter- und Patienten mit viel Hafterfahrung (> 7 Jahre) überrepräsentiert.

### Unterbringungsdelikte

Die Häufigkeiten bestimmter Hauptunterbringungsdelikte in Stichprobe und Grundgesamtheit weisen große Ähnlichkeit auf, doch sind Patienten mit dem Anlassdelikt Körperverletzung in der Grundgesamtheit - Stichtagserhebung – etwas stärker vertreten (Abb.5.).

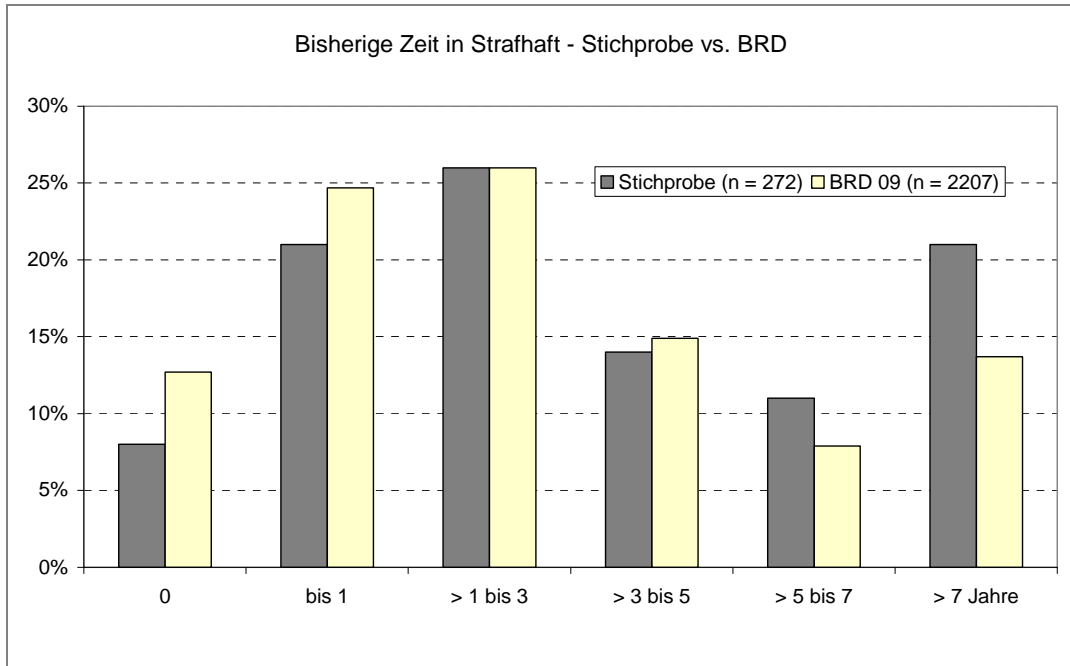


Abb. 4: Vergleich der bisher verbüßten Haftzeit Stichprobe vs. BRD (2009, siehe von der Haar 2010).

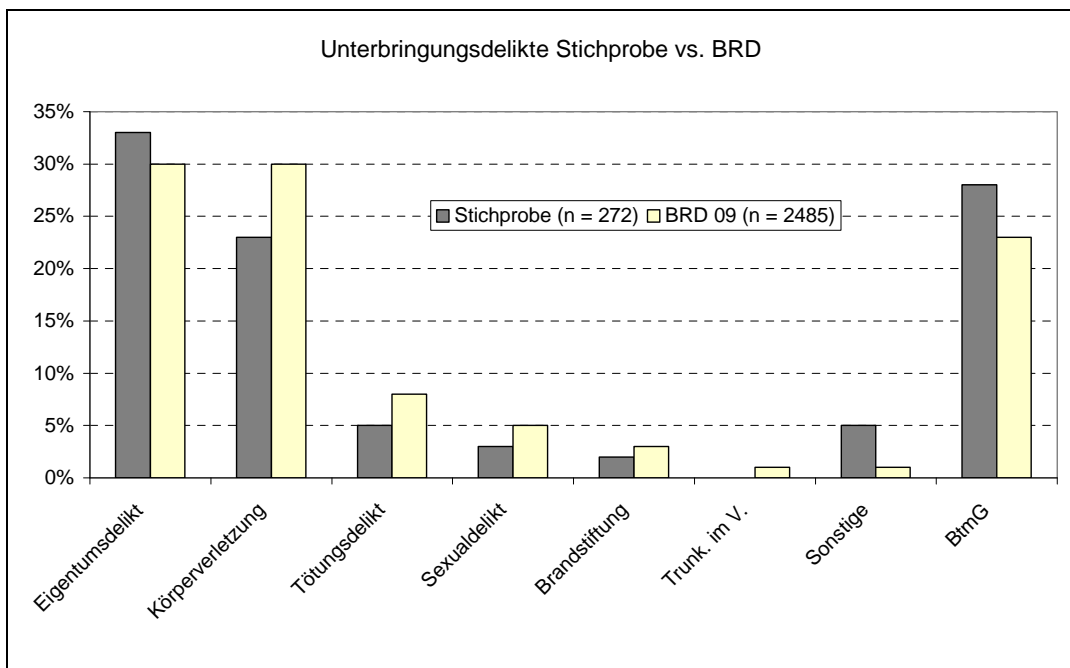


Abb. 5: Vergleich Hauptunterbringungsdelikt (ohne Vollrausch) Stichprobe vs. BRD 2009

### Diagnosen

Die Therapeuten der Stichprobe geben häufig an, dass Patienten neben der Abhängigkeitsproblematik keine weitere psychiatrische Störung aufweisen (Abb. 6). Wenn die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt wird, so stimmt die Häufigkeit der Zuschreibung einzelner Störungsbilder mit den Verhältnissen in der Grundgesamtheit weitgehend überein. Im Vordergrund stehen die Diagnosen „dissoziale“ und „emotional instabile“ Persönlichkeitsstörung (neben der „kombinierten“ und „sonstigen“, siehe Abb. 7).

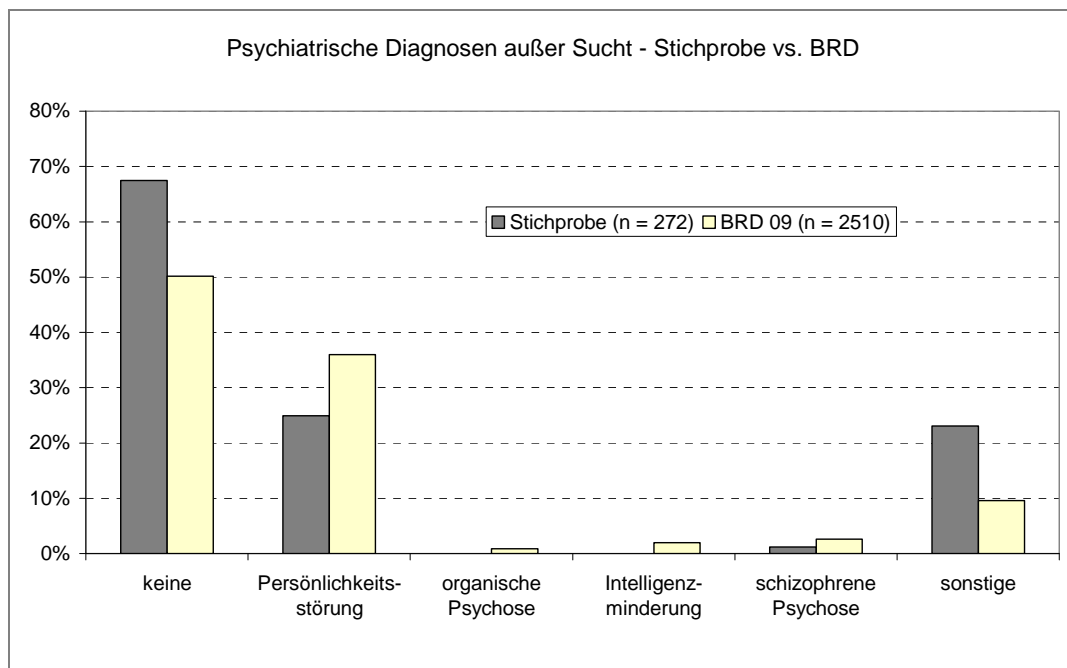


Abb. 6: Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit (Stichtagserhebung, von der Haar, 2010) hinsichtlich psychiatrischer Diagnosen (neben der Abhängigkeitsstörung).

