Psychisch kranke Gewalt- und Sexualstraftäter im Straf- und Maßregelvollzug:

Prävalenzen, Risikofaktoren und Prognostik

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades der Doktorin der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Diana Fries

an der

Universität Konstanz

Mathematisch-Naturwissenschaftliche Sektion

Fachbereich Psychologie

Tag der mündlichen Prüfung: 06. April 2016

1. Referent: Prof. Dr. Thomas Elbert
2. Referent: Prof. Dr. Jérôme Endrass

Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)
URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-0-326863

DANKSAGUNG

Vielen Dank all jenen, die mich in den vergangenen Jahren bei der Ausarbeitung und Fertigstellung dieser Dissertationsschrift sowohl fachlich als auch persönlich unterstützt haben.

In erster Linie möchte ich mich ganz herzlich bei *Jérôme Endrass* für die Übernahme der Betreuung der vorliegenden Dissertation und die professionelle Unterstützung bedanken.

Ein großer Dank an dieser Stelle auch an *Thomas Elbert* und *Frank Urbaniok* für die Bereitschaft, Teil der Prüfungskommission zu sein.

Mein weiterer Dank gilt meinen ehemaligen Kolleginnen und Kollegen des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes (PPD), Amt für Justizvollzug, Kanton Zürich:

Astrid Rossegger und *Jay P. Singh* für den fachlichen Austausch und die intensive Betreuung während sowie auch nach meiner Zeit im PPD.

Stefanie Jenny für die Unterstützung bei der Datenerhebung, der dieser Dissertationsschrift zugrundeliegenden empirischen Studien.

Katharina Seewald, *Ramon Vettiger* und *Claudia Massau* für den fachlichen Austausch.

Und schliesslich ein großes Dankeschön an meine Familie - insbesondere meine Eltern - sowie meinen Freundeskreis für die Unterstützung und Motivierung.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: *Merkmale der forensischen Patienten der Primärstudien* 60
Tabelle 2: *Abbildung der häufigsten ungünstigen Prädiktoren eines erfolgreichen Therapieabschlusses im § 64 StGB Maßregelvollzug* 65
Table 3: *Logistic regression analyses exploring the ability of routinely available file information to predict recidivism risk* 92
Table 4: *Likelihood, ROC, and contingency analyses exploring the discrimination and calibration validity of routinely available file information in the prediction of recidivism* 93
Table 5: *Descriptive Characteristics of 34 Offenders Diagnosed with Schizophrenia-Spectrum Disorder in Switzerland* 98
Table 6: *Performance Indicators of an Adapted Version of a Violence Screening Tool for 34 Offenders Diagnosed with Schizophrenia-Spectrum Disorders in Switzerland* 100

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: *Anzahl der in den §§ 63 und 64-Maßregelvollzug Untergebrachten (von 1970 bis 2014)* 13
Abbildung 2: *Vierfelderkontingenztafel* 40
Figure 3: *2x2 Contingency Table Comparing Predictions and Outcomes of an Adapted Version of a Violence Screening Tool for 34 Offenders Diagnosed with Schizophrenia-Spectrum Disorders in Switzerland* 101

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG VIII

1 EINFÜHRUNG **10**

1.1 Das dualistische Rechtsfolgensystem **10**

1.2 Zur aktuellen Situation im §§ 63 und 64-Maßregelvollzug **12**

1.2.1 Steigende Belegungszahlen 12

1.2.2 Ursachen der steigenden Belegungszahlen 14

1.2.3 Hohe Abbruchraten im § 64-Maßregelvollzug 17

1.3 Epidemiologie psychischer Störungen im Gefängnis **20**

1.3.1 Prävalenzen psychischer Störungen 20

1.3.2 Ursachen der hohen Prävalenzrate schwerer psychischer Störungen im Gefängnis 24

1.3.3 Suizidalität psychisch kranker Insassen 25

1.4 Risikobeurteilung bei psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern **28**

1.4.1 Einführung in die Methoden der Risikobeurteilung 28

1.4.2 Die Wahl der besten Methode der forensischen Risikobeurteilung 31

1.5 Korrelate gewalttätiger Delinquenz **32**

1.5.1 Psychische Störungen als risikoerhöhende Faktoren für gewalttätige Delinquenz 32

1.5.2 Robuste Risikofaktoren für Rückfälligkeit in gewalttätige Delinquenz 38

1.6 Rückfallrisikobeurteilung bei psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern **39**

1.6.1 Anwendung von Risk-Assessment Instrumenten bei psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern 39

1.6.2 Das „Stepped Strategy"-Verfahren bei der Risikobeurteilung von psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern 42

1.6.3 Das „Stepped Strategy"-Verfahren bei der Risikobeurteilung von an Schizophrenie erkrankten Gewalt- und Sexualstraftätern 46

1.7 Ausblick 48

2 VERÖFFENTLICHUNGEN 51

2.1 Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, *79*, 404-410 51

2.1.1 Zusammenfassung 51

2.1.2 Einleitung 51

2.1.3 Methodik 57

2.1.4 Ergebnisse 58

2.1.5 Schlussbemerkung 66

2.1.6 Take Home Message 66

2.2 Fries D & Vettiger R (2012). *Management von Suizidalität in forensischen Settings*. In: Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F & Borchard B (Hrsg). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 427-438. 68

2.2.1 Zusammenfassung 68

2.2.2 Suizid und Suizidalität 68

2.2.3 Prävalenz 70

2.2.4 Risikofaktoren 72

2.2.5 Abklärung von Suizidalität im Gefängnis 75

2.2.6 Management 79

2.3 Fries D, Rossegger A, Endrass J, & Singh J-P (2013). The prediction of criminal recidivism using routinely available file information. *International Journal of Psychological Research,* 6(2), 8-14. 82

2.3.1 Abstract 82

2.3.2 Introduction 82

2.3.3 Method 83

2.3.4 Results 86

2.3.5 Discussion 89

2.3.6 Conclusion 91

2.4 Fries D, Rossegger A, Endrass J, & Singh J-P (2013). Utility of a Violence Screening Tool to Predict Recidivism in Offenders with Schizophrenia: A Total Forensic Cohort Study. *Open Access Journal of Forensic Psychology, 5*, 40-52. 94

2.4.1 Abstract 94

2.4.2 Introduction 94

2.4.3 Materials and Methods 95

2.4.4 Results 98

2.4.5 Discussion 101

2.4.6 Conclusion 104

EIGENLEISTUNG 105

LITERATURVERZEICHNIS 106

ZUSAMMENFASSUNG

Das deutsche Strafrecht unterteilt sich in Strafen und Maßregeln. Während sich Strafen (Freiheits- und Geldstrafen) an der Schuld einer straffällig gewordenen Person bemessen, richtet sich die Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung an der "Gefährlichkeit" eines (psychisch kranken) Täters aus. Diese verfolgen somit das Ziel der Sicherung eines gefährlichen Straftäters sowie die Besserung eines psychisch kranken Rechtsbrechers mittels entsprechender Interventionen, um hierüber eine Reduktion der "Gefährlichkeit" bzw. Rückfälligkeit in (gewalttätige) Delinquenz zu erzielen. Allerdings gestaltet sich der Behandlungsauftrag im §§ 63 und 64-Maßregelvollzug aufgrund seit Jahren steigender Belegungs- und Abbruchzahlen als schwierig. Diese Entwicklung führte bereits dazu, dass in den vergangenen Jahren intensiv nach den Ursachen dieser Problematik gesucht wurde. Neben diversen Veränderungen der gesetzlichen Grundlage und der kritischen Hinterfragung der Art und Qualität der Einweisungen psychisch kranker Rechtsbrecher in den Maßregelvollzug, welche bislang jedoch nicht zur gewünschten nachhaltigen Reduktion der Belegungs- und Abbruchsraten führten, widmen sich Wissenschaftler vermehrt der Erforschung der Maßregelvollzugsklientel. Über die Identifikation von robusten Merkmalen, welche auf einen Abbruch der Maßregel hindeuten, erhofft man sich einerseits abbruchgefährdete Patienten trennscharf identifizieren, um folglich entsprechend intervenieren zu können, und andererseits die Erfolgsaussicht der Anordnung einer Maßregel (wie derzeit im § 64 StGB festgehalten) mittels standardisierter Leitlinien besser einschätzen zu können. Aus diesem Grund befasst sich die dissertationseinleitende Übersichtsarbeit mit der Identifikation robuster Indikatoren für einen ungünstigen Maßregelvollzugsverlauf nach § 64 StGB (Studie 1).

Neben dem Maßregelvollzug werden jedoch auch steigende Insassenzahlen im Gefängniskontext beobachtet. Dies ist u.a. insofern problematisch, als dass dadurch auch die Prävalenzraten psychischer Störungen im Gefängnis zugenommen haben. Zwar ist bekannt, dass diese auch schon in früheren Zeiten gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht waren, allerdings sehen sich die Gefängnisse aufgrund dieser Entwicklung vermehrt mit der Behandlung psychisch kranker Straftäter konfrontiert. Wie wichtig eine Behandlung psychischer Störungen ist, zeigt sich daran, dass unbehandelte

psychische Störungsbilder einen Risikofaktor für Suizid und Suizidalität darstellen. Folglich ist auch hier eine schnelle und trennscharfe Identifikation suizidaler Insassen mittels standardisierter Instrumente, denen robuste Risikofaktoren für Suizid und Suizidalität zugrunde liegen, von großer Relevanz. Aus diesem Grund beschäftigt sich die zweite dissertationszugehörige Übersichtsarbeit mit der Zusammentragung bisher als robust identifizierter Risikofaktoren für Suizidalität allgemein und in forensischen Settings (Studie 2).

Daneben gelten psychische Störungen vor allem auch als Risikofaktor für Fremdgefährdung. Hierbei muss allerdings zwischen erstmaliger (gewalttätiger) Delinquenz und Rückfälligkeit mit einem gewalttätigen Delikt unterschieden werden, da einige der (schweren) psychischen Störungen, welche straffällig gewordenen Personen am häufigsten aufweisen, gut behandelbar sind, und sich somit nicht mehr oder sogar präventiv auf gewalttätige Rückfälligkeit auswirken. Aus diesem Grund basieren die meisten mechanischen Prognoseinstrumente auf statischen, d.h. (weitestgehend) unveränderbaren Risikofaktoren, welche sich bereits als robust erwiesen haben. Nachteil dieser sogenannten Risk-Assessment Instrumente ist jedoch, dass sie oftmals sehr zeitintensiv sind und die spärlichen Ressourcen im forensischen Setting strapazieren. Aus diesem Grund fanden sie in der Praxis langezeit nur wenig Anwendung, und forensisch tätige Fachpersonen stützten sich lieber auf ihre klinische Expertise, als auf standardisierte Risikobeurteilungen ab, deren Überlegenheit der trennscharfen Identifikation von Rückfälligen und nicht Rückfälligen vielfach belegt wurde. Um das Risk-Assessment im forensischen Kontext künftig optimieren zu können, wird in der vorliegenden Dissertationsschrift eine relativ neue Herangehensweise bei der Beurteilung des Rückfallrisikos psychisch kranker Gewalt- und Sexualstraftäter getestet, welche in anderen Fachbereichen wie z.B. der Medizin bereits als gut untersucht gilt (Studie 3 und 4). Inwieweit sich dieser Ansatz auch im klinischen Setting bewähren wird, ist bislang noch zu wenig erforscht worden – sollte jedoch aufgrund vielversprechender Ergebnisse Bestandteil künftiger Forschungstätigkeiten sein.

1 EINFÜHRUNG

1.1 Das dualistische Rechtsfolgensystem

Das deutsche Strafrecht unterteilt sich in Strafen und Maßregeln, weshalb man in diesem Zusammenhang auch vom dualistischen Rechtsfolgensystem spricht (Gorissen, 1999; Noetzel, 2011). Während Strafen ein repressives Mittel darstellen, um der Sanktion begangener Rechtsverletzungen zu dienen, gelten Maßregeln als Mittel der Prävention künftiger Gesetzesverstösse (Gorissen, 1999; Noetzel, 2011). Demnach orientiert sich die Strafzumessung an der Schwere des verschuldeten Unrechts einer Tat (Meier, 2001), während sich die Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel der sogenannten Maßregeln der Besserung und Sicherung auf die "Gefährlichkeit" eines Rechtsbrechers bezieht (Gorissen, 1999). Den Maßregeln der Besserung und Sicherung zugehörig sind, die „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)“, die „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)“ und die „Unterbringung in der Sicherheitsverwahrung (§ 66 StGB)“. Diese können angeordnet werden, wenn bei einem Täter entweder eine fehlende Unrechtseinsicht (aufgrund krankhafter seelischer Störung[1], tiefgreifender Bewusstseinsstörung[2], Schwachsinn[3] und schwerer anderer seelischer Abartigkeit[4]) oder eine fehlende Steuerungsfähigkeit bei vorhandener Unrechtseinsicht (wie es bei sogenannten „Triebtätern“ der Fall ist) nachgewiesen wurde (Gorissen, 1999; Nedopil, 2007). Der zentrale Grundgedanke der Implementierung dieser Maßregeln war, Sicherheit durch Sicherung und/oder Behandlung eines gefährlichen Rechtsbrechers auch in Fällen gewährleisten zu können, in denen eine langfristige Freiheitsstrafe aufgrund verminderter Schuldfähigkeit oder Schuldunfähigkeit bisher nicht verhängt werden konnte (Jasch, 2010). Um die Unterbringung eines Rechtsbrechers im Maßregelvollzug prüfen zu können, bedarf es gemäss (§ 246a

[1] Unter dem Begriff der „krankhaften seelischen Störung“ werden Psychosen, degenerative Hirnerkrankungen, Durchgangssyndrome, die entweder traumatisch oder toxisch bedingt sind (Alkoholrausch, Drogen- und Medikamentenintoxikation), zerebrale Anfallsleiden, körperliche Abhängigkeiten und genetisch bedingte Erkrankungen subsumiert (Nedopil, 2007).

[2] „Tiefgreifende Bewusstseinsstörungen“ treten in der Regel als Folge von massiven affektiven Belastungen, wie z.B. Angst, auf (Nedopil, 2007).

[3] Unter dem Begriff „Schwachsinn“ werden alle Störungen der Intelligenz subsumiert (Nedopil, 2007).

[4] Die „schwere andere seelische Abartigkeit“ fasst alle Störungen, die nicht den ersten drei Merkmalen zugeordnet werden können, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Verhaltensabweichungen, zusammen (Nedopil, 2007).

StPO) neben dem Richter den Beizug eines psychiatrischen oder psychologischen Sachverständigen, welcher sich primär zur "Gefährlichkeit" eines Täters äußern soll. Im Falle eines psychisch kranken Rechtsbrechers stehen die Maßregeln nach §§ 63 und 64 StGB zur Verfügung, da diese eine psychische Auffälligkeit eines Täters für die Anordnung voraussetzen (Tondorf & Tondorf, 2011). Grundsätzlich kann der § 63 StGB nur angewendet werden, wenn

> *„(…) jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen (hat und), wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2015).*

Gemäß § 67d Abs. 2 StGB ist die Dauer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zeitlich unbefristet und somit alleine an die "Gefährlichkeit" eines psychisch kranken Rechtsbrechers geknüpft. So wird die Maßregel erst dann zur Bewährung ausgesetzt, wenn erwartet werden kann, dass vom Untergebrachten keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit ausgeht. Auch in diesem Fall muss ein psychiatrischer oder psychologischer Sachverständiger beigezogen werden, um die "Gefährlichkeit" erneut zu beurteilen.

Während die Maßregel nach § 63 StGB an das Vorliegen einer verminderten Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit gebunden ist, kann die Maßregel nach § 64 StGB unabhängig vom Grad der Schuldfähigkeit, und somit auch bei voll erhaltener Schuldfähigkeit, angeordnet werden. Allerdings muss hier gemäß der gesetzlichen Grundlage vorgängig geklärt werden, ob bei einem Täter ein "Hang" zu psychotropen Substanzen besteht, und ob durch eine Unterbringung im § 64-Maßregelvollzug der "Gefährlichkeit" eines Rechtsbrechers begegnet werden kann. Die Maßregel nach § 64 StGB kann ergo nur angewendet, wenn

> *„(…) eine Person den Hang (hat), alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang*

> *zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt (wird), weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist (… und) wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen" (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2009).*

Im Gegensatz zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 67d Abs. 1 StGB zeitlich von vornherein auf zwei Jahre befristet. Allerdings kann bei voll erhaltener oder verminderter Schuldfähigkeit neben der zeitlich begrenzten Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt werden. Dabei wird die Maßregel zeitlich vor der Freiheitsstrafe vollzogen (§ 67 Abs. 1 StGB). Die Zeit des Vollzugs der Maßregel wird dabei zu zwei Drittel auf die Strafe angerechnet (§ 67 Abs. 4 StGB).

Trotz der genannten divergierenden gesetzlich festgelegten Voraussetzungen für die Anordnung und Unterbringungsdauer der freiheitsentziehenden Maßregeln für psychisch kranke Rechtsbrecher, ist beiden gemeinsam, dass deren Zahl der Untergebrachten seit Jahren ansteigt (Statistisches Bundesamt, 2015b).

1.2 Zur aktuellen Situation im §§ 63 und 64-Maßregelvollzug

1.2.1 Steigende Belegungszahlen

Lag die Zahl der im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB Untergebrachten 1970 noch bei 4‘401, so befanden sich 2013 bereits 10‘875 psychisch kranke Rechtsbrecher im Maßregelvollzug (Statistisches Bundesamt, 2015b), was einem Anstieg von knapp 150% entspricht. Spätestens seit 1980 ist (bis auf einen kleinen Rücklauf 1996) die Anzahl der nach §§ 63 und 64 StGB Untergebrachten kontinuierlich angestiegen. Wenngleich sowohl in psychiatrischen Krankenhäusern als auch in Entziehungs-

anstalten eine Zunahme der Belegungszahlen über mehrere Dekaden beobachtet werden konnte, so lagen diesen in der Vergangenheit unterschiedliche Entwicklungen zugrunde (siehe Abbildung 1).

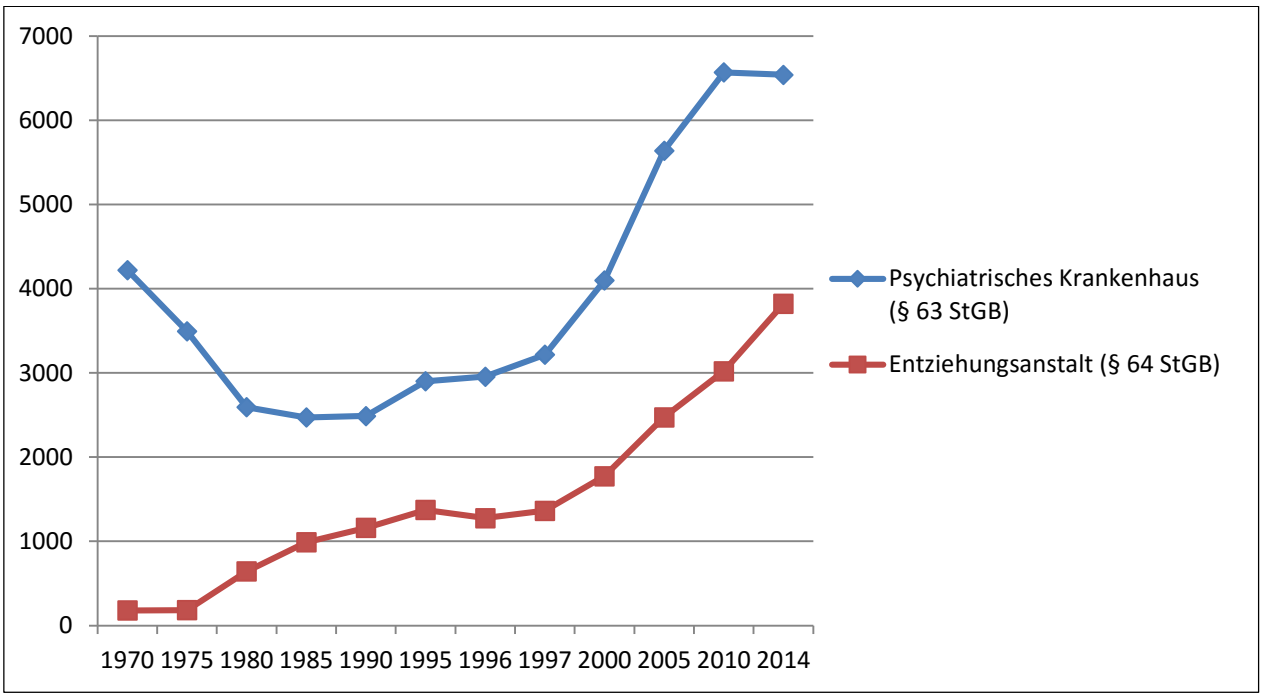

Abbildung 1: *Anzahl der in den §§ 63 und 64-Maßregelvollzug Untergebrachten (von 1970 bis 2014)*

Während die Anzahl der in einem psychiatrischen Krankenhaus Untergebrachten nach einem erheblichen Rückgang von 1970 bis 1985, kontinuierlich bis 2012 anstieg, ist seither wieder ein leicht rückläufiger Trend zu beobachten. Es wird sich jedoch erst im Verlauf der nächsten Jahre zeigen, ob es sich hierbei um einen signifikanten Rückgang handelt. Im Gegensatz zum § 63-Massregelvollzug nimmt die Zahl der nach § 64 StGB Untergebrachten seit Aufzeichnung der Belegungszahlen im Jahr 1970 fast durchgängig zu. Eine Ausnahme stellen geringfügige Rückläufe von 1995 bis 1996 sowie von 2006 bis 2007 dar. Während der erste Rückgang mitunter die Auswirkungen der gesetzlichen Anpassungen des § 64 StGB im Jahr 1994 abbildet (vgl. Fries, Endrass, Ridiniger, Urbaniok, & Rossegger, 2011), lässt der zweite Rücklauf keine derartigen Schlussfolgerungen zu, da die Gesetzesänderungen erst 2007 vorgenommen wurden. Somit scheint dieser Rücklauf natürliche Schwankungen zu repräsentieren. Die aktuellen Zahlen aus dem letzten Jahr bilden hingegen den bisher höchsten

Belegungsstand im § 64-Maßregelvollzug ab (Statistisches Bundesamt, 2015b). Aufgrund dieser konvergierenden Entwicklung stellt sich die Frage nach der Ursache der seit vielen Jahrzehnten kontinuierlich ansteigenden Belegungszahlen im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB.

1.2.2 Ursachen der steigenden Belegungszahlen

Die hohen Belegungszahlen im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB bilden das Resultat zweier unterschiedlicher Nährböden ab. So sind diese einerseits Folge steigender Einweisungszahlen, andererseits aber auch Ergebnis einer über die Jahre restriktiver werdenden Entlassungspraxis (Kutscher, Schiffer, & Seifert, 2009). In Bezug auf die steigenden Einweisungszahlen werden vor allem die Deinstitutionalisierung in den 1960ern, der zunehmende Anteil an verhängten Maßnahmen, mangelnde Gutachtenqualitäten sowie daraus resultierende Fehleinweisungen diskutiert (Jasch, 2010; Kemper, 2008; Steadman, Monahan, Duffee, Hartstone, & Robbins, 1984). Hinsichtlich der restriktiveren Entlassungspraxis wurde in der Vergangenheit die Entwicklung zu einem "Sicherheitsstaat", aufgrund eines immer größer werdenden Sicherheitsstrebens der Öffentlichkeit, konstatiert (Haffke, 2005).

Untersuchungen zu den Auswirkungen der Deinstitutionalisierung weisen darauf hin, dass es Jahre nach der Deinstitutionalisierung zu einer Art Re- bzw. Transinstitutionalisierung gekommen ist (Priebe, Badesconyi, Fioritti, Hansson, Kilian et al., 2005). So konnte aufgezeigt werden, dass während in den meisten europäischen Ländern die Anzahl psychiatrisch belegter Betten gefallen ist, die Anzahl forensisch belegter Betten und betreuter Wohnplätze zugenommen hat (Priebe et al., 2005). In Deutschland stieg demzufolge die Anzahl forensisch belegter Betten von 1990 bis 2002 um ca. 70% an, während parallel dazu die Anzahl psychiatrisch belegter Betten um etwa 10% abnahm (Priebe et al., 2005). Bei dieser Entwicklung konnte vor allem eine vermehrte Unterbringung schuldunfähiger Straftäter im Maßregelvollzug beobachtet werden (Seifert, 1999; Traub & Weithmann, 2014). Dahingehend berichteten Traub und Weithmann (2014), dass der Zuwachs in den psychiatrischen Krankenhäusern nach § 63 StGB fast vollständig (96%) durch schuldunfähige Patienten verursacht wurde und diagnostisch bei diesen Patienten ein Anteil von über 80% schizophrener Erkrankungen

angenommen werden konnte. Ein ähnlich hoher Anteil an schuldunfähig Untergebrachten wurde mit 86% aus dem § 64-Maßregelvollzug referiert (Seifert, 1999). Deshalb ist gemäß Kritikern der Deinstitutionalisierung der seit Jahrzenten zu beobachtende Anstieg der Belegungszahlen im Maßregelvollzug hauptsächlich auf die seither fehlenden Behandlungsplätze in der Allgemeinpsychiatrie zurückzuführen (vgl. Steadman et al., 1984).

Neben der Deinstitutionalisierung wird jedoch auch der zunehmende Anteil der angeordneten Maßregeln als ursächlich für die hohen Belegungszahlen erwogen (Jasch, 2010). So lag der Anteil der verhängten Maßregeln aller strafrechtlichen Abteilungen in Deutschland 2006 doppelt so hoch wie 1988 (Jasch, 2010). Eine weitere Ursache stellt die Art und Qualität der Zuweisung von Rechtsbrechern zu einer Unterbringungsform dar. Eine ältere Studie hierzu konnte aufzeigen, dass alkoholabhängige Straftäter in Deutschland, trotz eindeutiger Vorschriften des § 246a StPO, in 21% der Fälle ohne einen Sachverständigen zugewiesen wurden (Leygraf, 1987), und wenn Sachverständige für die Begutachtung von Rechtsbrechern herangezogen wurden, wiesen deren Gutachten nicht selten mangelhafte Qualitäten auf (Pollähne & Kemper, 2007; Seifert, 1999). Foglich erstaunt es wenig, dass in der Vergangenheit über eine Fehleinweisungsrate in den § 64-Maßregelvollzug von etwa 25% berichtet wurde (Seifert, 1999). Hinsichtlich der mangelnden Gutachtenqualitäten stellen sowohl die gesetzlich festgelegten Eingangs- als auch die diagnostischen Kriterien eine Fehlerquelle dar (Habermeyer, Mokros, & Vohs, 2012; Seifert, 1999). Eine wissenschaftliche Studie, die § 64-Maßregelpatient/innen in Nordrhein-Westfalen untersuchte, ermittelte hierzu, dass sich Sachverständige in 30% der vorliegenden Gutachten an alte Gesetzestexte von vor der Revision hielten (Pollähne & Kemper, 2007). Habermeyer et al. (2012) beanstandeten daneben eine fehlende Integration diagnostischer Vorgaben, standardisierter Untersuchungsinstrumente und kriminalprognostisch relevanter Erkenntnisse. Sie konnten nachweisen, dass nur knapp über die Hälfte der von ihnen untersuchten Gutachten die Terminologie und/oder diagnostischen Kriterien gängiger Klassifikationssysteme aufwiesen. Dies führt, gemäß den Autoren, dazu, dass nicht zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsmerkmalen oder einer manifesten Persönlichkeitsstörung unterschieden werden kann. Einhergehend mit dieser Kritik konnte Leygraf offenbar eine beachtliche Quote an falsch gestellten Eingangsdiagnosen

ermitteln: So erwies sich bei fast 30% der untersuchten Gutachten die zur Unterbringung führende psychiatrische Diagnose im Nachhinein als falsch (Leygraf in Steck-Bromme, n.d.). Folglich erstaunt es wenig, dass sich auch die Auswirkung methodischer Mängel der Einweisungsgutachten in den steigenden Belegungszahlen widerspiegeln. Um die Qualität forensischer Gutachten zu gewährleisten, implementierten Boetticher und Kollegen vor einigen Jahren die sogenannten Mindestanforderungen an Prognosegutachten (Boetticher, Kröber, Müller-Isberner, Böhm, Müller-Metz et al., 2007). Diese stellen einen Kriterienkatalog dar, welcher Empfehlungen von Prognosegutachten durch den Sachverständigen beinhaltet, und welcher den Verfahrensbeteiligten bei der Beurteilung der Aussagekraft der Gutachten helfen soll (Boetticher et al., 2007). Zudem wurde jüngst ein Zertifikat und eine Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“ als wichtige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung strafrechtlicher psychiatrischer und psychologischer Gutachten eingeführt (Müller & Saimeh, 2012). Inwieweit diese Einführungen der Standardisierung von Prognosegutachten zur Qualitätssicherung Auswirkungen auf die Belegungszahlen im Maßregelvollzug haben werden, wird sich in Zukunft zeigen.

Abgesehen von den steigenden Einweisungszahlen werden restriktivere Entlassungspraxen und damit längere Behandlungsverläufe als ursächlich für die hohen Belegungszahlen im Maßregelvollzug diskutiert (Haffke, 2005; Maier, 2013; Schalast, 2013). Haffke (2005) machte z.B. auf die zunehmende Entwicklung eines "Sicherheitsstaates" aufmerksam. Dass dies nicht rein hypothetischen Ursprungs ist, zeigen epidemiologische Erhebungen hierzu. Verglichen zu 1994, wo die durchschnittliche Behandlungsdauer im § 63-Maßregelvollzug vier Jahre betrug, lag diese im Jahr 2013 bereits bei rund acht Jahren (Maier, 2013). Wie aktuell dieses Thema der immer länger werdenden Verweildauer im Maßregelvollzug ist, zeigt sich anhand der aktuellsten Debatte über eine Befristung der Unterbringungsdauer in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB (Maier, 2013), analog zu einer Unterbrinung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB. Deren Nutzen in der Praxis wird jedoch von der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)“, vor allem in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen und/oder sexuelle Paraphilien, kritisch hinterfragt (Maier, 2013). So zeigen gerade Patient/innen mit relevanten Persönlichkeitsstörungen oder

Paraphilien oftmals während der ersten Jahre in Unterbringung nur eine geringe Therapiemotivation; jedoch entschließen sich einige von ihnen im Verlauf doch noch zu einer Behandlung (Maier, 2013). Deshalb fordert Maier, stellvertretend für den DGPPN, eine Möglichkeit, mit der man – im Fall der gesetzlichen Verankerung der zeitlichen Befristung der Unterbringung – für diese Klientel eine Verlängerung beantragen könnte (Maier, 2013). Aber selbst im § 64-Maßregelvollzug, in welchem die Unterbringung bereits von vornherein gesetzlich auf zwei Jahre befristet ist, wird ein Trend hin zu längeren Behandlungszeiträumen beobachtet. Demnach stiegen die Behandlungsmonate von 11.3 (1995) auf 15.3 (2010), was einem Anstieg der Behandlungsdauer von etwa 35% entspricht (Schalast, 2013). Neben den seit Jahren steigenden Belegungszahlen sieht sich der Maßregelvollzug – vor allem nach § 64 StGB – mit einem weiteren Problem konfrontiert. So verzeichnet dieser enorm hohe Abbruchraten mangels Erfolgsaussicht der Untergebrachten.

