

Sicherungsverwahrte (§ 66 StGB)

Merkmale der Täter und ihre Bedeutung für die Erfolgsaussichten eines therapeutischen Vollzugs

Bei der Anordnung der Sicherungsverwahrung (SV) nach § 66 StGB standen bislang die Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit, die vor rückfallgefährdeten, hochgefährlichen Hangtättern geschützt werden soll, vor Aspekten der Täterbesserung [2, 38]. In diesem Sinne fand von 1998 an eine sukzessive Ausweitung und Verschärfung der Maßregel statt. Der Strafrechtswissenschaftler Jörg Kinzig bezeichnete die so entstandenen gesetzlichen Regelungen als „ein nur noch Eingeweihten in glücklichen Stunden verständliches Konglomerat an Vorschriften“ [24]. Inhaltlich gab es Kritik an der mangelnden Wahrung des Abstandsgebotes und der Verletzung des im deutschen Grundgesetz wie in der Europäischen Menschenrechtskonvention statuierten Rückwirkungsverbot [3, 23], was in den letzten Jahren zu wiederholten Verurteilungen der Bundesrepublik Deutschland durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) führte [10, 11].

Nunmehr hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die Regelungen zur Sicherungsverwahrung für verfassungswidrig erklärt [4, 5]. Der Zweite Senat sah „alle Vorschriften des Strafgesetzbuches und des Jugendgerichtsgesetzes über die Anordnung

und Dauer der Sicherungsverwahrung“ als „nicht vereinbar“ mit dem Freiheitsgrundrecht der Untergebrachten, „weil sie den Anforderungen des verfassungsrechtlichen Abstandsgebotes nicht genügen“. Auch seien die nachträgliche Verlängerung und die nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung nicht mit dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutzgebot vereinbar. Bundes- und Landesgesetzgeber wurden dazu verpflichtet, ein „freiheitsorientiertes und therapiegerichtetes Gesamtkonzept der Sicherungsverwahrung“ zu entwickeln. Diesen Gedanken greife das zum 01.01.2011 in Kraft getretene Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) bereits auf.

Die anstehende Neuregelung der Sicherungsverwahrung wird zwar im Sinne einer Klarstellung begrüßt [32], konkret bleiben aber einige Fragen offen und der Verweis des Verfassungsgerichts auf das ThUG ist nicht unproblematisch. Psychiatrische Kritik am ThUG [12, 31] war nämlich darin begründet worden, dass der Begriff der „psychischen Störung“ hier so weit gespannt wird, dass es letztlich zu einer Gleichsetzung von Delinquenz und psychischer Störung kommt. Auch das BVerfG zieht hier keine klaren Grenzen, sondern fordert allgemein die Durchführung von die Gefährlichkeit reduzierenden Maßnahmen und einen möglichst frühzeitigen Beginn intensiver Behandlungen. Auf diese Weise sol-

len Entlassungsperspektiven eröffnet und Außenkontakte ermöglicht werden.

Um Aussagen zur Realisierbarkeit dieser Anforderungen treffen zu können, sind Befunde zu den Sicherungsverwahrten vonnöten. Vorangegangene Untersuchungen, die sich auf Urteilsprüche und psychiatrische Gutachten stützen konnten, legen zwar nahe, dass es sich bei den Sicherungsverwahrten mitnichten um eine psychisch unbeeinträchtigte Klientel handelt [15, 16]. Allerdings ergeben sich Fragen bez. der Therapiebereitschaft bzw. Therapierbarkeit dieser Personen. Um die Erfolgsaussichten einer Behandlung nach der reformierten SV abschätzen zu können, sollen anhand aktueller Untersuchungsergebnisse Aussagen zu den diagnostischen Charakteristika und den Behandlungsmöglichkeiten getroffen werden.

Methodik

Stichprobe

Zwischen Februar 2009 und August 2010 wurden 58 Insassen (32 Strafgefangene im Regelvollzug und 26 Sicherungsverwahrte) der Justizvollzugsanstalt (JVA) Straubing sowie eine Kontrollgruppe aus 29 Probanden aus der nicht straffälligen Normalbevölkerung im Rahmen eines durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft

Tab. 1 Soziodemographische Daten der untersuchten Gruppen

Soziodemographische Eigenschaften		SV	SG	KG
		n (%)	n (%)	n (%)
Schulabschluss*	Keiner	5 (19,2)	2 (6,3)	0
	Sonderschule	4 (15,4)	2 (6,3)	0
	Haupt-/Volksschule	17 (65,4)	25 (78,1)	22 (75,9)
	Gymnasium	0	3 (9,4)	7 (24,1)
Erlernter Beruf*	Kein Beruf erlernt	10 (38,5)	6 (18,8)	0
	angelernte Tätigkeit	4 (15,3)	1 (3,1)	0
	Facharbeiter in Industrie	12 (46,2)	21 (65,6)	23 (79,3)
	Fachschulingenieur	0	2 (6,3)	4 (13,8)
	Akademiker	0	2 (6,2)	2 (6,9)
Kindheit	Heimaufenthalt*	14 (53,8)	8 (25,0)	2 (6,9)
Elterliche Risiko-faktoren	Vorstrafen*	6 (23,1)	3 (9,4)	0
	Substanzmissbrauch*	9 (36,0)	15 (46,9)	2 (6,9)
	Suizidversuch	2 (8,0)	1 (3,1)	3 (10,3)

SV Strafgefangene in Sicherungsverwahrung (n = 26), SG Strafgefangene im Regelvollzug (n = 32), KG Kontrollprobanden (n = 29). *p < 0,05 für übergreifende Gruppenunterschiede.

