Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Prof. Dr. Jörg Fegert (Ärztlicher Direktor)

Lockerungsentscheidungen im Maßregelvollzug: Bedeutung von Einstellungen des Personals und individueller Faktoren der Patienten

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Michael Köpke

aus Greifswald

2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörg Fegert

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin

Tag der Promotion: 22. Juli 2010

Inhaltsverzeichnis:

1 Einleitung 1

2 Grundlagen 4

2.1 Situation des Maßregelvollzugs 4

2.1.1 Rechtliche Voraussetzungen 4

2.1.2 Behandlungsvoraussetzungen im Maßregelvollzug 8

2.1.3 Gefährlichkeitsprognose im Maßregelvollzug 17

2.2 Qualität von Kriminalprognosen 19

2.2.1 Definition und Grundlagen von Kriminalprognosen 19

2.2.2 Struktur von Prognosen 22

2.2.3 Hinweise auf Prädiktoren 27

2.2.4 Prognosefehler 31

2.2.4.1 Grundsätzliche Einordnung von Prognosefehlern 31

2.2.4.2 Fehlerquellen 35

2.3 Ansätze der deskriptiven Entscheidungstheorie 44

2.3.1 Erklärungsansätze zum Umgang mit Unsicherheit bei Entscheidungen 46

2.3.1.1 Probabilistische Wahrnehmung und statistische Kalkulation 47

2.3.1.2 Konzeptgesteuerte Informationsverarbeitung 48

2.3.2 Entscheidungstheorien für Entscheidungen bei Unsicherheit 55

2.3.2.1 SEU-Theorie 55

2.3.2.2 Prospect-Theorie 57

2.3.2.3 Theorien mit emotionalen Komponenten 61

2.3.2.4 Rangabhängige Nutzentheorien 62

3 Problemstellung 65

3.1 Ableitung der Fragestellungen 65

3.2 Hypothesen 66

4 Stichprobe und Methoden 68

4.1 Stichprobenbeschreibung 68

4.1.1 Patientendaten und Daten zur Bewertung der Lockerungsanträge 68

4.1.2 Befragung zu Einstellungsaspekten 73

4.2 Variablen 76

4.2.1 Unabhängige Variable 76

4.2.2 Abhängige Variable 77

4.3 Untersuchungsplan- und ablauf 77

4.3.1 Datenerhebung 77

4.3.1.1 Erhebung der Patientendaten und der Daten zur Lockerungsbewertung 78

4.3.1.2 Datenerhebung zu Einstellungsaspekten 80

4.3.2 Datenauswertung 83

4.3.2.1 Art der Lockerungsentscheidung 83

4.3.2.2 Zusammenhang von Patientendaten mit der Bewertung von Lockerungsanträgen 83

4.3.2.3 Bewertung der Lockerungsanträge nach Berufsgruppen und Bewertungsebene 87
4.3.2.4 Einstellungsaspekte nach Berufs- und Erfahrungsgruppen sowie nach Kliniken 89
4.3.2.5 Einstellungsaspekte und Bewertung von Lockerungsanträgen 90
4.3.2.6 Statistische Verfahren 91

5 Ergebnisse 94

5.1 Lockerungsentscheidungen in den Kliniken 94

5.2 Zusammenhang von Patientenmerkmalen mit der Bewertung von Lockerungsanträgen 97

5.2.1 Diagnosen 97

5.2.1.1 Alle Maßregelvollzugspatienten 97
5.2.1.2 Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag 99
5.2.1.3 Lockerungsanträge 101
5.2.1.4 Art der Entscheidung der Lockerungsanträge 103

5.2.2 Delikt 107

5.2.2.1 Alle Maßregelvollzugspatienten 107
5.2.2.2 Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag 108
5.2.2.3 Lockerungsanträge 110
5.2.2.4 Art der Entscheidung der Lockerungsanträge 112

5.2.3 Alter 116

5.2.3.1 Alle Maßregelvollzugspatienten 116
5.2.3.2 Maßregelvollzugspatienten mit Lockerungsantrag 116
5.2.3.3 Lockerungsanträge 117
5.2.3.4 Art der Entscheidung der Lockerungsanträge 118

5.3 Zusammenhang von der Art der Berufsgruppenzugehörigkeit und der Bewertungsebene mit der Bewertung von Lockerungsanträgen 121

5.3.1 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene 121

5.3.1.1 Vergleich der Bewertungen der Kliniken durch alle Mitarbeiter/innen 121
5.3.1.2 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes der Kliniken 126
5.3.1.3 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes der Kliniken 131
5.3.1.4 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes 136

5.3.2 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Wohngruppenebene 145

5.3.3 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Kontroll-, Lockerungskonferenz- und Entscheidungsebene 150

5.3.3.1 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Kontrollebene 150
5.3.3.2 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen dem Pflegepersonal der Kliniken 151
5.3.3.3 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen dem therapeutischen Dienst der Kliniken 151
5.3.3.4 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes 152
5.3.3.5 Bewertung der Lockerungsanträge in der Lockerungskonferenz 154
5.3.3.6 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Entscheidungsebene 155

5.3.4 Vergleich der Bewertungsebenen 156

5.3.4.1 Vergleich der Antragsebene mit der Wohngruppenebene 156
5.3.4.2 Vergleich der Antragsebene mit der Kontrollebene 164

5.3.4.3 Vergleich der Wohngruppenebene mit der Lockerungskonferenz 168
5.3.4.4 Vergleich der Kontroll-, Lockerungskonferenz- und Entscheidungsebene innerhalb der Kliniken 169
5.4 Darstellung der Ergebnisse der Befragung 173
5.4.1 Faktorenanalyse und Bildung von Summenscores zu den Fragekomplexen 173
5.4.1.1 Therapeutische Wertvorstellungen 173
5.4.1.2 Technisches Vorgehen in der Therapie 180
5.4.1.3 Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit 189
5.4.2 Vergleich der Einschätzungen der Fragebogenkomplexe nach Berufs- und Erfahrungsgruppen 195
5.4.2.1 Vergleich der Einschätzungen im Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellungen“ 195
5.4.2.2 Vergleich der Einschätzungen im Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ 209
5.4.2.3 Vergleich der Einschätzungen im Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“ 223
5.4.3 Einstellung zum Fragebogen 231
5.4.3.1 Bereitschaft Resultate des Fragebogens zu vertiefen und verfolgen 231
5.4.3.2 Maß der Anregung durch den Fragebogen 232
5.4.3.3 Ermüdung durch den Fragebogen 233
5.4.3.4 Schwierigkeit des Fragebogens 234
5.5 Korrelation von Fragebogendaten und Daten der Lockerungsbewertung 235
5.5.1 Korrelationen auf den Bewertungsebenen nach Berufsgruppen 235
5.5.2 Korrelationen auf den Bewertungsebenen 236
5.5.3 Korrelationen auf den Bewertungsebenen innerhalb der Kliniken 237
6 Diskussion der Ergebnisse 240
6.1 Beantwortung der Hypothesen 240
6.1.1 Einfluss von Patientenmerkmalen und Klinikzugehörigkeit der Mitarbeiter/innen auf die Lockerungsentscheidung 240
6.1.2 Einfluss der Nähe zum Patienten und der Berufsausbildung der Mitarbeiter/innen der Kliniken auf die Lockerungsbewertung 244
6.1.2.1 Nähe zum Patienten 244
6.1.2.2 Berufsausbildung 247
6.1.3 Einfluss von Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Kliniken auf die Art der Bewertung von Lockerungsanträgen 249
6.1.4 Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie zur Therapie 254
6.2 Interpretation 256
7 Zusammenfassung 267
Literaturverzeichnis 269
Tabellenverzeichnis 282
Abbildungsverzeichnis 290
Anlagen 242

1 Einleitung

In Lippstadt-Eikelborn wurde 1994 ein siebenjähriges Kind von einem Maßregelvollzugspatienten während eines Ausgangs getötet. 1998 erstach ein Maßregelvollzugspatient während einer Ausführung aus der Brandenburger Klinik einen Pfleger und tötete im Laufe seiner Flucht einen Rentner. Straftaten, die während der Zeit begangen werden, in der für den Straftäter eine Unterbringung in einer Maßregelvollzugsklinik angeordnet ist, führen immer wieder zu Diskussionen der Öffentlichkeit über die Art des Umgangs mit psychisch kranken Straftätern. Im Mittelpunkt dieser Diskussionen stehen die Fragen, ob psychisch kranke Straftäter „für immer weggeschlossen“ werden müssen oder unter welchen Voraussetzungen es erlaubt sein soll, dass diese Straftäter hochgesicherte Einrichtungen wieder verlassen dürfen.

Diese Diskussion basiert letztlich auf dem Konflikt zwischen dem im Grundgesetz manifestierten Anspruch des Einzelnen auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Grundgesetz) und dem Schutz der Allgemeinheit. In das Grundrecht kann auf der Grundlage der Paragraphen 61 ff des Strafgesetzbuches (StGB) eingegriffen werden. Für den Fall der Unterbringung nach Paragraph 63 StGB gilt im Gegensatz zur Freiheitsstrafe die Legitimation "gerechter Ausgleich" nicht (Pollähne, 1994, S. 20). Wegen der schuldunabhängigen Unterbringungsanordnung ist eine spezielle verfassungskonforme Rechtfertigung erforderlich. Angesichts des hohen Wertes individueller Freiheit können überwiegende Interessen der Allgemeinheit, die der Staat aufgrund seiner "Schutzverpflichtung" (Pollähne, 1994, S. 21) wahrnimmt, allenfalls in der nachweisbaren konkreten Gefahr erheblicher rechtswidriger Straftaten begründet liegen. Die Maßregelanordnung muss dieses "Sonderopfer für die Allgemeinheit" (Kammeier, 1995, S. 42), das der Untergebrachte leistet, von den zu erwartenden gravierenden Taten abhängig machen. Aus dem Begriff des “Sonderopfers“ ergibt sich die Verpflichtung der Gesellschaft, den Grad des Freiheitsentzuges so gering und seine Dauer so kurz wie möglich zu halten.