1.2.3 Hohe Abbruchraten im § 64-Maßregelvollzug

Parallel zum bundesweiten Anstieg der Einweisungen in den § 64-Maßregelvollzug konnte eine Zunahme der Abbruchquote mangels Erfolgsaussicht in den westlichen Bundesländern von 10% bis 20% Mitte der 1980er Jahre auf bundesweit über 50% im Jahr 2009 beobachtet werden (von der Haar, 2009 aus Schalast, 2009). Seither blieb die Abbruchquote in den Entziehungsanstalten bundesweit unverändert hoch (Querengässer, Hoffmann, & Ross, 2014). Abgesehen von den im vorgängigen Kapitel diskutierten Fehleinweisungen, muss in Bezug auf den § 64-Maßregelvollzug ferner die gesetzliche Grundlage als ursächlich für die hohen Abbruchquoten in Betracht gezogen werden. So schaffte das Bundesverfassungsgericht 1994 die 1-Jahres-Klausel im § 67d StGB für die Mindestdauer der Unterbringung ab. Folglich kann eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt abgebrochen werden, sobald „*keine konkrete Aussicht mehr auf einen (…) Behandlungserfolg*“ besteht. Dies hat gemäß Kritikern zu einer Konzentration der Therapeuten auf weniger problematische Patienten und einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung von schwierigeren Patienten geführt (Schalast, Mushoff, & Demmerling, 2004). Daneben wurde bereits die Frage nach spezifischen Merkmalen von Patienten, die die Maßregel abgebrochen haben, aufgeworfen (Schalast, Kösters,

Demmerling, & Mushoff, 2011). Hintergrund dieser Fragestellung ist der Gedanke, robuste Indikatoren für einen ungünstigen Maßregelverlauf zu identifizieren, um somit künftig die Erfolgsaussicht eines Rechtsbrechers mittels Leitlinien besser bzw. standardisiert einschätzen, sowie die Interventionen entsprechend anpassen zu können.

Schalast und Kollegen befassten sich deshalb in ihrer Studie mit der Identifikation von Prädiktoren eines „günstigen[5]“ bzw. „ungünstigen[6]“ Maßregelvollzugsverlaufs. Bei Proband/innen mit einem „günstigen“ Maßregelvollzugsverlauf machte diejenige Gruppe, deren Maßregel zur Bewährung ausgesetzt wurde mit 34% den weitaus grössten Anteil aus, während bei Proband/innen mit einem „ungünstigen“ Maßregelvollzugsverlauf diejenige Gruppe, deren Maßregel mangels hinreichender Erfolgsaussicht erledigt wurde mit 46% den grössten Anteil repräsentierte. Verglichen zur Gruppe der „günstigen“ Kriteriumsvariable fanden sich in der Gruppe der „ungünstigen“ Kriteriumsvariable äußerst signifikant ($p<0.001$) mehr Proband/innen mit einem Gebrauch von Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie einer längeren Gesamtdauer früherer Inhaftierung. Zudem zeigten deutlich signifikant ($p<0.01$) mehr Proband/innen der Gruppe der „ungünstigen“ Kriteriumsvariable zugehörig ein instabiles Arbeitsverhalten, eine körperliche Vernachlässigung in der Kindheit, eine Hyperaktivität/Impulsivität, mehr als fünf Einträge im Bundeszentralregister (BZR) und einen hohen Anger Rating Index. Auch konnten signifikant ($p<0.05$) mehr Proband/innen mit einer Suchtproblematik mindestens eines Elternteils, Tätlichkeiten zwischen den Eltern, Heimaufenthalten, Arbeitslosigkeit im Jahr vor dem Delikt/der Festnahme, körperlichen Misshandlungen im Kindesalter, Abbruch mindestens einer Entwöhnungsbehandlung, einer Gewalttat vor dem 20. Lebensjahr, einer höheren Anzahl an BZR-Einträgen sowie mit einer dissoziale Persönlichkeitsstörung in der Gruppe der „ungünstigen“ Kriteriumsvariable identifiziert werden. Diese Ergebnisse weise darauf hin, dass sich die Klientel der „günstigen“ und „ungünstigen“ Maßregel-vollzugsverläufe tatsächlich hinsichtlich diverser Merkmale unterscheiden.

---

[5] Hierunter fallen die Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung, Entlassung in Freiheit nach Erreichen der Höchstfrist und ausländerrechtliche Abschiebung.

[6] Dieser Begriff subsumiert die Erledigung mangels hinreichender Erfolgsaussicht, Entlassung in eine Justizvollzugsanstalt nach Erreichen der Höchstfrist und Umkehr der Vollstreckungsfolge von Maßregel und Strafe.

Die nachfolgende dissertationseinleitende Übersichtarbeit konzentrierte sich deshalb, dem Anliegen von Schalast und Kollegen folgend, auf die Identifikation von für einen Abbruch des § 64-Maßregelvollzugsverlaufs robusten Indikatoren (Studie 1).

Fries D, Endrass J, Ridinger M, Urbaniok F, & Rossegger A (2011). Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie,* 79, 404-410.

Das Anliegen dieser Übersichtsarbeit war es, auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche den aktuellen Stand der Forschung über Kriterien eines Abbruchs der Entziehungsanstalt darzustellen. Ferner sollte mittels Odds Ratios (OR) die Stärke der Abhängigkeit einzelner Indikatoren von der Kriteriumsvariable „Abbruch der Maßregel" abgebildet werden. Es stellte sich jedoch im Verlauf der Studie heraus, dass die Vergleichbarkeit der Untersuchungspopulationen der einzelnen Primärstudien aufgrund der gesetzlich definierten Gestaltungsspielräume der einzelnen Bundesländer für die Ausführung der Unterbringung eingeschränkt war.

Trotz dieser sehr heterogenen Klientel konnten dennoch in den empirischen Primärstudien robuste Indikatoren für einen Maßregelabbruch identifiziert werden. Bei den einzelnen Indikatoren zeigte der Homogenitätstest allerdings, dass nicht alle Effektgrössen innerhalb eines Indikators homogen waren. Deshalb konnten nur bei zwei für den Therapieverlauf als „ungünstig" identifizierte Indikatoren („frühere Delinquenz" und „Persönlichkeitsstörung") gemittelte ORs berechnet werden. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass der robusteste Indikator ein „niedriges Lebensalter" ist. Aber auch die „frühere Delinquenz" (gemitteltes OR = 0.52), ein „fehlender Schul- und/oder Berufsabschluss" und eine „komorbide Persönlichkeitsstörung" (gemitteltes OR = 0.42) erwiesen sich wiederholt als Risikofaktoren für einen vorzeitigen Maßregelabbruch. Weniger gut belegt scheint hingegen das Vorliegen einer „Drogenabhängigkeit" und eines „früheren Abbruchs einer Entwöhnungsbehandlung". Aufgrund der hauptsächlich

retrospektiv angelegten Studiendesigns lassen sich hieraus jedoch keine Aussagen über Kausalitäten machen.

1.3 Epidemiologie psychischer Störungen im Gefängnis

1.3.1 Prävalenzen psychischer Störungen

Während sich die Unterbringungsquote im Maßregelvollzug von 1995 bis 2014 mehr als verdoppelte, konnte in Bezug auf den Gefängniskontext ein – wenn auch nur geringer – Anstieg der Inhaftierungszahlen beobachtet werden. So nahm die Anzahl der in Deutschland wegen einer Freiheitsstrafe in den Gefängnissen Untergebrachten von 41‘353 (1995) auf 49‘097 (2014) zu, was einem Anstieg von knapp 16% entspricht (Statistisches Bundesamt, 2015a). Dieser Trend wurde ebenfalls in internationalen Studien berichtet, und brachte weltweit erhöhte Quoten psychischer Störungsbilder im Gefängniskontext – verglichen zur erwachsenen Allgemeinbevölkerung – mit sich (Andersen, 2004; Diamond, Wang, Holzer, & Thomas, 2001). Dieser Trend kann jedoch nicht durch eine parallel dazu verlaufende Zunahme psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung begründet werden (Richter, Berger, & Reker, 2008). In Deutschland liegen, verglichen zum englischsprachigen Raum, bislang nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu Prävalenzen psychischer Störungen im Gefängniskontext vor. Von Schönfeld, Schneider, Schröder, Widmann, Botthof et al. (2006) berichteten von einer 6-Monatsprävalenz von knapp 84% sowie von einer Lebenszeitprävalenz von 86 % irgendeiner psychischen Störung in nordrhein-westfälischen Gefängnissen. Verglichen hierzu lag die 1-Jahresprävalenz irgendeiner psychischen Störung der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung bei 31%, während die Lebenszeitprävalenz mit 43% angegeben wurde (Jacobi, Wittchen, Hölting, Höfler, Pfister et al., 2004). In einer aktuelleren Studie von Jacobi und Kollegen lag die 1-Jahresprävalenz mit knapp 28% sogar noch tiefer als vor zehn Jahren (Jacobi, Höfler, Strehle, Mack, Gerschler et al., 2014), was die Erkenntnis von Richter et al. (2008) stützt, dass der Anstieg psychischer Störungen unabhängig von der Entwicklung der Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung stattgefunden hat. In internationalen Reviews wurden Prävalenzraten schwerer psychischer Störungen im Gefängniskontext zwischen

37% und 57% für europäische verurteilte Straftäter/innen und 46% bis 88% für verurteilte Straftäter/innen aus den USA und Kanada ermittelt (Andersen, 2004). Ähnlich hohe Prävalenzen mit der berichteten internationalen Varianz wurden dabei auch von Brink (2005) berichtet. Die 6-Monatsprävalenzen bewegten sich dabei über die Primärstudien hinweg zwischen 46% und 77% (Andersen, 2004; Brink, 2005).

Vergleicht man Studien zu Prävalenzraten psychischer Störungen im Gefängnis, so muss jedoch bedacht werden, dass die Prävalenzraten in Abhängkeit der Unterbringungsart (Untersuchungshaft vs. Strafvollzug) divergieren. Andersen (2004) konnte dahingehend bei Straftäter/innen in Untersuchungshaft höhere Prävalenzraten feststellen als bei denjenigen im Strafvollzug, auch wenn Brink (2005) in seiner Studie diesen Unterschied für nicht signifikant befand. Die Ursachen hierfür liegen gleichwohl auf der Hand: Einerseits werden psychisch auffällige Rechtsbrecher, welche sich zunächst in Untersuchungshaft befinden, nach einer entsprechenden psychiatrischen oder psychologischen Begutachtung meist nicht in den Strafvollzug, sondern in eine therapeutische Maßregel eingewiesen (Andersen, 2004) und andererseits könnten sich bereits implementierte psychopharmakologische und/oder psychotherapeutische Interventionen im Strafvollzug verzerrend auf die Statistik auswirken. Daneben müssen aber auch andere moderierend wirkende Faktoren in Betracht gezogen werden wie z.B. die meist verbesserten Haftbedingungen im Strafvollzug, gegenüber der Untersuchungshaft. Hinsichtlich psychischer Störungen im Gefängniskontext muss weiterhin bedacht werden, dass nicht alle Störungsbilder gleich stark vertreten sind.

Fazel und Danesh (2002) berichten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit an mehr als 23‘000 Straftäter/innen in Gefängnissen westlicher Länder gemittelte Prävalenzraten psychotischer Störungen von 3.7% bei männlichen und 4.0% bei weiblichen Straftätern dar. Die Heterogenität dieser Studien war dabei jedoch äußerst signifikant ($p<0.0001$), und nur zu einem minimen Anteil durch die Verwendung unterschiedlicher Diagnosemanuale in den Primärstudien erklärbar. In Bezug auf männliche Straftäter ergaben sich ebenfalls äußerst signifikante ($p<0.0002$) Unterschiede zwischen den Prävalenzen der Studien aus den Vereinigten Staaten von

Amerika und anderen westlichen Ländern[7]. So wurden Prävalenzraten von 4.5% in US-amerikanischen und 3.3% in Studien anderer westlicher Länder genannt. Fazel und Danesh schlussfolgerten daraus, dass, verglichen mit der amerikanischen und britischen Allgemeinbevölkerung ähnlichen Alters, Straftäter/innen in westlichen Ländern ein 2- bis 4-fach erhöhtes Risiko, an einer psychotischen Störung zu erkranken, aufweisen. Andersen (2004) und Brink (2005) berichten über fast identisch hohe Prävalenzraten psychotischer Störungen bei Straftäter/innen im Gefängnis, hauptsächlich westlicher Länder (3.2% und 6.0%, respektive).

Eine ähnlich hohe Prävalenzrate psychischer Störungen wird hinsichtlich der „Major Depression“ angegeben. Gemäß der Studie von Fazel und Danesh (2002) leiden 10% der männlichen und 12% der weiblichen Straftäter in Gefängnissen an einer „Major Depression“. Allerdings wurde auch hier eine äußerst signifikante Heterogenität ermittelt ($p<0.0001$), welche sich nur zum Teil durch die Unterschiede zwischen Straftäter/innen in Untersuchungshaft und im Strafvollzug erklären lässt (9% vs. 11%, respektive). Verglichen mit der amerikanischen und britischen Allgemeinbevölkerung ähnlichen Alters weisen gemäß Fazel und Danesh Straftäter/innen in westlichen Ländern demnach ein 2- bis 4-fach erhöhtes Risiko auf, an einer „Major Depression“ zu erkranken. Brink (2005) ermittelte diesbezüglich nahezu identische Prävalenzen bei männlichen und weiblichen Straftäter/innen (7% und 13%, respektive). Im Gegensatz zu Fazel und Danesh fand Brink diese jedoch für Straftäter ähnlich hoch wie für die männliche Allgemeinbevölkerung, und nur für Straftäterinnen gegenüber der weiblichen Allgemeinbevölkerung leicht erhöht. Diese Divergenz könnte sich darüber erklären, als dass Fazel und Danesh die Prävalenzraten bei Straftäter/innen mit der britischen und amerikanischen, während Brink diese mit der dänischen Allgemeinbevölkerung verglich, wodurch nationale Unterschiede repräsentiert wurden.

Deutlichere Unterschiede in den Prävalenzraten bei Straftätern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung werden bezüglich Persönlichkeitsstörungen berichtet. Fazel und Danesh (2002) ermittelten eine Prävalenzrate irgendeiner Persönlichkeitsstörung von 65% sowie einer Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung von 47% für

[7] Hierzu zählen Australien, Kanada, Dänemark, Finnland, Irland, Holland, Neuseeland, Norwegen, Spanien, Schweden, Grossbritanien und die USA

männliche Insassen. Ferner wurde bei 42% der weiblichen Straftäter irgendeine Persönlichkeitsstörung und bei 21% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung festgestellt. Die ermittelte, äußerst signifikante ($p<0.0001$) Heterogenität der einzelnen Primärstudien ließ sich teilweise über nationale Unterschiede erklären. Fazel und Danesh hielten dahingehend fest, dass, verglichen mit der amerikanischen und britischen Allgemein-bevölkerung ähnlichen Alters, Straftäter/innen in westlichen Ländern ein 10-fach erhöhtes Risiko haben, an einer antisozialen Persönlichkeitsstörung zu erkranken. Für Straftäterinnen wurde zudem eine Prävalenz von 25% bei der Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung angegeben. Aufgrund der großen Varianz in den Prävalenzraten der Persönlichkeitsstörungen konzentrierte sich Andersen (2004) auf das Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (inkl. Psychopathie) ein, da diese im forensischen Kontext am häufigsten innerhalb der Persönlichkeitsstörungen vorkomme.

Ebenfalls sehr hohe Prävalenzraten werden hinsichtlich der Suchtmittelstörungen berichtet (Andersen, 2004; Brink, 2005; Fazel, Bains, & Doll, 2006). Mittels systematischer Übersichtsarbeit untersuchten Fazel et al. (2006) die Prävalenzrate von Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit bei Straftäter/innen in Gefängnissen westlicher Länder[8]. Bei den über 7‘500 untersuchten Straftäter/innen konnte eine Prävalenz für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit zwischen 18% und 30% bei männlichen sowie 10% bis 24% bei weiblichen Straftäter/innen identifiziert werden. Die Prävalenz von Drogenmissbrauch und –abhängigkeit variierte zwischen 10% und 48% bei männlichen sowie zwischen 30% und 60% bei weiblichen Straftäter/innen. Fazel und Kollegen schlussfolgerten daraus, dass die Prävalenzrate von Suchtmittelmissbrauch/-abhängigkeit bei Straftäter/innen verglichen mit der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung, nachdem für Alter, Immigrationsstatus, Einkommen und lediger Familienstand kontrolliert wurde, um ein 4-faches erhöht ist (Fazel, Sjöstedt, Långström, & Grann, 2007). Andersen (2004) und Brink (2005) ermittelten hierzu ähnlich hohe Prävalenzen (29% bis 86% vs. 34% bis 55%, respektive).

[8] Hauptsächlich wurden dabei Studien aus den USA, daneben aber auch aus Grossbritanien und Neuseeland untersucht.

Vor allem in Hinblick auf Suchtmittelmissbräuche und –abhängigkeiten git, dass diese oftmals komorbid vorliegen. Fazel und Seewald (2012) untersuchten mittels Meta-Regressions-Analysen die Prävalenzrate schwerer psychischer Störungen von über 33‘000 Straftäter/innen im Gefängnis weltweit[9]. Sie stellten bei 20% bis 44% der Straftäter der untersuchten Studienpopulationen irgendeine psychische Störung und einen komorbiden Suchtmittelmissbrauch, bei 14% bis 95% eine psychotische Störung und einen komorbiden Suchtmittelmissbrauch sowie bei 9% bis 83% eine affektive Störung (inkl. "Major Depression") und einen komorbiden Suchtmittelmissbrauch fest. Diese heterogenen Ergebnisse innerhalb einer psychiatrischen Diagnosekategorie spiegeln zu einem Großteil nationale Differenzen wider (Fazel & Seewald, 2012).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vor allem das Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, psychotischen Störung, Suchtmittelstörung und „Major Depression“ als primäre psychische Störungsbilder im Gefängniskontext gelten. Folglich stellt sich die Frage der Ursache für die hohen Quoten dieser vorwiegend schweren psychischen Störungsbilder im Gefängnis.

1.3.2 Ursachen der hohen Prävalenzrate schwerer psychischer Störungen im Gefängnis

Als eine Ursache erhöhter Prävalenzen psychischer Störungen im Gefängnis gelten, analog zum Maßregelvollzug, die Auswirkungen der Deinstitutionalisierung als viel diskutiert (Palermo, 2014; Torrey, 1994). So wurde berichtet, dass die Anzahl der hospitalisierten psychisch kranken Patienten von 1968 bis 1978 um 64% abnahm, während die Gefängnispopulation parallel dazu um 65% anstieg (Steadman et al., 1984). Diese Entwicklung konnte auch noch in jüngeren Jahren beobachtet werden. Während, wie in Kapitel 1.2.2 bereits dargelegt, in Deutschland die Anzahl an psychiatrisch belegten Betten von 1990 bis 2002 um 10% fiel, ist die Gefängnispopulation parallel dazu um 38% gestiegen (Priebe et al., 2005). Kritiker der Deinstitutionalisierung bemängeln demnach, dass psychisch kranke Personen, welche fortan nicht mehr

[9] Hierunter zählen: USA, Australien, Kanada, Neuseelnad, England und Wales, Irland, Schottland, Holland, Finnland, Deutschland, Dänemark, Italien, Griechenland, Österreich, Frankreich, Spanien, Schweden, Brasilien, Dubai, Indien, Iran, Kuwait, Malaysia, Mexiko und Nigeria

(ausreichend) stationär behandelt werden konnten, in der Allgemeinbevölkerung verweilten, was zu einem drastischen Anstieg von deviantem Verhalten in der Allgemeinbevölkerung geführt habe (Steadman et al., 1984). Eine weitere Ursache erhöhter Prävalenzraten im Gefängnis wird – ebenfalls analog zu den steigenden Belegungszahlen im Maßregelvollzug – in der Art und Qualität der Zuweisung psychisch kranker Straftäter gesehen. So werden nur wenige der Gewalt- und Sexualstraftäter in Deutschland überhaupt begutachtet, was mit den gesetzlichen Grundlagen zusammenhängt (Urbaniok, Rossegger, Böhm, Noll, & Endrass, 2010), und falls sie begutachtet werden, stellt sich oftmals die Qualität der Prognosegutachten als mangelhaft heraus (Habermeyer et al., 2012). Folglich werden Straftäter falsch zugewiesen. Ein großes Problem stellen dabei vor allem diejenigen Straftäter dar, welche schwer psychisch krank sind, jedoch anstatt in den dafür vorgesehenen Maßregelvollzug in den Strafvollzug eingewiesen wurden. Sie benötigen eine ihrer psychischen Störung entsprechende medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlung, für welche die Ressourcen im Gefängniskontext (ursprünglich) nicht ausgelegt sind. Wie wichtig eine adäquate psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlung dieser Klientel ist, zeigt sich dabei einerseits an deren Fremdgefährdungspotenzial und andererseits an deren erhöhtem Selbst-gefährdungsrisiko. Zunächst zu Letzterem.

1.3.3 Suizidalität psychisch kranker Insassen

Die Behandlung eines psychisch kranken Straftäters im Gefängnis ist deshalb von großer Relevanz, da nicht behandelte psychische Störungsbilder das psychische Leiden verstärken können (Kopp, 2012), was allfällige selbstgefährdende Handlungen begünstigen kann. Dies zeigt sich an dne weltweit erhöhten Suizidraten im Gefängnis, verglichen zur Allgemeinbevölkerung (vgl. Fries & Vettiger, 2012). Ein Grund hierfür ist, dass die Inhaftierung per se eine besondere Belastungssituation darstellt (Frühwald, Frottier, Benda, Eher, König et al., 2002), was sich vor allem in den erhöhten Suizidraten zu Beginn der Inhaftierung widerspiegelt (Killias, 2011; Schmidtke, Sell, & Löhr, 2008). Im Berliner Justizvollzug betrafen demnach rund 64% der Suizidfälle im Gefängnis Untersuchungshäftlinge (Konrad, 2006). Daneben konnten psychische Störungen als Risikofaktor für Suizidalität identifiziert werden (Lehle, 2007). So zeigte sich, dass ein

Anstieg an psychisch kranken Straftätern im Gefängnis mit einer Zunahme der Gefängnissuizidrate der meisten europäischen Länder verbunden ist (Konrad, 2002). Nationale Studien, welche Suizide in Gefängnissen in englischen und walisischen Gefängnissen untersuchten, fanden bei 72% der Gefängnisinsassen, welche Suizid begangen hatten, eine Vorgeschichte psychischer Störungen (Brink, 2005; Shaw, Baker, Hunt, Moloney, & Appleby, 2004). Auch in einer kürzlich erschienenen Studie zu Suiziden in Schweizer Gefängnissen musste davon ausgegangen werden, dass bei 61% der sich suizidierten Straftäter psychische Probleme ursächlich waren (Gauthier, Reisch, & Bartsch, 2015). Vor allem Insassen mit Psychosen, Depressionen und Suchtmittelmissbräuchen scheinen ein besonders gefährdetes Klientel darzustellen (Fazel & Baillargeon, 2011). Wie wichtig medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen in Abhängigkeit der Suizidalität sind, zeigt sich anhand der Erkenntnis, dass eine schnelle und intensive Behandlung suizidgefährdeter psychisch kranker Insassen/innen die Tendenz, einen Suizid zu begehen, reduzieren kann (Opitz-Welke & Konrad, 2012).

Die nachfolgende dissertationszugehörige Übersichtsarbeit befasste sich deshalb mit der zusammenfassenden Darstellung dieses an Relevanz gewinnenden Themas sowie der Identifikation robuster Risikofaktoren für Suizide in forensischen Settings (Studie 2).

Fries D & Vettiger R (2012). *Management von Suizidalität in forensischen Settings*. In: lnterventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, & Borchard B (Hrsg.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin, S. 427-438.

Das Anliegen dieser Übersichtsarbeit war es, Prävalenzen suizidaler Handlungen in Gefängnissen mit denen psychiatrischer Kliniken und denjenigen der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, sowie Risikofaktoren für suizidale Handlungen im Gefängnis zu identifizieren. Dabei fand sich eine durchschnittliche Suizidrate in der Allgemeinbevölkerung von 15 Suiziden pro 100‘000 Einwohner für die Europäische Union. Die Suizidrate liegt in Deutschland unterhalb, die Suizidrate der Schweiz über derjenigen der Europäischen Union.

Auf die Gefängnisse übertragen ergibt sich ein ähnliches Bild. Liegt die durchschnittliche europäische Suizidrate bei 105 Suiziden pro 100‘000 Insassen, war diejenige für Deutschland mit 90 tiefer und diejenige der Schweiz mit 138 pro 100‘000 Insassen deutlich höher. Die Prävalenzrate in psychiatrischen Kliniken liegt dabei über derjenigen der Gefängnisse.

Hinsichtlich der Risikofaktoren für Suizidalität im Gefängnis wurde ersichtlich, dass diese viele der bekannten Risikofaktoren für Suizid in der Allgemeinbevölkerung kumulieren. Demnach beinhalten diese: „männliches Geschlecht“, „lediger Familienstand“, „psychische Störungen“ und „frühere/r Suizidversuch/e“. Während das steigende Alter in der Allgemeinbevölkerung als Risikofaktor für Suizid gilt, wurde in Hinblick auf den Gefängniskontext eher ein junges Alter als Risikofaktor ermittelt. Dies hängt damit zusammen, dass viele der Suizide in Untersuchungshaft durchgeführt werden und Untersuchungshäftlinge gesamthaft betrachtet eine jüngere Population als Strafgefangenen darstellen. Neben diesen personellen Risikofaktoren dürfen jedoch auch für den Gefängniskontext spezifische Risikofaktoren (wie z.B. strukturelle Begebenheiten) nicht außer Acht gelassen werden. So konnten z.B. „kleine Gefängnisse“, eine „Platzierung in einer Einzelzelle“ sowie „längere bzw. lebenslange Haftstrafen“ als für den Gefängniskontext spezifische Risikofaktoren identifiziert werden. Um einem allfälligen Suizidrisiko im Gefängniskontext begegnen zu können, müssen deshalb neben medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen auch kontexuelle Veränderungen bedacht werden.

Neben der Identifikation robuster Risikofaktoren für Suizidalität und Suizid, was primär der standardisierten Einschätzung und sekundär dem verbesserten Management hochsuizidaler Rechtsbrecher dienen soll, liegt ein weiteres Augenmerk forensisch tätiger Fachpersonen auf der Extrahierung von Risikofaktoren für fremdgefährdendes Verhalten.

1.4 Risikobeurteilung bei psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern

1.4.1 Einführung in die Methoden der Risikobeurteilung

Bei der Beurteilung der Rückfallrisiken im forensischen Kontext wird zwischen folgenden drei Methoden unterschieden: 1. unstrukturiert-klinisch, 2. mechanisch-aktuarisch und 3. strukturiert-klinisch. Die unstrukturiert-klinische Methode ist duch eine klinische Beurteilung gekennzeichnet und verfolgt das Ziel der (unstrukturierten) Integration gesammelter Informationen zu einem Gesamturteil (Rossegger, Endrass, & Gerth, 2012a). Folglich ist hierbei eine möglichst sorgfältige Anamneseerhebung sowie strafrechtliche Entwicklung des Täters und Deliktrekonstruktion unumgänglich (Volbert & Dahle, 2010). Welche Informationen dabei in die Gesamtbeurteilung einfliessen, ist allein vom jeweiligen Beurteiler und dessen Expertise abhängig. Dabei liegt der Nachteil dieser Methode auf der Hand: die unstrukturiert-klinische Risikobeurteilung unterliegt starken subjektiven Urteilsverzerrungen und ist somit für Dritte nicht transparent (Rossegger et al., 2012a). In Hinblick auf die Risikokommunikation ergibt sich ein weiterer Nachteil dieser Methode. So erfolgt die Zuteilung zu einer Risikogruppe „niedriges Rückfallrisiko“ vs. „hohes Rückfallrisiko“ ebenfalls nicht standardisiert (Rossegger et al., 2012a). Trotz dieser Nachteile erfreute sich diese Methode in der forensischen Praxis lange großer Beliebtheit, da sie einerseits die erste Generation der Risikobeurteilung darstellt und zweitens gegenüber nachfolgenden Risikobeurteilungsmethoden folgenden Vorteil bietet: Sie erlaubt aufgrund der fehlenden Strukturierung eine Anpassung der Risikobeurteilung an den Individualfall (Rossegger et al., 2012a).

Aufgrund der genannten Nachteile der unstrukturiert-klinischen Methode nahm sich die mechanisch-aktuarische Methode, welche zugleich die zweite Generation der Risikobeurteilung darstellt, dieser an. Deshalb basiert die mechanisch-aktuarische Urteilsbildung auf empirisch ermittelten, gruppenstatistisch extrahierten Risiko- (und protektiven) Faktoren, welche Untersuchungen von rückfälligen und nicht-rückfälligen Straftätern entstammen (Brown & Singh, 2014; Rossegger et al., 2012a). Die Integration dieser Informationen zu einem Gesamturteil folgt zusätzlich einem starren

Auswertungsalgorithmus (Rossegger, Endrass, & Gerth, 2012b), so dass diese Methode einen sehr hohen Grad der Standardisierung aufweist. Die auf dieser Methode basierenden mechanischen Risk-Assessment Instrumente inkludieren gruppen-statistisch extrahierte Risikofaktoren. Ferner erfolgt die Zuordnung zu einer Gruppe „niedriges Rückfallrisiko“ vs. „hohes Rückfallrisiko“ in diesen Instrumenten ebenfalls standardisiert. Zusätzlich werden bei aktuarischen, im Vergleich zu rein mechanischen, Risk-Assessment Instrumenten spezifische Rückfallwahrscheinlichkeiten pro Risiko-kategorie zur Interpretation des Ergebnisses angegeben (Rossegger et al., 2012b). Diese Rückfallwahrscheinlichkeiten entstammen der Verteilung der Rückfälligen pro Risikokategorie der jeweiligen Normstichprobe (Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012; Rossegger et al., 2012b). Folglich liegt auch hier der Nachteil auf der Hand: Durch die gruppenstatistsich ausgewerteten Risikofaktoren und Standardisierung der Normwerte der Rückfallwahrscheinlichkeit bietet diese Methode keine Möglichkeit, die Risikobeurteilung an den Einzelfall anzupassen (Cooke & Michie, 2010; Rossegger et al., 2012b). Vorteil der mechanisch-aktuarischen Methode ist hingegen, dass das Vorgehen der Urteilsbildung für Dritte nachvollziehbar und somit transparent ist. Ein Beispiel eines mechanischen Risk-Assessment Instruments stellt der „Level of Service Inventory–Revised (LSI-R)“ dar (Andrews & Bonta, 2001), während der „Violence Risk Appraisal Guide“ (VRAG; Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 2006) in Hinblick auf (sexuelle) Gewaltstraftäter ein aktuarisches Instrument repräsentiert. Für die Rückfallrisiko-beurteilung von Sexualstraftätern steht dem Prognostiker z.B. der „Sex Offender Risk Appraisal Guide“ (SORAG; Quinsey et al., 2006) zur Verfügung.

Ein weiterer Nachteil dieser Methode liegt jedoch in der Verwendung (vorwiegend) statischer Risikofaktoren innerhalb der mechanischen Risk-Assessment Instrumente, was eine gewisse Unsensibilität gegenüber dynamischen Risikoveränderungen mit sich bringt (Falzer, 2013; Sreenivasan, Kirkish, Garrick, Weinberger, & Phenix, 2000). Infolgedessen wurde in der jüngeren Vergangenheit der Fokus auf die Entwicklung von mechanischen Risk-Assessment Instrumente, welche dynamische Risikofaktoren integrieren, gelegt. Hier sei beispielhaft das „Forensische-Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System“ (FOTRES; Urbaniok, 2007) aufgeführt, welches neben statischen auch dynamische Risikofaktoren beinhaltet, und dadurch eine Abbildung der Veränderung des Rückfallrisikos ermöglicht. Daneben bietet FOTRES einen weiteren

Vorteil. Die den Risk-Assessment Instrumenten zugrundeliegenden dynamischen Risikofaktoren wurden ebenfalls gruppenstatistisch extrahiert und bieten demnach (meist) keine Möglichkeit der Anpassung der Risikobeurteilung an den Einzelfall. FOTRES hingegen bietet eine gewissen Anpassung der Beurteilung des Rückfallrisikos mittels sogenannter „case formulations“ (Hart & Logan, 2011; Logan & Johnstone, 2010). Bei diesen Fall- bzw. Delinquenzhypothesen sollen die der aktuellen Delinquenz zugrundeliegenden Faktoren identifiziert und Interventionen hieran angepasst werden. FOTRES greift diesen Ansatz auf, indem der Deliktmechanismus individuell anhand spezifischer prognostisch relevanter Problembereiche beschrieben wird. Gleichzeitig dienen diese spezifschen Problembereiche als Grundlage für therapeutische Interventionen und stellen somit die Basis eines auf den Individualfall zugeschnittenen Risikomanagements dar (Rossegger et al., 2012b). Allerdings gilt dieser Ansatz bislang als noch zu wenig erforscht (Harris & Rice, 2015).