(DFG) geförderten Drittmittelprojektes (AZ: HA 3414/2-2) untersucht. Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Universität Rostock vor. Teilergebnisse der Studie wurden vorab publiziert [12, 18], der hier vorgestellte Vergleich mit einer Strafgefangenen- und straffreien Kontrollgruppe wird erstmalig der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Erhebungsinstrumente

Soziodemographische und kriminologische Daten

Soziodemographische Daten und die kriminelle Vorgeschichte wurden mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben, der sich an der Erhebung von Kinzig [23] orientiert.

Klinische Daten

Die klinische Diagnostik erfolgte mittels des *Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV*, SKID-I und -II [41]. Mithilfe des SKID-I wurde festgestellt, ob dem klinischen Syndrom zugerechnete, sog. Achse-I-Störungen vorlagen. Das SKID-II ist ein diagnostisches Verfahren zur Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen. Die Beurteilung der allgemeinen und speziellen Kriterien von Persönlichkeitsstörungen erfolgte in Kenntnis der Gutachten und Gerichtsurteile mittels eines strukturierten klinischen Interviews. Wei-

terhin wurde eine Schweregradbeurteilung des Funktionsniveaus mittels des *Global Assessment of Functioning* (GAF) [1] vorgenommen.

Prognoseskalen

Hier wurde die *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) von Hare [19] verwendet. Die Skala umfasst 20 Items, welche je nach Ausprägungsgrad mit den Werten 0, 1 bzw. 2 versehen werden können. Bei der Auswertung wurden der Gesamtscore sowie die Faktoren 1 mit seinen interpersonell, affektiven Merkmalen und Faktor 2 (sozial deviante Verhaltensweisen) berücksichtigt. Weiterhin kam der *HCR-20* von Webster et al. [40] zum Einsatz; dieses Fremdbeurteilungsinstrument umfasst 3 Merkmalsbereiche mit Items zur Vorgeschichte (H), klinische Items (C) und Risiko-Items (R) zu künftigen potenziellen destabilisierenden Lebensumständen.

Psychometrische Parameter

Die *Barratt-Impulsivitätsskala* (BIS-11) [34] diente der Selbstbeurteilung von impulsivem Verhalten und beinhaltet 30 Fragen mit einem Mehrfachwahlantwortmuster (1: selten oder nie; 2: gelegentlich; 3: oft; 4: fast immer). Gemäß der Empfehlung von Preuss [35] wurde nur die Summenskala verwertet.

Mit dem *Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren* (K-FAF) [20] wurde eine Selbsteinschätzung der Aggressivität als Summe und in den fünf Unterskalen „spontane Aggressivität“, „reaktive Aggressivität“, „Selbstaggressivität“, „Erregbarkeit“ und „Aggressionshemmung“ erhoben. Der Fragebogen umfasst 49 Items, die mittels einer 6-stufigen Skalierung eine abgestufte Zustimmung bzw. Ablehnung von 0 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“ ermöglicht.

Untersuchungsablauf

Die Gefängnisinsassen wurden auf freiwilliger Basis rekrutiert. Zu Beginn erfolgte eine Probandeninformation in Gruppenform, anschließend zwei Einzeluntersuchungen sowie eine Fragebogenbeantwortung in einer Gruppenuntersuchung. Mit Erlaubnis der Studienteilnehmer wurden das zugrunde liegende Urteil sowie psychiatrische Gutachten ausgewertet. Zusätzlich wurde eine gesunde anfallende Stichprobe aus der nichtstraffälligen Normalbevölkerung untersucht. Es handelt sich bezüglich der Prävalenz von psychischen Erkrankungen also nicht um eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe.

Statistische Analyse

Die statistischen Auswertungen erfolgten mit SPSS (Version 19). Für alle Analysen gilt ein statistisches Signifikanzniveau von $p < 0,05$. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogoroff-Smirnoff-Test und zur Prüfung der Varianzhomogenität der Levene-Test verwendet. In Abhängigkeit der Variablen wurden übergreifende Gruppenunterschiede mittels univariater Varianzanalyse (ANOVA), T-Test, χ^2 -Test, exakter Test nach Fisher (FET), Kruskal-Wallis-Test (H) oder Mann-Whitney-U-Test berechnet. Für Post-hoc-Gruppenvergleiche erfolgte eine Korrektur des Signifikanzniveaus nach Boniferroni.

Ergebnisse

Soziodemographische Daten

Alle Probanden (Pbn) waren Männer und zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 23,1 und 72,3 ($M=50,6$, $SD=11,9$) Jahre alt. Bei 32 Probanden (55%) handelte es sich um Strafgefangene im Regelvollzug (SG), bei 26 Probanden (45%) um Sicherungsverwahrte (SV). Die Stichproben wurden anhand der SV-Stichprobe betreffend Alter und Intelligenz (SV-IQ: 99, SG-IQ: 102) parallelisiert erhoben und zeigten daher keine signifikanten Stichprobenunterschiede (Alter: $F[2, 84]=1,88$, n.s.; IQ: $F[2, 84]=0,48$, n.s.). Gewaltstraftäter im Regelvollzug waren im Mittel 47,4 ($SD=12,0$), Sicherungsverwahrte 52,8 ($SD=11,6$) und die Vergleichsstichprobe aus der Normalbevölkerung (KG) 52,1 ($SD=11,6$) Jahre alt.

