

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie

Prof. Dr. med. Peer Briken

**Legalbewährung bei aus dem Hamburger Maßregelvollzug
(§ 63 StGB) entlassenen Patienten**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Stephan Veismann

aus Ibbenbüren

Hamburg 2018

Angenommen von der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg am: 21.12.2018

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Peer Briken

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Klaus Püschel

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	Seite 4
II. Material und Methoden	Seite 16
III. Ergebnisse	Seite 26
IV. Diskussion	Seite 48
V. Zusammenfassung der Ergebnisse	Seite 76
VI. Zusammenfassung	Seite 77
VII. Literaturverzeichnis	Seite 79
VIII. Danksagung	Seite 85
IX. Lebenslauf	Seite 86
X. Eidesstattliche Erklärung	Seite 87
XI. Anhang: Schriftverkehr mit dem Bundesamt für Justiz	Seite 88

I. Einleitung

Anliegen und Fragestellung

Die Prävention von Straftaten als zentrale Aufgabe des psychiatrischen Maßregelvollzugs in der Metropolregion Hamburg ist von besonderer gesundheitspolitischer und kriminalpolitischer Bedeutung. Zum einen soll die psychische Erkrankung respektive Störung des Untergebrachten erfolgreich therapiert und zum anderen die Öffentlichkeit vor dem als gefährlich eingeschätzten psychisch kranken Rechtsbrecher geschützt werden. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (hier gemäß § 63 StGB - Strafgesetzbuch¹) beabsichtigt somit präventiv die Verhinderung neuer Straftaten durch angemessene multimodale therapeutische Interventionen (positive Legalbewährung).

Die Durchführung von Verlaufsstudien zur Legalbewährung als Ergebnisqualität des Hamburger Maßregelvollzugs entspricht dem im Hamburgischen Maßregelvollzugsgesetz (HmbMVollzG²) enthaltenen Auftrag des Gesetzgebers nach Qualitätskontrollen und qualitätssichernden Maßnahmen in Verbindung mit verpflichtend gewünschten Zusammenarbeitsformen mit Behörden, Gerichten und Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung.

Im § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 6 Abs. 1 des Hamburger Maßregelvollzugsgesetzes – HmbMVollzG - ist die Zusammenarbeit ausdrücklich gewünscht und gesetzlich geregelt. Ziel einer Unterbringung ist es, die untergebrachte Person so weit wie möglich zu heilen, oder ihren Zustand so weit zu verbessern, dass sie keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit darstellt. Die Maßregeln dienen dem Schutz der Allgemeinheit. Beide Ziele sind gleichrangig (§ 2 Abs. 1 HmbMVollzG). Die Qualität insbesondere der Behandlung und der Behandlungsergebnisse ist zu gewährleisten (§ 6 Abs. 1 HmbMVollzG). Den Trägern obliegt es, regelmäßige qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen (§ 6 Abs. 1 HmbMVollzG).

Vor diesem speziell für das Bundesland Hamburg gesetzlich geregelten Hintergrund wurde bereits vor vielen Jahren das Projekt einer Nachuntersuchung der Legalbewährung von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten in Angriff genommen.

¹ **§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus:**

(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

(2) Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

² **HmbMVollzG:**

Gesetz über den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung vom 7. September 2007; Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt, S. 301-313.

Die Untersuchung bezieht sich auf alle im Hamburger Maßregelvollzug untergebrachten Frauen und Männer, die im Erhebungszeitraum 2000 bis 2005 aus der Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassen wurden (gemäß § 67 d StGB³) bzw. bei denen zwar eine Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet, aber gleichzeitig mit Weisungen zur Bewährung ausgesetzt wurde (gemäß § 67 b StGB⁴). Die strafrechtliche Rückfälligkeit wurde anhand von Bundeszentralregisterauszügen (BZR) ausgewertet. Stichtag der zur Verfügung stehenden Auszüge war der 02.10.2013. Der Katamnesezeitraum umfasste somit mindestens 7 Jahre und 10 Monate bis maximal 13 Jahre und 7 Monate - im Mittel 10 Jahre und 8 Monate Jahre Follow-up.

Darüber hinaus wurden die Strafvollstreckungshefte und Bewährungshefte der nach der Entlassung zuständigen Landgerichte ausgewertet. Dabei waren insbesondere Eintragungen zu erneuten Sicherungsverfahren und Maßnahmen im Vorfeld eines Widerrufs einer Aussetzung von Interesse.

Nur durch Katamneseuntersuchungen kann das öffentliche Interesse im Sinne von Aussagen zur Effektivität des Maßregelvollzugs und zur Höhe des Restrisikos für die Allgemeinheit (Ergebniskontrolle) gesichert werden. Gleichzeitig lassen die wissenschaftlichen Ergebnisse auch Ansatzpunkte zur Verbesserung des Maßregelvollzugs und der Führungsaufsicht erwarten.

Die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit sind:

- 1.a) Wie hoch sind die Rückfallzahlen für schwere, mittelschwere und leichte Straftaten in der Metropolregion Hamburg?
- 1.b) Wie schnell werden Entlassene aus dem Maßregelvollzug wieder mit Straftaten auffällig?
- 2.a) Wie ist Rückfälligkeit mit demographischen, kriminologischen und medizinischen Daten verknüpft?
- 2.b) Gibt es einen Unterschied bei der Rückfälligkeit zwischen den gleich zur Bewährung Entlassenen (§ 67 b StGB) und den nach einer Behandlung im Maßregelvollzug Entlassenen (§ 67 d StGB)?
3. Wie steht der Verlauf der Führungsaufsicht mit Rückfälligkeit im Zusammenhang?

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

⁴ **§ 67 b StGB: Aussetzung zugleich mit der Anordnung:** (1) Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. (2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

Rückfalluntersuchungen haben in der Vergangenheit ca. 30 % allgemeine Rückfälligkeit und ungefähr 10 % schwere respektive einschlägige Rückfalltaten ermittelt. Typische kriminologische Risikofaktoren spielten bezüglich der Vorhersage von Rückfälligkeit eine wichtige Rolle, zum Verlauf der Zeit der Führungsaufsicht existieren nur wenige Daten.

Rechtliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Psychisch kranke Rechtsbrecher mit einer anhaltenden Gefährlichkeit werden nach deutschem Recht nicht in Justizanstalten, sondern in Einrichtungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs untergebracht (80, 81). Die juristischen Voraussetzungen sind in den §§ 61-69 des Strafgesetzbuches geregelt. Die Ausgestaltung des Vollzugs wird durch eigene gesetzliche Regelungen (in den meisten Fällen mit einem Maßregelvollzugsgesetz) des jeweiligen Bundeslandes, in dem die Unterbringung vollstreckt wird, bestimmt (54). Voraussetzung für die Anordnung einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB, Satz 1 (in der am 01.08.2016 in Kraft getretenen Neufassung aufgrund des Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 08.07.2016) ist, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB⁵) begangen hat und die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind, und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Über eine strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zur Abwendung möglicher weiterer Straftaten hat das Gericht im Rahmen eines gerichtlichen Hauptverfahrens mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen zu entscheiden. Der die Dauer der Unterbringung regelnde § 67d Abs. 2 StGB sah bis zur Strafrechtsreform 1998 vor, dass das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung eines Patienten zur Bewährung aussetzt, „sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“. Nach der

⁵ **§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen:**

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

§ 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit:

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

Neuregelung im Jahr 1998 hieß es, dass erst zu dem Zeitpunkt eine Entlassung zu befürworten ist, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“ Diese Umformulierung hat einerseits zur Schwellenerhöhung der Entlassungsvoraussetzungen und andererseits zum Anstieg der Anforderungen an die Güte und Präzision von Gefährlichkeitsprognosen geführt. Infolgedessen lässt sich seit Ende der 1990er Jahre ein anhaltender Rückgang der Entlassungszahlen bei gleichzeitiger Zunahme der mittleren Verweildauer beobachten (74, 75). Auch vor diesem Hintergrund hat die gesetzliche Regelung vom 01.08.2016 eine wesentliche Neuerung gebracht. So heißt es im § 67 d Absatz 6 nunmehr, dass „wenn die Unterbringung gemäß § 63 StGB sechs Jahre dauert, ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig ist, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden“. Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1, wo es heißt, dass „wenn zehn Jahre der Unterbringung vollzogen worden sind, das Gericht die Maßregel für erledigt erklärt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden“ (analog zu den gesetzlichen Regelungen zur Unterbringung in der Sicherungsverwahrung).

Die Behandlung ist somit kein Selbstzweck, sondern dient der Verbesserung der Kriminalprognose. Ist diese ausreichend günstig, ist der stationäre Behandlungsauftrag beendet. Mit der bedingten Entlassung tritt Führungsaufsicht ein (§ 68 StGB⁶, § 68 a StGB). Im Rahmen der Führungsaufsicht können Weisungen (§ 68 b StGB) erteilt werden, die die Grundlage und rechtliche Basis für eine ambulante Nachsorgebehandlung sein können (54).

Die Aufgaben des psychiatrischen Maßregelvollzugs betreffen also zwei wesentliche Gesichtspunkte. Zum einen soll die psychische Erkrankung respektive Störung des Untergebrachten erfolgreich therapiert und zum anderen die Öffentlichkeit vor dem als gefährlich eingeschätzten psychisch kranken Rechtsbrecher geschützt werden (80). Die Unterbringung von Patienten im Maßregelvollzug beabsichtigt somit präventiv die Verhinderung neuer Straftaten durch angemessene multimodale therapeutische Interventionen (positive Legalbewährung). Vor dem Hintergrund der dafür im psychiatrischen Krankenhaus eingesetzten erheblichen finanziellen Mittel und personellen Ressourcen (inzwischen ist jedes fünfte psychiatrische Krankenhausbett im Maßregelvollzug angesiedelt)

⁶ **§ 68 StGB: Führungsaufsicht:**

Hat jemand wegen einer Straftat eine zeitige Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten verwirkt, so kann das Gericht neben der Strafe Führungsaufsicht anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass er weitere Straftaten begehen wird.

erstaunt es, wie wenig Untersuchungen zur Legalbewährung nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug existieren. In der vorliegenden Nachuntersuchung sollen über alle Entlassungen zunächst aus den Jahren 2000 bis 2005 (in einer zweiten nachfolgenden Untersuchung wird über alle Entlassungen zwischen den Jahren 2006 bis 2009 berichtet werden) erstmals die Ergebnisse des Maßregelvollzugs in der Metropolregion Hamburg evaluiert werden.

Im Zeitraum 2000-2009 wurden von der für den Maßregelvollzug zuständigen Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg ca. 152,9 Mio. Euro an Budgetmitteln für diese Aufgabe ausgegeben (für den hier in Rede stehenden Untersuchungszeitraum 2000-2005 schon 69,0 Mio. Euro).

Tabelle 1: Behandlungskosten pro Jahr im Hamburger MRV am jeweiligen Stichtag für den Zeitraum 2000 bis 2005.		
Stichtag	Belegung zum Stichtag	Behandlungskosten (in Millionen Euro)
31.12.2000*:	N=98	6,9
31.12.2001*:	N=112	7,8
31.12.2002:	N=136	10,7
31.12.2003:	N=137	12,3
31.12.2004:	N=149	14,4
31.12.2005:	N=169	16,9

* Für 2000 und 2001 in Euro umgerechnet

Allerdings existieren bisher keine Daten zur Ergebnisqualität der Legalbewährung, auch auf Bundesebene finden sich keine Erhebungen zur Wirksamkeit des Maßregelvollzugs in einer Metropolregion im Sinne einer Vollerhebung. Die durchgeführte Evaluation gewährleistet somit Daten zur Ergebnisqualität des Hamburger Maßregelvollzugs, Hinweise zur Förderung der Ziele des Maßregelvollzuges und zur Gewährleistung der Behandlungsergebnisse (wie dies auch im Hamburger Maßregelvollzugsgesetz – in der letzten Änderung vom 1.Oktober 2013 - niedergelegt und gewünscht ist).

Psychische Störung und Kriminalität - Behandlungsimplicationen

Durch das gewachsene empirische Wissen über die Zusammenhänge zwischen psychischer Störungen und Kriminalität ist belegt, dass bestimmte psychische Störungen und komorbide Begleiterkrankungen mit einem erhöhten Gewaltrisiko einhergehen (29, 54). Diese Evidenz stammt aus Studien verschiedener Länder, unterschiedlicher Methodik und einer großen Anzahl von Untersuchern. Die empirische Basis über die Behandlung psychisch gestörter/kranker Rechtsbrecher findet sich in Untersuchungen über die Wirksamkeit von

Interventionen bei psychisch Kranken (u.a. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen) und Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, von ambulanten forensischen Nachsorgeprogrammen und von Behandlungsprogrammen im Strafvollzug (z.B. in sozialtherapeutischen Anstalten). Die moderne Behandlung psychischer Störungen umfasst drei unterschiedliche Zugänge, die oft in Kombination angewandt werden. Zum einen somatotherapeutische Strategien mit vor allem der Pharmakotherapie zur Beeinflussung der den psychischen Störungen zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen (speziell bei der forensischen Klientel schwer kontrollierbare Wut, Impulsivität, unkontrolliert-überschießende Gewalt, emotionale Labilität und mürrisch-dysphorische Gestimmtheit). Den zweiten individuumszentrierten Ansatz bilden verschiedene psychotherapeutische Therapieangebote. Diese zielen mit verbalen und nonverbalen Methoden auf dysfunktionale kognitive, emotionale und behaviorale Muster. Der dritte Ansatz beschäftigt sich weniger mit dem Individuum direkt, sondern mehr mit einer positiven Beeinflussung der Interaktion zwischen dem Betroffenen und seiner sozialen Umwelt - multiprofessionell durchgeführte psychosoziale Therapien respektive Soziotherapien – mit dem Ziel einer Modifizierung der Umgebungsbedingungen sowie einer Vermittlung sozialer und kommunikativer Kompetenzen zur Stärkung der persönlichen Kontrolle über die eigene Lebensführung (54).

Die Evaluation von Straftäterprogrammen hat gezeigt, dass signifikante Effekte in der Reduktion von Rückfallkriminalität erzielt werden konnten, wenn die Risk-, Need- und Responsivity- (RNR) Kriterien berücksichtigt wurden (2). Das heißt, dass die Intensität der Intervention (z. B. erhöhter zeitlicher Aufwand, mehr Therapiemaßnahmen, medikamentöse Behandlung, Sicherung etc.) dem Risikoniveau entsprechen sollte (Risikoprinzip), kriminalpräventive Interventionen auf Merkmale abzielen, die kriminogene Faktoren darstellen (Bedürfnisprinzip), und die angewandten Methoden auf den eher handlungsorientierten Lernstil von Straftätern ausgerichtet sind (Ansprechbarkeitsprinzip).

Von besonderer Bedeutung ist dabei der Transfer von in therapeutischen Situationen erworbenen Fähigkeiten auf Alltagssituationen (Generalisierung der Veränderungen). Ebenso konnte die Evaluation von forensischen ambulanten Nachsorgeprogrammen belegen, dass sich mit einer nachgehenden, kontrollierenden und durchsetzungsfähigen (assertiven) forensischen Behandlung erneute Gewalt und Rückfallkriminalität bei psychisch kranken Straftätern verhindern lassen. Angemessene kriminaltherapeutische Interventionen erreichen nach den Ergebnissen von großen Metaanalysen über Studien, die sich nach den oben genannten Behandlungsprinzipien gerichtet hatten, Effektstärken von 0,30. Diese

Ergebnisse konnten in Folgestudien bestätigt werden und finden sich auch in einer jüngeren großen Metaanalyse, wobei in dieser Analyse die mittlere Effektstärke mit 0,26 etwas geringer ausfiel (2).

Die häufigsten Diagnosen bei den Patienten im Maßregelvollzug sind funktionelle Psychosen, Persönlichkeitsstörungen mit oder ohne Minderbegabung, geistige Behinderungen und organische Hirnschädigungen. Hinzukommt in sehr vielen Fällen ein langjähriger Substanzmissbrauch beziehungsweise eine primäre Suchterkrankung. Oft besteht eine lange Vorgeschichte mit psychischen Auffälligkeiten, dissozialem Verhalten, affektiven und kognitiven Defiziten, geringen lebenspraktischen und sozialen Fertigkeiten, was ein abweichendes Sozialverhalten fördert. Die betroffenen Patienten leiden häufig nicht nur an ihrer Krankheit, sondern weisen eben eine Vielzahl von Sozialisations- und Ausbildungsdefiziten auf, die den therapeutischen Umgang mit ihnen erschweren (26). Zahlreiche behandlungsrelevante Syndrome und Defizite – insbesondere die mit den komorbiden Störungen einhergehenden Einschränkungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Selbstkontrolle – beeinträchtigen den Zugang zu den Untergebrachten und die Wirksamkeit der notwendigen Behandlungsmaßnahmen.

Mit der Einführung evidenzbasierter Techniken in Risikobeurteilung und Risikomanagement, klarer Strukturen und Grundregeln, einer ambulanten forensischen Nachsorge und angemessener personeller und fachlicher Ausstattung sind in den letzten zwei Jahrzehnten deutliche und messbare Verbesserungen in der Kriminaltherapie einhergegangen (28, 54).

Aktuelle Situation im Maßregelvollzug

Die komplexe Problematik im Bereich der Unterbringung nach § 63 StGB widersetzt sich gleichwohl der einfachen Evaluation des Behandlungserfolgs. Der Maßregelvollzug ist keine Behandlungsmethode, sondern ein Rechtsinstitut, das sehr unterschiedliche Straftäter mit sehr verschiedenen Problembereichen betrifft. Klinische Verlaufs- und Behandlungskriterien können nur schwer im Detail und nicht ausreichend valide und reliabel erfasst werden, so dass mit den Ergebnissen einer Legalbewährungsstudie nur „das Gesamtpaket Maßregelvollzug“ bewertet werden kann (29, 48, 80).

Die Zahl im Maßregelvollzug Untergebrachter steigt seit Ende der 1990er Jahre im gesamten Bundesgebiet kontinuierlich an. Im Zeitraum 2000-2009 erhöhte sich die Zahl der in

Hamburg Untergebrachten (Stichtagsprävalenz zum Jahresende) von 113 auf 247 Personen (+118%).

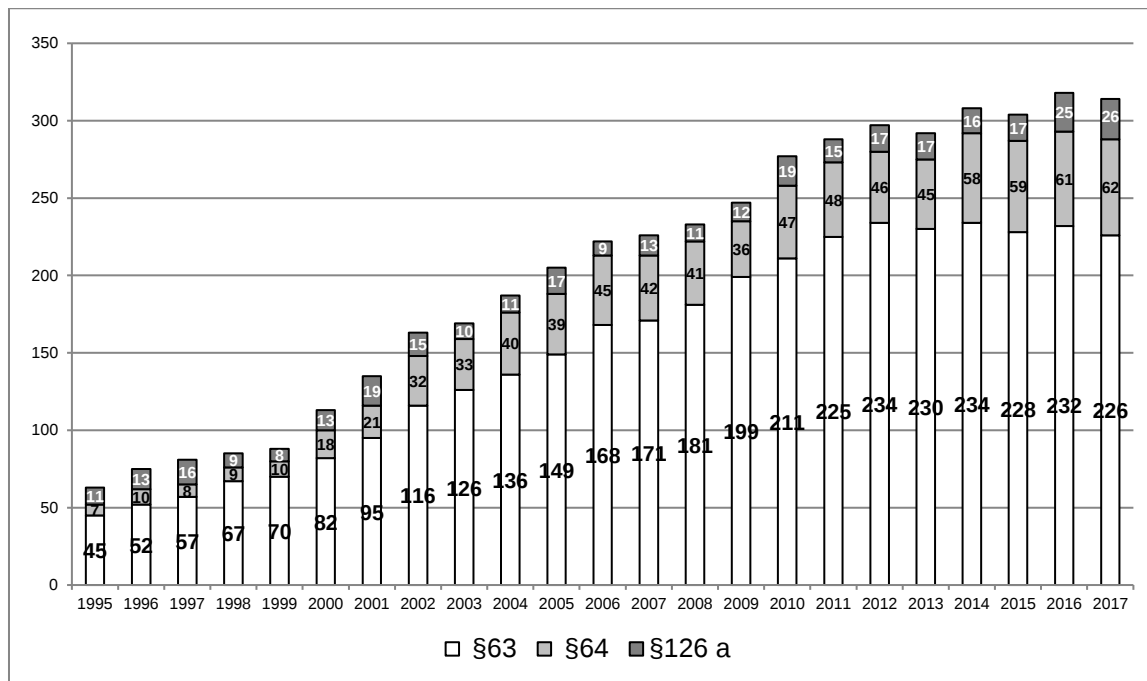


Abbildung 1: Belegung im Maßregelvollzug Hamburg 1995 bis 2017 – Stichtagsprävalenz (gemäß §§ 63, 64⁷ StGB; § 126a StPO⁸)

Zu der mit Abstand häufigsten Hauptdiagnose im bundesrepublikanischen Maßregelvollzug gehört nach wie vor die Schizophrenie. Bereits 1988 stellte Leygraf (48) in seiner Arbeit fest, dass in der BRD bei 37,9 % der Patienten eine Schizophrenie diagnostiziert worden war. Dieser Trend setzte sich in der Folge fort. Bei der Stichtagerhebung im Jahr 2003 fanden sich bundesweit im Durchschnitt 33 % Schizophrene, zuletzt ging aus dem Kerndatensatz der Bundesländer zum Maßregelvollzug (erhoben für das Jahr 2013) hervor, dass der Anteil dieser Patientengruppe in der Bundesrepublik auf 45,6 % angestiegen war.

Weiter ist zur prototypischen Krankheits- und Delinquenzvorgeschichte schizophrener Maßregelvollzugspatienten festzuhalten, dass diese bereits im jungen Erwachsenenalter mit einem ersten Eintrag im Bundeszentralregister auffallen und eine erste gerichtliche Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe rasch folgt (61). Erst einige Jahre später kommt es zu einer ersten stationär-psychiatrischen Behandlung (Manifestation der psychischen

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

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

Erkrankung) und es folgen weitere stationäre Behandlungen. Zudem haben die späteren Maßregelpatienten in den Folgejahren häufig Kontakt mit der Polizei und den Gerichten, bis sie schließlich tatsächlich wegen anhaltender Umgebungsgefährdung und zunehmender Gewaltdelinquenz gemäß § 63 StGB untergebracht werden.

Die Gesamterhebung von Ergebnisdaten der Legalbewährung ist auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil damit die Wirksamkeit ambulanter Betreuungsformen beziehungsweise spezialisierter Formen der Nachsorge (in Hamburg entstand 2004 eine sich zunehmend spezialisierende forensisch-psychiatrische Nachsorge-Ambulanz) beurteilt werden kann. Für Untersuchungen zur Legalbewährung nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist die Frage, ob ein Untergebrachter nach einem Aufenthalt im Maßregelvollzug oder nach einer primären Aussetzung der Maßregel zur Bewährung erneut mit Straftaten oder Verstößen gegen Bewährungsauflagen auffällt, natürlich einer der zentralen Gesichtspunkte.

Die Gruppe derjenigen psychisch kranken Straftätern, die bereits im Rahmen des Hauptverfahrens bewährungsweise entlassen wurden (gemäß § 67 b StGB), war bisher nur selten Gegenstand systematischer Untersuchungen. Unter anderem in den Arbeiten von Dessecker, Konrad, Nowara und Schmidt-Quernheim (11, 12, 41, 57, 71) wurden dazu Daten erhoben.

Diese Gruppe hat in den letzten Jahren zahlenmäßig zugenommen, da in der Bundesrepublik die Zahl der forensisch-psychiatrischen Nachsorgeambulanzen angestiegen ist, in denen diese Patienten risiko- und bedürfnisorientiert behandelt werden können. Gleichzeitig wurde dieses Anliegen zuletzt auch vom Gesetzgeber gefördert (Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht vom 18.4.2007: Ausgestaltung der Führungsaufsicht - u.a. §§ 68 a, b und c: Gleichstellung der Forensisch-psychiatrischen Nachsorgeambulanzen im Bereich des Informationsaustausches mit Führungsaufsichtsstellen und Bewährungshilfe, Möglichkeiten von Therapieweisungen, Anordnung einer unbefristeten Führungsaufsicht; Neuregelung zur Krisenintervention gemäß § 67 h StGB⁹). Zudem kostet den Steuerzahler eine ambulante spezifische Nachsorge eines Patienten dieser Gruppe nur ein Bruchteil der sonst aufzuwendenden Mittel bei einer nicht zur Bewährung ausgesetzten, sondern vollstreckten Unterbringung gemäß § 63 StGB (ca. nur 5600 € versus ca. 104.000 € / Jahr; Stand 2017). Wenn also ein Patient nicht untergebracht wird, sondern die Unterbringung zu

9

§ 67 h StGB:

Während der Dauer der Führungsaufsicht kann das Gericht die ausgesetzte Unterbringung gemäß § 63 StGB für eine Dauer von drei Monaten wieder in Vollzug setzen, wenn eine akute Verschlechterung des Zustandes der aus der Unterbringung entlassenen Person eingetreten ist und die Maßnahme erforderlich ist, um einen Widerruf nach § 67 g StGB zu vermeiden.

Bewährung ausgesetzt werden kann, könnten allein mit diesen eingesparten Mitteln 18 Patienten ambulant in hochspezialisierten forensischen Ambulanzen intensiv nachbetreut, behandelt und beaufsichtigt werden.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse bisheriger wissenschaftlicher Arbeiten wurden in verschiedenen Untersuchungen zu Rückfällen nach Entlassung aus der Maßregel gemäß § 63 StGB (14, 15, 29, 32, 34, 36, 38, 57, 64, 67, 71, 76, 80) übereinstimmend moderate Rückfallzahlen für schwere, einschlägige Sexual- und Gewaltstraftaten (um 10 %) und deutlich höhere Zahlen für leichte bis mittelschwere Rückfallkriminalität (30-50 %) erhoben. Die zugrunde gelegten Katamnesezeiträume lagen dabei bei den meisten Untersuchungen zwischen 2 und 6 Jahren.

In den letzten 10 Jahren wurde im deutschen Sprachraum nur noch eine kleine Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten zu Rückfällen nach Entlassung aus der Maßregel gemäß § 63 StGB veröffentlicht, in denen eine „time at risk“ von 2 bis maximal 10 Jahren zugrunde gelegt werden konnte. Die Arbeiten von Schmidt-Quernheim und Seifert (72, 80, 81) betrafen dabei Patienten aus anderen Bundesländern. Bei der Untersuchung von Jehle et al (36) geht es um alle im Jahr 2004 strafrechtlich Sanktionierten oder aus der Haft Entlassenen, bei denen über einen sechsjährigen Zeitraum geprüft wurde, ob erneut Eintragungen im Bundeszentralregister erfolgt waren. Dabei wurden auch alle im Jahr 2007 aus einer Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassene Patienten miterfasst und nachuntersucht. Bereits Leygraf (48) hatte in seiner Publikation von 1988 (Psychisch kranke Straftäter; Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs) hervorgehoben, dass der Maßregelvollzug in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgestaltet und durchgeführt wird. Für den Maßregelvollzug in Hamburg existierte bisher keine entsprechend fundierte Untersuchung.

Kriminalitätsentwicklung in Deutschland

Die polizeilich registrierte Kriminalität ist seit 1963 kontinuierlich angestiegen. Es wurde eine Zunahme der Strafanzeigen von 1.678.840 auf über sechs Millionen registriert (62). Nach einem Gipfel im Jahr 1993 (6.750.613 angezeigte Taten) fiel die Gesamtzahl der Strafanzeigen bis zum Jahr 2016 allerdings kontinuierlich ab (für das Jahr 2016 6 372.526 registrierte Anzeigen).

Im Bereich der Gewaltkriminalität kam es bis zum Jahr 2010 erst zum dritten Mal seit 1999 zu einem Rückgang der Anzeigen (2010: 201.243 Fälle), nachdem es seit 1993 insgesamt zu einem Anstieg von Gewaltdelinquenz um 29,7 % und im Bereich von schwerer Körperverletzung sogar um 70,1 % gekommen war. In den folgenden fünf Jahren wurde regelmäßig ein weiterer Rückgang von Anzeigen in diesem Bereich mit allerdings zuletzt einem geringen Anstieg (vor allem bei Körperverletzungen und Tötungsdelikten) auf aktuell 193.379 Fälle von Gewaltkriminalität (Tötungsdelikte 2.418, Vergewaltigung/sexuelle Nötigung 7919, Raubdelikte 43.009, gefährliche/schwere Körperverletzung 140.033) im Jahr 2016 verzeichnet.

Wie den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts zu entnehmen ist, befanden sich zum Stichtag 31.08.2017 64.223 Insassen im Strafvollzug, was bei einer Belegungsfähigkeit von insgesamt 73.742 Haftplätzen einer Belegungsrate von 87,1 % entspricht. Die Belegungsraten sind regional unterschiedlich, von z.B. 89,6 % in Hamburg (1.871 von 2.088 Haftplätzen belegt), 82,8 % in Berlin (3.856 von 4.656 Haftplätzen belegt) und bis zu 92,1 % in Bayern (11.253 von 12.222 Haftplätzen belegt).

Für die Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 63, 64 und 66¹⁰ StGB) sind folgende Unterbringungszahlen zu finden (Statistisches Bundesamt):

524 Personen in der Maßregel gemäß § 66 StGB in der Sicherungsverwahrung (Stichtag 31.3.2016), 6540 Personen in der Maßregel gemäß § 63 StGB im psychiatrischen Krankenhaus (Stichtag 31.3.2014), 3822 Personen in der Maßregel gemäß § 64 StGB in der Entziehungsanstalt (Stichtag 31.3.2014).

Mit einer Gesamtzahl von 10886 Personen befinden ca. 14,5 % der Gefangenen/Untergebrachten/Verwahrten in den Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 63, 64 und 66 StGB). Die Unterbringungszahlen im Maßregelvollzug verdoppelten sich

10

§ 66 StGB: Sicherungsverwahrung: Das Gericht ordnet neben der Strafe Sicherungsverwahrung an, wenn

1. jemand zu einer Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat verurteilt wird,
2. der Täter wegen Straftaten der in Nummer 1 genannten Art, die er vor der neuen Tat begangen hat, schon zweimal jeweils zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt worden ist,
3. er wegen einer oder mehrerer dieser Taten vor der neuen Tat für die Zeit von mindestens zwei Jahren Freiheitsstrafe verbüßt oder sich im Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befunden hat und
4. die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass er infolge eines Hanges zu erheblichen Straftaten, namentlich zu solchen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden, zum Zeitpunkt der Verurteilung für die Allgemeinheit gefährlich ist.

zwischen 1995 und 2005 und von 2006 bis 2012 war ein weiterer Anstieg um 25 % zu verzeichnen. Seit 2012 stagnieren die Unterbringungszahlen (Prävalenz) bzw. gehen im Bereich der Unterbringungen gemäß § 63 StGB sogar leicht zurück.