Bei den bisher gängigsten mechanisch(-aktuarischen) Risk-Assessment Instrumenten konnte das Gütekriterium der Validität bereits ermittelt werden. Dabei zeigten sich Unterschiede in der Validität der einzelnen Instrumente (Rossegger et al., 2012b). Die Trennschärfe eines Risk-Assessment Instruments wird meist über die AUC, dem Effektmass der sogenannten ROC-Analysen, gemessen (Rossegger et al., 2012b). Ein AUC Wert von .5 entspricht dabei einem Zufallsbefund, während Werte ab .72 als zufriedenstellend trennscharf gelten. Für den LSI-R wird z.B. eine moderate prädiktive Validität bei Gewaltstraftätern (AUC = .67) angegeben, während der VRAG eine höhere Trennschärfe aufweist (je nach Studie zwischen .74 und .79; Rossegger et al., 2012b). Für den SORAG werden Trennschärfen in Abhängigkeit eines erneuten Sexualdelikts zwischen .66 und .81 berichtet (Rossegger et al., 2012b). Folglich gilt dies bei der Verwendung eines Risk-Assessment Instruments ebenso zu beachten, wie deren Anwendungsgebiet (z.B. Gewalt- vs. Sexualstraftäter).

Die dritte, sogenannte strukturiert-klinische Methode greift einige der Nachteile der beiden bereits erwähnten Methoden auf. Demnach werden die auf der Grundlage der Literaturaufarbeitung und klinischen Expertise als deliktrelevant identifizierte Kriterien vorgegeben, ohne sich dabei auf einen Auswertungsalgorithmus zu beziehen (von Franqué, 2013). Dies bedeutet, dass die Zusammenführung und Gewichtung einzelner

Risikofaktoren dem Prognostiker obliegt, was eine gewisse Anpassung an den Individualfall erlaubt (Hart & Logan, 2011). Aufgrund der strukturierten Vorgabe deliktrelevanter Merkmale erfolg die Beurteilung jedoch zumindest bis zu einem gewissen Grad strukturiert. Nachteil dieser Methode ist dabei allerdings, dass die Gewichtung der einzelnen Kriterien sowie das Ableiten von Wahrscheinlichkeitsaussagen mittels klinischer Urteile vorgenommen wird (Douglas, Cox, & Webster, 1999; Fazel et al., 2012; Hart & Logan, 2011), und somit wiederum anfällig für subjektive Urteilsverzerrungen ist. Beispielhaft für diese Methode sei hier das klinische Risk-Assessment Instrument „Historical-Clinical-Risk Management-20“ (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) erwähnt.

Gesamthaft betrachtet stellt sich dem Prognostiker aufgrund des unterschiedlichen Grades der Strukturierung und abweichenden Vorgehensweise bei der Risikobeurteilung der einzelnen Methoden die Frage nach der Wahl der besten Methode.

1.4.2 Die Wahl der besten Methode der forensischen Risikobeurteilung

Meehl (1954) lieferte eine erste umfassende Übersicht und Analyse über die Methoden der Risikobeurteilung im forensischen Setting und stellte fest, dass ausser in einer von 20 Studien die statistischen Methoden eine höhere oder gleichwertige Trennschärfe aufwiesen als bzw. wie die klinischen Methoden. Dies konnte bisher auch in weiteren gut fundierten Studien nachgewiesen werden, und lässt sich auch für spezifische Straftäterpopulationen, wie z.B. psychisch kranke Straftäter (Bonta, Law, & Hanson, 1998) und Sexualstraftäter (Hanson & Bussière, 1998) darstellen. Trotz der bereits mehrfach replizierten Überlegenheit mechanischer gegenüber klinischer Prognosen (z.B. Ægisdóttir, White, Spengler, Maugherman, Anderson et al., 2006) fanden diese in der praktischen Anwendung lange Zeit nur wenig Beachtung (Singh, Desmarais, Hurducas, Arbach-Lucioni, Condemarin et al., 2014). Demnach griffen die meisten Prognostiker bisher lieber auf die klinische Urteilsbildung zurück. Ein sehr deutliches Bild ergibt sich dabei im deutschsprachigen Raum: Habermeyer et al. (2012) hielten fest, dass nur ein Sachverständiger in den 227 Gutachten, welche sie untersuchten, ein standardisiertes Instrument zur Risikobeurteilung verwendet hatte. Singh und Kollegen ermittelten jedoch, dass mehr als 50% der Risikobeurteilungen der letzten 12 Monate

im klinischen Setting (weltweit) mittels eines Risk-Assessment Instruments vorgenommen wurden, wobei dies nicht für Südamerika und Asien zutraf, wo noch mehr als die Hälfte der Prognostiker die Beurteilung des Gewaltrisikos eines Probanden auf eine unstrukturierte Art und Weise vornahmen (Singh et al., 2014). Hilton und Simmons (2001) konnten ferner aufzeigen, dass selbst wenn in der Vergangenheit Sachverständige standardisierte Risikobeurteilungen vorgenommen hatten, die Ergebnisse dieser oftmals von den Richtern ignoriert wurden, und sich die Gerichte somit stärker durch klinische Urteile beeinflussen liessen.

Obwohl einige Kritiker warnen, dass die mechanische Risikobeurteilung nicht durch die klinische Einschätzung optimiert werden kann (Sawyer 1966 in Gretenkord, 2013) und numerische Informationen alleine zu kompetenten forensischen Entscheidungen führen (Hilton, Carter, Harris, & Sharpe, 2008), wird bei der Risikobeurteilung eine integrative Urteilsbildung über mehrere Stufen vorgeschlagen (Boetticher et al., 2007). Demnach soll sich die beurteilende Fachperson zunächst einer statistischen Prognose zur Ermittlung des empirischen Ausgangsrisikos bedienen, um die Ergebnisse anschließend mit der klinischen Prognose abzugleichen. Wenn beide Prognosen konkordant sind, darf die Prognose gestellt werden; wenn die Beurteilungen jedoch voneinander abweichen, muss die Diskrepanz aufgeklärt werden, und zwar indem die klinische Prognose überprüft wird (Volbert & Dahle, 2010).

Während Experten dieses Fachgebiets hinsichtlich des genauen Vorgehens bei der forensischen Risikobeurteilung derzeit nicht gänzlich übereinstimmen, sind sie sich (aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen) über robuste Risikofaktoren für gewalttätige Erstdelinquenz und Rückfälligkeit einig.

1.5 Korrelate gewalttätiger Delinquenz

1.5.1 Psychische Störungen als risikoerhöhende Faktoren für gewalttätige Delinquenz

Aufgrund der Erkenntnis, dass die Prävalenzen psychischer Störungen im Gefängnis gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht sind (siehe Kapitel 1.3.1),

beschäftigten sich in der Vergangenheit bereits einige Wissenschaftler mit der Frage, ob das (komorbide) Vorliegen einer psychischen Störung mit der "Gefährlichkeit" eines jeweiligen psychisch kranken Straftäters gleichgesetzt werden kann. So gingen bereits Kozol, Boucher und Garofalo (1972) der Frage über dem Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und "Gefährlichkeit" nach, und schlussfolgerten, dass psychiatrische Diagnosen für die Vorhersage der "Gefährlichkeit" beinahe komplett irrelevant sind, da diese reliabel diagnostiziert und behandelt werden können. Allerdings stellte sich in den seither zahlreichen Studien zu dieser Thematik heraus, dass zwischen psychischen Störungen als Prädiktor für erstmalige Gewalttaten und Risikofaktor für gewalttätige Rückfälle differenziert werden muss. So finden sich mittlerweile mehrheitlich empirische Evidenzen dafür, dass Personen mit psychischen Störungen gegenüber Personen ohne psychische Störung ein erhöhtes Gewaltrisiko aufweisen (vgl. Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, & Silva, 2000; Brennan, Mednick, & Hodgins, 2000; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger, & Engberg, 1996; Räsänen, Tiihonen, Isohanni, Rantakallio, Lehtonen et al., 1998; Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990; Tiihonen, Isohanni, Räsänen, Koiranen, & Moring, 1997). Dabei gilt jedoch zu beachten, dass während wissenschaftliche Untersuchungen an Gefängnispopulationen eine große Diversität aufweisen, was die Generalisierbarkeit einschränkt (Andersen, 2004), Studien zu psychisch kranken Patienten, welche vor Eintritt in die Klinik gewalttätig geworden sind und deshalb häufig in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurden, die Korrelation zwischen psychischen Störungsbildern und Gewalt überrepräsentieren (Torrey, 1994). Hingegen unterschätzen Studien an entlassenen psychisch kranken Patienten die "Gefährlichkeit" dieser, weil psychisch kranke Patienten meist erst entlassen werden, wenn sie nicht mehr als potentiell gefährlich eingestuft werden (Torrey, 1994). Um zu überprüfen, wie stark das Vorhandensein psychischer Störungen das Risiko einer Gewaltstraftat einer Person erhöht, sind deshalb sowohl Erhebungen der Allgemeinbevölkerung als auch Geburtenkohortenstudien am repräsentativsten (Arseneault et al., 2000; Brennan et al., 2000; Hodgins et al., 1996; Räsänen et al., 1998; Tiihonen et al., 1997).

Psychische Störungen und gewalttätige Erstdelinquenz

Die Ergebnisse der „European Catchment Area (ECA)[10]"-Studie weisen darauf hin, dass Personen mit einer schweren psychischen Störung innerhalb eines Jahres häufiger gewalttätig werden als Personen, die nicht unter einer psychischen Störung leiden (Swanson et al., 1990). Dabei hängt die jeweilige Einflussgrösse von der Art der psychischen Störung ab. Das Vorhandensein einer Schizophrenie gilt dabei aufgrund umfangreicher Reviews und Meta-Analysen als einer der best untersuchten Risikofaktoren für Gewalt (Alden, Brennan, Hodgins, & Mednick, 2007; Arseneault et al., 2000; Douglas, Guy, & Hart, 2009; Haller, Kemmler, Kocsis, Maetzler, Prunlechner et al., 2001; Large & Nielssen, 2011; Mullen, 2006; Swanson, Swartz, Van Dorn, Elbogen, Wagner et al., 2006; Tiihonen et al., 1997; Wallace, Mullen, & Burgess, 2004). Das Risiko für Gewaltstraftaten (inkl. Sexualstraftaten) liegt demnach bei Personen mit psychotischen Störungen verglichen mit der Allgemeinbevölkerung (Alden et al., 2007; Mullen, 2006) und mit Kontrollen ohne psychotische Störung signifikant erhöht (Tiihonen et al., 1997). So liess eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, auch wenn für demographische Risikofaktoren und komorbide Störungen kontrolliert wurde, das Gewaltrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das 5-fache ansteigen (Arseneault et al., 2000). Verglichen zu männlichen Patienten mit anderen psychischen Störungen liegt das Risiko einer Verurteilung wegen eines Gewaltdelikts noch immer 2-fach erhöht (Wessely, 1998). Swanson et al. (2006) ermahnen jedoch, dass man bei der Beurteilung der "Gefährlichkeit" bzw. des Gewaltrisikos einer an Schizophrenie erkrankten Person zwischen der „Positivsymptomatik" und „Negativsymptomatik" unterscheiden muss, da positive psychotische Symptome das Risiko von (schweren) Gewalttaten erhöhen, während negative psychotische Symptome dieses Risiko erniedrigen. So wird beim Vorhandensein einer Psychose ein Anstieg des Gewaltrisikos von 49% bis 68% berichtet (Douglas et al., 2009).

Als weniger gut untersucht gilt der Einfluss einer depressiven Störung auf das Gewaltrisiko. Ein kürzlich erschienenes Review zum Verhältnis depressiver Erkrankungen und Delinquenz schlussfolgerte, dass Personen, die an depressiven

[10] Die ECA ist gemäß Bourdon, Rae, Locke, Narrow und Regier (1992) die größte und umfassendste Umfrage zu psychischen Störungen in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Symptomatiken leiden, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung eine 3-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, mit einem gewalttätigen Delikt verurteilt zu werden, aufweisen (Fazel, Wolf, Chang, Larsson, Goodwin et al., 2015). Die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit eines Gewaltrisikos um den Faktor 3 wurde ebenfalls für Personen, welche die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufwiesen, berichtet (Yu, Geddes, & Fazel, 2012). Der als signifikant befundene Zusammenhang zwischen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und gewalttätigen Delikten konnte auch in Bezug auf Sexualdelikte nachgewiesen werden (Alden et al., 2007). Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung ist das Gewaltrisiko bei Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung sogar um ein 12-faches erhöht (Yu et al., 2012), und gilt als robuster Risikofaktor für Gewalttätigkeit (Bonta et al., 1998; Hodgins et al., 1996).

Ein weiterer robuster Risikofaktor, welcher mit Gewalt verbunden ist, ist das Vorliegen einer Alkohol- und/oder Cannabisabhängigkeit (Alden et al., 2007; Arseneault et al., 2000; Fazel, Långström, Hjern, Grann, & Lichtenstein, 2009). So war ein Suchtmittelmissbrauch und eine Suchtmittelabhängigkeit auch dann noch signifikant mit Gewalt verbunden, wenn demographische Risikofaktoren und komorbide Störungen kontrolliert wurden (Arseneault et al., 2000). Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit erhöht das Risiko wegen eines Gewaltdelikts verurteilt zu werden um das 2.5-fache, während eine Cannabisabhängigkeit dieses um das 8-fache, verglichen mit der "gesunden" Allgemeinbevölkerung, erhöhte (Arseneault et al., 2000). Ein missbräuchlicher Alkohol- und Drogenkonsum konnte auch als risikoerhöhender Faktor für Sexualdelikte identifiziert werden (Alden et al., 2007). Ferner weisen wissenschaftliche Untersuchungen darauf hin, dass eine komorbide Suchtmittelstörung (vor allem ein Alkoholmissbrauch) das Gewaltrisiko einer Person erheblich erhöht (Hodgins et al., 1996; Steadman, Mulvey, Monahan, Robbins, Appelbaum et al., 1998; Swanson, Estroff, Swartz, Borum, Lachicotte et al., 1997) sowie einen robusten Prädiktor künftige Gewalt darstellt (MacArthur Foundation, 2001). Die Suchtmittelkomorbidität gilt am besten untersucht in Bezug auf das Gewaltrisiko bei Schizophrenien und anderen Psychosen (Arseneault et al., 2000; Fazel et al., 2009; Mullen, 2006; Räsänen et al., 1998; Steadman et al., 1998). Räsänen et al. (1998) hielten demnach fest, dass männliche Personen, welche eine Schizophreniediagnose hatten und zusätzlich Alkohol missbrauchten, ein 25-fach erhöhtes Gewaltrisiko gegenüber "gesunden" männlichen

Personen darstellten. In Bezug auf eine Cannabisabhängigkeit scheint der Effekt weniger stark ausgeprägt zu sein: Arseneault et al. (2000) berichten von einem 19-fach erhöhten Gewaltrisiko von Personen, welche eine Cannabisabhängigkeit und Störung aus dem schizophrenen Formenkreis aufweisen. Eine neuere Studie postuliert sogar, dass – wenn überhaupt – nur ein kleiner Anstieg des Gewaltrisikos bei psychisch schwer kranken Personen besteht, und dieser auch nur solange standhält, solange ein komorbider Suchtmittelmissbrauch oder eine komorbide Suchtmittelabhängigkeit vorliegt (Volavka & Swanson, 2010). Hingegen berichtet eine neuere Studie, dass Probanden mit schweren psychischen Störungen, unabhängig von Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit, signifikant häufiger gewalttätig werden als Probanden ohne psychische Störungen oder eine Suchtmittelstörung. Demnach ergibt sich ein statistisch signifikanter, wenn auch mäßiger Zusammenhang zwischen schweren psychischen Störungen und Gewalt sowie ein stärkerer Zusammenahng zwischen schweren psychischen Störungen mit Suchtmittelstörung und Gewalt (Van Dorn, Volavka, & Johnson, 2012).

Einige Wissenschaftler ermahnen allerdings, dass der viel berichtete Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Gewalt nicht als Kausalität fehlinterpretiert werden darf (Binder, 1999; Torrey, 1994). Diese vorschnelle Überbewertung psychischer Störungsbilder in Abhängigkeit zur Gewalttätigkeit und sich daraus ergebender Stigmatisierung psychisch kranker Personen wurde bereits mehrfach kritisch hinterfragt (vgl. Binder, 1999; Torrey, 1994). Die meisten wissenschaftlichen Studien konnte demnach aufzeigen, dass die Mehrheit der Personen mit schweren psychischen Störungen nicht gewalttätig ist bzw. wird (Coid, Yang, Roberts, Ullrich, Moran et al., 2006; Fazel & Grann, 2006; Torrey, 1994), und diese nur einen kleinen Teil der straffällig gewordenen Personen repräsentieren. So berichten Fazel und Grann (2006), dass nur etwa 5% aller gewalttätigen Delikte von Probanden mit schweren psychischen Störungen begangen wird, während eine andere Studie referiert, dass die Hälfte der Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung nicht gewalttätig wird, obwohl diese Diagnose in der Literatur als ein robuster Prädiktor für gewalttätiges Verhalten gilt (Coid et al., 2006). Diese Befunde werden anhand der Ergebnisse der empirischen Studie von Peterson, Skeem, Kennealy, Bray und Zvonkovic (2014) erhärtet, da sie in 65% der untersuchten Fälle die Kriteriumsvarible „Kriminalität“ als

komplett unabhängig und nur in 7% als direkt abhängig von der psychiatrischen Diagnose identifizierten.

Psychische Störungen und Rückfälligkeit in gewalttätige Delinquenz

Nicht nur ist der Zusammenhang zwischen gewalttätiger Erstdelinquenz und psychischen Störungen Gegenstand forensischer Literatur, sondern auch derjenige von gewalttätiger Rückfälligkeit mit psychischen Störungen. So wurde bereits mehrheitlich darauf hingewiesen, dass die alleinige Diagnose einer schizophrenen Erkrankung einen negativen Zusammenhang mit dem Rückfallrisiko in gewalttätige Delinquenz (inkl. Sexualdelinquenz) aufweist (Bonta et al., 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Quinsey et al., 2006). Seither gilt die Diagnose einer Schizophrenie in der Forensischen Psychiatrie und Psychologie als protektiver Faktor für gewalttätige Rückfälligkeit und wurde als solches im VRAG integriert. Allerdings konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Psychosen und gewalttätigen Rückfällen gefunden werden, wenn an Schizophrenie erkrankte Personen mit der "gesunden" Kontrollgruppe verglichen wurden. Kein Zusammenhang konnte indes ermittelt werden, wenn Personen mit anderen psychiatrischen Störungen als Kontrollgruppe dienten (Fazel & Yu, 2011). Das Ausmaß der Wirkrichtung ist demnach von der Behandlungs- und Medikamenten-compliance des jeweiligen schizophrenen Straftäters (Haller et al., 2001) und somit vom Vorhandensein einer Psychose abhängig. Folglich spielt das psychiatrische Behandlungssystem eine aktive Rolle bei der Reduktion des erneuten Delinquenzrisikos (Munkner, Haastrup, Joergensen, & Kramp, 2005).

Persönlichkeitsstörungen sind gemäß wissenschaflticher Literatur signifikant mit einem erhöhten Rückfallrisiko in Gewalt- (Bonta et al., 1998; Grann, Danesh, & Fazel, 2008; Långström, Sjöstedt, & Grann, 2004) und/oder Sexualdelikte (Långström et al., 2004) verbunden. Fazel und Yu (2011) berichten hierzu, dass Personen mit einer Psychose ein geringeres Risiko aufweisen rückfällig zu werden, als Personen mit einer Persönlichkeitstörung. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich die Behandlung dieser als schwieriger und somit langfristiger als diejenige der Schizophrenie gestaltet. Auch das Vorhandensein eines Suchtmittelmissbrauchs und einer Suchtmittelabhängigkeit wurde als signifikant mit einem erhöhten Rückfallrisiko in Gewalt- (Bonta et al., 1998; Grann et

al., 2008; Långström et al., 2004) und/oder Sexualdelikte (Långström et al., 2004) befunden. Einige Wissenschaftler schreiben der Suchtmittelstörung einen derart risikoerhöhenden Effekt zu, indem sie postulieren, dass psychisch kranke Straftäter, welche keine suchtmittelbezogene Diagnose haben, gegenüber psychisch nicht kranken Straftätern kein erhöhtes Rückfallrisiko in allgemeine Delinquenz aufweisen (Rezansoff, Moniruzzaman, Gress, & Somers, 2013).

Störungen, bei welchen bislang kein Zusammenhang mit einem Rückfall in Gewalt- und/oder Sexualdelinquenz ermittelt werden konnte, stellen z.B. affektive Störungen, wie die Depression, dar (Bonta et al., 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Eine mögliche Begründung ist gemäß Bonta et al. (1998), dass Depressionen meist episodenhaft verlaufen, und sobald sich diese verbessern (entweder als Resultat der Behandlung oder einer spontanen Remission) und das Leben des betroffenen Straftäters wieder in einen "normalen" Zustand zurückkehrt, die möglichen psychopathologischen Ursachen wegfallen, welche die Kriminalität einst begünstigt haben (Bonta et al., 1998). Folglich kann der fehlende Zusammenhang zwischen Depressionen und Rückfälligkeit in ein Gewaltdelikt, ähnlich wie bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, auf die gute Behandelbarkeit dieser psychischen Störungen zurückgeführt werden.

Allerdings gilt der Zusammenhang zwischen schweren psychischen Störungen und Gewalt als nur „mäßig“ (Van Dorn et al., 2012), weshalb sich die Frage nach weiteren Risikofaktoren für gewalttätige Rückfälligkeit stellt.

1.5.2 Robuste Risikofaktoren für Rückfälligkeit in gewalttätige Delinquenz

Die in der forensisch-wissenschaftlichen Literatur beschriebenen und als äußerst robust befundenen Risikofaktoren für Rückfälligkeit in gewalttätige Delinquenz sind: „junges Alter“, „lediger Familienstand“, „männliches Geschlecht“, „kriminelle (vor allem gewalttätige) Vorgeschichte“, „schlechte berufliche Einbindung“ und „familiäre Probleme“ (Bonta et al., 1998). Dabei stellen die Variablen „junges Alter“, „männliches Geschlecht“ und „kriminelle Vorgeschichte“ die robustesten Risikofaktoren für gewalttätige Delinquenz dar (Bonta et al., 1998). Anzumerken gilt hier jedoch, dass Vorstrafen offenbar eher ein Risikofaktor für generelle Rückfälligkeit und weniger für

Rückfälligkeit in schwere Delinquenz sind (Bonta et al., 1998; Buchanan & Leese, 2006). Ferner konnten das Vorliegen einer „antisozialen Persönlichkeitsstörung“ und einer „Suchtmittelabhängigkeit“ als signifikante Rückfallrisikofaktoren innerhalb der psychischen Störungsbilder identifiziert werden (Bonta et al., 1998; Gendreau, Little, & Goggin, 1996). Allerdings machten Grann et al. (2008) darauf aufmerksam, dass die Information über schwere psychische Störungen wie z.B. die Diagnose einer Persönlichkeits- oder Suchtmittelstörung, zu Daten über „Alter“, „Geschlecht“ und „Vorstrafen“ hinzugefügt, die Prognose einer Gewaltstraftat nur minimal erhöhen. Als zusätzliche Risikofaktoren für die erneute Begehung einer Sexualstraftat wurden bisher „frühere Sexualstraftat/en“, „sexuelle Devianz“, „psychischer und emotionaler Missbrauch in der Kindheit“, „sexuelles Interesse an Kindern“ sowie „Probleme bei intimen Beziehungen“ als robust nachgewiesen (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Somit sind die robustesten Risikofaktoren für gewalttätige Rückfälligkeit für psychisch kranke und psychisch nicht kranke Straftäter dieselben (Bonta et al., 1998).

1.6 Rückfallrisikobeurteilung bei psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern

1.6.1 Anwendung von Risk-Assessment Instrumenten bei psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern

Dass der VRAG-R, als Weiterentwicklung eines mechanischen Risk-Assessment Instrumentes, ähnlich genau in einer Patientenpopulation, welche äußerst unterschiedlich zur Entwicklungsstichprobe des VRAGs war, funktionierte, unterstützt die Annahme, dass Risikofaktoren und Ursachen von gewalttätigem Verhalten eher generell als spezifisch für eine gewisse Population zu sein scheinen (Rice, Harris, & Lang, 2013). Allerdings berichten Harris, Rice, Quinsey, Lalumière, Boer et al. (2003), dass Risk-Assessment Instrumente eine höhere Trennschärfe aufweisen, wenn sie bei Populationen, welche der Kalibrierungspopulation ähnlich sind, angewandt werden. Ferner weisen meta-analytische Untersuchungen daraufhin, dass Risk-Assessment Instrumente, welche für spezifische Populationen entwickelt wurden, höhere Raten

prädiktiver Validität bei der spezifischen Population produzieren als Instrumente, die für unspezifische Populationen entwickelt wurden (Singh, Grann, Lichtenstein, Långström, & Fazel, 2012b). Hinsichtlich der Risikobeurteilung mittels Risk-Assessment Instrumente innerhalb spezifischer Populationen, wie sie psychisch kranke Gewalt- und Sexualstraftäter darstellen, gilt es weitere Aspekte zu berücksichtigen.

Aufgrund der sehr spezifischen Untersuchungspopulation psychisch (schwer) kranker Gewalt- und Sexualstraftäter, ergibt sich bei der Beurteilung der Trennschärfe eines Risk-Assessment Instruments mittels AUC folgendes Problem: Der Berechnung der Trennschärfe mittels AUC liegt die Vierfelderkontingenztafel zugrunde (siehe Abbildung 2). Diese produziert bei geringen Basisraten höhere „falsch positive" Legalprognosen, was bedeutet, dass vermehrt Straftäter aufgrund ungünstiger Legalprognosen nicht entlassen werden, obwohl sie in Freiheit (wahrscheinlich) nicht rückfällig geworden wären.

Abbildung 2: *Vierfelderkontingenztafel*

		Tatsächliche Ergebnisse	
		rückfällig	*nicht rückfällig*
Prognosen	*ungünstig*	rp	fp
	günstig	fn	rn
		Basisrate (rp + fn)	

rp = „richtig positive" Prognose (ungünstige Prognose, tatsächlich rückfällig); fp = „falsch positive" Prognose (ungünstige Prognose, aber nicht rückfällig); rn = „richtig negative" Prognose (günstige Prognose, tatsächlich nicht rückfällig); fn = „falsch negative" Prognose (günstige Prognose, aber rückfällig).

Wissenschaftliche Untersuchungen über Basisraten zur Rückfälligkeit in erneute Delinquenz berichteten über eine Wiederverurteilungsquote zu Freiheitsstrafen aufgrund eines allgemeinen Rückfalls von 20% innerhalb der ersten 12 Monate nach Entlassung aus dem Gefängnis. Ein Jahr später liegt diese bei 30% und fünf Jahre nach Entlassung bei 40%, bis sie 12 Jahre nach Entlassung 50% erreicht (Nedopil, 2005). Für eine erneute Festnahme wegen eines Gewaltdelikts (einschliesslich Vergewaltigungen)

wurde eine Rückfallrate von 14% 12 Monate und 66% drei Jahren nach der Entlassung berichtet (Nedopil, 2005). Betreffend einer erneuten Verurteilung wegen eines Sexualdelikts wurden Quoten von 28% zwei Jahre, 21% drei Jahre und 11% vier Jahre, aber auch 66% sechs Jahre nach Entlassung berichtet (Nedopil, 2005). Diejenigen Studien, welche Rückfallraten psychisch kranker mit "gesunden" Personen verglichen, stellten fest, dass eine psychische Störung mit geringeren Rückfallraten verbunden war (Bonta et al., 1998), wobei bei der Basisrate im forensischen Kontext postuliert wird, dass man eher von einer „Erfahrungsrate“ und nicht von einer Basisrate im eigentlichen Sinne sprechen kann. So weiß man nicht, ob Probanden mit einer ungünstigen Prognose, die folglich nicht entlassen wurden, tatsächlich rückfällig geworden wären (Volckart 2002 in Gretenkord, 2013).

Folglich wird bei Risikobeurteilungen von Straftätern postuliert, dass Gefährlichkeitsprognosen nicht gestellt werden dürfen, ohne dass dabei die Basisrate berücksichtigt wird (Singh, Grann, & Fazel, 2011a). Zudem sollten in der Risk-Assessment-Literatur immer der „positive prädiktive Wert“ („positive predictive value“ [PPV[11]]) und der „negative prädiktive Werte“ („negative predictive value“ [NPV[12]]) mit angegeben werden (Singh et al., 2011a).

Wie bereits in Kapitel 1.4.1 erwähnt, liegen der Mehrheit der mechanischen Risk-Assessment Instrumente gruppenstatistisch ausgewertete (meist) statische Risikofaktoren zugrunde. Folglich stellt sich die Frage, ob diese Risk-Assessment Instrumente bei psychisch kranken Straftätern ähnlich hoch trennscharf sind wie bei "gesunden" Straftätern, da sich dynamische Variablen (wie es psychische Störungen darstellen) über den Verlauf verändern, sowie auf das Rückfallrisiko auswirken können (Harris & Rice, 2015). So konnten Morgan, Morgan, Valuri, Ferrante, Castle et al. (2013) anhand ihrer Meta-Analyse über die Behandlung psychisch kranker Straftäter aufzeigen, dass Interventionen, welche sowohl die psychiatrischen bzw. störungsspezifischen wie auch deliktspezifischen Problembereiche miteinbeziehen, eine signifikante Reduktion

[11] Der PPV bildet die Proportion von Personen ab, von denen prognostiziert wurde, dass sie rückfällig werden und dies auch tatsächlich wurden (Singh et al., 2011a)

[12] Der NPV bildet die Proportion von Personen ab, welche als nicht-rückfällig eingestuft wurden und dies tatsächlich nicht wurden (Singh et al., 2011a)

psychiatrischer und delinquenter Rückfälle bewirken können. Hieraus kann abgeleitet werden, dass gut behandelte psychisch kranke Straftäter gegenüber nicht psychisch kranken Straftätern allein aufgrund ihrer psychischen Störung/en kein signifikant erhöhtes Rückfallrisiko gegenüber "gesunden" Straftätern aufweisen, was den Befund, dass psychische Störungen einen grösseren Risikofaktor für Erstdelinquenz als für Rückfälligkeit darstellen, unterstreicht. Somit spielen psychische Störungen eher eine wichtige Rolle bei der kurzzeitigen Einschätzung von Gewalt[13]. Dies bedeutet wiederum, dass die Berücksichtigung dynamischer Risikofaktoren zwar für die Interventions- und Risikomanagementplanung von großer Relevanz ist, in Bezug auf die Trennschärfe der Rückfälligen bzw. nicht-Rückfälligen und langfristige Beurteilungen des Rückfallrisikos aber eher auf robuste statische Risikofaktoren, welche keinen (großen) Schwankungen unterliegen, zurückgegriffen werden sollte. Dies ist ferner im Einklang mit der Erkenntnis von Bonta et al. (1998), dass die robustesten Risikofaktoren für psychisch kranke und "gesunde" Straftäter dieselben sind.

Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse, stellt sich die Frage, ob bei der Risikobeurteilung eines psychisch kranken Straftäters nicht mittels wenigen robusten Risikofaktoren trennscharf zwischen „high-risk“ und „low-risk“ Straftätern unterschieden werden kann, was vor allem in Hinblick auf die oftmals sehr zeitintensiven mechanischen Risk-Assessment Instrumente und die spärlichen Ressourcen im forensischen Setting von Vorteil wäre (Rice et al., 2013; Viljoen, McLachlan, & Vincent, 2010b).