Übergreifende Gruppenunterschiede betreffs der soziodemographischen Daten (■ **Tab. 1**) zeigten sich in der Verteilung des Schulabschlusses ($p=0,002$, FET) und des erlernten Berufes ($p<0,001$, FET). Ebenso unterschieden sich die 3 Gruppen betreffend Heimaufenthalte ($p<0,001$, FET) sowie elterlicher Risikofaktoren (Substanzmissbrauch der Eltern: $p=0,001$, FET; Vorstrafen der Eltern: $p=0,013$, FET). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich von SV und SG gab es jedoch nur betreffs des höheren Anteils an Heimaufhalten in der ersten Gruppe.

Kriminologische Daten

Die beiden forensischen Stichproben unterschieden sich signifikant in ihrer Deliktgruppenverteilung ($p<0,001$, FET). Straftäter in SV waren zu 73,1% Sexualstraftäter (wobei die Sexualdelinquenz zumeist in eine Vorgeschichte von Gewalttaten eingebettet war), 19,2% Gewaltverbrecher und jeweils 3,8% Räuber und Diebe. Unter den Strafgefangenen waren mit 62,5% am häufigsten Gewalttaten, gefolgt von Sexualtaten (21,9%) und Raub (15,6%).

Die SV-Gruppe weist eine signifikant längere Lebenshaftzeit ($U=147$, $p<0,001$), eine höhere Anzahl Inhaftierungen vor der Anlasstat ($U=165$, $p<0,004$), ein ge-

Nervenarzt 2013 · 84:65–71 DOI 10.1007/s00115-011-3434-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

S.K. Gairing · F. de Tribolet-Hardy · K. Vohs · E. Habermeyer

Sicherungsverwahrte (§ 66 StGB). Merkmale der Täter und ihre Bedeutung für die Erfolgsaussichten eines therapeutischen Vollzugs

Zusammenfassung

Hintergrund. In einem Urteil vom 04.05.2011 erklärte das Bundesverfassungsgericht die Regelungen zur Sicherungsverwahrung (SV) für verfassungswidrig und forderte den Gesetzgeber zur Erarbeitung eines freiheitsorientierten und „therapiegerichteten“ Gesamtkonzeptes auf. Mit der therapeutischen Ausrichtung der SV wird die Psychiatrie und Psychotherapie in die Pflicht genommen. Jedoch besteht aktuell ein Mangel an Informationen über diese zukünftige Zielgruppe und über therapeutische Interventionen.

Material und Methoden. Zwischen Februar 2009 und August 2010 wurden 32 Strafgefangene im Regelvollzug und 26 Sicherungsverwahrte sowie eine Kontrollgruppe aus 29 Probanden aus der nicht straffälligen Normalbevölkerung untersucht.

Ergebnisse. Fortgeschrittenes Alter, antisoziale Persönlichkeitszüge bzw. -störungen, „Psychopathy“-Merkmale, Substanzmissbrauch, Aggressivität, eine hohe Anzahl von Vorstrafen und Haftjahren, mangelnde Schul- und Berufsausbildung und ein hohes Rückfallrisiko zeichnen die Gruppe der Sicherungsverwahrten aus.

Schlussfolgerung. Bei den Sicherungsverwahrten handelt es sich um eine Gruppe therapeutisch schwer erreichbarer Wiederholungstäter.

Schlüsselwörter

Sicherungsverwahrung · Antisozialität · Psychopathy · Substanzmissbrauch · Behandlungsprogramme

Criminological and psychiatric characteristics of inmates of preventive detention and their impact on the treatability

Summary

With its verdict in May 2011 the German Federal Constitutional Court declared the current law for preventive detention unconstitutional and obliged the legislative bodies to undertake a freedom- and treatment-oriented reform. Psychiatrists and psychotherapists are bound to provide therapeutic concepts. Currently there is a lack of information on the intended clientele. In our study we examined 26 persons serving preventive detention, 32 regular prisoners and 29 non-delinquent probands. The groups were matched according to age and intelligence. We gathered sociodemographic data, criminal records and conducted the tests SCID I, SCID II and PCL-R, K-FAF and BIS-11 to obtain diagnoses and characteristics. Based on this information, the HCR-20 and GAF were performed. In comparison to regular prisoners and non-delinquents, the group of those serving preven-

tive detention is characterised by medium to advanced age, antisociality, psychopathy, substance abuse or addiction, aggressivity, a strong criminal record, years of imprisonment, insufficient educational and vocational training and a high risk of recidivism. In our examination of persons serving preventive detention, we demonstrate that this clientele is a group of recidivists difficult to treat. The current laws and a lack of early intervention programs have prevented and delayed their timely and possibly successful treatment. From a psychiatric point of view, there is a strong need for new therapeutic concepts to meet this challenge.