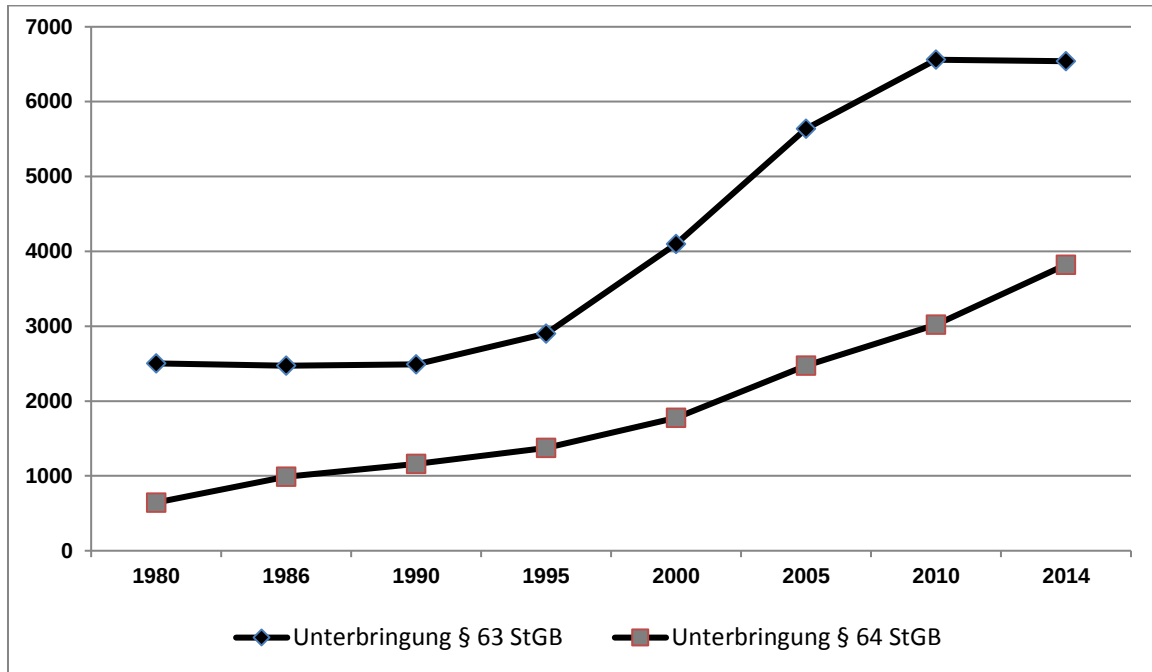


Abbildung 2: Anstieg der Belegungszahlen im Maßregelvollzug (deutschlandweit)

Wenn man sich gleichzeitig die Zahlen aus der Polizeilichen Kriminalstatistik bezüglich der Gewaltstraftaten vor Augen hält, die am ehesten vergleichbar sind mit den Anlassdelikten der nach § 63 StGB Untergebrachten (definitionsgemäß für die Allgemeinheit gefährlich), kann eine Zunahme der Anordnungen einer Unterbringung im Maßregelvollzug im Gegensatz zu einer Abnahme der Gewaltkriminalität und der Unterbringungszahlen in der Strafhäft insgesamt konstatiert werden (Shift der Unterbringungszahlen in den Maßregelvollzug). Vor dem Hintergrund des stetigen Abbaus der Betten in der Allgemeinpsychiatrie stellt sich somit die Frage nach einem möglichen Versorgungsproblem schwer psychisch kranker und komplex gestörter Patienten.

Vor diesem Hintergrund erstaunt es wie wenig Untersuchungen zur Legalbewährung nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug existieren, und dass es über die enormen öffentlichen Mittel keinerlei ergebnisorientierten Verwendungsnachweis gibt. Ohne die Durchführung von Verlaufsstudien zur Legalbewährung Entlassener entspricht die strafrechtliche Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB einer sogenannten „black box“, was bedeutet das ganze Maßregelvollzugseinrichtungen nach intuitiven Annäherungen funktionieren, immer weiter steigende Millionenbeträge an

öffentlichem Geld ohne Ergebnisbezug in immer mehr forensisch-psychiatrische Krankenhäuser fließen und auch die Bewertung von Veränderungen durch Gesetzesänderungen (hier zum Beispiel erwähnt das Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht vom 18.4.2007) nur schwer gelingen kann.

II. Material und Methoden

Die vorliegende Untersuchung schließt alle im Hamburger Maßregelvollzug untergebrachten Frauen und Männer ein, die im Erhebungszeitraum 2000 bis 2005 aus der Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassen wurden (gemäß § 67 d Abs. 2 StGB; n= 48; davon 5 Frauen; Durchschnittsalter 41 Jahre) bzw. bei denen nach einer vorläufigen Unterbringung gemäß § 126 a StPO im Rahmen gerichtlichen Hauptverfahrens zwar eine Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet, aber gleichzeitig mit Weisungen zur Bewährung ausgesetzt wurde (gemäß § 67 b StGB; n=25; davon 3 Frauen; Durchschnittsalter 37 Jahre).

Die für die Untersuchung notwendige Erhebung der demographischen, kriminologischen und medizinischen Basisdaten erfolgte über eine Auswertung vorliegender Gutachten, Gerichtsurteile, Krankenakten und Entlassungsberichte.

Den Unterlagen wurden unter anderem Daten entnommen zu folgenden Items: Alter, Geschlecht, gesetzliche Form der gerichtlichen Unterbringung (§ 67 b oder § 67 d StGB), Aufnahmedatum in der forensischen Klinik, Dauer der vorläufigen Unterbringung gemäß § 126 a StPO, Dauer der Unterbringung gemäß § 63 StGB, Stichtag der Entlassung aus dem Maßregelvollzug, Diagnosen gemäß der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), Diagnosekategorien und Deliktkategorien angelehnt an die Publikation von Leygraf (Psychisch kranke Straftäter, 1988). Weitere Items waren die Dauer der parallel verhängten Freiheitsstrafe bei gemäß § 21 StGB nur vermindert schuldfähigen Untergebrachten, Anzahl der psychiatrischen Vorbehandlungen, Häufigkeit von zwangsweisen Unterbringungen gemäß der landesgesetzlichen Regelungen zur geschlossenen Unterbringungen psychisch Kranker (PsychKG der jeweiligen Länder), Anzahl der Vorstrafen, Hafterfahrungen, Anzahl der Voreintragungen im Bundeszentralregister, Alter bei der ersten Straftat, Art der medizinischen Behandlung während der Maßregelunterbringung, Anzahl der gerichtlichen Weisungen bei der Entlassung, Art des Nachsorgesettings und Katamnesedauer bis zum Stichtag 02.10.2013.

Die gewonnenen Daten wurden in einer Datenbank aufgenommen, mit Identifikationsnummern versehen und in einem nächsten Schritt für die weitere Auswertung anonymisiert.

Trotz der grundrechtlich gewährten Forschungsfreiheit gilt auch für die wissenschaftliche Forschung mit personenbezogenen Daten wegen des Aufeinandertreffens zweier Grundrechte (informationelles Selbstbestimmungsrecht und Freiheit von Wissenschaft und Forschung) das grundsätzliche Verbot mit Erlaubnisvorbehalt. Wie auch bei anderen Grundrechtskonflikten ist es in erster Linie Aufgabe des Gesetzgebers, die potentiellen Konflikte so zu regeln, dass beide Grundrechte möglichst weitgehend realisiert werden (Grundsatz der „praktischen Konkordanz“ nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts). Relativ unproblematisch ist die Forschung mit anonymisierten Daten (fehlender Personenbezug) oder nach Einwilligung der Betroffenen (ausgeübtes informationelles Selbstbestimmungsrecht). Der Gesetzgeber hat besondere Erlaubnistatbestände für die Forschung geschaffen. Diese Forschungsregelungen legen die rechtlichen Vorgaben fest, unter denen Einschränkungen des informationellen Selbstbestimmungsrechts zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung möglich sind. Sollen personenbezogene Daten einer öffentlichen Stelle (hier Bundesamt für Justiz; Bundeszentralregister) ohne Einwilligung des Betroffenen verwendet werden, so muss das Vorhaben den rechtlichen Voraussetzungen der gesetzlichen Forschungsregelungen genügen. Zudem muss das Forschungsvorhaben hinreichend konkretisiert sein. Das Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen ist in einem Antrag (oder z.B. im Rahmen einer Projektskizze für eine Promotion) darzulegen. So kann entschieden werden, ob der mit Übermittlung der Daten (hier BZR-Auszüge) verbundene Grundrechtseingriff eine gesetzliche Grundlage hat und verhältnismäßig ist.

Die Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung (und somit für die rechtliche Prüfung der Vorgaben) trägt immer die Stelle, die die Daten ursprünglich erhoben hat (hier z.B. Bundesamt für Justiz, Bundeszentralregister). Öffentliche Stellen dürfen ohne Einwilligung des Betroffenen Daten übermitteln, wenn ein öffentliches Interesse an der Durchführung eines Forschungsvorhabens besteht und dies die schutzwürdigen Belange des Betroffenen überwiegt. Somit konnte eine Vollerhebung durchgeführt werden (alle Individuen einer Grundgesamtheit werden in der Untersuchung aufgenommen) und das erhobene Material spiegelt die wahren Proportionen der statistischen Masse. Dies hat zum Vorteil, dass die Gesamtheit nach verschiedenen Gesichtspunkten weiter auf gesplittet werden kann.

Forschungen mit anonymisierten Daten sind sogar ohne datenschutzrechtliche Vorgaben möglich. Ob es sich um personenbezogene oder anonymisierte Daten handelt, bedarf allerdings sorgfältiger Prüfung. Gesetzliche Definitionen legen z.B. fest, dass Anonymisieren die personenbezogenen Daten derart verändern soll, dass Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren Person zugeordnet werden können (sogenannte „faktische Anonymisierung“). Anonymisierung wird in der wissenschaftlichen Diskussion ganz überwiegend im Sinne einer faktischen Anonymisierung verstanden. Einzelangaben sind keine anonymisierten Daten, wenn lediglich eine organisatorische Trennung der Hilfsmerkmale von den übrigen Daten vorgenommen wurde. Bei absoluten Anonymisierungen sind die Einzelangaben unter keinen Umständen mehr zuzuordnen (35, 53, 90).

Die strafrechtliche Rückfälligkeit wurde anhand von Auszügen aus dem Bundeszentralregisterauszug (BZR) ausgewertet. Stichtag der zur Verfügung stehenden Auszüge war der 02.10.2013. Die in der Analyse berücksichtigten Erhebungsmerkmale betrafen dabei u.a. Merkmale zur Tat, zur Sanktionierung und zu Entscheidungen im Vollstreckungsverfahren. Der ausgewertete Datenbestand des BZR ist geeignet, empirisch begründete Antworten zu den tatsächlich registrierten Rückfallraten bei den wegen erheblicher Gewalt- und / oder Sexualstraftaten bestraften psychisch gestörten Straftätern zu geben.

In Übereinstimmung mit anderen kriminologischen Rückfallstudien wurden drei Rückfälligkeitskriterien angewandt (R1: generelle, R2 schwere, R3 einschlägige Rückfälligkeit¹¹). Der Katamnesezeitraum umfasste mindestens 7 Jahre und 10 Monate bis maximal 13 Jahre und 7 Monate - im Mittel 10 Jahre und 8 Monate Follow-up - , was einem der längsten Zeiträume aller bekannten Studien entspricht.

¹¹

R1:

generelle Rückfälligkeit (jegliche Eintragung im Strafregister unabhängig vom Delikt oder der Deliktschwere, auch „wegen Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB eingestellt“).

R2:

schwere Rückfälligkeit (Delikte mit Verurteilungen zu Haftstrafen, erneuter Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel).

R3:

spezielle Rückfälligkeit (Delikte gegen Leib und Leben sowie Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zusammenhang mit der Verurteilung zu einer Haftstrafe oder erneuter Verurteilung bei Widerruf der Bewährungsentlassung. Widerrufsfälle ohne erneute Verurteilung oder Unterbringung wurden unter R2 eingeordnet).

Die diagnostischen Zuordnungen wurden gemäß der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen; Klinisch-diagnostische Leitlinien) vorgenommen. Die relevanten forensischen Patientengruppen sind Patienten mit psychotischen Erkrankungen (ICD-10: F2), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F6) sowie Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung (ICD-10: F6 und F7). In geringerer Häufigkeit sind Patienten mit hirnnorganischen Veränderungen (ICD-10: F0) und affektiven Störungen (ICD-10: F3) anzutreffen. Als wichtigste komorbide Störung sind Suchterkrankungen (ICD-10: F1) zu erwähnen.

Darüber hinaus wurden auch die Strafvollstreckungshefte und Bewährungshefte der nach der Entlassung zuständigen Landgerichte ausgewertet.

Dabei waren insbesondere Eintragungen zu erneuten Sicherungsverfahren (Krisenintervention gemäß § 67 h StGB, Sicherungshaftbefehl gemäß § 453 c StPO¹²) und Maßnahmen im Vorfeld eines Widerrufs einer Aussetzung (Verwarnungen, außerplanmäßige Anhörungen, Veränderungen im Bereich der Weisungen etc.) von Interesse.

Im Übrigen konnte durch die Einsicht in die Strafvollstreckungshefte und Bewährungshefte der nach der Entlassung zuständigen Landgerichte die Frage der Legalbewährung in dem der Untersuchung zugrundeliegenden langen Katamnesezeitraum nicht umfassend und ausreichend aufgeklärt bzw. ermittelt werden. Es war bereits im Vorfeld der vorgenommenen Untersuchung davon ausgegangen worden, dass in der Mehrzahl der Fälle die Führungsaufsicht bereits vorher für erledigt erklärt worden sein wird. Dies war dann tatsächlich in der Mehrzahl der untersuchten Einzelfälle (83 %) der Fall. In den wenigen Fällen, bei denen eine zunächst unbefristete Führungsaufsicht (5 % der untersuchten Stichprobe) angeordnet worden war, wurde diese dann nach spätestens 7 Jahren für erledigt erklärt. Insofern konnte man zwar bei der Anordnung von unbefristeten Führungsaufsichten mit längeren Zeiträumen für eine Überprüfungsmöglichkeit der Legalbewährung durch die Einsicht in die Bewährungshefte rechnen, in der Regel überschreiten verlängerte Führungsaufsichten einen Zeitraum von 7-8 Jahre aber nicht (eine unbefristete Führungsaufsicht muss jeweils spätestens zwei Jahre nach ihrer Anordnung richterlich überprüft werden). Somit konnten Katamnesezeiträume nach Ende der Führungsaufsichtszeit, die teilweise mehrere Jahre ausmachten, nur durch die gleichzeitige Auswertung der Auskünfte aus dem Bundeszentralregister erfasst werden.

12

§ 453 c StPO:

Sind hinreichende Gründe für die Annahme vorhanden, dass die Aussetzung widerrufen wird, so kann das Gericht vorläufige Maßnahmen treffen, oder, wenn bestimmte Tatsachen die Gefahr begründen, dass der Verurteilte erhebliche Straftaten begehen werde, einen Haftbefehl erlassen.

Um die strafrechtliche Rückfälligkeit anhand der Bundeszentralregisterauszüge (BZR) auswerten zu können, wurde mit Datum vom 24.10.2011 beim Bundesamt für Justiz, Referat IV 31, Bundeszentralregister, ein Antrag auf Erteilung unbeschränkter Auszüge aus dem Zentralregister gestellt. Die Anforderung der BZR-Auskünfte erfolgte auf der Grundlage des § 42a Abs. 3 Bundeszentralregistergesetz (BZRG). Dort heißt es, dass die Übermittlung personenbezogener Daten aus dem Register an öffentliche Stellen zulässig ist, wenn dies für die Durchführung bestimmter wissenschaftlicher Forschungsarbeiten notwendig ist und das öffentliche Interesse an der Forschungsarbeit das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Übermittlung überwiegt.

In einem Antwortschreiben des Bundesamtes für Justiz vom 14.2.2012 wurde u.a. mitgeteilt, dass es zur Erfassung der Bedeutung des Projektes wünschenswert wäre, ein Exposé und eine schriftliche Stellungnahme der für den Maßregelvollzug zuständigen Aufsichtsbehörde zu überlassen. Mit Datum vom 12.3.2012 wurde eine schriftliche Stellungnahme der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, als Aufsichtsbehörde für den Maßregelvollzug in Hamburg, und ein ausführliches Exposé zugesandt. Die Hamburger Behörde hatte nach eigener Auskunft ein hohes Interesse daran, Forschung zu unterstützen, die Erkenntnisse ermöglicht, welche Behandlungsansätze dazu dienen können, Patienten aus dem Maßregelvollzug zu entlassen, ohne ein erhöhtes Sicherheitsrisiko für die Bevölkerung einzugehen.

Gleichwohl konnte von Seiten des Bundesamtes für Justiz, Bundeszentralregister, dem Antrag auf Erteilung der Auskünfte aus dem Bundeszentralregister auch unter Berücksichtigung der ergänzenden Ausführungen sowie der behördlichen Stellungnahme zunächst nicht entsprochen werden (Bescheid vom 19.4.2012).

(In der Anlage befindet sich der Schriftverkehr mit dem Bundesamt für Justiz).

Nachdem vom Leiter des Amtes für Gesundheit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, erneut im April 2013 BZR-Auskünfte für das Forschungsvorhaben „Evaluation des Maßregelvollzugs in der Metropolregion Hamburg“ unter Zuhilfenahme einer erweiterten Projektskizze angefordert wurden, war das Bundesamt für Justiz nunmehr bereit, unbeschränkte Auskünfte aus dem Zentralregister zu erteilen. Es wurde dem Bundeszentralregister daraufhin eine Liste mit den vollständigen Personendaten der Probanden und Identifikationsnummern als kennwortgeschützte Datei übersandt. Im Oktober 2013 gingen die Auskünfte, die im Personendatenanteil pseudonymisiert waren, bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ein und wurden kurz darauf dem Direktor des Instituts für

Sexualforschung und Forensische Psychiatrie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf zur Verfügung gestellt. Gemäß der Bitte des Bundeszentralregisters wurden die Auskünfte sicher vor dem Zugriff anderer, nicht am Projekt beteiligter Mitarbeiter der Behörde bzw. der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf aufbewahrt, und zwar getrennt von der Zuordnungsliste. Weiterhin wurde von den am Projekt Beteiligten gegenüber der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz eine Verpflichtungserklärung unterschrieben, um insbesondere sicherzustellen, dass die Daten gegen die unbefugte Kenntnisnahme Dritter geschützt werden, in Veröffentlichungen Namen und sonstige personenbezogene Daten, die die Identifizierung einer Person ermöglichen könnten, nicht verwendet werden (dazu gehören z.B. Aktenzeichen sowie spezifische einmalige Tatumstände). Zudem wurde durch diese Erklärung vereinbart, dass nach Abschluss der Auswertung die personenbezogenen Daten ordnungsgemäß und nicht wiederherstellbar vernichtet werden, was mittlerweile erfolgt ist.

Bei den Probanden, bei denen bekannt geworden war, dass sie verstorben sind, durfte keine Auskunft erteilt werden. Dies betraf in der untersuchten Stichprobe der zwischen dem Jahr 2000 und 2005 aus der Unterbringung Entlassenen sieben Probanden (9,5 %).

Ab dem Januar 2014 standen Daten mit den unbeschränkten Auskünften aus dem Bundeszentralregister zur weiteren Auswertung bereit. Dabei wurden unter anderem folgende Items ausgewertet: Eintrag im BZR ja/nein, Datum der ersten Rückfalltat, wie schwer war der erste Rückfall (R1: generelle, R2: schwere, R3: einschlägige Rückfälligkeit), zu wie vielen Rückfällen welcher Kategorie (R 1, 2, oder 3) kam es nach der Entlassung insgesamt, was war der schwerste Rückfall im Sinne der drei Rückfallkategorien R 1-3 überhaupt und in der Deliktkategorie angelehnt an Leygraf (48), Anzahl der Eintragungen im BZR und gravierendste Straftat vor der letzten Unterbringung gemäß § 63 StGB.

Zudem wurden die BZR auch im Hinblick auf die Ergebnisse der Untersuchung von Jehle et al (36) ausgewertet. Das heißt, dass die im Bundeszentralregisterauszug dokumentierten Sanktionen in drei Stufen aufgegliedert wurden (Geldstrafen nach Anzahl der Tagessätze, Freiheitsstrafen bedingt, Freiheitsstrafen unbedingt). Bei den bedingten Freiheitsstrafen wurde die Dauer der Freiheitsstrafe in Monaten angegeben, bei den unbedingten Freiheitsstrafen die Schwere der Sanktion in verschiedenen Skalierungen abgebildet (unter 2 Jahre, 2 - 5 Jahre, über 5 Jahre Freiheitsstrafe, Widerruf der bewährungsweisen Aussetzung des Maßregelvollzugs, erneute Anordnung einer Unterbringung im Maßregelvollzug).

Die in der Untersuchung von Jehle et al zudem noch angewendeten Kategorien „Einstellung gemäß JGG“ und „Sanktion mit Jugendarrest“ konnten vernachlässigt werden, da die mit

einem erneuten Eintrag in das BZR aufgefallenen ehemals Untergebrachten altersbedingt nicht mehr nach dem Jugendstrafrecht sanktioniert werden konnten. Schließlich konnten den BZR noch Daten zum Verlauf der Führungsaufsicht entnommen werden (Erledigung, Änderung der Dauer).

Schließlich wurde in einem explorativen Studienansatz der Zusammenhang des Merkmals Rückfälligkeit mit verschiedenen medizinischen, demographischen und kriminologischen Aspekten untersucht (Auswertung in Bezug auf medizinische Diagnosen, Komorbidität, Deliktkategorien, psychopharmakologische Behandlung, Alter, Geschlecht, psychiatrische und forensische Vorgeschichte etc.).

Die durch die Auswertung der Bundeszentralregisterauszüge erhobenen Daten wurden in angelegte Excel-Dateien / Datenbanken übertragen und vollständig anonymisiert zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung verwendet.

Zeitlich parallel zur ersten Anforderung der Bundeszentralregisterauszüge (24.10.2011) wurde am 21.10.2011 beim zuständigen Leitenden Oberstaatsanwalt der Staatsanwaltschaft in Hamburg ein Antrag auf Akteneinsicht (betreffend der Strafvollstreckungshefte und Bewährungshefte der nach der Entlassung zuständigen Landgerichte) für wissenschaftliche Zwecke gestellt. Der Staatsanwaltschaft Hamburg wurden die Projektskizze der Promotionsarbeit, eine Liste der entlassenen Patienten mit Namen, Vornamen und Geburtsdatum übersandt.

Die Staatsanwaltschaft erklärte sich gemäß § 476 StPO für die Gewährung der Akteneinsicht zuständig. Unter anderem wurde mitgeteilt (Zitat) "Sodann kann hier beurteilt werden, ob das öffentliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Geheimhaltungsinteresse der von der Akteneinsicht Betroffenen erheblich überwiegt. Sinn dieser Regelung ist die Sicherstellung datenschutzrechtlicher Belange. Die abschließende Entscheidung über Ihren Antrag werde ich unter Beteiligung des Hamburgischen Datenschutzbeauftragten treffen".

Mit Datum vom 8.3.2012 wurde mitgeteilt (Zitat) "die Staatsanwaltschaft genehmigt Ihnen die Einsichtnahme in die Strafvollstreckungshefte und/oder Bewährungshefte. Die vorstehende Genehmigung erfolgt unter Bezugnahme auf Ihre Antragsbegründungen im Hinblick auf die Bedeutung Ihrer Untersuchung für die kriminologische Forschung, die das Geheimhaltungsinteresse der Betroffenen erheblich überwiegt".

Mangels Zuständigkeit konnte über Vorgänge auswärtiger Staatsanwaltschaften (Verurteilungen außerhalb Hamburgs bei anschließendem Vollzug der Maßregel in Hamburg) von der Staatsanwaltschaft Hamburg nicht entschieden werden. Dies betraf 6 der insgesamt 73 entlassenen Patienten.

Deshalb wurde mit Datum vom 2.4.2012 bei verschiedenen auswärtigen Staatsanwaltschaften Antrag auf Akteneinsicht gestellt. Unter anderem genehmigten die Staatsanwaltschaften in Lübeck, München und Braunschweig in insgesamt vier Fällen nach Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen die gewünschte Akteneinsicht unter den oben genannten Bedingungen.

Insgesamt standen somit zur Auswertung Bewährungshefte respektive Vollstreckungshefte von 70 der 73 entlassenen Patienten zur Verfügung. In einem Fall war der ehemalige Patient in sein Heimatland abgeschoben worden und in den Akten keine relevanten Informationen zum weiteren Werdegang zu erwarten. In zwei weiteren Fällen waren die Akten nach Ende der Liegezeit vernichtet worden beziehungsweise nicht mehr auffindbar.

Nach Unterzeichnung einer datenschutzrechtlichen Verpflichtungserklärung wurde unter Einbeziehung des Hamburgischen Datenschutzbeauftragten schließlich die Einsichtnahme in die bei den Staatsanwaltschaften geführten Strafvollstreckungshefte und/oder Bewährungshefte genehmigt. Die Datenerfassung wurde für die Auswertung der Akten in anonymisierter Form mittels eines zuvor zur Kenntnisnahme übersandten Erhebungsbogens ermöglicht.

Die Akteneinsicht in die Strafvollstreckungshefte und Bewährungshefte erfolgte dann unter Aufsicht einer Oberstaatsanwältin in den Räumen der Staatsanwaltschaft Hamburg. Der Erhebungsbogen für die Auswertung der Akten umfasste insgesamt 16 Items, die beginnend mit der Entlassung gemäß § 67 d oder § 67 b für die Zeit der Führungsaufsicht (zumeist fünf Jahre) und darüber hinaus bis in das siebte Jahr erfasst wurden.

Tabelle 2: Aufbau des Erhebungsbogens für die Strafvollstreckungs- und Bewährungshefte

16 Items

- Patient hält Termine beim BWH nicht ein oder bricht Kontakt (auch nur passager) ab
- Mitteilung BWH an StVK
- Mitteilung Therapeut an StVK
- Kontakt StVK (telefonisch / schriftlich) mit Patient
- Ermahnung durch StVK an Patient, die Weisungen einzuhalten
- Außerplanmäßige Anhörung durch StVK
- Änderung / Ergänzungen von Weisungen
- Ankündigung des Widerrufs der bewährungsweisen Aussetzung
- Krisenintervention gemäß § 67 h StGB
- Ausstellung eines Sicherungshaftbefehls (§ 453 c StPO)
- Tatsächlicher Widerruf gemäß § 67 g StGB¹³
- Strafverfahren wegen Verstoßes gegen Auflagen der FAS (§ 145 a StGB)
- Verlängerung FAS
- Unbefristete FAS
- Erneute Strafverfahren
- Ende FAS und Erledigung Maßregel

BWH = Bewährungshelfer

StVK = Strafvollstreckungskammer

FAS = Führungsaufsicht

StPO=Strafprozessordnung

StGB=Strafgesetzbuch

Die durch die Auswertung erhobenen Items wurden in angelegte Excel-Dateien/Datenbanken übertragen und vollständig anonymisiert zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung verwendet.

Die Daten wurden mit Hilfe des SPSS Statistikprogramms 22.0 Client weiter ausgewertet. Dafür wurden die gewonnenen Daten aus der Excel-Datei/Datenbank in SPSS transformiert. Im Weiteren wurden Variablennamen festgelegt und eine Syntax mit Variablenlabels und Wertelabels erstellt.

§ 67g StGB: Widerruf der Aussetzung zur Bewährung:

(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn die verurteilte Person während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht, gegen Weisungen nach § 68b gröblich oder beharrlich verstößt oder sich der Aufsicht und Leitung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht, und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert. (2) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung nach den §§ 63 und 64 auch dann, wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, dass von der verurteilten Person infolge ihres Zustands rechtswidrige Taten zu erwarten sind.

Um die der Arbeit zugrundeliegenden Fragestellungen zu beantworten, wurden im Weiteren folgende statistischen Methoden zur Anwendung gebracht:

Zur Fragestellung 1.a):

Die Höhe der Rückfallzahlen für schwere, mittelschwere und leichte Straftaten in der Metropolregion Hamburg wurde mittels einer deskriptiven Statistik abgebildet.

Zur Fragestellung 1.b):

Um die Zeit zu berechnen, wie schnell Entlassene aus dem Maßregelvollzug wieder mit Straftaten auffällig werden, also ob ein Rückfallereignis zu einem bestimmten Zeitpunkt eintritt, wurde eine Überlebenszeitanalyse angewandt. Dies war mit der Kaplan-Meier-Methode möglich, auch wenn für die untersuchte Stichprobe nicht von identischen Beobachtungszeiträumen ausgegangen werden konnte (unterschiedliche Entlassungszeitpunkte). Die Probanden wurden also über einen längeren Zeitraum (Untersuchungszeitraum betraf die Entlassungen zwischen den Jahren 2000 bis 2005) und nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt rekrutiert. Die entscheidende Idee dieser Methode ist, dass das Ereignis (Zeitpunkt der Rückfalltat) das Beobachtungsintervall vorgibt und nicht, dass die Beobachtungsintervalle fest vorgegeben sind. Es lassen aus der Kaplan-Meier-Kurve z.B. auch 1- oder 2-Jahres-Rückfallraten oder spezielle Überlebenszeiten (z.B. mediane Rückfallraten) ablesen. Wenn das erwartete Ergebnis bis zum Studienende (hier Erhebung der Bundeszentralregisterauszüge mit Stichtag 02.10.2013) nicht eintritt, liegt die Information vor, dass bis zu einem bestimmten Zeitpunkt kein Ereignis (Rückfalltat) zu verzeichnen ist (Zensierung).

Zur Fragestellung 2.a):

Wie Rückfälligkeit mit demographischen, kriminologischen und medizinischen Daten verknüpft ist, konnte unter anderem durch die Kombination der Variable Rückfälligkeit (mit einem Eintrag im Bundeszentralregister) mit den erhobenen kriminologischen, demographischen und medizinischen Variablen im Rahmen einer tabellarischen Darstellung der auftretenden Häufigkeiten (Kreuztabellen) untersucht werden. Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests, angewandt auf die erstellten Kreuztabellen, wurde ermittelt, ob die gefundenen Zusammenhänge mehr als nur zufälliger Natur waren. Dabei war vor allem die asymptotische Signifikanz von Interesse, wobei Werte von 0,05 unterstellen, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % tatsächlich ein nicht zufälliger Zusammenhang besteht (bei Werten unter 0,01 wäre die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs sogar noch größer).

Zur Fragestellung 2.b):

Um einen Unterschied bei der Rückfälligkeit zwischen den gemäß § 67 b StGB und den gemäß § 67 d StGB Untergebrachten darstellen zu können, wurde neben der Anwendung von Kreuztabellen zusätzlich das Cox-Modell als Regressionsmethode zur Analyse von Überlebensdaten eingesetzt. Damit sollte der Effekt dieser Einflussgröße (Unterbringung gleich zur Bewährung ausgesetzt versus Bewährung nach einer längeren stationären Behandlung im Maßregelvollzug) auf die Zielvariable Rückfälligkeit untersucht werden.

Dabei ist Proportionalität bedeutsam, was bedeutet, dass die Einflussgrößen über die Zeit hinweg konstant sind, mithin die Annahme gilt, dass ein konstant relatives Risiko für den Beobachtungszeitraum existiert.

Zur Fragestellung 3):

Wie der Verlauf der Führungsaufsicht mit Rückfälligkeit zusammenhängt, konnte ebenfalls durch die Kombination der Variable Rückfälligkeit (mit einem Eintrag im Bundeszentralregister) mit den erhobenen Variablen (Auswertung der untersuchten Items im dazu entworfenen Erhebungsbogen) im Rahmen einer tabellarischen Darstellung der auftretenden Häufigkeiten (Kreuztabellen) untersucht werden.