Um dieser Verpflichtung und dem Schutz der Allgemeinheit nachzukommen, entwickelt der Staat die rechtlichen und materiellen Voraussetzungen des Maßregelvollzugs beständig weiter. Die baulichen und personellen Voraussetzungen haben

sich in den letzen 20 Jahren entscheidend verbessert. Das führte auch zu einer wesentlichen Anhebung der Qualität der Arbeit.

Diese positive Entwicklung spiegelt sich in der öffentlichen Wahrnehmung nicht wieder. In der öffentlichen Diskussion findet die Tatsache, dass die Wiederholung einschlägiger Straftaten nach der Entlassung oder während eines genehmigten Verlassens einer Maßregelvollzugsklinik relativ selten ist, keine Berücksichtigung. Eine Studie von Mahler et al (2002, S. 10) zeigte, dass in 0,02 % der gewährten Lockerungen eine Straftat zu verzeichnen ist. Bei der Patientengruppe mit den Indexdelikten Tötungs-, Gewalt- und Sexualdelikt lag dieser Prozentsatz wesentlich niedriger.

Die überwiegend negativ-kritische öffentliche Meinung unterstützt Stigmatisierungsvorgänge und führt damit zu einer „Dehumanisierung“ (Schott M., 2003, S. 3). Die „unsichtbaren Mauern des Schweigens“ außerhalb der Maßregelvollzugskliniken behindern eine adäquate Nachsorge (Rosemann, 2003, S. 11). In den Maßregelvollzugskliniken könne der „Prozess der Mystifizierung des Bösen“ die Mitarbeiter derart beeinflussen, dass die positiven Einwirkungsmöglichkeiten stark eingeschränkt werden. Der Nutzen der Therapie wird nicht nur von Außen bezweifelt. Auch den Mitarbeiter/innen fehlen Erfolgsrückmeldungen, die sich positiv in Arbeitszufriedenheit niederschlagen könnten (Bischoff-Mews, 1998).

Für die notwendige öffentliche Diskussion und zum Selbstverständnis der Mitarbeiter/innen der Maßregelvollzugskliniken werden empirisch gesicherte Informationen über spezielle Vollzugsaspekte benötigt. Diese Informationen liegen nicht in dem erforderlichen Umfang vor (Freese et al, 1995). Es fehlen Studien, die der internen wie externen Qualitätskontrolle dienen (Dimmek & Dunker, 1996).

Die Beantwortung von Fragen nach dem Risiko künftiger Delinquenz gehört zu den schwierigsten Aufgaben, die an psychiatrische Sachverständige herangetragen werden, zumal die empirisch wissenschaftlichen Grundlagen für die Beantwortung solcher Fragestellungen begrenzt sind. Der auch heute noch bestehende Mangel an empirischen Erkenntnissen steht im Gegensatz zum Bedarf an prognostischen Entscheidungen in der forensischen Praxis (Seifert, 2007, S. 21).

Berg (2001, S. 98) schlägt als eine Konsequenz seiner Studie über Tötungsdelikte bei günstiger Kriminalprognose vor, das Procedere zur Gewährung von Lockerungen in den Kliniken zu untersuchen und zu vergleichen. Müller-Isberner und Euker (2009, S. 455) stellen fest, dass die Notwendigkeit besteht, unterschiedliche Behandlung- und Versorgungsmodelle vergleichenden Evaluationen zu unterziehen. Hierbei sind sowohl Vergleiche zwischen verschiedenen Interventionen und Institutionen als auch Prä-Post-Vergleiche innerhalb einer Klinik denkbar. Bisher fehlen derartige Ansätze.

Es liegen keine Studien vor, die sich mit dem Entstehungsprozess von Lockerungsentscheidungen unter Einbeziehung aller beteiligten Mitarbeiter/innen befassen. Lockerungsentscheidungen stellen Prognosen über die Gefahr einer Entweichung und einer erneuten Straftat dar. Die Qualität der Prognose ist entscheidend dafür, ob eine Lockerungsmaßnahme zu einem weiteren therapeutischen Fortschritt führt oder ob die Konsequenz in einem therapeutischen Rückschlag mit möglicherweise dramatischen Schädigungen anderer Menschen besteht.

Die vorliegende Studie beleuchtet die Auswirkungen einiger Bedingungen im Rahmen des klinikinternen Prozesses der Bildung von Lockerungsentscheidungen bzw. Prognoseentwicklung. Es wird untersucht, inwieweit

- ausgewählte Patientenmerkmale,
- institutionelle Bedingungen,
- Art der Ausbildung der Mitarbeiter/innen,
- Nähe der Mitarbeiter/innen zum Patienten und
- Art der Einstellung der Mitarbeiter/innen zur Therapie

Einfluss auf Lockerungsentscheidungen besitzen.

2 Grundlagen

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der theoretischen Grundlagen, die zur Erklärung der Bildung von Lockerungsentscheidungen erforderlich sind. Dazu werden

- die Situation des Maßregelvollzugs beschrieben, weil sie die Grundlage für die Notwendigkeit und die Art der Umsetzung von Lockerungsentscheidungen darstellt,
- die Definition und die Qualitätsansprüche an Prognosen erläutert, weil Prognosen die wesentliche Grundlage für Lockerungsentscheidungen bilden (s. Einleitung),
- entscheidungstheoretische Ansätze ausgeführt, weil sie den psychischen Prozess erklären, der zur Lockerungsentscheidung führt, und damit u. a. den Einfluss der Art der Darstellung der Information, der persönliche Relevanz für den Entscheider, von Einstellungen und Rahmenbedingungen (also Aspekten, die im Rahmen dieser Studie zu untersuchen sind) definiert.

2.1 Situation des Maßregelvollzugs

2.1.1 Rechtliche Voraussetzungen

Blau (1984) stellte in einer Übersicht die jahrzehntelange Diskussion über mögliche Sicherungsmaßnahmen gegenüber gefährlich erscheinenden psychisch Kranken dar, nach der am 24. November 1933 von der nationalsozialistischen Reichsregierung das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ erlassen wurde (Leygraf, 1988, S. 1). Im Rahmen der 2. Strafrechtsreform 1975 erfolgte die Übernahme des Maßregelvollzugsystems in die neue Strafgesetzgebung. Die Änderung der Überschrift des entsprechenden Abschnittes „Maßregeln zur Sicherung und Besserung“ in „Maßregeln zur Besserung und Sicherung“ wurde als eine programmatische Absichtserklärung des Gesetzgebers zu einer Abkehr vom Verwahrungsgedanken gesehen (Venzlaff, 1977).

In der DDR wurde das Maßregelrecht im Rahmen der Strafrechtsreform von 1968 aufgehoben. Lekschas et al wiesen 1988 (S. 370) darauf hin, dass das Strafrecht

der DDR prinzipiell Maßnahmen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit von anderen, so auch von medizinischen Maßnahmen abgrenzt, die nicht an die Schuld bzw. persönliche Verantwortlichkeit gebunden sind. Die Einweisung durch ein Strafgericht wurde nicht mehr nach strafrechtlichen Gesichtspunkten, sondern nach gesundheitspolitischen bzw. medizinischen Kriterien angeordnet. Rechtsbrecher, die aufgrund einer psychischen Störung zurechnungsunfähig (§ 15 StGB-DDR) oder vermindert schuldfähig (§ 16 StGB-DDR) waren, konnten auf der Grundlage des § 11 des Gesetzes über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke durch ein Strafgericht in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, wenn dies „zum Schutz von Leben und Gesundheit des Kranken oder zur Abwehr einer ernsten Gefahr für andere Personen oder das Leben der Bürger“ als notwendig erachtet wurde.

1990 wurde in dem früheren Territorium der DDR das bundesdeutsche Recht übernommen und damit besteht deutschlandweit die gleiche Rechtslage.

Die gesetzgeberischen Änderungen nach 1990 hoben den Sicherheitsaspekt stärker hervor. Das gilt insbesondere für die Strafrechtsänderungen zur Bekämpfung von Sexualdelikten vom 31.01.1998. Den stärksten Einfluss auf den Maßregelvollzug entfaltete die Ablösung der Erprobungsformel als Bewährungsaussetzung (§ 67 d Abs. 2 StGB) durch eine Verantwortungsklausel. Der Hintergrund für diese Änderung bestand darin, dass der Erprobungscharakter in der Bevölkerung zu Irritationen über den Maßstab von Bewährungsentscheidung geführt hat, weil sie als Opferverachtende-Experimentierklausel gescholten wurde (Rechtsausschuss, 13.11.1997, S. 7). Mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherheitsverwahrung vom 13. April 2007 wurde der Umfang der Führungsaufsicht erweitert und bestimmt, dass Entlassene aus dem Maßregelvollzug und dem Strafvollzug, die unter Führungsaufsicht stehen, die Weisung erhalten können, sich in einer forensischen Ambulanz vorzustellen oder dort betreuen und behandeln zu lassen (§ 68 b Abs. 1 Nr. 11; Abs. 2 Satz 2 und 3 StGB). Der daraufhin verstärkte Ausbau der forensischen Ambulanz schafft mehr Sicherheit durch eine Verbesserung der Behandlungsqualität.