Keywords

Preventive detention · Psychopathy · Antisociality · Substance abuse · Intervention programs

ringeres Alter bei der ersten Verurteilung ($U=562$, $p=0,022$) und eine höhere Anzahl Vorstrafen ($U=198$, $p=0,026$) auf als die Strafgefangenen. Die zugehörigen Daten sind in ■ **Tab. 2** aufgeführt.

Klinisch-diagnostische Daten

Die am häufigsten diagnostizierte Achse-I-Störung (■ **Tab. 3, 4**) war Substanzmissbrauch (SV: 57,7%; SG: 50,0%; KG: 0%). Die Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich signifikant ($p<0,001$, FET). Post

Tab. 2 Kriminologische Daten der untersuchten Gruppen

Parameter	SV	SG	KG
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Lebenshaftzeit (Jahre)*	22,3 (10,9)	9,8 (8,5)	
Anzahl Inhaftierungen vor der Anlasstat*	3,6 (2,6)	2,0 (3,3)	
Alter bei erster Verurteilung (Jahre)*	21,3 (9,0)	28,3 (12,9)	
Anzahl Vorstrafen*	11,3 (7,6)	7,2 (7,3)	0

SV Strafgefängene in Sicherungsverwahrung (n=26), SG Strafgefängene im Regelvollzug (n=32), KG Kontrollprobanden (n=29). * p < 0,05 für übergreifende Gruppenunterschiede.

Tab. 3 Klinisch-diagnostische Merkmale der untersuchten Gruppen

Merkmale	SV	SG	KG
	n (%)	n (%)	n (%)
Diagnosen			
Achse II*	21 (80,8)	10 (31,3)	0
Achse I	21 (80,8)	18 (56,3)	1 (3,4)
Substanzmissbrauch/-abhängigkeit*	15 (57,7)	16 (50,0)	0
Suizidversuch*	11 (42,3)	15 (46,9)	0

SV Strafgefängene in Sicherungsverwahrung (n=26), SG Strafgefängene im Regelvollzug (n=32), KG Kontrollprobanden (n=29). * p < 0,05 für übergreifende Gruppenunterschiede.

Tab. 4 Achse-I-Störungen (Mehrfachdiagnosen möglich) in den untersuchten Gruppen

Diagnosen	SV	SG	KG (n = 1)
	n (%)	n (%)	n (%)
Alkoholabhängigkeit	5 (19,0)	5 (15,3)	–
Alkoholmissbrauch	10 (38,0)	9 (27,9)	–
Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	2 (7,6)	3 (9,3)	–
Missbrauch von psychotropen Substanzen	1 (3,8)	6 (18,6)	–
Depressive Störungen	2 (7,6)	–	1 (3,4)
Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis	2 (7,6)	–	–
Organische psychische Störung	1 (3,8)	1 (3,1)	–
Störung der Sexualpräferenz	8 (30,4)	1 (3,1)	–
Legasthenie	–	2 (6,2)	–
ADHS	1 (3,8)	–	1 (3,4)

SV Strafgefängene in Sicherungsverwahrung, SG Strafgefängene im Regelvollzug, KG Kontrollprobanden.

Tab. 5 Achse-II-Störungen (Mehrfachdiagnosen möglich) in den untersuchten Gruppen

Persönlichkeitsstörungsdiagnosen	SV	SG
	n (%)	n (%)
Zwanghaft	–	–
Selbstunsicher	–	1 (3,1)
Schizoid	2 (7,6)	–
Histrionisch	–	–
Narzisstisch	1 (3,8)	1 (3,1)
Borderline	2 (7,6)	–
Antisoziale	21 (80,8)	8 (24,8)

SV Strafgefängene in Sicherungsverwahrung, SG Strafgefängene im Regelvollzug.

hoc zeigten sich nur zwischen den beiden Gefangenenstichproben und der Kontrollgruppe signifikante Unterschiede ($p_{SV-KG} < 0,001$, FET; $p_{SG-KG} < 0,001$, FET). Auch bez. Suizidversuchen gab es einen signifikanten übergreifenden Gruppenunterschied ($p < 0,001$, FET), post hoc jedoch nur zwischen den forensischen Stichproben und der Kontrollgruppe ($p_{SV-KG} < 0,001$, FET; $p_{SG-KG} < 0,001$, FET). Während bei 80,8% der Straftäter in SV eine Persönlichkeitsstörung (PS) diagnostiziert wurde (davon 100% mit mind. einer antisozialen PS), waren es bei Strafgefängenen 31,3% (Tab. 3, 5). Bei den Kontrollprobanden wurde keine PS diagnostiziert. Damit unterscheiden sich die Gruppen bez. der Belastung durch PS signifi-

kant ($p < 0,001$, FET; Post-hoc-Tests: $p_{SV-SG} < 0,001$; $p_{SV-KG} < 0,001$; $p_{SG-KG} = 0,001$).