Für bestimmte Datensätze (z.B. Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug, Anzahl der Vorstrafen, Dauer der Katamnese etc.) wurde die einfache Möglichkeit genutzt, diese graphisch mit einem Histogramm darzustellen. Dabei werden die auftretenden Häufigkeiten als Rechtecke abgebildet.

III. Ergebnisse

A. Deskriptive Statistik zur Stichprobe:

1. Diagnosen und Anlasstaten der Unterbringung

In der Gesamtstichprobe (n=73) fanden sich gemäß der ICD-10 Kapitel V (F) der WHO (Internationale Klassifikation psychischer Störungen; Klinisch diagnostische Leitlinien) folgende Aufteilungen hinsichtlich der diagnostischen Zuordnungen:

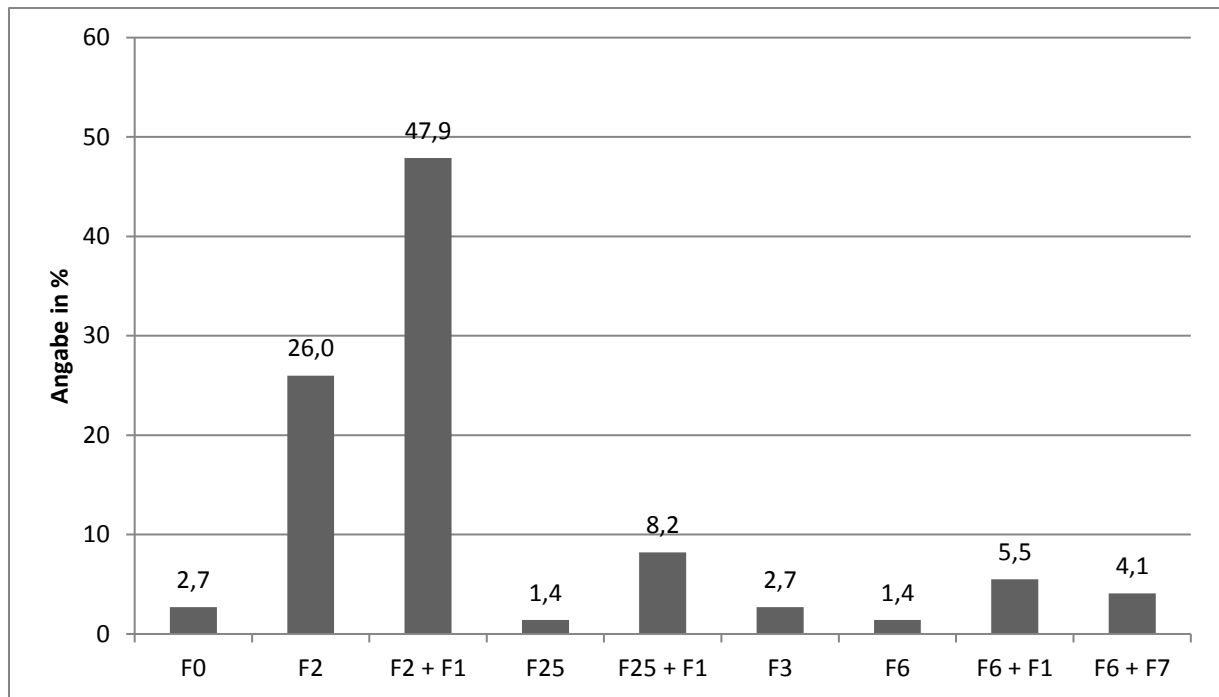


Abbildung 3: Diagnosen gemäß ICD-10-Verschlüsselung

Eine geringe Abweichung fand sich in den Zuordnungen, wenn diese in den Diagnosekategorien angelehnt an die Veröffentlichung von Leygraf (48) vorgenommen wurde.

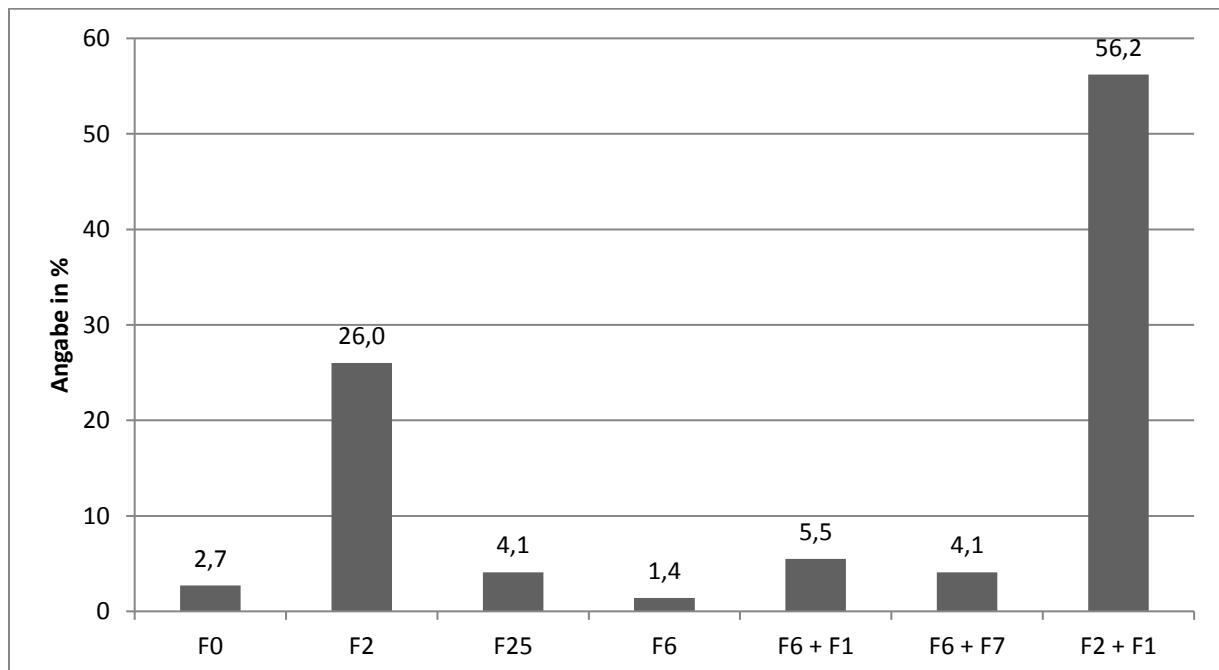


Abbildung 4: Diagnosekategorie nach Leygraf

In der kleinen Gruppe der weiblichen Patienten fanden sich ausschließlich Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2, F2 und F1 und F25).

Bei den Zuordnungen der Diagnosen bei gemäß § 67 b StGB Entlassenen (n=25) und gemäß § 67 d StGB Entlassenen (n=48) ergaben sich ähnliche Aspekte. In der Gruppe mit einer gleich zur Bewährung ausgesetzten Unterbringung fanden sich überwiegend Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung sowie einige Patienten mit einer schizoaffektiven Störung (in der Mehrzahl jeweils mit einem komorbiden Substanzgebrauch) und ebenfalls weniger persönlichkeitsgestörte Untergebrachte.

Tabelle 3: Zuordnung der Diagnosen gemäß ICD-10 Verschlüsselung bei den zur Bewährung ausgesetzten Unterbringungen (§ 67 b StGB), den nach einer Unterbringung im MRV Entlassenen (§ 67 d StGB) und den weiblichen Patienten

Diagnose gemäß ICD-10-Verschlüsselung	Gesamte Stichprobe (n=73)	§ 67 b StGB (n=25)	§ 67 d StGB (n=48)	Weibliche Patienten (n=8)
F0	2	0	2	0
F1	0	0	0	0
F2	17	8	9	4
F2 und F1	36	13	23	3
F 25	1	0	1	1
F 25 und F 1	7	3	4	0
F 3	2	0	2	0
F 6	1	0	1	0
F 6 und F 1	4	0	4	0
F 6 und F 7	3	1	2	0

Das Deliktspektrum (ebenfalls angelehnt an Leygraf 1988) der untergebrachten Patienten umfasste vor allem Delikte gegen Leib und Leben (Tötungsdelikte n=25, Körperverletzung n=22), Eigentumsdelikte mit Gewalt (n=10) und ohne Gewalt (n=4) sowie Brandstiftungen (n=4). Sexualstraftaten waren in der Stichprobe eher selten vertreten (Vergewaltigung / sexuelle Nötigung: n=3; Sexueller Missbrauch: n=1).

Tabelle 4: Deliktschlüssel nach Leygraf (48)

0= Mehrfachantworten (Delikte aus mind. 2 Kategorien)	5= Sonstige Straftaten gegen sex. Selbstbestimmung
1= Tötungsdelikt	6= Eigentumsdelikt ohne Gewalt
2= Körperverletzung	7= Eigentumsdelikt mit Gewalt
3= Sexueller Missbrauch von Kindern	8= Brandstiftung
4= Vergewaltigung / Sexuelle Nötigung	9= Sonstige Straftaten

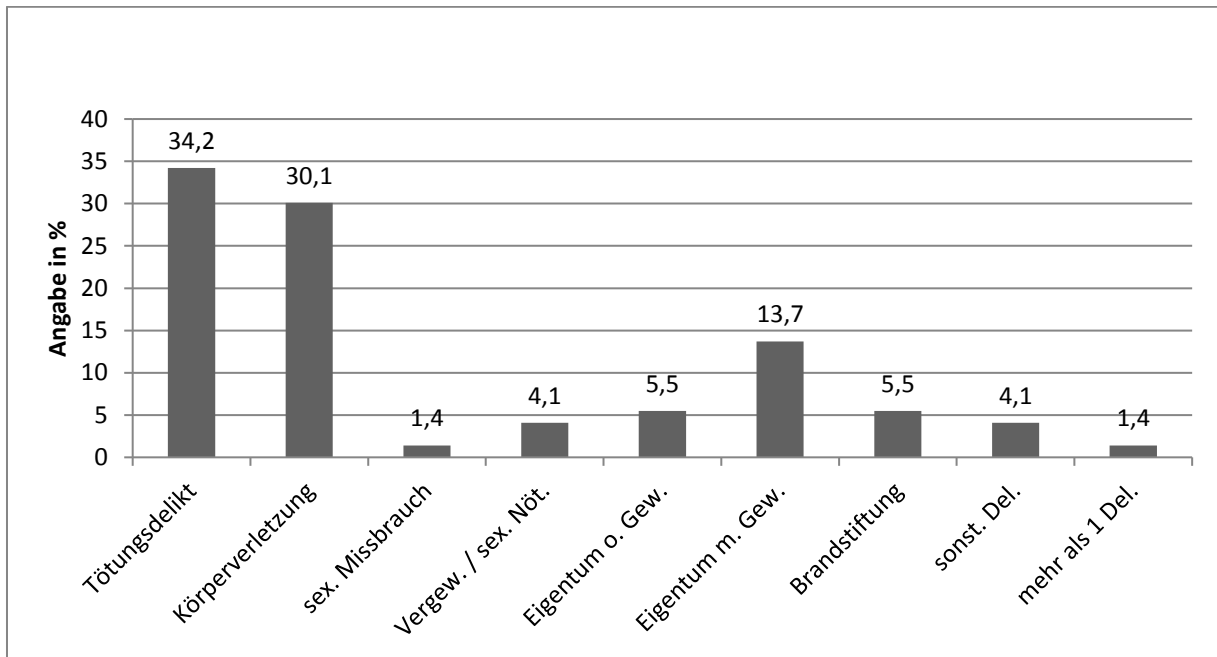


Abbildung 5: Deliktcategory nach Leygraf

Bei insgesamt n=60 Fällen wurde im Rahmen der gerichtlichen Hauptverhandlung eine krankheitsbedingte Schuldunfähigkeit im Sinne des § 20 StGB angenommen. Bei n=13 Fällen wurde aufgrund einer für den Tatzeitpunkt angenommen (nur) erheblich verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) parallel zur Unterbringung gemäß § 63 StGB eine Freiheitsstrafe durch das Gericht verhängt.

Bei den nach § 67 b StGB Untergebrachten kam es dazu in 4 Fällen, wobei die Freiheitsstrafen von 2 bis zu 18 Monaten reichten. Bei den erst nach einer vollstreckten Maßregelunterbringung entlassenen Probanden (§ 67 d StGB) waren im Hauptverfahren Freiheitsstrafen von 2 bis zu 96 Monaten (im Mittel 43 Monate) verhängt worden.

Tabelle 5: Unterschiede bei der Verhängung von Freiheitsstrafen (FS) zwischen den zur Bewährung ausgesetzten Unterbringungen (§ 67 b StGB) und den nach einer Unterbringung im MRV Entlassenen (§ 67 d StGB)

Freiheitsstrafe (FS) in Monaten	§ 67 b StGB (n=25)	§ 67 d StGB (n=48)
keine Freiheitsstrafe wegen Schuldunfähigkeit	21 (84%)	39 (81,2%)
FS bis 6 Monate	1 (4 %)	0
FS 7-12 Monate	1 (4 %)	1 (2,1%)
FS 13-18 Monate	2 (8%)	1 (2,1%)
FS 19 – 24 Monate	0	1 (2,1%)
FS 25-36 Monate	0	2 (4,1%)
FS 37-48 Monate	0	1 (2,1%)
FS 49-60 Monate	0	1 (2,1%)
FS 61-71 Monate	0	0
FS über 72 Monate	0	2 (4,1%)

Dies dürfte womöglich mit den unterschiedlichen Schweregraden der ursprünglichen Anlassdelikte zusammenhängen. Bei Patienten, die nach einer Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassen wurden, fanden sich gehäuft Tötungsdelikte (n=20), alle sexuell motivierten Straftaten (n=4), aber relativ gesehen weniger Eigentumsdelikte mit Gewalt (n=6) und Körperverletzungsdelikte (n=15). Patienten mit einer Anordnung gemäß § 67 b StGB hatten mehr Körperverletzungsdelikte und Eigentumsdelikte mit Gewalt (n=17) und weniger Tötungsdelikte (n=5) begangen. Sexualstraftaten und Brandstiftungen waren dagegen nicht unter den Unterbringungsgründen zu finden.

Eine ähnliche Verteilung fand sich auch bei den untergebrachten Frauen, die mit mehr Körperverletzungsdelikten und Eigentumsdelinquenz ohne Gewalt (n=5) und mit 3 Tötungsdelikten aufgefallen waren.

Tabelle 6: Unterschiede bei den verübten Delikten zwischen den zur Bewährung ausgesetzten Unterbringungen (§ 67 b StGB) und den nach einer Unterbringung im MRV Entlassenen (§ 67 d StGB)

Deliktkategorie nach Leygraf	§ 67 b StGB (n=25)	§ 67 d StGB (n=48)
Tötungsdelikt	5 (20%)	20 (41,6%)
Körperverletzung	13 (52%)	9 (18,7%)
Sexueller Missbrauch	0	1 (2%)
Vergewaltigung	0	3 (6,2%)
Eigentumsdelikt ohne Gewalt	0	4 (8,3%)
Eigentumsdelikt mit Gewalt	4 (16%)	6 (12,5%)
Brandstiftung	0	4 (8,3%)
Sonstige Delikte	2 (8%)	1 (2%)
Delikt aus zwei Kategorien	1 (4%)	0

Tabelle 7: Unterschiede bei den verübten Delikten zwischen Männern und Frauen

Deliktkategorie nach Leygraf	Frauen (n=8)	Männer (n=65)
Tötungsdelikt	3 (37,5%)	22 (33,8%)
Körperverletzung	4 (50%)	18 (27,6%)
Sexueller Missbrauch	0	1 (1,5%)
Vergewaltigung	0	3 (4,6%)
Eigentumsdelikt ohne Gewalt	1 (12,5%)	3 (4,6%)
Eigentumsdelikt mit Gewalt	0	10 (15,3%)
Brandstiftung	0	4 (6,1%)
Sonstige Delikte	0	3 (4,6%)
Delikt aus zwei Kategorien	0	1 (1,5%)

Bei Aufnahme gemäß § 63 StGB bzw. zum Zeitpunkt einer Unterbringung gemäß § 63 StGB, die sogleich mit ihrer Anordnung zur Bewährung ausgesetzt wurde (gemäß § 67 b StGB), waren die Patienten im Durchschnitt 36,1 Jahre alt. Zum Zeitpunkt einer Entlassung aus der Maßregel nach einer vollzogenen Unterbringung gemäß § 63 StGB (§ 67 d StGB) fand sich ein Durchschnittsalter von 41,6 Jahre. Diese Patienten waren in einem Spektrum von 8,8 bis 177,1 Monaten untergebracht, es ergab sich im Mittelwert eine Unterbringungsdauer von 56,4 Monate (Standardabweichung 36,4). Als Median konnte für die Dauer des Aufenthaltes ein Wert von 46,9 Monaten ermittelt werden.

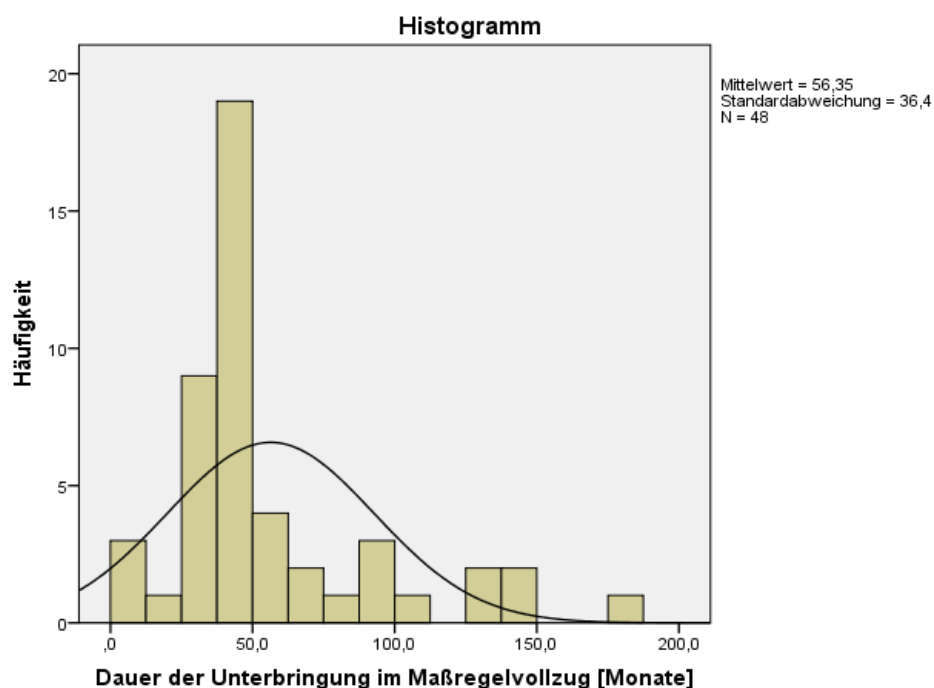


Abbildung 6: Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug in Monaten

2. Psychiatrische und kriminologische / forensische Vorgeschichte

Im Hinblick auf die psychiatrisch und kriminologisch bedeutsame Vorgeschichte konnten folgende Daten erhoben werden:

19,2 % (n=14) der Patienten waren nicht psychiatrisch vorbehandelt worden, 15,1 % (n=11) einmal (ambulant oder stationär) und 65,8 % (n=48) mindestens zweimal. Von den vorbehandelten Patienten waren n=12 (20,3 %) einmal unfreiwillig in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden und n=29 (49,1%) bereits mehrfach.

Bei 19,2 % (n=14) waren in der Vorgeschichte mehrfach Haftaufenthalte zu verzeichnen, 15,1% (n=11) waren mindestens einmal inhaftiert, n=48 (65,3 %) hatten keine Hafterfahrungen.

27,4% der Patienten (n=20) verübten ihre erste Straftat in einem Alter unterhalb von 20 Jahren. Die meisten Patienten wurden zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr zum ersten Mal straffällig (n=38; 52,1 %; mit einem Mittelwert von 29,4 Jahren und einem Median von 29 Jahren), immerhin ca. 1/5 der Patienten (n=15) waren zum Zeitpunkt des ersten aktenkundig gewordenen Delikts bereits über 40 Jahre alt.

Die Hälfte der Patienten (n=38; 52,1 %) hatte für die Zeit vor der aktuellen Unterbringung im Maßregelvollzug keinen Eintrag im Bundeszentralregister. Für die restliche Stichprobe konnten für die Zeit vor der aktuellen Unterbringung im Maßregelvollzug im Mittel 3,5 Eintragungen im Bundeszentralregister festgestellt werden. Bei 12,3 % (n=9) fand sich ein Eintrag, bei 6,8 % (n=5) zwei Einträge und bei 5,5 % (n=4) drei Einträge. Letztendlich waren vereinzelt bis zu 45 Eintragungen im BZR zu verzeichnen. Über die Hälfte (n=32; 43,8 %) waren gemäß der Zuordnung nach Leygraf (48) in einer der dort vorgegebenen Kategorien straffällig geworden. Ein relativ großer Anteil der gemäß § 63 StGB Untergebrachten waren somit bereits vor der aktuellen Unterbringung mit zum Teil schweren Straftaten aufgefallen: n=4 der Fälle mit einem Tötungsdelikt, n=6 mit Körperverletzungsdelikten, n=1 mit einer Sexualstraftat, n=10 mit Eigentumsdelinquenz mit oder ohne Gewalt, n=1 mit einer Brandstiftung, n=10 mit sonstigen Delikten.

Zum Zeitpunkt der Entlassung (gemäß § 67 d StGB) respektive der Aussetzung der Unterbringung gemäß § 67 b StGB waren 5,5 % der Patienten nicht medikamentös behandelt (n=4). 21 Patienten (28,8%) erhielten oral Neuroleptika und 25 Patienten Neuroleptika als Depot (34,2%), n=21 waren auf Clozapin eingestellt (28,8%) und n=2 auf einen sogenannten Stimmungsstabilisierer (Mood stabilizer).

Das Nachsorge-Setting wurde in 32,9 % durch einen niedergelassenen Nervenarzt (n=24), in 17,8 % (n=13) durch eine Institutsambulanz und in 46,6 % (n=34) der Fälle durch eine Forensische Nachsorgeambulanz gewährleistet. Nur in zwei Fällen (2,7 %) fand keine nachsorgende ärztliche Behandlung statt. Die Patienten wurden mit im Durchschnitt 5,4 gerichtlichen Weisungen entlassen. Die Anzahl der erteilten Weisungen reichte dabei von zwei bis maximal acht.

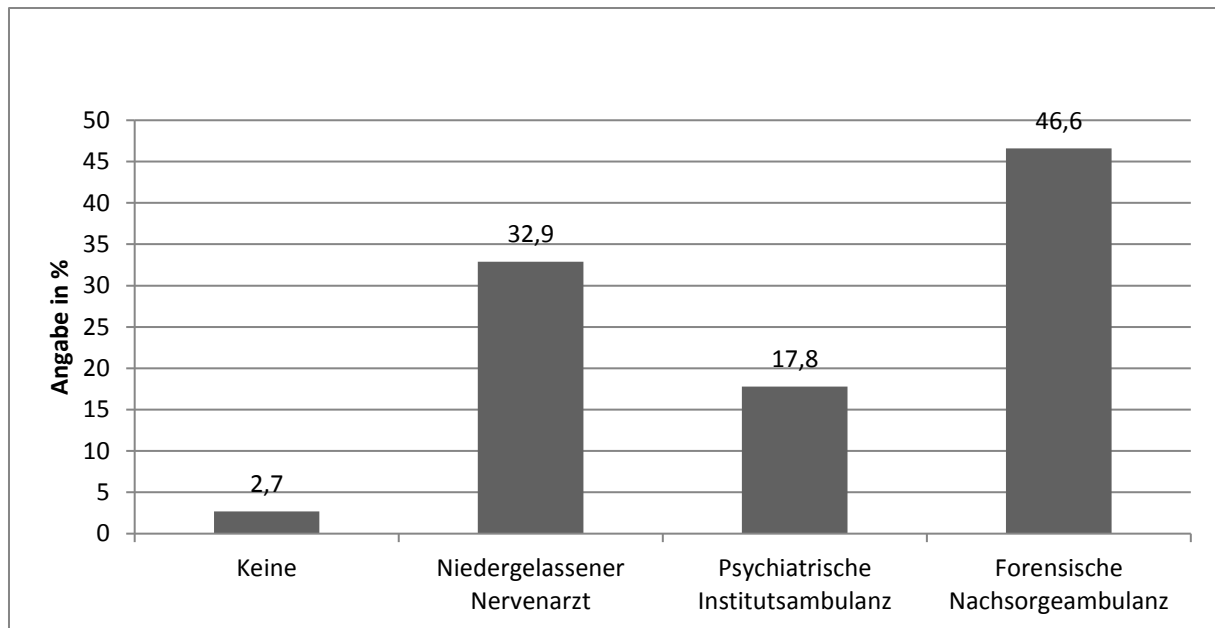


Abbildung 7: Ärztliche Nachsorge nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug

Die Dauer der Katamnese umfasste einen Zeitraum, der sicher zu den längsten aller in den letzten Jahren durchgeführten Rückfalluntersuchungen gehört: Vom Zeitpunkt einer Entlassung zwischen den Jahren 2000 und 2005 und dem aktuellen Stichtag 02.10.2013 (Auszug Bundeszentralregister) konnte ein Nachbeobachtungszeitraum von wenigstens 95 Monaten (7 Jahre und 11 Monate) bis längstens 164 Monaten (13 Jahre und 8 Monate) beurteilt werden. Als Mittelwert ergab sich ein Zeitraum von 127,9 Monaten (10 Jahre und 8 Monate).

B. Auswertung der Bundeszentralregisterauszüge:

Fragestellung 1.a):

Wie hoch sind die Rückfallzahlen für schwere, mittlere und leichte Straftaten? - Deskriptive Statistik

Insgesamt fanden sich bei 49 Patienten (67,1%) innerhalb des Beurteilungszeitraums keine Einträge im BZR, was bedeutet, dass diese nicht strafrechtlich relevant (im Hellfeld) rückfällig wurden. In 32,9 % fanden sich Einträge im BZR (n=24). In 15,1 % der Fälle (n=11) fanden sich Einträge gemäß des R1-Kriteriums (jeglicher Eintrag im BZR), in 9,6 % (n=7) gemäß

des R2-Kriteriums (Rückfälligkeit mit Verurteilung zu einer Haftstrafe, Widerruf oder erneuter Unterbringung) und in 8,2 % der Fälle (n=6) gemäß des R3-Kriteriums (einschlägige Rückfälligkeit). In der überwiegenden Zahl der Fälle (n=16) wurden die Patienten mit nur einem Rückfall wieder straffällig, in 4 Fällen mit zwei Straftaten, in 2 Fällen mit jeweils 4 Straftaten; ein Patient wurde mit insgesamt 14 einzelnen Delikte erneut rückfällig (vereinzelt betrafen die BZR-Einträge keine im engeren Sinne Rückfallstraftaten sondern z.B. Einträge zum Verbot „der Ausübung der tatsächlichen Gewalt über Waffen“). Frauen wurden in ungefähr gleichem Ausmaß mit einem Eintrag im Bundeszentralregister auffällig wie die entlassenen Männer (37,5 % versus 32,3 %; $\chi^2=0,087$; $P=0,768$).