1.6.2 Das „Stepped Strategy“-Verfahren bei der Risikobeurteilung von psychisch kranken Gewalt- und Sexualstraftätern

Eine Konzentration auf wenige robuste Faktoren bei der Rückfallrisikobeurteilung von (schwer) psychisch kranken Tätern wäre dabei nicht gänzlich neu. Die Konzentration auf möglichst wenige, aber möglichst robuste Faktoren für die Entscheidungsfindung wurde bereits in anderen Fachbereichen, wie z.B. der Medizin, diskutiert und getestet (Dieckmann & Gigerenzer, 2005). Dem Anspruch eines möglichst einfachen, aber

[13] Für eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Studien siehe Snowden, Gray, Taylor und MacCulloch (2007)

trennscharfen Verfahrens liegen gemäss Dieckmann und Gigerenzer (2005) folgende vier Kriterien zugrunde: 1. Transparenz (Nachvollziehbarkeit einzelner Beurteilungsschritte), 2. Schnelligkeit und Einfachheit (ohne mathematisch aufwändige Berechnungen), 3. Frugalität (mit einem Bruchteil der möglichen Informationen auskommen) und 4. Robustheit (Fokussierung auf das Wesentliche, was einfache Heuristiken robuster gegenüber Umwelt-schwankungen, und damit unabhängig von der „time at risk" bei Legalprognosen macht). Diese sogenannte „Take The Best"-Heuristik setzt sich aus folgenden drei Regeln zusammen: 1. Suchregel (Kriterien werden in der Reihenfolge ihrer Vorhersagegüte gesucht), 2. Stoppregel (wenn ein Kriterium gefunden wurde, welches zwischen den Alternativen unterscheidet, wird auf das Einholen weiterer Informationen verzichtet) und 3. Entscheidungsregel („Take The Best" entscheidet sich für die Alternative, auf die das erste diskriminierende Kriterium hinweist ohne dabei Gewichtungen vorzunehmen; Dieckmann und Gigerenzer, 2005). In Computersimulationen wurde „Take The Best" bereits mit rechnerisch aufwändigen Standardalgorithmen der Statistik verglichen und erzielte dabei im Durschnitt mehr korrekte Vorhersagen als multiple Regressionen (71% vs. 68%, respektive). Der Grund dafür, dass „Take The Best" besser abschnitt, obwohl es nur einen Bruchteil der Variablen von aufwändigeren Modellen beinhaltete, liegt gemäß Dieckmann und Gigerenzer (2005) in deren Robustheit.

Diesem Ansatz folgend wurde hinsichtlich des forensischen Kontextes die Gewaltskala „Violence" der „Risk-Matrix 2000 (RM-V)" für gewalttätige und die „Sexual"-Skala „RM-S" für Sexualstraftäter entwickelt (Thornton, Mann, Webster, Blud, Travers et al., 2003). Diese besteht gemäß Volbert und Dahle (2010) aus den folgenden drei Items: 1. aktuelles Alter des Täters (vierfach gestuft erfasst), 2. Anzahl gewalttätiger Vordelikte bzw. Vordelikte mit Sexualdelinquenz (vierfach gestuft erfasst) und 3. Vorhandensein eines Einbruchdiebstahls in der strafrechtlichen Vorgeschichte (dichotom erfasst). Diese Variablen werden anschließend entsprechend gewichtet, aufsummiert und einer von vier Risikostufen zugeordnet. Verglichen zu den berichteten AUCs einer der am weit verbreitetsten aktuarischen Risk-Assessment Instrumente, dem VRAG (dessen Trennschärfe gemessen über die AUC zwischen .74 und .79 liegt), wurde eine AUC des „RM-V" bei deutschen Gewaltstraftätern mit .68 bis .77 berichtet werden (Volbert &

Dahle, 2010). Somit erweist sich dieser Ansatz für die schnelle Identifikation von „high-risk“ Straftätern als vielversprechend.

Dieses Verfahren erweiternd, könnte hinsichtlich der spärlichen Ressourcen im forensischen Setting in einem ersten Schritt ein schnelles „Screening“ anhand der leicht zugänglichen Informationen vorgenommen werden, und erst in einem zweiten Schritt nur diejenigen, welche als „high-risk“ klassifiziert wurden, einem eingehenden Risk-Assessment unterzogen werden, um hierüber das Management des hohen Risikos abzubilden (vgl. LSI-R:SV; Ferguson, Ogloff, & Thomson, 2009). Im Rahmen dieses „Screening“-Ansatzes konnte eine empirische Studie von Buchanan und Leese (2006) identifiziert werden, die dieses Verfahren an psychisch kranken Straftätern untersuchte. Buchanan und Leese prüften die drei robustesten Risikofaktoren für allgemeine und schwere Delinquenz: „Alter“, „Geschlecht“ und „frühere Delinquenz“ mittels logistischer Regressions-, Likelihood und ROC-Analysen bei Patienten, welche aus einer psychiatrischen Hochsicherheitsklinik entlassen wurden. Sie fanden, dass die alleinige Information von „Alter“, „Geschlecht“ und „Anzahl früherer Straftaten“ für Rückfälle in allgemeine Delinquenz Trennschärfen (mittels AUC) in Abhängigkeit der „time at risk“ von .68, .73 und .72 für 2.5, 6.5 und 10.5 Jahre nach Entlassung (respektive) aufwiesen. Das Hinzufügen der Information über psychische Störungen konnte somit nicht signifikant zur Trennschärfe der Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Anzahl früherer Straftaten“ beitragen. Nach Kriteriumsvariable differenziert („irgendeine Straftat“ vs. „schwere Straftat“) trug die Information über psychische Störungen allerdings bei einem Beobachtungszeitraum von 10.5 Jahren nach Entlassung jedoch signifikant zur Trennschärfe bei schweren Straftaten bei. So wurde in Bezug auf Rückfälle in schwere Delinquenz eine AUC von .69 für das Ursprungsmodell („Alter“, „Geschlecht“ und „Anzahl früherer Straftaten“) sowie von .75 nach Beizug der Variable „psychische Störungen“ zum Ursprungsmodell für 10.5 Jahre nach Entlassung ermittelt. Ferner fanden Buchanan und Leese, dass bei schweren Straftaten psychische Störungen und demographische Informationen („Alter“ und „Geschlecht“) allein, d.h. auch ohne die Information über frühere Vorstrafen, signifikant ($p<0.001$) mit einem Gewaltrückfall verbunden waren. Allerdings spiegelte sich innerhalb der psychischen Störungen ihrer Untersuchungspopulation ein hoher Anteil der psychopathischen Persönlichkeit wider, von welcher bekannt ist, dass sie durch Intervention, wenn überhaupt, nur schwer

veränderbar ist (Kozol et al., 1972) und einen Risikofaktor für gewalttätige Rückfälligkeit darstellt (Harris, Rice, & Cormier, 1991). Buchanan und Leese (2006) schlussfolgerten aus ihren Ergebnissen, dass für „high-risk"-forensische Patienten ein ähnlich hohes Niveau der Trennschärfe alleine durch den Beizug einer begrenzten Menge an leicht zugänglichen Informationen erreicht werden kann und forderten eine Replizierung ihrer Studie in einer anderen Untersuchungspopulation. Die nachfolgende dissertationszugehörige Studie befasste sich deshalb mit der Replikation des von Buchanan und Leese (2006) implementierten Ansatzes in einer Untersuchungspopulation entlassener Gewalt- und Sexualstraftäter im Kanton Zürich.

Fries D, Rossegger A, Endrass J, & Singh J-P (2013). The prediction of criminal recidivism using routinely available file information. *International Journal of Psychological Research, 6*(2), 8-14.

Ziel dieser Studie war es, die Untersuchungen von Buchanan und Leese (2006) in Hinblick auf die Beurteilung künftiger Rückfälle in die Delinquenz kreuz zu validieren. Die vorliegende Studie wurde an 193 entlassenen männlichen Gewalt- und Sexualstraftätern aus Gefängnissen oder forensischen Institutionen innerhalb des Kantons Zürich vorgenommen. Um die Studie von Buchanan und Leese in unserer Population replizieren zu können, mussten zunächst relevante Anpassungen vorgenommen werden. So wurde die Variable „Anzahl früherer Verurteilungen zum Zeitpunkt der Entlassung" um die Verurteilungsrate vor dem Anlassdelikt modifiziert, weil die Möglichkeit zu delinquieren im Gefängnis erschwert ist. Ferner wurden Probanden mit einer geistigen Behinderung aus unserer Studie ausgeschlossen, da dies nur zwei Straftäter betraf und diese zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht entlassen waren.

Die Ergebnisse zeigten auf, dass ein multivariables Modell, welches „Alter" und „kriminelle Vorgeschichte" beinhaltete, die höchsten Raten der prädiktiven Validität für generelle und schwere Rückfälligkeit produzierte. Die Information über „psychische Störungen" trug nicht signifikant zur prädiktiven Validität in Hinblick auf allgemeine und schwere zukünftige Delinquenz über alle Katamnesezeiträume von 2.5, 6.5 und 10.5 Jahre nach Entlassung bei. In Hinblick

auf die Variable „frühere Verurteilung“ konnte analysiert werden, dass diese über alle Katamnesezeiträume in Abhängigkeit zu allgemeiner Rückfälligkeit signifikant zur Variable „Alter“ beitragen konnte; betreffend Rückfälligkeit mit einem schweren Delikt jedoch nur bei einer „time at risk“ von 6.5 und 10.5 Jahren. Allerdings konnte bei einer „time at risk“ von 2.5 in Abhängigkeit zu Rückfällen mit schweren Gewaltdelikten auch die Variable „Alter“ nicht signifikant zur Trennschärfe beitragen.

1.6.3 Das „Stepped Strategy“-Verfahren bei der Risikobeurteilung von an Schizophrenie erkrankten Gewalt- und Sexualstraftätern

Da in der Literatur beschrieben wurde, dass Risk-Assessment Instrumente, welche an spezifischen Entwicklungsstichproben im Gegensatz zu heterogenen Untersuchungspopulationen entwickelt wurden, eine höhere prädiktive Validität aufweisen (Singh et al., 2012b) und sich der Ansatz als erfolgversprechend zeigte, wurde in einem nächsten Schritt das Modell von Wootton und Kollegen, welches an entlassenen Patienten/innen mit einer Psychose entwickelt wurde, an Gewalt- und Sexualstraftäter mit einer Diagnose der Schizophrenie kreuzvalidiert. Wootton, Buchanan, Leese, Tyrer, Burns et al. (2008a) entwickelten, dem Ansatz von Buchanan und Leese folgend, ein einfaches „Screening“-Verfahren, welches ebenfalls auf den drei Variablen „Alter“, „Geschlecht“ sowie „Gewalt in der Vorgeschichte“ basierte und mittels logistischen Regressionen sowie ROC-Analysen an aus der Psychiatrie entlassenen Patienten mit der Diagnose einer Psychose getestet wurde. Allerdings erweiterten sie das Modell um die Variable „illegaler Drogenmissbrauch“, weil dieser als ebenfalls robuster risikoerhöhender Faktor gilt und die Autoren diese Information als leicht zugänglich einstuften. Obwohl die Information über das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung in ihrer Studie zusätzlich eine signifikante statistische Verbesserung des Modells erbrachte, wurde sie letztendlich nicht in das Modell integriert, da der Anspruch lautete, ein Modell zu kreieren, welches nur schnell zugängliche Informationen enthalte. Im Unterschied zum Modell von Buchanan und Leese gewichteten Wootton und Kollegen die einzelnen Variablen, indem sie die Koeffizienten des linearen Prädiktors des Modells („Alter“, „Geschlecht“, „tätlicher Angriff in den letzten beiden Jahren“ und „Drogenkonsum“) zu

ganzen Zahlen konvertierten. Sie fanden, dass schnell verfügbare demographische und klinische Informationen über Patienten/innen mit einer Psychoseerkrankung die Prognose einer Tätlichkeit bis zu zwei Jahren erlaubten, und der Grad der Trennschärfe dabei mit demjenigen detaillierterer Risk-Assessment Instrumente vergleichbar war. Demnach befasste sich die folgende dissertationszugehörige Studie mit der Replikation des von Wootton entwickelten Modells an einer Untersuchungspopulation entlassener Gewalt- und Sexualstraftäter aus dem Kanton Zürich.

Fries D, Rossegger A, Endrass J & Singh J-P (2013). Utility of a Violence Screening Tool to Predict Recidivism in Offenders with Schizophrenia: A total Forensic Cohort Study. *Open Access Journal of Forensic Psychology,* 5, 40-52.

Das Anliegen der folgenden empirischen Studie war demnach das „Screening"-Instrument von Wootton und Kollegen bezüglich der prädiktiven Validität in einer schizophrenen Gewalt- und Sexualstraftäterpopulation aus dem Kanton Zürich zu untersuchen. Um die prädiktive Validität des „Screening"-Instruments von Wootton und Kollegen (2008a) in einer forensischen Kohorte von Straftätern ermitteln zu können, wurden 34 männliche Gewalt- und Sexualstraftätern aus dem Kanton Zürich mit der Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht. Das multivariable Modell von Wootton und Kollegen lautet ursprünglich wie folgt:

Werte 11, wenn tätliche Angriffe in den letzten beiden Jahren vorkamen

addiere 2, für männliches Geschlecht

addiere 6, wenn Drogenkonsum im letzten Jahr vorlag

addiere 20

subtrahiere 0.3 x Alter bei Entlassung

dividiere den Gesamtwert durch 3.5

Da dieses Modell für die Wahrscheinlichkeitsbeurteilung eines tätlichen Angriffs bei Personen mit einer Psychose entwickelt wurde, mussten jedoch vorgängig einige Anpassungen des Instruments, im Sinne der Übertragung der einzelnen

Variablen auf den forensischen Kontext, vorgenommen werden. Die Variable „Frühere tätliche Angriffe innerhalb der letzten beiden Jahre“ wurde somit auf „frühere tätliche Angriffe während der letzten beiden Jahre vor dem Anlassdelikt“ modifiziert, weil Straftäter, welche in den letzten beiden Jahren vor der Studie inhaftiert waren, keine vergleichbare Möglichkeit hatten gewalttätig zu werden wie die Patienten der Originalstudie. Zusätzlich wurde die Definition des Drogenkonsums auf eine Diagnose eines Drogenmissbrauchs oder einer Drogenabhängigkeit beschränkt, da hier dieselbe Argumentation gilt wie für die früheren Gewalttätigkeiten.

Die Ergebnisse der ROC-Analyse deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein zufällig gewählter rückfälliger Proband eine höhere Risikoklassifizierung hat, als ein zufällig gewählter nicht-rückfälliger Proband, 74% beträgt. Die Sensitivität („richtig positive“ Rate) betrug dabei 100%, was bedeutet, dass „high-risk“ Eingestufte auch tatsächlich rückfällig wurden. Die „falsch negative“ Rate betrug 0%, was bedeutet, dass keiner der als „low-risk“ Identifizierten rückfällig wurde. Von den nicht-Rückfälligen wurde allerdings nur etwa die Hälfte als „low-risk“ identifiziert (Spezifität = 51.5%). Der PPV lag mit 5.6% sehr tief, was bedeutet, dass das bei der prospektiven Einstufung rückfallgefährdeter Personen nicht hilfreich war. Jedoch wies es sich durch eine sehr hohe Trennschäfe (100%) bei der prospektiven Identifikation von „low-risk“ Probanden aus.

1.7 Ausblick

Mit der Einführung des Maßregelvollzugs (in Deutschland) als Pendant zum Strafvollzug, besteht seither die Möglichkeit, auch bei Rechtsbrechern, welche aufgrund ihrer psychischen Störung schuldunfähig oder nur vermindert schuldfähig sind, jedoch ein gewisses Fremdgefährdungspotential für die Allgemeinbevölkerung darstellen, die Sicherung und/oder Besserung zu gewährleisten. Allerdings sieht sich der Maßregelvollzug seit Jahren mit steigenden Belegungs- und Abbruchraten konfrontiert, was für den Behandlungsauftrag problematisch ist. Deshalb widmen sich Experten auf diesem Gebiet der Identifikation möglicher Ursachen. Da bisherige Gesetzesänderungen nicht

den erwünschten Erfolg brachten, sind seither vor allem die Analyse der Qualität forensischer Prognosegutachten sowie die Extrahierung von spezifischen Merkmalen für Abbrecher im Maßregelvollzug zentraler Bestandteil wissenschaftlicher Tätigkeit. Mittels robuster Risikofaktoren für einen „ungünstigen“ Maßregelvollzugsverlauf soll künftig sowohl die Beurteilung der Erfolgsaussicht mittels standardisierter Leitlinien vorgenommen werden, als auch die Intervention durch eine trennscharfe Identifikation hochabbruchgefährdeter Untergebrachter optimiert werden.

Während in diesem Tätigkeitsfeld noch einige Forschung notwendig ist, sind andere forensische Risikobeurteilungen bereits besser erforscht. So z.B. die Risikoeinschätzung der Suizidalität bzw. des Suizidrisikos sowie der "Gefährlichkeit" eines Straftäters. Der Beurteilung der "Gefährlichkeit" eines (psychisch kranken) Rechtsbrechers kommt dabei eine zentrale Aufgabe forensisch tätiger Fachpersonen zu.

Um die Legalprognose eines Täters abzubilden und daran anknüpfend die bestmögliche Intervention implementieren zu können, stehen dem Prognostiker unterschiedliche Methoden der Risikobeurteilung zur Verfügung. Aufgrund gut fundierter empirischer Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die mechanischen Risk-Assessment Instrumente gegenüber den klinischen Risk-Assessment Instrumenten und der unstrukturiert-klinischen Methode die beste prädiktive Validität aufweisen. Dies deshalb, weil sie sich auf meist statische Risikofaktoren stützen, welche als robust gelten. Folglich fungieren sie unabhängig von der „time at risk“ und sind aufgrund ihrer Robustheit gut auf andere Situationen übertragbar. Dieckmann und Gigerenzer (2005) weisen darauf hin, dass man im Nachhinein zwar oftmals komplexere Modelle mit besseren Übereinstimmungen generieren kann, aber bei der Entscheidungsfindung prospektiv – sprich über noch ungewisse Ausgänge – entschieden werden muss, und sich hierfür am besten das Miteinbeziehen von robusten Faktoren eignet. Folglich sollte bei der Beurteilung des (langfristigen) Rückfallrisikos eines Straftäters auf wenige, aber robuste (statische) Risikofaktoren zurückgegriffen werden. Hierüber könnte zunächst eine Art „Grundrisiko“ eines Straftäters abgebildet werden, über welches sich Straftäter in „high-risk“ und „low-risk“ einordnen lassen.

Harris und Rice (2015) empfehlen, dass die Beurteilung von langfristigem Gewaltrisiko separat von der Identifikation dynamischer Risikofaktoren durchgeführt wird. Zwar liefern dynamische Risikofaktoren bezüglich der Behandlungsplanung und Supervision eine wichtige Kontribution, weil sich hierüber (Therapie-)Verläufe abbilden lassen (Rice et al., 2013), gelten jedoch bislang als noch unzureichend untersucht. So weiß man bisher noch nicht, welche dynamischen Risikofaktoren mit dem Rückfallrisiko korrelieren, weshalb künftig weitere Forschungstätigkeiten notwendig sein werden, bevor einzelne dynamische Risikofaktoren als deliktrelevant bezeichnet werden können (Harris & Rice, 2015).

Hier greift der „Stepped Strategy"-Ansatz an. Hat ein Straftäter aufgrund statischer und robuster Risikofaktoren ein hohes Rückfallrisiko, so sollte erst in einem nächsten Schritt ein eingehendes Risk-Assessment, welches dynamische und damit veränderbare Risikofaktoren abbildet, vorgenommen werden (siehe „Stepped Strategy"-Ansatz), um daraus mögliche Interventionsstrategien ableiten zu können. Dass dieses Verfahren auch noch zwei Jahre nach den sich damit befassenden, dissertationszugehörigen Studien, Gegenstand forensischer Forschung ist, zeigt sich anhand aktueller Forschungstätigkeiten, wie der erst kürzlich erschienene Studie von Tully und Browne (2015), zur Reliabilität und Validität der „Risk Matrix 2000" bei Sexualstraftätern, sowie diverser Diskussionen über eine stufenweise Risikobeurteilung der "Gefährlichkeit" eines jeweiligen Straftäters (Guy, Douglas, & Hart, 2015).

Ob sich dieser Ansatz in der Praxis bewährt, wurde bislang noch nicht hinreichend untersucht und sollte Gegenstand künftiger empirischer Untersuchungen sein. Ebenso sollten sich Studien in Zukunft mit der Transferierung dieser Methode auf andere Kriteriumsvariablen befassen, da einige der als robust befundenen Risikofaktoren für fremdgefährdendes Verhalten (wie z.B. niedriges Lebensalter) auch in Hinblick auf selbstgefährdendes Verhalten und einen Abbruch des Maßregelvollzugs identifiziert werden konnten. Neben der wissenschaftlichen Überprüfung des „Stepped Strategy"-Verfahrens auf andere Kriteriumsvariablen, sollte ein weiterer Fokus auf der Identifikation von „low-risk" Straftätern, bei Populationen mit besonders geringen Basisraten, aufgrund bisheriger Ergebnisse, weiterverfolgt werden.

2 VERÖFFENTLICHUNGEN

2.1 Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, *79*, 404-410.

2.1.1 Zusammenfassung

Das Anliegen dieser Übersichtsarbeit ist es, auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche, den aktuellen Stand der Forschung über geeignete Zuweisungskriterien in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB darzustellen. Trotz der sehr heterogenen Klientel konnten in den empirischen Primärstudien einige robuste Prädiktoren für einen Therapieabbruch im Maßregelvollzug identifiziert werden. So sind zum Beispiel ein „niedrigeres Lebensalter“, eine „frühere Delinquenz“, das „Fehlen eines Schul- und Berufsabschlusses“ und eine „Persönlichkeitsstörung“ die robustesten Prädiktoren für einen erfolglosen Therapieverlauf im § 64 StGB Maßregelvollzug.

2.1.2 Einleitung

Dualismus: Straf- versus Maßregelvollzug

In Deutschland wird bei der Unterbringung von Straftätern zwischen dem Straf- und Maßregelvollzug unterschieden. Während der Strafvollzug schuldfähigen bzw. zumindest teilweise schuldfähigen Tätern vorbehalten ist, sieht der Maßregelvollzug neben der Unterbringung von (vermindert) schuldfähigen auch jene von schuldunfähigen Tätern vor (Habermeyer, 2009; Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, n.d.). Die Unterbringung im Maßregelvollzug wird von den sogenannten „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ geregelt, welche sich in drei freiheitsentziehende und drei ambulante Maßregeln unterteilen lassen (Habermeyer, 2009). Bei den drei freiheitsentziehenden Maßregeln wird zwischen einer „Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)“, einer „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)“ und der „Sicherungs-

verwahrung (§ 66 StGB)“ differenziert. Den drei freiheitsentziehenden Maßregeln gemeinsam ist, dass sie Straftäter sicher unterbringen, von denen weitere Straftaten zu erwarten sind und eine Gefahr für die Bevölkerung besteht (Landeswohlfahrtsverband Hessen, 2007). Im Unterschied zur Sicherungsverwahrung setzt die Unterbringung nach §§ 63 und 64 StGB eine psychische Auffälligkeit voraus und verfolgt das Ziel, dem psychisch Kranken oder Abhängigen ein straf- und/oder suchtmittelfreies Leben zu ermöglichen (Habermeyer, 2009; Hessen, 2007).

Voraussetzungen für eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB

Für die Anordnung einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB hat das Gericht einen Sachverständigen beizuziehen (§ 246a StPO). Dieser beurteilt neben der Schuldfähigkeit, ob der abhängige Konsum psychotroper Substanzen mit dem Einweisungsdelikt zusammenhängt, ob die Gefahr erneuter Straftaten besteht und ob die Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung gegeben ist (Boetticher et al., 2007; Pollähne & Kemper, 2007). Während die Gefahr erneuter Straftaten und eine Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung gegeben sein müssen, muss eine Verminderung der Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt nicht zwingend gegeben sein (Habermeyer, 2009). Vielmehr ist die Prüfung der Schuldfähigkeit vor allem deshalb von Relevanz, als dass das Gericht bei voll erhaltener sowie verminderter Schuldfähigkeit neben der zeitlich befristeten Maßregel eine Freiheitsstrafe aussprechen kann (Rebel, 2002).

Auch wenn die Strafprozessordnung den Beizug eines Sachverständigen für die Anordnung einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vorschreibt, gibt es Hinweise darauf, dass zumindest in der Vergangenheit die Rechtspraxis eine Andere war und ein erheblicher Anteil der Anordnungen ohne Beizug eines Sachverständigen erfolgte (Wilms, 2005). Beispielsweise wurden 1996 in den westlichen Bundesländen (mit Berlin) 7% der Unterbringungen nach § 64 StGB ohne Gutachtengrundlage angeordnet (Dessecker, 2004).

Hat der Richter eine Unterbringung nach § 64 StGB angeordnet, ist sie gemäß § 67d Abs. 1 StGB auf zwei Jahre befristet (Pollähne & Kemper, 2007). Wird neben der Maßregel

eine Freiheitsstrafe verhängt, so wird die Maßregel in der Regel vor der Freiheitsstrafe vollzogen (§ 67 Abs. 1 StGB) (Pollähne & Kemper, 2007). In diesem Fall wird die Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug bis zu ⅔ auf die Strafe angerechnet (§ 67 Abs. 4 StGB), was bei Freiheitsstrafen ab drei Jahren zur Folge haben kann, dass – unabhängig vom Verlauf der Maßregel – nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug ein Vollzug der Reststrafe in einer Justizvollzugsanstalt erfolgt (Habermeyer, 2009; Pollähne & Kemper, 2007; Wilms, 2005)

Gesetzliche Grundlagen der Anordnung einer Unterbringung nach § 64 StGB im Wandel

Seit 1994 wurde wiederholt eine Anpassung in den Eingangskriterien für die Anordnung einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vorgenommen – nicht zuletzt, um den hohen Abbruchquoten (wegen Aussichtslosigkeit der Maßregel) zu begegnen. So stieg die Anzahl der Einweisungen bundesweit innerhalb von 20 Jahren (1970-1990) von 179 auf 1160 an (Statistisches Bundesamt, 2008). Parallel dazu erhöhte sich auch die Abbruchquote in den westlichen Bundesländern von 10% bis 20% Mitte der Achtziger auf bundesweit 38.6% im Jahr 1994 (Gericke & Kallert, 2007; Metrikat, 2002).

Bis 1994 wurde die Unterbringungsdauer nur dann auf die Strafzeit angerechnet, wenn die Therapie nicht wegen Aussichtslosigkeit abgebrochen wurde (§ 67d Abs. 5 S.1 StGB) (Pollähne & Kemper, 2007; Rasch, 1991). Somit lief der nach § 64 StGB untergebrachte Straftäter Gefahr, dass sich sein Freiheitsentzug gegenüber dem eigentlichen, durch das Gericht festgesetzten Strafmass, verlängert. Dies wurde dahingehend kritisiert, dass das Risiko des verlängerten Freiheitsentzugs der Therapiemotivation des Untergebrachten abträglich sei (Schalast, 1994). Dies umso mehr, als dass der § 67d StGB vorschrieb auch Untergebrachte, die die Zusammenarbeit verweigerten oder bei denen sich relativ rasch eine Aussichtslosigkeit der Behandlung herausstellte, mindestens ein Jahr mitzuführen bevor die Maßregel abgebrochen werden konnte (Schalast, 1994).

1994 beschloss das Bundesverfassungsgericht (BVerfG), dass die Maßregelvollstreckung unabhängig von der Art der Beendigung der Unterbringung auf zwei Drittel der Freiheitsstrafe angerechnet werden kann (Pollähne & Kemper, 2007). Zudem wurden

die Voraussetzungen für die Anordnung einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verschärft, um Fehleinweisungen vorzubeugen. Die bisherigen Unterbringungsbestimmungen gemäß § 64 Abs. 2 StGB, wonach *„die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint*" wurden für verfassungswidrig erklärt, da eine konkrete Aussicht auf einen Behandlungserfolg nicht erfasst würde, und die Maßregel auch ohne Aussicht auf Erfolg angeordnet werden könne (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2002; Ingenleuf, 1992). Der Beschluss des BVerfG sah vor, dass eine Unterbringung nach § 64 StGB fortan nur dann anzuordnen sei, wenn *„eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren"* (Pollähne & Kemper, 2007). Während also bis anhin eine negativ formulierte Ausschlussprognose galt, musste fortan eine positive Behandlungsprognose gestellt werden (Meier & Metrikat, 2003). Darüber hinaus schaffte der BVerfG-Beschluss die 1-Jahres Klausel im § 67d StGB für die Mindestdauer der Unterbringung ab, so dass fortan *„die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (...) nicht weiter vollzogen werden (darf), wenn keine konkrete Aussicht mehr auf einen solchen Behandlungserfolg besteht"* (Pollähne & Kemper, 2007). Seither muss das Oberlandesgericht gemäß § 67e StGB alle sechs Monate prüfen, ob die Voraussetzungen der Unterbringung nach § 64 StGB weiterhin gegeben sind (Bundesministerium der Justiz, 2009).

Die Gesetzesänderung von 1994 schien zunächst zu einer Stabilisierung der Anzahl der nach § 64 StGB untergebrachten Straftäter zu führen. So kam es zwischen 1994 und 1996 bundesweit sogar zu einem leichten Rückgang der Belegungsquoten in den auf die Behandlung nach § 64 StGB spezialisierten Abteilungen/Institutionen (Dessecker, 2004). Dies war jedoch von kurzer Dauer und schon bald kam es zu einer Fortsetzung des zuvor beobachteten Anstiegs der Häufigkeit der Anordnung der Unterbringung nach § 64 StGB: So nahm die Anzahl der nach § 64 StGB Untergebrachten bundesweit von 1373 (1995) auf 2473 im Jahr 2005 (Gericke & Kallert, 2007; Statistisches Bundesamt, 2008; 2009) um knapp 80% zu. Somit hatte die Gesetzesänderung des § 64 StGB mit der Formulierung *„hinreichend konkrete Aussichten, den Süchtigen zu heilen"*, nicht wie erwünscht die Schwelle für die Anordnung der Maßregel erhöht (Metrikat, 2002). Dies, so Meier und Metrikat (Meier & Metrikat, 2003), könnte darauf zurückzuführen sein,

dass die Anordnung des § 64 StGB auch dann rechtskräftig war, wenn eine *„hinreichend konkrete Aussicht“* auf einen Behandlungserfolg erst im Laufe der Therapie auftrat. Aber auch Unsicherheit bei der Beurteilung der Erfolgsaussicht wurde als Erklärung genannt (Metrikat, 2002). Pollähne und Kemper (Pollähne & Kemper, 2007) untersuchten im Jahr 2005 aus dem Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen entlassene Straftäter und schlussfolgerten, dass die neue gesetzliche Grundlage der Anordnung nur teilweise einen Einfluss auf die Rechtspraxis hatte. So konnten die Autoren zeigen, dass 30% der Einweisung zu Grunde liegenden Gutachten (zum Teil 10 Jahre nach der Gesetzesänderung von 1994) die Unterbringung aufgrund einer Erfolgsaussicht noch immer der „nicht von vornherein aussichtslose(n)“-Formel gleichstellten.

Auch die Abbruchquoten erhöhten sich weiterhin: Der Anteil derjenigen, bei denen die Unterbringung erfolglos beendet wurde, erhöhte sich von bundesweit 38.6% 1994 auf knapp 50% im Jahr 2000 (Metrikat, 2002). Schalast (Schalast et al., 2004) argumentierte, dass dies Ausdruck einer Fehlentwicklung sein könnte, indem sich Therapeuten auf Patienten mit wenigen, der für suchtkranken Patienten, typischen Risikofaktoren (und vermutlich angenehmer durchzuführende) Therapien konzentrieren und die Behandlung bei problematischeren Patienten vorzeitig abbrechen. Es werde also eine hohe Abbruchquote in Kauf genommen, um primär mit Straftätern zu arbeiten, die nur wenige der Risikofaktoren aufweisen, die bei substanzabhängigen Straftätern typisch sind (Schalast et al., 2004). Somit könnte der Anstieg der Abbruchquoten in den Jahren nach der Gesetzesänderung von 1994 auch eine Folge der Eliminierung der 1-Jahres Klausel im § 67d StGB sein.

Zusammenfassend wurde kritisiert, dass die Kriterien für die Beurteilung der Erfolgsaussicht „unbestimmt und inhaltsleer“ seien und einer Präzisierung bzw. Verschärfung bedürften (Metrikat, 2002). Mit einer erneuten Revision der gesetzlichen Grundlagen des Maßregelvollzugs vom 20.7.2007 wurde der Kritik Rechnung getragen, indem die Unterbringung nun noch strenger an den Erfolgsaussichten einer Therapie gemessen wird und somit nur noch angeordnet werden kann, wenn

> *„die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn*

> *eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen"* (Pollähne & Kemper, 2007).