Die Grundlage des Maßregelvollzuges ist in den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches (StGB) geregelt.

a) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB

§ 63 StGB lautet wie folgt:

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist."

Die Voraussetzung für die Anordnung einer Unterbringung besteht

- in der Begehung eines erheblichen Rechtsbruchs,
- begangen im Zustand einer erheblich geminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit und
- in der Erwartung weiterer erheblicher Taten wegen der seelischen Störung, die die Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit begründet (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 413).

Die Unterbringung endet, wenn gemäß § 67d Abs. 2 StGB „erwartet werden kann, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird". Die Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug ist somit nicht Selbstzweck, sondern hat der Verbesserung der Kriminalprognose zu dienen (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 413).

b) Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

§ 64 StGB lautete wie folgt:

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit

erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. 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."

Nach dem Gesetzestext müssen vier Voraussetzungen für die Anordnung dieser Maßregel vorliegen:

- ein Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, wobei das Maß des gesundheitlich Verträglichen überschritten sein muss (Strafsenat Kassel, Urteil vom 18. September 1952),
- eine Straftat, die auf den Hang zurückgehen bzw. im Zusammenhang mit einem Rausch begangen worden sein muss.
- eine negative Legalprognose, indem bei der Person davon ausgegangen werden muss, dass sie infolge ihres Hanges weitere erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird,
- eine positive Therapieaussicht, indem konkrete Anhaltspunkte für einen Behandlungserfolg vorliegen müssen.

Da das Strafvollzugsgesetz (§§ 136, 137 StVollzG) nur Leitgedanken eines therapeutisch orientierten Maßregelvollzugs normiert und den Ländern einen weiten Ausgestaltungsrahmen (§ 138 Abs. 1 StVollzG) gegeben hat, konnten sich bundesweit unterschiedliche Behandlung-und Organisationsmodelle entwickeln.

Die wichtigste Grundlage landesrechtlicher Regelungen besteht in Mecklenburg-Vorpommern im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG M-V). Mit der Integration der Bestimmungen für die Menschen, die gemäß §§ 63, 64 StGB und § 7 Jugendgerichtsgesetz unterzubringen sind, in dieses Gesetz, folgte der Landesgesetzgeber dem Grundsatz, dass es sich auch bei den im Maßregelvollzug unterzubringenden Menschen um psychisch Kranke handelt, die im psychiatrischen Hilfesystem Berücksichtigung finden müssen. Nach Vor-

kommnissen in einer Klinik in den Jahren 1998 und 1999 wurde mit Wirkung vom 31.03.2001 die Aufsicht über die Einrichtungen des Maßregelvollzugs der Landesbehörde unmittelbar übertragen. Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 1 PsychKG M-V überwacht seither das Justizministerium die Einrichtungen des Maßregelvollzugs daraufhin, dass diese durch geeignete Maßnahmen gegen ein Entweichen der Betroffenen gesichert werden, und erlässt im Benehmen mit dem Sozialministerium allgemeine Sicherheitsbestimmungen. Im Übrigen werden die Einrichtungen des Maßregelvollzuges gemäß 37 Abs: 4 Satz 2 PsychKG M-V vom Sozialministerium überwacht.

Zu Lockerungen im Maßregelvollzug ist im PsychKG M-V geregelt, dass die ärztliche Leitung Urlaub, Ausgang und Ausführung gewähren kann (§ 28 Abs. 1, 5 und 6 PsychKG M-V) und bei einer Beurlaubung von mehr als zwei Wochen die Vollstreckungsbehörde anzuhören ist (§ 28 Abs. 2 PsychKG). In § 30 PsychKG wird vorgegeben, dass freie Formen der Unterbringung gewählt werden sollen, wenn das Behandlungsziel dadurch erreicht werden kann und der Zweck der Unterbringung es zulässt. Daneben besteht in § 37 Abs. 4 PsychKG und in § 47 PsychKG die Voraussetzung dafür, dass das Sozial- und das Justizministerium Verwaltungsvorschriften erlassen können. Mit einem Erlass vom 12.06.2001 (aktuelle Fassung vom 15.05.2009) wurden Lockerungsmaßnahmen definiert, Lockerungsstufen bestimmt und die Art der Durchführung von Lockerungsmaßnahmen festgelegt. Nach einem Erlass vom 19.09.2002 ist jeder Antrag auf eine Lockerungsstufe auf der Grundlage einer vorgegebenen Checkliste zu prüfen. Zudem sind die Daten, die Lockerungsanträge und ihre Bewertung betreffen, zu dokumentieren und monatlich aktualisiert dem Sozialministerium zu übermitteln.

2.1.2 Behandlungsvoraussetzungen im Maßregelvollzug

In der Psychiatrie-Enquete wird 1975 (S. 281) festgestellt, dass die Maßregelvollzugspatienten „eine absolute Schlusslichtposition“ im psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem einnehmen. Es wäre außerordentlich schwierig, in absehbarer Zeit die notwendige personelle Ausstattung zu erreichen (1975, S. 284). Für die Patienten bestehen nur eingeschränkte Möglichkeiten zur schulischen und beruflichen Weiterbildung, die Arbeitstherapie ist auf manuelle Tätigkei-

ten beschränkt und meist nicht in das Therapiekonzept eingebunden, Psychotherapie existiert nur am Rande, die räumlichen Zustände sind veraltert (Leygraf, 1999, S. 63). Dabei sind die Unterschiede der baulichen Voraussetzungen und des Personalschlüssels in den einzelnen Einrichtungen enorm. Auch die therapeutische Ausrichtung bzw. die Grundatmosphäre unterscheidet sich deutlich.

Leygraf bemängelt noch 1988 die therapiefeindliche Einstellung vieler Mitarbeiter/innen des Maßregelvollzugs. Patienten würden als Gefangene bezeichnet, Krankengeschichten wären sehr lückenhaft und auf Zwischenfälle reduziert geführt. Er nennt die Bedingungen im Maßregelvollzug desolat und fordert eine konsequente Integration therapeutischer Konzepte, um zu einer adäquaten Maßregelbehandlung (Leygraf, 1988, S. 183, 184) zu kommen.

Nach 1990 verbessert sich die Situation. Neubauten bzw. Umbauten und eine deutliche Aufstockung des Personals ermöglichen eine andere Form der Arbeit. Die Bemühungen um Qualifizierung der forensischen Mitarbeiter nehmen stetig zu (Leygraf, 1999). Die in der Psychiatrie Enquete geforderte Personalausstattung (1975, S. 284) von ca. 1 Therapeuten pro 10 bis 15 Patienten und 1,5 Mitarbeitern der Pflege pro Patient ist in den meisten Kliniken inzwischen vorhanden. Nach dem Kerndatensatz der Länder (AG Psychiatrie, 2009, S. 22) waren im Jahr 2007 (im Durchschnitt der Länder) einem Patienten der Anteil von 0,23 einer Vollzeitstelle eines Therapeuten und von 0,76 der Vollzeitstelle eines Mitarbeiters der Pflege zuzuordnen. Gretenkord (2003a, S. 79) stellt auf der Grundlage einer Literaturübersicht fest, dass entscheidende Verbesserungen erzielt wurden. Die sachliche und personelle Ausstattung sei besser und die Verweildauer kürzer geworden, Behandlungsansätze wurden entwickelt. Insofern sind die Behandlungsvoraussetzungen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie nunmehr vergleichbar.

Nach dem Kerndatensatz der Länder im Jahr 2007 (AG Psychiatrie, 2009, S. 22) sind schizophrene Störungen und Suchterkrankungen die häufigsten Diagnosen im Maßregelvollzug.

Tabelle 1: Anteile der Diagnosegruppen an den Diagnosen der im Jahr 2007 in Deutschland untergebrachten Patienten (AG Psychiatrie, 2009, S. 22)

Nr	Diagnosegruppe		Anteile der Diagnosengruppen (in %)
	ICD-Nr.	Bezeichnung	
1	F0	hirnorganische Störung	2,5
2	F2	schizophrene Störung	19,0
3	F3	affektive Störung	1,2
4	F60-63	Persönlichkeitsstörung	10,9
5	F7	Intelligenzminderung	4,2
6	F1	primäre Sucht	17,7
7	F65-66	Störungen der sexuellen Orientierung	2,8
8	F60-63, F1	Persönlichkeitsstörung und Sucht	12,0
9	F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung und Störung der sex. Orientierung	5,2
10	F60-63, F7	Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	2,8
11	F2, F1	schizophrene Stör. und Sucht	10,9
12	F2, F65-F66	schizophrene Störung und Störung sexuellen Orientierung	0,5
13	F2, F7	schizophrene Stör. u. intellektuelle Minderbegabung	1,1
14	F7, F1	intellektuelle. Minderbegabung und Sucht	1,4
15	F7, F65-66	intellektuelle Minderbegabung und Störung der sexuellen Orientierung	1,5
16		sonst. Diagnosen	6,1

Im Jahr 2007 wurden Körperverletzungen, Sexualdelikte und Straftaten gegen das Leben als die Delikte festgestellt, die am häufigsten zur Anordnung einer Maßregel führen (AG Psychiatrie, 2009, S. 29).