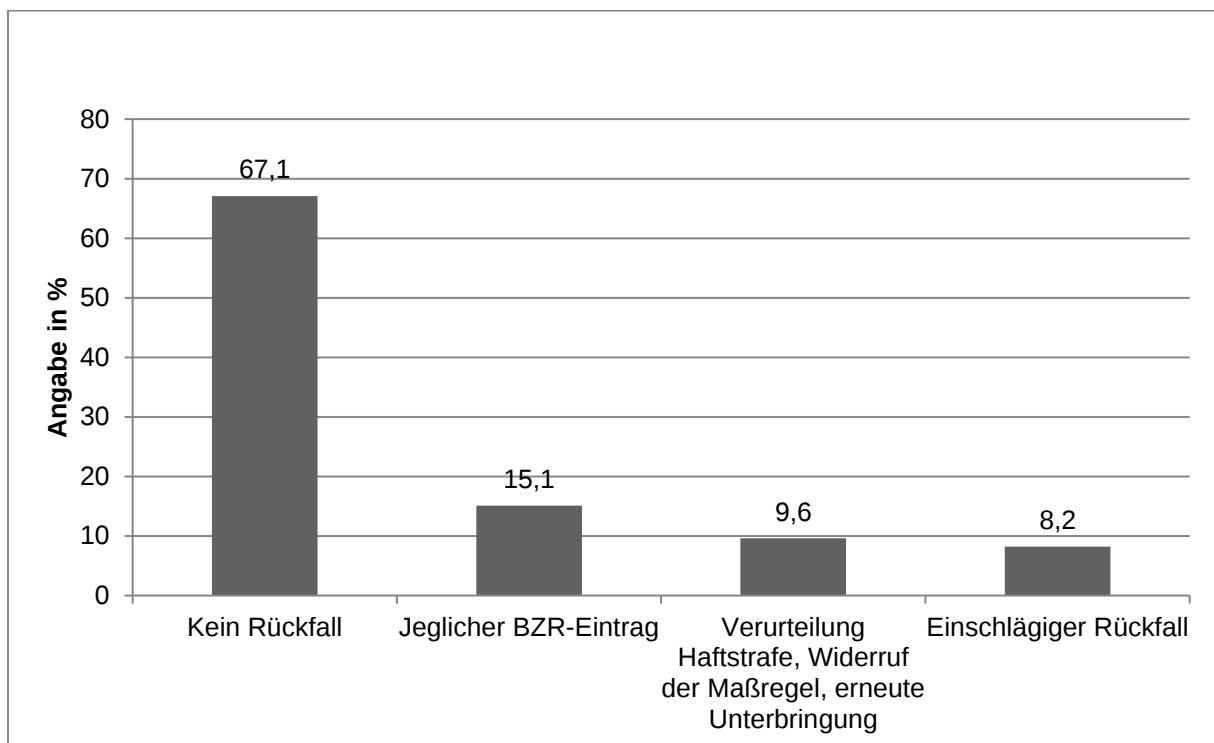


Abbildung 8: Schwerster Rückfall klassifiziert als R1 - R3 (n=73)

R1=Jeglicher Eintrag im BZR

R2=Rückfälligkeit mit Verurteilung zu einer Haftstrafe, Widerruf oder erneute Unterbringung

R3=Einschlägige Rückfälligkeit

In der Arbeit von Jehle et al aus dem Jahr 2013 (36) wurden die im Rahmen der Auswertung der Auszüge aus dem Bundeszentralregister festgestellten Delikte zu jeweils 12 Gruppen zusammengefasst, die in kriminologischer und rechtspolitischer Hinsicht besonders interessant erschienen (dadurch wurden insgesamt ca. 2/3 aller strafrechtlichen Rückfälle der gegenständlichen Untersuchungsgruppe erfasst):

Tabelle 8: Deliktgruppen nach Jehle et al (2013)

•	Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung
•	Mord und Totschlag
•	Gefährliche und schwere Körperverletzung
•	Einfache Körperverletzung
•	Raub und Erpressung
•	Besonders schwerer und qualifizierter Diebstahl
•	Einfacher Diebstahl
•	Betrug
•	Verkehrsdelikte unter Alkoholeinfluss
•	Verkehrsdelikte ohne Alkoholeinfluss
•	Fahren ohne Fahrerlaubnis
•	Delikte nach BtMG

Nach Art und Schwere konnten die nach einer Entlassung festgestellten Rückfälle den folgenden Gruppen zugeordnet werden:

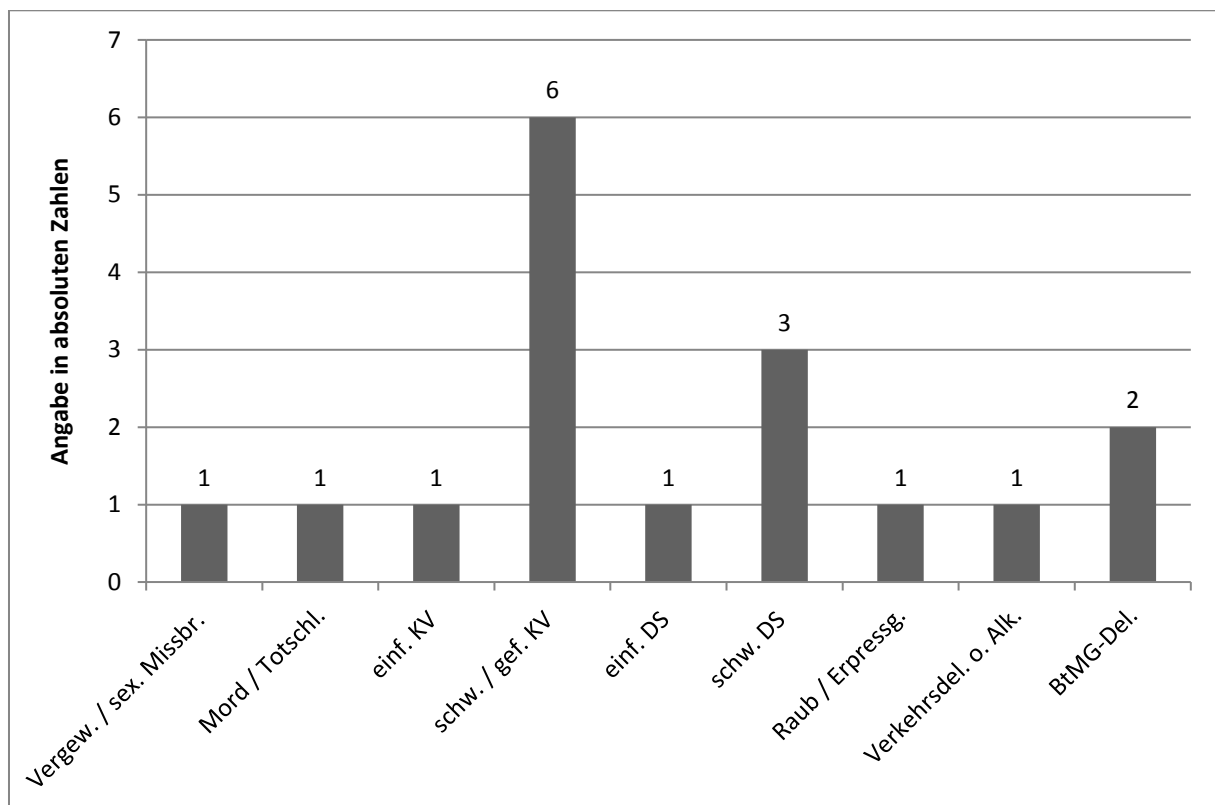


Abbildung 9: Schwerster Rückfall nach Entlassung nach Jehle (n=73)

Wurden die Rückfalltaten angelehnt an Leygraf (48) zugeordnet, ergab sich folgende Verteilung:

Tabelle 9: Schwerste Straftat nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug nach Leygraf (Entlassene n=73)

Gesamtsumme der Rückfälle n=19* (26 %)		Anteil Rückfälle an Gesamtstichprobe Absolut (Prozentual)
Tötungsdelikt		1 (1,4%)
Körperverletzung		7 (9,6%)
Straftat geg. sexuelle Selbstbestimmung		1 (1,4%)
Eigentumsdelikt ohne Gewalt		4 (5,5%)
Eigentumsdelikt mit Gewalt		1 (1,4%)
Sonstige Delikte		5 (6,8%)

*Nicht jeder Eintrag im BZR entspricht einer Straftat

Es fällt auf, dass jeweils Straftaten gegen Leib und Leben und Eigentumsdelikte überwiegen.

Im Hinblick auf die tatsächlichen gerichtlichen Reaktionen/Sanktionen auf ein Rückfallereignis ergab sich folgendes Bild: In 7 Fällen wurde eine Geldstrafe verhängt, von 30 bis zu maximal 120 Tagessätzen. In zwei Fällen kam es zu einer Verurteilung zu einer zeitigen Freiheitsstrafe (4 respektive 15 Monate). Bei den jeweils stärksten Sanktionen handelte es sich also um eine Freiheitsstrafe noch unter zwei Jahren, in sechs Fällen um einen Widerruf der zur Bewährung ausgesetzten Maßregel, in weiteren sieben Fällen um eine erneute Anordnung einer Maßregel gemäß § 63 StGB.

Tabelle 10: Erfolgte Sanktionen bei erneutem Rückfall nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug (n=22)*

Geldstrafe		7 (31,8%)
Freiheitsstrafe		2 (9,0%)
Widerruf der Maßregel		6 (27,2%)
Erneute Anordnung einer Maßregel		7 (31,8%)

*In zwei Fällen erfolgte trotz BZR-Eintrag keine Sanktion.

Insgesamt kann hinsichtlich der Schwere der Rückfalltaten für die gesamte Stichprobe gesagt werden, dass bei den Patienten, die mit einer schweren (R2-Kriterium) oder einschlägigen Rückfalltat (R3-Kriterium) wieder in Erscheinung getreten sind, in den überwiegenden Fällen eine geringere Schwere der Straftaten im Vergleich zur Anlasstat dokumentiert wurde.

Tabelle 11: Geringere Schwere der Rückfalltat im Vergleich zur Anlasstat

Anlasstat (Jeweils absolute Anzahl der Rückfälle)	Rückfall (R1)	Rückfall (R2)	Rückfall (R3)
Tötungsdelikt (4 Rückfälle)	2	1	1
Körperverletzung (13 Rückfälle)	6	4	3
Eigentumsdelikt (5 Rückfälle)	2	1	2
Brandstiftung (2 Rückfälle)	1	1	0

Fragestellung 1.b):

Wie schnell werden Entlassene aus dem Maßregelvollzug wieder rückfällig?

Überlebenszeitanalyse – Kaplan-Meier-Kurve

Bei einer Gesamtrückfallzahl von $n=24$ kam es zu 50 % der Rückfälle ($n=12$) in den ersten zwei Jahren nach Entlassung.

Bei über einem Drittel der Fälle (37,5 %: $n=9$) innerhalb eines Zeitraumes von 13 Monaten.

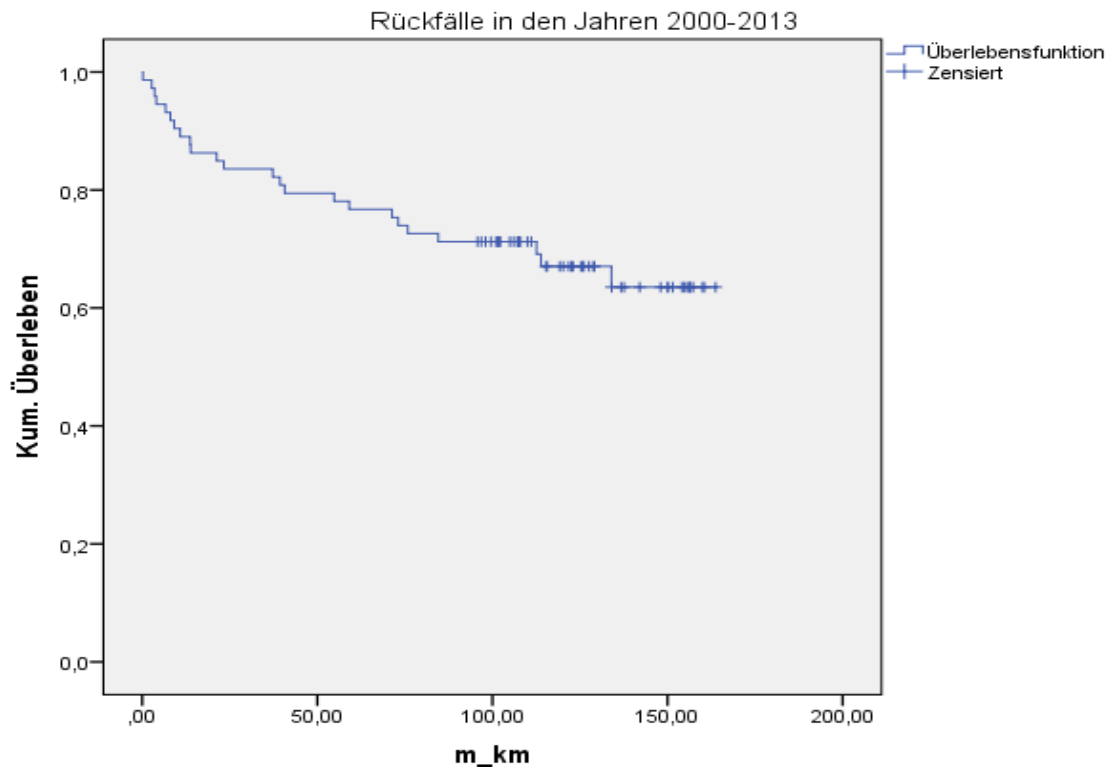


Abbildung 10: Überlebenskurve Rückfälle in den Jahren 2000-2013

Fragestellung 2.a):

Wie ist Rückfälligkeit mit medizinischen, demographischen und kriminologischen Daten verknüpft? - Tabellarische Darstellung der Häufigkeiten (Kreuztabellen)

Wenn man die Ergebnisse im Hinblick auf die Dimension der psychischen Störung abbildet, zeigt sich, dass Patienten aus dem F20-Spektrum ohne komorbide Substanzproblematik ähnlich wie in die Gesamtstichprobe in etwas mehr als 30 % der Fälle mit einem Eintrag im BZR auffallen (5 von 14 / 35,7 %).

Bei den Patienten mit einer schizophrenen Psychose und Suchterkrankung zeigte sich eine höhere Rückfallquote mit 11 Eintragungen bei 24 Patienten, was 45,8% entspricht. Besonders auffällig ist die Gruppe der Patienten mit einer schizo-affektiven Störung und gleichzeitigem Substanzkonsum. Hier fielen 5 von 6 Patienten mit einem neuen Eintrag im Bundeszentralregister auf (83,3 %).

Dazu kann festgehalten werden, dass schwere Rückfälligkeit (nach dem R2-Kriterium) bei den Patienten aus der Gruppe F 20 sowie F20 komorbid mit F1 bei 4 von 54 Patienten zu verzeichnen war (7,4 %), bei den schizo-affektiven Patienten mit Suchtproblemen (F25 komorbid mit F1) in 2 von 6 Fällen (33 %). Einschlägige Rückfälligkeit (nach dem R3-Kriterium), an sich ein seltenes Ereignis (8,2 % in der Gesamtgruppe), konnte in der Gruppe mit den F20-Störungen bei 7 von 54 Patienten festgestellt werden (12,9 %), bei den F25-Patienten mit Suchterkrankung allerdings in keinem der 6 Fälle.

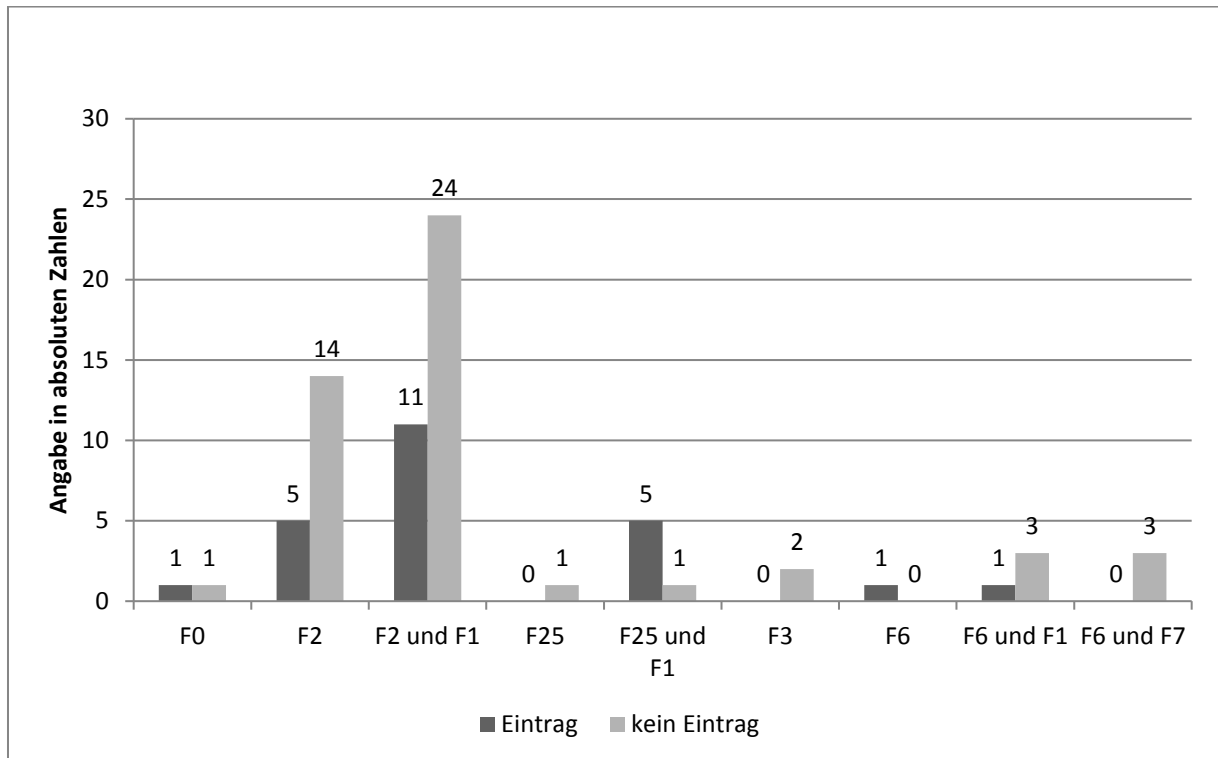


Abbildung 11:

Eintrag im BZR nach Entlassung im Hinblick auf die gemäß ICD-10 festgestellte psychische Störung (absolute Zahlen)

Wenn man von dem zur Unterbringung führenden Anlassdelikt ausgeht, zeigte sich, dass entlassene Patienten, bei denen ein Körperverletzungsdelikt zur Anordnung gemäß § 63 StGB geführt hatte, besonders häufig erneut mit einem Delikt auffällig wurden (13 von 22 / 59 %).

Ähnliches gilt auch für Patienten mit dem Indexdelikt Eigentumsdelinquenz mit Gewalt (4 von 10 / 40 %) und für Brandstifter (2 von 4 / 50 %).

Patienten, die wegen eines Tötungsdeliktes untergebracht worden waren, sind letztlich nur in 4 Fällen wieder mit einer Rückfalltat in Erscheinung getreten (4 von 25 Patienten / in 16 % der Fälle). 4 von den 22 wegen einer Körperverletzung untergebrachten Patienten sind mit einer schweren Rückfalltat (gemäß R2-Kriterium) zu verzeichnen (18,2%), dagegen nur einer

von 25 Tötungsdelinquenten (4%) und ein Patient von den 10 wegen Eigentumsdelinquenz mit Gewalt Untergebrachten (10%).

Eine einschlägige Rückfalltat (im Sinne des R3-Kriteriums) fand sich bei den Patienten mit Körperverletzungsdelikten in 3 von 22 Fällen (13,6%), bei denen mit einem Tötungsdelikt in 1 von 25 Fällen (4 %) und bei den Raubtaten erneut bei einem von 10 Patienten (10%).

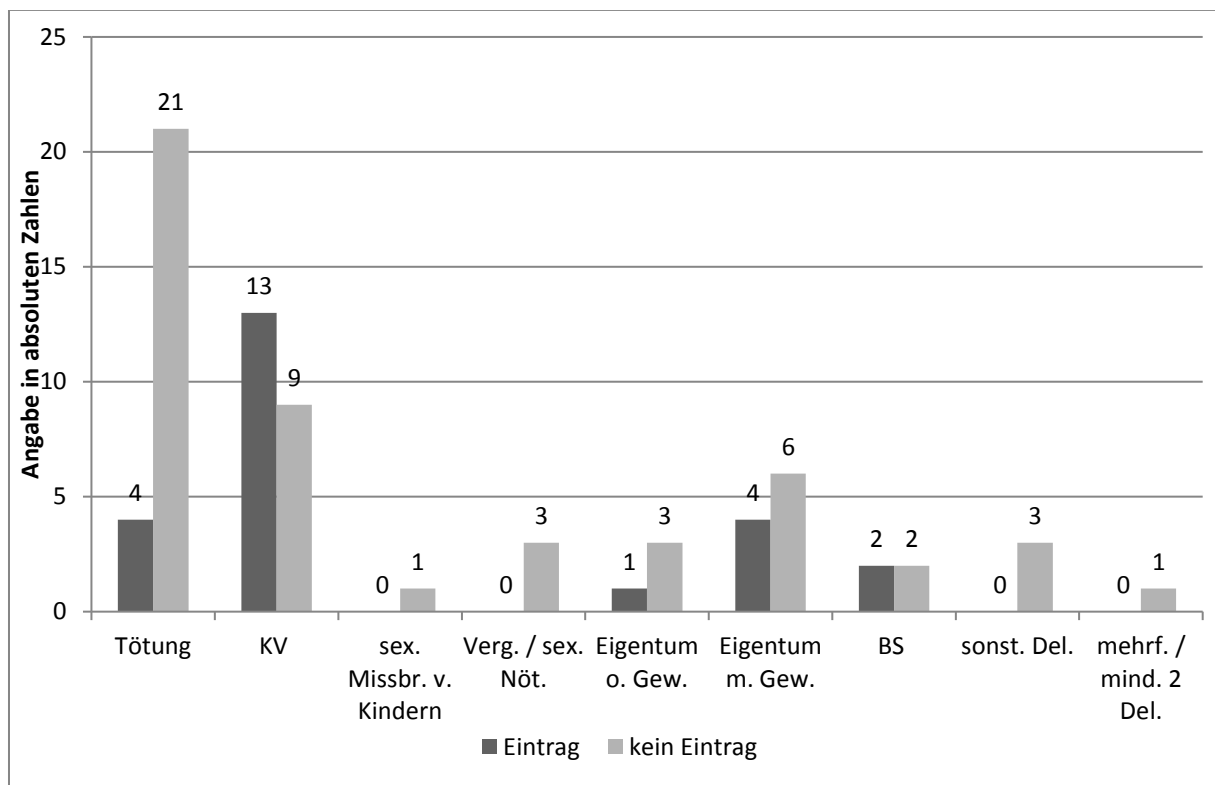


Abbildung 12:

Jeglicher Eintrag (absolute Zahlen) im BZR nach Entlassung im Hinblick auf das ursprünglich zur Unterbringung führende Anlassdelikt. Deliktkategorien nach Leygraf (48)

Hinsichtlich wichtiger kriminologischer Ausgangsdaten zeigte sich, dass sich bei den Patienten, die bereits im Alter unter 20 Jahren erstmals straffällig geworden waren (n=20), nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug häufiger Einträge im Bundeszentralregister fanden ($\chi^2=6,304$; $P= 0,043$). 11 Patienten hatten einen Eintrag (55 %), 9 keinen Eintrag (45 %). Dies war bei denen, die ihre erste Straftat zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr bzw. im Alter über 40 Jahre verübt hatten, seltener der Fall (26,3 % bzw. 20 % mit Einträgen im BZR).

Tabelle 12: Psychiatrische, kriminologische und medizinische Vorgeschichte und Häufigkeit von Rückfalltaten mit Eintragungen im BZR

Item in der Vorgeschichte		Rückfall (R) (in Prozent)	
Psychiatrische Vorbehandlung	keine R 35,7 %	einmal R 45,5%	mehrfach R 29,2 %
PsychKG-Einweisung	keine R 34,4 %	einmal R 16,7%	mehrfach R 37,9 %
Alter bei der ersten Tat	Unter 20 Jahre R 55%	Zw. 20 und 40 Jahren R 26,3%	Über 40 Jahre R 20 %
Haftaufenthalte in der Vorgeschichte	keine R 29,2%	einmal R 9,1 %	mehrfach R 64,3 %
Nachsorge-Setting	Ambulanter Nervenarzt R 41,7%	Instituts-Ambulanz R 38,5 %	Forensische Ambulanz R 26,5 %
Medikamentöse Behandlung	Orale Neuroleptika R 23,8 %	Depot-Neuroleptika R 48,0 %	Clozapin R 23,8 %

Auf die neuen Straftaten nach der Entlassung der im Alter unter 20 Jahren erstmals straffällig geworden Patienten wurde strafrechtlich folgendermaßen reagiert: Einmal wurde eine Verurteilung zu einer zeitigen Freiheitsstrafe ausgesprochen, in zwei Fällen ein Widerruf beschlossen und in vier Fällen eine erneute Maßregel angeordnet. Dies war bei den später delinquent gewordenen Entlassenen seltener der Fall (jeweils zweimal Widerruf bzw. erneute Maßregel – 20. bis 40. Lebensjahr), zweimal Widerruf einer Aussetzung zur Bewährung – über 40. Lebensjahr.

Haftaufenthalte in der Vorgeschichte wirkten sich ebenfalls in verschiedener Hinsicht auf die strafrechtliche Rückfälligkeit und die nachfolgenden Sanktionen aus. Bei Patienten mit mehrfachen Voraufenthalten in der Haft waren mit n=9 von 14 (64,3 %) überdurchschnittlich häufig Einträge im BZR zu verzeichnen ($\chi^2=9,37$; $P=0,009$). Bei Patienten ohne Hafterfahrung waren bei n=48 nur 14 Eintragungen dokumentiert (29,2%). Interessant war, dass Patienten mit einmaliger Hafterfahrung die geringste Quote an Eintragungen hatte (9,1 % - 1 Eintragung bei n=11).

Die entlassenen Patienten mit mehrfacher Hafterfahrung in der Vorgeschichte wurden in der Folge auch stärker sanktioniert. Einmal mit einer zeitigen Freiheitsstrafe, zweimal mit einem Widerruf der Bewährung, in vier Fällen mit einer erneuten Maßregelanordnung ($\chi^2=17,19$; $P=0,009$). Ähnliches galt auch für die Frage der Schwere der Rückfalltat. Die kleine Gruppe mit mehrfacher Hafterfahrung ($n=14$) fiel mit insgesamt sechs schweren bzw. einschlägigen Straftaten auf, die deutlich größere Gruppe ohne Haftvorgeschichte ($n=48$) mit der gleichen Anzahl (sechs) an Straftaten gemäß dem R2 und R3-Kriterium (schwer, einschlägig). Die ambulante Nachsorgebehandlung erfolgte im Übrigen bei den Patienten mit Hafterfahrung häufiger bei einem niedergelassenen Nervenarzt und deutlich seltener bei einer Institutsambulanz oder forensischen Nachsorgeambulanz.

Das Merkmal einer Nachsorge in einer spezialisierten forensischen Nachsorgeambulanz ging im Hinblick auf die gesamte Stichprobe mit der geringsten Anzahl an Eintragungen im BZR einher (26,5 %), im Vergleich zur Psychiatrischen Institutsambulanz (38,5 %) und zum ambulanten Nervenarzt (41,7%). In der forensischen Nachsorgeambulanz fand sich relativ gesehen die geringste Rückfallquote, was aber statistisch nicht signifikant war ($\chi^2=2,63$; $P=0,451$). Zum Zeitpunkt der Entlassung (gemäß § 67 d StGB) respektive der Aussetzung der Unterbringung gemäß § 67 b StGB waren 5,5 % der Patienten nicht medikamentös behandelt ($n=4$). 21 Patienten (28,8%) erhielten oral Neuroleptika und 25 Patienten Neuroleptika als Depot (34,2%), $n=21$ waren auf Clozapin eingestellt (28,8%) und $n=2$ auf einen sogenannten Stimmungsstabilisierer (Mood stabilizer). Bei den mit Clozapin medizierten Patienten war eine unterdurchschnittliche Anzahl von Eintragungen im BZR (in der Gesamtgruppe 32,9%) zu verzeichnen (5 von 21 Patienten; 23,8 %). Die Patienten unter einer Behandlung mit konventionellen oral verabreichten Neuroleptika schnitten gleich gut ab, bei den Patienten mit einer Depotmedikation als Rückfallprophylaxe zeigten sich mehr Einträge im BZR (12 von 25; 48%).

Fragestellung 2.b):

Gibt es einen Unterschied bei der Rückfälligkeit zwischen den gleich zur Bewährung Entlassenen (§ 67 b StGB) und den nach einer Behandlung im Maßregelvollzug Entlassenen (§ 67 d StGB)? - Tabellarische Darstellung der Häufigkeiten (Kreuztabellen) und Cox-Modell als Regressionsmethode

Bei der Auswertung der Eintragungen im Bundeszentralregister nach Entlassungsart ergaben sich im Vergleich der Entlassenen gemäß § 67 b und § 67 d StGB auffällige Unterschiede. Bei den zur Bewährung ausgesetzten Unterbringungen (§ 67 b StGB) fanden

sich in 13 Fällen (52 %) Rückfälle im BZR, bei den gemäß § 67 d StGB Entlassenen nur in 11 Fällen (22,9 %). Dieser Unterschied war gerechnet mit dem Chi-Quadrat-Test zudem statistisch signifikant ($P=0,012$) und gerechnet mit der Cox-Regression ergab sich eine statistische Signifikanz von 0,004. Dass es sich bei der ersten Rückfalltat um einen einschlägigen Rückfall im Sinne des R3-Kriteriums handelte war bei den nach § 67 b Entlassenen in 5 von $n=25$ der Fall (20 %), bei den nach § 67 d Entlassenen nur bei zwei (4,2 %) von $n=48$ ($\chi^2=4,75$; $P=0,02$).

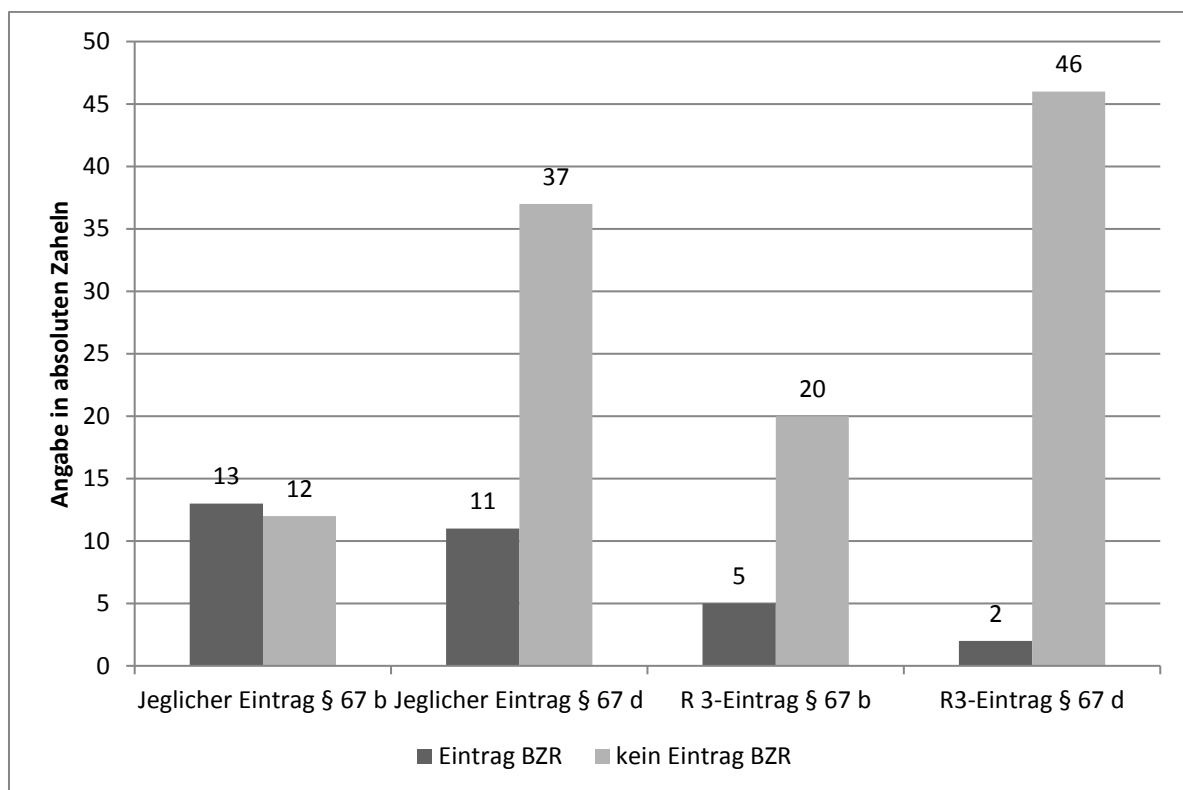


Abbildung 13: Vergleich jeglicher Eintrag und einschlägiger Rückfall (R3-Eintrag) bei Entlassung gemäß § 67 b StGB versus § 67 d StGB

Anhand der errechneten Daten der Überlebenskurve (variate Cox-Regression) konnte abgelesen werden, dass bei den zur Bewährung ausgesetzten Unterbringungen (§ 67 b StGB) darüber hinaus über 90 Prozent der Rückfälle ($n=11$) bereits innerhalb der ersten 2 Jahre und 11 Monate nach der Entlassung zu verzeichnen (35 Monate) waren.

Bei den gemäß § 67 d StGB Entlassenen waren dagegen nur ca. die Hälfte der Rückfälle innerhalb der ersten zwei Jahre und 6 Monate (30 Monate) aufgetreten ($n=5$).