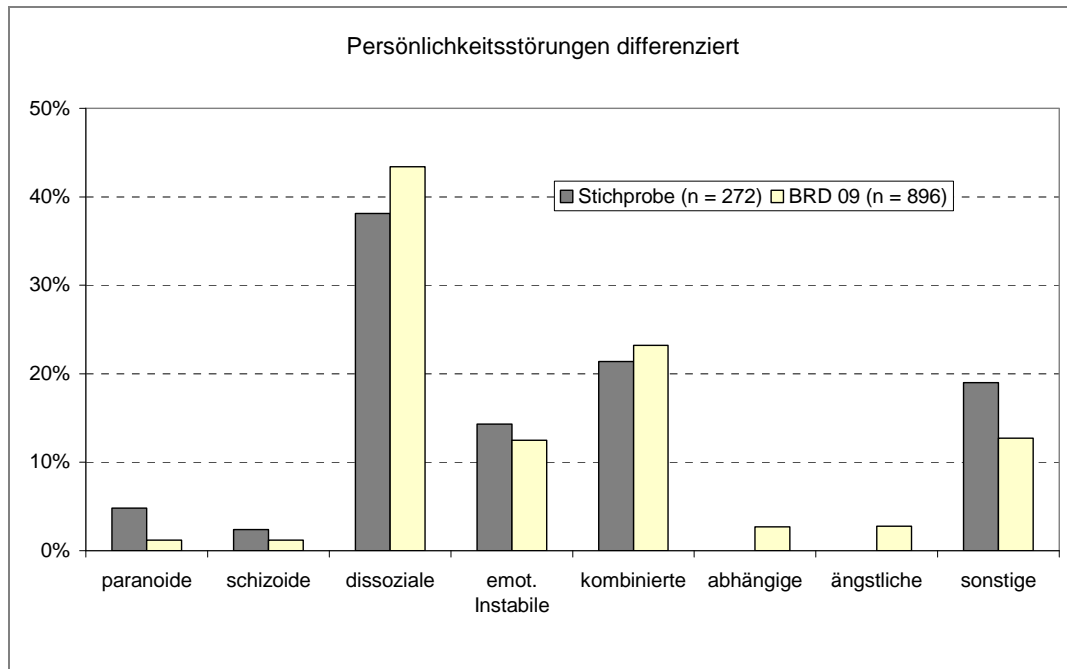


Abb. 7: Spezifische Persönlichkeitsstörungen bei Patienten, denen eine Persönlichkeitsstörung zugeschrieben wurde - Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit

### **Vergleich NRW und andere Bundesländer**

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus NRW und den anderen Bundesländern vergleichend gegenübergestellt. Wir orientieren uns dabei wieder an den Darstellungen in der Stichtagserhebung (von der Haar, 2010). Zum Zwecke der Prägnanz erfolgt jedoch in einigen Abbildungen eine gröbere Kategorisierung der betrachteten Merkmale. Beschrieben werden auch Befunde für eine Reihe weiterer kriminologisch und klinisch relevanter Variablen und für einige psychologische Merkmalsskalen. Nicht alle Ergebnisse müssen mit Abbildungen veranschaulicht werden.

#### *Anteil der Haupt-Abhängigkeitsgruppen (Alkohol vs. Drogen)*

Die Gruppen NRW und „andere Bundesländer“ (andere BL) unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des Anteils alkoholabhängiger Patienten (NRW 33 %, andere BL 36,7 %;  $\chi^2(1) = 0.34$ ,  $p = .56$ ). Der Anteil Drogenabhängiger liegt in beiden Teilstichproben jeweils über 60 %.

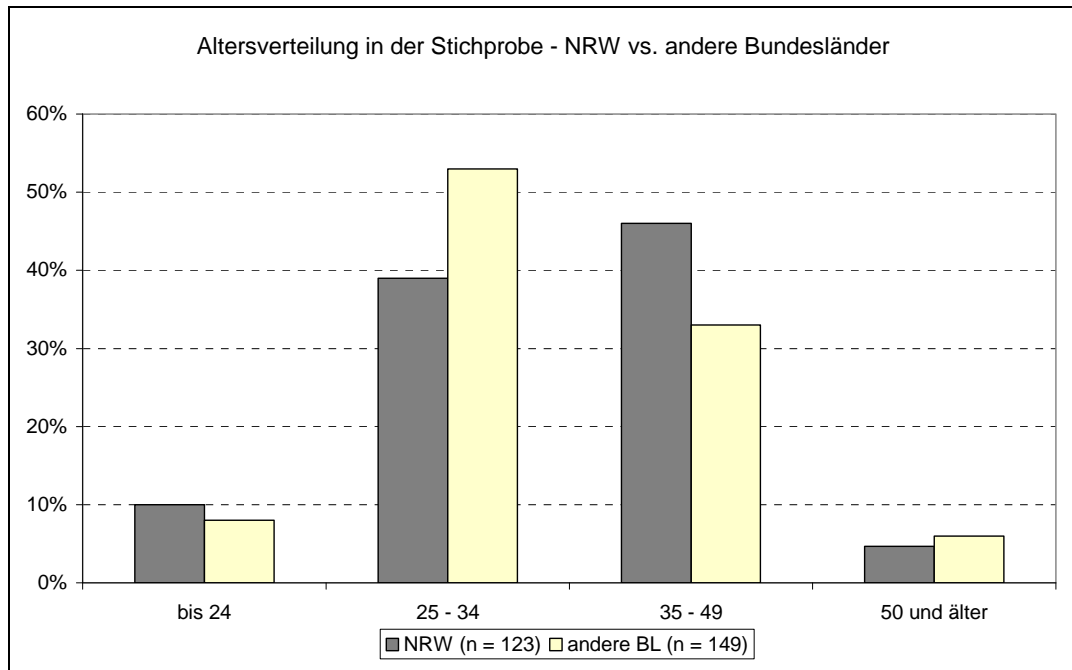


Abb. 8: Altersverteilung - Vergleich NRW vs. andere Bundesländer in der Stichprobe (schwach signifikanter Unterschied der Merkmalsverteilung:  $X^2(3) = 6.34$ ,  $p = .096$ )

### *Lebensalter*

In der kategorialen Darstellung der Altersverteilung in den Teilstichproben NRW und „andere Bundesländer“ (Abb. 8) ist ein Unterschied dahingehend erkennbar, dass die Gruppe Patienten „im mittleren Erwachsenenalter“ (35 – 49) in NRW stärker vertreten ist. Beim direkten Mittelwertvergleich erreicht der Unterschied der beiden Teilstichproben (Mittelwerte: NRW 37 Jahre, andere BL 34,5 Jahre) keine statistische Signifikanz ( $T_{(270)} = 1.08$ ,  $p < .28$ ).

### *Anzahl Einträge im Bundeszentralregister*

Hinsichtlich der Eintragungen im BZR (Abb. 9) gibt es keine gravierenden Unterschiede zwischen den Teilstichproben NRW und „andere Bundesländer“. Tendenziell sind Patienten mit besonders vielen Vorstrafen in NRW etwas stärker repräsentiert.

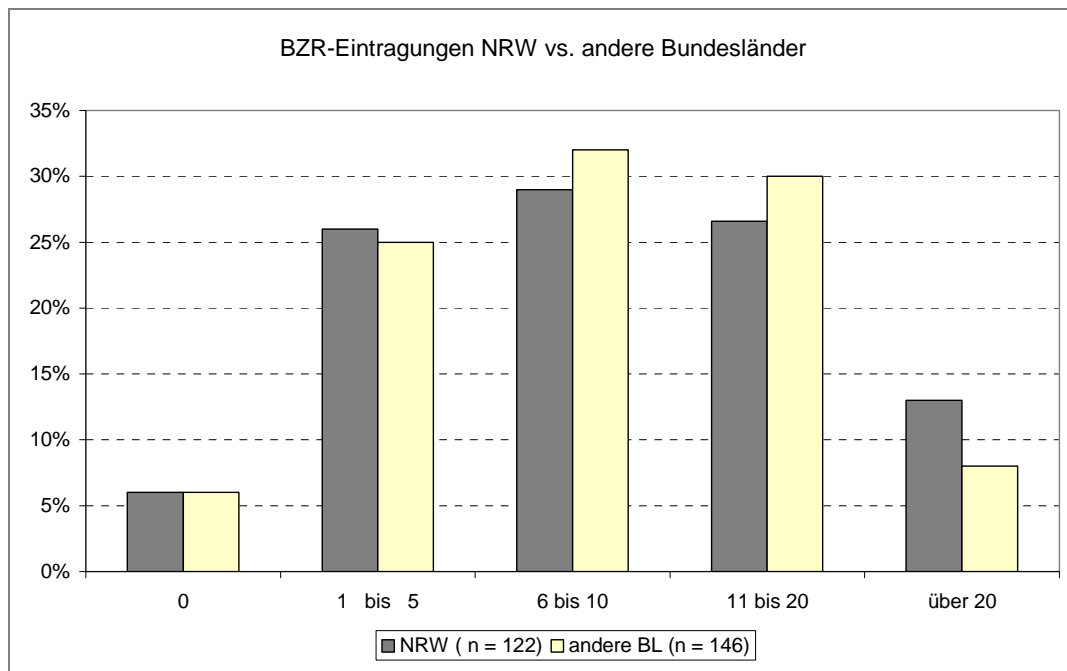


Abb. 9: BZR-Eintragungen - Vergleich NRW vs. andere Bundesländer in der Stichprobe (Vergleich der Datenverteilungen mittels U-Test:  $z = -0.26$ ,  $p = .79$ , nicht signifikant)

#### *Vergleich NRW – andere Bundesländer hinsichtlich Hafterfahrung*

Der Vergleich hinsichtlich Hafterfahrung erfolgt unter drei Aspekten: wie viel frühere Haft (aus anderen Verfahren) hat der Patient verbüßt, wie lange war er vor Aufnahme in den MRV in Haft und welche Gesamthafterfahrung ergibt sich aus beiden Parametern.

Sowohl in NRW als auch in den anderen Ländern ist gut ein Viertel der Patienten vor dem Unterbringungsverfahren niemals in anderer Sache in Haft gewesen (Abb. 10).

Unmittelbar vor der Aufnahme haben sich in NRW weniger Patienten in Freiheit befunden als in den anderen Bundesländern, und mehr Patienten waren länger als ein Jahr in Haft. Die Unterschiede erreichen allerdings keine statistische Signifikanz (Abb. 11;  $z = -1.09$ ,  $p = .28$ ). Über die Hälfte der Patienten kommt nach weniger als einem Jahr Haftaufenthalt zur Aufnahme.

Auch hinsichtlich der Gesamthafterfahrung ähneln sich die Verteilungen. In NRW ist jedoch die Kategorie 13 – 36 Monate stärker vertreten (Abb. 12).