Tabelle 2: Anteile der Deliktgruppen an den Delikten, die bei im Jahr 2007 in Deutschland untergebrachten Patienten zur Anordnung der Maßregel führten (AG Psychiatrie, 2009, S. 29)

Nr	Deliktgruppe		Anteil der Delikt-gruppen (in %)
	Paragraf	Bezeichnung	
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	16,0
2	§ 306 StGB	Brandstiftungsdelikte	9,2
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	13,0
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwach-senen	10,5
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	24,3
6	§§ 249, 252, 255 StGB	Raub und Erpressung	12
7	§ 239 StGB	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	1,0
8	§§ 242- 244 StGB	Eigentumsdelikte (Diebstahl und Unter-schlagung, …)	7,4
9	§ 29 BtMG	Verstoß gegen das BtMG	3,6
10	sonstige	sonstige Delikte	2,5

Die Zahl der Betten im Maßregelvollzug in Deutschland stieg von ca. 4.290 Betten im Jahr 1990 auf 6.635 Betten im Jahr 2000 und auf 8.670 Betten im Jahr 2005 (AG Psychiatrie, 2007, S. 53). Nach Müller-Isberner & Eucker (2009, S. 434) ist die Zunahme des Behandlungsbedarfes wesentlich auf eine vermehrte Einweisung Psychosekranker, die Körperverletzungsdelikte begehen, zurückzuführen.

Derzeit gibt es in Deutschland circa 80 Maßregelvollzugseinrichtungen, die in der Regel entweder psychisch kranke Rechtsbrecher nach § 63 StGB oder nach § 64 StGB (ausschließlich suchtkranke Straftäter) behandeln. Es lassen sich drei verschiedene Organisationsformen unterscheiden:

1. Eigenständige forensisch-psychiatrische Fachkrankenhäuser,
2. forensisch-psychiatrische Fachabteilung im allgemeinpsychiatrischen Krankenhäuser,
3. forensisch-psychiatrische Stationen in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser.

Zudem ist seit Mitte der Neunzigerjahre einen Trend zu verzeichnen, die Trägerschaft von Maßregelvollzugseinrichtungen zu privatisieren (z. B. Mecklenburg-

Vorpommern, Hamburg, Niedersachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Bremen, Brandenburg).

Empirisches Wissen darüber, wie sich Größe und Organisationsform kriminaltherapeutischer Institutionen auf therapeutische Effizienz und Wirtschaftlichkeit auswirken, fehlt weltweit (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 435).

Die Arbeit im Maßregelvollzug unterscheidet sich von der in einem allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus. Leygraf (2006, S. 198) meint, dass der Patient und Maßregeleinrichtung eine Zwangsgemeinschaft bilden, da der Patient häufig nicht zur Therapie bereit ist und die Klinik auch bei Zweifel an der Behandlungsfähigkeit zur Aufnahme verpflichtet ist. Der Zwangscharakter und die häufig gering ausgeprägte Behandlungsbereitschaft kennzeichnen die forensische Therapie auf den ersten Blick in besonderem Maße, sind aber eigentlich in vielen psychosozialen Behandlungssettings zu finden. Leygraf spricht von einer ideologischen und nicht empirisch abgesicherten Forderung von Freiwilligkeit und Eigenmotivation als unabdingbare Erfolgsvoraussetzungen. Pfäfflin (1998, S. 156) widerspricht entschieden der Behauptung, dass Auflagen zur Psychotherapie sinnlos wären, da sich die Motivation des Betroffenen dann im besten Fall auf die Erfüllung der Auflage beschränke. Derartige Behauptungen würden die Arbeit des Maßregelvollzugs diskreditieren. Pfäfflin verweist auf Arbeiten, die gegenteilige Erfahrungen belegen.

Neben der Arbeit an und mit motivationalen Aspekten fordert der Umgang mit ungünstigen sozialen Lebensumständen, Haftsozialisation, Persönlichkeitsstörungen, defizitärer Änderungsbereitschaft, aggressivem Auftreten etc., aber eben auch die Konfrontation mit schweren Straftaten viel von forensisch Tätigen (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988). Für die Behandlung sind besondere fachliche Kompetenzen gefragt, insbesondere zu den Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und Delinquenzrisiko sowie zur ständigen Paralleleinschätzung von psychischer Verfassung und aktueller Gefährlichkeit (Leygraf, 2006, S. 197). Eine Studie von Schalast (1995, S. 158) zeigt, dass die Arbeitszufriedenheit im Maßregelvollzug geringer als in der Allgemeinpsychiatrie ist. Bei den Mitarbeiter/innen, die in Maßregelvollzugskliniken arbeiten, in denen Einweisungen gemäß § 64 StGB erfolgen, war ein höherer Grad der Unzufriedenheit zu verzeichnen als

in Maßregelvollzugskliniken mit Patienten, deren Einweisung gemäß § 63 StGB erfolgte. Die Häufigkeit von Vorkommnissen steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Belastungserleben der Mitarbeiter/innen (Schalast, 1995, S. 159).

a) Unterbringung gemäß § 63 StGB

Muller-Isberner und Euker (2009, S. 433) weisen darauf hin, dass bei den Patienten im Maßregelvollzug in der Regel eine lange Vorgeschichte psychischer Auffälligkeiten und antisozialen Verhaltens besteht. Die multiplen Probleme umfassen schwerwiegende affektive und kognitive Defizite, geringe lebenspraktische und soziale Fertigkeiten und einen Lebensstil, der deviantes Sozialverhalten fördert. Oft liegt ein vieljähriger schwerer Substanzmissbrauch vor. Viele Patienten sind schwierig einzuschätzen, haben meist nur ein geringes Interesse an der Behandlung, sind wenig compliant und es ist schwierig, mit ihnen umzugehen. Sowohl ihre psychiatrische als auch ihre antisoziale Problematik ist chronisch, so dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten "Heilung" ein unrealistisches Behandlungsziel wäre. Oft ist es weniger das Risiko erneuter Delinquenz als vielmehr die oftmals wiederholt gezeigten sonstigen sozialen inakzeptablen Verhaltensweisen, die einen Lebenswandel in einem weniger restriktiven Lebensumfeld verhindern. Behandlungsziele sind vornehmlich Symptomreduzierung und Stabilisierung sowie die Verbesserung der sozialen Anpassung und der zwischenmenschlichen Fertigkeiten. Dadurch ist es in den meisten Fällen dann doch möglich, eine Entlassung zu erreichen.

Die häufigsten Diagnosen des Maßregelvollzugs sind funktionelle Psychose, Persönlichkeitsstörung und organische Hirnschädigung (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 433). Im Jahr 2007 wurde im Kerndatensatz der Länder (AG Psychiatrie, 2009, S. 17) folgende Belegung der Kliniken festgestellt: Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis: 41,1 %, Persönlichkeitsstörungen: 17,4 %, Hirnorganische Störungen: 11,5, Störungen der sexuellen Präferenz: 13,1 %, andere Diagnosen: 6,5 %.

In einer bundesweiten Erhebung von Leygraf (1988) werden im Gegensatz zu einer Studie von Seifert et al. (2001) Unterschiede in den Unterbringungszeiten

nach Krankheit oder Delikt deutlich. So ist die mittlere Therapiedauer bei Patienten mit intellektueller Behinderung am längsten (11,5 Jahre); Leygraf erklärt dies mit der Unveränderlichkeit der Grundstörung. Obwohl es gute therapeutische Konzepte gibt, ist die Therapiedauer auch bei Schizophrenen deutlich überdurchschnittlich (7,7 Jahre). Auch Ritzel (1978) kann ähnliche Unterschiede finden. Für Leygraf (1988) ist dieser Befund unklar; er diskutiert bestehende Vorurteile bei Gutachtern und Richtern über die angenommene Gefährlichkeit der schizophrenen Patienten und Effekte einer raschen Hospitalisierung.

Ebenso erstaunlich ist nach Leygraf (1988), dass bei Patienten mit Taten gegen Leib und Leben nur leicht überdurchschnittliche Unterbringungsdauern zu verzeichnen sind. Noch schwieriger zu verstehen sei das Ergebnis, dass gewaltlose Eigentums- oder Sexualdelikte (z. B. Diebstahl, Exhibitionismus) mit einer längeren Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug verbunden sind als Delikte mit Gewalt (Raub, Vergewaltigung etc.). Problematisch ist für den Autor aber insbesondere, dass der Strafrahmen bei nahezu allen Deliktarten (mit Ausnahme der Tötung) zum Stichtag bereits überschritten ist. Es stelle sich gerade bei der Gruppe der meist schuldunfähigen Langzeituntergebrachten mit Delikten, bei denen ein geringes Strafmaß vorgesehen ist, die Frage der Verhältnismäßigkeit. Ritzel (1978) zeigt in seiner umfassenden Studie, die sich über zwei Jahrzehnte erstreckte, dass 11.6 % der 501 Probanden in der Unterbringung verstarben. Auffallend oft sind Sittlichkeitstäter mit überdurchschnittlich langen Unterbringungsdauern (über 10 Jahre) zu finden. Ritzel diskutiert dazu eine generelle Schwierigkeit und Unsicherheit bei prognostischen Urteilen, die dazu führt, dass dem Verwahrungsprinzip zu häufig der Vorrang gegeben wird (1978, S. 73).

Im Jahr 2007 wurden Sexualdelikte (28,7 %), Körperverletzungen (24,9 %), und Straftaten gegen das Leben (18,3 %) als die Delikte festgestellt, die am häufigsten zur Anordnung einer Maßregel führen (AG Psychiatrie, 2009, S. 27).