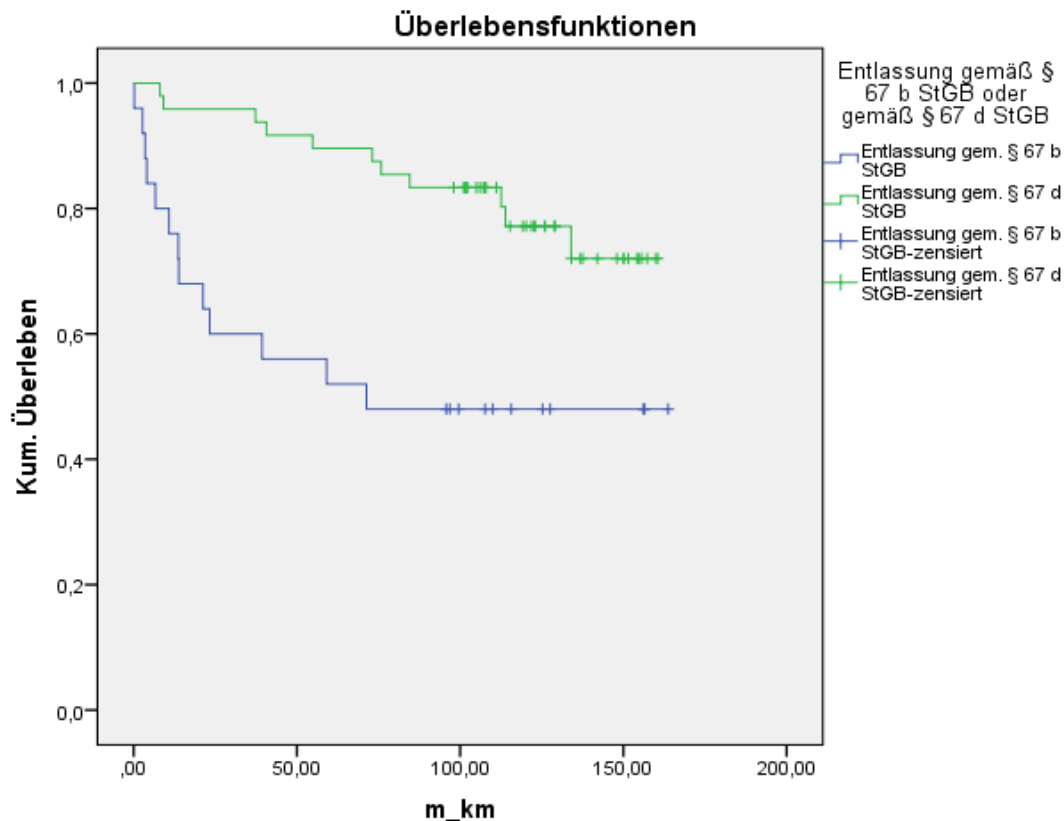


Abbildung 14: Überlebenskurve variathe Cox-Regression (§ 67 d versus § 67 b StGB)

Die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen den nach § 67 b und § 67 d StGB Entlassenen standen nicht mit einem Unterschied im Nachsorgekonzept in Zusammenhang. Beide Gruppen wurden zu gleichen Anteilen von einem niedergelassenen Nervenarzt, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einer forensischen Nachsorgeambulanz weiter betreut ($\chi^2=4,30$; $P=0,23$).

Im Hinblick auf die stärkste juristische Sanktion fand sich unter den gemäß § 67 b StGB zur Bewährung Entlassenen ($n=25$) immerhin in 4 Fällen ein Widerruf der Aussetzung zur Bewährung, in 5 Fällen die Anordnung einer erneuten Maßregel gemäß § 63 StGB. Dies war unter den Patienten, die nach einer vollstreckten Maßregel gemäß § 67 d StGB entlassen worden waren ($n=48$), nur bei zwei (Widerruf) bzw. einem Patienten (erneute Maßregel) der Fall. Dieser Unterschied war gerechnet mit Chi-Quadrat-Test statistisch signifikant ($\chi^2=13,41$; $P=0,004$).

C. Auswertung der Strafvollstreckungs- und Bewährungshefte

Fragestellung 3.:

Wie steht der Verlauf der Führungsaufsicht mit Rückfälligkeit im Zusammenhang? -

Tabellarische Darstellung der Häufigkeiten (Kreuztabellen)

Bei insgesamt n=70 Patienten der Stichprobe (n=73) konnten die Strafvollstreckungs- und Bewährungshefte ausgewertet werden.

Termine bei den Bewährungshelfern wurden in der Regel von den entlassenen Patienten befolgt, nur in sechs Fällen (8,6%) hielten Patienten vorgeschlagene Termine nicht ein. Mitteilungen an das zuständige Gericht (über Unregelmäßigkeiten bei der Medikamenteneinnahme, Suchtmittelkonsum oder Verschlechterungen des psychischen Zustandes) erfolgten dagegen häufiger (n=35, 50%). In 8 Fällen informierte der Bewährungshelfer die Kammer einmal, in 27 Fällen musste diese Art der Mitteilung mehrfach erfolgen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund nahm das zuständige Landgericht in 13 Fällen einmalig aktiv Kontakt mit dem entlassenen Patienten auf, in sechs Fällen sogar mehrfach, dabei wurde sechsmal eine gerichtliche Ermahnung ausgesprochen, bei fünf Patienten mindestens zweimal.

Während der Führungsaufsichtszeit wurde in der Folge in 12 Fällen eine außerordentliche gerichtliche Anhörung durchgeführt, in 7 Fällen musste eine Anhörung ein zweites Mal anberaumt werden. Im weiteren Verlauf kam es dann bei 12 Patienten zu Änderungen der gerichtlichen Weisungen, in davon 7 Fällen wurden die Weisungen mindestens ein zweites Mal angepasst.

Wenn sich der weitere Verlauf in der Führungsaufsicht trotz der oben erwähnten Interventionen (Kontaktaufnahme durch das Gericht, außerordentliche Anhörung, Änderung von Weisungen) kritisch entwickelt hatte, wurde ein Widerruf der bewährungsweisen Aussetzung der Unterbringung gemäß § 63 StGB angekündigt (in 9 Fällen einmal, in 3 Fällen mehrfach). In 12 Fällen wurde dann tatsächlich zunächst ein Sicherungshaftbefehl ausgestellt (bei einem Patienten sogar mehrfach) und nach der entsprechenden Gesetzesänderung (2007) in insgesamt 4 Fällen eine Krisenintervention gemäß § 67 h StGB angeordnet. Eher selten (n=2) wurde ein Strafverfahren aufgrund eines Verstoßes gegen die gerichtlich ausgesprochenen Weisungen (gemäß § 145a StGB¹⁴) in die Wege geleitet.

¹⁴ **§ 145a StGB: Verstoß gegen Weisungen während der Führungsaufsicht:**

Wer während der Führungsaufsicht gegen eine bestimmte Weisung der in § 68b Abs. 1 bezeichneten Art verstößt und dadurch den Zweck der Maßregel gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Wenn die Bewährungshelfer sich bei Unregelmäßigkeiten während der Führungsaufsicht einmal an die zuständige Strafvollstreckungskammer gewandt hatten, kam es in 25 % zu Eintragungen im BZR, aber in 44,4 % der Fälle, wenn sie dies mindestens zweimal getan hatten. Es waren aber auch 25,7 % Eintragungen zu verzeichnen, wenn keine Mitteilung erfolgt war. Ähnliches war zu beobachten, wenn sich die behandelnden Therapeuten an das Gericht wendeten. Neuerliche Eintragungen im BZR erfolgten in 36,8 % der Fälle, bei den die Therapeuten dies mindestens zweimal getan hatten, aber sogar in 57,1 %, wenn sie nur einmal an die StVK geschrieben hatten. Wenn keine Mitteilung erfolgt war, gab es in diesen Fällen in 21,6 % eine neuerliche Eintragung im Bundeszentralregister.

Tabelle 13: Verlauf der Führungsaufsicht und prozentuale Häufigkeit von Rückfällen mit Eintragungen im BZR

		Rückfall (R) (in Prozent)	
Meldung BWH an StVK	keine R 25,7 %	einmal R 25,0%	mehrfach R 44,4 %
Meldung Therapeut an StVK	keine R 21,6 %	einmal R 57,1 %	mehrfach R 36,8 %
Außerplanmäßige Anhörung	keine R 19,6%	einmal 58,3 %	mehrfach R 85,7 %

(BWH=Bewährungshelfer; StVK=Strafvollstreckungskammer Landgericht)

Deutliche höhere Prozentzahlen für Rückfallereignisse ergaben sich in den Fällen, bei denen die zuständige Strafvollstreckungskammer in Folge der Meldungen des Bewährungshelfers bzw. der zuständigen Therapeuten eine außerplanmäßige Anhörung anberaumt hatte. Wenn dies einmal der Fall war, kam es im Weiteren bei 58,3 % (7 von 12) der Patienten zu Eintragungen im BZR, wurden mindestens zwei außerplanmäßige Anhörungen durchgeführt, kam es in 6 von 7 Fällen zu einer Eintragung wegen einer Rückfalltat (85,7 %). Wurde kein Anlass für eine Anhörung gesehen, wurden nur in 19,6 % der Fälle (10 von 51) Eintragungen verzeichnet. Unter den Rückfällen, die sich vor dem Hintergrund der erfolgten außerplanmäßigen Anhörungen abspielten, war kein einschlägiger Rückfall (R3-Kriterium) zu verzeichnen. In 6 von 19 Fällen (31,5 %) mit extra angesetzten Anhörungen kam es gleichwohl zu schweren Rückfällen im Sinne des R2-Kriteriums, und in 7 von 19 Fällen (36,8 %) zu Eintragungen im Sinne des R1-Kriteriums (jeglicher Eintrag im BZR).

In 48 Fällen konnte die Führungsaufsicht nach Ende der gerichtlich angeordneten Bewährungszeit für erledigt erklärt werden. In 5 Fällen wurde die Führungsaufsicht zeitlich befristet verlängert, in 7 Fällen vorübergehend unbefristet verlängert. 3 Patienten wurden im Verlauf der Führungsaufsicht wieder im Maßregelvollzug aufgenommen. Insgesamt 7 Patienten sind während der Zeit der Führungsaufsicht verstorben, wobei in allen Fällen als Grund eine natürliche Todesursache angenommen wurde. Bei immerhin 6 Patienten kam es zu Eintragungen im BZR nach Ende bzw. Erledigung der Führungsaufsicht.

IV. Diskussion

Um zu beantworten, wie hoch die Rückfälligkeit nach einer Unterbringung im Maßregelvollzug in der Metropolregion Hamburg ist, wie schnell Rückfalltaten zu verzeichnen sind, wie Rückfälligkeit mit demographischen, medizinischen und kriminologischen Daten verknüpft ist, ob es Unterschiede zwischen den gemäß § 67 b StGB Entlassenen und den gemäß § 67 d StGB Entlassenen gibt und wie der Verlauf der Führungsaufsicht damit im Zusammenhang steht, schloss die vorliegende Untersuchung alle im Hamburger Maßregelvollzug untergebrachten Frauen und Männer ein, die im Erhebungszeitraum 2000 bis 2005 aus der Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassen wurden (gemäß § 67 d StGB) bzw. bei denen zwar eine Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet, aber gleichzeitig mit Weisungen zur Bewährung ausgesetzt worden war (gemäß § 67 b StGB). Die strafrechtliche Rückfälligkeit wurde anhand von Auszügen aus dem Bundeszentralregister (BZR) ausgewertet. Darüber hinaus wurden auch die Strafvollstreckungshefte und Bewährungshefte der nach der Entlassung zuständigen Landgerichte eingesehen und untersucht.

Untersuchung von Kriminalität und Rückfallkriminalität

Voraussetzung für eine moderne evidenzbasierte Kriminaltherapie ist eine auf umfassenden und aussagekräftigen Daten aufbauende Analyse der Kriminalität und damit eben auch der Rückfallkriminalität (1). Vollständige Rückfallstatistiken wie die von Jehle und Albrecht aus dem Jahr 2013 (36) können valide Informationen liefern, die zur Untersuchung des Rückfallgeschehens und der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen früherer Sanktion und Rückfall eingesetzt werden können. Viele der vorhandenen Untersuchungen verteilen sich allerdings häufig auf unterschiedlich lange Zeiträume, sind lokal ausgelegt und vermögen im Ansatz kein vollständiges Bild von einfachen Grundverteilungen schaffen. Datenschutzrechtliche Bestimmungen in Deutschland erschweren zudem eine weitergehende, staatsanwaltliche und polizeiliche Daten einschließende Rückfallstatistik. Da

der überwiegende Teil der strafrechtlich Sanktionierten nicht wieder rückfällig wird, sind speziell die Rückfalltäter von Interesse. Somit ist das Wissen über Basisraten in genau definierten und in der Regel kleinen (Sonder) - Gruppen von zum Beispiel auch psychisch kranken / gestörten Straftätern bedeutsam.

Mit den in den nationalen, wiederholt durchgeführten und vollständigen Untersuchungen gewonnenen Basisraten kann ein breites Fundament geschaffen werden, um spezielle regionale und zeitlich begrenzte Rückfallstudien einordnen zu können (36). Als ein Problem bei Nachuntersuchungen erweist sich, dass das Kriterium „Straftat“ ein seltenes Ereignis und ein durch viele Faktoren beeinflusstes Geschehen ist (29). Es gestaltet sich schwierig, angesichts der komplexen Realität, der Vielzahl möglicher Einflussgrößen, deren Korrelationen und Wechselwirkungen sowie des Fehlens von Kontrollgruppen – speziell für die gemäß § 63 StGB Untergebrachten gibt es außerhalb des Maßregelvollzugs keine vergleichbare Gruppe von Straftätern - aus Rückfalluntersuchungen verbindliche Schlüsse zu ziehen (57).

Ob innerhalb des Risikozeitraums (Follow-up) eine erneute Straftat verübt wurde, kann im Übrigen nur bedingt gemessen werden. Eine Straftat muss im Risikozeitraum bekannt werden (Hellfeld) und es muss dann eine justizielle Reaktion erfolgen. Weiter bleibt unberücksichtigt, wenn eine Straftat dem Beschuldigten nicht nachgewiesen werden kann. Eine bedeutsame Einschränkung ist zudem, dass Verfahrenseinstellungen vor oder in einer Hauptverhandlung nicht im BZR abgebildet sind. Auf jeden Verurteilten kommt ein Beschuldigter, dessen Verfahren z.B. gemäß § 153 StPO eingestellt wurde (36).

Rückfalluntersuchungen sind aber gleichwohl notwendig, um Prognosen treffsicherer zu machen und in der Praxis verwendete bzw. aufgrund klinischer Erfahrungen gewonnene Kriterien sowie kriminaltherapeutische Interventionen einer empirischen Prüfung zu unterziehen (29). Da verschiedene Studien einen eindeutigen Zusammenhang zwischen einer früheren Straftat und einer neuen Straftat gezeigt haben, gibt es zudem an der großen, wenn nicht überragenden Bedeutung der im BZR registrierten Vorstrafen als Prädiktor für weitere Straffälligkeit keine Zweifel. Trotz zum Teil erheblicher Mängel (heterogene und zum Teil lange Fristen zwischen Verurteilung - geschweige Delikt - und Eintrag; lückenhafte bzw. zeitlich verzögerte „Meldemoral“ der an das BZR meldenden Stellen führt zu fehlenden Einträgen) bezeichnete auch Lederer (45) 2010 den Strafregisterauszug als den Goldstandard in der Prognoseforschung.

Es werden allerdings nur Taten erfasst, die zu einer strafrechtlichen Verurteilung oder zumindest zu einer Verfahrenseinstellung wegen Schuldunfähigkeit führen (§§ 4, 11 des Bundeszentralregistergesetz - BZRG). Bei Einstellungen des Verfahrens wegen Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB werden die dahinterliegenden Straftatbestände in der Regel nicht aufgeführt und gehen damit einer differenzierten Rückfallstatistik verloren. Deshalb gaben Dessecker (13) und Schmidt-Quernheim (71) zu bedenken, dass Auszüge aus dem Bundeszentralregister die tatsächliche Kriminalität somit nur unvollständig abbilden.

Zudem sind immer auch Tilgungen von Registerauszügen zu berücksichtigen (45). Nach § 46 I BZRG beträgt die kürzeste Tilgungsfrist fünf Jahre (Geldstrafen von nicht mehr als 90 Tagessätzen, Freiheitsstrafe unter 3 Monaten, Jugendstrafen bis zu einem Jahr). 10 Jahre sind es bei Freiheitsstrafen von 3 Monaten bis zu 1 Jahr und gleichzeitiger Aussetzung zur Bewährung sowie bei Jugendstrafen über einem Jahr. 20 Jahre werden BZR-Auszüge nicht gelöscht, wenn es zu einer Verurteilung wegen einer Straftat gemäß der §§ 174 bis 180 und 182 zu einer Freiheitsstrafe oder Jugendstrafe von mehr als einem Jahr gekommen ist. 15 Jahre beträgt die Tilgungsfrist in allen übrigen Fällen. Keine Tilgung erfolgt bei lebenslangen Freiheitsstrafen und Maßregeln gemäß §§ 63 und 66 StGB. Hier kommt es erst bei Tod oder einem Alter über 90 Jahren zu einer Löschung des Registereintrags. Bei Unterbringungen (§§ 64, 63 StGB), die gemäß § 67 b StGB zur Bewährung ausgesetzt wurden, ist zu beachten, dass die Tilgungsfrist bereits mit Rechtskraft des Urteils zu laufen beginnt.

Behandlung im Maßregelvollzug

Im Rahmen von Rückfalluntersuchungen können klinische Verlaufs- und Behandlungskriterien in der Regel nicht im Detail erfasst werden (38), so dass mit den Ergebnissen zumeist nur „das Gesamtpaket Maßregelvollzug“ bewertet werden kann. Die komplexe Problematik im Bereich der Unterbringung nach § 63 StGB widersetzt sich einer einfachen Evaluation des Behandlungserfolgs (49). Wie Therapie wirkt bzw. welche Formen von Behandlungsmaßnahmen dazu führen, dass die Wiedereingliederung eines Patienten in die Gesellschaft erfolgreich verläuft, ist nur unvollständig erforscht (80). Zudem beschränken sie sich durchweg auf evaluative Erfahrungen einzelner Kliniken. Eine Übertragbarkeit ist aufgrund der bekannten und zum Teil erheblichen regionalen Unterschiede in der Praxis und auch Gesetzgebung des deutschen Maßregelvollzugs daher nur bedingt gegeben (54).

Evaluierbar sind gegebenenfalls einzelne therapeutische Interventionen als auch eine Gesamtinstitution. Dabei sind Vergleiche zwischen verschiedenen Interventionen, aber auch Prä-post-Vergleiche innerhalb einer Klinik denkbar. Bisherige Studien zur Rückfälligkeit und Gefährlichkeitsprognose (38) basieren zumeist auf einem retrospektiven Design mit den

dafür typischen methodischen Problemen (häufig eher kleine Stichprobengrößen, örtliche Selektivität, keine Kontrollgruppe).

Es gilt als empirisch belegt (49, 77, 81), dass der Maßregelvollzug einer seiner gesetzlich vorgegebenen Aufgaben, nämlich die Öffentlichkeit vor gefährlichen psychisch kranken Rechtsbrechern zu schützen, durchaus erfüllt. Die Deliktrückfallquote forensischer Patienten liegt deutlich niedriger als im Regelvollzug (Unterbringung in Justizvollzugsanstalten). Dieser Befund hat sich gleichfalls für diese Stichprobe replizieren lassen.

Tabelle 14: Vergleich mit anderen Untersuchungen (modifiziert nach Seifert 2007):					
Untersuchung	N	Katamnese (in Jahren)	R1*	R2*	R3*
Deutschland					
Ritzel 1978	443	9,5	47%	30%	/
Jacobsen 1985	135	3-5	7%	/	/
Heinz et al. 1996	201	2-5,5	10%	/	4%
Dessecker 1996	94	2	18%	/	4%
Dimmek&Duncker 1996	120	4-11	21%	20%	9%
Jockusch 1996	182	7,4	45%	29%	19%
Dessecker 1997	69	5	41%	28%	4%
Prior 1999	68	5,5	/	7,3%	7,3%
Jockusch & Keller 2001	169	5	40%	26%	10%
Gretenkord 2001	196	8,5	43%	29%	11%
Seifert 2007	255	3,9	21,6	13,3%	7,5%
Seifert 2010	321	7,5	31,5%	17,4%	10,3%
Schmidt-Quernheim 2011	225	4,8	23,6%	12,9%	3,1%
Niederlande					
Philipse 2006	151	5,5,-8,5	19,7%	8,4%	/
Leuw 1995	83	3-8	23 %	/	14 %
Leuw 1995	226	3-8	15 %	/	8%
*R1=Jeglicher Eintrag im BZR *R2=Rückfälligkeit mit Verurteilung zu einer Haftstrafe, Widerruf oder erneuter Unterbringung *R3=Einschlägige Rückfälligkeit					

Die Zahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten steigt seit Ende der 1990´er Jahre im gesamten Bundesgebiet kontinuierlich an. Die Unterbringungszahlen haben sich insgesamt zwischen 1995 und 2010 für beide Maßregeln (§ 63 und § 64 StGB) mehr als verdoppelt. Im Zeitraum 2000-2009 stieg die Zahl der in Hamburg Untergebrachten (Stichtagsprävalenz zum Jahresende) von 113 auf 247 Personen an (+ 118 %). Zu der mit Abstand häufigsten Hauptdiagnose im bundesrepublikanischen Maßregelvollzug gehört nach wie vor die Schizophrenie. Bereits 1988 stellte Leygraf (48) in seiner Arbeit fest, dass in der BRD bei 37,9 % der Patienten im Maßregelvollzug eine schizophrene Psychose diagnostiziert worden war, in Hamburg zu diesem Zeitpunkt schon bei 42,3 % der Untergebrachten. Dieser Trend setzte sich in der Folge fort. Bei einer Stichtagerhebung im Jahr 2003 fanden sich bundesweit im Durchschnitt 33 % Schizophrene, im Hamburger Maßregelvollzug wurde

diese Diagnose schon bei 59 % aller Patienten festgestellt. Zuletzt ging aus dem Kerndatensatz der Bundesländer (39) zum Maßregelvollzug (erhoben für das Jahr 2013) hervor, dass in Hamburg mit 58,3 % weiter ein überdurchschnittlich hoher Anteil an schizophrenen Patienten untergebracht war, der Anteil dieser Patientengruppe aber auch in der Bundesrepublik auf zuletzt 45,6 % angestiegen war.

In der Stichprobe der hier untersuchten entlassenen Patienten fand sich mit 83,6 % ein noch höherer Anteil an ehemaligen Untergebrachten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Kapitel F2 nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10). Die zunehmend ansteigenden Zahlen an Unterbringungen von schwer psychisch Erkrankten (in der Regel schizophrenen Patienten) verweisen auf eine mögliche Versorgungslücke bei der Betreuung dieses Patientenkontingents im allgemeinspsychiatrischen Setting. Schalast (69) betonte in diesem Zusammenhang im Jahr 2012, dass im Rahmen der Psychiatriereform von 1970 bis 1988 die Betten in psychiatrischen Großkliniken von 117.600 auf 86.800 reduziert wurden. Auch im wiedervereinigten Deutschland setzte sich diese Entwicklung bis zuletzt fort (2012 wurden 50.731 vollstationäre Betten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie – Erwachsenenpsychiatrie ohne Forensische Psychiatrie vorgehalten). Die Abnahme der in der Allgemeinpsychiatrie zur Verfügung stehenden Betten, ein Rückgang der in Haftanstalten vollzogenen freiheitsentziehenden Maßnahmen (dabei sind aber ca. 14,5 % der in Vollzugsanstalten Untergebrachten inzwischen im Maßregelvollzug angesiedelt) und ein laut polizeilicher Kriminalstatistik gleichzeitig dokumentierter Rückgang der Gewaltkriminalität insgesamt, sprechen für einen Shift von Menschen mit schweren psychischen Problemen aus der Allgemeinpsychiatrie und dem Justizvollzug in Richtung der Forensischen Psychiatrie.

In den forensischen Kliniken wird die notwendigerweise länger andauernde, konsequente und stützende Behandlung dieser Gruppe von Patienten unter kontrollierten und schützenden Bedingungen möglich gemacht. Durch die zur Anwendung gebrachten kriminaltherapeutisch wirksamen Maßnahmen resultiert eine bessere Krankheitsprognose mit einer sich daraus ergebenden günstigeren Legalprognose. Das dürfte erklären, dass die Patienten aus dem F2-Spektrum in der untersuchten Entlassungskohorte überrepräsentiert sind. Es handelt sich einerseits um die größte Gruppe im Maßregelvollzug, die aber andererseits am besten somatomedizinisch, psychoedukativ und sozialtherapeutisch erreichbar ist.

Psychiatrische und forensische Vorgeschichte

Nur ein kleiner Teil der Hamburger Stichprobe (19,2 % / n=14) war vor der Unterbringung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) nicht psychiatrisch vorbehandelt worden. Von den vorbehandelten Patienten (n=59) waren 20,3 % einmal unfreiwillig (gemäß PsychKG) in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden und 49,1% bereits mehrfach. Es spricht einiges dafür, dass die später in Hamburg Untergebrachten im Vorfeld einer Behandlung im Maßregelvollzug die gleichen typischen Behandlungsschwierigkeiten zeigten, wie dies auch in anderen Untersuchungen nachgewiesen werden konnte (medikamentöse Noncompliance in der ambulanten Therapie, Behandlungsabbrüche in Form von Entlassungen gegen ärztlichen Rat, Entweichungen aus der stationären Behandlung sowie eine mangelnde Anbindung an eine Betreuungsperson bzw. eine defizitäre Einbindung in das psychiatrische Versorgungsnetzwerk). Zum Beispiel hatten sich auch 92,5% der später forensisch untergebrachten Patienten in der Untersuchung von Seeliger aus dem Jahr 2008 (84) so verhalten. Schanda machte zudem 2006 (70) auf die Defizite in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung aufmerksam, die Psychose kranke eher einem Risiko wie Armut, Obdachlosigkeit, Substanzmissbrauch und unzureichender ambulanter/stationärer Behandlung aussetzen. Der Anteil der später in einer forensischen Klinik untergebrachten obdachlosen Schizophrenen lag zum Indexdeliktzeitpunkt in einer weiteren Untersuchung insgesamt bei 14 %, bei Tätern mit Körperverletzungsdelikten sogar bei 22 % (43).

Häufig kommt es bei Schizophreniepatienten erst einige Jahre nach einem ersten Eintrag im BZR (nicht selten schon vor dem 21. Lebensjahr) zu einem Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem (Manifestation der psychotischen Erkrankung). Ein ähnlicher Befund ergab sich bei Kutscher, wo in 71,9 % die erste stationär-psychiatrische Behandlung (im Durchschnitt mit 23,5 Jahren) nach der Begehung der ersten Straftat erfolgte. Die medikamentöse Compliance zum Zeitpunkt des Unterbringungsdeliktes betrug ebenfalls nur 9,3 %. Das spätere Indexdelikt begingen 28,3 % der Untergebrachten in den ersten drei Monaten nach einer Entlassung aus einer stationären Behandlung (43).

Zur Frage wie lange es gedauert hat, bis nach einem ersten Krankenhausaufenthalt eine Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt, wurden in verschiedenen Erhebungen Zeiträume von durchschnittlich 6,8 bis zu 9,4 Jahren (43, 61, 84) ermittelt. Die Patienten wurden schließlich in einem Alter von im Mittel 31,5 bis 32,9 Jahren im Maßregelvollzug aufgenommen. Bis dahin waren im Schnitt 6 bis 7,5 stationäre Voraufenthalte aktenkundig geworden. Zudem haben die späteren Maßregelpatienten in den Folgejahren nach ersten strafrechtlich relevanten Auffälligkeiten anhaltend Kontakt mit der Polizei und den Gerichten mit durchschnittlich sechs weiteren Vorstrafen, bis sie tatsächlich wegen anhaltender

Umgebungsgefährdung und zunehmender Gewaltdelinquenz gemäß § 63 StGB untergebracht werden. Seliger (84) machte 2008 darauf aufmerksam, dass es im Gegensatz dazu auch erst nach Beginn einer psychotischen Erkrankung zu problematischem Verhalten kommen kann. So betrug die Zeit zwischen Krankheitsausbruch und erster Gewalttat bei einer Untersuchung im Jahr 1988 5,9 Jahre, in einer weiteren Nachuntersuchung (2004) lag sie bei 7,6 Jahren. Dieser Befund passt gut zu der Feststellung, dass in der untersuchten Gruppe Entlassener aus dem Hamburger Maßregelvollzug (§ 63 StGB) knapp mehr als die Hälfte der Patienten ihre erste Straftat im Alter zwischen 20 und 40 Jahren begangen hatten, 1/5 der Patienten sogar erst im Alter über 40 Jahre erstmals strafrechtlich auffällig wurden (zum Teil gleich mit der zur Unterbringung führenden Anlasstat).

Die Karrieren der später Untergebrachten umfassen also oft mehrere Jahre mit schon früh verübten (Gewalt-) Straftaten, ersten Krankheitsepisoden, verzögertem Beginn der notwendigen und angemessenen Behandlung (ambulant und/oder stationär) der psychiatrischen Erkrankung, einer zunehmenden sozialen Desintegration und Umgebungsgefährdung sowie schließlich der zur Unterbringung führenden Anlasstat.

Die aus dem Hamburger Maßregelvollzug entlassenen Patienten waren bei Aufnahme im Durchschnitt 36,1 Jahre alt. Das etwas höhere Alter der in Hamburg in der Forensischen Klinik aufgenommen Patienten könnte ein Hinweis darauf sein, dass das psychosoziale/psychiatrische ambulante und stationäre Versorgungsnetzwerk die zumeist schwierig zu behandelnden Patienten länger im allgemeinpsychiatrischen Hilfesystem betreuen und halten konnte. Dass die Prävention von Gewalt auch außerhalb der forensischen Psychiatrie eine wichtige Rolle spielt, kann daran abgelesen werden, dass zwar 64,2 % der forensischen Patienten eine Vorstrafe wegen eines Gewaltdeliktes hatten, aber immerhin auch 37,7 % der Patienten einer Vergleichsgruppe aus der Allgemeinpsychiatrie vorbestraft waren (84). In einer großen registergestützten Kohortenstudie konnte Fazel (23) 2014 24.297 Personen identifizierten, welche die Diagnose einer Schizophrenie hatten. Bei Patienten mit einer Schizophrenie wurden 10,7 % der Männer und 2,7 % der Frauen innerhalb von 5 Jahren nach der Erstdiagnose wegen eines Gewaltdeliktes verurteilt. Drei Risikofaktoren (Drogenabhängigkeit, Gewaltverbrechen in der Vorgeschichte und Selbstverletzungen in der Anamnese) steigerten das Risiko für einen negativen Verlauf.

Für die Hamburger Stichprobe konnten für die Zeit vor der aktuellen Unterbringung im Maßregelvollzug festgestellt werden, dass die Hälfte der Patienten keinen Eintrag im Bundeszentralregister hatte. Bei den Patienten mit Auffälligkeiten im BZR reichte die Spanne der Einträge von einem bis zu drei Eintragungen, vereinzelt waren bis zu 45 Eintragungen im

BZR zu verzeichnen. Ein relativ großer Anteil der in Hamburg gemäß § 63 StGB Untergebrachten war bereits vor der aktuellen Unterbringung mit zum Teil schweren Straftaten aufgefallen. Darunter fanden sich Fälle mit Tötungsdelikten, Körperverletzungsdelikten und vor allem Eigentumsdelinquenz mit und ohne Gewalt. Kutscher (43) stellte in seiner Untersuchung 2009 fest, dass mehr als 50 % der vorbestraften und später in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Patienten schon vor dem 21. Lebensjahr straffällig geworden waren. Immerhin ein Drittel der untersuchten Patienten in Hamburg hatten bereits Erfahrungen mit Haftaufenthalten und 27,4 % ihre erste Straftat in einem Alter von unter 20 Jahren begangen. Insofern bildete sich das in vorherigen Erhebungen zur Darstellung kommende spezielle Risikoprofil bei später im Maßregelvollzug Untergebrachten (früher Beginn mit Straftaten, im Verlauf auch schwerwiegende Gewalthandlungen) und der Anteil der als besonders problematisch (therapeutisch schwerer zu erreichen, ungünstigere Legalprognose) geltenden Untergruppe auch in der vorgelegten Untersuchung in etwa gleichen Größenordnungen ab.