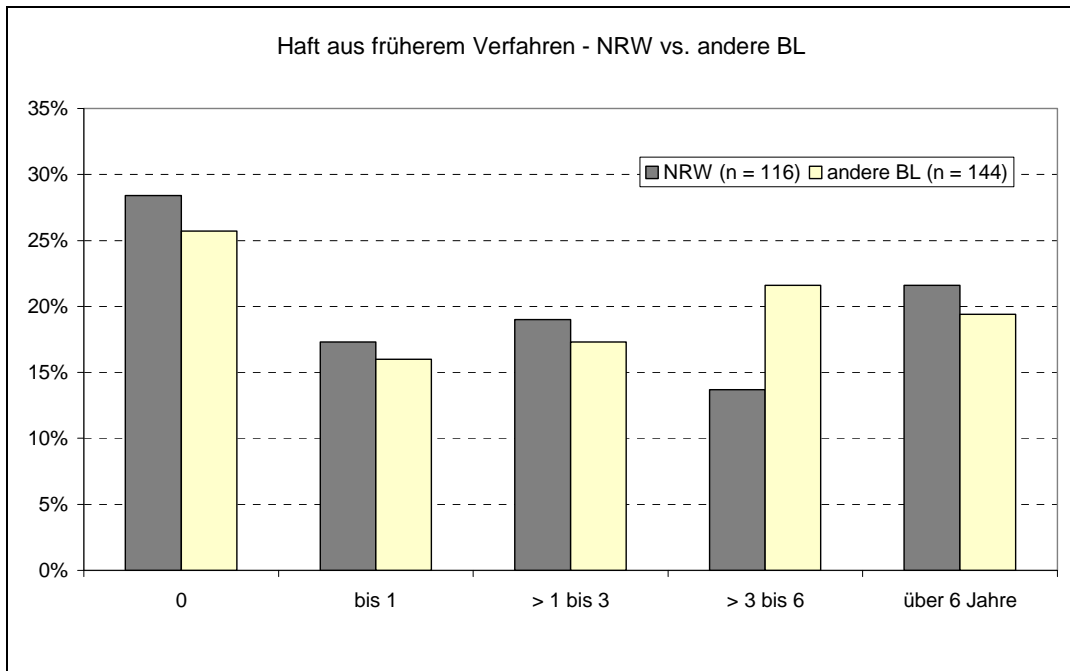


Abb. 10: Haftzeit vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte - Vergleich NRW vs. andere Bundesländer in der Stichprobe (nicht signifikant,  $z = -0.40$ ,  $p = .69$ )

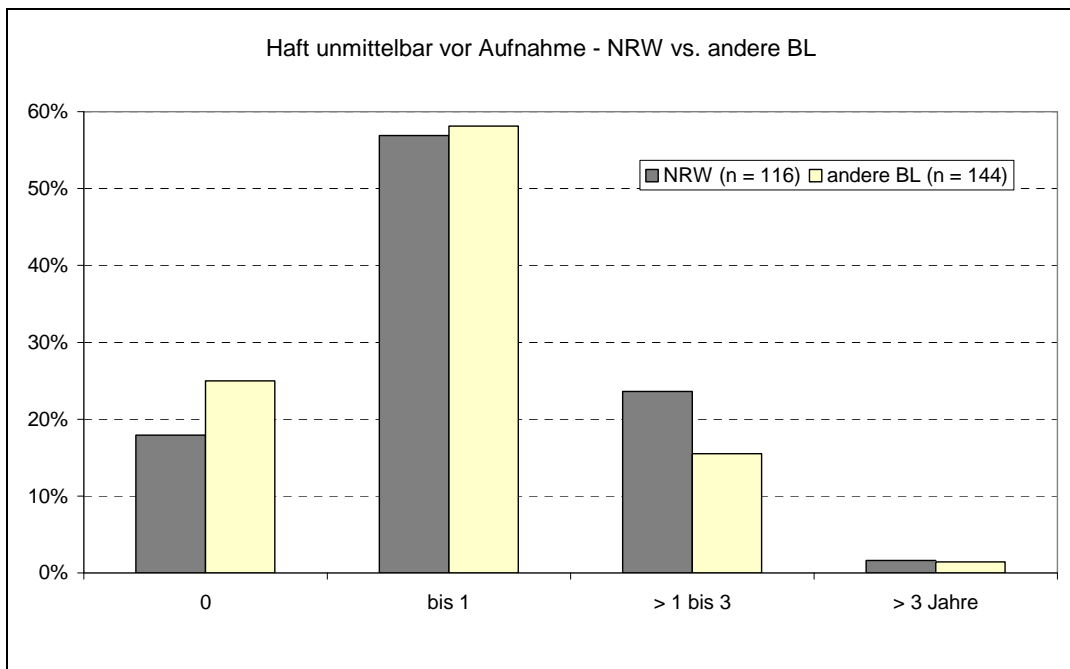


Abb. 11: Haft unmittelbar vor der Aufnahme - Vergleich NRW vs. andere Bundesländer in der Stichprobe (nicht signifikant,  $z = -1.09$ ,  $p = .28$ )

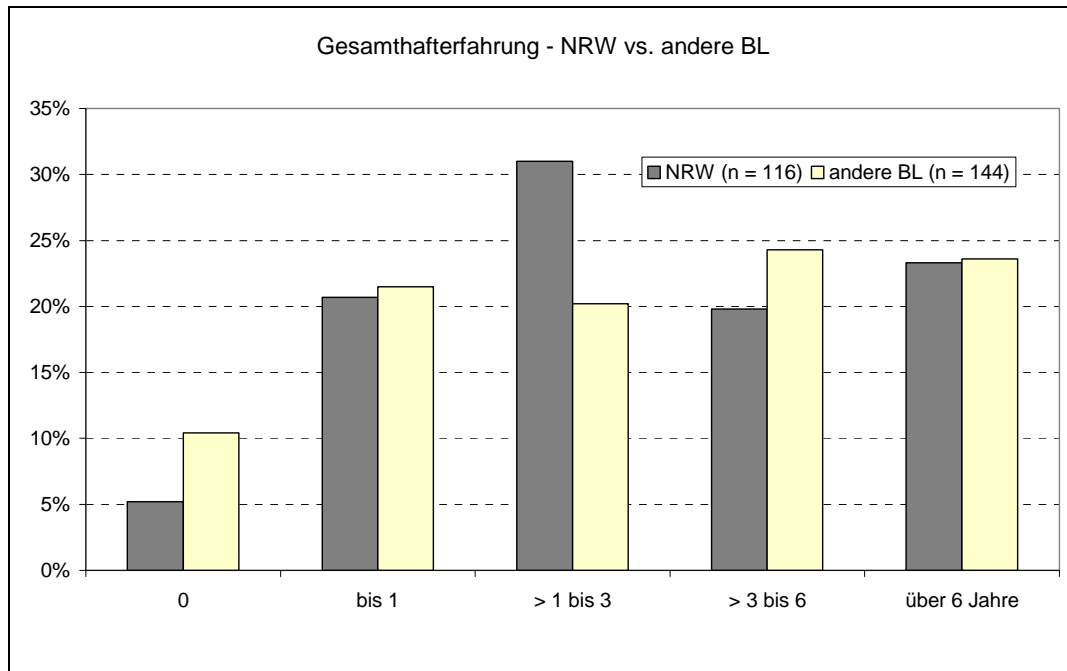


Abb. 12: Gesamthafterfahrung - Vergleich NRW vs. andere Bundesländer in der Stichprobe (nicht signifikant,  $z = -0,32$ ,  $p = .75$ )

### *Länge der angeordneten Freiheitsstrafe („Schattenstrafe“)*

Es zeigt sich ein signifikanter<sup>1</sup> Unterschied der Teilstichproben bei der Länge der angeordneten Freiheitsstrafen. Diese beträgt für NRW im Mittel drei Jahre ( $M = 36.3$  Monate,  $SD = 24.4$ ), in den anderen Bundesländer mehr als dreieinhalb Jahre ( $M = 43.7$  Monate,  $SD = 29.2$ ). Das heißt auch: trotz kürzerer Begleitstrafen befindet sich in NRW ein kleinerer Teil der Patienten vor der Unterbringung in Freiheit und wird vor der Unterbringung mehr Haft verbüßt.

### *Hauptunterbringungsdelikte*

Die Verteilungen der verschiedenen Deliktkategorien in den beiden Teilstichproben ähneln sich sehr (Abb. 13) und unterscheiden sich auch nicht statistisch signifikant ( $\chi^2(6) = 4.02$ ,  $p = .67$ ).

<sup>1</sup>  $t(265) = 2.22$ ,  $p < .05$



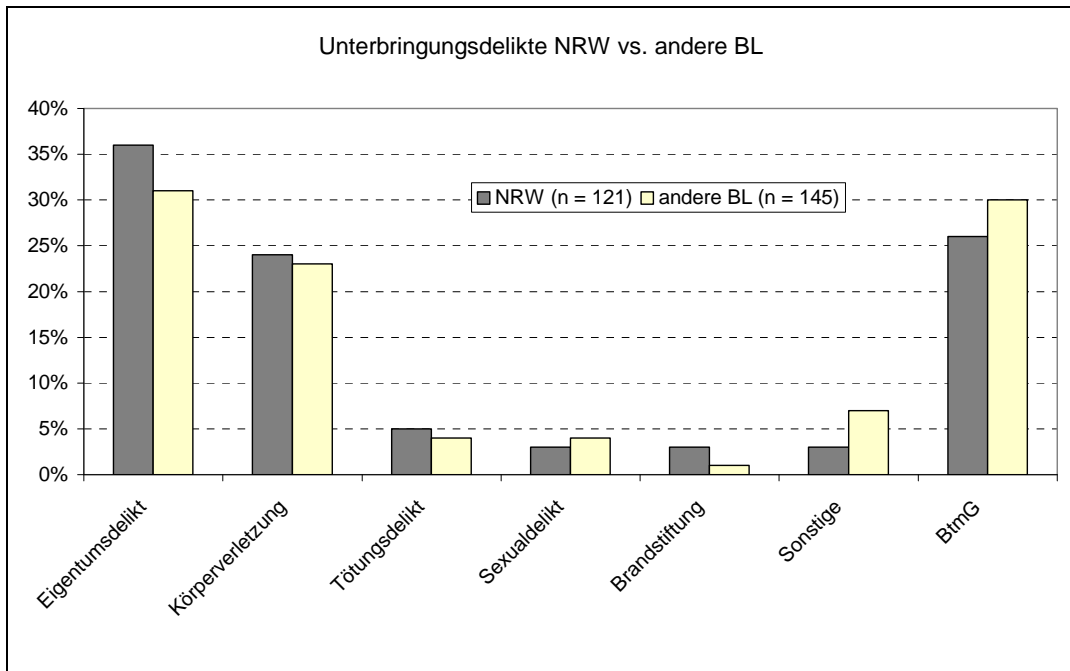


Abb. 13: Hauptunterbringungsdelikt (ohne Vollrausch) - Vergleich NRW vs. andere Bundesländer in der Stichprobe