Die mittlere Stichtagsverweildauer ist nach Müller-Isberner und Eucker (2009, S. 434) in den letzten 20 Jahren gestiegen. Dies ließe sich nicht mit den seit 1998 verschärften Entlassungskriterien erklären. Die Zahl der Entlassungen hat nach der Gesetzesreform nicht abgenommen. Die Gesamtbehandlungsdauer bedingt

Entlassener hat sich nach der Gesetzesreform um ein Jahr verkürzt. Gleichzeitig sind der Anteil von Unterbringungen, die über 10 Jahre andauern, und der Anteil von Untergebrachten, die älter als 60 Jahre sind, angestiegen. Immer mehr Patienten werden immer schneller entlassen, während gleichzeitig ein immer höherer Anteil als dauerhaft gefährlich identifiziert wird und in der Unterbringung verbleibt.

Im Rahmen von Rückfallstudien stellten Dimmek und Duncker (1996) eine Legalbewährung von 79 % und Gretenkord (2003b) von 57,1 % fest.

b) Unterbringung gemäß § 64 StGB

Seifert (2009, S. 470) charakterisiert die nach § 64 StGB untergebrachten Patienten. Er führt aus, dass weder die akute Drogenintoxikation (Rausch) noch der chronische Konsum unweigerlich zu aggressivem bzw. delinquentem Verhalten führen. Stattdessen kommt dem Alkohol hierbei zumeist die Bedeutung eines bahnenden Faktors zu, so dass sowohl Gutachter als auch Therapeuten stets die Persönlichkeitsstruktur des Probanden näher zu beleuchten haben. Allenfalls die Hälfte der Untergebrachten leidet ausnahmslos unter einer Abhängigkeitserkrankung. Zusätzlich liegen häufig Persönlichkeitsstörungen vor, die den therapeutischen Erfolg und die gewünschte anschließende Deliktfreiheit limitieren. Daneben sind Folgeerkrankungen eines langwierigen Suchtmittelkonsums zu beachten (z. B. sind bei 20-40 % der Patienten eine Polyneuropathie, bei 30-50 % der Patienten eine Kleinhirnschädigung und eine ebenso große Anzahl atrophischer Veränderungen des Großhirns zu verzeichnen). Andere Autoren bestätigen diese Feststellungen. Gerl (2000) und von der Haar (1995) stellen bei 3/4 der Patienten neben der Suchterkrankung eine weitere psychiatrische Diagnose fest, meist aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Koch (1988) und Bischoff-Mews (1998) verweisen auf Persönlichkeitsstörungen und Minderbegabung als häufige Zweitdiagnosen bei Alkoholikern.

Diagnostisch ist in den letzten Jahren eine Verschiebung innerhalb der Suchtformen festzustellen, auch wenn Alkoholkranke mit 2/3 nach wie vor die größte Gruppe darstellen (Seifert & Leygraf, 1999). Tendenziell nehmen polytoxikomane Abhängigkeitsformen zu. Auch kommen mehr User von Ecstasy, Designer- und Partydrogen in Therapie. Während vor dem Jahr 2003 die Patienten mit einer Al-

koholproblematik noch die Mehrzahl der Untergebrachten bildete, besteht inzwischen 60 % der Klientel aus Drogenabhängigen (Seifert, 2009, S. 472).

Bei Patienten mit einer vorwiegenden Alkoholproblematik haben vor allem Körperverletzungen, bei den Drogenabhängigen vor allem Eigentumsdelikte und Straftaten gegen das BtmG zur Unterbringung geführt (Seifert, 2009, S. 475).

Eine bundesweite Analyse der Bundeszentralregisterauszüge (BZR) von 249 gemäß § 64 StGB-Untergebrachten (Dessecker, 1995) zeigt, dass anlassdeliktisch schwerer Diebstahl, Raub bzw. räuberische Erpressung sowie Drogendelikte die Deliktliste anführen. Das deckt sich weitgehend mit der Erhebung zum Kerndatensatz der Länder. Im Jahr 2007 wurden Raub und Erpressung (25 %), Körperverletzungen (22,5 %), Eigentumsdelikte (16,4 %) und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (13,3 %) als die Delikte festgestellt, die am häufigsten zur Anordnung einer Maßregel führen (AG Psychiatrie, 2009, S. 29). Der Gewaltanteil ist bei den Anlassdelikten nicht unerheblich und liegt in einer bundesweiten Stichtagserhebung mit 727 Probanden bei 59 % (von der Haar, 1995).

Bei über 40 % der untersuchten Fälle der BZR-Studie ordnen die Gerichte eine Therapie an, obwohl sich der Sachverständige nicht dazu geäußert oder sie zumindest nicht befürwortet hat. Nach Dessecker (1995) sind isolierte Maßregelanordnungen selten, bei über 50 % der Patienten wird parallel eine Freiheitsstrafe über 18 Monaten ausgesprochen. In der Dessecker-Studie zeigte sich, dass knapp 3/4 der Patienten die Therapie regulär beenden können (Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt). 16 % kommen in den Strafvollzug (Erledigung wegen Aussichtslosigkeit, Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge oder Erreichen der Höchstfrist). Bei über 50 % kommt es während des Aufenthaltes zu Zwischenfällen (vor allem kurzzeitige Entweichungen, Alkoholrückfälle), über 20 % verüben eine neue Straftat.

Die größte Gruppe der Alkoholabhängigen ist bei Anordnung der Maßregel zwischen 26-45 Jahre alt und die Zahl jugendlicher Alkoholabhängiger nimmt zu (Koch, 1988). Nach Seifert reicht die Spannweite von unter 20 Jahren bis Ende des sechsten Lebensjahrzehnts, wobei Patienten mit einer Drogenproblematik im

Mittel etwas jünger sind (Seifert, 2009, S. 474). Die Patienten sind zum Zeitpunkt der Unterbringung im Mittel circa 30 Jahre alt. Nach dem 45. Lebensjahr verliert die Maßregel an Bedeutung (Bischoff-Mews, 1998).

Die Zahl der Patienten, die die Behandlung gemäß Paragraph 67 Abs. 5 StGB wegen Erfolglosigkeit abrechen liegt mittlerweile höher als die Zahl der regulären Beendigung (Hoffmann et al, 2006, S. 399).

In einer Übersichtsarbeit zu Untersuchungen von regulär entlassenen Patienten mit einer "Time-at-risk" von mindestens zwei Jahren berichtete Dessecker (2000) von 43-69 % weiterer Eintragungen im Bundeszentralregister. Dimmek & Duncker (1996) stellten in ihrer Untersuchung eine Legalbewährung bei 48 % der Patienten fest.

2.1.3 Gefährlichkeitsprognose im Maßregelvollzug

Kommt in Betracht, dass eine Unterbringung durch ein Strafgericht angeordnet wird, ist in der Hauptverhandlung ein Sachverständiger zu vernehmen (§ 246 a StPO). Der Sachverständige äußert sich dazu, ob beim Täter zum Tatzeitpunkt eine psychische Erkrankung oder Störung vorgelegen hat und gibt damit ein Gutachten zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) ab. Zudem muss durch eine Gefährlichkeitsprognose die Wahrscheinlichkeit erheblicher künftiger Straftaten dargelegt werden. Eine weitere prognostische Frage, die aber nur bei gemäß § 64 StGB anstehenden Anordnungen erörtert werden muss, betrifft die nach der Behandlungsaussicht.

Mit dem Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt vom 16. Juli 2007 wurde in § 463 Abs. 4 StPO geregelt, dass Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges alle fünf Jahre zu begutachten sind.

Auch bei der Entlassung aus dem Maßregelvollzug besteht bei Patienten, die nach § 63 StGB eingewiesen wurden, eine Bindung an die Gefährlichkeitsprognose. Gemäß 67 d Abs. 2 StGB setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unter-

bringung dann zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Dazu ist gemäß § 454 Abs. 2 StPO das Gutachten eines Sachverständigen einzuholen. Die Zeit der Unterbringung nach § 63 StGB wird somit ausschließlich durch die Einschätzung der noch bestehenden Gefährlichkeit bestimmt. Thier (1990, S. 96) weist darauf hin, dass die fehlende zeitliche Befristung ein hohes Maß an Verantwortung auf psychiatrischer und juristischer Seite erfordert. Der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB liegt hingegen gemäß § 67 d Abs. 1 StGB grundsätzlich eine Befristung von zwei Jahren zugrunde.

Da sowohl die Einweisung als auch die Entlassung aus dem Maßregelvollzug eine Gefährlichkeitsprognose voraussetzt, unterliegen auch die Teilschritte zur Entlassung in Form von sukzessiven Rücknahmen der Freiheitseinschränkungen (Lockerungen) einer Gefährlichkeitsprognose. In allen Ländergesetzen sind Grundsätze festgelegt, wie und wann Lockerungen gewährt werden können. Lockerungen dürfen in Anlehnung an § 11 Abs. 2 StVollzG (in Anlehnung, da das StVollzG grundsätzlich für Strafgefangene, nicht für Maßregelvollzugspatienten gilt) nur dann genehmigt werden, wenn die Prognose nicht auf eine Fluchtgefahr, eine neue Straftat oder einen Schaden für die Therapie hinweist.