Die 1994 eingeführte „hinreichend konkrete Aussicht" auf einen Therapieerfolg musste demnach bereits vor der Anordnung der Maßregel vorausgesetzt sein und durfte sich nicht erst im Verlauf der Massnahme ergeben. Ebenfalls wurde die Vollstreckungsreihenfolge umgekehrt, indem ein Teil der parallel verhängten Freiheitsstrafe bereits vor der Maßregel vollzogen werden kann (§ 67 Abs. 2 StGB; Pollähne & Kemper, 2007). Dieser sogenannte Vorwegvollzug sollte (bei längeren Freiheitsstrafen von drei Jahren) den Anteil derjenigen verringern, bei denen nach Entlassung aus der Maßregel eine Verlegung in den Strafvollzug erfolgt und somit die Therapiemotivation der Untergebrachten erhöhen.

Folgen des Wandels der gesetzlichen Grundlagen der Anordnung einer Unterbringung nach § 64 StGB

Bislang hat auch diese jüngste Änderung der gesetzlichen Voraussetzungen für die Anordnung einer Unterbringung nach § 64 StGB weder zu einer Stabilisierung der Belegungszahlen noch zu einem Anstieg der erfolgreichen Entlassungen aus dem Maßregelvollzug (bzw. Rückgang der Abbrüche) geführt: So ist die Anzahl der Untergebrachten seit der Anpassung des § 64 StGB 2007 bundesweit weiter auf 2'811 im Jahr 2009 angestiegen (Statistisches Bundesamt, 2009). Die Quote der Abbrecher stieg bundesweit auf über 50% an (von der Haar, 2009 aus Schalast, 2009).

Demnach ist es das Ziel vorliegender Arbeit den aktuellen Stand der Forschung über geeignete Zuweisungskriterien in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB darzustellen. Dabei soll insbesondere auf spezifische Charakteristika der untersuchten Stichproben als auch der Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Studiendurchführung geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen Bezug genommen werden. Durch die Identifikation möglicher negativer Prädiktoren eines Behandlungserfolgs im § 64 StGB Maßregel-

vollzug soll ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn über die Ursachen der stetig steigenden Abbruchquoten erzielt werden.

2.1.3 Methodik

Vorliegende Arbeit fokussiert auf den rechtlichen Rahmenbedingungen und der Vollzugspraxis im Zusammenhang mit dem § 64 des Deutschen StGB. Entsprechend fand bei der Auswahl der Suchbegriffe der Literaturrecherche eine Fokussierung auf die deutsche Sprache statt. Dieser Entscheid bedingte auch, dass von November 2009 bis Januar 2010 systematisch unter Verwendung von Schlagwörtern (in deutsch und englisch) wie „Maßregelvollzug", „Entziehungsanstalt", „§ 64 StGB", „Sucht und Straftäter", „Sucht und Delinquenz", „Maßnahmen der Besserung und Sicherung" und „forensische Psychiatrie" Literatur in den Literaturdatenbanken *Pubmed* und *PSYCHInfo* gesucht wurde.

Auf diese Weise konnten mehr als 60 Artikel größtenteils aus dem deutschsprachigen Raum, aber auch aus dem englischsprachigen Raum identifiziert werden. Für die weitere Aufarbeitung der Literatur wurden jedoch nur jene Artikel berücksichtigt, die sich auf deutsches Recht sowie auf volljährige Straftäter bezogen. Studien, die jugendliche Straftäter (14-21 Jahre) untersuchten, wurden vernachlässigt, da sich Jugendliche noch in der Entwicklung befinden und meist noch keine Schulausbildung vorweisen können, weshalb bei der Therapie auch ein pädagogisches Ziel verfolgt wird (Schläfke & Häßler, 2001; Weissbeck & Günter, 2010). Darüber hinaus befinden sich bislang noch überwiegend mehr Erwachsene im Maßregelvollzug, so dass es noch einer ausführlichen Literatur zu Jugendlichen im Maßregelvollzug fehlt (Schläfke & Häßler, 2001). Weitere Ausschlusskriterien für die Aufnahme in diese Übersichtsarbeit waren eine Stichprobengrösse von N<50 und ungenügende Angaben zum Studiendesign.

Anhand der bereits ausführlichen und mehrfachen Darstellung früherer Studienergebnisse zu möglichen negativen Prädiktoren eines erfolgreichen Behandlungsabschlusses im § 64 StGB Maßregelvollzugs (vor 1999) durch andere Autoren (Dessecker, 1996; Metrikat, 2002), wurden nur aktuellere Studien (1999 - 2009) zur näheren Analyse berücksichtigt. Dies resultierte in 9 peer-reviewten Studien, welche

Eigenschaften und Indikatoren für den Verlauf der Maßregel nach §64 StGB untersuchten. Diese 9 Studien wurden um aktuelle Arbeiten, die durch wiederholte Zitierung in den Studien Relevanz erhielten, ergänzt.

Um die Robustheit der in den Studien aufgezeigten Zusammenhänge besser interpretieren zu können, wurde der Relevanz der Indikatioren mit einer Effektgröße in Form von Odds Ratios (OR) Ausdruck verliehen. Dabei wurde zunächst pro Studie für jeden Indikator eine OR bestimmt und auf der Grundlage eines Mantel-Haenszel- und logitbasierten Schätzers die Homogenität der Indikatoren über die einzelnen Studien hinweg überprüft. Bei zufriedenstellender Homogenität ($p > 0.05$) wurde auf der Grundlage der deskriptiven Ergebnisse für den jeweiligen Indikator eine gepoolte Effektgröße (Crude Odds Ratio) ermittelt.

2.1.4 Ergebnisse

Vergleichbarkeit der Primärstudien

Fast allen Studien gemeinsam ist, dass die Daten auf der Grundlage von Aktenmaterial und unter Verzicht auf einen persönlichen Kontakt zu den Straftätern erhoben wurden. Das Aktenmaterial bestand in der Regel aus Patientenakten (u.a. psychiatrische Gutachte, begründete Urteile und eine Behandlungsdokumentation einschliesslich prognostischer Stellungnahmen) und Informationen aus dem Vorstrafenregister des Bundeszentralregisters (Berger, Scheurer, Honecker, Andritsch, & Six, 1999; Gericke & Kallert, 2007; Gerl & Bischof, 2001; Metrikat, 2002; Schalast, 2000; Schalast et al., 2004). Die Datenerhebung erfolgte meist anhand eigens für die Studie entwickelter Erhebungsbögen.

Das Studiendesign war in sechs der neun Studien retrospektiv (Berger et al., 1999; Gericke & Kallert, 2007; Gerl & Bischof, 2001; Metrikat, 2002; Pollähne & Kemper, 2007) – es wurden Daten zu ehemaligen Patienten erhoben – und in drei Studien prospektiv (Bezzel, 2008; Schalast, 2000; Schalast et al., 2004). Die retrospektiven Studien untersuchten im Mittel Patientenaustritte aus vier Behandlungsjahrgängen. Die

Beobachtungszeit der prospektiven Studien reichte von einem Jahr bis zu über fünf Jahren (Gericke & Kallert, 2007).

Ein Vergleich der vorliegenden empirischen Studien ist vor allem dadurch erschwert, dass sich die untersuchten Populationen voneinander unterscheiden. Diese Unterschiede sind zum Einen darauf zurückzuführen, dass die Daten der einzelnen Studien in der Regel aus einem einzigen Bundesland stammen und die Bundesländer für die Ausführung der Unterbringungsform des Maßregelvollzugs gesetzlich definierte Gestaltungsspielräume haben (Gericke & Kallert, 2007). So sind lediglich die Ziele und Aufgaben der Einrichtungen einheitlich definiert (§ 137 StVollzG). Bundesländer (wie beispielsweise Niedersachsen und Hessen), die eigenständige Regelungen des Maßregelvollzugs haben (Müller-Dietz, 1983 aus Gericke & Kallert, 2007) und jene, die sich an landesrechtlichen Unterbringungsgesetzen oder bundesrechtlichen Strafvollzug-gesetzen orientieren (Gericke & Kallert, 2007). Zum anderen scheinen auch die Änderungen der gesetzlichen Voraussetzungen für die Einweisung in den Maßregelvollzug zu einer Veränderung der Patientenzusammensetzung in den Kliniken geführt zu haben. Eine der drei Studien, die sowohl Klienten während der Gesetzesänderung als auch danach erhoben haben, hat die Auswirkung des BVerfG-Beschlusses von 1994 und die damit verbundenen Veränderungen im Klientel untersucht (Berger et al., 1999).

Der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund lag in allen Studien unter 50%, wobei der Anteil bei jüngeren Studien um ein vielfaches höher ist als bei älteren Studien (Gerl & Bischof, 2001; Kemper, 2008; Metrikat, 2002; Pollähne & Kemper, 2007). Die forensischen Patienten waren bei sieben Studien sowohl Alkohol- als auch Drogenabhängige, wohingegen bei den älteren Studien der Anteil der Alkohol-abhängigen und bei den neueren Studien der Anteil der Drogenabhängigen überwog. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Merkmale der Patienten der einzelnen Primärstudien.

Tabelle 1: *Merkmale der forensischen Patienten der Primärstudien*

Autoren	N	Bundesland	*Alter	Nationalität	Substanzgruppe/ Geschlecht	*Zivilstand	*Schul- und/oder Berufsabschluss	Einweisungsdelikt	Grund Entlassung	Frühere Delinquenz
Berger et al. (1999)	103	Baden-Württemberg	M=35 Jahre	-	48.5% A, 51.5% D, 100% ML	15% verheiratet, 39% feste Partnerschaft	60% Hauptschulabschluss, ca. 33% Berufsausbildung	33% Verstoß gegen BtMG, 32% Eigentumsdelikte, 16% Gewaltdelikte (A)	Bedingte Entlassung: 53%, Aussichtslosigkeit: 47%	-
Schalast (2000)	83	NRW/ Hessen	M=30 Jahre	-	51.8% A, 48.2% D, ML & WL	37.3% ledig	ca. 33% keinen Schulabschluss, ca. 60% keinen Berufsabschluss	52.5% Raub (D), je 25.6% Tötung und Körperverletzung (A), 22.5% BtMG	Bedingte Entlassung: 58.8% Aussichtslosigkeit: 32.5%	96.4% vorbestraft
Gerl et al. (2001)	157	Bayern	M=37,9 Jahre	6,4% Nicht-Deutsche	68.8% A, 31.2% Polytox, 100% ML	56.7% ledig, 28% geschieden, 15.3% verheiratet	51% (Polytox), 77.8% (A) unterhalb Quali,15.7% keine Berufsausbildung (A)	24.8% Vollrausch, 18.5% Diebstahlsdelikte, 14.6% BtMG	Bedingte Entlassung: 49%, Aussichtslosigkeit: 11.5%	91.1% Hafterfahrung
Metrikat (2002; neues Recht)	201	Niedersachsen	M=33,2 Jahre	6,7% Nicht-Deutsche	70% A, 30% D, 91.3% ML, 8.7% WL	65.4% ledig, 22.1% geschieden (oder leben getrennt), 11.5% verheiratet	41.6% Berufsausbildung	19.6% Raub, 17.8% schwerer Diebstahl, 13.1% Körperverletzung	Bedingte Entlassung: 40.4%, Aussichtslosigkeit: 46.2%	90.4% vorbestraft
Schalast et al. (2004)	150	NRW	M=36 Jahre	-	100% A, 100% ML	18.7% verheiratet oder in fester Partnerschaft	65% mind. Hauptschulabschluss, 40.3% Berufsausbildung	32.7% Eigentum mit Gewalt, 26% Körperverletzung, 14.7% Tötungsdelikt	Bedingte Entlassung: 29.9%, Aussichtslosigkeit: 52%	66.2% mehr als ein Jahr Hafterfahrung
Gericke, Kallert (2007)	277	Sachsen	-	-	80.5% A, 19.5% D, ML & WL	67.2% ledig, 7.2% verheiratet, 25.6% geschieden	35% keinen Berufsabschluss	-	Bedingte Entlassung: 43.3%, Aussichtslosigkeit: 47.7%	100% vorbestraft
Pollähne & Kemper (2007)	108	NRW	M=32 Jahre	21,3% Nicht-Deutsche	42.6% A, 57.4% D, ML	-	-	34.3% Raubdelikt, 22.2% Gewaltdelikt, 12% BtMG und Eigentumsdelikt	Bedingte Entlassung: 33.3%, Aussichtslosigkeit: 47.2%	77.8% Hafterfahrung
Kemper (2008)	280	NRW	M=34,8 Jahre	26,1% Nicht-Deutsche	36.4% A, 63.6% D, 95.4% ML, 4.3% WL	-	-	33.9% Raubdelikt, 21.4% Gewaltdelikt, 17.1% BtMG	Bedingte Entlassung: 18.2%, Aussichtslosigkeit: 67.1%	65.4% Hafterfahrung

Bezzel (2008)	662	Bayern	64.6% bis 20 Jahre, 27.4% zw. 21 und 30 Jahren	30.4% Nicht-Deutsche	ca. 30% A, ca. 68% D, 90.9% ML, 9.1% WL	ca. 42% ledig, 21.2 % haben einen Partner, 17.9% geschieden (oder leben getrennt)	30% Hauptschulab-schluss, 62.1 % keinen Berufsabschluss	47.6% BtMG-Verstoss, 25.5% Betrug/Diebstahl, 21.2% Körperver-letzung	Bedingte Entlassung: 32.1%, Aussichtslosig-keit: 49.5%	94.5% vorbestraft, 86.6% Haft-erfahrung

A=alkoholabhängig, D=drogenabhängig, ML=männlich, WL=weiblich, -=keine Angaben, M=Mittel, NRW=Nordrhein-Westfalen, *=bei Aufnahme

Statistische Auswertungsstrategien

Es wurden hauptsächlich multivariable Analysen durchgeführt. Neben den deskriptiven Statistiken waren logistische Regressionsanalysen die am häufigsten verwendete Methode, mit denen die multivariablen Zusammenhänge unterschiedlicher Einfluss-faktoren auf den Unterbringungsverlauf und Therapieerfolg erfasst wurden (Gericke & Kallert, 2007; Kemper, 2008; Pollähne & Kemper, 2007; Schalast et al., 2004). Zwei Studien zogen die Diskriminanzanalyse hinzu (Gericke & Kallert, 2007; Schalast et al., 2004). Außerdem wurden in drei Arbeiten multivariate Methoden, wie z.B. Clusteranalysen, verwendet (Berger et al., 1999; Gericke & Kallert, 2007; Schalast et al., 2004).

Charakteristika der Maßregelvollzugsklientel

Soziodemografische Merkmale

Die deutliche Mehrheit der untersuchten Straftäter war männlich (ca. 94%). Das durchschnittliche Alter bei Aufnahme lag zwischen 30 (Bezzel, 2008; Pollähne & Kemper, 2007; Schalast, 2000) und 35 Jahren (Berger et al., 1999; Gerl & Bischof, 2001; Kemper, 2008; Metrikat, 2002; Schalast et al., 2004). Bei der Mehrheit der Studien wurden Männer und Frauen in die Untersuchung eingeschlossen, jedoch ohne bei der Auswertung nach Geschlecht zu stratifizieren (Metrikat, 2002). Vier Studien untersuchten nur männliche forensische Patienten (Berger et al., 1999; Gerl & Bischof, 2001; Pollähne & Kemper, 2007; Schalast et al., 2004) .

Es konnte wiederholt repliziert werden, dass untergebrachte Straftäter mehrheitlich ledig sind (Bezzel, 2008; Gericke & Kallert, 2007; Gerl & Bischof, 2001; Metrikat, 2002; Schalast et al., 2004). Nur die beiden ältesten Studien beinhalteten Patienten, bei denen die Mehrheit in einer festen Partnerschaft oder verheiratet war (Berger et al., 1999; Schalast, 2000). Dies könnte ein Hinweis auf eine Veränderung der Patientenpopulation im Zeitverlauf sein.

In diese Richtung weist auch der Umstand, dass der Anteil der Straftäter mit Migrationshintergrund umso höher ausfällt, je jünger die Studie ist. War der Anteil an Nicht-Deutschen im Bezirkskrankenhaus Gabersee (Bayern) 2001 noch bei 6.4%, so belief er sich im Bezirksklinikum Regensburg (Bayern) 2008 auf 30.4% (Bezzel, 2008; Gerl & Bischof, 2001). Dieser Unterschied könnte jedoch auch durch ein Stadt-Land-Gefälle bedingt sein: Hausner, Wittmann und Cording (Hausner, Wittmann, & Cording, 2006) hielten fest, dass der Ausländeranteil mit der Urbanisierung zusammenhängen könnte (25% Ausländer in städtischen zu 15% Ausländer in ländlichen Einrichtungen).

Die Studien, die über eine Schul- und Berufsausbildung berichteten, gaben an, dass die Mehrheit der forensischen Patienten zwar über einen Schulabschluss, jedoch nicht mehrheitlich über einen Berufsabschluss verfügte (Berger et al., 1999; Bezzel, 2008; Schalast, 2000; Schalast et al., 2004). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Studien die einzelnen Variablen unterschiedlich definiert haben. Schalast et al. (Schalast et al., 2004) operationalisierten „Schulabschluss“ mit Sonderschul- und Hauptschulabschluss, während Metrikat (Metrikat, 2002) zwischen Hauptschul- und Sonderschulabschluss differenzierte.

Suchtmittelmerkmale

Ein heterogenes Bild ergab sich bezüglich der Art des Substanzkonsums, welches von ausschliesslichem Alkohol- über ausschliesslichen Drogenkonsum hin zu einem kombinierten Konsum reichte. Dass in den bis 2007 publizierten Studien hauptsächlich mehrheitlich alkoholabhängige Patienten und im Gegensatz dazu mehrheitlich Drogenabhängige in Studien ab 2008 untersucht wurden, kann ein Hinweis darauf sein, dass in den letzten beiden Jahren weniger Studien zu alkoholabhängigen Patienten veröffentlich wurden. Es ist jedoch nicht möglich daraus zu folgern, dass sich die

Zusammensetzung des § 64 StGB Klientel verändert hätte. Laut Statistischem Bundesamt (Statistisches Bundesamt, 2009) waren 1990 nur 315 von insgesamt 1160 nach § 64 StGB Untergebrachten drogenabhängig, während 2009 schon 60.12% der Klientel drogenabhängig waren.

Delinquenzmerkmale

Alle Studien bis auf eine berichteten, dass die Mehrheit der untersuchten forensischen Patienten vorbestraft war und/oder schon eine Haftstrafe verbüßt hatte. Es gibt Hinweise auf einen Anstieg von Patienten, deren Einweisungsdelikt ein Gewaltdelikt war. Waren 1999 und 2001 noch mehrheitlich Verstösse gegen das BtMG und Vollrausch als Einweisungsdelikte zu verzeichnen, so waren in den jüngeren Studien hauptsächlich Gewaltdelikte der Grund der Einweisung in den § 64 StGB Maßregelvollzug (Kemper, 2008; Metrikat, 2002; Pollähne & Kemper, 2007; Schalast et al., 2004). Schalast, Dessecker und von der Haar (2005) hielten fest, dass die Zahl der Unterbringungen wegen eines Gewaltdelikts im Jahre 1994 noch bei 60%, 2004 bei über 66.6% lag.

Der Anteil derjenigen, die bedingt aus der Maßregel entlassen wurden war lediglich in drei Studien höher als die Quote der Abbrecher (Berger et al., 1999; Gerl & Bischof, 2001). Bei Berger et al. (1999) wurden 53% der forensischen Patienten bedingt entlassen, bei Schalast (2000) 58.8% und bei Gerl et al. (2001) 49%. Es muss jedoch festgehalten werden, dass bei Berger et al. (1999) bedingte Entlassung und damit der Erfolg einer Therapie auch dann gewertet wurde, wenn die Patienten in eine externe Therapieeinrichtung entlassen wurden. Hingegen verzeichnen die jüngeren Studien seit 2002 einen mehrheitlichen Abbruch wegen Aussichtslosigkeit in ihrer Klientel (Bezzel, 2008; Gericke & Kallert, 2007; Kemper, 2008; Pollähne & Kemper, 2007; Schalast et al., 2004). Die Abbruchquote wegen Aussichtslosigkeit lag bei allen Studien zusammen im Mittel bei ca. 48%, das Minimum bei 11.5% (Berger et al., 1999; Gerl & Bischof, 2001), das Maximum bei 67.1% (Kemper, 2008).

Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf der Maßregel

Nachfolgend werden einige Merkmale aufgezeigt, die sich als ungünstige Prädiktoren für den Therapieverlauf im Rahmen einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB erwiesen haben. Dabei gilt zu beachten, dass der Homogeinitätstest ergeben hat, dass nicht alle Effektgrößen innerhalb eines Indikators homogen sind, weshalb nur bei zwei für den Therapieverlauf als ungünstig identifizierten Indikatoren (frühere Delinquenz und Persönlichkeitsstörung) gemittelte Odds Ratios ermittelt werden konnten. Ein Indikator, der fehlende Schul- und/oder Berufsabschluss, war nur knapp nicht homogen. Die Odds Ratios zu jedem Indikator jeder Studie werden gesondert in Tabelle 2 aufgeführt.

Einer der robustesten Prädiktoren für einen erfolglosen Verlauf der Maßregel nach § 64 StGB ist ein niedrigeres Lebensalter (Berger et al., 1999; Bezzel, 2008; Gerl & Bischof, 2001; Schalast, 2000; Schalast et al., 2004). Das „niedrige Lebensalter“ bezieht sich hier sowohl auf das Alter bei Beginn des regelmässigen Konsums (bzw. bei illegalen Drogen Erstkonsum) als auch auf das Alter bei Beginn der Delinquenz. Auch die „frühere Delinquenz“ und somit die strafrechtliche Vorbelastung konnte wiederholt als Risikofaktor für einen erfolglosen Verlauf der Maßregel identifiziert werden (gemitteltes OR = 0.52) (Bezzel, 2008; Gericke & Kallert, 2007; Gerl & Bischof, 2001; Kemper, 2008; Schalast et al., 2004). Ein „fehlender Schul- und/oder Berufsabschluss“ (Berger et al., 1999; Bezzel, 2008; Gerl & Bischof, 2001; Schalast, 2000) sowie „komorbide Persönlichkeitsstörungen“ (vor allem Cluster B des DSM-IV: dissoziale, antisoziale und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen) (gemitteltes OR = 0.42) werden als Risikofaktoren diskutiert (Gerl & Bischof, 2001; Pollähne & Kemper, 2007; Schalast et al., 2004).

Weniger gut belegt scheint die Relevanz eines „Abbruchs einer Entwöhnungsbehandlung“, sowie die „Drogenabhängigkeit“ (gemitteltes OR = 0.96). Zusätzlich wurden vereinzelt eine „broken home“ Situation (Berger et al., 1999), Heimaufenthalte (Gericke & Kallert, 2007; Schalast et al., 2004), Gewaltdelikte beim Anlassdelikt (Pollähne & Kemper, 2007) und ausgeprägte psychopathische Eigenschaften (Schalast et al., 2004) als negative Prädiktoren einer erfolgreichen Therapie diskutiert. Bislang

konnte auch kein Hinweis darauf gefunden werden, dass die Nationalität eine Rolle für den Verlauf der Maßregel spielt (Berger et al., 1999; Kemper, 2008).

Tabelle 2: *Abbildung der häufigsten ungünstigen Prädiktoren eines erfolgreichen Therapieabschlusses im § 64 StGB Maßregelvollzug*

Autoren	Drogenabhängigkeit[1]	Niedriges Lebensalter	Persönlichkeitsstörung	Fehlender Schul- und/od. Berufsabschluss	Abbruch Entwöhnungsbehandlung	Frühere Delinquenz
Berger et al. (1999)	p[2]	p	-[3]	p	-	p
Schalast (2000)	-	p	-	p	-	n[4]
Gerl et al. (2001)	n (OR[5] = 0.35)	p	p	p	-	-
Metrikat (2002)	p (OR = 1.72)	p	-	-	-	p
Schalast, Mushoff, Demmerling (2004)	n (OR = 0.81)	p	p (OR = 0.41)	n (OR = 0.64)	p (OR = 0.34)	p (OR = 0.42)
Gericke, Kallert (2007)	n (OR = 1.17)	-	-	n (OR = 1.22)	-	n
Pollähne & Kemper (2007)	n (OR = 1.02)	n	p (OR = 0.20)	-	n (OR = 1.14)	n
Kemper (2008)	n (OR = 0.68)	n	n (OR = 0.66)	-	n (OR = 0.35)	p (OR = 0.61)
Bezzel (2008)	n	p	-	p (OR = 0.55)	p (OR = 0.40)	p
Crude Odds Ratio	0.96	-	0.42	-	-	0.52

[1] Bei Aufnahme; [2] Ungünstiger Prädiktor; [3] Nicht berücksichtigt; [4] Neutral; [5] Odds Ratio

2.1.5 Schlussbemerkung

Das Ziel des § 64 StGB Maßregelvollzugs ist es, den Abhängigen zu heilen und ihm somit ein straf- und/oder suchtmittelfreies Leben zu ermöglichen (Habermeyer, 2009; Hessen, 2007). Jedoch stellt sich aufgrund der hohen Abbruchquoten und steigenden Belegungsquoten die Frage, was robuste Prädiktoren für eine erfolgreiche stationäre Suchtbehandlung im Setting des Maßregelvollzugs sind. Dass Anpassungen in den gesetzlichen Grundlagen allein keine hinreichende Massnahme sind, zeigt sich daran, dass Abbruchzahlen nicht parallel zu den Änderungen der gesetzlichen Grundlagen der Maßregel aufgetreten, sondern relativ unbeeinflusst von dieser konstant angestiegen sind (Statistisches Bundesamt, 2009).

Umso mehr Bedeutung kommt der Beurteilung der Erfolgsaussicht durch den Sachverständigen zu. Jedoch fehlen bislang für die Beurteilung der Erfolgsaussicht der Massnahme noch validierte Leitlinien. Die bislang vorliegenden empirischen Untersuchungen über Indikatoren für eine erfolgreiche stationäre Behandlung weisen zu einem großen Teil methodische Mängel auf, bzw. lassen aufgrund des retrospektiven Designs keine Schlussfolgerungen über Kausalität zu. Es ist von daher sehr wünschenswert, dass weitere prospektiv angelegte Studien, die auch standardisierte Instrumente (einschließlich Prognoseinstrumente) verwenden, durchgeführt werden. Jedoch konnten in den vorliegenden empirischen Untersuchungen, trotz der sehr heterogenen Klientel, einige robuste Prädiktoren für einen Therapieabbruch im Maßregelvollzug identifiziert werden. Beispielsweise konnte wiederholt aufgezeigt werden, dass ein niedriges Lebensalter, eine frühere Delinquenz, sowie ein fehlender Schul- und Berufsabschluss und eine Persönlichkeitsstörung Hinweise auf einen ungünstigen Therapieverlauf liefern könnten.

2.1.6 Take Home Message

Verschiedene empirische Untersuchungen deuten darauf hin, dass die hohen Abbruchquoten im § 64 StGB Maßregelvollzug keine Folge der gesetzlichen Grundlagen zu sein scheinen. Die hohen Abbruchquoten können ein Hinweis darauf sein, dass die Kriterien der Einweisung nicht spezifisch genug sind (Einweisung von Klienten, die

nicht profitieren) oder Leitlinien für Sachverständiger und Gutachter müssen präziser definiert werden, um die Erfolgsaussichten auf einen Therapieabschluss vor der Anordnung der Massnahme valide beurteilen zu können.

2.2 Fries D & Vettiger R (2012). *Management von Suizidalität in forensischen Settings*. In: Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F & Borchard B (Hrsg). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 427-438.

2.2.1 Zusammenfassung

Die Suizidrate ist in Gefängnissen (Fazel, Grann, Kling, & Hawton, 2011) und psychiatrischen Krankenhäusern (Sonneck & Voracek, 2000 in Bennefeld-Kersten, 2009) höher als in der Allgemeinbevölkerung. Forensisch tätige Fachpersonen setzen sich einerseits mit Suizidalität andererseits mit Prävention von Suiziden auseinander. Wird ein Straftäter als suizidgefährdet eingestuft, gibt es verschiedene Möglichkeiten, dem Suizidrisiko sowohl durch Veränderungen der Haftbedingungen, als auch einer Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung entgegen-zuwirken.

2.2.2 Suizid und Suizidalität

Begriffserklärung

Suizid

Unter *Suizid* wird die gezielte und bewusste Selbsttötung verstanden. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Tod unmittelbar oder als Folge der Suizidhandlung (in den nachfolgenden Tagen) eintritt. Endet eine suizidale Handlung nicht tödlich, wird von einem *Suizidversuch* gesprochen (Wolfersdorf, 2008). Geht mit diesem Selbst-tötungsversuch ein appellativer Charakter einher (der Suizidversuch erfolgt aus manipulativen oder instrumentellen Gründen), spricht man von einem *Parasuizid* (Faust, 2000).

Suizidalität

Im Unterschied zum Suizid, der Selbsttötung, werden unter den Begriff der Suizidalität alle Denkinhalte und Verhaltensweisen subsumiert, welche selbstzerstörerischen Charakter haben und den eigenen Tod direkt oder indirekt in Kauf nehmen oder anstreben (Faust, 2000). Es kann zwischen akuter, latenter und chronischer Suizidalität unterschieden werden:

- *Akute Suizidalität* charakterisiert eine plötzlich ausbrechende und bevorstehende Suizidalität, die rasches Handeln erfordert (Faust, 2000).
- *Latente Suizidalität* beschreibt das suizidale Verhalten als eine allgemein-menschliche Eigenschaft. Demnach sind letztendlich alle Menschen „latent“ suizidal und es bedarf nur entsprechender äußerer oder innerer Ereignisse, um den Suizid zu vollziehen (Faust, 2000).
- *Chronische Suizidalität* erfasst sowohl chronisch vorhandene Suizid- bzw. Parasuizidgedanken als auch chronisch repetierende suizidale bzw. parasuizidale Handlungen (Schmidtke et al., 2008). Wie lange und oft diese Gedanken und Verhaltensweisen auftreten müssen, damit sie als chronisch suizidal gelten, wurde bislang noch nicht eindeutig definiert (Althaus & Hegerl, 2004).

Suizidmethoden

Suizidmethoden lassen sich in sogenannte „weiche“ (z.B. Vergiftung) und „harte“ (z.B. Erhängen, Erschießen, vor einen Zug springen) Methoden unterteilen. Die Wahl der Suizidmethode ist geschlechtsabhängig: Männer wählen im Gegensatz zu Frauen häufiger „harte“ Suizidmethoden (Wolfersdorf, 2008).

- In den meisten Ländern ist Erhängen die häufigste Suizidmethode. Die zweithäufigste Methode ist der Suizid mit einer Waffe (Ajdacic-Gross, Weiss, Ring, Hepp, Bopp et al., 2008).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind die Möglichkeiten einer suizidalen Handlung und die Auswahl der Suizidmethode im Gefängnis eingeschränkt (Bennefeld-Kersten, 2009).

- Mit 91% finden im geschlossenen Vollzug Selbsttötungen am häufigsten durch Erhängen statt (Bennefeld-Kersten, 2005; Konrad, 2002).
- Die von Patienten psychiatrischer Krankenhäuser am häufigsten gewählte Suizidmethode ist der Sprung vor einen fahrenden Zug (Lehle, 2007: 39%) beziehungsweise einen fahrenden PKW/LKW (Deisenhammer, DeCol, Honeder, Hinterhuber, & Fleischhacker, 2000: 34%) oder das Erhängen (Lehle 2007: 20% u. Deisenhammer et al., 2000: 20%).

2.2.3 Prävalenz

In der Allgemeinbevölkerung

Laut Berichten der WHO (2011) begehen weltweit jährlich knapp eine Million Menschen Suizid, was einer jährlichen Suizidrate von 16 Personen pro 100‘000 Einwohner entspricht.

- Europäische Union (1997 bis 2007): Durchschnittliche Suizidrate von 15 Suiziden/100‘000 Einwohner (Rabe & Konrad, 2010).
- Deutschland: 12 Suiziden/100‘000 Einwohner (Rübenach, 2007).
- Schweiz: Mit 19 Suiziden/100‘000 Einwohner weist die Schweiz eine vergleichsweise hohe Suizidrate auf (Bundesamt für Gesundheit, 2005).