Für den GAF (Tab. 6) wurden folgende Mittelwerte erhoben: $M_{SV} = 62,7$ ($SD_{SV} = 11,4$); $M_{SG} = 70,8$ ($SD_{SG} = 9,0$); $M_{KG} = 87,5$, ($SD_{KG} = 6,3$). Die Gruppen unterscheiden sich übergreifend ($H = 51,48$, $p < 0,001$) sowie in den Post-hoc-Tests ($U_{SV-SG} = 590,5$, $p = 0,006$; $U_{SV-KG} = 731,5$, $p < 0,001$; $U_{SG-KG} = 58$; $p < 0,001$) signifikant. Die SG wiesen im Vergleich zur KG häufiger Suizidversuche ($p < 0,001$, FET) auf. Ein Vergleich der GAF-Mittelwerte der sicherungsverwahrten Probanden mit und ohne Persönlichkeitsstörung ergab keinen signifikanten Unterschied ($t [24] = 1,21$; n.s.). Innerhalb der Regelvollzugsstichprobe hatten die Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung einen signifikant geringeren GAF-Mittelwert ($t [30] = 3,04$; $p = 0,005$) als die Probanden ohne Persönlichkeitsstörung. Der Vergleich der GAF-Mittelwerte zwischen den persönlichkeitsgestörten Probanden der SV und der SG ergab keinen statistisch bedeutsamen Unterschied ($t [29] = 0,75$; n.s.).

Psychometrische Merkmale

Die zugehörigen Daten finden sich in Tab. 6. Bezüglich Impulsivität (BIS-11; $F[2, 83] = 4,12$, $p = 0,02$) unterscheiden sich die 3 Gruppen übergreifend. Im Post-hoc-Einzelvergleich unterscheiden sich lediglich die Strafgefängenen von den Kontrollprobanden ($p = 0,036$). Der Summenscore des K-FAF ($F[2, 83] = 3,72$, $p = 0,028$) sowie Selbstaggressivität ($F[2, 83] = 15,14$, $p < 0,001$), Erregbarkeit ($H = 11,90$, $p = 0,003$) und spontane Aggressivität ($H = 11,18$, $p = 0,004$) unterschieden sich gruppenübergreifend signifikant. Post hoc ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden forensischen Stichproben.

Klinisch prognostische Merkmale

Wie in Tab. 7 zu sehen ist, weisen Sicherungsverwahrte im Vergleich zu Haftlingen signifikant höhere Werte im Summenwert des PCL-R ($t = 5,97$, $p < 0,001$), im Faktor 1 ($t = 4,60$, $p < 0,001$) und Faktor 2 ($t = 4,99$, $p < 0,001$) sowie in der H-Skala ($t = 4,46$, $p < 0,001$), der C-Skala ($U = 111$,

Tab. 6 Psychometrische Merkmale der untersuchten Gruppen

Merkmale		SV	SG	KG
		M (SD)	M (SD)	M (SD)
Global Assessment of Functioning*		62,7 (11,4)	70,8 (8,9)	87,5 (6,3)
Persönlichkeitspsychologische Parameter				
BIS-11	Total Score*	60,1 (13,0)	60,3 (13,0)	52,4 (9,3)
K-FAF	Erregbarkeit*	22,0 (11,8)	17,2 (10,8)	11,4 (7,8)
	Aggressionshemmung	18,3 (6,3)	18,0 (7,8)	19,8 (6,3)
	Reaktive Aggressivität	22,9 (11,1)	22,7 (8,7)	23,9 (9,0)
	Selbstaggressivität*	20,6 (9,7)	21,7 (8,5)	10,8 (6,6)
	Spontane Aggressivität*	15,7 (11,2)	13,5 (9,2)	7,0 (5,8)
	Summe Aggressivität*	60,6 (30,8)	53,4 (25,3)	42,3 (18,7)

SV Strafgefangene in Sicherungsverwahrung (n = 26); SG Strafgefangene im Regelvollzug (n = 32); KG Kontrollprobanden (n = 29). * p < 0,05 für übergreifende Gruppenunterschiede.

Tab. 7 Prognostische Merkmale der untersuchten Gruppen

Merkmale	SV	SG
	M (SD)	M (SD)
Total Score*	23,2 (6,7)	13,2 (6,0)
Faktor 1*	9,2 (3,0)	5,3 (3,3)
Faktor 2*	12,4 (4,6)	6,7 (4,1)
HCR-20*	H-Skala*	12,9 (4,4)
	C-Skala*	5,8 (2,3)
	R-Skala*	6,5 (2,6)

SV Strafgefangene in Sicherungsverwahrung (n = 26), SG Strafgefangene im Regelvollzug (n = 32), KG Kontrollprobanden (n = 29). *p < 0,05 für übergreifende Gruppenunterschiede.

p < 0,001) und der R-Skala (U = 145,5, p < 0,001) des HCR-20 auf.

Diskussion

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom Mai 2011 einige auch aus forensisch-psychiatrischer Sicht begrüßenswerte Klarstellungen mit Betonung des Abstandsgebotes zwischen Strafhaft und Sicherungsverwahrung und auch hinsichtlich der Intensivierung therapeutischer Angebote für Strafgefangene und Sicherungsverwahrte vorgenommen. Jedoch muss vor einer Überschätzung der Möglichkeiten unseres Faches und einem übergroßen therapeutischen Optimismus gewarnt werden. Die therapeutische Erreichbarkeit von Strafgefangenen hängt von ihrer Persönlichkeit ab, die deliktpräventiven Möglichkeiten unseres Faches darüber hinaus auch von den kriminalprognostischen Risikomerkmale der potenziellen Patienten und deren Beeinflussbarkeit. Allein die gesetzlichen Eingangskriterien dieser Maßregel, die ein hohes Gefährdungspotenzial und in der Regel auch eine wiederholte Delinquenz umfassen, lassen diesbezüglich Probleme erwarten.