Die Lockerungsgewährung setzt Behandlungsfortschritte voraus. Bleiben diese aus, fehlt die Basis für die Vollzugslockerung (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 412). Lockerungen haben nicht nur den Zweck, das Erarbeitete anzuwenden bzw. zu adaptieren. Für die Behandler sind sie von besonderer Qualität, denn sie ermöglichen die Überprüfung der therapeutischen Fortschritte unter realen Bedingungen. Sie werden damit zur Voraussetzung, irgendwann eine solide Entlassungsprognose stellen zu können (Schaumburg, 2003, S. 99), da im Laufe der Behandlung Hypothesen überprüft, verworfen, ergänzt oder erneuert werden können. Vollzugslockerungen können gezielt der Hypothesenprüfung dienen. Die Risikoeinschätzung bei der Entlassung wird damit zum Ergebnis mehrfach geprüfter und modifizierter Hypothesen (Nedopil, 1996, S. 189).

Somit wird die Prognose nicht erst zum Zeitpunkt einer geplanten Entlassung relevant, sondern sie begleitet die Behandlung im Maßregelvollzug kontinuierlich. Die

Prognose und die Therapie sind sowohl praktisch wie auch methodisch eng miteinander verzahnt. In der Praxis des Maßregelvollzugs gehören die Gefährlichkeitsprognosen zu den „Alltagsaufgaben“ (Groß, 2004, S. 1) klinisch Tätiger. Bei jedem Kontakt mit dem untergebrachten Patienten, bei jeder Aktivität, sei es in der Freizeitgestaltung, bei Arztbesuchen oder der Genehmigung und Durchführung von Lockerungen, ist zu überlegen,

- welcher Stellenwert der beabsichtigten Maßnahme im Therapiekonzept zukommt,
- aus welchen Gründen die Maßnahme zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll erscheint,
- ob die Maßnahme durchgeführt werden kann und wie,
- ob Zwischenfälle zu erwarten sind und welche,
- ob und ggf. welche flankierenden Maßnahmen angezeigt sind, um das bestehende Restrisiko zu vermindern.

Im Vergleich zu Entlassungsentscheidungen scheint die Beurteilung bei Lockerungsprognosen einfacher, weil auf Veränderungen der Entscheidungsgrundlagen schnell reagiert werden kann. Zu beachten ist aber, dass gerade Lockerungsprognosen keine einmaligen Entscheidungsakte darstellen, sondern immer wieder auf ihre aktuelle Gültigkeit geprüft werden müssen (Leygraf, 2004, S. 441). Die Bedeutung einer adäquaten Prognose während der Unterbringung im Maßregelvollzug wird u. a. durch eine Studie deutlich, die 17 Tötungen auswies, die sich während der Unterbringung ereigneten (Pierschke, 1998a, S. 70).

Auch wenn Prognosen während des Maßregelvollzugs wesentlich häufiger und in alltäglichen Situationen zu erstellen sind, unterliegen sie grundsätzlich den gleichen Qualitätsanforderungen und damit den gleichen Problemen wie die Entlassungsprognose.

2.2 Qualität von Kriminalprognosen

2.2.1 Definition und Grundlagen von Kriminalprognosen

Feltes (2005, S. 148) stellt fest, dass der Begriff Prognose die Vorhersage einer künftigen Entwicklung von Ereignissen oder Handlungen beschreibt. Insofern stellt

sie eine Mutmaßung darüber dar, wie die Zukunft einer Personen oder einer Sache aussehen könnte. Die Prognose dient der Vorhersage zukünftig eintretender krimineller beziehungsweise nicht krimineller Geschehnisse oder Verhaltensweisen.

Der Begriff „Mutmaßung“ kann mit dem Begriff "Wahrscheinlichkeitsaussage" präzisiert werden. Eine sichere Ja-Nein-Aussage über künftiges kriminelles Verhalten ist nicht möglich (Volckart, 2002, S. 105; Kröber, 2006, S. 88). Dahle (1997, S. 121) bezeichnet Verhaltensprognosen als „Zusammenhangserwartungen zwischen individuellen Merkmalen, situationalen Rahmenbedingungen und Zielverhalten“. Durch die Abhängigkeit von situativen Faktoren ist die Gültigkeit einer Prognose umso schwieriger zu gewährleisten, je länger der Zeitraum ist, für den sie gelten soll. Insofern besteht die Möglichkeit, dass eine Prognose nicht eintrifft, obwohl sie fehlerfrei war. Dahle (2005b, S. 19) schlägt deshalb vor, zwischen einem Prognoseirrtum (dem Nichteintreffen einer Verhaltensvorhersage) und Prognosefehler zu unterscheiden.

Um im Einzelfall eine Prognose zu erstellen, müssen die für ein spezifisches Geschehen relevanten Aspekte in ein Erklärungsmodell integriert werden. Insofern geht es um die Formulierung einer individuellen Handlungstheorie der fraglichen Person (Volbert, 2005, S. 561; Dahle, 2000, S. 99). Die hierfür erforderlichen formalen Denkschritte charakterisiert Volckart (1997) als einen Akt deduktiven Schlussfolgerns nach den Regeln der Syllogistik. Jüttemann und Thomae (2001) sowie Laux (2003) sehen aufgrund der Anforderung des Rechtssystems (Berücksichtigung der spezifischen Hintergründe der Delinquenz und Analyse des Verlaufs des Freiheitsentzuges) auch die Notwendigkeit von induktiven Schritten, die entsprechende ideographische Methoden und Herangehensweisen implizieren.

Die Prognose setzt die Bezugnahme auf Erklärungsmodelle für delinquentes Handeln voraus. Kriminaltheoretische Ansätze sind z. B. in Übersichten von Lamnek (1994; 1996) und Scheider (1997) zu finden. Die bestehenden Theorien decken aber nur Ausschnitte des Gesamtphänomens krimineller Handlungen ab und sind daher nicht in der Lage das Bedingungsgefüge des spezifischen Geschehens in der erforderlichen Weise für ein spezifisches Geschehen zu erklären. Zudem kon-

zentrieren sich die Kriminaltheorien auf den Bereich der klassischen Kriminalität und sind für Strafrechtsverstöße, die mit psychischen Störungen im Zusammenhang stehen, nicht geeignet. Deshalb sieht Dahle (2005b, S. 20) die Notwendigkeit eines Rückgriffs auf entsprechende Störungstheorien, auf allgemeinpsychologische Handlungs- und Verhaltenstheorien, ggf. auch auf sozial- oder entwicklungspsychologische Ansätze.

Da die Kriminalprognose eine dichotome Entscheidung voraussetzt, sind auch die Basisrate und die Selektionsrate zu beachten. Unter Basisrate ist der Anteil von Personen zu verstehen, für die das zu prognostizierende Ereignis eintreffen wird. Bei der Basisrate ist insbesondere zu beachten, dass nicht die Bezugnahme auf die Gesamtbevölkerung angezeigt ist, sondern auf die Gruppe, die dem strafrechtlichen Umfeld zuzuordnen ist. Unter Selektionsrate wird der Anteil aus der interessierenden Bezugsgruppe verstanden, für den eine bestimmte Entscheidung getroffen wird. Bei Rückfallprognosen ist dies der Anteil der Personen, die aufgrund einer ungünstigen Prognose im Straf- oder Maßregelvollzug verbleiben. Bei Zugrundelegung der in Abb. 1 dargestellten Systematik lassen sich nicht nur die Basis- und Selektionsrate, sondern auch die Treffer- und Fehlerquote sowie die Sensitivität und Spezifität von Prognosemethoden ableiten (Dahle, 2005b, S. 23-25). Mathematische Modelle zeigen, dass bei einer geringen Basisrate zwar kaum noch eine Erhöhung der Trefferquote durch eine Optimierung der Prognosemethode möglich ist, die Sensitivität aber deutlich gesteigert werden kann.

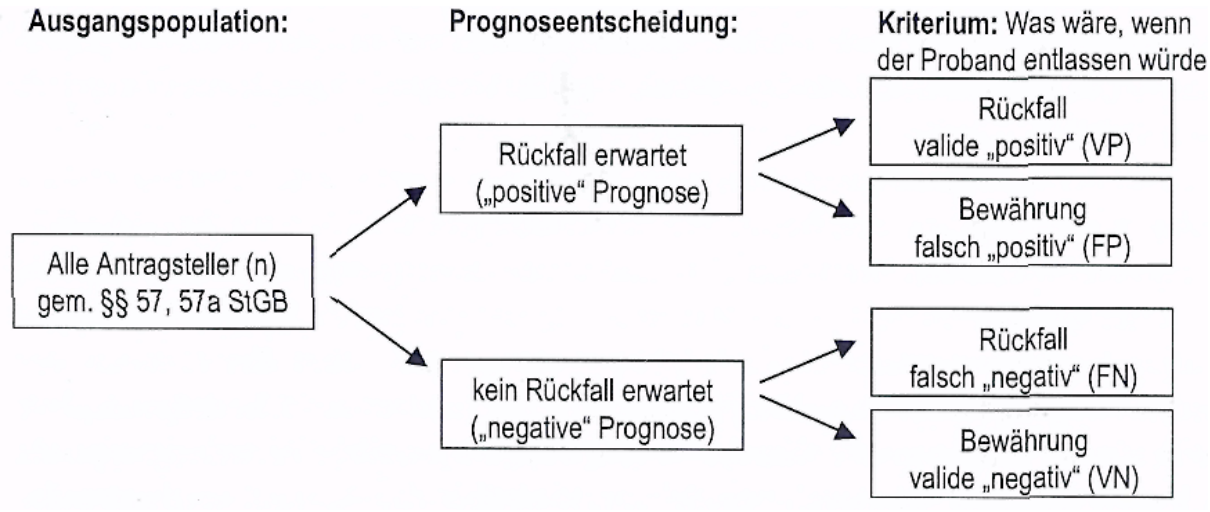


Abbildung 1: Ergebniskategorien dichotomer Prognoseentscheidungen am Beispiel vorzeitiger Entlassung aus dem Strafvollzug nach Dahle (2005b, S. 24)

2.2.2 Struktur von Prognosen

Feltes (2005) fasst die Bestandteile einer Prognose in der folgenden Abbildung zusammen.