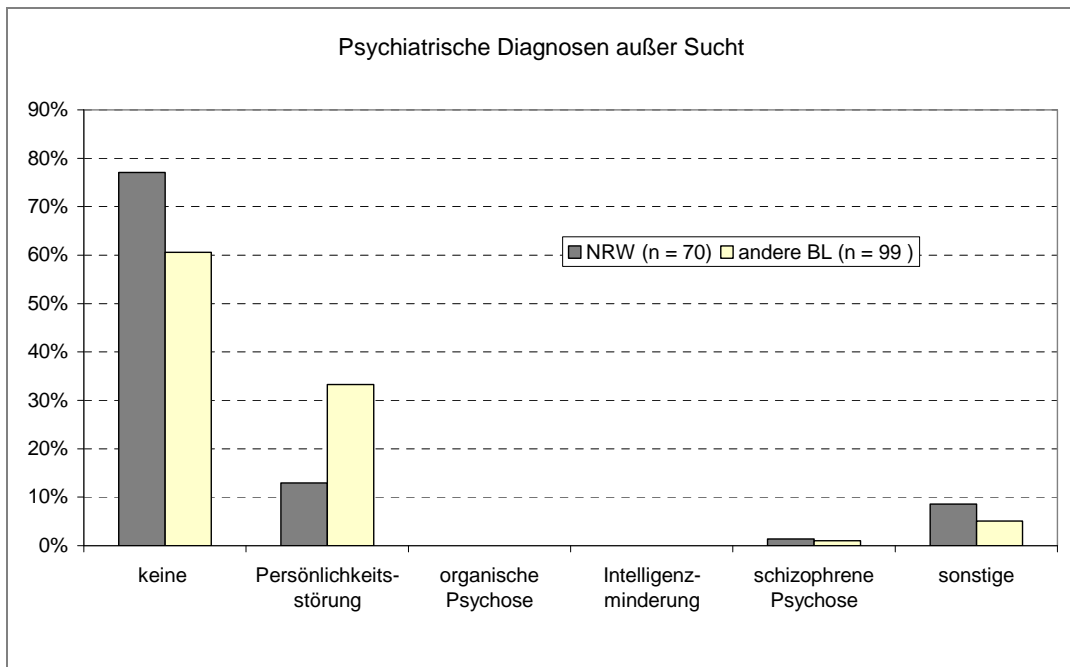


Abb. 14: Psychiatrische Diagnosen außer Sucht – Vergleich NRW vs. andere Bundesländer (BL).

### *Psychiatrische Diagnosen (neben der Abhängigkeitsstörung)*

Insgesamt zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen NRW und den anderen Bundesländern hinsichtlich der Verteilung psychiatrischer Diagnosen (siehe Abb. 14,  $X^2(3) = 9.42$ ,  $p < .05$ ). Dieser Unterschied beruht jedoch lediglich darauf, dass in anderen Bundesländern signifikant häufiger eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird ( $X^2(1) = 10.24$ ,  $p < .01$ ).

### *Behandlungsvorgeschichte*

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen NRW und den anderen Bundesländern hinsichtlich der Anzahl bisheriger Entgiftungsbehandlungen<sup>2</sup>, der Anzahl regulär abgeschlossener Entwöhnungsbehandlungen<sup>3</sup> und der Anzahl vorzeitig beendeter bzw. abgebrochener Entwöhnungsbehandlungen<sup>4</sup>.

### *Arbeitstätigkeit vor Beginn der Unterbringung*

Auch hinsichtlich des Faktors Arbeitstätigkeit vor Beginn der Unterbringung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede<sup>5</sup> zwischen NRW und den anderen Bundesländern. Insgesamt hatte nur etwa ein Viertel der Patienten (24,4 %) vor der Unterbringung stabile Arbeitsverhältnisse oder war zumindest aktiv darum bemüht, einer dauerhaften Arbeit nachzugehen.

### *Alter bei erster Straffälligkeit*

Das mittlere Alter bei erster Straffälligkeit liegt in der Teilstichprobe „andere Bundesländer“ noch etwas niedriger als in NRW (Mediane 16 vs. 18 Jahre), und der Unterschied der Verteilungen erreicht auch statistische Signifikanz ( $z = - 2.36$ ,  $p < .05$ ).

---

<sup>2</sup> Mdn = 1, PR97 = 20;  $z = - 0.55$ ,  $p = .58$

<sup>3</sup> Mdn = 0, PR97 = 2;  $z = - 0.12$ ,  $p = .91$

<sup>4</sup> Mdn = 0, PR97 = 4;  $z = - 1.82$ ,  $p = .07$

<sup>5</sup>  $X^2(2) = 4.29$ ,  $p = .12$

### *Ergebnisse für Merkmalskalen*

In Tabelle 1 werden die Mittelwerte für NRW und die anderen Bundesländer in den verwendeten Testskalen angegeben. Es zeigen sich lediglich zwei signifikante Unterschiede. Im ARI (Anger-Rating-Index) schätzt das Personal außerhalb NRWs die Patienten signifikant reizbarer und anstrengender ein. In NRW beschreiben die Patienten die Intensität ihres Drogenkonsums (Drug-Use-Disorders-Identification-Test) als signifikant höher als in den anderen Bundesländern.

Die Entwicklung / Veränderung des Merkmals Reizbarkeit (ARI) im Behandlungsverlauf ist unserer Erwartung nach ein aufschlussreicher Parameter. Die beim jetzigen Stand der Erhebung sich darstellenden Verhältnisse werden noch einmal in einer Abbildung veranschaulicht (Abb. 15). Die Einschätzung mittels ARI erfolgt zu allen drei Erhebungszeitpunkten durch den jeweiligen Therapeuten.

Tab. 1: Vergleich der Teilstichproben hinsichtlich Merkmalskalen

Skalen Rohwerte	NRW		andere BL		U-Test	
	M	(SD)	M	(SD)		
ARI Reizbarkeit - Erhebungszeitpkt. I	<b>4.9</b>	(4.2)	<b>7.6</b>	(5.8)	$z = -3.48$	$p < .001$
ARI Reizbarkeit - Erhebungszeitpkt. II	8.7	(5.3)	9.2	(5.2)	$z = -.65$	$p = .51$
AUDIT Intensität Alkoholkonsum	10.2	(8.7)	11.2	(8.0)	$z = -1.12$	$p = .27$
DUDIT Intensität Drogenkonsum	<b>18.8</b>	(11.1)	<b>15.9</b>	(11.5)	$z = -2.06$	$p < .05$
ADHD Hyperaktivität im Schulalter	19.2	(12.5)	17.2	(10.5)	$z = -0.93$	$p = .35$
Sozialverhalten / Kindheit	11.6	(8.0)	11.9	(7.9)	$z = -0.31$	$p = .75$
Sozialverhalten / Jugend	2.2	(2.7)	2.9	(3.2)	$z = -1.49$	$p = .14$
CTQ - Familiärer Halt	19.7	(6.8)	18.3	(6.9)	$z = -1.58$	$p = .12$
CTQ - Emotionale Vernachlässigung	3.5	(3.8)	3.7	(3.9)	$z = -0.50$	$p = .62$
CTQ - Familiäre Gewalt	3.3	(4.4)	3.7	(4.3)	$z = -1.00$	$p = .32$
CTQ - Familiäre Konflikte	3.3	(2.9)	3.9	(3.2)	$z = -1.10$	$p = .27$

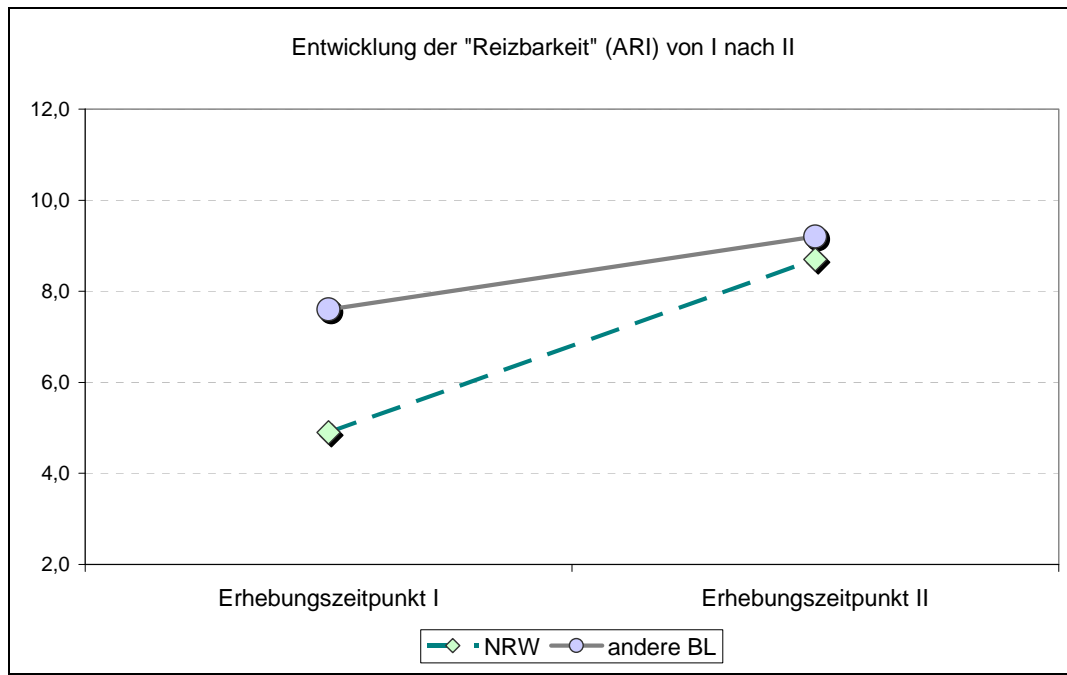


Abb. 15: Entwicklung der Reizbarkeit der Patienten laut Therapeutenurteil (ARI) von Erhebungszeitpunkt I nach II. In NRW werden die Patienten zu Beginn als wesentlich umgänglicher erlebt (vgl. Tab. 2)