Betrachtet man in einem ersten Schritt die für eine deliktpräventive Behandlung maßgeblichen Risiken, dann finden sich bei Sicherungsverwahrten im Vergleich zu Strafgefangenen eine erheblich höhere Lebenshaftzeit, eine höhere Anzahl an Vorstrafen und eine höhere Anzahl der Inhaftierungen vor Anlasstat. Das delinquente Verhalten dieser Gruppe hat sich durch-

schnittlich über Jahrzehnte hinweg eingeschliffen. Der Blick auf die soziodemographischen Daten fördert weitere Risikomerkmale für delinquentes Verhalten zu Tage. So hatten Sicherungsverwahrte häufig keinen oder einen weniger qualifizierenden Schulabschluss. Entsprechend erlernte ein bedeutender Anteil keinen Beruf. Die unterdurchschnittliche schulische und berufliche Ausbildung kontrastiert zur durchschnittlichen Intelligenzausstattung und legt frühe Disziplinschwierigkeiten bzw. Arbeitsstörungen nahe. Ein wesentlicher Einfluss auf die unterdurchschnittliche Bildungssituation kann dem Herkunftsmilieu zugeschrieben werden – hier fanden sich für Sicherungsverwahrte überdurchschnittlich häufig Heimaufenthalte als Risikofaktoren. Insgesamt zeigt sich eine Klientel, die durch ungünstige Milieueinflüsse (nicht selten auch bei bereits vorbestraften Eltern) geprägt wurde.

Bei Bearbeitung der Psychopathy Checklist [19] wiesen die Sicherungsverwahrten signifikant höhere Werte auf als die anderen Straftäter und deutschsprachige Häftlingspopulationen [7, 9, 18]. Dieses Resultat spricht für ein erhöhtes Rückfallrisiko [17]. Außerdem erzielten die Sicherungsverwahrten gegenüber den Strafgefangenen in allen Subskalen des HCR-20 sowie der Gesamtskala signifikant höhere Werte. Auch diese Ergebnisse verweisen auf ein hohes Risiko für eine erneute Delinquenz bei der Gruppe der Sicherungsverwahrten.

Dieses Rückfallrisiko kann nicht unabhängig von einer psychischen Störung gesehen werden, womit der für die Thera-

pieprognose relevante diagnostische Bereich adressiert wird: Bei 81% der Sicherungsverwahrten fand sich eine Persönlichkeitsstörung und dann regelhaft auch eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Dieser Anteil liegt erheblich über dem Anteil persönlichkeitsgestörter Strafgefangener in unserer Studie und einer anderen deutschen Häftlingsstudie [39]. Dieses Ergebnis liefert jedoch nur auf den ersten Blick Argumente dafür, dass der im Therapieunterbringungsgesetz als Unterbringungsgrund definierte Begriff der „psychischen Störung“ sinnvoll anwendbar ist. Grundsätzlich stellt sich in Anbetracht der hohen Prävalenzraten psychischer Störungen in Populationen von Sicherungsverwahrten wie Strafgefangenen [25, 39] nämlich die Frage nach der Aussagekraft dieses Begriffs bzw. des vom BVerfG in Anlehnung an die Europäische Rechtsprechung benutzten Terminus „person of unsound mind“. Eine weite Auslegung dieser Bezeichnungen auf das gesamte Gebiet der psychischen Störungen würde nämlich dazu führen, dass nicht nur die Sicherungsverwahrten, sondern auch die Mehrheit der Strafgefangenen als „psychisch gestört“ angesehen werden müssten und damit bei fort-dauernder Gefährlichkeit auch dauerhaft untergebracht werden könnten. Dies macht deutlich, dass eine Diskussion darüber, welcher Art und Schwere eine therapiebedürftige Störung sein soll, unverzichtbar ist [26, 37].

Wenn man sich bei dieser Diskussion am Schweregrad der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung orientieren möch-

te, kommt man nach unseren Resultaten nicht zu einem konkreten Erkenntniszuwachs, wenn man sich an den GAF-Werten [1] der Strafgefangenen orientiert: Zwar spiegelt das niedrigere Funktionsniveau der Sicherungsverwahrten im Vergleich zu Strafgefangenen und Normalprobanden Anzahl und Schweregrad der psychischen Störungen [16] wider. Andererseits sind aber auch Auswirkungen der langen Lebenshaftzeit von durchschnittlich 22 Jahren auf das psychische Befinden und insbesondere die psychosoziale Leistungsfähigkeit zu beachten. Für Strafgefangene wurde nämlich eine höhere psychische Symptombelastung bei längerer Haftdauer nachgewiesen [25], sodass die GAF-Werte der SVler keinesfalls eindeutig für das Vorliegen einer klinisch relevanten psychischen Störung sprechen. Überhaupt verweisen die bei den Sicherungsverwahrten mit Persönlichkeitsstörungen bestehenden GAF-Werte von durchschnittlich 61,4 zunächst einmal nur auf „einige leichte Symptome“, aber eine „im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit“ [1].