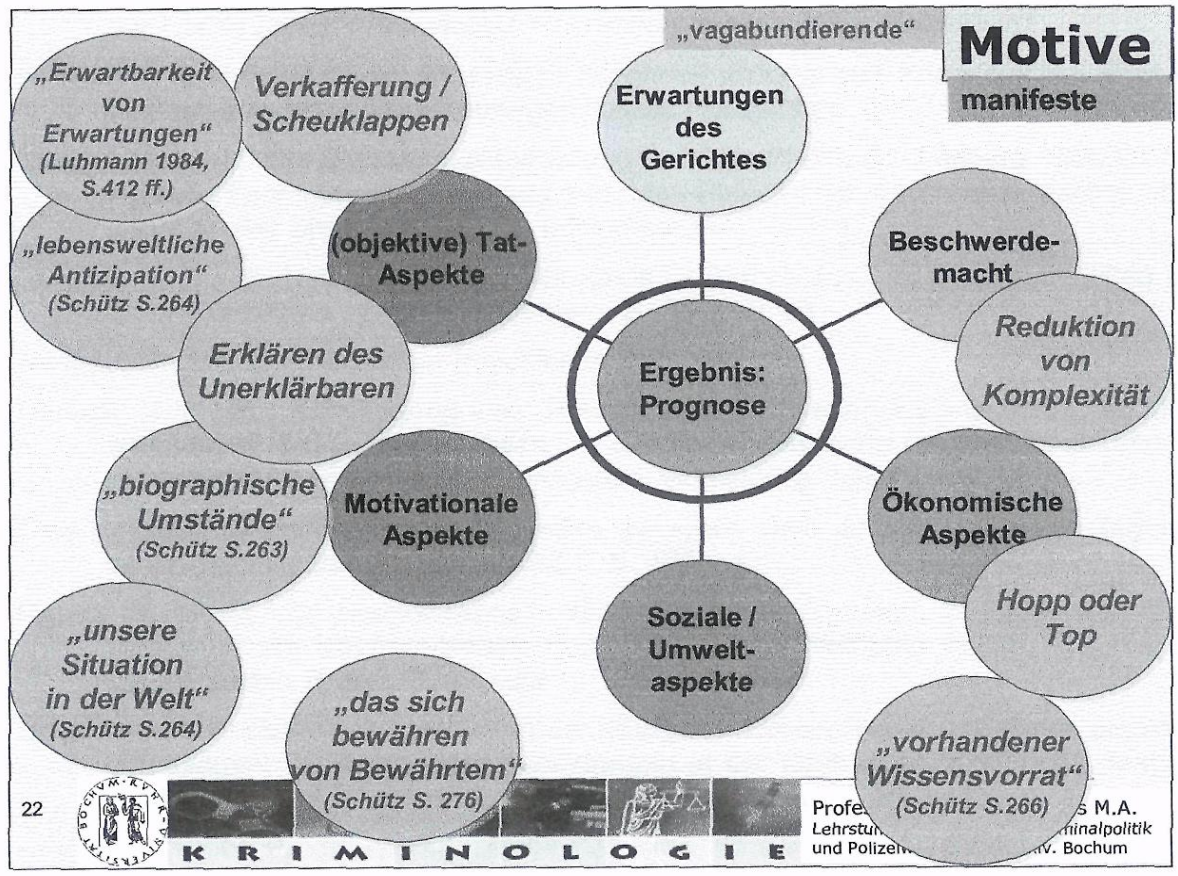


Abbildung 2: Wie kommt eine Prognose zustande? (Feltes, 2005, S. 165)

In der Literatur werden folgende Prognosen unterschieden (Nowara, 1995, S. 31; Nedopil, 1996, S. 185; Pierschke, 1998b, S. 12):

- Intuitive Methode (gefühlsmäßige Einschätzung)

  Im Mittelpunkt dieser Strategien steht die zu beurteilenden Person mit ihren spezifischen Gegebenheiten und Besonderheiten, das heißt die Prognose bezieht sich ohne methodisches Konzept auf reine Eindrucksbilder des Prognostikers. Die Beurteilung beruht weit gehend auf der Auseinandersetzung des Prognostikers mit dem Einzelfall. Es werden weder Rückfalluntersuchungen noch Theorien herangezogen und es gibt kein regelgeleitetes Vorgehen. Allein die Erfahrung und Intuition des Prognostikers dienen als Urteilsgrundlage. Intu-

itive Methoden entbehren definitionsgemäß einer regelhaften und von außen zugänglichen Systematik und entziehen sich damit der wissenschaftlichen und fachlichen Kontrolle. Somit ist die Qualität der Beurteilung nicht einzuschätzen (Fegert & Schläfke, 2005, S. 155; Dahle, 1997, S. 127). Nach dieser Definition ist eine intuitive Prognose stets fehlerfrei, da es keine Regeln gibt, gegen die sie verstoßen könnte (Dahle, 2005a, S. 141).

- Statistische Methode (Gewichtung von Merkmalen die zwischen Rückfälligen und Nichtrückfälligen unterscheiden)

  Die statistische Prognose ist nomothetisch angelegt, sie greift auf allgemeine Erkenntnisse zurück und wendet diese deduktiv auf den Einzelfall an. Die Stellung der Prognose ist vollständig regelgeleitet. Vorgegeben sind dabei nicht nur die Auswahl der für die Prognose benötigten Informationen, sondern ebenso die für ihre Erfassung erforderlichen Erhebungsmethoden und die Art und Weise der Verknüpfung der so gewonnenen Daten zu einem prognostischen Urteil (Dahle, 2005a, S. 141). Diese Prognoseinstrumente sind jedoch unvollkommen, weil sie eine lineare Verknüpfung der einzelnen Prädiktoren durch Aufaddieren vorsehen und damit konfigurale Gesichtspunkte, die sich aus dem Muster des gemeinsamen Auftretens mehrerer Merkmale ergeben, ausblenden (Endres, 2000, S. 78). Prognoseinstrumente der neuen Generation zeichnen sich, neben einer vergleichsweise breiten Erforschung, vor allem durch den systematischen Einzug dynamischer Faktoren aus. Vielen Verfahren liegen zudem theoretische Modellvorstellungen über die Ursachen und Bedingungen von Kriminalität und Rückfall zugrunde (Dahle, 2005a, S. 145).

  Endres (2000, S. 71) wertete internationale Studien über Rückfallprädiktoren aus und stellte fest, dass die Validität der besten seinerzeit verfügbaren Prognoseinstrumente in einer Größenordnung von r=.30 bis r=.45 liegt. Es ist aber zu berücksichtigen, dass sich z. B. die Sexualstraftäter hinsichtlich der Diagnose, des Deliktspektrums und der soziobiografischen Belastung stark unterscheiden. Diese Aspekte relativieren die generelle Anwendbarkeit „immer stärker reduzierter Einschätzungsskalen“, weshalb auch heute noch die wichtigste Erkenntnisquelle zur Beurteilung von Legalprognosen im „gründliche(n)

Studium der Persönlichkeitsstruktur und ihrer Dynamik“ besteht (Pfäfflin, 2004, S. 297).

Zu den Instrumenten, die dieser Methode zuzuordnen sind, gehören z. B. Psychopathy-Checklist-Rivised von Hare (2003), Static 99 und 2002 von Hanson und Thornton (1999; 2003), Sonar 2000 von Hanson und Harris (2000).

Fehlerhafte Prognosen lassen sich bei dieser Methode leicht feststellen, da es sich in diesen Fällen um Prognosen handelt, bei deren Erstellung gegen die expliziten Regeln der Methode verstoßen wurde (Dahle, 2005a, S. 141).

- Klinische Methode (auf der Basis von Anamnese und Verlaufsbeobachtung)

Die klinische Individualprognose geht grundsätzlich in idiographischer Perspektive vor, versucht induktiv individuelle Entwicklungsgesetze zu erkennen und aus einer Theorie des Einzelfalls Vorhersagen über die weitere Entwicklung zu treffen (Endres, 2002, S. 308). Dahle (2005a, S. 141) geht davon aus, dass sich die klinische Prognose an der zu beurteilenden Einzelperson mit ihren spezifischen Eigenarten und individuellen Besonderheiten orientieren sollte, hierbei jedoch regelgeleitet vorgehen muss, um wissenschaftliche (und wissenschaftlich überprüfbare) Standards bei der Auswahl und Gewinnung der für die Prognose erforderlichen Informationen und ihrer Verknüpfung zu einem prognostischen Urteilsverfahren zu wahren. Die Orientierung an den Kriterienkatalogen stellt eine strukturierte Form der klinischen Prognose dar, weil hier die Art und Weise der Datenintegration offen bleibt, also der Einstellung des Gutachters überlassen ist. Als Kriterienkatalog einzuordnen sind z. B. die Integrierte Liste der Risikovariablen von Nedopil (1986; 1996), der Prognosefragebogen von Weber und Leygraf (1995), der von Webster et al. (1997) erarbeitete und von Müller-Isberner sowie Gonzales-Cabeza (1998) in die deutsche Praxis übertragene HCR-(Historical-Clinical-Risk)-20, die Kriterienliste (Arbeitsinstrument der Fachkommission des Strafvollzugskonkordats) von Dittmann (1998; 2000a) und das Forensisch Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System (FOTRES) von Urbaniok (2004; 2007). Seifert (2007, S. 152) zieht auf der Basis einer Studie die Schlussfolgerung, dass die alleinige Berücksichtigung eines Prognoseinstrumentes lediglich zu gruppen-

> statistischen Wahrscheinlichkeitsaussagen führt, die als vermeintlich wissenschaftlich fundierte Präzisionsentscheidung fehl interpretiert werden kann. Die klinische Prognosemethode stellt im Hinblick auf die Beurteilung fehlerhafter Anwendungen besondere Anforderungen, da sich zwar Regelverstöße gegen die Methode prinzipiell als Fehler ansehen lassen, sie zu beurteilen jedoch wegen der Unschärfe der Vorgaben an das konkrete Vorgehen schwer fällt (Dahle, 2005a, S. 142).