### Vergleich der Patientengruppen „Alkohol“ und „Drogen“

Es folgt ein Vergleich zwischen der Patientengruppe mit einer vorherrschenden Alkoholproblematik und der Patientengruppe mit einer primären Drogenproblematik hinsichtlich allgemeiner und kriminologisch relevanter Merkmale wie der Altersverteilung, der Anzahl der BZR-Einträge, der bisher verbüßten Zeit in Strafhaft und dem Hauptunterbringungsdelikt. Abschließend werden Unterschiede der Ergebnisse zwischen den beiden Patientengruppen in den verwendeten testpsychologischen Skalen dargestellt.

#### *Alter, BZR-Einträge, Hafterfahrung*

Die Patienten mit einer Alkoholproblematik sind im Mittel älter als die Gruppe der Patienten mit einer primären Drogenproblematik (siehe Tab. 2). Die alkoholabhängigen Patienten haben eine etwas höhere Altersstreuung, ältere Patienten finden bei ihnen häufiger als in der Drogengruppe. Die Differenz der Altersmediane in den beiden Gruppen ist geringer.

Bezüglich der Häufigkeit der BZR-Einträge zeigen sich keine Unterschiede zwischen Patienten mit Alkohol- und Drogenproblematik.

Tab. 2: Vergleich der Patientengruppen „Alkohol“ und „Drogen“ hinsichtlich Alter, BZR-Einträgen und Hafterfahrung

	Alkohol		Drogen		U-Test	
	M	(SD)	M	(SD)		
Alter	37.1	(10.8)	33.9	(7,4)	z = - 2.24	p < .05
Alter (Mediane)	35		33			
BZR-Einträge	9.9	(7.3)	9.9	(7,3)	z = - 0.07	p = .94
Haft aus früheren Verurteilungen	35.5	(52.9)	44.9	(53,0)	z = - 1.7	p < .10
dito Mediane	12		24			
Gesamthafterfahrung	42.0	(52.9)	55.9	(54,8)	z = - 2.78	p < .01
dito Mediane	24		36			

Patienten mit einer primären Drogenproblematik haben im Mittel signifikant mehr Hafterfahrung als die Gruppe der Patienten mit einer vorherrschenden Alkoholproblematik.

#### *Unterbringungsdelikte*

Dass alkohol- und drogenabhängige Patienten sich hinsichtlich der Häufigkeit bestimmter Anlassdelikte erheblich unterscheiden, ist bekannt und wird auch in der Stichprobe deutlich. Die Verteilungen unterscheiden sich für die beiden Patientengruppen hoch signifikant ( $X^2(7) = 90.9$ ,  $p < .001$ ). Patienten mit einer Alkoholproblematik haben signifikant häufiger Tötungsdelikte<sup>6</sup>, Körperverletzungsdelikte<sup>7</sup> und Sexualdelikte<sup>8</sup> begangen. Dagegen finden sich bei drogenabhängigen Patienten häufiger Eigentumsdelikte<sup>9</sup> oder Verstöße gegen das BtmG<sup>10</sup> als Anlasstaten.

<sup>6</sup>  $X^2(1) = 7.0$ ,  $p < .01$

<sup>7</sup>  $X^2(1) = 22.6$ ,  $p < .01$

<sup>8</sup>  $X^2(1) = 9.5$ ,  $p < .01$

<sup>9</sup>  $X^2(1) = 4.1$ ,  $p < .05$

<sup>10</sup>  $X^2(1) = 50.2$ ,  $p < .01$

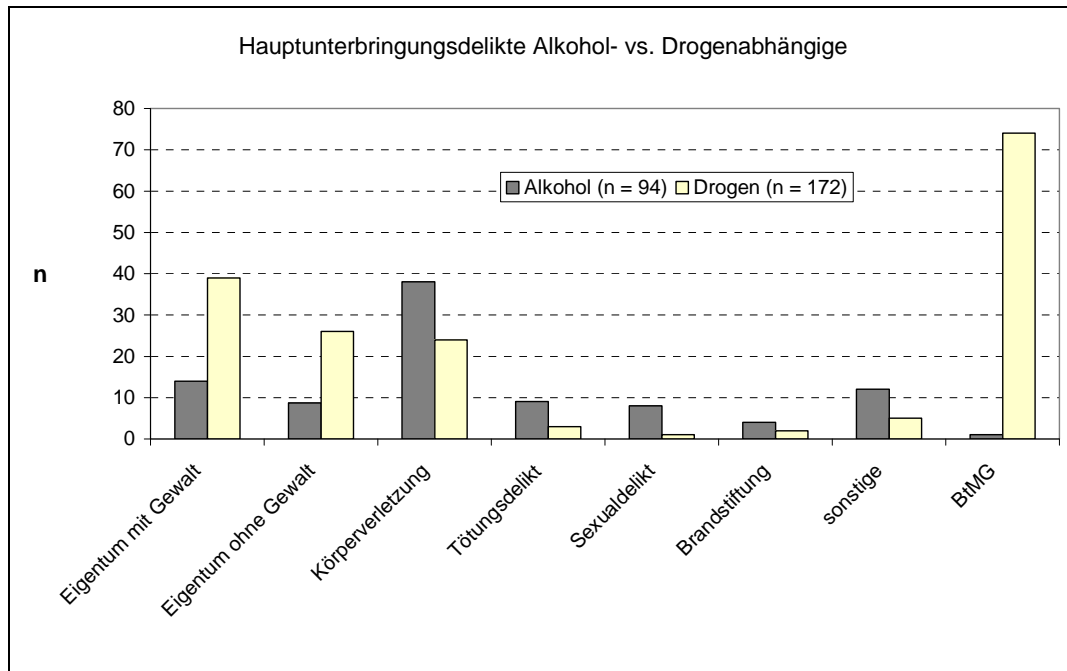


Abb. 16: Verteilung der Hauptunterbringungsdelikte auf die Deliktkategorien (4 Verurteilungen wegen Vollrausches sind bei „sonstige“ kodiert).

#### *Vergleich von Alkohol- und Drogenpatienten hinsichtlich Merkmalskalen*

Im DUDIT und AUDIT (Alcohol-Use- bzw. Drug-Use-Disorders-Identification-Test) zeigen sich die der Substanzpräferenz entsprechenden Unterschiede der Selbsteinschätzungen. Dabei beschreiben die Drogenabhängigen eine insgesamt deutlich höhere Intensität des Substanzkonsums (s. Tab. 3). Patienten mit einer vorwiegenden Drogenproblematik berichten darüber hinaus eine signifikant stärkere Ausprägung der Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit. Im Gegensatz dazu geben Patienten mit vorwiegender Alkoholproblematik signifikant häufiger familiäre Konflikte und weniger familiären Halt im CTQ (Childhood-Trauma-Questionnaire) an.

Tab. 3: Vergleich in den Testskalen zwischen Patienten mit Alkohol- vs. Drogenproblematik.

Skalen Rohwerte	Alkoholproblematik		Drogenproblematik		U-Test	
	M	(SD)	M	(SD)		
ARI Reizbarkeit	6.6	(5.7)	6.3	(5.1)	$z = -0.23$	$p = .82$
AUDIT Intensität Alkoholkonsum	<b>16.4</b>	(6.4)	<b>8.0</b>	(7.8)	$z = -7.75$	$p < .01$
DUDIT Intensität Drogenkonsum	<b>4.2</b>	(6.9)	<b>23.2</b>	(7.3)	$z = -11.1$	$p < .01$
ADHD	16.3	(10.4)	19.0	(12.0)	$z = -1.40$	$p = .16$
Sozialverhalten / Kindheit	<b>10.4</b>	(7.8)	<b>12.5</b>	(8.0)	$z = -2.07$	$p < .05$
Sozialverhalten / Jugend	2.5	(3.2)	2.6	(3.0)	$z = -0.66$	$p = .51$
CTQ - Familiärer Halt	<b>17.6</b>	(7.3)	<b>19.5</b>	(6.6)	$z = -1.90$	$p < .10$
CTQ - Emotionale Vernachlässigung	3.6	(4.0)	3.6	(3.8)	$z = -0.06$	$p = .95$
CTQ - Familiäre Gewalt	4.2	(4.8)	3.2	(4.1)	$z = -1.71$	$p < .10$
CTQ - Familiäre Konflikte	<b>4.1</b>	(3.0)	<b>3.4</b>	(3.1)	$z = -2.04$	$p < .05$

### Einige Aspekte des bisherigen Erhebungsprocedures

#### *Compliance der Patienten*

Im Rahmen der Basiserhebung, deren Ergebnisse in 272 Fällen vorliegen (Stand Mitte August 2010), haben nicht weniger als 257 Patienten den „Patientenbogen Problemvorgeschichte“ bearbeitet, nur fünfzehn Studienteilnehmer verweigerten diesen aktiven Beitrag. Auch für den Erhebungszeitpunkt II zeichnet sich eine hohe Mitwirkung der Patienten ab (derzeit ca. 86 %). Die Patienten berichten auf diesem Bogen über Aktivitäten in der Behandlung, deren wahrgenommenen Stellenwert und über das Stationsklima. 27 Patienten nutzten die Möglichkeit, auf dem dafür bestimmten Bogen handschriftlich Bemerkungen, Eindrücke, Wünsche und Ziele zu formulieren.