Im Gegensatz dazu zeigte sich bei einer Gesamterhebung (52) aller im Maßregelvollzug Hamburg vom 1.1.1995 bis 31.12.2001 untergebrachten Patienten, dass psychisch erkrankte Frauen früher einer Behandlung zugeführt worden waren, eine geringere Parallelstrafe erhalten hatten und weniger Vorstrafen aufwiesen. Zudem wurde die Unterbringung häufiger von vornherein zur Bewährung ausgesetzt (§ 67 b StGB: 20 % gegenüber 5 % bei Männern). Eine ähnliche Verteilung fand sich auch bei den entlassenen Frauen in der aktuellen Untersuchung, die mehr mit Körperverletzungsdelikten und Eigentumsdelinquenz ohne Gewalt und zu einem geringeren Anteil mit Tötungsdelikten aufgefallen waren. Ein Fazit könnte unter anderem lauten, dass im Maßregelvollzug untergebrachte psychisch gestörte Straftäterinnen in stärkerem Maße krank und weniger kriminell sind.

Deliktspektrum, psychische Störung und Risiko für Gewalt

Das Deliktspektrum der gesamten Gruppe der entlassenen Patienten in Hamburg umfasste angelehnt an Leygraf (48) vor allem Delikte gegen Leib und Leben (Tötungsdelikte, Körperverletzungsdelikte), Eigentumsdelikte mit Gewalt und ohne Gewalt sowie Brandstiftungen. Sexualstraftaten waren in der Stichprobe eher selten vertreten. Hinsichtlich der Delikte, die zur Einweisung geführt haben, konnte Seliger (84) eine Verlagerung von Raub-, Tötungs- und Vergewaltigungs-Delikten hin zu Körperverletzungsdelikten (hier Anstieg von 33 auf 66 %) finden. In einer Auswertung aus 2013 von Traub (88) über die juristischen Zuweisungen gemäß § 63 StGB in den Maßregelvollzug von Baden-Württemberg zwischen 1995 und 2009 (N=1707) hatte ebenfalls der Anteil an

Körperverletzungsdelikten zugenommen und machte Zweidrittel der gesteigerten Zuweisungsrate aus. Gleichzeitig kam es insgesamt zu einer Abnahme von Einweisungen wegen Sexualdelikten und versuchten sowie vollendeten Tötungsdelikten (allerdings waren immer noch ca. 15 % der Untergebrachten wegen eines Tötungsdelikten im Maßregelvollzug untergebracht, im Gegensatz von „nur“ 5 % Anteil an Tötungsdelikten in der Strafhaft). In Hamburg war unter den ab dem Jahr 2000 Entlassenen bei über 34 % ein Tötungsdelikt als ursprünglicher Unterbringungsanlass zu finden. In den 1980er und 1990er Jahren überwogen in Hamburg (64) schwere und schwerste Entgleisungen als Anlasstaten (vollendete und versuchte Tötungsdelikte, schwerste Körperverletzungen, Sexualstraftaten und schwere Brandstiftungen). In den vergangenen zweieinhalb Jahrzehnten ist auch in hier der Anstieg der Unterbringungszahlen mit einer im Bereich § 63 StGB zu verzeichnenden vermehrten Zuweisung von psychisch ernsthaft gestörten Patienten mit vor allem mittelschweren Straftaten (Körperverletzung, Brandstiftung, sonstige Gewaltdelikte) zu erklären.

Bei den aktuell untersuchten Patienten, die nach einer vollstreckten Unterbringung gemäß § 67 d StGB entlassen wurden, fanden sich als Anlassdelikte gehäuft Tötungsdelikte, alle sexuell motivierten Straftaten, aber relativ gesehen weniger Eigentumsdelikte mit Gewalt und Körperverletzungsdelikte. Patienten mit einer Anordnung gemäß § 67 b StGB hatten mehr Körperverletzungsdelikte und Eigentumsdelikte mit Gewalt und weniger Tötungsdelikte begangen. Dagegen waren Sexualstraftaten und Brandstiftungen in dieser Teilgruppe nicht unter den Unterbringungsgründen zu finden. Die verurteilenden Gerichte machten von der Möglichkeit einer bewährungsweisen Aussetzung einer Anordnung der Unterbringung gemäß § 63 StGB offensichtlich bei schweren Anlasstaten (insbesondere bei Tötungsdelikten und Sexualstraftaten) weniger Gebrauch. Bei einer Untersuchung von Konrad (41) über Untergebrachte, bei denen zwar eine Aussetzung der Unterbringung angeordnet, dann aber widerrufen wurde, überwogen zum einen Personen mit psychotischen Erkrankungen und zum anderen waren Tötungs- und / oder Sexualdelikte (als Anlassdelikte) bei diesen nicht zu finden.

Dass eine fortbestehende Gefährlichkeit insbesondere schizophrener Patienten mit bestimmten Risikomerkmale, insbesondere im Hinblick auf schwere Gewaltstraftaten nicht unterschätzt werden sollte, konnte durch verschiedene Untersuchungen in der Vergangenheit gut belegt werden. In Hessen wurde bei zwischen 1992 und 1996 wegen eines Tötungsdeliktes verurteilten Personen (N=290) eine Odds-Ratio mit einem 16,6-fach erhöhtem Risiko bei schizophrenen Straftätern gegenüber der Normalbevölkerung festgestellt. Für die BRD mit zwischen 1955-1964 insgesamt 3367 wegen eines

Tötungsdelikt verurteilten Personen, ergab sich eine ähnliche Odds-Ratio mit einem 12,7-fach erhöhten Risiko für die an einer Schizophrenie Erkrankten (22). Schanda (70) konnte 2006 zudem bestätigen, dass auch unter Berücksichtigung von soziodemographischen Merkmalen und komorbidem Substanzmissbrauch zwischen schizophrenen Psychosen und Gewaltkriminalität ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht.

Diese Gefahr kann sich auch schon im Rahmen von Lockerungen, weitergehenden Erprobungen und auch bei Entweichungen während einer Behandlung im Maßregelvollzug realisieren. Freese (27) veröffentlichte 1995 Zahlen aus dem hessischen Maßregelvollzug über 11 gravierende Delikte im Zeitraum 1985 bis 1991, die sich während einer Beurlaubung auf dem Klinikgelände oder im Rahmen von Entweichungen ereignet hatten. Mahler (51) stellte 2000 bei allen Entweichungen aus dem Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie (WZFP) in Lippstadt-Eickelborn für einen ähnlichen Beobachtungszeitraum 22 Straftaten (bei 11,6 % aller Entweichungen) mit 12 einschlägigen Taten fest. Hochgerechnet auf fünf Jahre wurden 99.515 Lockerungen bei Patienten mit Tötungs-, Sexual- oder anderen Gewaltdelikten vorgenommen. Bezieht man die dokumentierten Entweichungen auf die Zahl aller Lockerungen kommt man auf 0,2 % Entweichungen und 0,02 % erneute Delikte bei Entweichungen. Viele der Prognosen für zeitlich befristete Erprobungen wurden somit mit Sorgfalt getroffen und fielen zutreffend aus, auch wenn man z.B. eine weitere Erhebung aus Hessen betrachtet (50), wo es bei 993 Beurlaubungen zwischen 1982 und 1983 nur in 6 Fällen zu Unregelmäßigkeiten (Einbruch, Sachbeschädigung, 2 x Alkoholkonsum, 2 x verspätete Rückkehr) kam.

Rückfälligkeit von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten

Im Hamburger Kollektiv wurden bei insgesamt 49 Patienten (67,1%) innerhalb des Beurteilungszeitraums keine weiteren Einträge im Bundeszentralregisterauszug (BZR) festgestellt. In 32,9 % fanden sich Einträge im BZR (n=24). Die Rückfallzahlen für schwere Gewalttaten waren bei den langen Katamnesezeiten (im Mittel über 10 Jahre) erfreulich niedrig. In 15,1 % der Fälle (n=11) fanden sich Einträge gemäß dem R1-Kriterium (jeglicher Eintrag im BZR), in 9,6 % (n=7) gemäß dem R2-Kriterium (Rückfälligkeit mit Verurteilung zu einer Haftstrafe, Widerruf oder erneuter Unterbringung) und in 8,2 % der Fälle (n=6) gemäß dem R3-Kriterium (einschlägige Rückfälligkeit) mit Verurteilungen zu einer Haftstrafe respektive zu einer Unterbringung in der Maßregel. Bei einer länger zurückliegenden Untersuchung aus Hamburg hatte Prior (64) bei 68 zwischen dem 1.1.1980 und 1.1.1990 aus dem Hamburger Maßregelvollzug entlassenen Patienten (gemäß § 63 StGB

untergebracht) festgestellt, dass es in 14,7 % zu einschlägigen (im Sinne des R3-Kriteriums) oder schweren Straftaten (im Sinne des R2-Kriteriums) gekommen war. Es waren also strafrechtlich relevante Ereignisse in einer ähnlichen Größenordnung zu verzeichnen. Der Katamnesezeitraum war allerdings deutlich kürzer und umfasste im Durchschnitt nur 5 Jahre und 6 Monate.

Einige weitere ebenfalls schon ältere Untersuchungen ergaben unterschiedliche Rückfallzahlen. In der Untersuchung von Ritzel (67) (durchschnittlicher Katamnesezeitraum 9,5 Jahre) über ein großes Kollektiv (n=443) von in Niedersachsen (zwischen 1956 und 1974) entlassenen Patienten wurden 47,2 % mit einer neuen Straftat (mindestens R1-Kriterium) auffällig und immerhin 30,2 % der ehemaligen Patienten wurden wieder im Maßregelvollzug aufgenommen. Ebenfalls aus Niedersachsen stammt eine Untersuchung von Jacobsen (34), der bei 135 ehemals Untergebrachten eine Rückfallquote von nur 7,6 % ermittelte, wobei jedoch 41,8 % der Entlassenen während der Führungsaufsicht in einer beschützten Einrichtung lebten. Bischoff (5) konnte in einer großen Stichprobe von aus der Forensischen Klinik in München-Haar zwischen dem 1.1.1962 und 31.12.1981 entlassenen Patienten (n=520) eine Rückfallquote von 26,5 % finden. In der Arbeit von Leygraf (48) aus dem Jahr 1988, in der unter anderem Akten von 83,5 % aller zwischen 1984 und 1986 im Maßregelvollzug der alten Bundesländer untergebrachten § 63 StGB-Patienten (n=1.973) ausgewertet wurden, zeigte sich, dass 17,2 % der Patienten nach einer Entlassung erneut im Maßregelvollzug untergebracht waren (davon 13,1 % nach einem Widerruf der zur Bewährung ausgesetzten Unterbringung und 4,1 % auf der Grundlage einer erneuten Unterbringung wegen einer Straftat nach Ablauf der Bewährungszeit).

In den 1990er Jahren dazu veröffentlichten Untersuchungen pendelten sich die Zahlen für einschlägige und schwere Rückfallkriminalität in einem Bereich von 10-20 % ein. Bei einer von Seifert und Leygraf im Jahr 1994 durchgeführten Querschnitterhebung (74) aller in Nordrhein-Westfalen nach § 63 StGB Untergebrachten (n=556) zeigte sich, dass 17,2 % mindestens ein zweites Mal untergebracht waren. Widerrufgrund war in 6 von 7 Fällen eine erneute Delinquenz. 1994 veröffentlichte Gretenkord (29) aus Hessen Zahlen zur Rückfälligkeit von zwischen 1977 und 1985 aus der Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassenen Patienten (n=196). Zu einem erneuten Freiheitsentzug (Freiheitsstrafe, Widerruf oder erneute Anordnung einer Maßregel) kam es in 19 % der Fälle, in 11,2 % wegen einer Rückfälligkeit mit einem Gewaltdelikt. Bei Patienten, die zwischen 1970 und 1995 in Niedersachsen (Göttingen) von einer offenen Station entlassen worden waren, konnte Heinz (32) bei einer Katamnesezeit von 2-5 Jahren im Mittel 20 % Rückfälle feststellen. Für zwei Gerichtsbezirke in Nordrhein-Westfalen (Bochum und Paderborn) wurden von Dimek (14,

15) zwischen 1983 und 1993 entlassene § 63 StGB-Patienten mit einer Katamnesezeit von 4-11 Jahren nachuntersucht. 21 % waren in einer ersten Stichprobe (n=126) rückfällig geworden, immerhin 15,8 % mit einschlägigen Rückfalltaten. In einer Folgeuntersuchung mit Erweiterung der Stichprobe auf n=217 kam es in 17,5 % zu deliktischen Rückfällen.

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden vergleichsweise nur noch einige wenige Studien veröffentlicht. Trotz kontinuierlicher struktureller und konzeptioneller Fortentwicklung des bundesdeutschen Maßregelvollzugs mit evidenzbasierten Techniken in Risikobeurteilung und Risikomanagement, klaren Strukturen und Grundregeln, einer zunehmenden ambulanten forensischen Nachsorge und angemessener personeller und fachlicher Ausstattung konnte der Anteil der schweren Rückfallkriminalität bei gescheiterten Wiedereingliederungen nicht auf deutlich unter 10 % gesenkt werden. Jokusch und Keller publizierten 2001 (38) Daten über alle zwischen 1978 und 1993 (n=169) entlassenen Patienten aus einer § 63-StGB-Einrichtung in Baden-Württemberg (Weissenau). Die Katamnesedauer umfasste fünf Jahre bei im Ergebnis 10 % speziell aggressiver Rückfalldelikte (R3-Kriterium). Wenn man nur die Einschlägigkeit betrachtete, stieg diese Quote auf 14 % (Rückfälligkeit bei sexuellem Missbrauch und Körperverletzungsdelikten). Seifert veröffentlichte zwischen 2003 und 2013 (76, 77, 80, 81) wiederholt Daten über aus 23 forensischen Kliniken entlassene Patienten (Multicenter-Prognosestudie). Bei n=255 Patienten (im Durchschnitt 3,9 Jahre Nachbeobachtungszeitraum) zeigten sich in einer ersten Erhebung bei 7,5 % eine einschlägige Rückfallkriminalität (R3-Kriterium) mit Gewalt- und Sexualdelikten. Im weiteren Verlauf konnten sämtliche Datensätze (n=321) mit einer längeren Katamnesezeit von 7,5 Jahre analysiert werden und die Anzahl der gescheiterten Wiedereingliederungen mit einschlägigen Gewalt- und Sexualdelikten (R3-Kriterium) stieg auf 10,3 %. In der Nachuntersuchung von Schmidt-Quernheim (71) war 2011 bei 9,6% der entlassenen Patienten von einem Scheitern der Rehabilitation im engeren Sinne auszugehen.

In der bundesweiten Rückfalluntersuchung von Jehle (36) aus dem Jahr 2013 wurde unter anderem die Klientel der Führungsaufsicht beleuchtet, was somit auch die Gruppe der Maßregelpatienten betraf (für gemäß § 63 StGB angeordnete Unterbringungen ergab sich daraus eine Stichprobe von n=1132). Im Ergebnis wurden innerhalb von sechs Jahren 9 % der schuldunfähigen (§ 20 StGB: n=776) gemäß § 63 StGB Untergebrachten mit einer neuen Straftat registriert; davon wurden nur 0,5 % erneut zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt. Bei den gemäß § 21 StGB nur vermindert schulfähigen und nach § 63 StGB Untergebrachten (n=358) fielen 23 % mit einer neu registrierten Straftat auf; davon kehrten 6,8 % in den Vollzug zurück.

In der aktuellen Nachuntersuchung über Entlassungen aus dem Maßregelvollzug (§ 63 StGB) in der Metropolregion Hamburg wichen die Zahlen für einschlägige und schwere Rückfälle nicht von den zuletzt für andere Bundesländer ermittelten Größenordnungen ab. Bei einem längeren Nachbeobachtungszeitraum mit einem Mittelwert von 10 Jahren und 8 Monaten stellt sich das Ergebnis von 8,2 % einschlägiger Rückfälle vor dem Hintergrund einer spätestens nach sieben bis neun Jahren beendigten Führungsaufsicht als günstig dar. Zum einen sind per se auch nach langen rückfallfreien Zeiträumen immer noch vereinzelt Straftaten zu erwarten, zum anderen erhöht sich das Risiko für einschlägige Fehlhandlungen aufgrund der mit Auslaufen der gerichtlichen Weisungen eintretenden Reduzierung der Nachsorge- und Kontrollmaßnahmen. So waren auch in Hamburg bei immerhin 6 Patienten neue Eintragungen im BZR nach Ende/Erledigung der Führungsaufsicht zu verzeichnen.

In der aktuellen Hamburger Stichprobe kam es zu 50 % der neuerlichen BZR-Eintragungen in den ersten zwei Jahren (spätestens innerhalb von 23 Monaten) nach Entlassung. Bei über einem Drittel der Fälle bereits nach 13 Monaten. Bei den gemäß § 67 b StGB zur Bewährung ausgesetzten Unterbringungen traten sogar über $\frac{3}{4}$ der Rückfälle schon innerhalb der ersten zwei Jahre auf. Die Ergebnisse bestätigen Befunde aus anderen Untersuchungen, bei denen sich ebenfalls eine erste Häufung von Auffälligkeiten in der Zeitspanne zwischen dem ersten halben Jahr und 18 Monaten nach der Entlassung (71) fand. Bei Jehle (36) zeigte sich, dass die meisten Rückfälle in den ersten 1-2 Jahren registriert werden, und bei Lee (46), dass über ein Fünftel der Rückfalltaten im ersten Jahr nach Entlassung verübt wurden. Schließlich konnte auch Seifert in seinen dazu veröffentlichten Zahlen dokumentieren, dass sich sogar über $\frac{3}{4}$ der Rückfälle in den ersten zwei Jahren nach der Entlassung ereigneten (76, 77, 80, 81). Auf der anderen Seite kann festgehalten werden, dass je länger der rückfallfreie Zeitraum andauert, desto geringer ist das Rückfallrisiko insgesamt.

Die wichtigen kriminologischen Ausgangsdaten standen auch bei der hier untersuchten Stichprobe in einem eindeutigen Zusammenhang mit der späteren Legalbewährung. Patienten, die bereits im Alter unter 20 Jahren erstmals straffällig geworden waren, hatten nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug signifikant häufiger Einträge im Bundeszentralregister. Dies war bei denen, die ihre erste Straftat zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr bzw. im Alter über 40 Jahre verübt hatten, seltener der Fall.

Haftaufenthalte in der Vorgeschichte wirkten sich negativ auf die strafrechtliche Rückfälligkeit (Legalprognose) aus. Bei mehrfachen Voraufenthalten in der Haft waren überdurchschnittlich häufiger Einträge im BZR zu verzeichnen. Es konnten Zahlen für Rückfälligkeit reproduziert werden, die mit vorherigen Untersuchungen vergleichbar sind. Bei Seifert (76, 77, 80, 81)

waren ebenfalls Patienten mit Vordelinquenz und Hafterfahrung signifikant häufiger rückfällig. In der Rückfalluntersuchung von Jehle (36) konnte bestätigt werden, dass mit zunehmender Anzahl an Voreintragungen die Wahrscheinlichkeit für erneute Eintragungen steigt, eine ähnliche Beziehung zeigte sich für die Schwere der Voreintragung und spätere Folgeentscheidungen („stark belastete Wiederholungstäter“). Weiterhin konnte festgestellt werden, dass wiederholt Inhaftierte nach 3 Jahren zu 37 % wieder inhaftiert wurden, nach 6 Jahren weitere 8 % (gleich insgesamt 45 %). Schließlich konnte schon Dahle (10) zeigen, dass Straffälligkeit als Jugendlicher mit Freiheitsentzug, Gewalttaten in der Vorgeschichte und polytroper Delinquenz mit einer erheblichen Rückfallbelastung einhergeht. Betroffene mit dieser Risikokonstellation wurden in 85-87 % wieder verurteilt, in 75-81 % zu einer Freiheitstrafe. Auch in Hamburg konnte festgestellt werden, dass die Risikogruppe mit Hafterfahrungen häufiger mit schweren oder einschlägigen Straftaten rückfällig wurde und die gerichtlichen Sanktionen in der Folge stärker ausfielen (Freiheitsstrafe, Widerruf oder erneute Anordnung einer Maßregel).

Im Hinblick auf die gerichtlichen Reaktionen/Sanktionen auf ein Rückfallereignis für die gesamte Stichprobe ergab sich, dass in 12 Fällen eine Freiheitsentziehung angeordnet wurde (Widerruf oder erneute Unterbringung) und somit 16,4 % der entlassenen Patienten wieder in den Maßregelvollzug zurückkehren mussten. Zur Hälfte kam es dabei zu einem Widerruf der bewährungsweisen Aussetzung, da die betroffenen Patienten unter anderem nicht mehr mit den zuständigen Therapeuten oder Bewährungshelfern kooperiert, ihre medikamentöse Behandlung vernachlässigt und/oder psychotrope Substanzen konsumiert hatten. Auch in anderen Rückfalluntersuchungen konnte gezeigt werden, dass nicht immer allein eine begangene Straftat zu einem Widerruf, sondern ca. in der Hälfte der Fälle Weisungsverstöße, Weisungsverstöße mit einer neuen Straftat (14, 15) oder krankheitstypische Auffälligkeiten mit der damit in Zusammenhang stehenden potentiellen Gefährdung der Allgemeinheit (38) zu einem Widerruf geführt hatten.

Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass eine suffiziente Nachsorge, bei der alle beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflorgeteams, Sozialpädagogen, Bewährungshelfer, Gerichte, Mitarbeiter der komplementären Einrichtungen) kommunikativ gut vernetzt miteinander kooperieren, problematische Entwicklungen rechtzeitig erkennen und darauf angemessen reagieren sollte. So könnte ein gewichtiger Anteil an Widerrufen möglicherweise vermieden werden. Durch die Implementierung der Forensischen Nachsorgeambulanz in der Metropolregion Hamburg im Jahr 2004 wurde die Verbesserung der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen in der Nachsorge initiiert und erfolgreich umgesetzt.

Im Übrigen ergibt ein kurzer Vergleich mit den Niederlanden, dass dort ähnliche Ergebnisse wie in Deutschland und speziell in Hamburg erzielt werden. Eine Rückfalluntersuchung von Leuw (47) aus dem niederländischen Maßregelvollzug (TBS) über einen Katamnesezeitraum von 3 bis 8 Jahre ergab bei Sexualstraftätern in 14 % und bei Gewaltstraftätern in 8 % eine einschlägige Rückfälligkeit (R3-Kriterium). Ähnliche Ergebnisse zeigte eine weitere Untersuchung aus den Niederlanden von Philipse (60), der zwischen 1996 und 1998 entlassene Patienten nachuntersuchte. Diese Stichprobe war nach Diagnosegruppen und Einweisungsdelikten mit dem deutschen Maßregelvollzug gut vergleichbar. Es fanden sich bei einer time at risk von im Schnitt 6,2 Jahren in 8,4 % einschlägige Gewalt- und Sexualdelikte.

Wenn man die Ergebnisse in Hamburg auf die Dimension der psychischen Störung abbildete, zeigte sich, dass Patienten aus dem F20-Spektrum ohne komorbide Substanzproblematik ähnlich wie in die Gesamtstichprobe in etwas mehr als 30 % der Fälle mit einem neuen Eintrag im BZR aufgefallen waren. Bei den Patienten mit einer schizophrenen Psychose und Suchterkrankung zeigte sich eine höhere Rückfallquote (45,8%), besonders auffällig war die Gruppe der Patienten mit einer schizo-affektiven Störung und gleichzeitigem Substanzkonsum. Hier fielen 5 von 6 Patienten mit einem neuen Eintrag im Bundeszentralregister auf (83,3 %). Ein Drogen- und Alkoholkonsum war auch in der Arbeit von Erb (22) ein signifikanter Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten. Kröber (42) untersuchte die Rückfälligkeit von Gewaltstraftätern, bei der das Vorhandensein von Substanzmissbrauch, eine Belastung mit Vorstrafen und diskrete neurologische Zeichen am besten zwischen Rückfälligen und Nicht-Rückfälligen unterscheiden konnten. Auch in der bereits erwähnten Untersuchung von Schmidt-Quernheim (71) führte in der Gruppe mit relevanten Auffälligkeiten in der Nachsorge vor allem ein Substanzmissbrauch zu Wiederaufnahmen ($p < 0,01$) und erwies sich im poststationären Verlauf als hochsignifikanter Risikofaktor. Dazu kann weiter festgehalten werden, dass die sowieso eher seltenere schwere Rückfälligkeit (mindestens R2-Kriterium) bei den schizo-affektiven Patienten mit Suchtproblemen relativ gesehen häufiger anzutreffen war. Es zeigte sich im Hamburger Kollektiv, dass ein Substanzkonsum und die mit einer schizo-affektiven Erkrankung häufig verbundenen Verhaltensauffälligkeiten (gesteigerter Antrieb, Stimmungsschwankungen, Impulsivität, rasche Erregbarkeit, soziale Irritierbarkeit und Beeinflussbarkeit) besonders kriminogen zu sein scheinen und im Fokus kriminaltherapeutischer Interventionen stehen sollten.

Geht man von dem zur Unterbringung führenden Anlassdelikt aus, waren entlassene Patienten, bei denen ein Körperverletzungsdelikt zur Anordnung gemäß § 63 StGB geführt hatte, besonders häufig mit einem erneuten Delikt und auch mit einer schweren Rückfalltat (mindestens gemäß R2-Kriterium) auffällig. Ähnliches gilt auch für Patienten mit dem Indexdelikt Eigentumsdelinquenz mit Gewalt und für Brandstifter. Patienten, die wegen eines Tötungsdeliktes untergebracht worden waren, sind letztlich nur selten wieder mit einer Rückfalltat, insbesondere nur in einem Fall mit einer schweren einschlägigen Tat in Erscheinung getreten. Insgesamt kam es in den Fällen mit Rückfalldelinquenz zu einer Verlagerung von schweren Delikten hin zu weniger schwerwiegenden Entgleisungen.

Dies konnte schon Ritzel (67) in seiner Untersuchung zeigen, und auch in der Nachuntersuchung von Schmidt-Quernheim (71) waren entlassene Patienten mit Körperverletzungs- und Eigentumsdelikten sowie Brandstiftungen als Anlassdelikt häufiger auffällig als z.B. ehemals Untergebrachte mit Tötungs- oder Sexualdelikten. Schließlich fielen in der Erhebung von Freese (28) ebenfalls die entlassenen Patienten im Falle eines Scheiterns im Vergleich zum Indexdelikt mit ausnahmslos weniger schwerwiegender Straffälligkeit (v.a. Eigentumsdelikte) auf. Auch in der Studie von Lee (46) nahmen doch stattgehabte Rückfalltaten in der Schwere ab, was insbesondere bei schizophrenen Patienten der Fall war. Für Vorbestrafte mit Diebstahl-, Raub- und Erpressungsdelikten stellte Jehle (36) dazu passend die höchsten allgemeinen Rückfallraten fest (72 bis 84 %). Zudem werden Täter mit Diebstahl-, Raub- und Erpressungsdelikten mit Prozentzahlen zwischen 32 und 46 % besonders häufig einschlägig rückfällig. Eine Erklärung dafür, dass es auch in Hamburg bei den festgestellten Rückfällen zu einer Verlagerung von schweren zu mittleren oder geringgradigen Taten gekommen ist, könnte sein, dass die im Rahmen der Nachsorge zur Anwendung gekommenen Maßnahmen (kontinuierliche Beziehung, medikamentöse Behandlung, Kontrolle von Medikation und Abstinenz von Alkohol und Drogen, Schaffung eines prosozialen Umfelds, Beschäftigung und Tagesstruktur) letztlich doch eine protektive Wirkung entfalten, und Art und Ausmaß strafrechtlich relevanter Fehlhandlungen begrenzen bzw. reduzieren.

Ein sicher auffälliger Befund hat sich in Hamburg bei den gemäß § 67 b StGB zur Bewährung ausgesetzten Unterbringungen gezeigt. Hier fanden sich im Beobachtungszeitraum insgesamt signifikant mehr neue Einträge im BZR. Die nach § 67 b StGB Entlassenen traten zudem deutlich häufiger mit einer einschlägigen Rückfalltat im Sinne des R3-Kriteriums in Erscheinung. Konrad (41) konnte 1991 dazu konstatieren, dass immerhin 13,9 % von 122 an einem Stichtag untergebrachten Patienten im Berliner Maßregelvollzug nach einem Widerruf einer zunächst ausgesprochenen Bewährung (gemäß

§ 67 b StGB) untergebracht waren. Dessecker (11, 12) verzeichnete bei den gemäß § 67 b StGB primär zur Bewährung ausgesetzten Fällen (allerdings bei gemäß § 64 und § 63 StGB Untergebrachten) in 30 % Widerrufe, was Nowara (57) 2001 in einer Gruppe untersuchter Sexualstraftäter bestätigen konnte (nach 3 Jahren 26,3 % einschlägige Rückfalltaten), wobei sich ein interessanter Nebebefund mit einem ungewöhnlich hohen Anteil an diagnostizierten psychotischen Erkrankungen zeigte. Schmidt-Quernheim (71) konnte dagegen bei einer kleinen Gruppe, bei denen die Nachsorge nicht an eine stationäre Behandlung im Maßregelvollzug anknüpfte, da in der Hauptverhandlung die Unterbringung gemäß § 67 b StGB primär zur Bewährung ausgesetzt wurde, eine Legalbewährung feststellen, die nahezu identisch mit der der Gruppe der Entlassenen nach einer vollstreckten Unterbringung war. In der Arbeit aus dem Jahr 1988 stellte Leygraf (48) bei der bundesweiten Erhebung über Patienten im Maßregelvollzug fest, dass nur ein vergleichsweise kleiner Anteil (1,9 %) nach einem Widerruf einer primär – gemäß § 67 b StGB - zur Bewährung ausgesetzten Unterbringung wieder in der forensischen Psychiatrie stationär behandelt wurde.

Die unterschiedlichen Rückfallzahlen für diese besondere Untergruppe hängen möglicherweise mit den verschiedenen Störungsbildern zusammen. Suchtkranke Straftäter (§ 64 StGB) und Sexualstraftäter konnten die mit der Bewährungsanordnung verbundenen Hoffnungen auf eine positive Legalbewährung offensichtlich weniger erfüllen als die große Gruppe der psychotisch Erkrankten in den Untersuchungen von Konrad, Schmidt-Quernheim und Leygraf. In Hamburg trifft diese Deutung eher nicht zu. Möglicherweise sind die überwiegend aus dem F20-Spektrum stammenden Patienten hier doch nicht genügend vorbehandelt (keine längere stationäre forensisch-psychiatrische Behandlung), zu instabil und schwerer erkrankt sowie nicht ausreichend compliant gewesen. Zu erwähnen ist zudem auch, dass die Patienten mit einer Anordnung gemäß § 67 b StGB im Bereich der strafrechtlichen Folgeentscheidungen ebenfalls deutlich schlechter abschnitten. Es kam signifikant häufiger zu einem Widerruf der bewährungsweisen Aussetzung der Unterbringung oder zur Anordnung einer erneuten Unterbringung gemäß § 63 StGB. Auch in der 2016 veröffentlichten Metastudie von Fazel (25) kam zur Darstellung, dass die mit Weisungen für nur eine ambulante Nachsorge betreuten psychisch kranken Straftäter in allen untersuchten Bereichen (vorzeitiger Tod, Suicid, stationäre Wiederaufnahmen und gewalttätige Rückfälligkeit) eindeutig schlechtere Ergebnisse als die Untersuchten der Vergleichsgruppen (u.a. allgemeinspsychiatrische Patienten, aus der Haft entlassene Straftäter) erzielten.