Der Begriff der „psychischen Störung“ des ThUG, auf den im Verfassungsgerichtsurteil Bezug genommen wird, bleibt somit unscharf. Dies entspricht möglicherweise auch den Intentionen des Gesetzgebers. So sind wohl nicht nur Morgenstern et al. [30] der Meinung, dass hier versucht wurde, „mit einem möglichst weit gefassten Eingangskriterium, eine möglichst große Klientel erfassen zu können.“ Dieser Versuch, „die Psychiatrie als Ersatzreserve für das Strafrecht zu nutzen“ [27], löst zu Recht Unbehagen aus, so hat Saß die Gefahr gesehen, dass dieser undifferenzierte Begriff zur „falschen Münze im Rechtsverkehr“ wird [37] und die DGPPN hat auch zu diesem Punkt eine kritische Stellungnahme abgegeben [33].

Außerdem war und ist gerade die im Kontext der Sicherungsverwahrung eindeutig dominierende Diagnose der antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörung Gegenstand kritischer Erörterungen [8, 14, 36], da sie im Wesentlichen auf wiederholtes kriminelles Verhalten, eine mangelnde Erreichbarkeit durch Strafe und fehlendes Lernen aus Erfahrung gründet. Angesichts der kriminellen Vorgeschichte der Insassen überrascht der

hohe Anteil dieser Störungen in der Gruppe der Sicherungsverwahrten nicht und er indiziert keinesfalls zwangsläufig einen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

Vielmehr wirft die vorherrschende Diagnose der antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörung Fragen hinsichtlich der therapeutischen Erreichbarkeit der Betroffenen auf. Schließlich existieren keine psychiatrisch-psychotherapeutischen oder psychopharmakologischen Interventionen [13, 21], die einen spezifischen Einfluss auf antisoziale Verhaltensweisen zeigen und die vorab erwähnten hohen PCL-Scores der SVler akzentuieren in Verbindung mit der hohen Erregbarkeit, spontanen Aggressivität und Gesamt aggressivität diese Bedenken.

Die Behandlungsprognose wird zusätzlich durch die bei ca. 58% der Sicherungsverwahrten bestehende Diagnose eines Substanzmissbrauchs erschwert. Die Komorbidität von antisozialen Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch ist bekannt [6, 22]. Komorbid Erkrankte stellen eine Patientengruppe dar, die sich in der Therapie durch Gewaltanwendung und frühzeitige Therapieabbrüche auszeichnet [28]. Diesbezüglich existieren zwar Ansätze zur Reduktion des komorbiden Substanzmissbrauchs [13], wie z. B. das Kontingenzmanagement [29], die Antisozialität wird dadurch aber nicht wesentlich beeinflusst.

Insgesamt adressiert der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts über die therapeutische Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung ein Problemfeld, sprich die Therapie antisozialer Persönlichkeiten, für das bislang keine wirksamen Interventionen existieren [7, 13, 21]. Daher klafft zwischen dem im Urteil des BVerfG formulierten Anspruch der Untergebrachten auf Therapie und der forensisch-psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Realität (leider noch) eine große Lücke. Vor diesem Hintergrund ist die Gefahr groß, dass unser Fachgebiet als „therapeutischer“ Deckmantel für eine fortdauernde Freiheitsentziehung dieser Klientel benutzt wird. Es bleibt zu hoffen, dass die Skepsis der letztlich mit der Therapie betrauten Fachgesellschaft [31–33] von den Entscheidungsträgern wahrgenommen wird und dass die politischen

Instanzen der berechtigten Forderung der DGPPN [32] nach Einrichtung einer Expertenkommission zur Neugestaltung der SV unter Einbezug psychiatrisch-psychotherapeutischer Expertise nachkommen.

Fazit für die Praxis

Sicherungsverwahrte sind durch antisoziale Persönlichkeitszüge bzw. -störungen, „Psychopathy“-Merkmale, eine hohe Anzahl von Vorstrafen und Haftjahren sowie mangelnde Schul- und Berufsausbildung gekennzeichnet. Derzeit ist (noch) keine effektive, evidenzbasierte psychiatrisch-psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlung dieser Patientengruppe bekannt. Um den Erfordernissen einer vom Bundesverfassungsgericht geforderten freiheitsorientierten und therapiegerichteten Sicherungsverwahrung gerecht zu werden, sind weitere Untersuchungen zu Behandlungsmöglichkeiten antisozialer Straftäter notwendig.

Korrespondenzadresse

PD Dr. E. Habermeyer

Zentrum für Forensische Psychiatrie,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstr. 31, 8032 Zürich
Schweiz
elmar.habermeyer@puk.zh.ch

Danksagung. Die Studie wäre ohne die Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die Unterstützung des Bayerischen Justizministeriums, der Mitarbeiter der JVA-Straubing und der beteiligten Häftlinge und Sicherungsverwahrten nicht möglich gewesen, wofür wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken wollen.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. American Psychiatric Association (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV-TR. Dtsch. Bearbeitung und Einführung. In: Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (Hrsg) Hogrefe, Göttingen
2. Bartsch T (2010) Sicherungsverwahrung – Recht, Vollzug, aktuelle Probleme. Baden-Nomos, Baden
3. Bundesverfassungsgericht (2004) Verfassungsmäßigkeit des Wegfalls der Höchstdauer der erstmaligen Sicherungsverwahrung. N Jur Wochenschr:739