Die Prävalenz von Suiziden unterliegt zeitlichen Trends. Während in den meisten europäischen Ländern die Suizidrate bei der männlichen Allgemeinbevölkerung (15- bis 44-Jährige) im Zeitraum 1983/86 bis 1991/94 anstieg, sank sie im selben Zeitraum in Deutschland um ca. 20% und in der Schweiz um ca. 15% (Konrad, 2002).

Bei Suiziden wird eine hohe Dunkelziffer angenommen, da ein Großteil der Parasuizide und Suizide oftmals nicht als solche erkannt werden (Braun-Scharm, 2002). Schätzungsweise verbergen sich hinter 10% aller Drogen- und Verkehrstoten Suizide (Braun-Scharm, 2002). Aber auch die unterschiedliche Handhabung der Dokumentation und Berichterstattung der Suizide in verschiedenen Ländern muss beachtet werden (Bennefeld-Kersten, 2009). So wird oftmals gezielt von einer (detaillierten) Berichterstattung abgesehen, um möglichen Nachahmern vorzubeugen (vgl. Werther-Prinzip).

In Gefängnissen

> Vielerorts steht Suizid an erster Stelle der Todesursachen im Gefängnis (WHO 2007).

Die Suizidrate ist bei inhaftierten Straftätern – gegenüber der Allgemeinbevölkerung - erhöht. Dabei handelt es sich bei Suiziden im Gefängnis eher um sog. *Bilanzsuizide*, d.h. die Selbsttötung wird aufgrund des Gefühls, gescheitert zu sein, in Betracht gezogen, und seltener um Kurzschlusshandlungen, d.h. die Selbsttötung entsteht aus einer plötzlichen Stimmungsschwankung (Killias, 2011).

- Europäische Union: Die Suizidrate von Gefangenen ist, verglichen zur Allgemeinbevölkerung, um den Faktor sieben erhöht (Fazel et al., 2011).
- Schweiz: Das Suizidrisiko ist im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung bei 20- bis 40-jährigen männlichen Insassen vier- bis fünffach erhöht (Killias, 2011).

Es gibt ferner Hinweise darauf, dass die Suizidrate in den Gefängnissen der meisten Länder ansteigt:

- In fünf von 20 untersuchten europäischen Ländern ist eine Abnahme der Suizidrate in der Allgemeinbevölkerung, bei gleichzeitiger Zunahme der Suizidrate im Gefängnis (wie z.B. in Deutschland und der Schweiz; Konrad, 2002) zu verzeichnen.

  - In der Schweiz lag die Suizidrate 2008 bei 138 Suiziden/100‘000 Insassen und damit über dem Durchschnitt von 90 Suiziden/100‘000 Insassen in Deutschland und dem europäischen Durchschnitt von 105 Suiziden/100‘000 Insassen (Aebi & Delgrande, 2009; Rabe & Konrad, 2010).

In psychiatrischen Krankenhäusern

> Pro 100‘000 Aufnahmen werden 150 bis 250 Suizide in psychiatrischen Kliniken verzeichnet (Sonneck & Voracek 2000 in Bennefeld-Kersten, 2009).

Diese Suizidrate ist im Vergleich zu denen in Gefängnissen höher. Grund dafür ist neben der natürlich höheren Prävalenz psychischer Störungen die Tatsache, dass den psychiatrischen Patienten im Vergleich zu den Gefängnisinsassen vermehrt Ausgänge und Urlaube bewilligt werden, in denen sich letztlich auch die Mehrheit der Suizide ereignen (Deisenhammer et al., 2000). Seit 1995 lässt sich eine Abnahme der Suizidrate in psychiatrischen Kliniken in Deutschland verzeichnen (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2005).

2.2.4 Risikofaktoren

In der Allgemeinbevölkerung

Häufig in der wissenschaftlichen Literatur ausgewiesene Risikofaktoren für einen Suizid sind:

- *männliches Geschlecht* (Klein, Bischoff, & Schweitzer, 2010; Statistisches Amt Kanton Zürich, 2010)
- *ledig* (Klein et al., 2010; Statistisches Amt Kanton Zürich, 2010)
- *hohes Lebensalter:* Hier sind die Statistiken je nach Land sehr heterogen. In den meisten westlichen Industriestaaten nimmt das Suizidrisiko signifikant mit dem Alter zu (Bennefeld-Kersten, 2009).
- *psychische Störung:* Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, leiden vor ihrem Tod an einer psychischen Erkrankung (Lönnquivst in Althaus & Hegerl, 2004). Am häufigsten ist dies die Depression. So waren in einer Studie von Wolfersdorf (2008) zwischen 40 und 70 Prozent der Suizidenten depressiv. Weitere häufige Erkrankungen sind: Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Schizophrenie (Schmidtke in Bennefeld-Kersten, 2009).
- *chronisch somatische Erkrankung* (Lönnquivst in Althaus & Hegerl, 2004)
- *früherer Suizidversuch:* Personen, die bereits einen Versuch unternommen haben sich das Leben zu nehmen, weisen ein erhöhtes Risiko für einen erneuten Suizidversuch auch – insbesondere in den auf den ersten Suizidversuch folgenden 12 Monaten. So

weist eine Studie der WHO darauf hin, dass 38% der Männer und 46% der Frauen mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte einen zweiten Suizidversuch begingen (WHO in Weinacker, Schmidtke, & Löhr, 2003).

In Gefängnissen

Allgemeine Risikofaktoren

Gefängnisinsassen kumulieren viele der bekannten Risikofaktoren für Suizid in der Allgemeinbevölkerung (Dahle, Lohner, & Konrad, 2005):

- *männliches Geschlecht:* Männliches Geschlecht ist ein Risikofaktor für Suizid. Da im Gefängnis über 90% der Insassen männlich sind (Frottier, König, Matschnig, Seyringer, & Frühwald, 2008), weist diese Population bereits ein erhöhtes Suizidrisiko auf.
- *ledig* (WHO in Bennefeld-Kersten, 2009)
- *Alter:* Suizidgefährdete Untersuchungshäftlinge sind jünger (20 - 25 Jahre) als suizidgefährdete Strafgefangene (30 - 35 Jahre) (WHO in Bennefeld-Kersten, 2009).
- *psychische Störungen:* Die Diagnose einer psychischen Störung ist ein Risikofaktor für Suizide im Gefängnis. Vor allem die Depression und Suchtmittelmissbrauch sind mit Suiziden in Gefängnissen assoziiert. Eine Persönlichkeitsstörung scheint hingegen das Suizidrisiko im Gefängnis nicht zu erhöhen (Fazel et al., 2011).
- *früherer Suizidversuch* (Fazel et al., 2011; Konrad, 2002)

Spezielle Risikofaktoren

Folgende Risikofaktoren sind für Insassen im Gefängnis – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung - spezifisch:

- *spezielle Haftsituation*: Für Gefängnisinsassen stellt die spezielle Situation, ihrer Freiheit entzogen und sozial isoliert zu sein (Trennung von Bezugspersonen), einen besonderen Belastungsfaktor dar (Frühwald et al., 2002).
- *Beginn der Inhaftierung:* Suizide treten vor allem zu Beginn (innerhalb der ersten drei Monate) des Strafvollzugs bzw. der Inhaftierung auf (sog. „Inhaftierungsschock"; Killias, 2011; Schmidtke et al., 2008). Das Gefängnis erfordert eine enorme

Bewältigungskapazität, welche gerade am Anfang der Haft als extreme Herausforderung erlebt wird.

- *Untersuchungshaft:* Die Untersuchungshaft stellt einen Risikofaktor für Suizid dar. So ereignen sich 40% der Suizide in Untersuchungshaft gegenüber 15% der Strafgefangenen im ersten Monat der Haft (Bennefeld-Kersten, 2009)
- *kleine Gefängnisse* (Bennefeld-Kersten, 2009)
- *Platzierung in eine Einzelzelle* (Bennefeld-Kersten, 2009; Rabe & Konrad, 2010)
- *längere bzw. lebenslange Haftstrafen* (Bennefeld-Kersten, 2009; Rabe & Konrad, 2010)
- *Verhaftung wegen eines Gewaltdelikts* (Bennefeld-Kersten, 2009; Fazel et al., 2011)
- *Vorbereitungshandlungen des Suizids* (Bennefeld-Kersten, 2009)

In psychiatrischen Krankenhäusern

Allgemeine Risikofaktoren

Prädiktoren für Suizid sind nicht stark vom Setting abhängig. So weisen suizidgefährdete Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern ähnliche Merkmale auf, wie suizidgefährdete Patienten in der Allgemeinbevölkerung und dem Gefängnis:

- *männliches Geschlecht:* Die Mehrheit der psychiatrischen Patienten, die einen Suizidversuch begehen, sind männlichen Geschlechts. Aus Studien in psychiatrischen Kliniken in Süddeutschland und der Schweiz ist bekannt, dass 62% der Patienten, die einen Suizidversuch unternahmen, männlich waren (Lehle, 2007).
- *Familienstatus:* Ob der Familienstatus einen Einfluss auf das Suizidrisiko aufweist, scheint kulturell beeinflusst zu sein. Im deutschsprachigen Raum konnte ein Zusammenhang zwischen dem Familienstatus und Suizid hergestellt werden: psychiatrische Patienten, die einen Suizidversuch unternahmen, sind demnach eher unverheiratet. Hingegen trifft dieser Befund nicht auf den nordamerikanischen Raum zu (Bowers, Banda, & Nijman, 2010).
- *psychische Störungen:* Hospitalisierte psychisch Kranke weisen generell ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Innerhalb dieser Gruppe haben Depressive das höchste Suizidrisiko (Lehle, 2007).

Spezifische Risikofaktoren

- *Alter:* Gegenläufig zur Suizidentwicklung in der Allgemeinbevölkerung hat das Durchschnittsalter der Patienten, die Suizidversuche unternahmen, über die letzten Jahre abgenommen (Lehle, 2007).
- *unerlaubte Ausgänge*: Für suizidgefährdete, psychiatrische Patienten in stationären Behandlung stellen Entweichungen eine besondere Risikosituation dar: So erfolgen Suizide häufig während unerlaubter Ausgänge innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus (Hunt, Windfuhr, Swinson, Shaw, Appleby et al., 2010).
- *frühere psychiatrische Hospitalisation:* Die Mehrheit der suizidalen, psychiatrisch hospitalisierten Patienten waren vor ihrem Suizidversuch schon einmal in einer psychiatrischen Klinik. So waren 78% der Patienten in einer Studie von Bowers et al. (2010), die versucht haben, sich zu suizidieren, schon einmal psychiatrisch hospitalisiert.

Wissenschaftliche Studien belegen, dass suizidgefährdete Menschen in den Wochen vor dem Suizid häufiger einen Arzt aufsuchen, die Suizidgefährdung jedoch oftmals nicht erkannt wird (Nationales Suizid Präventationsprogramm für Deutschland, n.d.).

Bei 90% der Suizidenten wurde ein niedriges oder sogar gar kein Suizidrisiko angenommen. 42% hatten ihrem Therapeuten gegenüber ein Antisuizidversprechen gegeben (Ajdacic-Gross, Lauber, Baumgartner, Malti, & Rössler, 2009).

Aus diesem Grund werden neben der klinischen Einschätzung der Suizidalität häufig auch fremdanamnestische Informationen erhoben und die Anwendung von Checklisten empfohlen (Althaus & Hegerl, 2004).

2.2.5 Abklärung von Suizidalität im Gefängnis

Die Abklärung der Suizidgefahr gehört zu den verantwortungsvollsten und schwierigsten Aufgaben von Psychiatern und Psychologen. Aufgrund des nachweisbaren Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen (insbesondere Depressionen und Psychosen) und Selbsttötungen (Gunter, Chibnall, Antoniak, Philibert, & Hollenbeck,

2011) müssen Vorliegen und Ausmaß von Suizidalität bei Psychotherapiepatienten in einer frühen Phase der Behandlung abgeklärt, und im Verlauf überprüft werden, da sich die Suizidgefahr während der psychiatrischen Behandlung verändern kann.

Im forensischen Kontext und dabei insbesondere in Gefängnissen klagen Insassen bzw. Patienten, die dem Psychiater/Psychologen vorgängig nicht bekannt sind, über Suizidgedanken, weshalb es wichtig ist, die Suizidgefahr mittels eines Abklärungsgespräches sicher einschätzen zu können.

> Ein besonderes Problem in Gefängnispopulationen stellt die *manipulative Suizidalität* dar, womit gemeint ist, dass ein Insasse vorgibt, suizidal zu sein, um beispielsweise Hafterleichterungen oder eine Verlegung in eine psychiatrische Klinik erreichen zu können (Bossenmayer, 2003).

Depressivität als Risikofaktor

Eine der bekanntesten klinischen Checklisten für die Abklärung der Suizidalität der Allgemeinbevölkerung und bei psychiatrischen Patienten ist das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock u. Erbaugh 1961 in Perry & Olason, 2009).

Obwohl das BDI bisher noch an keiner Straftäterpopulation validiert und normiert wurde, zeigte sich, dass auch suizidgefährdete Gefängnisinsassen damit identifiziert werden können (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2011). Manche Items sind jedoch im Kontext der Gefängnispopulation genau zu überdenken: Während z.B. vorhandene Schuldgefühle bei nicht straffälligen Personen eines unter mehreren Indizien für Depressivität darstellen kann, hat dieses Item bei Straftätern in erster Linie augenscheinlich eine, von der depressiven Stimmung unabhängige Bedeutung (vgl. Perry & Olason, 2009). Möglicherweise ergibt sich daraus eine Überschätzung des Suizidrisikos von Straftätern, wobei eine empirische Absicherung dessen noch aussteht.

Abklärung im Gespräch

Die Gesprächsführung bei der Abklärung suizidaler Patienten unterscheidet sich nicht vom Vorgehen bei anderen therapeutischen Fragestellungen. Es gelten hierfür die Empfehlungen der allgemeinen Psychotherapie in Bezug auf Gesprächsführung und

Beziehungsgestaltung (z.B. den Patienten ernstnehmen, Sicherheit vermitteln, empathische Grundhaltung einnehmen).

Anamnese

Zur spezifischen Abklärung der Suizidalität muss zunächst eine Anamnese des Patienten mit dem Fokus auf die bereits erwähnten Risikofaktoren erhoben werden. Dadurch wird ein Überblick über das Suizidrisiko, das auch standardisiert - mittels eines der zuvor erwähnten Instrumente - erhoben werden kann, gegeben.

Identifikation von aktuellen Risikofaktoren

In einem zweiten Schritt werden Faktoren eingeschätzt, die auf ein aktuell erhöhtes Suizidrisiko hinweisen. Dazu gehören eine ausgeprägte depressive oder negativistische Stimmungslage, Halluzinationen oder imperative Stimmen, die zum Suizid auffordern, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Pessimismus, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle oder Absichten, sich selbst zu verletzen oder zu schädigen. Bei Patienten mit einem früheren Suizidversuch lassen sich aus den Charakteristika des Suizidversuchs Hinweise auf einen künftigen Suizidversuch ableiten: So weisen bestimmte Merkmale des Versuchs, wie sorgfältige Planung, getroffene Vorkehrungen, nicht entdeckt oder gerettet zu werden, Vorliegen eines Abschiedsbriefes, sorgfältiges Ordnen des Nachlasses und Auswahl einer harten Suizidmethode sowie zum anderen ein Bedauern, dass der frühere Versuch nicht gelungen ist, auf ein hohes Risiko für einen erneuten Suizidversuchs hin.

Suizidgedanken

In einem weiteren Schritt wird das Vorliegen von Suizidgedanken erfasst, wobei insbesondere formale Parameter, wie die gedankliche Ausgestaltung der Selbsttötung, das aktive Aufrufen dieser Gedanken und der Konkretisierungsgrad der Vorbereitungshandlungen eruiert werden. Neben den gedanklichen Komponenten müssen weitere Risikofaktoren (siehe oben), die mit einer erhöhten Suizidgefahr assoziiert sind, berücksichtigt werden. Ebenso muss zur adäquaten Abschätzung des Suizidrisikos auch nach protektiven Faktoren, wie vorhandenen tragfähigen sozialen Bindungen sowie Zielen und Zukunftsperspektiven des Betroffenen gefragt werden.

Psychometrische Testverfahren zur Beurteilung des Suizidrisikos bei Straftätern

Zur Erfassung der Suizidalität in Gefängnispopulationen scheinen vor allem psychometrische Skalen wie die „Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment“ (SCOPE; Perry & Olason, 2009) und die „Depression, Hopelessness, and Suicide Screening Form“ (DHS; Mills & Kroner, 2005) aus dem englischsprachigen Raum geeignet. Aus dem deutschsprachigen Raum kann auf das „Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions“ (VISCI; Frottier et al., 2008) verwiesen werden.

SCOPE

Der SCOPE von Perry & Olason (2009) ist eines der aktuellsten Instrumente zur Erfassung eines früheren und künftigen Suizidrisikos sowie nicht-tödlichem Selbstverletzungsverhalten bei männlichen und weiblichen Insassen. Ziel der Autoren war es, ein effizientes und leicht administrierbares Instrument für die Suizidabklärung zu entwickeln.

- Der SCOPE besteht aus 28 Items, welche auf einer 6-stufigen Skala bewertet werden (1=ich stimme komplett zu, 6=ich stimme überhaupt nicht zu).
- Die interne Konsistenz für die gesamte Skala ist gut (alpha=.83) (Perry & Olason, 2009).
- Der SCOPE kann „at risk“-Insassen (Klienten mit einem früheren Suizidversuch oder nicht-tödlicher Selbstverletzung) von denen ohne frühere bekannte Suizidversuche oder nicht-tödlichem selbstverletzendem Verhalten unterscheiden, wobei das Verfahren einen mittleren Effekt erzielt ($r=.33 - .42$; $p<.01$).
- Beispielitems: „Ich fühle mich nicht suizidal, wenn ich schlechte Nachrichten erhalten habe“, „Ich fühle mich nicht hoffnungslos“, „Falls ich depressiv werden würde, würde ich nicht darüber nachdenken, mich selbst zu verletzen“, „Ich geniesse alles“, „Ich werde mit einem Aufseher sprechen, wenn ich ein Problem haben sollte“.

DHS

Der DHS wurde von Mills und Kroner (2005) entwickelt und besteht aus zwei Skalen: der „Depression“-Skala und der „Hoffnungslosigkeit“-Skala. Laut den Autoren sollte der DHS sowohl Depressionen und Hoffnungslosigkeit überprüfen als auch Informationen über Risikofaktoren für Suizide, wie z.B. frühere Suizidversuche, Diagnose Depression und Suizide in der Familie erfragen.

- Der DHS besteht aus 39 Statements, welche mit „richtig“ oder „falsch“ beantwortet werden können.
- Der DHS hat eine gute interne Konsistenz („Depression“-Skala: alpha=.87; „Hoffnungslosigkeit“-Skala: alpha=.75) und kann Straftäter identifizieren, welche früheres suizidales Verhalten zeigten.
- Die DHS Skalen korrelieren zudem signifikant mit aktueller psychiatrisch/psychologischer Intervention und Anzahl früherer Suizidversuche.
- Beispielitems: „Ein Psychiater oder Psychologe hat bei mir schon einmal eine Depression diagnostiziert“, „Ich habe enge Freunde oder Familienmitglieder, welche sich suizidiert haben“, „Suizid ist keine Option für mich“, „In den vergangenen 2 Jahren habe ich einen Suizidversuch unternommen“.

VISCI

Der VISCI misst sowohl das Suizidrisiko als auch das Risiko der Selbstverletzung und wurde von Frottier und Kollegen (2008) mit dem Ziel entwickelt, ein schnelles Screening zu ermöglichen, welches bei möglichst allen Insassen anwendbar ist und kein psychiatrisch/psychologisches Fachwissen verlangt.

- Der VISCI enthält 21 Items, welche mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können.
- Beispielitems: Familienstand („Wie ist derzeit Ihr gesetzlicher Familienstand?“, Familiengeschichte Suizid („Hat sich in Ihrer Familie jemals jemand umgebracht?“), Suizidversuch („Haben Sie schon einmal versucht, sich umzubringen?“), Psychiatrische Diagnose („Wurde bei Ihnen jemals eine psychiatrische Krankheit festgestellt? Z.B. eine Depression oder Angststörung?“).

2.2.6 Management

Beurteilung der akuten und langfristigen Suizidgefahr

Aus der Erfassung sämtlicher dargelegter Faktoren kann schließlich sowohl die akute, als auch die längerfristige Suizidgefahr eingeschätzt werden. Neben der Behandlung der oftmals vorhandenen, zugrundeliegenden Störung muss in jedem Fall geprüft werden, ob und – falls vorhanden - in welcher Ausprägung eine Absprache- und Bündnisfähigkeit beim Patienten vorliegt. Falls der Patient sich als absprachefähig und zuverlässig erweist, oder im Vorfeld bereits erwiesen hat, ist es oftmals möglich, ein therapeutisches

Bündnis aufzubauen, mit Hilfe dessen Abmachungen betreffend eines zeitlich befristeten Verzichts des Betroffenen auf die Durchführung des Suizids getroffen werden können (Non-Suizid-Versprechen).

In der Praxis wird - gleichermaßen im ambulanten, wie auch im stationären Setting (Farrow, 2003)– suizidalen Patienten ein Non-Suizidversprechen abverlangt. Kann der Patient dies nicht geben, wird dies als ernsthafter Hinweis für ein hohes Suizidrisiko verstanden. Erscheint der Patient vertragsfähig und gibt das Non-Suizidversprechen ab, so wird dies als ein protektiver Faktor in der Gesamtschau der klinischen Beurteilung der Suizidalität betrachtet.

Während die Angemessenheit dieses Vorgehens bei stationär untergebrachten Patienten nachgewiesen werden konnte, muss das Vorgehen bei ambulanten Patienten in Frage gestellt werden (u.a. Gemäß Leitlinien der American Psychological Association [APA]; (Jacobs & Brewer, 2004; Puskar & Urda, 2011). Es gibt robuste Hinweise darauf, dass Non-Suizidversprechen bei Personen, die sich in einem offenen Setting befinden, sogar eine schädliche Wirkung haben können, wenn keine enge und unterstützende therapeutische Beziehung gewährleistet werden kann und sich die suizidgefährdete Person gedrängt fühlt, den Vertrag annehmen zu müssen (Farrow, 2003). Und auch bei stationär untergebrachten Patienten ist Vorsicht geboten: Bei psychotischen oder manischen Patienten sollte auf ein Non-Suizidversprechen verzichtet werden (vgl. Puskar & Urda, 2011).

Es empfiehlt sich, mit suizidalen Patienten regelmäßige therapeutische Gespräche zu führen. Dabei sollen die aktuellen Suizidgedanken, Veränderungen der Zukunftsperspektiven und des psychischen Zustandes (beim Vorliegen einer psychischen Störung) erfragt und die Absprachefähigkeit überprüft werden. Veränderungen müssen erfasst und entsprechend dokumentiert werden.

Haftbedingungen

Im Gefängnis gibt es Möglichkeiten, die Suizidgefahr mittels Veränderungen des Settings zu reduzieren. Frottier et al. (2008) identifizierten vor allem die Einzelhaft als signifikant korrelierend mit Suizid, weshalb suizidale Insassen - wenn möglich - nicht in einer Einzelzelle untergebracht werden sollten.

Im Zürcher Justizvollzug werden bei einem suizidgefährdeten Insassen zuerst alle Vorrichtungen in der Zelle entfernt, welche dem Erhängen dienen könnten. In einem zweiten Schritt werden dem suizidgefährdeten Insassen scharfe oder zum Suizid hilfreiche Gegenstände, wie z.B. Rasierklingen, entzogen. Anschließend wird der suizidgefährdete Insasse bis zum Eintreffen des Psychiaters in einen besonders gesicherten Isolationsraum verlegt, damit er sich nicht verletzen oder gar suizidieren kann. Der Psychiater entscheidet dann, ob eine Verlegung des suizidalen Insassen in eine psychiatrische Klinik notwendig ist.

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung bietet sich vor allem bei akuter Suizidalität an (Althaus & Hegerl, 2004). Hier ist das primäre Ziel eine unterstützende Medikation zur Dämpfung des Handlungsdrucks zu geben (Wolfersdorf, 2008). Dabei bieten sich vor allem Sedativa an, welche nach Abschwächung der akuten Suizidalität wieder schnell abgesetzt werden können (Althaus & Hegerl, 2004). Aber auch Neuroleptika können eingesetzt werden (Wolfersdorf, 2008).

Geht die Suizidalität mit einer psychischen Störung einher, muss diese zudem behandelt werden. So wird z.B. bei einer Depression die Abgabe eines Antidepressivums empfohlen. Dies sollte mit einer Sedativa-Medikation kombiniert werden, da die Einnahme von Antidepressiva bei Patienten mit sehr schweren Depressionen suizidale Handlungen antreiben kann, sobald die Depression zurückgeht (Althaus & Hegerl, 2004).

Chronisch Suizidale weisen meist eine Persönlichkeitsstörung, vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung, auf. Hier eignet sich eine langfristige Lithiummedikation, welcher ein suizidpräventiver Effekt zugeschrieben wird (Althaus & Hegerl, 2004). Allerdings ist gerade Lithium ein Medikament, das eine schwerwiegende Vergiftung mit wenigen Tagesdosen erlaubt.

Die suizidpräventive Wirkung von Antidepressiva, Neuroleptika, Mood Stabilizern und des Lithiums konnte bislang nur in wenigen placebokontrollierten prospektiven Studien nachgewiesen werden (Bronisch 2005 in Bronisch, 2010).

2.3 Fries D, Rossegger A, Endrass J, & Singh J-P (2013). The prediction of criminal recidivism using routinely available file information. *International Journal of Psychological Research,* 6(2), 8-14.

2.3.1 Abstract

Objective. The aim of the present study was to cross-validate the investigation of Buchanan and Leese (2006) into the prediction of criminal recidivism. *Method.* The sample comprised offenders in the criminal justice system of the Canton of Zürich, Switzerland who were discharged to the community. Participants were followed, and evidence of subsequent charges and convictions for both general and serious recidivism was investigated at fixed periods of 2.5, 6.5, and 10.5 years. The predictive validity of socio-demographic, criminal history, and legal class information was assessed using logistic regression as well as log-likelihood, receiver operating characteristic curve, and contingency analyses. *Results*. A multivariable model including age and criminal history information was found to produce the highest rates of predictive validity for general and serious recidivism. Conclusion. Information regularly accessible in forensic practice may be able to guide clinicians as to the recidivism risk level of their patients.

2.3.2 Introduction

Since the number of forensic hospital beds has increased for the last two decades in many Western countries (Priebe, Frottier, Gaddini, Kilian, Lauber et al., 2008), it could be argued that identifying accurate and reliable methods of violence risk assessment in psychiatric populations is of greater importance now than ever. Although the use of complex violence risk assessment instruments is recommended by current clinical guidelines, the practical usefulness of such schemes is limited by costliness, training requirements, time consumption, and, above all, a lack of access to the necessary information to administer the schemes (Hawley, Gale, Sivakumaran, & Littlechild, 2010; Khiroya, Weaver, & Maden, 2009; Viljoen, McLachlan, & Vincent, 2010a). Thus, some researchers have investigated the utility of routinely accessible file information as a

proxy in the risk assessment process (Singh, Grann, Lichtenstein, Långström, & Fazel, 2012c; Wootton, Buchanan, Leese, Tyrer, Burns et al., 2008b). Recently, Buchanan and Leese (2006) tested "the applicability of a statistical approach used elsewhere in medicine to the quantification of the contributions made by different kinds of information in the prediction of criminal conviction" (p. 476) among psychiatric patients discharged from high secure hospitals in the United Kingdom. The researchers found evidence supporting the predictive validity of select socio-demographic and criminal history information in this task, and recommended further investigation in similar samples. Due to the differences in culture as well as criminal justice systems based on common law versus civil law, it is uncertain whether these findings generalize to central European nations such as Switzerland.

The aim of the present study was to attempt to cross-validate Buchanan and Leese's findings concerning the robust prediction of general and serious recidivism using routinely available file information in a total forensic cohort from the Canton of Zürich, Switzerland.

2.3.3 Method

Participants

Participants in the present investigation included offenders from the Zürich Forensic Study, which examined all violent (including sexual) offenders enrolled in probation and/or correction services of the criminal justice system in the Swiss Canton of Zürich in August 2000 (N = 465). The sample was modified to match that investigated by Buchanan and Leese such that only offenders who were diagnosed with a DSM-IV or ICD-10 diagnosis of a mental disorder[14] and were followed in the community for at least 2.5 years were included (N = 204). This sample excluded a small group of women offenders (n = 5) as well as men who died or were deported prior to the 2.5-year minimal follow-up (n = 6). Thus, the present sample was comprised of 193 men diagnosed with a mental disorder discharged to the community.

[14] In Switzerland, those legally classified as having a mental illness were diagnosed via expert opinion.

Procedure

Five Master's-level psychologists collected socio-demographic, criminal history, and mental health information for participants via clinical and correctional file reviews. The files contained comprehensive personal details, including information on both previous and index offenses as well as psychiatric diagnoses. In a pilot study on a subsample of participants from the Zürich Forensic Study (n = 30, 6.5%), the interrater agreement for the collected information was found to be high (κ = 0.70; Landis & Koch, 1977), this represents a "substantial" (p. 165) level of reliability. Recidivism was assessed based on criminal records, which included information on charges and convictions.[15]

Criminal records were evaluated for evidence of recidivism every two to three years, the final evaluation taking place in May 2011. Similar to Buchanan and Leese, two forms of recidivism were used as outcomes: general (any charge or conviction after the index offense) and serious offending (a charge or conviction for a violent [including sexual] offense after the index offense).

Materials

The multivariable model under investigation was designed by Buchanan and Leese to use routinely available file information to predict recidivism. The model was composed of the following three independent variables:

a) Gender

b) Age at discharge

c) Number of prior convictions at the time of discharge

In its development study, the model was found to be a valid predictor of both general and serious recidivism within 2.5, 6.5, and 10.5 years after discharge. Adding information on the legal class of participants' psychiatric diagnosis (mental illness, personality disorder or mental impairment) was not found to significantly increase the predictive validity of the model when general recidivism was the outcome; however,

[15] In Switzerland, charges are displayed in criminal records only while individuals are under investigation.

information on legal class did result in incremental validity for the prediction of serious recidivism.

For the purposes of the present study, whether or not participants had been convicted of any crime (for the prediction of general recidivism) or any violent (including sexual) crime (for the prediction of serious recidivism) prior to their index offense was used in place of the "number of prior convictions at the time of discharge" item. The use of such dichotomous proxies was judged to be appropriate, as Buchanan and Leese found their sample to have a median of two offences at the time of their discharge. Albeit Buchanan and Leese investigated the association between the legal class of mental impairment and recidivism, the contribution of this variable was not assessed, as only two participants in the present sample met this criterion and neither was discharged during the study inclusion period. Thus, legal class was being classified as having a diagnosable mental illness (substance abuse or dependence, schizophrenia spectrum disorders, mood disorders, anxiety disorders, and adjustment disorder) and/or personality disorder.

Statistical Analyses

Data analysis for the present study was modeled after that of Buchanan and Leese, and took place in three stages. In the first stage, the predictive validity of combinations of the collected age, prior conviction, and legal class information was assessed using odds ratios produced by multivariable logistic regression analyses. The base model for the calculations included only offender age, and evidence for incremental validity was investigated using log likelihood analyses when prior conviction and legal class information were added. Linearity in the logit of continuous variables was confirmed *a priori*. In the second stage, receiver operating characteristic (ROC) curve analyses were used to calculate areas under the curve (AUC) produced by the same multivariable models from the first stage. In the third stage, both the median score on each model as well as the inflection point of the ROC curve (i.e., the cut-off score that balanced the cost-ratio between true and false positive rates) for each model were used to calculate sensitivity (the percentage of recidivists judged to be at high-risk), specificity (the percentage of non-recidivists judged to be at low-risk), the number needed to detain (NND; the number of participants judged to be at high-risk who would need to be

detained to prevent a single incident of community recidivism from occurring), and the number safely discharged (NSD; the number of participants judged to be at low-risk who could be discharged to the community prior to a single incident of recidivism). For a detailed discussion of these discrimination (AUC, sensitivity, specificity) and calibration (NND and NSD) statistics, see Singh (2013). Effect estimates were calculated using general or serious recidivism as outcomes, and fixed lengths of follow-up of 2.5, 6.5, and 10.5 years. All analyses were conducted using STATA/IC 12.1 for Windows (StataCorp, 2012) using two-tailed statistical tests and a standard statistical significance threshold of $\alpha = 0.05$.