#### *Erledigungen wegen fehlender Aussichten eines Behandlungserfolges*

Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichtes liegen uns – erstaunlich wenige - Rückmeldungen über insgesamt 17 Erledigungen wegen Aussichtslosigkeit der Maßregel vor. Dabei entfallen 14 dieser Erledigungsfälle auf die anderen Bundesländer und nur 3 auf NRW.

Die durchschnittliche Verweildauer vor Erledigung der Maßregel und Verlegung in eine JVA beträgt beim jetzigen Stand der Erhebung 26,7 Wochen mit einem Minimum von 13 Wochen und einem Maximum von 41 Wochen. Sie wird natürlich noch erheblich ansteigen. Bisher ist es gelungen, alle Erlediger über die jeweiligen Zwischenstationen hinweg bis hin in die JVA nachzuverfolgen, in der sie sich zum momentanen Zeitpunkt befinden. Dazu war es erforderlich, Kontakt zu 18 verschiedenen Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und Bremen aufzunehmen. Es war möglich - ähnlich wie in den beteiligten Kliniken - auch in diesen Justizvollzugsanstalten eine Projektkoordination zu installieren. Durch einen festen, über den Aufbau des Projektes informierten Ansprechpartner wird die Nachverfolgung zukünftiger Erlediger erleichtert werden.

### *Verlegungen*

Hinsichtlich der Häufigkeit von Verlegungen von Patienten in andere Kliniken kehren sich die Verhältnisse um. Von den bis 24 Verlegungen betrafen 19 Fälle das Bundesland NRW, und hier insbesondere das Rheinland (17) mit den Kliniken Bedburg-Hau, Viersen und dem neu eröffnete Niederrhein-Therapiezentrum in Duisburg. Tatsächlich erfolgten im Projektzeitraum noch erheblich mehr Verlegungen von Patienten, die jedoch in der Mehrzahl nicht zur Untersuchungsstichprobe gehörten.

Die Verlegungen brachten einige Erschwernisse des Erhebungsverfahrens mit sich und führten insbesondere zu einem verzögerten Rücklauf der Bögen des Erhebungszeitpunktes II. Bei einigen Patienten folgte der Erhebungszeitpunkt II relativ zeitnah auf ihre Verlegung in eine neue Klinik. Zu einer adäquaten Einschätzung des Stationsklimas, der Therapiethemen, der Aktivitäten auf der Station etc., ist jedoch eine gewisse Verweildauer in der neuen Klinik notwendig.

Insgesamt gelang der Informationsfluss- und Austausch zwischen verlegenden und aufnehmenden Kliniken – insbesondere – nach anfänglicher Hilfestellung und Vermittlung durch die Projektmitarbeiter bisher zufriedenstellend.

Ein Patient wurde bisher nach Stellung eines Aufhebungsantrages aus der Maßregelvollzugsanstalt Schloss Haldem in die Freiheit entlassen, ein Patient aus der JVA Gießen.



## Feststellungen zu Erhebungsinstrumenten

### *Kurzform des Personality Assessment Schedule*

Zum Erhebungszeitpunkt II werden die Bezugstherapeuten gebeten, ihre Patienten hinsichtlich der Ausprägung einer Persönlichkeitsstörungssymptomatik einzuschätzen. Dabei beschränken wir uns auf die sogenannte „Cluster-B-Problematik“, im Sinne der Gruppierung von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10. Diese Beschränkung erfolgte nach längerer Diskussion aus der Überlegung heraus, dass das

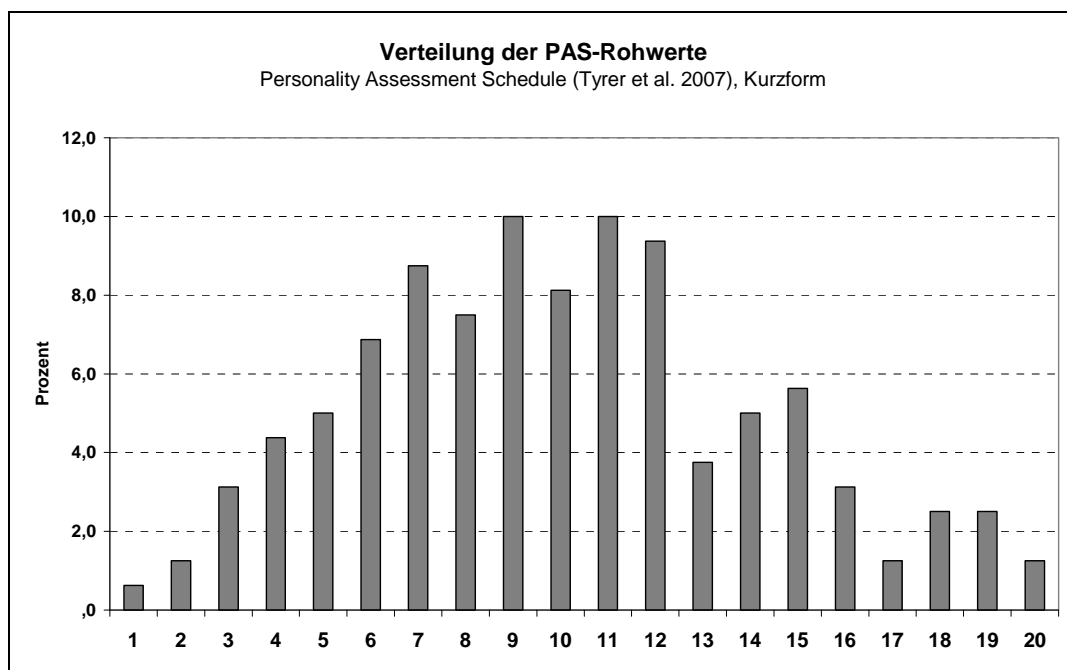


Abb. 17: Verteilung der Rohwerte der eingesetzten deutschen Kurzform des Personality Assessment Schedule (Erhebungszeitpunkt II, n = 160)

Cluster B (vor allem: dissoziale und emotional instabile Persönlichkeitszüge) wohl am deutlichsten mit Störungen der sozialen Anpassung auch im strafrechtlichen Sinne assoziiert ist, dass diesem Cluster also gegenüber den anderen im Hinblick auf den Zweck der Maßnahme – Minderung von Gefährlichkeit – ein besonderes Gewicht zukommt. Unsere Beschränkung wird auch bestätigt durch die diagnostischen Präferenzen der Kliniktherapeuten. Bei der Zuschreibung von Persönlichkeitsstörungen steht das Cluster B eindeutig im Vordergrund (siehe S. 22).

Die Einschätzung der Cluster-B-Problematik erfolgt mit einer erheblich gekürzten Version des Personality Assessment Schedule (Tyrrer et al. 2007). Die Kürzung betraf sowohl die Anzahl der einzuschätzenden Merkmale (7 statt 24) als auch die zur

Einschätzung verwendete Skala (4- statt 9-stufig, Codierung 0 - 3). Konstruktionsbedingt ergibt sich damit ein Messinstrument mit einer Rohwerte-Range von 0 – 21. Abbildung 17 stellt die Rohwerteverteilung in der Stichprobe dar.

Die Rohwerteverteilung zeigt offensichtlich eine gute Annäherung an eine Normalverteilung, und die Werte auf der Skala streuen breit. Dies ist unter psychometrischen Gesichtspunkten ein erfreuliches Ergebnis. Bemerkenswert ist auch die Korrelation des PAS-Gesamtwertes mit dem kurzen Anger-Rating-Index, mit dem reizbares / belastendes Verhalten von Patienten eingeschätzt wird. Der ARI ist in den drei Erhebungsbögen (Aufnahme, Zeitpunkt II, Entlassung) enthalten. Der PAS-Score und der ARI-Punktwert zum Zeitpunkt II weisen eine hoch signifikante Korrelation von  $r = .63$  auf. Dies entspricht der Feststellung von Kernberg (2001), dass Aggressivität ein Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörungen darstellt, was insbesondere für das Cluster B gilt.

### *Stationsklimafragebogen*

Zum Einsatz kommt der inzwischen in mehreren Übersetzungen vorliegende Essener Stationsklimabogen (EssenCES, vgl. Schalast 2008, siehe auch [www.forensik-essen.de](http://www.forensik-essen.de)). Mit diesem Fragebogen werden drei Klima-Merkmale eingeschätzt: der Zusammenhalt der Patienten, das Sicherheitserleben und der wahrgenommene / erfahrene therapeutische Halt. Sowohl Mitarbeiter als auch Patienten werden zum Erhebungszeitpunkt II gebeten, diesen Bogen auszufüllen.

Beim jetzigen Stand der Erhebung zeichnet sich ab, dass die Stationen der anderen Bundesländer von den Mitarbeitern hinsichtlich des Sicherheitserlebens und des Zusammenhaltes der Patienten etwas günstiger eingeschätzt werden als die NRW-Stationen ( $p < .05$ ). Dies gilt tendenziell auch für den wahrgenommenen „Therapeutischen Halt“.