4. Bundesverfassungsgericht BVerfG, 2 BvR 2365/09 vom 4,5,2011, Absatz-Nr. (1–178), www.bverfag.de/entscheidungen/rs20110504_2bvr236509.html
5. Bundesverfassungsgericht: Pressestelle Pressemitteilung Nr. 31/2011 vom 4. Mai 2011, www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg11-031.html
6. Compton WM, Conway KP, Stinson FS et al (2005) Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66:677–685
7. Dahle KP (2006) Strengths and limitation of actuarial prediction of criminal reoffense in a German prison sample: a comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *Int J Law Psychiatry* 29: 431–442
8. De Brito SA, Hodgins S (2009) Die antisoziale Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR – Befunde, Untergruppen und Unterschiede zu Psychopathy. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 3:116–128
9. Endrass J, Rosegger A, Urbaniok F et al (2008) Predicting violent infractions in a Swiss state penitentiary: a replication study of the PCL-R in a population of sex and violent offenders. *BMC Psychiatry* 8:74
10. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (2009) cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?action=html&documentId=860014&portal=hbkm&source=externalbydocnumber&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649
11. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (2011) cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?action=open&documentId=879869&portal=hbkm&source=externalbydocnumber&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649
12. Gairing S, Tribolet-Hardy F de, Vohs K, Habermeyer E (2011) Diagnostische und kriminalprognostische Merkmale von Sicherungsverwahrten und ihre Bedeutung für das Therapieunterbringungsgesetz. *Monatsschr Krim* (im Druck)
13. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J et al (2010) Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 6:CD007668
14. Habermeyer E, Herpertz SC (2006) Dissoziale Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 77:605–617
15. Habermeyer E (2008) Die Maßregel der Sicherungsverwahrung: empirische Befunde zu den Inassen und der psychiatrischen Gutachtenpraxis. *Fortschr Neurol Psychiatr* 76:672–677
16. Habermeyer E (2008) Die Maßregel der Sicherungsverwahrung. Forensisch-psychiatrische Bedeutung, Untersuchungsbefunde und Abgrenzung zur Maßregel gemäß § 63 StGB. Steinkopff, Darmstadt
17. Habermeyer E, Gairing S, Lau S (2010) Begutachtung der Kriminalprognose. Spielt die Psychopathologie noch eine Rolle? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 4:258–263
18. Habermeyer E, Passow D, Vohs K (2010) Is psychopathy elevated among criminal offenders who are under preventive detention pursuant to Section 66 of the German Penal Code. *Behav Sci Law* 28:267–276
19. Hare RD (2003) *The Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)*. 2. Aufl. Multi Health Systems, Toronto
20. Heubrock D, Petermann, F (2008) Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (K-FAF). Hogrefe, Göttingen
21. Khalifa N, Duggan C, Stoffers J et al (2010) Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 8:CD007667
22. Kiefer F, Mann K (2008) Assessing the associated conditions of drug and alcohol abuse. In: Felthous AR, Sass H (Hrsg) *International handbook on psychopathic disorders and the law*. Vol I. John Wiley & Sons, New York, S 531–541
23. Kinzig J (1996) Die Sicherungsverwahrung auf dem Prüfstand. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg
24. Kinzig J (2010) Stellungnahme. Schriftliche Fassung vom 08.11.2010, www.bundestag.de/.../a06/...Stellungnahmen/Stellungnahme_Kinzig.pdf
25. Kopp D, Drenkhahn K, Dünkel F et al (2011) Psychische Symptombelastung bei Kurz- und Langzeitgefangenen in Deutschland. *Nervenarzt* 82:880–885
26. Kröber HL (2011) Psychische Störung als Begründung für staatliche Eingriffe in Grundrechte des Individuums. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* (im Druck)
27. Leygraf N (2011) Stellungnahme zum Gesetzentwurf (BT-Drs. 17/3403). www.bundestag.de
28. Mann K, Berner M, Günthner A (2009) Suchterkrankungen. In: Berger M (Hrsg) *Psychische Erkrankungen*. 3. Aufl. Elsevier, München, S 345–409
29. Messina N, Farabee D, Rawson R (2003) Treatment responsiveness of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *J Consult Clin Psychol* 71:320–329
30. Morgenstern C, Morgenstern C, Drenkhahn K (2011) Eine Quadratur des Kreises. Das Therapieunterbringungsgesetz. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 5:197–203
31. Müller J, Saimeh N, Habermeyer E et al (2011) Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). *Nervenarzt* 82:382–383
32. Müller J, Nedopil N, Saimeh N et al (2011) Zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Regelungen zur Sicherungsverwahrung vom 04.05.2011. *Nervenarzt* 82:933–935
33. Müller J, Saimeh N, Habermeyer E et al (2011) Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Neuregelung der Sicherungsverwahrung angesichts des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 04.05.2011. www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zur-neuregel.html
34. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 51:768–774
35. Preuss UW, Rujescu D, Gigling I et al (2008) Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Version der Barratt-Impulsivness-Skala. *Nervenarzt* 79:305–319
36. Saß H (1987) *Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität*. Springer, Heidelberg
37. Saß H (2011) Psychische Störung zwischen Medizin und Recht: Anything goes? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 5:129–131
38. Schönke A, Schröder H (2010) *Strafgesetzbuch: Kommentar*. 28. Aufl. C.H. Beck, München
39. Schönfeld CE von, Schneider F, Schröder T et al (2006) Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt* 77:830–841
40. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997) HCR-20, Assessing risk for violence. Version 2. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby
41. Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II. Hogrefe, Göttingen

Hier steht eine Anzeige