2.3.4 Results

Sample Characteristics

The present sample was composed of 193 male violent (including sexual) offenders with DSM-IV or ICD-10 diagnoses of mental disorders who were discharged into the community for at least 2.5 years. Of the total sample, 180 participants had a follow-up length of at least 6.5 years and 135 had a follow-up period of at least 10.5 years. Criminal registers were used to evaluate evidence of recidivism at 2.5 (N_{Total} = 193, $n_{\text{General Recidivism}}$ = 52 [26.9%], $n_{\text{Serious Recidivism}}$ = 10 [5.2%]), 6.5 (N_{Total} = 180, $n_{\text{General Recidivism}}$ = 78 [43.3%], $n_{\text{Serious Recidivism}}$ = 23 [12.8%]), and 10.5 years (N_{Total} = 135, $n_{\text{General Recidivism}}$ = 86 [63.7%], $n_{\text{Serious Recidivism}}$ = 35 [25.9%]). As the demographic, psychiatric, and criminal history composition of the three nested samples were not significantly different according to paired-samples *t*-tests and χ^2 tests, descriptive characteristics for the largest sample (N = 193) are reported below.

The mean age of participants upon discharge was 39.2 years (SD = 11.6), and almost ⅔ of the sample (n = 126, 65.6%) had been convicted prior to the index offense. Regarding the psychiatric composition of the sample, diagnoses included personality disorder (n = 85, 44.0%), substance abuse or dependency (n = 68, 35.2%), and schizophrenia-spectrum disorder (n = 33, 17.1%). In Switzerland, expert opinion is used to determine which number of services (e.g., inpatient hospitalization, outpatient treatment, counseling, medication) are allocated to offenders whose mental illness(es) is deemed

treatable and related to increased recidivism risk. As part of their sentence, the majority of participants (*n* = 141, 73.1%) in the present study were mandated some form of court-ordered therapy.

Prediction of General Recidivism

When general recidivism was the outcome of interest, younger age and having a conviction prior to the index offense were significant predictors (Table 3). Legal class did not add significantly to the predictive ability of age and prior conviction for general recidivism. Across 2.5, 6.5, and 10.5 years of follow-up, there was a 5% decrease in general recidivism likelihood for every year increase in age and between a 20% to 27% increase in general recidivism likelihood if an offender had a prior general conviction. Log-likelihood analyses confirmed that prior conviction added significant incremental validity to a model composed only of age at discharge (Table 4), and ROC curve analyses found that a model of prior conviction and age had acceptable discrimination validity (AUCs between 0.74 and 0.76) according to criteria established by Hosmer and Lemeshow (2000). Using a cut-off threshold of $P = 0.5$, lower rates of specificity (0.03 to 0.55) were found across follow-up periods compared to rates of sensitivity (0.11 to 0.80). When the inflexion point of the ROC curve for this model was used as the threshold, the resulting tool balanced sensitivity and specificity: Between 67% and 68% of recidivists and between 66% and 72% of non-recidivists were correctly classified by the scheme, depending on the length of follow-up. Between 1.3 and 2.4 individuals who were judged to be at high-risk by the model would need to be detained to prevent a single incident of general recidivism (NND) and between 2.2 and 6.7 individuals who were judged to be at low-risk could be safely discharged prior to a single incident of general recidivism (NSD).

Prediction of Serious Recidivism

When serious recidivism was used as an outcome in logistic regression analyses, only prior conviction was significantly predictive at 6.5 and 10.5 years after discharge (Table 3). For 2.5 years, no model significantly predicted likelihood of serious recidivism. Up to a 2% decrease in serious recidivism likelihood for every one year increase in age was

found for 6.5 and 10.5 years after discharge. A 266% to 270% increase in serious recidivism likelihood was found if an offender had a prior serious conviction at 6.5 and 10.5 years post discharge.

Log-likelihood analyses verified that prior conviction added significant incremental validity to age alone for 6.5 and 10.5 years follow-up (Table 4). For 2.5 years follow-up, prior convictions (and legal class) did not add significantly to age alone. ROC curve analyses determined that a model composed of prior conviction and age for 6.5 and 10.5 years had moderate discrimination validity (AUCs of 0.68). Adopting a cut-off of $P = 0.5$ for the bivariate model resulted in maximal rates of specificity (0.99 to 1.00) and minimal rates of sensitivity (0.00 to 0.06) across all lengths of follow-up. Using the inflexion point of the ROC curve for this model as the cut-off threshold resulted in a tool that correctly classified between 65% and 68% of serious recidivists and between 60% and 65% of non-recidivists. Between 2.6 and 5.3 individuals who were judged to be at high-risk by the model would need to be detained to prevent a single incident of serious recidivism (NND) for 6.5 and 10.5 years after discharge. The number of people judged to be at low-risk who could be safely discharged prior to a single incident of serious recidivism was found to be between 6.3 and 14.3 (NSD) at 6.5 and 10.5 years.

Comparison with Original Study Findings

Findings were consistent with those of Buchanan and Leese: The AUCs and NNDs found for 2.5 (AUC = 0.68, NND = 2.2), 6.5 (AUC = 0.73, NND = 2.2), and 10.5 years (AUC = 0.72, NND = 2.1) using age, gender and prior convictions for general recidivism as the outcome. Legal class did not add significantly to the predictive accuracy of age, gender and prior convictions. The present study found AUCs and NNDs of 0.74 and 2.4 for 2.5 years, 0.75 and 1.6 for 6.5 years, and 0.76 and 1.3 for 10.5 years using age and prior convictions for general recidivism as the outcome. Adding information on legal class also did not add significantly to age and prior convictions. The findings for serious recidivism within 10.5 years after discharge (AUC = 0.69, NND = 4.9)[16] were similar to those found

[16] Buchanan and Leese (2006) did not report serious recidivism findings for 2.5 or 6.5 year follow-up periods, and also did not calculate the NSD, as it was before the development of the performance indicator by Fazel and colleagues (2012).

by the present study authors for 10.5 years (AUC = 0.68, NND = 2.6). However, Buchanan and Leese found legal class to significantly add to the incremental validity of age, gender and prior convictions at 10.5 years, which the present study did not.

2.3.5 Discussion

The present study further investigated the findings of Buchanan and Leese into the prediction of criminal recidivism using routinely available file information. In their original report, the researchers demonstrated the usefulness of four readily available types of information (gender[17], age, criminal history, and legal class) in assessing recidivism risk amongst forensic psychiatric patients, and suggested replication in additional samples. Thus, the aim of the present study was to attempt to cross-validate the association between predictors for criminal recidivism reported by Buchanan and Leese and both general as well as serious recidivism in a total forensic cohort from the Canton of Zürich, Switzerland. Our findings confirm that a combination of two of the "Big Four" (Andrews & Bonta, 2010) risk factors for recidivism, young age and criminal history, may be the most useful pieces of accessible clinical information in assessing risk.

Implications and Future Directions

The findings of the present investigation hold potentially important implications for both clinicians and researchers. First, given how costly and time-consuming structured risk assessments can be (Viljoen et al., 2010a), using routinely available information on age and criminal history to preliminarily assess the risk of recidivism in offender populations might be useful in initially screening as to whether a more formal risk assessment is necessary (Singh, Grann, Lichtenstein, Långström, & Fazel, 2012a). Second, that legal class was not found to add incrementally to the predictive ability of age and prior convictions is consistent with meta-analytic findings suggesting that predictors of recidivism are the same for offenders with and without mental illness (Bonta et al., 1998). In contrast to Buchanan and Leese, who found legal class to add significantly to the predictive ability for serious recidivism at 10.5 years, the present

[17] As we only included male offenders, there was no need to statistically adjust for the effects of gender.

study did not find legal class to add significantly to age and prior convictions, which might be due to the difference in participants. Future research might investigate whether the inclusion of specific disorders (e.g., antisocial personality disorder) contribute incrementally to the prediction of recidivism. Third, as predictive validity effect estimates for discrimination (e.g., AUC) and calibration validity (e.g., NND and NSD) were similar to those for formal risk assessment instruments (Fazel et al., 2012), this suggests that if the sole aim of risk assessment is to produce high psychometric properties, then complex schemes are not necessary. Hence, perhaps the time has come to shift focus from attempting to maximize prediction accuracy to formulation and management, identifying treatment targets and markers of offender responsibility to tailor interventions (Hart & Logan, 2011).

Limitations

There are several potential limitations to the present investigation. First, necessary adaptations were made to the models examined by Buchanan and Leese. Specifically, whether or not participants had been convicted of a crime prior to their index offense was used rather than the number of prior convictions at the time of discharge. That we still found similar results to those of Buchanan and Leese suggests the robustness of criminal history information in the prediction of recidivism risk. Second, a related limitation was that the association between the legal class of mental impairment and recidivism could not be assessed, because only two participants met this criterion. Third, we included both charges as well as convictions as our outcome criteria, whereas Buchanan and Leese included only convictions. This increased the sensitivity of our model, hence the higher base rates of both general (63.7%) and serious recidivism (25.9%) at 10.5 years than those obtained by the original authors (32% general and 14% serious recidivism). Also, the participants of our study were all released to the community, while 66% of patients in the Buchanan and Leese sample were released to other hospitals. Fourth, only criminal records were used to identify cases of recidivism, which may have potentially underestimated the prevalence of violent incidents in the sample. Using a combination of criminal records, self-report, and collateral information (e.g., friends and family members) is recommended (Monahan, Steadman, Silver, Appelbaum, Robbins et al., 2001). Finally, no model was significant to predict the

likelihood of serious recidivism within 2.5 years, which might be because serious offences can take up to a year to enter the system, reducing sensitivity for this length of follow-up.

2.3.6 Conclusion

The present study found that the use of routinely available file information on offenders' age and criminal history may be able to discriminate between recidivists and non-recidivists just as well as more complex schemes. As such information is routinely incorporated into commonly used risk assessment instruments (Singh, Serper, Reinharth, & Fazel, 2011b), this suggests that the use of complex assessment schemes is perhaps best justified by the need to develop and monitor risk management plans. Accordingly, such a shift may result in renewed interest in both the mechanisms behind interactions in dynamic risk and protective factors as well as in the systematic identification of those individuals who are versus are not likely to experience changes in dynamic risk. By relying on a few pieces of clinically accessible information to establish an *absolute* level of risk and then structured instruments to evaluate changes in offenders' *relative* threshold of risk, clinicians may be better able to information their immediate and short-term risk assessment decisions.

Table 3: *Logistic regression analyses exploring the ability of routinely available file information to predict recidivism risk*

		Outcome					
		General Recidivism			Serious Recidivism		
Follow-up	**Model**	**OR**	**95% CI**	***p***	**OR**	**95% CI**	***p***
2.5 years	*Age alone*	0.96	0.93-0.99	0.01*	1.02	0.97-1.08	0.45
(*N* = 193)	*Age and prior conviction*						
	Age	0.95	0.92-0.99	0.01**	1.02	0.97-1.08	0.46
	Prior convictions	1.20	1.09-1.33	0.001***	2.25	0.58-8.71	0.24
	Age, prior conviction, and legal class						
	Age	0.95	0.92-0.99	0.01**	1.02	0.96-1.08	0.50
	Prior convictions	1.20	1.08-1.33	0.001***	2.24	0.58-8.67	0.24
	Legal class	1.52	0.53-4.36	0.43	0.87	0.16-4.70	0.87
6.5 years	*Age alone*	0.96	0.93-0.99	0.01**	0.99	0.95-1.03	0.65
(*N* = 180)	*Age and prior conviction*						
	Age	0.95	0.92-0.98	0.01**	0.99	0.95-1.03	0.54
	Prior convictions	1.22	1.09-1.36	0.001***	3.70	1.45-9.42	0.01**
	Age, prior conviction, and legal class						
	Age	0.95	0.92-0.98	0.01**	0.99	0.95-1.03	0.54
	Prior convictions	1.21	1.08-1.34	0.01**	3.70	1.45-9.41	0.01**
	Legal class	2.11	0.82-5.42	0.12	0.93	0.27-3.16	0.91
10.5 years	*Age alone*	0.96	0.93-0.99	0.02*	0.98	0.95-1.02	0.34
(*N* = 135)	*Age and prior conviction*						
	Age	0.95	0.92-0.99	0.01**	0.98	0.94-1.01	0.21
	Prior convictions	1.27	1.09-1.48	0.01**	3.66	1.61-8.33	0.01**
	Age, prior conviction, and legal class						
	Age	0.96	0.92-0.99	0.02*	0.97	0.94-1.01	0.18
	Prior convictions	1.27	1.09-1.48	0.01**	3.70	1.62-8.44	0.01**
	Legal class	1.56	0.53-4.60	0.42	0.70	0.21-2.32	0.56

Note. OR = odds ratio, CI = confidence interval, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. Serious recidivism was operationally defined as a charge or conviction for a violent (including sexual) offense. Legal class = mental illness and/or personality disorder. Fractional polynomials were used to confirm the linearity in the logic for all continuous variables.

Table 4: *Likelihood, ROC, and contingency analyses exploring the discrimination and calibration validity of routinely available file information in the prediction of recidivism*

			Likelihood		ROC	Contingency (Median score)		Contingency (Cost-ratio)			
Follow-up	**Recidi-vism**	**Model**	**-2LL**	***p* (increase)**	**AUC**	**Sens**	**Spec**	**Sens**	**Spec**	**NND**	**NSD**
2.5 years (*N* = 193)	*General*	Constant	224		0.50						
		A	216	0.01	0.62	0	100	63	59	2.8	5.3
		A+C	200	<0.001	0.74	20	97	67	66	2.4	6.7
		A+C+D	200	NS	0.74	22	97	65	65	2.5	6.3
	Serious	Constant	78		0.50						
		A	72	NS	0.61	0	100	56	69	12.5	33.3
		A+C	70	NS	0.63	0	100	56	63	14.3	33.3
		A+C+D	70	NS	0.64	0	100	56	64	14.3	33.3
6.5 years (*N* = 180)	*General*	Constant	246		0.50						
		A	234	<0.01	0.64	43	78	60	60	1.9	2.9
		A+C	220	<0.001	0.75	55	82	68	72	1.6	4.0
		A+C+D	218	NS	0.76	56	79	68	70	1.6	3.8
	Serious	Constant	139		0.50						
		A	134	NS	0.54	0	100	68	37	7.7	9.1
		A+C	126	<0.01	0.68	0	100	68	60	5.3	14.3
		A+C+D	126	NS	0.68	0	100	73	57	5.3	16.7
10.5 years (*N* = 135)	*General*	Constant	176		0.50						
		A	170	<0.02	0.62	94	14	56	65	1.4	1.9
		A+C	156	<0.001	0.76	89	45	67	67	1.3	2.2
		A+C+D	156	NS	0.77	89	47	68	73	1.2	2.3
	Serious	Constant	154		0.50						
		A	150	NS	0.55	0	100	62	49	3.4	4.8
		A+C	140	<0.01	0.68	6	99	65	65	2.6	6.3
		A+C+D	140	NS	0.68	3	98	65	65	2.6	6.3

Note. -2LL = -2Log-likelihood ratio, ROC = receiver operating characteristic, AUC = area under the curve, Median score = median score used as cut-off threshold, Cost-ratio = score that optimized the balance between sensitivity and specificity used as cut-off threshold, Sens = sensitivity, Spec = specificity, NND = number needed to detain, NSD = number safely discharged, A = age, C = criminal conviction prior to index offense, D = legal class (mental illness and/or personality disorder), – = not applicable, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. Serious recidivism was operationally defined as a charge or conviction for a violent (including sexual) offense.

2.4 Fries D, Rossegger A, Endrass J, & Singh J-P (2013). Utility of a Violence Screening Tool to Predict Recidivism in Offenders with Schizophrenia: A Total Forensic Cohort Study. *Open Access Journal of Forensic Psychology, 5*, 40-52.

2.4.1 Abstract

The aim of the present study was to investigate the utility of the screening tool developed by Wootton and colleagues (2008a) to predict recidivism in a total cohort of offenders diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders in the Canton of Zürich, Switzerland. The sample consisted of violent (including sexual) offenders between the ages of 18 to 65 years with ICD-10 diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, affective psychosis, and delusional disorder sentenced either to court-ordered therapy or at least 10 months prison and discharged into the community (N = 34). The instrument was found to be useful in prospectively identifying low-risk individuals and retrospectively discriminating recidivists. Albeit the adaptation of the screening tool may have some usefulness when identifying low-risk individuals, caution is warranted when used in forensic samples.

2.4.2 Introduction

As the number of forensic hospital beds has doubled in many Western countries over the past two decades (Priebe et al., 2008), valid violence risk assessment procedures are needed for severely mentally ill populations. Meta-analytic evidence suggests that risk assessment instruments developed for such specific populations produce higher rates of predictive validity (Singh et al., 2012b). Further, recent research confirms that instruments perform best when administered to samples similar to their calibration samples (Harris et al., 2003), inferring that measures designed for specific diagnostic groups may produce higher rates of accuracy than tools developed for heterogeneous psychiatric populations. This is supported by recent systematic reviews that have argued for the importance of violence risk assessment in psychiatric populations and

have noted the need for diagnosis-specific assessments of dangerousness (Kumar & Simpson, 2005; Turgut, Lagace, Izmir, & Dursun, 2006; Woods & Ashley, 2007).

A systematic search for risk assessment tools designed to assess the likelihood of community violence in psychiatric patients identified only one actuarial formula developed for individuals diagnosed with psychotic disorders (Singh, Serper, Reinharth, & Fazel, 2011c). The scheme, developed by Wootton and colleagues (2008a) as part of the UK700 study on case management for patients with schizophrenia-spectrum disorders in England, provides a violence screening tool using routinely available criminal history, demographic, and clinical information.

Given the tool authors' claims that the screening instrument may be useful in practice settings, the aim of the present study was to investigate its usefulness in a total forensic cohort of offenders diagnosed with schizophrenia in the Canton of Zürich, Switzerland.

2.4.3 Materials and Methods

Participants

The study sample comprised offenders from the Zürich Forensic Study, which examined all violent (including sexual) offenders enrolled in probation and/or correction services of the criminal justice system in the Canton of Zürich, Switzerland, in August 2000 (N = 465). The present study included those offenders between the ages of 18 to 65 years with ICD-10 diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, affective psychosis, and delusional disorder sentenced either to court-ordered therapy or at least 10 months prison subsequently discharged into the community (N = 34). In Switzerland, an offender who is diagnosed with a mental illness that is deemed treatable and related to his or her increased recidivism risk is, as part of his or her sentence, assigned an individualized treatment plan that may consist of inpatient hospitalization, outpatient treatment, counseling, and/or medication amongst other services. Which services are received by which offender is determined by expert opinion. In the present study, psychiatric diagnoses were established by qualified clinicians using standard DSM-IV and ICD-10 criteria relying upon a combination of interview and file review information.

Materials

The screening tool developed by Wootton and colleagues (2008a) was designed to assess the likelihood of assaults by patients with psychosis in the community. The instrument was calibrated for a follow-up of two years and patients aged 18 to 65 years. The formula is composed of four criminal history, demographic, and clinical variables. These variables are combined using a simple scoring system developed by rounding the logistic regression coefficients from a multivariable model containing them:

> *„Score 11 if assault in previous 2 years*
>
> *add 2 if Male*
>
> *add 6 if Drug use in the past year*
>
> *add 20*
>
> *subtract 0.3 × Age at discharge*
>
> *Divide total by 3.5“*

The authors operationally defined previous assaults as self-reported incidents of “having committed an assault in the 2 years prior to study entry” (p. 178) regardless of severity and drug use as self-reported “use of any illicit drug in the last year or self-report of having used 2 or more illicit drugs in the last year” (p. 178-179). Since the usefulness of the screening tool may be limited in forensic populations as offenders may not have had a comparable opportunity to offend or use drugs compared to civil patients, two item adaptations were made: “assault within the last two years” was changed to “assault prior to the index offence” and the definition of drug use was changed from “drug use in the past year” to “diagnosis of drug use or dependency”.

Procedure

Five Masters-level psychologists collected criminal history, demographic, and clinical information from correctional files. The files contained comprehensive personal details, including the circumstances of both previous and index offenses as well as psychiatric diagnoses. In a pilot study on a subsample of participants from the Zürich Forensic Study (n = 30, 6.5%), the interrater agreement for the collected information was

determined to be substantial (κ = 0.70; Landis & Koch, 1977). The cohort was prospectively followed after release to the community and information on recidivism collected. Determinations of previous convictions and recidivism were based on criminal records, which included information on charges and convictions as well as violation of conditions of probation. A sensitive definition of recidivism was used including any charge or conviction for an offense committed after the index offense. This dichotomous outcome criterion did not include probation violations that did not constitute crimes.

Statistical Analysis

The predictive validity of the screening tool was measured using seven performance indicators including the area under the curve (AUC) as calculated using receiver operating characteristic (ROC) curve analysis. Additional indicators were calculated using a 2 x 2 contingency table (Figure 3) and the author-recommended cut-off score of +4. Using this tabular information, sensitivity (the percentage of recidivists who were judged to be at high-risk), specificity (the percentage of non-recidivists who were judged to be at low-risk), positive predictive value (PPV; the percentage of patients judged to be at high-risk who went on to recidivate), negative predictive value (NPV; the percentage of low-risk individuals who did not go on to recidivate), number needed to detain (NND; the number of patients judged to be at high-risk who would need to be detained to prevent a single incident of recidivism in the community), and number safely discharged (NSD; the number of patients judged to be at low-risk who could be discharged prior to a single incident of violent recidivism in the community) were calculated. These seven outcome statistics were selected as they provide measures of global utility (AUC) as well as usefulness in making "rule in" (sensitivity, PPV, and NND) and "rule out" (specificity, NPV, and NSS) decisions (Singh et al., 2011a).

Analyses were conducted using SPSS 19 for Windows (SPSS Inc., 2010), STATA/IC 12.0 for Windows (StataCorp, 2012), and MedCalc 11.3.8.0 for Windows (MedCalc MedCalc Software, 2010). Two-tailed tests were used with a standard significance threshold of α=0.05.

2.4.4 Results

Sample Characteristics

The sample for the present study was composed of 34 violent (including sexual) offenders diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders sentenced to court-ordered therapy or prison and then discharged into the community (Table 5). All patients were male, with a mean age of 40.1 years (*range* = 26.0-66.1, *SD* = 9.0) at discharge. The majority of the participants were of Swiss nationality (70.6%, *n* = 24) and single at the time of the index offense (70.6%, *n* = 24). Half of the patients (50.0%, *n* = 17) had a conviction prior to the index offense. Regarding clinical diagnoses, 11.8% (*n* = 4) of the participants had a DSM-IV or ICD-10 comorbid personality disorder and 11.8% (*n* = 4) comorbid diagnosis of drug abuse or dependence. The majority of the sample (70.6%, *n* = 24) had been psychiatrically hospitalized prior to the index offense.

Table 5: *Descriptive Characteristics of 34 Offenders Diagnosed with Schizophrenia-Spectrum Disorder in Switzerland*

		Calibration sample	**Present sample**
Category	**Subcategory**	**Number of** ***N* = 708 (%)**	**Number of** ***N* = 34 (%)**
Sex	Male	404 (57.1%)	34 (100.0%)
Nationality	Female	304 (42.9%)	0 (0.0%)
	Swiss	*NR*	24 (70.6%)
	Non-Swiss	*NR*	10 (29.4%)
Marital status	Single	464 (65.5%)	24 (70.6%)
	Not single	244 (34.5%)	10 (29.4%)
Age at discharge	Mean (*SD*)	38.2 (11.6)	40.1 (9.0)

Criminal history	Yes	122 (17.2%)	17 (50.0%)
	No	586 (82.8%)	17 (50.0%)
Personality disorder	Yes	186 (26.3%)	4 (11.8%)
	No	522 (73.7%)	30 (88.2%)
Illicit drug abuse or dependency	Yes	209 (29.5%)	4 (11.8%)
	No	499 (70.5%)	30 (88.2%)
Previous psychiatric hospitalization[1]	Yes	*NR*	24 (70.6%)
	No	*NR*	9 (26.5%)

Note. N = number of participants in sample; SD = standard deviation; NR = not reported. Diagnoses of schizophrenia, personality disorder, and drug abuse or dependency made using DSM-IV or ICD-10. Calibration estimates from Wootton and colleagues (2008).

[1] One case missing (2.9%)

All participants were followed for two years post-discharge (including periods of detention for non-violent crimes) and criminal registers were used to ascertain whether they had recidivated. Only one patient (2.9%) had been charged with a violent offense (sexual assault). This patient was a married Swiss national and was 31.2 years old at discharge. In respect to clinical characteristics, he had neither been diagnosed with comorbid drug abuse/dependence nor personality disorder, and had not been hospitalized psychiatrically prior to the index offense. However, he had been previously convicted of assault.

Predictive validity of adapted screening tool

The predictive validity of the adapted screening tool was assessed using both ROC and contingency table analyses (Table 6). ROC analysis revealed that the probability of a randomly selected recidivist having a higher risk classification than a randomly selected non-recidivist was 74.0% using categorical estimates (i.e., high-risk vs. low-risk). The instrument was not found to be useful in prospectively predicting (PPV = 5.6%; NND = 18.0) but was found to be useful in retrospectively discriminating (sensitivity = 100%) recidivists (Figure 3). Although the instrument was able to prospectively identify low-

risk individuals with a high level of accuracy (NPV = 100%) only around half of the non-recidivists were classified as low-risk (specificity = 51.5%).

Table 6: *Performance Indicators of an Adapted Version of a Violence Screening Tool for 34 Offenders Diagnosed with Schizophrenia-Spectrum Disorders in Switzerland*

	ROC Curve Analysis[1]	Contingency Table Analysis[1]							
Sample	**AUC**	**Sensitivity**	**Specificity**	**PPV**	**NPV**	**NND**	**NSD**	**FPR**	**FNR**
Calibration	0.71	65%	69%	*NR*	*NR*	2.67	*NR*	63%	13%
Present study sample[2]	0.74	100%	51.5%	5.6%	100%	18.0	16	51.5%	0%

Note. ROC = receiver operating characteristic; AUC = area under the curve; PPV = positive predictive value; NPV = negative predictive value; NND = number needed to detain; NSD = number safely discharge; FPR = false positive rate; FNR = false negative rate; NR = not reported. Calibration estimates from Wootton and colleagues (2008).

[1] Calculated using categorical risk bins (scores <+4 vs. ≥+4).
[2] Adapted version of violence screening tool: previous assault = assault prior to index offense; drug use = diagnosis of drug abuse or dependency

		Outcome	
		Violent Recidivism	**No Violent Recidivism**
Prediction	**High-risk**	1	17
	Low-risk	0	16

Figure 3: *2x2 Contingency Table Comparing Predictions and Outcomes of an Adapted Version of a Violence Screening Tool for 34 Offenders Diagnosed with Schizophrenia-Spectrum Disorders in Switzerland*

2.4.5 Discussion

The aim of the present investigation was to examine the predictive validity of a screening tool designed to predict violence in patients diagnosed with psychotic disorders discharged from forensic psychiatric care. Receiver operating characteristic and contingency table analyses revealed that the adapted version of the tool was useful in prospectively identifying low-risk individuals and retrospectively discriminating recidivists.

Implications

Reviews of the media literature (Klin & Lemish, 2008; Levey & Howells, 1994) and surveys conducted in Western countries (Luty, Fekadu, & Dhandayudham, 2006; National Alliance on Mental Illness, 2008; Pescosolido, Martin, Long, Medina, Phelan et al., 2010) have identified individuals with schizophrenia as the hospitalized group most commonly associated with violence. The findings of the present study, however, suggest that viewing patients diagnosed with schizophrenia as a major public health and safety concern may be unwarranted. This supports recent large-scale epidemiological studies

that have found individuals with severe mental illness to be responsible for only a small fraction of violent crimes (Fazel & Grann, 2006).

As the use of risk assessment instruments is recommended by a large body of researchers, they have gained widespread popularity in the evaluation of violence risk (Archer, Buffington-Vollum, Stredny, & Handel, 2006; Viljoen et al., 2010b). However, Viljoen et al. (2010b) argue that it is important to only use risk assessment instruments if risk is relevant for the legal issue at hand and to carefully consider the appropriateness and limitations of different assessment instruments. Thus, related to the above implication, the very low base rate of violence in individuals diagnosed with schizophrenia (Large, Ryan, Singh, Paton, & Nielssen, 2011) has led some experts to argue that the use of violence risk assessment instruments may not be particularly useful in severely mentally ill populations (Szmukler, 2001).

Given that no participants judged to be at low-risk went on to recidivate, the scheme may be useful in prospectively identifying low-risk individuals. An approach that could be considered to take advantage of the instrument´s strengths would be to screen out patients at very low-risk prior to in-depth risk assessments (Singh et al., 2012b). Given how time-consuming structured risk assessment instruments can be (Viljoen et al., 2010b), screening tools that use routinely available file information and can quickly identify individuals at such low-risk that they do not require further assessment of violence risk are potentially attractive. Similar stepped approaches are already widely used in other fields such as clinical medicine (Smith, Cokkinides, Brooks, Saslow, & Brawley, 2011).

Limitations

There are several limitations to the present investigation. First, the small sample size likely resulted in insufficient power to detect small to moderate AUCs using ROC curve analysis and may have produced biased parameter estimates (Hanczar, Hua, Sima, Weinstein, Bittner et al., 2010). Future studies may wish to further investigate the ability of the screening tool in prospectively predicting violent recidivism in larger samples of forensic psychiatric patients.

Second, only criminal records were used to identify cases of assault, potentially underestimating the prevalence of violent incidents in the sample. Were the base rate of violence higher, the screening instrument would likely have produced a higher PPV and NND as well as a lower NPV and NSD. Using a combination of criminal records, patient self-report, and collateral interviews (clinician, friends, family) is recommended to address this potential bias (cf. Monahan et al., 2001).

Third, the statistical model tested in the present investigation included modifications of several items in the original formula published by Wootton. Specifically, self-reported incidents of assault were replaced by incidents of assault prior to the index offense, and self-reported drug use was replaced by diagnoses of drug use or dependency. The former modification may have reduced the prevalence of prior aggressive incidents, as intra-institutional misconduct would not have been included. The latter modification may have reduced the prevalence of substance use, as formal DSM-IV and ICD-10 diagnoses were less likely to detect any drug use than self-report. The two modifications to the item content of the model, if they did have an effect, would have resulted in overall lower risk scores, producing a more sensitive model. However, the low PPVs and high NNDs found suggest that, even when the model is optimized in the identification of recidivists, the formula has difficulties prospectively identifying high-risk individuals.

Fourth, recent research has evidenced instability in group-based risk classifications such as those developed using statistical models such as that investigated in the present study (Cooke & Michie, 2010; Hart & Cooke, 2013; Hart, Michie, & Cooke, 2007). Hence, we advocate caution when making definitive decisions concerning individual liberty and resource allocation using the Wootton formula.

Fifth, the conclusions of the present investigation are circumscribed to ethnically Swiss men in forensic settings. Until further replication studies have been conducted, we cannot be certain that our findings would generalize to more diverse populations including women or men of different cultural backgrounds.

2.4.6 Conclusion

The routine assessment of violence risk in patients with schizophrenia is recommended by current clinical guidelines (American Psychiatric Association, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). However, since the base rate of violence in individuals diagnosed with schizophrenia is very low (Large et al., 2011), screening tools that can quickly identify individuals at low-risk and do not require further assessment of violence risk might be more attractive to use in severely mentally ill populations. The adaptation of the screening tool in the current study may have some utility when identifying low-risk individuals, but caution is warranted when used in other forensic samples. Future studies may also wish to explore the degree to which incidents of violent recidivism are related to schizophrenia-spectrum symptoms such as threat-control override symptoms (Link, Stueve, & Phelan, 1998) as well as the mediating effect of antipsychotic prescription and adherence (Swanson, Swartz, & Elbogen, 2004). When it comes to the issue of risk assessment in individuals with severe mental illness, the question is, indeed, not whether, but how.