Die unterschiedlichen Ergebnisse im Hinblick auf die Rückfälligkeit zwischen den nach § 67 b und § 67 d StGB Entlassenen standen in Hamburg allerdings nicht mit einem Unterschied im Nachsorgekonzept in Zusammenhang. Beide Gruppen wurden zu gleichen Anteilen von

einem niedergelassenen Nervenarzt, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einer forensischen Nachsorgeambulanz weiterbetreut.

Verlauf Führungsaufsicht und Nachsorge

Für den Verlauf der Führungsaufsicht und der forensischen Nachsorge bei der untersuchten Stichprobe konnte festgestellt werden, dass zum Zeitpunkt des Beginns der ambulanten Behandlung nur vier Patienten nicht medikamentös behandelt waren. Zu etwa gleichen Teilen erhielten die Patienten oral Antipsychotika, Depotneuroleptika und das atypische Antipsychotikum Clozapin. Nur eine kleine Zahl der Patienten war auf einen sogenannten Stimmungsstabilisierer (Mood stabilizer) eingestellt.

Schmidt-Quernheim (71) evaluiert in seiner umfangreichen Arbeit 2011 die ambulante Nachsorge forensischer Patienten, die in den Jahren 2002 bis 2006 im Bundesland Nordrhein-Westfalen aus einer Unterbringung nach § 63 StGB zur Bewährung entlassen worden waren (n=225). Bei den entlassenen Patienten, die eine Zustimmung zur Auswertung mittels Fragebogen und Befragung der zuständigen forensischen Ambulanzen erteilt hatten, fanden sich bei 15 % Straftaten und/oder Verstöße gegen richterliche Weisungen. Insgesamt war bei 9,6 % dieser Gruppe von einem Scheitern der Rehabilitation (im engeren Sinne) auszugehen. Bei den „Nicht-Zustimmern“ fanden sich mit 27,2 % mehr strafrechtlich relevante Auffälligkeiten und freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne eines Scheiterns der Rehabilitation erfolgten hier in 16,4%.

Das Nachsorge-Setting wurde in Hamburg in etwas mehr als der Hälfte der Fälle durch einen niedergelassenen Nervenarzt und eine Institutsambulanz gewährleistet. Die Forensische Nachsorgeambulanz übernahm nach ihrer Implementierung im Jahr 2004 alle übrigen entlassenen Patienten, nur in zwei Fällen fand keine nachsorgende ärztliche Behandlung statt. Die Nachsorge in einer spezialisierten forensischen Nachsorgeambulanz ging im Hinblick auf die gesamte Stichprobe im Vergleich zur Psychiatrischen Institutsambulanz und zum ambulanten Nervenarzt mit der geringsten Anzahl an Eintragungen im BZR einher. Bei den in der forensischen Nachsorgeambulanz betreuten ehemaligen Patienten fand sich somit relativ gesehen die niedrigste Rückfallquote. Allerdings kann darauf hingewiesen werden, dass die prognostisch besonders problematische Gruppe mit Hafterfahrungen in der Vorgeschichte überwiegend bei einem niedergelassenen Nervenarzt und deutlich seltener in der forensischen Ambulanz behandelt wurde.

Für eine weitere günstige Kriminalprognose nach einer Unterbringung in der Maßregel oder nach einer primär zur Bewährung ausgesetzten Maßregel ist somit die Dauer und Art und

Weise der ambulanten Nachsorge von entscheidender Bedeutung. So machte Freese (28) 2003 deutlich, dass Kriminaltherapie die Besserung der psychischen Störung und des kriminellen Verhaltens beinhaltet. Dabei liege die Effizienz der Straftäterbehandlung im Mittel (stationäre Behandlung) bei 12 % Reduktion von Rückfällen, die erfolgreichsten Programme mit einer Reduktion der Rückfälle um 40 % waren allerdings ganz oder überwiegend ambulant angesiedelt. Wenn die Prinzipien der ambulanten forensischen Nachsorge beachtet werden, könne eine signifikante Verminderung zukünftiger Risiken erreicht werden. Dazu zählen laut Freese eine aufsuchende und aktiv nachgehende Arbeit. Die zuständigen Behandler bestimmen Dauer und Intensität der Nachsorge und es sollte keine Limitierung von außen geben. Die kriminogenen Bedürfnisse des Patienten stehen im Fokus und die Zielsetzung ist immer die Kontrolle von Störung (u.a. mit konsequenter und kontrollierter Medikation sowie gesicherter Abstinenz von Alkohol und psychotropen Substanzen) und neuerlicher Delinquenz. Eine enge Zusammenarbeit mit Justizorganen und Nachsorgenetzwerken mit einer bei Bedarf rasch umzusetzenden „forced-re-hospitalisation“ sollte selbstverständlich sein. Zahlen aus dem hessischen Maßregelvollzug dokumentierten, dass 60 % der Wiederaufnahmen ohne Betreuung einer forensischen Ambulanz waren. Von den 40 % der Entlassenen in forensisch orientierter Nachsorge waren nur 24 % mit einem neuerlichen Delikt zur Wiederaufnahme gekommen. Die Entlassenen ohne forensische Nachsorge traten immerhin in 80 % erneut mit Straftaten in Erscheinung ($p < 0,001$). Die in Hessen gemachten Erfahrungen stimmen somit fast genau mit den Verhältnissen in Hamburg überein, wo insbesondere bei den speziell forensisch nachbetreuten Patienten ähnlich gute Ergebnisse erzielt werden konnten. Die Zahlen zeigen, dass die forensische Nachsorge klar in der Gesellschaft und im gesetzlichen Kontext positioniert sein sollte. Freese weist dabei darauf hin, dass es immer um ein Doppelmandat von sozialer Kontrolle, Hilfe und gelegentlichen Zwang gehe, wobei ein gesetzlich auferlegter Zwang in der Regel niemandem schade, sondern vor allem die notwendige Behandlung fördere und sicherstelle.

Die Frage, ob Kriminaltherapie (eine Behandlung, die das Risiko in den Einstieg oder des Rückfalls in gefährliches Verhalten zu minimieren sucht) wirkt, beantwortete Lau (44) 2003 ebenfalls mit einem klaren „Ja“. Auch er hob die Balance zwischen Persönlichkeitsrechten, angemessener Behandlung und offizieller Kontrolle hervor, ermutigte aber auch dazu, keine Scheu vor dem Einsatz von Autorität zu zeigen. Die Patienten mit Problemen in der Nachsorge wiesen bereits in anamnestischer Hinsicht eine wesentlich stärkere psychosoziale und delinquente Vorbelastung auf (71). Auch während der Unterbringung zeigt diese Gruppe signifikant häufiger (vielfältig) regelwidriges Verhalten. 2014 fasste Schmidt-Quernheim (72) noch einmal positive poststationäre Prognosekriterien zusammen. Unter anderem nannte er eine gute Behandlungcompliance, Suchtmittelabstinenz, ein weitgehend stabiles psychisches Befinden, eine Arbeit bzw. regelmäßige Beschäftigung, ein sinnvolles

Freizeitverhalten, unproblematisches Finanzmanagement und stabile prosoziale Beziehungen (jedoch keine konfliktbeladende überfordernde Partnerbeziehung).

Während der Zeit der Führungsaufsicht wurden die Termine bei den Bewährungshelfern in der Regel von den entlassenen Patienten der hier nachuntersuchten Stichprobe befolgt. Mitteilungen z.B. durch die zuständigen Therapeuten an das zuständige Gericht (über Unregelmäßigkeiten bei der Medikamenteneinnahme, Suchtmittelkonsum oder Verschlechterungen des psychischen Zustandes) erfolgten dagegen durchaus häufiger. In einigen Fällen informierte der Bewährungshelfer die zuständige Strafvollstreckungskammer des Hamburger Landgerichts einmal, in vielen Fällen musste diese Art der Mitteilung mehrfach erfolgen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund nahm das Landgericht aktiv Kontakt einmal oder mehrfach mit dem entlassenen Patienten Kontakt auf. In der Folge wurden wiederholt gerichtliche Ermahnungen ausgesprochen, außerordentliche gerichtliche Anhörungen durchgeführt, was auch zu Änderungen und zudem zu wiederholten Anpassungen der gerichtlichen Weisungen führte. Wenn sich der weitere Verlauf in der Führungsaufsicht trotz der oben erwähnten Interventionen (Kontaktaufnahme durch das Gericht, außerordentliche Anhörung, Änderung von Weisungen) kritisch entwickelt hatte, wurde entweder ein Widerruf der bewährungsweisen Aussetzung der Unterbringung gemäß § 63 StGB angekündigt, im Weiteren dann zunächst ein Sicherungshaftbefehl ausgestellt, und nach der entsprechenden Gesetzesänderung (Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht aus dem Jahr 2007) in einigen Fällen statt eines unmittelbaren Widerrufs eine dann mögliche Krisenintervention gemäß § 67 h StGB angeordnet. Die erwähnte Gesetzesänderung sollte zwei Aspekte gleichermaßen berücksichtigen. Zum einen eine ökonomisch motivierte Ambulantisierung und zum anderen eine verfassungsrechtlich begründete Überleitung von stärker in weniger stark eingreifende Sicherungs- und Kontrollinstitutionen. Die Neuregelung enthält für die forensische Nachsorge wesentliche gesetzliche Vorgaben. Den § 67 h StGB mit der Möglichkeit einer befristeten Wiederinvolzugsetzung und deren Zweck als Krisenintervention (2 x 3 Monate) „wenn eine akute Verschlechterung des Zustandes oder ein Rückfall in ein Suchtverhalten eingetreten ist und die Maßnahme erforderlich ist, um einen Widerruf gemäß § 67 g StGB zu vermeiden...“ und den § 68 a StGB, mit dem die forensischen Ambulanzen eine gesetzliche Grundlage erhalten haben, in dem dort die Kommunikation untereinander sowie gegenüber Aufsichtsstellen und den zuständigen Gerichten geregelt wurde.

Mit der Gesetzesreform war die Hoffnung auf eine Verbesserung des Bewährungsverlaufs (weniger Rückfälle und Widerrufentscheidungen), eine Reduktion der Unterbringung gemäß § 63 StGB durch mehr „Mut“, Unterbringungen primär zur Bewährung auszusetzen (§ 67 b

StGB), und auf frühere Aussetzungen zur Bewährung (§ 67 d StGB) durch verbesserte ambulante Interventionsinstrumente verbunden worden. Das Instrument der Krisenintervention gemäß § 67 h StGB war in einer aktuellen Untersuchung aus dem Jahr 2015 von Steinböck (85) in nahezu 2/3 der Fälle erfolgreich (ein Widerruf konnte vermieden werden). Im Bereich der ehemals nach § 64 StGB Untergebrachten konnte aber in über der Hälfte der Fälle ein Widerruf nicht vermieden werden. Zudem zeigte sich, dass insgesamt sechs Monate nicht immer ausreichen, um eine erfolgsversprechende Neuorientierung zu schaffen.

Im Hinblick auf die zu untersuchende Legalbewährung ergaben sich höhere Prozentzahlen für Rückfallereignisse in den krisenhaften Fällen, bei denen das zuständige Gericht in Hamburg in Folge z.B. der Meldungen des Bewährungshelfers bzw. der ambulant tätigen Therapeuten eine außerplanmäßige Anhörung anberaumt hatte. Wenn dies der Fall war, konnte durch diese gerichtliche Intervention im Weiteren gerade nicht immer eine Rückfalltat verhindert werden. Vielmehr waren die Anhörungen eher schon ein Wetterleuchten für eine offensichtlich fortgeschrittene Labilisierung des Zustandsbildes und es kam in 6 von 7 dieser Fälle zu einer Eintragung wegen einer Rückfalltat, in einem Drittel der Fälle sogar zu schweren Rückfällen im Sinne des R2-Kriteriums.

Die Patienten wurden mit im Durchschnitt 5,4 gerichtlichen Weisungen entlassen. Die Anzahl der erteilten Weisungen reichte dabei von zwei bis maximal acht. Im Übrigen wurde nur selten von den Hamburger Gerichten ein Strafverfahren aufgrund eines anhaltenden Verstoßes gegen die gerichtlich ausgesprochenen Weisungen (gemäß § 145 a StGB) in die Wege geleitet. Die Einleitung für ein solches Verfahren erfolgt zudem nur auf Antrag der zuständigen Führungsaufsichtsstelle.

In Zweidrittel der Fälle konnte in Hamburg die Führungsaufsicht nach Ende der gerichtlich angeordneten Bewährungszeit für erledigt erklärt werden. In wenigen Fällen wurde die Führungsaufsicht zeitlich befristet oder vorübergehend sogar unbefristet verlängert. Bei immerhin 6 Patienten kam es zu Eintragungen im BZR nach Ende respektive Erledigung der Führungsaufsicht. Dass eine ausreichend lange ambulante Nachbehandlung erfolgreiche Ergebnisse erbringt, konnte Lee 2003 (46) an 154 ambulant betreuten ehemaligen Patienten der forensischen Psychiatrie zeigen. Diese wurden mindestens über 11 Jahre (von 11 bis 18 Jahren, im Mittel 15,5 Jahre) nach der Entlassung nachverfolgt. 25 % davon kamen direkt aus einer Gerichtsverhandlung in die ambulante Nachsorge (analog § 67 b StGB). In den verschiedenen Diagnosegruppen wurde ausgehend von der Anzahl der zuvor verübten Straftaten eine Reduktion von 67,6 bis 78 % erreicht. Eine im Vergleich zu anderen

Untersuchungen deutliche Verminderung von einschlägigen Rückfällen konnte bei Straftätern mit sexuellem Missbrauch erreicht werden (allgemeine Rückfälligkeit 36,3 %, einschlägig 20 %) Die nichtrückfälligen Patienten wurden im Gegensatz zu den Rückfälligen im Schnitt signifikant länger ambulant nachbetreut (921 Tage gegenüber 736 Tage). Nach der Beendigung der ambulanten Behandlung kam es zu einer längeren Zeit einer Rückfallfreiheit. Die meisten (ambulanten) Therapieprogramme wurden als erfolgreich angesehen, wenn sie mindestens 4 Jahre andauern.

Bei der Betrachtung der medikamentösen Behandlung in der Nachsorge der in Hamburg überwiegend schizophren Erkrankten waren bei den mit Clozapin psychopharmakologisch behandelten Patienten eine geringere Anzahl von Rückfalltaten zu verzeichnen. Die Patienten unter einer Behandlung mit konventionellen oral verabreichten Neuroleptika schnitten gleich gut ab, bei den Patienten mit einer Depotmedikation als Rückfallprophylaxe zeigten sich (eigentlich unerwartet) mehr Einträge im BZR. Wie dieser Befund einzuordnen ist, kann an verschiedenen anderen Untersuchungen abgelesen werden. Bei einer in Schweden durchgeführten Studie (87) an einer sehr großen Prävalenzkohorte, die eine Diagnose aus der ICD-10 Gruppe F20-25 erhielten, waren die Messpunkte Rehospitalisierungen und Therapieversagen (Therapieabbruch, Tod, Medikamentenwechsel). Im Rahmen einer intraindividuellen Kontrolle wurde die Expositionszeit mit Medikation verglichen mit der Nichtexpositionszeit. Es wurden in 43,7 % Rehospitalisierung und in 71,7 % Therapieversagen festgestellt, am niedrigsten waren die Quoten bei Depotpräparaten und Clozapin. Clozapin und Depotpräparate zeigten die höchste Wirksamkeit, bei Clozapin deckt sich das mit anderen Studien. Je früher der Einsatz von Depotmedikation erfolgte, desto höher war der Benefit. Zwei Untersuchungen aus 2014 und 2016 (40, 58) zeigten keinen Unterschied zwischen oral verabreichbaren Antipsychotika und Depotpräparaten, haben aber auch die schwierigen (nicht complianten Patienten), die am meisten von einer Depotmedikation profitieren könnten, ausgeschlossen. Eine weitere Erhebung (86) verglich ein antipsychotisches oral verabreichtes Atypikum und eine Depotmedikation miteinander. Die Depotbehandlung senkte die Rückfallrate für eine weitere Episode bei ersterkrankten Schizophrenen um 85 %. Dies wurde von den Autoren unter anderem damit erklärt, dass mit den Patienten häufiger ein professioneller Kontakt durch z.B. Blutentnahmen und Depotinjektionen stattfand.

Es ist darüber hinaus schon länger bekannt, dass speziell bei den an einer psychotischen Störung Erkrankten sowohl Antipsychotika als auch Stimmungsstabilisierer dazu beitragen können, gewalttätige Verbrechen zu reduzieren. Mit der Analyse von 82.000 mit einem der genannten Medikamente behandelten Patienten konnte Fazel (24) zeigen, dass

Verurteilungen wegen gewalttätiger Verbrechen während einer Behandlung mit Antipsychotika um 45% seltener waren als im Vergleichszeitraum (Hazard Ratio [HR]: 0,55). Beispielsweise betrug die Risikoreduktion für gewalttätige Straftaten, die eine Festnahme und Ermittlungen zur Folge hatten (unabhängig von der Verurteilung), für Clozapin 57% (HR: 0,43), für Antipsychotika 26% (HR 0,74) und für Stimmungsstabilisierer 13% (HR 0,87). Darüber hinaus war die Reduktion gewalttätiger Straftaten besonders stark ausgeprägt bei der Gabe höher dosierter Antipsychotika und bei der Verabreichung von Depot-Antipsychotika im Vergleich zur oralen Medikation. Also zeigte sich insgesamt eine Evidenz für die gute Wirksamkeit von Depotneuroleptika und für das Atypikum Clozapin. Diese beiden Therapieoptionen werden aber insbesondere eben gerade bei zum einen wenig complianten (schwierigeren) und schwer kränkeren (therapieresistenten) Patienten vorgehalten bzw. eingesetzt.

Mortalität bei Patienten des Maßregelvollzugs

Wie auch in der hier vorliegenden Untersuchung ist bei Patienten aus dem Maßregelvollzug trotz aller ärztlicher Bemühungen während der stationären Behandlung und auch nach der Entlassung im ambulanten Nachsorgerahmen allgemein eine erhöhte Mortalität festzustellen. Insgesamt sieben Patienten (9,5 %) sind während der Zeit der Führungsaufsicht verstorben, wobei in allen Fällen als Grund eine natürliche Todesursache angenommen wurde. Ritzel (67) berichtete 1978 von 13,5 % innerhalb des Maßregelvollzugs verstorbenen Patienten. Bischof (6) erhob in seiner Untersuchung aus dem Jahr 1987 bezogen auf das Gesamtkollektiv von 570 nachuntersuchten Patienten aus Bayern eine ähnlich hohe Mortalitätsrate mit insgesamt 69 Todesfälle (12,1 %), davon knapp 8 % nach der Entlassung. In der Nacherhebung von Dimek (14) über die Entlassungsjahrgänge von 1984 bis 1991 in zwei nordrhein-westfälischen Gerichtsbezirken (n=241) verstarben 12 Patienten innerhalb von zwei Jahren nach Entlassung. In einer Studie von Pollähne (63) über eine Ausgangspopulation von 126 ehemals gemäß § 63 StGB und 115 gemäß § 64 StGB untergebrachten Patienten verstarben während der Bewährungszeit 21 Patienten (12 Patienten = 8,7 % sogar vor Ablauf von 2 Jahren). In der von Lee (46) nachverfolgten Gruppe von 154 ambulant behandelten ehemaligen Patienten der forensischen Psychiatrie starben bereits 14 Nachbetreute (9,1 %) in einem Alter von durchschnittlich 52 Jahren. 2006 wurde bei insgesamt 602 Personen die Unterbringung gemäß § 63 StGB beendet (alle Bundesländer außer Hessen). Dessecker (13) berichtete 2008 dazu, dass 6 % dieser Gruppe (31 Männer und 4 Frauen) im Maßregelvollzug verstarben. Bei der Untersuchung von Schmidt-Quernheim (71) waren im Untersuchungszeitraum insgesamt 11 Verstorbene zu verzeichnen. Dass das Risiko eines frühzeitigen Todes vor allem Patienten mit einer

schizophrenen Psychose betrifft, berichtete Fazel (23) 2014 in der bereits oben erwähnten skandinavischen Registerstudie. 2,6 % der Männer und 1,5 % der Frauen mit einer Schizophrenie starben in Folge eines Suizides innerhalb der ersten fünf Jahre nach Diagnosestellung. 3,2 % der Männer und 2,0 % der Frauen mit einer Schizophrenie erlitten einen frühzeitigen Tod (Tod vor dem Alter von 56 Jahren) innerhalb der ersten fünf Jahre nach Diagnosestellung.

Es ist allerdings festzuhalten, dass die höhere Mortalität nicht ein spezielles Problem des Maßregelvollzugs ist. Die Sterblichkeitsraten der entlassenen forensischen Patienten ähneln den Raten schizophrener Erkrankter (23). Nicht die Umstände der forensischen Unterbringung, sondern die Folgen der Erkrankung steigern die Mortalität. Dazu sind ein ungesunder Lebensstil, ein Bewegungsmangel, Diätfehler und hohe Raten an Nikotin- und Substanzkonsum zu zählen. Nicht vernachlässigt werden dürfen auch die möglichen Nebenwirkungen der „Second Generation Antipsychotika“ - SGA (moderne Atypica) mit den bekannten Folgen einer Gewichtszunahme und Entwicklung eines Diabetes Typ II. Interventionen sollten deshalb vor allem auf Gewichtsreduktion, Anti-Rauch-Programme und einen umsichtigen Einsatz von Medikation zielen.

Rückfallstudien nach einer Entlassung aus der Strafhaft

Dass auch in der ambulanten Betreuung die Instrumente des Maßregelvollzugs besser greifen als die des Strafvollzugs konnte Sauter (68) 2014 beobachten. Bei einer Untersuchung über eine forensische Nachsorge von zwei Jahren Dauer wurde keiner der Entlassenen aus dem Maßregelvollzug im Vergleich zu einer ebenfalls ambulant nachbetreuten Straffentlassenenengruppe angezeigt. Dies wurde vor allem darauf zurückgeführt, dass in der Haft keine oder weniger vorbereitende Vorbehandlung (wie bei den im Maßregelvollzug Untergebrachten) durchgeführt wurde und eine risikoerhöhende Suchtproblematik zumeist erst außerhalb der Haft deutlich wurde.

Weitere Rückfallstudien nach einer Entlassung aus der Strafhaft zeigten im Vergleich zum Maßregelvollzug in den letzten zwei Jahrzehnten signifikant erhöhte Rückfallzahlen. Bei Berner (3) wurden in einer Untersuchung aus dem Jahr 1995 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassene Sexualdelinquenten zu 30 % spezifisch mit einem Sexualdelikt rückfällig und nur 37 % blieben straffrei. Auch hier wurden als typische Risikofaktoren für Rückfälligkeit unter anderem Substanzprobleme, Zwischenfälle bei Lockerungen (Arbeitsstellenverlust, Alkoholkonsum, deliktnahe Verhalten) und das Nichteinhalten von Therapieweisungen identifiziert.

Das für die Frage der Rückfälligkeit der Beginn des kriminellen Verhaltens, frühere Gewaltstraftaten und polytrope Delikte (mehr als eine Deliktart) eine entscheidende Rolle spielen, wurde bei der bereits erwähnten CRIME-Studie von Dahle (10) sichtbar, wo Rückfallraten für unterschiedliche Rückfallereignisse in Abhängigkeit von der strafrechtlichen Vorgeschichte an einer unselektierten Stichprobe (aus dem Jahr 1976) von 397 männlichen, erwachsenen, deutschsprachigen Strafgefangenen des Berliner Strafvollzuges untersucht wurden. Die Bundeszentralregisterauszüge wurden im Jahr 1997 angefordert. Es wurden im Ergebnis ausgesprochen hohe Rückfallzahlen festgestellt: Straffälligkeit als Jugendlicher mit Freiheitsentzug, Gewalttaten in der Vorgeschichte und polytroper Delinquenz gingen mit 85-87 % Wiederverurteilungen einher, in 75-81 % mit einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe.

Auch Egg (19) (Projekt Legalbewährung von Sexualstraftätern: Urteilsjahrgang 1987. Registerauszug von 1996 - fast 10 Jahre Beobachtungszeitraum /n=2212) und Elz (21) betonten, dass (speziell bei Straftätern mit Sexualdelikten) einschlägige Voreintragungen und junges Alter bei der ersten Tat mit höheren Rückfallzahlen einhergehen.

Dünkel (17) verfolgte den Verlauf einer Zufallsstichprobe (n=510) von Strafgefangenen, die im Zeitraum 1971 bis 1974 mindestens 1 Jahr inhaftiert waren und mindestens drei Vorstrafen hatten (vorbelastete „Extremgruppe“). In 65 % wurden aus dem Regelvollzug Entlassene in den ersten fünf Jahren zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt, aus der Sozialtherapeutischen Anstalt entlassene Strafgefangene zu 41,9 %. Der Unterschied zwischen Sozialtherapie und Regelvollzug blieb auch bei der Betrachtung unterschiedlicher Anlassdelikte gleich (personenbezogene Gewaltdelikte wie Körperverletzungs-, Tötungs- und Sexualdelikte - 41 % erneute Inhaftierungen nach Entlassung aus SothA und 59 % nach Regelvollzug). Im Verlauf schienen aktuelle Lebenssituation, Vollzugsverlauf und Entlassungsbedingungen eine größer werdende Rolle für die Legalbewährung zu spielen. Insbesondere positive Sozialkontakte nach Außen und positive Beurteilung des Therapie- und Behandlungsverlaufs korrelierten mit niedrigeren Wiederverurteilungsraten.

Zwei weitere Untersuchungen aus dem deutschen Strafvollzug erbrachten tendenziell ähnliche Ergebnisse. Rehn (66) führte 2001 eine Nachuntersuchung über 250 Gefangene durch, die zwischen 1984 und 1994 in der offenen, aber gesicherten sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg-Altengamme aufgenommen und wieder entlassen worden waren. Eine Gesamtrückfallquote nach zwei Jahren von 26,8 % und nach fünf Jahren von 48,2 % sowie eine Verurteilung zu erneutem Freiheitsentzug von 9,2 % respektive 15,2 % bestätigten die oben genannten Zahlen. Insgesamt trat wie in den meisten Untersuchungen die

Rückfälligkeit allerdings mit geringerer Tatschwere und entsprechend niedrigeren Verurteilungen zu Tage. Seitz (83) konnte 2001 in einer Stichprobe der Entlassungsjahrgänge von 1973 bis 1993 bei 161 Insassen aus dem niedersächsischen Strafvollzug nach 5 Jahren Beobachtung feststellen, dass die Entlassenen (n=89) aus den sozialtherapeutischen Anstalten (SothA) in 38,2 % ohne Verurteilung blieben. 21,3 % erhielten eine Freiheitsstrafe ohne Bewährung oder einen Bewährungswiderruf, 40,5 % eine Geldstrafe oder Freiheitsstrafe mit Bewährung. Letztlich befanden sich 78,7 % der Entlassenen noch in Freiheit. Strafgefangene aus dem Regelvollzug (n=72) verblieben nur in 16,7 % ohne Verurteilung. 48,6 % wurden zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt oder es kam zu einem Bewährungswiderruf, bei 34,7 % fand sich im Bundeszentralregisterauszug eine Verurteilung zu einer Geldstrafe oder Freiheitsstrafe mit Bewährung, so dass sich noch 51,4 % der Entlassenen nach fünf Jahren in Freiheit befanden. In der zweiten Hälfte der 10-jährigen Bewährung wurden fast ausnahmslos Geldstrafen und Freiheitsstrafen mit Bewährung verhängt.

Speziell zu sexuell motivierten Straftaten veröffentlichte Hanson 1998 und 2002 (30, 31) zwei große Metastudien, die zum einen auf die Rückfälligkeitsraten und zum anderen auf Effekte psychologischer Behandlung von Sexualstraftätern fokussierten. Im Durchschnitt war die Rezidivrate für einschlägige Rückfälligkeit (R3-Kriterium) gering. 13,4 % bei n=23.393, davon 18,9 % bei Vergewaltigern und 12,7 % bei sexuellem Kindesmissbrauch. Die durchschnittliche Katamnesedauer betrug 4-5 Jahre. Auch bei Hanson zeigte sich, dass die allgemeine Rückfälligkeit (R1-Kriterium) bei Kindesmissbrauchern mit 36,9 % und bei Vergewaltigern mit 46,2 % deutlich höher lag (im Übrigen am besten mit einem kriminellen Lebensstil in der Vergangenheit korrelierte). In einer Metaanalyse über 43 Studien zwischen 1969 und 2000 (n=9.454, davon 5078 unbehandelte und 4376 behandelte Sexualstraftäter) konnte eine Wirksamkeit psychologischer Behandlungsmethoden bei Sexualstraftätern belegt werden. Sexuelle Rückfälligkeit mit Sexualstraftaten (R3-Kriterium) trat in Behandlungsgruppen in 12,3 % auf, versus 16,8 % in Vergleichs- und Kontrollgruppen. Bezüglich allgemeiner Rückfälligkeit (R1-Kriterium) fanden sich ähnliche Verhältnisse bei aber höheren Rückfallzahlen (27,9 % versus 39,2 %). Neuere Behandlungsmethoden (verhaltenstherapeutisch-orientiert) korrelierten mit einer Senkung der Rückfälligkeit von 17,4 % auf 9,9 % (Sexualstraftaten) und von 51 % auf 32 % bei allgemeiner Rückfälligkeit.

Fazel (25) publizierte zuletzt 2016 Daten einer großen Metastudie zu Fragen der Wiederaufnahmen und der strafrechtlichen Rückfälligkeit von aus der forensischen Psychiatrie entlassenen Patienten und verglich diese mit den Daten von aus der Strafhft entlassenen Straftätern. Ausgewertet wurden insgesamt 35 Studien, die zwischen 1982 und

2013 publiziert worden waren. Die Studien schlossen insgesamt 12.056 Patienten (75 % männlich) mit einem Durchschnittsalter von 34,5 Jahre ein. Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus betrug im Durchschnitt 3 Jahre. Die durchschnittliche Follow-up Zeit bis zur Rückfälligkeit umfasste 1,5 bis 13,6 Jahre. Dabei wurden die Ergebnisse aus den 30 Untersuchungen zur Rückfälligkeit nicht in Prozentzahlen, sondern in sogenannten crude rates (rohe Ziffern - Zahl der Ereignisse bezogen auf die gelebten Personenjahre) abgebildet. Ein Vorteil dieser Art der Auswertung ist, dass man es bei strafrechtlich relevanter Rückfälligkeit insgesamt mit einem seltenen Ereignis über einen eher langen Beobachtungszeitraum zu tun hat. Crude reoffending rates (CRRs) zeigten Werte von 0 bis 24244 pro 100.000 Personenjahre. Der gepoolte Schätzer über alle Studien lag bei 4484 (mit sehr großer Heterogenität). Vergleichende Rückfallstudien (entlassene Strafgefangene, persönlichkeitsgestörte Täter, psychisch gestörte und psychisch kranke Straftäter) zeigten Raten von 4535 bis 36964 pro 100.000 Personenjahre. Die höchste Rate fand sich dabei unter den bewährungsweise entlassenen Straftätern. Gewalttätige Rückfälle traten mit einer crude rate von 273 bis 8403 pro 100.000 Personenjahre seltener auf. Der gepoolte Schätzer wurde hier mit 3902 (große Heterogenität) angegeben.