### *Zeitbudget der Patienten / Stationsaktivitäten*

Um eine grobe Einschätzung der Einbindung von Patienten in Aktivitäten zu gewinnen, werden sie gebeten, ihr wöchentliches Zeitbudget zum Erhebungszeitpunkt II zu beschreiben. Abbildung 17 veranschaulicht die Summenwerte für diejenigen sechs Kliniken, die bisher mit der größten Fallzahl in der Stichprobe vertreten sind. Addiert wurden die Zeitangaben für folgende Aktivitäten: Arbeit (Arbeitstherapie), Sport mit Anleitung/Betreuung, Pflegegespräche (Bezugspflege), Freizeitaktivitäten (mit Begleitung, Anleitung), Stationsversammlungen, Gruppentherapiesitzungen, Einzeltherapiestunden, Kochen (mit Begleitung, Anleitung).

Die mittleren Summenwerte variieren für diese sechs Einrichtungen ganz erheblich, zwischen knapp 1150 und knapp 1750 Minuten pro Woche. Es bleibt abzuwarten, ob sich Zusammenhänge mit Therapieverlauf und –ergebnis aufzeigen lassen.

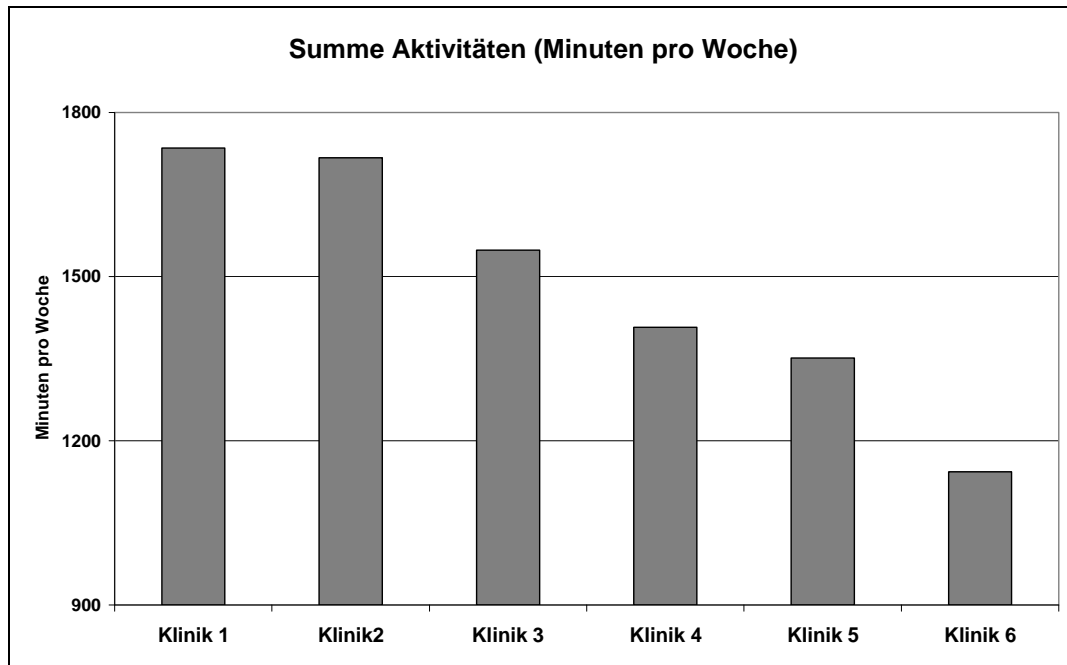


Abb. 18: Zeitbudget der Patienten - Zeitsumme der begleiteten und therapeutischen Aktivitäten von Patienten in Minuten pro Woche für die sechs mit größter Fallzahl in der Stichprobe vertretenen Kliniken

### *Wichtigkeit therapeutischer Themen*

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt werden sowohl Patienten als auch Therapeuten gebeten, die Bedeutung bestimmter therapeutischer Themen in der aktuellen Behandlungssituation einzuschätzen. Es handelt sich um Themen wie „Arbeitsverhalten“, „Umgang mit Geld und Schulden“, „Erfahrungen in der Kindheit“, „Abstinenz“ oder „Partnerschaft / Sexualität“. Die Patienten geben außerdem an, welche Bedeutung ihrem Empfinden nach diese Themen aus Sicht der Behandler haben. Es ergeben sich vielfältige Auswertungsmöglichkeiten.

An dieser Stelle sei nur folgendes mitgeteilt: Berechnet man die Differenzen der Bedeutsamkeitseinschätzungen durch Patienten und Mitarbeiter, so erhält man für jedes Therapiethema eine „Diskrepanzvariable“. Die größten Diskrepanzen finden sich dabei für die Themen „Partnerschaft und Sexualität“, „Arbeitsverhalten“ und „Schulische Kenntnisse und Fertigkeiten (auch deutsche Sprache)“. Die Patienten stufen die Bedeutung dieser Themen im Mittel höher ein als die Therapeuten. Ge-

ringe Diskrepanzen finden sich für die Themen „Auseinandersetzung mit den Straftaten“, „Schwierigkeiten mit Mitpatienten“ und „Erlebnisse in der Kindheit“.

Über die Bedeutung dieser Befunde kann im Moment nur spekuliert werden. Nicht ganz auszuschließen ist, dass viele Patienten mit ihren Angaben Erwartungen gerecht werden möchten. Interessant sind Zusammenhänge zwischen den Bedeutsamkeitsdiskrepanzen und den Einschätzungen des Stationsklimas durch die Patienten. Für 11 Therapiethemen (Diskrepanzvariablen) und 3 Klimamerkmale lassen sich 33 Korrelationskoeffizienten berechnen. Von diesen erreichen nicht weniger als 12 statistische Signifikanz. Besonders deutliche Zusammenhänge betreffen das Klimamerkmale „Sicherheitserleben“.

## Fazit und Ausblick

Zunächst kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die Datenerhebung sich an einigen Standorten völlig problemlos gestaltete und wir uns einer zuverlässigen ‚Compliance‘ unserer dortigen Ansprechpartner erfreuten. In einigen Kliniken stellte sie sich allerdings durchaus schwieriger dar als erwartet und verlief insbesondere im Frühjahr bedenklich schleppend. Diese Schwierigkeiten wurden mit verstärktem kommunikativem Einsatz und mit Unterstützung einzelner Klinikvertreterinnen und -vertreter überwunden, und wir sind jetzt zuversichtlich, dass das hochgesteckte Ziel einer vollständigen Datenerhebung bei einer umfangreichen und unausgelesenen Gruppe von Patienten erfolgreich weiterverfolgt werden kann.

### *Repräsentativität der Stichprobe*

Zur Repräsentativität und Eignung der erhobenen Stichprobe ist folgendes festzustellen: Die Stichprobe bildet die Verhältnisse in der Grundgesamtheit für die meisten betrachteten Merkmale recht gut ab. Besonders junge Patienten und Patienten ohne Hafterfahrung sind etwas unterrepräsentiert, Patienten mit dem Anlassdelikt Körperverletzung etwas überrepräsentiert.

Die Tatsache, dass sich im Detail einige Unterschiede feststellen lassen, bedeutet nicht, dass die Stichprobe für die Prüfung bestimmter Fragestellungen weniger geeignet ist. Dies sei anhand des folgenden fiktiven Beispiels erläutert: Nehmen wir an, dass 90 % aller § 64-Patienten alkoholabhängig sind, aber nur 50 % in einer rekrutierten Stichprobe, die übrigen drogenabhängig. Zur Prüfung der Frage, welche Bedeutung dem Merkmal „Abhängigkeitsgruppe Alkohol vs. Drogen“ für Verlauf und Prognose der Unterbringung zukommt, wäre diese Stichprobe wesentlich besser geeignet als eine völlig repräsentative. (Effekte des Merkmals Abhängigkeitsgruppe können in einer solchen Stichprobe besser geprüft werden als bei Ungleichverteilung der Merkmalskategorien, und Unterschiede erreichen eher statistische Signifikanz.) Wichtig ist, dass interessierende Merkmale in einer Stichprobe in ihrer Vielfalt repräsentiert sind. Bei der Diskussion von Befunden im Hinblick auf Versorgungsfragen und die Organisation des Maßregelvollzugs muss dann natürlich auf die realen Verhältnisse in der Grundgesamtheit (oder auch in einem Bundesland) Bezug genommen werden.

### *NRW und andere Bundesländer*

Beim Vergleich der Teilstichproben „NRW“ und „andere Bundesländer“ ergibt sich eine Reihe von Unterschieden. Die Bedeutung dieser Unterschiede in einer Langzeituntersuchung nachzuverfolgen wäre gerade im Hinblick auf einige Besonderheiten und Schwierigkeiten des NRW-Maßregelvollzugs ausgesprochen spannend. Die beiden Gruppen unterscheiden sich wenig hinsichtlich des Anteils alkohol- vs. drogenabhängiger Patienten und der strafrechtlichen Vorbelastung (BZR-Einträge). Doch obwohl die NRW-Patienten im Durchschnitt zu etwas kürzeren Freiheitsstrafen verurteilt wurden als die der anderen Länder, kommen sie etwas häufiger erst nach mehr als einem Jahr Haftaufenthalt in die Unterbringung. In den anderen Ländern ist dagegen der Anteil der Patienten höher, der direkt aus der Freiheit zur Aufnahme kommt.

In ihrer Bedeutung zunächst nicht überbewertet werden sollte die unterschiedliche diagnostische Zuschreibung von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen innerhalb und außerhalb NRWs. Erfahrungsgemäß unterscheiden Institutionen sich hinsichtlich ihrer diagnostischen Traditionen und hinsichtlich der Präferenzen für Störungskategorien ganz erheblich. Doch finden die Unterschiede bei der Vergabe von Diagnosen ihre Entsprechung in den PAS-Einschätzungen (Personality Assessment Schedule, Tyrer et al. 2007) der Patienten durch ihre Therapeuten. Die Patienten außerhalb NRWs werden auch hier als persönlichkeitsgestörter eingeschätzt als innerhalb unseres Bundeslandes<sup>11</sup>.