EIGENLEISTUNG

1. **Fries D, Endrass J, Ridinger M, Urbaniok F, & Rossegger A (2011). Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie,* 79, 404-410.**

   Eigener Beitrag: Systematische Literaturrecherche und -aufarbeitung, Mitwirkung bei der Erstellung der einzelnen Kapitel, Datenextraktion sowie Mitarbeit bei der statistischen Datenauswertung

2. **Fries D & Vettiger R (2012). *Management von Suizidalität in forensischen Settings*. In: lnterventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, & Borchard B (Hrsg.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin, S. 427-438.**

   Eigener Beitrag: Federführend bei der Manuskripterstellung, Recherche, Aufarbeitung und Zusammenfassung der Literatur

3. **Fries D, Rossegger A, Endrass J, & Singh J P (2013). The prediction of criminal recidivism using routinely available file information. *International Journal of Psychological Research, 6*(2), 8-14.**

   Eigener Beitrag: Mitwirkung am Studiendesign sowie der Erstellung aller Kapitel des Manuskripts, Durchführung der Datenerhebung und -bereinigung sowie Beteiligung bei der Datenauswertung

4. **Fries D, Rossegger A, Endrass J, & Singh J P (2013). Utility of a Violence Screening Tool to Predict Recidivism in Offenders with Schizophrenia: A total Forensic Cohort Study. *Open Access Journal of Forensic Psychology,* 5, 40-52.**

   Eigener Beitrag: Mitwirkung am Studiendesign sowie an allen Kapiteln der Manuskripterstellung, Durchführung der Datenerhebung und –bereinigung sowie Datenauswertung

LITERATURVERZEICHNIS

Aebi, M. F., & Delgrande, N. (2009). Council of Europe - Annual Penal Statistics (SPACE I). Retrieved from: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdpc/bureau%20documents/PC-CP(2011)3%20E%20-%20SPACE%20I%202009.pdf

Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., . . . Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 341-382.

Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, T., & Rössler, W. (2009). In-patient suicide. A 13-year assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*(1), 71-75.

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization, 86*(9), 657-736. Retrieved from: http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en/

Alden, A., Brennan, P., Hodgins, S., & Mednick, S. (2007). Psychotic disorders and sex offending in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 64*(11), 1251-1258.

Althaus, D., & Hegerl, U. (2004). Ursachen, Diagnosen und Therapie von Suizidalität. *Nervenarzt, 75*(11), 1123-1135.

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Arlington, USA: American Psychiatric Association.

Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review–with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(s424), 5-59.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2001). *The Level of Service Inventory-Revised. User's Manual.* Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law, 16*(1), 39-55.

Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment, 87*(1), 84-94.

Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry, 57*(10), 979-986.

Ax, R. K., Fagan, T. J., Magaletta, P. R., Morgan, R. D., Nussbaum, D., & White, T. W. (2007). Innovations in Correctional Assessment and Treatment. *Criminal Justice and Behavior, 34*(7), 893-905.

Bennefeld-Kersten, K. (2005). Suizide in Justizvollzugsanstalten der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2000 bis 2005.

Bennefeld-Kersten, K. (2009). *Ausgeschieden durch Suizid - Selbsttötungen im Gefängnis*. Lengerich, Deutschland: Pabst.

Berger, J., Scheurer, H., Honecker, Y., Andritsch, F., & Six, A. (1999). Straffällige Alkohol- und Drogenabhängige. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 67*, 502-508.

Bezzel, A. (2008). *Therapie im Maßregelvollzug - und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB).* Dissertation, Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland.

Binder, R. L. (1999). Are the Mentally Ill Dangerous? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 27*(2), 189-201.

Boetticher, A., Kröber, H.-L., Müller-Isberner, R., Böhm, K., Müller-Metz, R., & Wolf, T. (2007). Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 1*(2), 90-100.

Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 123*(2), 123-142.

Bossenmayer, S. (2003). *Selbstbeschädigung unter besonderer Berücksichtigung von Selbstbeschädigung in Haft.* Dissertation, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen, Deutschland.

Bourdon, K. H., Rae, D. S., Locke, B. Z., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (1992). Estimating the prevalence of mental disorders in US adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Public Health Reports, 107*(6), 663-668.

Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide Inside - A Systematic Review of Inpatient Suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(5), 315-328.

Braun-Scharm, H. (2002). *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart, Deutschland: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 57*(5), 494-500.

Brink, J. (2005). Epidemiology of mental illness in a correctional system. *Current Opinion in Psychiatry, 18*(5), 536-541.

Bronisch, T. (2010). Suizidalität. In J. Gallinat, & A. Heinz (Eds.). *Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 133-145). München, Deutschland: Elsevier Urban und Fischer.

Brown, J., & Singh, J. P. (2014). Forensic Risk Assessment: A Beginner's Guide. *Archives of Forensic Psychology, 1*(1), 49-59.

Buchanan, A., & Leese, M. (2006). Quantifying the contributions of three types of information to the prediction of criminal conviction using the receiver operating characteristic. *The British Journal of Psychiatry, 188*(5), 472-478.

Bundesamt für Gesundheit (2005). Suizid und Suizidpräventation in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251).

Bundesministerium der Justiz (2009). § 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Retrieved from: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__64.html

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2009). § 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Retrieved from: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__64.html

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015). Strafgesetzbuch (StGB). Retrieved from: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/BJNR001270871.html

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2011). Outreach Strategies for Suicide Prevention: Guidelines and Clinical Effectiveness. Retrieved from https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/aug-2011/RB0402_Suicide_Prevention.pdf

Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., . . . Lewis, G. (2006). Violence and psychiatric morbidity in the national household population of

Britain: Public health implications. *The British Journal of Psychiatry, 189*(1), 12-19.

Cooke, D. J., & Michie, C. (2010). Limitations of diagnostic precision and predictive utility in the individual case: A challenge for forensic practice. *Law and human behavior, 34*(4), 259-274.

Dahle, K.-P., Lohner, J. C., & Konrad, N. (2005). Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. *International Journal of Forensic Mental Health, 4*(1), 53-62.

Deisenhammer, E. A., DeCol, C., Honeder, M., Hinterhuber, H., & Fleischhacker, W. W. (2000). In-patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(4), 290-294.

Dessecker, A. (1996). *Suchtbehandlung als strafrechtliche Sanktion: Eine empirische Untersuchung zur Anordnung und Vollstreckung der Massregel nach § 64 StGB* (Vol. 19). Wiesbaden, Deutschland: Kriminologische Zentralstelle.

Dessecker, A. (2004). Unterbringung nach § 64 StGB in kriminologischer Sicht. *Recht und Psychiatrie, 22*(4), 192-199.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2002). Maßregel-Recht. Retrieved from: www.forensik.de/recht/gesetze/4_1.html

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2005). Empfehlungen zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung Retrieved from: www.suizidprophylaxe.de

Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer, C. E., & Thomas, C. (2001). The prevalence of mental illness in prison. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 29*(1), 21-40.

Dieckmann, A., & Gigerenzer, G. (2005). Macht Halbwissen klug: ist mehr Information immer besser? *Berliner Ärzte, 42*(7), 16-19.

Douglas, K. S., Cox, D. N., & Webster, C. D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and criminological psychology, 4*(2), 149-184.

Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 135*(5), 679-706.

Falzer, P. R. (2013). Valuing Structured Professional Judgment: Predictive Validity, Decision-making, and the Clinical-actuarial Conflict. *Behavioral Sciences and the Law, 31*(1), 40-54.

Farrow, T. L. (2003). 'No suicide contracts' in community crisis situations: A conceptual analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(2), 199-202.

Faust, V. (2000). Suizid und Suizidversuch. *Psychiatrie Heute.* Retrieved from: http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_suizid.pdf

Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet, 377*, 956-965.

Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction, 101*(2), 181-191.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23'000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet, 359*, 545-550.

Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry, 163*(8), 1397-1403.

Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2011). Prison suicides in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(3), 191-195.

Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Journal of the American Medical Association, 301*(19), 2016-2023.

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33'588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry, 200*(5), 364-373.

Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). The prediction of violence and antisocial behaviour: A systematic review and meta-analysis of the utility of risk assessment instruments in 73 samples involving 24'827 individuals. *British Medical Journal, 345*, e4692.

Fazel, S., Sjöstedt, G., Långström, N., & Grann, M. (2007). Severe mental illness and risk of sexual offending in men: A case-control study based on Swedish national registers. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(4), 588-596.

Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G. M., & Lichtenstein, P. (2015). Depression and violence: A Swedish population study. *The Lancet, 2*(3), 224-232.

Fazel, S., & Yu, R. (2011). Psychotic disorders and repeat offending: Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 37*(4), 800-810.

Ferguson, A. M., Ogloff, J. R., & Thomson, L. (2009). Predicting recidivism by mentally disordered offenders using the LSI-R:SV. *Criminal Justice and Behavior, 36*(1), 5-20.

Fries, D., Endrass, J., Ridiniger, M., Urbaniok, F., & Rossegger, A. (2011). Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 79*, 404-410.

Fries, D., & Vettiger, R. (2012). Management von Suizidalität in forensischen Settings. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok, & B. Borchard (Eds.). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie* (pp. 427-438). Berlin, Deutschland: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Frottier, P., König, F., Matschnig, T., Seyringer, M.-E., & Frühwald, S. (2008). Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft. *Psychiatrische Praxis, 35*(1), 21-27.

Frühwald, S., Frottier, P., Benda, N., Eher, R., König, F., & Matschnig, T. (2002). Psychosoziale Charakteristika von Suizidopfern in Gefängnissen. *Wiener Klinische Wochenschrift, 114*(15), 691-696.

Gauthier, S., Reisch, T., & Bartsch, C. (2015). Swiss prison suicides between 2000 and 2010. *Crisis, 36*(2), 110-116.

Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A Meta-Analysis of the Predictors of Adult Offender Recidivism: What Works!*. *Criminology, 34*(4), 575-608.

Gericke, B., & Kallert, T. (2007). Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis, 34*(2), 218-226.

Gerl, S., & Bischof, H.-L. (2001). Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichts-beschlusses vom 16.3.1994 auf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) bei Alkoholabhängigen und Polytoxikomanen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsform, 84*(2), 138-153.

Gorissen, N. (1999). Massregeln der Besserung und Sicherung, Vermögensstrafe und Massnahmen eigener Art. Retrieved from: http://www.jura.uni-tuebingen.de/professoren_und_dozenten/kuehl/materialien/forschung/mregeln.pdf

Grann, M., Danesh, J., & Fazel, S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry, 8*(1), 92-98.

Gretenkord, L. (2013). Warum Prognoseinstrumente? In M. Rettenberger, & F. von Franqué (Eds.). *Handbuch Kriminalprognostischer Verfahren* (pp. 19-38). Göttingen, Deutschland: Hogrefe Verlag.

Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., Philibert, R. A., & Hollenbeck, N. (2011). Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice, 39*(3), 238-245.

Guy, L. S., Douglas, K. S., & Hart, S. D. (2015). Risk assessment and communication. In B. L. Cutler, & P. A. Zapf (Eds.). *APA handbook of forensic psychology* (Vol. 1, pp. 35-86). Washington, USA: US: American Psychological Association.

Habermeyer, E. (2009). Forensische Psychiatrie. *Nervenarzt, 80*, 79-92.

Habermeyer, E., Mokros, A., & Vohs, K. (2012). Sicherungsverwahrte und Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs im Vergleich. *Recht und Psychiatrie, 30*, 72-80.

Haffke, B. (2005). Vom Rechtsstaat zum Sicherheitsstaat? *Kritische Justiz, 38*(1), 17-35.

Haller, R., Kemmler, G., Kocsis, E., Maetzler, W., Prunlechner, R., & Hinterhuber, H. (2001). Schizophrenie und Gewalttätigkeit. Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Der Nervenarzt, 72*(11), 859-866.

Hanczar, B., Hua, J., Sima, C., Weinstein, J., Bittner, M., & Dougherty, E. R. (2010). Small-sample precision of ROC-related estimates. *Bioinformatics, 26*(6), 822-830.

Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348-362.

Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis 2004-02*. Ottawa, Canada Public Safety and Emergency Preparedness Canada.

Harris, G. T., & Rice, M. E. (2015). Progress in violence risk assessment and communication: Hypothesis versus evidence. *Behavioral Sciences and the Law, 33*(1), 128-145.

Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and human behavior, 15*(6), 625-637.

Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Boer, D., & Lang, C. (2003). A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological Assessment, 15*(3), 413-425.

Hart, S. D., & Cooke, D. J. (2013). Another Look at the (Im-)Precision of Individual Risk Estimates Made Using Actuarial Risk Assessment Instruments. *Behavioral Sciences and the Law, 31*(1), 81-102.

Hart, S. D., & Logan, C. (Eds.). (2011). *Formulation of violence risk using evidence-based assessements: The structured professional judgement approach*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments. Evaluating the 'margins of error' of group vs. individual predictions of violence. *The British Journal of Psychiatry, 190*(49), 60-65.

Hausner, H., Wittmann, M., & Cording, C. (2006). Forensische Psychiatrie im Wandel. *Krankenhauspsychiatrie, 17*, 68-73.

Hawley, C. J., Gale, T. M., Sivakumaran, T., & Littlechild, B. (2010). Risk assessment in mental health: Staff attitudes and an estimate of time cost. *Journal of Mental Health, 19*(1), 88-98.

Hessen, L. (2007). Maßregelvollzug. Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher in Hessen. Retrieved from: *http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/_c-329/_nr-13/i.html.*

Hilton, N. Z., Carter, A. M., Harris, G. T., & Sharpe, A. J. B. (2008). Does Using Nonnumerical Terms to Describe Risk Aid Violence Risk Communication?

Clinician Agreement and Decision Making. *Journal of Interpersonal Violence, 23*(2), 171-188.

Hilton, N. Z., & Simmons, J. L. (2001). The Influence of Actuarial Risk Assessment in Clinical Judgments and Tribunal Decisions about Mentally Disordered Offenders in Maximum Security. *Law and Human Behavior, 25*(4), 393-408.

Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General psychiatry, 53*(6), 489-496.

Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York, USA: Wiley.

Hunt, I., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2010). Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: A national clinical survey. *BMC Psychiatry, 10*, 14-19.

Ingenleuf, H.-J. (1992). *Maßregelvollzug - Gemeinsames Stiefkind von Psychiatrie und Justiz?* Frankfurt, Deutschland: Peter Lang Verlag.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Gaebel, W. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)(Originalien). *Der Nervenarzt, 85*(1), 77-87.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine, 34*(4), 597-611.

Jacobs, D., & Brewer, M. (2004). APA Practice Guideline Provides Recommendations for Assessing and Treating Patients With Suicidal Behaviors. *Psychiatric Annals, 34*(5), 373-380.

Jasch, M. (2010). Maßregeln der Besserung und Sicherung als Bausteine eines neuen Sicherheitsstrafrechts. *Beitrag zur AG.* Retrieved from: http://www.strafverteidigertag.de/Strafverteidigertage/Material%20Strafverteidigertage/Jasch33StVT.pdf

Kemper, A. (2008). Fehleinweisungen in die Entziehungsansalt - Ergebnisse eines Forschungsprojekts zum Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB in NRW. *Recht und Psychiatrie, 26*, 15-26.

Khiroya, R., Weaver, T., & Maden, T. (2009). Use and perceived utility of structured violence risk assessments in English medium secure forensic units. *Psychiatrist, 33*, 129-132.

Killias, M. (2011). Suizid im Gefängnis: Ein Problem der Institution? *Wissen aktuell*.

Klein, S. D., Bischoff, C., & Schweitzer, W. (2010). Suicides in the Canton of Zurich (Switzerland). *Swiss Medical Weekly, 140*, w13102.

Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of Health Communication, 13*(5), 434-449.

Konrad, N. (2002). Suizid in Haft - europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 153*(3), 131-136.

Konrad, N. (2006). Psychiatrie des Strafvollzugs. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Eds.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (pp. 234-242). Darmstadt, Deutschland: Steinkopff Verlag.

Kopp, D. (2012). *Psychische Erkrankungen bei Gefängnisinsassen.* Dissertation, Greifswald Universität, Greifswald, Deutschland.

Kozol, H. L., Boucher, R. J., & Garofalo, R. F. (1972). The diagnosis and treatment of dangerousness. *Crime and Delinquency, 18*(4), 371-392.

Kumar, S., & Simpson, A. (2005). Application of risk assessment for violence methods to general adult psychiatry: A selective literature review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(5), 328-335.

Kutscher, S., Schiffer, B., & Seifert, D. (2009). Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 77*, 91-96.

Landeswohlfahrtsverband Hessen (2007). Maßregelvollzug. Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher in Hessen. Retrieved from: http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/_c-329/_nr-13/i.html

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*(1), 159-174.

Långström, N., Sjöstedt, G., & Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*(2), 139-150.

Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 125*(2), 209-220.

Large, M. M., Ryan, C. J., Singh, S. P., Paton, M. B., & Nielssen, O. B. (2011). The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry, 19*(1), 25-33.

Lehle, B. (2007). Suizidalität und Suizid während der stationären psychiatrischen Behandlung. *Psychiatrie, 2*, 40-46.

Levey, S., & Howells, K. (1994). Accounting for the fear of schizophrenia. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 4*(5), 313-328.

Leygraf, N. (1987). Alkoholabhängige Straftäter: Zur Problematik der Unterbringung nach § 64 StGB. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 55*(7), 231-237.

Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: Probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(1), 55-60.

Logan, C., & Johnstone, L. (2010). Personality disorder and violence: making the link through risk formulation. *Journal of Personality Disorders, 24*(5), 610-633.

Luty, J., Fekadu, D., & Dhandayudham, A. (2006). Understanding of the term 'schizophrenia' by the British public. *Psychiatric Bulletin, 30*(11), 435-436.

MacArthur Foundation (2001). The MacArthur Violence Risk Assessment Study. Retrieved from: http://macarthur.virginia.edu/risk.html

Maier, W. (2013). Stellungnahme der DGPPN zu den Reformüberlegungen des § 63 StGB durch das Bundesministerium der Justiz.
Retrieved from:

http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Stellungnahme_Reform%C3%BCberlegungen__63_StGB_BMJ_final_01.pdf

MedCalc Software (2010). *MedCalc: Version 11.3.8.0*. Mariakerke, Belgium: MedCalc Software.

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis, USA: University of Minnesota.

Meier, B.-D. (2001). Der Strafzumessungsvorgang im Überblick *Strafrechtliche Sanktionen* (pp. 141-145). Berlin, Deutschland: Springer.

Meier, B.-D., & Metrikat, I. (2003). Verbessert, aber nicht umgestaltet. Zu den Auswirkungen der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom 16. März 1994 (BVerfGE 91, 1) für die Maßregel nach § 64 StGB. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsform, 86*(2), 117-126.

Metrikat, I. (2002). *Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB - Eine Maßregel im Wandel?* Frankfurt am Main, Deutschland: Lang.

Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology, 10*(1), 1-12.

Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (n.d.). Maßregelvollzug - Sicherheit wird groß geschrieben.

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., . . . Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of mental disorder and violence*. New York, USA: Oxford University Press.

Morgan, V., Morgan, F., Valuri, G., Ferrante, A., Castle, D., & Jablensky, A. (2013). A whole-of-population study of the prevalence and patterns of criminal offending in schizophrenia and other mental illness. *Psychological Medicine, 43*(9), 1869-1880.

Mullen, P. E. (2006). Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment, 12*(4), 239-248.

Müller, J. L., & Saimeh, N. (2012). Das DGPPN-Zertifikat Forensische Psychiatrie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 6*, 266-272.

Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2005). Incipient offending among schizophrenia patients after first contact to the psychiatric hospital system. *European Psychiatry, 20*(4), 321-326.

National Alliance on Mental Illness (2008). *Schizophrenia: Public attitudes, personal needs*. Arlington, USA: National Alliance on Mental Health.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care.* London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Nationales Suizid Präventationsprogramm für Deutschland (n.d.). Suizid Präventation ist möglich. Retrieved from: http://www.suizidpraeventation-deutschland.de/Einleitung.html

Nedopil, N. (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - Ein Handbuch für die Praxis*. Lengerich, Deutschland: Pabst.

Nedopil, N. (2007). Forensische Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 75*, 172-185.

Noetzel, M. (2011). Massregelvollzug - Ein wichtiger Baustein der Suchttherapie. Retrieved from: http://www.ludwigsmuehle.de/fileadmin/Daten_und_Bilder/Daten/Vortraege/Miteinander_-226Dr._Noetzel_01.pdf

Opitz-Welke, A., & Konrad, N. (2012). Inpatient treatment in the psychiatric department of a German prison hospital. *International Journal of Law and Psychiatry, 35*(3), 240-243.

Palermo, G. B. (2014). The Mentally Ill Offender: Failed Reintegration and Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 58*(7), 763-764.

Perry, A. E., & Olason, D. T. (2009). A New Psychometric Instrument Assessing Vulnerability to Risk of Suicide and Self-Harm Behaviour in Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 53*(4), 385-400.

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other?" A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry, 167*(11), 1321-1330.

Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior, 38*(5), 439-449.

Pollähne, H., & Kemper, A. (2007). *Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Bremer Forschung zur Kriminalpolitik.* Berlin, Deutschland: LIT Verlag.

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., . . . Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal, 330*, 123-126.

Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., . . . Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services, 59*(5), 570-573.

Puskar, K., & Urda, B. (2011). Examining the Efficacy of No-Suicide Contracts in Inpatient Psychiatric Settings: Implications for Psychiatric Nursing. *Issues in Mental Health Nursing, 32*(12), 785-788.

Querengässer, J., Hoffmann, K., & Ross, T. (2014). Prädiktoren der Behandelbarkeit nach § 64 StGB aus Therapeutensicht. *Sucht, 60*(5), 261-268.

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2006). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk* (Vol. 2). Washington, USA: American Psychological Association.

Rabe, K., & Konrad, N. (2010). Aktuelle Aspekte des Gefängnissuizids. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 4*(3), 182-192.

Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J., & Moring, J. (1998). Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin, 24*(3), 437-441.

Rasch, W. (1991). Voraussetzungen der Unterbringugn nach § 64 StGB aus psychiatrischer Sicht, Gründe für die Bestimmung der Vollstreckungsreihenfolge gemäß § 67 StGB; § 67d Abs. 5 StGB. *Recht und Psychiatrie*(9), 109-114.

Rebel, A. (2002). Gefährlichkeitskonzepte im Sanktionenrecht. Retrieved from: http://akj.rewi.hu-berlin.de/projekte/seminararbeiten/rebel2.pdf

Rezansoff, S. N., Moniruzzaman, A., Gress, C., & Somers, J. M. (2013). Psychiatric diagnoses and multiyear criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Psychology, Public Policy and Law, 19*(4), 443-453.

Rice, M. E., Harris, G. T., & Lang, C. (2013). Validation of and revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide—Revised (VRAG-R). *Psychological Assessment, 25*(3), 951-965.

Richter, D., Berger, K., & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis, 35*(7), 321-330.

Rossegger, A., Endrass, J., & Gerth, J. (2012a). Einführung ins Risk-Assessment. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok, & B. Borchard (Eds.). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie* (pp. 91-97). Berlin, Deutschland: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rossegger, A., Endrass, J., & Gerth, J. (2012b). Mechanische Risk-Assessment Instrumente. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok, & B. Borchard (Eds.). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie* (pp. 98-122). Berlin, Deutschland: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rübenach, S. (2007). Todesursache Suizid. *Wirtschaft und Statistik, 10*, 960-971.

Schalast, N. (1994). Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Probleme der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter - Argumente für eine Vollzugslösung. *Recht und Psychiatrie, 12*, 2-10.

Schalast, N. (2000). *Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe.* München, Deutschland: Wilhelm Fink Verlag.

Schalast, N. (2009). Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 3*, 294-301.

Schalast, N. (2013). Die Dauer der Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 7*(2), 105-113.

Schalast, N., Dessecker, A., & von der Haar, M. (2005). Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. *Recht und Psychiatrie, 23*(1), 3-10.

Schalast, N., Kösters, C., Demmerling, R., & Mushoff, S. (2011). Drei prognostisch und therapeutisch relevante Gruppen alkoholabhängiger Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis, 38*(1), 31-37.

Schalast, N., Mushoff, S., & Demmerling, R. (2004). Alkoholabhängige Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. Projektzwischenbericht. Retrieved from: www.forensik-essen.de

Schläfke, D., & Häßler, F. (2001). Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden. Retrieved from: http://www.bag-ped.de/sites/default/files/dateien/fachbeitrag_massregelvollzug-bei-jugendlichen-und-heranwachsenden.pdf

Schmidtke, A., Sell, R., & Löhr, C. (2008). Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41*(1), 3-13.

Seifert, D. (1999). Über das Problem "Fehleinweisungen" in den Massregelvollzug bei den gemäss § 64 StGB untergebrachten Drogenabhängigen. Retrieved from: http://www.pabst-publishers.de/Psychologie/psyzeit/forpp/1999-1/artikel-9.htm

Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners National clinical survey. *The British Journal of Psychiatry, 184*(3), 263-267.

Singh, J. P. (2013). Predictive validity performance indicators in violence risk assessment: A methodological primer. *Behavioral Sciences and the Law, 31*(8-22).

Singh, J. P., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., . . . Grann, M. (2014). International perspectives on the practical application of

violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *International Journal of Forensic Mental Health, 13*(3), 193-206.

Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011a). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25'980 participants. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 499-513.

Singh, J. P., Grann, M., Lichtenstein, P., Långström, N., & Fazel, S. (2012a). A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: Developing a stepped strategy in 13'806 discharged patients. *PloS one, 7*(2), e31727.

Singh, J. P., Grann, M., Lichtenstein, P., Långström, N., & Fazel, S. (2012b). A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: Developing a stepped strategy in 13,806 discharged patients. *PloS one, 7*(2), e31727.

Singh, J. P., Grann, M., Lichtenstein, P., Långström, N., & Fazel, S. (2012c). A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: Developing a stepped strategy in 13,806 discharged patients. *PloS one, 7*, e31727.

Singh, J. P., Serper, M., Reinharth, J., & Fazel, S. (2011b). Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophrenia Bulletin, 37*(899-912).

Singh, J. P., Serper, M., Reinharth, J., & Fazel, S. (2011c). Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophrenia Bulletin, 37*(5), 899-912.

Smith, R. A., Cokkinides, V., Brooks, D., Saslow, D., & Brawley, O. W. (2011). Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA - A Cancer Journal for Clinicians, 61*, 8-30.

Snowden, R. J., Gray, N. S., Taylor, J., & MacCulloch, M. J. (2007). Actuarial prediction of violent recidivism in mentally disordered offenders. *Psychological Medicine, 37*(11), 1539-1549.

SPSS Inc. (2010). *SPSS 19.0 for Windows*. Chicago, USA: SPSS Inc.

Sreenivasan, S., Kirkish, P., Garrick, T., Weinberger, L. E., & Phenix, A. (2000). Actuarial risk assessment models: A review of critical issues related to violence and sex-offender recidivism assessments. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 28*, 438-448.

StataCorp (2012). *Stata 12.1 Statistical Software*. College Station, USA: StataCorp LP.

Statistisches Amt Kanton Zürich (2010). Suizide im Kanton Zürich. Retrieved from: http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_inneres/statistik/de/aktuell/mitteilungen/2010/suizide.html

Statistisches Bundesamt (2008). Strafvollzugsstatistik - Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). *Destatis.*

Statistisches Bundesamt (2009). Strafvollzugsstatistik - Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). *Destatis.*

Statistisches Bundesamt (2015a). Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Retrieved from: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrtePDF_5243201.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2015b). Strafvollzugsstatistik - Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). Retrieved from: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzugPDF_5243202.pdf?__blob=publicationFile

Steadman, H. J., Monahan, J., Duffee, B., Hartstone, E., & Robbins, P. C. (1984). The Impact of State Mental Hospital Deinstitutionalization on Unites States Prison Populations, 1968-1978. *The Journal of Criminal Law and Criminology, 75*(2), 474-490.

Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., . . . Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry, 55*(5), 393-401.

Steck-Bromme, G. (n.d.). Verteidigung im Maßregelvollzug des § 63 StGB. Retrieved from: http://www.strafverteidigervereinigungen.org/Material/Themen/Haft%20&%20Sicherungsverwahrung/33_steckbromme.html

Swanson, J., Estroff, S., Swartz, M., Borum, R., Lachicotte, W., Zimmer, C., & Wagner, R. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry, 60*(1), 1-22.

Swanson, J., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services, 41*(7), 761-770.

Swanson, J., Swartz, M. S., & Elbogen, E. B. (2004). Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophrenia Bulletin, 30*(1), 3-20.

Swanson, J., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., . . . Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 490-499.

Szmukler, G. (2001). Violence risk prediction in practice. *The British Journal of Psychiatry, 178*(1), 84-85.

Thornton, D., Mann, R., Webster, S., Blud, L., Travers, R., Friendship, C., & Erikson, M. (2003). Distinguishing and combining risks for sexual and violent recidivism. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*(1), 225-235.

Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry, 154*(6), 840-845.

Tondorf, G., & Tondorf, B. (2011). *Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren: Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtung* (Vol. 3). Heidelberg, Deutschland: Hüthig Jehle Rehm.

Torrey, E. F. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Psychiatric Services, 45*(7), 653-662.

Traub, H.-J., & Weithmann, G. (2014). Gemeinsame Entwicklung, unterschiedliche Inzidenz. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie, 8*(3), 199-207.

Turgut, T., Lagace, D., Izmir, M., & Dursun, S. (2006). Assessment of violence and aggression in psychiatric settings: Descriptive approaches. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16*(3), 179-194.

Urbaniok, F. (2007). *FOTRES - Forensisch Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System* (Vol. 2). Schoren: Zytglogge.

Urbaniok, F., Rossegger, A., Böhm, K., Noll, T., & Endrass, J. (2010). Häufigkeit forensisch-psychiatrischer Begutachtungen bei Strafverfahren gegen Gewalt- und Sexualstraftäter. Ein Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz. *Kriminalistik, 2*, 111-116.

Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(3), 487-503.

Viljoen, J. L., McLachlan, K., & Vincent, G. M. (2010a). Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment, 17*, 377-395.

Viljoen, J. L., McLachlan, K., & Vincent, G. M. (2010b). Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment, 17*(3), 377-395.

Volavka, J., & Swanson, J. (2010). Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *Journal of the American Medical Association, 304*(5), 563-564.

Volbert, R., & Dahle, K.-P. (2010). *Forensisch-psychologische Diagnostik im Strafverfahren* (Vol. 12). Göttingen, Deutschland: Hogrefe Verlag.

von Franqué, F. (2013). Strukturierte, professionelle Risikobeurteilungen. In M. Rettenberger, & F. von Franqué (Eds.). *Handbuch Kriminalprognostischer Verfahren* (pp. 357-380). Göttingen, Deutschland: Hogrefe Verlag.

Von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., & Driessen, M. (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt, 77*(7), 830-841.

Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*(4), 716-727.

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing Risk for Violence* (Vol. 2). Burnaby, Canada: Simon Fraser University.

Weinacker, B., Schmidtke, A., & Löhr, C. (2003). Epidemologie von Suizid und Suizidversuch. In T. Giernalczyk (Ed.). *Suizidgefahr: Verständnis und Hilfe* (Vol. 2). Tübingen, Deutschland: DGVT-Verlag.

Weissbeck, W., & Günter, M. (2010). Psychotherapie im Massregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden. *28*, 10-18.

Wessely, S. (1998). The Camberwell study of crime and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(1), S24-S28.

Wilms, Y. (2005). *Drogenabhängigkeit und Kriminalität - Eine kritische Analyse des § 64 StGB unter kriminalwissentschaftlichen und verfassungsrechtlichen Aspekten*. Münster, Deutschland: Lit Verlag.

Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. In M. Berger (Ed.). *Psychische Erkrankungen*. München, Deutschland: Elsevier Urban und Fischer.

Woods, P., & Ashley, C. (2007). Violence and aggression: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(7), 652-660.

Wootton, L., Buchanan, A., Leese, M., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., . . . Walsh, E. (2008a). Violence in psychosis: Estimating the predictive validity of readily accessible clinical information in a community sample. *Schizophrenia Research, 101*(1), 176-184.

Wootton, L., Buchanan, A., Leese, M., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., . . . Walsh, E. (2008b). Violence in psychosis: Estimating the predictive validity of readily accessible clinical information in a community sample. *Schizophrenia Research, 101*, 176-184.

World Health Organization (2011). Suicide prevention (SUPRE). *Mental health.* Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 775-792.