Auch wenn bei der Untersuchung von Rückfälligkeit Vergleiche zwischen verschiedenen Straftäter-Gruppen problematisch sind, waren die Rückfallraten bei forensischen Patienten für allgemeine Rückfälle und gewalttätige Rückfalltaten auch bei einem Vergleich mit Strafgefangenen mit schwerem Indexdelikt und längerer Zeitstrafe geringer ausgefallen (Effektstärken – rate ratios alle über 1: von 1,4 bis 7,7). In der Bilanz wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass es einige Belege für niedrigere Rückfallraten von entlassenen forensischen Patienten im Vergleich zu anderen Straftätergruppen gibt.

Die Evaluation von Straftäterprogrammen (54) hat gezeigt, dass signifikante Effekte in der Reduktion von Rückfallkriminalität erzielt werden konnten, wenn die Risk-, Need- und Responsivity-Kriterien berücksichtigt wurden. Ebenso konnte die Evaluation von forensischen ambulanten Nachsorgeprogrammen / Nachsorgeambulanzen belegen, dass sich mit einer nachgehenden, kontrollierenden und durchsetzungsfähigen (assertiven) Nachsorge erneute Gewalt- und Rückfallkriminalität bei psychisch kranken Straftätern verhindern lassen.

Andrews (2) wertete 374 Studien in einer Metaanalyse aus. Voraussetzungen für eine Berücksichtigung in seiner Untersuchung war, dass die Studien einen Follow-up Zeitraum einschlossen, Straftäter verglichen, die eine Behandlung erhalten hatten, mit denen ohne eine spezifische Behandlung, Rückfälligkeit mit Arrest, Wiederverurteilung, Widerruf einer

Bewährung oder einem Bewährungsversagen definierten, und eine effektive Einschätzung der Wirkeffekte von Behandlungen vornehmen konnten. In seiner Veröffentlichung aus dem Jahr 2006 konnte er zeigen, dass bei Hochrisiko-Probanden Effekte zwischen 0,22 und 0,26 erzielt wurden, wenn die kriminogenen Risikofaktoren adressiert wurden, soziales Lernen und verhaltenstherapeutische Techniken angewandt und generell die Need- und Responsivity-Kriterien berücksichtigt wurden. Auch Egg (20) kam 2001 zu dem Ergebnis, dass die Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen eine Effektstärke von im Mittel 0,123 erbracht habe.

V. Zusammenfassung der Ergebnisse

Hintergrund: Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (hier gemäß § 63 StGB) beabsichtigt präventiv die Verhinderung neuer Straftaten durch angemessene multimodale therapeutische Interventionen (positive Legalbewährung). Zentrale Fragestellungen dieser Arbeit waren, wie hoch die Rückfälligkeit nach einer Unterbringung im Maßregelvollzug in der Metropolregion Hamburg ist, wie schnell Rückfalltaten zu verzeichnen sind, wie Rückfälligkeit mit demographischen, medizinischen und kriminologischen Daten verknüpft ist, ob es Unterschiede zwischen den gemäß § 67 b StGB Entlassenen und den gemäß § 67 d StGB Entlassenen gibt und wie der Verlauf der Führungsaufsicht damit im Zusammenhang steht.

Methode: Die Untersuchung bezieht sich auf alle im Hamburger Maßregelvollzug untergebrachten Frauen und Männer (n=73), die im Erhebungszeitraum 2000 bis 2005 aus der Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassen wurden. Die strafrechtliche Rückfälligkeit wurde anhand von Bundeszentralregisterauszügen (BZR) ausgewertet. Der Katamnesezeitraum umfasste im Mittel 10 Jahre und 8 Monate Jahre Follow-up. Darüber hinaus wurden die Strafvollstreckungshefte und Bewährungshefte der nach der Entlassung zuständigen Landgerichte ausgewertet. Dabei waren insbesondere Eintragungen zum Verlauf der Führungsaufsicht (Mitwirkungsbereitschaft des ehemaligen Untergebrachten, Maßnahmen der Gerichte wie Ermahnungen oder Sicherungsverfahren) von Interesse.

Ergebnisse: 32,9 % der entlassenen Patienten hatten einen erneuten Eintrag im BZR. Die Rückfallzahlen für schwere Gewalttaten waren bei den langen Katamnesezeiten erfreulich niedrig: 15,1% allgemeine Rückfälligkeit, 9,6% schwere Rückfälle, 8,2% einschlägige Rückfälle. Eine Entlassung gemäß § 67 b StGB geht nach den vorliegenden Ergebnissen (gerechnet in der Cox-Regression mit einer statistischen Signifikanz von 0,004) mit einem höheren Rückfallrisiko als bei den gemäß § 67 d StGB entlassenen Untergebrachten (Beendigung der Maßregel erst nach einer vollstreckten Unterbringung) einher. Untergebrachte mit einer schizo-affektiven Störung und gleichzeitiger Suchtproblematik haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko für erneute BZR-Eintragungen. In den Fällen, in denen Untergebrachte mit einer schweren oder sogar einschlägigen Rückfalltat in Erscheinung getreten sind, wurde in den überwiegenden Fällen eine geringere Schwere der Straftat im Vergleich zur Anlasstat dokumentiert. Zudem ist mit einem erhöhten Risiko für erneute Straftaten zu rechnen, wenn nach einer Entlassung die zuständigen Therapeuten und Bewährungshelfer aufgrund einer eingeschränkten Mitwirkungsbereitschaft des Untergebrachten mit den Gerichten Kontakt aufnehmen und außerplanmäßige Anhörungen stattfinden müssen.

VI. Zusammenfassung

Es gilt als empirisch belegt (49, 80, 81), dass der Maßregelvollzug einer seiner gesetzlich vorgegebenen Aufgaben, nämlich die Öffentlichkeit vor gefährlichen psychisch kranken Rechtsbrechern zu schützen, durchaus erfüllt. Die Deliktrückfallquote forensischer Patienten liegt deutlich niedriger als nach einer Unterbringung in Justizvollzugsanstalten. Dieser Befund hat sich gleichfalls für Hamburg replizieren lassen. Der psychiatrische Maßregelvollzug liefert auch in einer Metropolregion mit einer Häufung problematischer und komplexer Störungsbilder die gewünschten Ergebnisse. Etwas weniger als ein Drittel der entlassenen Patienten hatten überhaupt einen neuen Eintrag im Bundeszentralregister. Die Rückfallzahlen für schwere Gewalttaten lagen bei langen Katamnesezeiten erfreulich niedrig (9,6 % für schwere Rückfalltaten, 8,2 % für einschlägige Rückfälle). Insgesamt kann festgestellt werden, dass bei Rückfälligkeit in den überwiegenden Fällen eine geringere Schwere der Straftaten im Vergleich zur Anlasstat dokumentiert wurde. Eine Entlassung gemäß § 67 b StGB (Unterbringung bei gleichzeitiger Aussetzung zur Bewährung) und das Vorliegen einer schizo-affektiven Störung mit einer zusätzlichen Suchtproblematik gehen mit einem erhöhten Rückfallrisiko einher. Eine strafrechtlich belastete Vorgeschichte ist passend zur bekannten Studienlage ein wichtiger kriminalprognostischer Faktor. Bei diesen Patienten fanden sich überzufällig häufiger Eintragungen im BZR, schwerere Rückfalltaten und als gerichtliche Reaktionen stärkere Sanktionen. Patienten, bei denen die Unterbringung gemäß § 67 b StGB zur Bewährung ausgesetzt wurde, sind in vielerlei Hinsicht eine besondere Risikogruppe. Sie treten häufiger, früher und mit schwereren Rückfalltaten in Erscheinung. Auch schneiden sie nach den Ergebnissen anderer dazu veröffentlichten Studiendaten in den Bereichen vorzeitiger Tod, Suicid und Rehospitalisierungen deutlich schlechter ab. Bei zukünftigen Entscheidungen der verurteilenden Gerichte sollten diese Aspekte mitberücksichtigt werden. In der forensischen ambulanten Nachsorge ist vor allem auf einen frühen Beginn von Straffälligkeit und Hafterfahrung, auf schizo-affektiv erkrankte Patienten mit Suchtproblemen, und auf die Gruppe der gemäß § 67 b StGB bewährungsweise entlassenen Patienten besonders zu achten. Bedeutsam ist es zudem, wenn in der Zeit der Führungsaufsicht außerplanmäßige Anhörungen stattfinden und die zuständigen Bewährungshelfer und/oder Therapeuten mit dem Gericht Kontakt aufnehmen (müssen). Dies sind zumeist erstzunehmende Hinweise auf eine zunehmende Destabilisierung (u.a. mit risikoträchtigen Verhaltensweisen wie unregelmäßige Medikamenteneinnahme, Konsum von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen, soziale Schwierigkeiten, Kontaktabbruch zu Bewährungshilfe und zuständigen Therapeuten) mit einem erhöhten Risiko für strafrechtlich relevantes Fehlverhalten.

Summary

It is considered empirically proven (49, 80, 81) that forensic hospital units fulfil one of their legally prescribed tasks, namely to protect the public from mentally ill offenders who are considered a risk. The recidivism rate for forensic patients is significantly lower than for offenders who serve jail sentences. This finding has also been corroborated for Hamburg. Psychiatric treatment even delivers the desired results in a metropolitan region with an accumulation of problematic and complex disorder patterns. Entries for slightly less than a third of the discharged patients were subsequently recorded in Germany's Central Criminal Register (BZR). The recidivism rate for severe acts of violence was gratifyingly low with long catamnesis periods (9.6% for serious recidivism cases, 8.2% for pertinent recidivism cases). Overall it can be stated that, for the most part, documented recidivism cases are less severe than the initial offences.

According to the available statistics, discharges in accordance with § 67 b of the German Criminal Code – treatment in a forensic hospital is suspended for an operational probationary period – in connection with schizoaffective disorders and addiction problems result in an elevated risk of criminal relapse.

A criminal history is an important criminal prognostic factor, as current studies also conclude. These patients featured more frequently in the Central Criminal Register, showed more serious recidivism and accordingly experienced harsher penalties.

In many respects, patients whose convictions were suspended in accordance with § 67 b of the German Criminal Code represent a special risk group. Their recidivism occurs more frequently and earlier and takes more serious forms. According to the results of other published study data, they also fare significantly worse when it comes to premature death, suicide and rehospitalization. These aspects should be factored into future decisions reached by the sentencing courts. In forensic outpatient aftercare, particular attention must be paid to the early onset of delinquency and renewed detention, to schizoaffective patients with addiction problems, and to the category of patients discharged in accordance with § 67b of the German Criminal Code. It is also of significance if unscheduled hearings are required during the period of supervision and if probation officers and/or therapists (need to) contact the court. These are often the first indications of growing destabilization (including risk-related behaviour such as compliance problems relating to medication, consumption of alcohol or other psychotropic substances, social difficulties, and the disruption of contacts with parole officers and designated therapists) that often triggers an increased risk of criminally relevant misconduct.

VII. Literaturverzeichnis:

- 1) Albrecht, Hans-Jörg (2013): Rückfallstatistiken im internationalen Vergleich. Monatsschrift Kriminologie 96, Heft 5, 400 – 409.
- 2) Andrews, D.A., Dowden, C. (2006): Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment. A Meta-Analytic Investigation. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Vol. 50 (1):88-100.
- 3) Berner, Wolfgang, Bolterauer, Johanna (1995): Fünf Jahresverläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. Recht und Psychiatrie 13, 114 – 118.
- 4) Bezzel, A. (2010): Können Patienten aus dem Maßregelvollzug (§ 64 StGB) resozialisiert werden? Die Regensburger Katamnesestudie. Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie 4, 264-268.
- 5) Bischof, H.L. (1984): Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) unter besonderer Berücksichtigung der Rückfallkriminalität Untergebrachter. Habilitationsschrift; Medizinische Fakultät Ludwig-Maximilian-Universität München.
- 6) Bischof, H. L. (1987): Zum weiteren Verbleib strafrechtlich Untergebrachter im psychiatrischen Krankenhaus nach Aussetzung des Maßregelvollzugs. Forensia 8, 103 – 112.
- 7) Bischof, H. L. (2000): Deliktrückfälligkeit von extern psychiatrisch Begutachteten im Vergleich zwischen Untergebrachten im Maßregelvollzug (§§ 63, 66 StGB) und „Lebenslänglichen“. Monatsschrift Kriminologie 83, Heft 6 , 346 – 362.
- 8) Bortz, J., Lienert, G. A. (2003): Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben, 2. Auflage, Springer Verlag.
- 9) Bullens, R. (2003): Individuelle Risikoeinschätzung bei Sexualdelinquenten: Historische, klinische und situative Faktoren. WsFFP 10. Jg., 105 – 125.
- 10) Dahle, K.-P. (2004): Abschlussbericht der Berliner CRIME-Studie an die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Institut für Forensische Psychiatrie der Charité. Universitätsmedizin Berlin.
- 11) Dessecker, A. (1996): Sind Maßregelpatienten gefährlich? Bewährungshilfe 41, 17 – 30.
- 12) Dessecker, A. (1997): Straftäter und Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung zur Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB im Vergleich mit der Maßregel nach § 64 StGB und sanktionslosen Verfahren. Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 1997.
- 13) Dessecker, A. (2008): Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2006. Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 2008.
- 14) Dimeck, B., Duncker, H. (1996): Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzugs. Recht und Psychiatrie 14, 50 – 56.

- 15) Dimmek, B. (1999): Zur Rückfallgefährdung von entlassenen Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB, aus: Sexueller Missbrauch von Kindern (Egg, R. Hrsg.); Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 1999.
- 16) Dimmek, B., Brunn, D., Meider, S. et al (2010): Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- 17) Dünkel, F., Geng, B. (1994): Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug, in: Stella, M. (Herausgeber): Straftäterbehandlung, Centaurus, Pfaffenweiler, 35 - 59.
- 18) Egg, R. (1999): Zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. Eine empirische Analyse anhand von BZR-Auszügen und Strafakten. Kriminalistik 6, 367 – 373.
- 19) Egg, R. (1999): Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern, aus: Sexueller Missbrauch von Kindern (Egg, R. Hrsg.); Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 1999.
- 20) Egg, R., Pierson, F. S., Cleland, CH. M., Lipton, D. S. (2001): Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland: Überblick und Metaanalyse, in: G. Rehn et al. (Herausgeber) Behandlung „gefährlicher Straftäter“. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse, 321 – 347, Herbolzheim: Centaurus.
- 21) Elz, J. (1999): Zur Rückfälligkeit bei sexuellem Kindesmissbrauch, aus: Sexueller Missbrauch von Kindern (Egg, R. Hrsg.); Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden 1999.
- 22) Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., Jöckel, D. (2001): Homicide and schizophrenia: Maybe treatment does have a preventive effect. Criminal Behavior and Mental Health, 11, 6-26.
- 23) Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. Lancet Psychiatry, 1: 44-54.
- 24) Fazel, S., Zetterqvist, J., Larsson, H., Langström, N., Lichtenstein, P. (2014): Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violence crime. Lancet 2014; Volume 384, No.9949, p1206-1214, 27. September 2014.
- 25) Fazel, S., Fiminska, Z., Cocks, C., Cold, J. (2016): Patient outcomes following discharged from secure hospitals: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 208: 17-15.
- 26) Feil, M., Knecht G. (2007): SOTP im Maßregelvollzug, in: Berner, W., Briken, P., Hill, A. (Herausgeber) Sexualstraftäter behandeln, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 69-83.
- 27) Freese, R., Born, P., Müller-Isberner, R. (1995): Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). Nervenarzt 66, 542 – 549.

- 28) Freese, R. (2003): Ambulante Versorgung von psychisch kranken Straftätern im Maßregel- und Justizvollzug – Analysen, Entwicklungen, Impulse. Recht und Psychiatrie 21. Jg., Heft 2, 52-57.
- 29) Gretenkord, L. (1994): Gewalttaten nach Maßregelvollzug (§ 63 StGB), in: M. Stella et al. (Herausgeber) Straftäterbehandlung, Centaurus, Pfaffenweiler, 75 – 93.
- 30) Hanson, R. K., Bussiere, M. T. (1998): Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. Journal of Consulting und Clinical Psychology, 66, 348 – 362.
- 31) Hanson, R. K. (2002): First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders. Sexual Abuse: A Journal of Resarch and Treatment, Vol 14, No. 2, 169- 194.
- 32) Heinz, G., Kiveloh, H., Schlichtung, M. (1996): 25 Jahre offene Maßregelbehandlung in Göttingen – Klinische Erfahrungen und Ergebnisse. Recht und Psychiatrie, 14, 38 – 44.
- 33) Heinz, W. (2007): Rückfall- und Wirkungsforschung. Ergebnisse aus Deutschland. Vortrag, gehalten am 5.4.2007, Kansai Universität, Osaka.
- 34) Jacobsen, H. F. (1985): Führungsaufsicht und ihre Klientel; Heymann, Köln.
- 35) Jehle, J.-M. (1987) Datenzugang und Datenschutz in der kriminologischen Forschung. Kriminologie und Praxis, Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. Band 2.
- 36) Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J. et al (2013): Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2007-2010 und 2004-2010. Herausgegeben vom Bundesministerium für Justiz.
- 37) Jockusch, U., Keller, F. (1993): Differenzierung und Spezialisierung einer Abteilung des Maßregelvollzuges in der psychiatrischen Klinik – mögliche Auswirkungen auf Behandlungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. Psychiatrische Praxis 20, 12 – 15.
- 38) Jockusch, U., Keller, F. (2001): Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB. Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. Monatsschrift Kriminologie 84, Heft 6, 453 – 465.
- 39) Kerndatensatz Maßregelvollzug, Bundesrepublik Deutschland 2013.
- 40) Kishimoto, T., Robenzadeh, A., Leucht, C. et al. (2014) Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. Schizophrenia Bulletin, 40 (1):192-213.
- 41) Konrad, N. (1991): Gleichzeitige Anordnung und Aussetzung einer Maßregel. Recht und Psychiatrie Heft 9, 2-7.
- 42) Kröber, H.-L., Scheurer, H., Richter, P., Saß, H. (1993): Ursachen der Rückfälligkeit von Gewaltstraftätern. Ergebnisse des Heidelberger Delinquenzprojekts. Monatsschrift Kriminologie 76, Heft 4, 227 – 241.

- 43) Kutscher, S., Schiffer, B., Seifert, D. (2009): Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 77, 91-96.
- 44) Lau, S., (2003): Wirkt ambulante Kriminaltherapie? Psychiatrische Praxis 30, 119 - 126.
- 45) Lederer, J., Dittmann, V., Graf, M. (2010): Die Problematik der Löschung von Strafregistereinträgen. Monatsschrift Kriminologie 93, Heft 6, 442-460.
- 46) Lee, DT. (2003): Community-treated discharged forensic patients: an 11-year follow up. International Journal of Law and Psychiatry, 26: 289-300.
- 47) Leuw, E. (1995): Recidive na ontslag uit tbs. Wetenschappelijk Onderzoek – en Documentatiecentrum.
- 48) Leygraf, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter. Springer, Heidelberg.
- 49) Leygraf, N. (1998): Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzugs, in: Kröber & Dahle (Herausgeber), Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz: Verlauf – Behandlung – Opferschutz, 175 – 184, Heidelberg, Kriminalistikverlag.
- 50) Lietz, J., Gretenkord, L. (1985): Lockerungen und Urlaube nach dem hessischen Maßregelvollzugsgesetz. Monatsschrift Kriminologie 68, Heft 4-5, 229-237.
- 51) Mahler, J., Pokorny, D., Pfäfflin, F. (2000): Wie groß ist die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit bei Entweichungen aus dem Maßregelvollzug? Recht und Psychiatrie, 18, Heft 1, 3-11.
- 52) Mautner-Lison, C., (2006). Im psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte psychisch kranke Straftäterinnen. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg.
- 53) Metschke, R., Wellbrock, R. (2010): Datenschutz in Wissenschaft und Forschung (https://www.datenschutz.hessen.de/download.php?download_ID=147)
- 54) Müller-Isberner, R., Eucker, S. (Hrsg.) (2012): Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie, 2. Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 55) Nedopil, N. (1997): Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Prognose künftiger Delinquenz. Monatsschrift Kriminologie, 80, Heft 2, 79 – 92.
- 56) Nedopil, N., Stadtland, C. (2006): Rückfallforschung und Prognosen in der Forensischen Psychiatrie. Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 13 Jg., Heft 2, 7-27.
- 57) Nowara, S. (2001): Sexualstraftäter und Maßregelvollzug. Kriminologie und Praxis, Band 32, Wiesbaden.
- 58) Ostuzzi, G., Bighelli, I., So, R., Furukawa, TA., Barbui, C. (2016) Does formulation matter ? A systematic review and meta-analysis of oral versus long-acting antipsychotic studies. (published online November 17, 2016) Schizophrenia Research. 2016; SO920-9964(16)30503-5 doi:10.1016/j.schres. 2016.11.010
- 59) Pfäfflin, F. (1995): Rückfallprognose bei Sexualdelinquenz. Recht und Psychiatrie, 13, 106 – 113.

- 60) Philipse, M., Koeter, M., van der Staak, C., van den Brink, W. (2006): Static and dynamic patient characteristics as prediction of criminal recidivism: a prospectiv study in a Dutch forensic psychiatric sample. *Journal of Law and Human Behavior* 30 (3): 309-327
- 61) Piontek, K., Kutsch, S.-U., König, A., Leygraf, N. (2013): Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Patienten der Forensischen Psychiatrie. Ein Vergleich mit schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt* 2013, 84: 55-64.
- 62) Polizeiliche Kriminalstatistik 2016. Bundesministerium des Innern (veröffentlicht am 24.4.2017).
- 63) Pollähne, H. (1996) : Legalbewährung nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug. *WsFFP* 3. Jg. 71-105.
- 64) Prior, M. (1999): Maßregelvollzug in Hamburg. Verurteilungen zur Unterbringung nach § 63 StGB, Entlassungen, Unterbringungsdauer und Rückfälligkeit zwischen 01.01.80 und 01.01.90; Verlag Dr. Kovac.
- 65) Randermann, D. (2008): Prognose, Begutachtung und Legalbewährung – ein Vergleich von Sexualstraftätern und anderen Gewaltstraftätern. Medizinische Dissertation Universität Hamburg.
- 66) Rehn, G. (2001): Vorstrafenbelastung und Rückfälligkeit bei Gefangenen aus der sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg-Altengamme, in: G. Rehn et al. (Herausgeber), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“*, Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse, 364 – 379. Herbolzheim: Centaurus.
- 67) Ritzel, G. (1978): Unterbringung und Rehabilitation psychisch kranker Rechtsbrecher; Habilitationsschrift Göttingen. (Nicht im Original vorhanden).
- 68) Sauter, J., Voss, T., Dahle, K.-P. (2014): Wirksamkeit ambulanter Nachsorge bei Strafvollzugsentlassenen. Erste Evaluation der Forensisch Therapeutischen Ambulanz für Gewalt- und Sexualstraftäter in Berlin. *Der Nervenarzt*. Online publiziert am 6.12.2014.
- 69) Schalast, N. (2012): Delinquenzrisiko psychisch Kranker und stationäre Behandlung. *Recht und Psychiatrie*, 30: 179-185.
- 70) Schanda, H. (2006): Untersuchung zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität /Gewalttätigkeit. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 74: 85-100.
- 71) Schmidt-Quernheim, F. (2011): Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. Dissertation, Universität Duisburg-Essen.
- 72) Schmidt-Quernheim, F., Seifert, D. (2014): Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Nervenarzt* 9: 1133-1143.
- 73) Schneider, H. J. (2002): Rückfallprognose bei Sexualstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie*, 85, Heft 4, 251 – 270.

- 74) Seifert, D., Leygraf, N. (1997): Straftaten während und nach einer Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. Deutsche Richterzeitung 75, 338 – 345.
- 75) Seifert, D., Jahn, K., Bolten, S. (2001): Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 69, 245 – 255.
- 76) Seifert, D., Bolten, St., Möller-Mussavi, S. (2003): Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) oder Wie lassen sich Rückfälle verhindern? Monatsschrift Kriminologie, 86, Heft 2, 127-137.
- 77) Seifert, D., Möller-Mussavi, S. (2005): Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie; Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener ? Fortschritte Neurologie Psychiatrie; 73: 16-22.
- 78) Seifert, D., Schiffer, B.; Bode, G.; Schmidt-Quernheim, F. (2005): Forensische Nachsorge – unverzichtbar, wenn es um die Entlassung eines psychisch kranken Rechtsbrechers geht. Neue Zeitschrift für Strafrecht 25 (2005): 125-128.
- 79) Seifert, D. (2006): Aus dem Maßregelvollzug entlassene Sexualstraftäter. Zum Verlauf der Wiedereingliederung. Vortrag IATSO-Tagung Hamburg 2006.
- 80) Seifert, D. (2007): Gefährlichkeitsprognosen. Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Steinkopff, Darmstadt.
- 81) Seifert, D. (2010): Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs. Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie 4, 60-69.
- 82) Seifert, D., Knarren, A. (2013): Therapeutische Aspekte zur Vorhersage von Gefährlichkeit behandelter forensischer Patienten (§ 63 StGB). Forensische Psychotherapie und Psychotherapie Volume 20 (3), 261-280.
- 83) Seitz, C., Specht, F. (2001): Legalbewährung nach Entlassung aus sozialtherapeutischen Einrichtungen des niedersächsischen Justizvollzugs, in: G. Rehn et al. (Herausgeber) Behandlung „gefährlicher Straftäter“, Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse, 348 – 363. Herbolzheim: Centaurus.
- 84) Seliger, M., Kröber, H.-L. (2008): Wurden schizophrene Maßregelvollzugspatienten zuvor in der Allgemeinpsychiatrie unzureichend behandelt? Erste Untersuchungsergebnisse aus 1988 und 2004. Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie 2, 120-127.
- 85) Steinböck, H., Schlie, M. (2015): Krisenintervention gemäß § 67 h StGB – Auswirkungen in der Praxis. Recht und Psychiatrie 33, 132-129.
- 86) Subotnik, KL., Casuas, LR., Ventura, J. et al. (2015) Long-acting injectable risperidone for relapse prevention and control of breakthrough symptoms after a recent first episode of schizophrenia: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 2015; 72 (8):822-829.
- 87) Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J, Hoti, F., Jenedius, E., Enksson, D., Levl, A., Sermon, J., Tanskanen, A., Taipale, H. (2017) Real-Word-Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29.823 Patients. JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1322: E1 - E8.

- 88) Traub, J., Weithmann, G. (2013): Werden schizophrene Patienten „krimineller“? Die Entwicklung der Zuweisung gemäß § 63 StGB über einen Zeitraum von 15 Jahren in Baden-Württemberg. *Recht und Psychiatrie*, 31: 208-216.
- 89) Treichel, K., Deutner, C., Sommaruga, S., Schubert, H. (2001): Quo vadis? Eine Verlaufsbeobachtung bei aus dem Maßnahmenvollzug entlassenen Patienten. *Recht und Psychiatrie*, 19: 28-32
- 90) Wichmann, H., Raspe, H., Jöckel, K., Hamm, R., Wellbrock, R. (2004): Epidemiologie und Datenschutz. <https://www.datenschutz-bayern.de/print/verwaltung/epidem.htm>

VIII. Danksagung

Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Dr. Knecht, dem Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie in Ochsenzoll, für die Anregung und den Startschuss zur Dissertation, die durchgehend positive Motivierung und seine Rolle als ständiger Begleiter und freundlicher Antreiber bedanken.

Ein ganz besonderer Dank gilt natürlich Herrn Prof. Briken für seine ausgesprochen unkomplizierte, zugewandte und nette persönliche Betreuung, die vielfältigen Ratschläge, Hinweise und kritischen Rückmeldungen, sowie seine Funktion als ordnender Richtungsgeber mit immer weiterführenden Anstößen zur Konzentration auf das Wesentliche.

Weiter möchte ich sehr gerne Frau Esser (ehemalige Leiterin der Abteilung Gesundheit im Amt für Gesundheit) und Herrn Dr. Gruhl (Leiter des Amtes für Gesundheit) der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg meinen Dank für ihre wiederholte tatkräftige Hilfe und am Ende erfolgreiche Unterstützung bei dem Kontakt mit dem Bundesamt für Justiz (Bundeszentralregister) aussprechen.

Frau Monika Schmidt vom Sekretariat der Forensischen Abteilung stand im abwechslungsreichen und anspruchsvollen Alltag der großen Klinik spontan, problemlos und rasch immer hilfreich zur Verfügung, ebenso wie Frau Christine Brodersen als äußerst erfahrene Beraterin beim Anlegen und Verwalten von großen Excel-Tabellen. Nicht zuletzt hat mir das Team des Instituts für medizinische Biometrie und Epidemiologie des UKE bei der statistischen Auswertung beratend zur Seite gestanden und mittels praktischer Anleitung bei der Anwendung von SPSS (Frau Andrea Großer, Frau Sandra Hischke und Herr Jan Felix Kersten) ganz entscheidend weiter geholfen. Schließlich möchte ich Frau Safiye Tozdan vom Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des UKE für ihre ausgesprochen kreative und konstruktive Kritik, insbesondere zu Fragen der Verständlichkeit, Struktur und Übersichtlichkeit der Arbeit, meine Anerkennung zollen.

IX. Lebenslauf

Geburt am 7.Juli 1962 in Ibbenbüren in Westfalen als ältestes Kind einer vierköpfigen Geschwisterreihe (3 Schwestern) der Eheleute Aloys Veismann, Journalist, und Monika Veismann, Hausfrau.

Nach dem Schulabschluss mit Abitur Ableisten des Zivildienstes über 16 Monate beim Deutschen Roten Kreuz in Hamburg.

Anschließend ab dem Wintersemester 1983 Studium der Humanmedizin mit Absolvierung der Ärztlichen Prüfung im Mai 1990 mit der Note „sehr gut“. Absolvierung der Zeit als „Arzt im Praktikum“ in der Neurologie des Allgemeinen Krankenhauses Altona.

Erhalt der ärztlichen Approbation am 1.2.1992.

Ausbildung zum Facharzt für Neurologie in den Allgemeinen Krankenhäusern Altona, Harburg und Ochsenzoll (29.10.1997).

Wechsel in das Allgemeine Krankenhaus Ochsenzoll und Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie (22.04.1998) und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (31.03.2004).

Weiterbildung in tiefenpsychologischer Psychotherapie am Michael-Balint-Institut in Hamburg mit Prüfung und Erhalt der Bereichsbezeichnung Psychotherapie (18.02.2004).

10.08.2004 Erhalt des Zertifikats „Forensische Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) und 01.11.2006 erfolgreiche Prüfung und Führen der Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“ der Ärztekammer Hamburg.

Tätigkeit als Sachverständiger seit 1993 unter anderem zu Fragen der Schuldfähigkeit und Prognose für Staatsanwaltschaften, Amts- und Landgerichte in Hamburg und im gesamten norddeutschen Raum.

Seit 1998 Oberarzt in der VI. Psychiatrischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Forensische Psychiatrie) der (mittlerweile) Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, seit 2004 Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Leitenden Arztes der Klinik für Forensische Psychiatrie.

Verheiratet seit 1992, 2 Töchter (18 und 21 Jahre).

Hobbys: Sport (Fußball, Basketball, Rennradfahren), Garten und Musik.

X. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

XI. Anhang: Schriftverkehr mit dem Bundesamt für Justiz