Niedrige PAS-Scores lassen unseren Befunden nach erwarten, dass die entsprechenden Patienten auch auf dem Anger Rating Index (ARI, Novaco 1994) als verträglicher eingeschätzt werden. Dies trifft für die initiale Beurteilung der Patienten in NRW auch zu, doch steigt ihre Reizbarkeit bis zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Durchschnitt auf das Niveau der Gesamtgruppe an. Dies sind interessante Befunde, deren Bedeutung erst richtig eingeschätzt werden kann, wenn sie auf den längerfristigen Verlauf der Unterbringung und die Bewährungsquote bezogen werden.

### *Alkohol- vs. drogenabhängige Patienten*

Zwischen den Patientengruppen „Alkohol“ und „Drogen“ zeigen sich die klinisch bekannten Unterschiede, die schon in der Stichtagserhebung seit Jahren dokumentiert werden. Obwohl unter Alkoholpatienten der Anteil der Älteren etwas höher ist, ver-

---

<sup>11</sup> PAS-Mittelwerte: NRW 8,7, andere BL 10,9.  $T_{158} = - 3.36$ ,  $p < .001$

fügen die Drogenabhängigen im Mittel über mehr Hafterfahrung. Die Deliktstruktur der beiden Gruppen unterscheidet sich erheblich. Vereinfacht lässt sich feststellen, dass die Drogenabhängigen in der Stichprobe häufiger wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz und Alkoholabhängige häufiger wegen Gewaltdelikten untergebracht werden. Dennoch entsprechen sich die beiden Gruppen in Bezug auf die Höhe der mit der Unterbringung angeordneten Freiheitsstrafe. Interessante Unterschiede finden sich für ihre Darstellung der „Problemvorgeschichte“ bei der Eingangserhebung. Während alkoholabhängige Patienten über gravierendere familiäre Probleme und weniger familiären Halt berichten, beschreiben die drogenabhängigen ausgeprägtere Auffälligkeiten des Sozialverhaltens schon in der Kindheit. Dieser Befund dürfte Kliniktherapeuten kaum erstaunen. Er verdient unter therapeutischen und prognostischen Gesichtspunkten weitere Beachtung.

### *Compliance der Patienten*

Hinsichtlich der Mitwirkung der Patienten bei der Erhebung wurden unsere Erwartungen deutlich übertroffen. Selbst zum zweiten Erhebungszeitpunkt bearbeiten weit mehr als 80 % der Patienten den Erhebungsbogen zur Situation in der Therapie. Dies bedeutet natürlich auch, dass ihre Therapeutinnen und Therapeuten sie erfolgreich zur Mitwirkung motivieren, was wiederum auf häufig positive Therapeut-Patient-Beziehungen zu diesem Zeitpunkt schließen lässt.

### *Erledigungen gemäß § 67d Abs. 5 StGB*

Unter Versorgungsgesichtspunkten spannend sind Unterschiede in der Praxis der Erledigung gemäß § 67d Abs. 5 StGB. Recht unerwartet haben wir festgestellt, dass der Anteil relativ früher Erledigungen in NRW deutlich kleiner zu sein scheint als in den anderen Bundesländern. Dies verwundert angesichts der Tatsache, dass die Erledigungsquote in NRW in manchen Jahren extrem hoch gewesen ist (Pollähne & Kemper 2007). Eine Bewertung kann erst erfolgen, wenn die Entwicklung der beiden Teilstichproben im längeren Verlauf beobachtet und verglichen werden kann.

### *Erhebungsinstrumente*

Was Befunde zu den Erhebungsinstrumenten betrifft, sei hier nur die für das Projekt entwickelte Kurzform des Personality Assessment Schedule (Tyrer et al. 2007) genannt. Die Überlegung, sich aus Gründen der Ökonomie auf die Merkmale des Cluster B zu beschränken, werden durch die von den Kliniken mitgeteilten Diagnosen voll gestützt. Zusammenhänge mit den Klinikdiagnosen und dem ARI (Anger Rating Index) sprechen für die Validität der PAS-Kurzform. Ihre Rohwerte sind über die ganze Werteskala des Instrumentes normalverteilt. Aktuell wird eine Diplomar-

beit abgeschlossen, die weitere Hinweise auf die Brauchbarkeit des Kurzfragebogens liefert (Boateng 2010). Ob es sich um ein prognostisch valides Instrument handelt, kann bei Weiterführung des Projektes eingeschätzt werden. Die Frage, ob es sich darüber hinaus um eine änderungssensitive (therapeutische Effekte abbildende) Skala handelt, könnte in einem ergänzenden - methodischen etwas anders angelegten - Projekt mit mäßigem Aufwand geprüft werden. Zu einem solchen Projekt hat bereits ein Vorgespräch stattgefunden.

### *Perspektive*

Insgesamt machen die bisherigen Ergebnisse unseres Erachtens deutlich, dass eine Fortführung der Untersuchung wertvolle Erkenntnisse verspricht. Dabei wurde bisher noch ausgeklammert, dass zur Stichprobe von Maßregelpatienten ja eine gematchte Vergleichsgruppe von Strafgefangenen rekrutiert werden soll. Für die zentrale Fragestellung des Projektes – Einschätzung des Ertrags der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt – ist dieser Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe die entscheidende Erkenntnisquelle. Ein abschließendes Treffen zum organisatorischen und praktischen Vorgehen bei diesem Untersuchungsbaustein wird im November dieses Jahres im Justizministerium stattfinden.

Die bisherigen Untersuchungsergebnisse erscheinen uns vielversprechend. Dabei werden viele der erhobenen Daten, der festgestellten Zusammenhänge und Gruppenunterschiede erst durch Bezugnahme auf das Hauptkriterium „Bewährung in Freiheit“ ihre eigentliche Aussagekraft gewinnen.



## Literaturverzeichnis

- Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F (2005) Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *Eur Addict Res*, 11, 22-31 (DOI: 10.1159/000081413).
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman MD, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E & Ruggiero J (1994) Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Boateng Sh (2010) Deutsche Kurzfassung des klinischen Persönlichkeitsinterviews "Personality Assessment Schedule (PAS-K)". Diplomarbeit: Institut für Psychologie der Universität zu Köln.
- Dessecker A (1996) Suchtbehandlung als strafrechtliche Sanktion. Eine empirische Untersuchung zur Anordnung und Vollstreckung der Maßregel nach § 64 StGB. Wiesbaden: KrimZ (Schriftenreihe Kriminologie und Praxis, Bd. 9).
- Dimmek B, Brunn DE, Meier S, Stremmel M, Suer P, Westendarp AM, Westendarp H (2010) Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Döpfner M, Görtz-Dorten A, Lehmkuhl G (2008) Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II). Bern: Huber.
- Döpfner M, Lehmkuhl G, Steinhausen HC (in Vorb.) Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter. Bern: Testzentrale.
- Jehle JM, Heinz W, Sutterer P (2003) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik. Berlin: Bundesministerium der Justiz.
- Klag St, O'Callaghan F, Creed P (2005) The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: an overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance Use & Misuse*, 40, 1777-1795.
- Novaco RW (1994) Anger as a Risk Factor for Violence among the Mentally Disordered. In: Monahan & Steadman (Hg.) *Violence and Mental Disorder*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 21-59.
- Pollähne H, Kemper A (2007) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). *Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik* Bd. 10. Berlin: LIT Verlag.
- Saunders JB, Aasland OG, Barbor TF, De La Fuente JR, Grant M (2006) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791 – 804.
- Schalast N (2008) SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 35, 175-181.
- Schalast N, Kösters C (2008) Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB – Machbarkeitsstudie. Download von [www.forensik-essen.de](http://www.forensik-essen.de) (Schalast / Publikationen / Projektberichte).
- Schalast N, Kösters C, Demmerling R, Mushoff S (im Druck) Drei prognostisch und therapeutisch relevante Gruppen alkoholabhängiger Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis*.

- Schalast N, Kösters C, Mushoff S, Demmerling R (2009) Zur Prognose des Behandlungsverlaufs bei strafrechtlicher Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *SUCHT*, 55(1), 19-29.
- Schalast N, Mushoff S, Demmerling R (2004) Alkoholabhängige Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB – Projektzwischenbericht. Download von [www.forensik-essen.de](http://www.forensik-essen.de) (/Mitarbeiter/Schalast/Publikationen).
- Schalast N, Palaschke M, Dönisch-Seidel U (2009) Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. *Recht & Psychiatrie*, 27(4), 183-190.
- Tyrer P, Coombs N, Ibrahimi F, Mathilakath A, Bajaj P, Ranger M, Rao B, Din R (2007) Critical developments in the assessment of personality disorder. *Brit J Psychiat*, 190(suppl. 49), s51-s59 (doi: 10.1192/bjp.190.5.s51)
- von der Haar M (2010) Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB - 2009. Eigenverlag: Fachabteilung Bad Rehbürg des NLKH Brauel.
- Wilms Yvonne (2005) Drogenabhängigkeit und Kriminalität. Münster: Lit Verlag
- Wirth W (2002) Das Drogenproblem im Justizvollzug – Zahlen und Fakten. *Bewährungshilfe*, 49(1), 104-122.
- Wittmann B (2007) Zur Situation der Versorgung von § 64-Patienten in Nordrhein-Westfalen. *SUCHT*, 53(2), 102-110.

**Kontaktadressen:**

Dr. Norbert Schalast [norbert.schalast@uni-due.de](mailto:norbert.schalast@uni-due.de)

Melanie Steffen [melanie.steffen@uni-due.de](mailto:melanie.steffen@uni-due.de)

Andrej König [andrej.koenig@uni-due.de](mailto:andrej.koenig@uni-due.de)

Institut für Forensische Psychiatrie Essen

Postfach 103043

45030 Essen