Urbaniok (2002, S. 103) unterscheidet zwischen zwei Vorgehensweisen. Zum einen nennt er die kriteriengeleitete Beurteilung mehrerer Beurteilungsdimensionen als Weiterentwicklung früherer Kriterienkataloge. Zum anderen beschreibt die aus dem angelsächsischen Raum stammenden Verfahren des "Actuarial-Risk-Assessments", die anhand von Faktoren analytischer Untersuchungen von Kollektiven rückfälliger und nicht rückfälliger Straftäter entwickelt wurden.

Dahle (2000) beschreibt ein Prozessmodell mit vier Schritten, das zu einer klinisch-prognostischen Urteilsbildung führt.

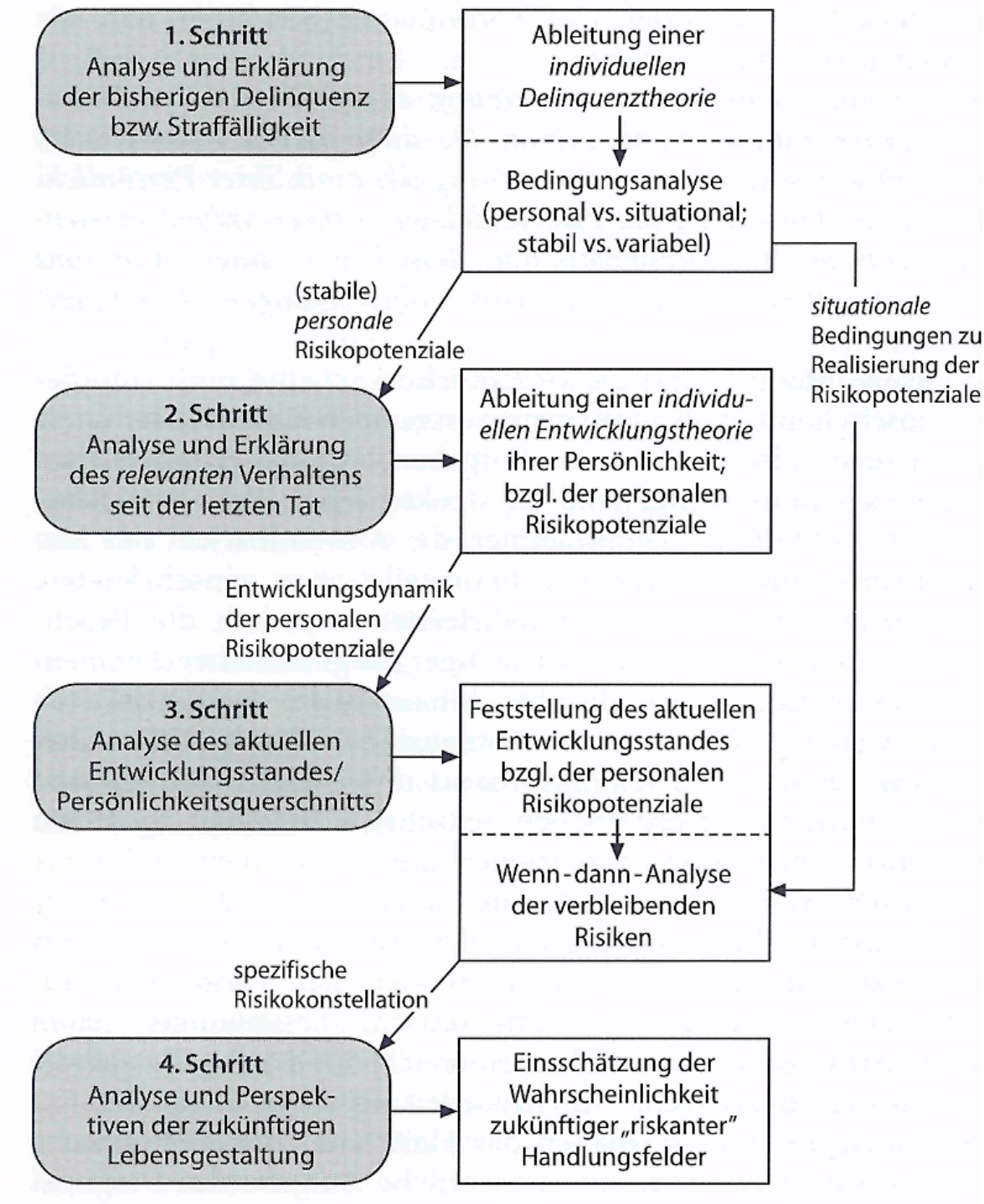


Abbildung 3: Prozessmodell klinisch-prognostischer Urteilsbildung (Dahle, 2000, S. 102)

Die ausschließliche Anwendung der statistischen Methode ist schon aus rechtlichen Erwägungen nicht möglich, da seltene Risikofaktoren und Besonderheiten des Einzelfalles unberücksichtigt bleiben. Der Anspruch der Berücksichtigung dieser Aspekte wird aber von den Gerichten an die Prognosebeurteilung gestellt. Nach einem Beschluss des Kammergerichts vom 11.12.1998 (1999, S. 1797) muss sich die Prognosebeurteilung mit der den Straftaten zu Grunde liegenden

Dynamik und den sonstigen Ursachen auseinandersetzen. Sie hat die Entwicklung des Täters im Hinblick auf die Tat und ihren Ursachen während des Strafvollzuges darzustellen.

2.2.3 Hinweise auf Prädiktoren

Unter Prädiktoren sind Kriterien zu verstehen, die auf eine höhere Gefahr für eine erneute Straftat hinweisen. Nedopil (2005) nennt Übereinstimmungen und Unterschiede von Entlassungs- und Lockerungsprognosen. Damit sind die Instrumente und Methoden, die bei Entlassungsprognosen anzuwenden sind, nicht direkt auf die Erstellung von Lockerungsprognosen übertragbar. Nedopil weist z. B. darauf hin, dass dem sozialen Empfangsraum bei Lockerungen eine andere Bedeutung zukommt. Bei einer Ausführung in Begleitung durch Fachpersonal ist dieses Kriterium nicht als wesentliche Risiko- oder Schutzvariable zu werten.

Bisher liegen nur wenige empirisch-wissenschaftliche Studien über Ursachen und Hintergründe von Lockerungszwischenfällen und Zwischenfällen während des Maßregelvollzugs (Pollähne, 1994; Steinböck, 1997) vor. Nedopil (2006) beschrieb aus den vorhanden Studien zu Zwischenfällen im Maßregelvollzug die Hochrisikopatienten wie folgt:

- hoher Wert in der Psychopathy-Checklist nach Hare (2003),
- Täter, deren Delinquenz statistisch durch hohe Rückfallwahrscheinlichkeiten gekennzeichnet ist (z.B. Kindesmissbrauch bei Pädophilen),
- Patienten mit frühem Delinquenzbeginn (vor oder in der Pubertät), mit häufiger Delinquenz,
- Täter, denen es bis jetzt nicht gelang, stabile Partnerbeziehungen oder Arbeitsverhältnisse zu erlangen,
- Patienten mit erheblichem Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- frühe Anpassungsstörungen (insbesondere wenn ADHS vorlag und wenn gleichzeitig mehrfache Gewaltdelikte begangen wurden),
- Patienten mit komorbiden Störungen,
- Patienten, die wiederholt gegen Auflagen, Weisungen oder Bewährungsbedingungen verstoßen haben.

Auch wenn die genannten Studien darauf hindeuten, dass Art und Wertigkeit der Parameter, die bei Lockerungs- und Entlassungsprognosen anzuwenden sind, sich unterscheiden, so stellen die Prädiktoren für die Entlassungsprognose doch auch Hinweise für die Lockerungsprognose dar. Zumindest müssen die Prädiktoren, die sich im Rahmen der Entlassungsprognose als relevant erwiesen haben, auf Anwendungsmöglichkeiten bei der Lockerungsprognose überprüft werden, da zur Standardisierung und zur Qualitätssicherung von Lockerungsprognosen bisher nur wenige empirische Daten vorliegen (Quinsey, 2002).

Nedopil (1986) stellt fest, dass aus der Literatur keine praktisch anwendbaren Prognosekriterien ableitbar sind. Durch die Analyse von 36 Gutachten, die von sechs Psychiatern erstellt worden waren, extrahierte er übergreifende Beurteilungskriterien. Es ergaben sich neun Bereiche, die sich als wesentlich für die prognostische Einschätzung erwiesen. Die Beurteilungsaspekte, die sich in den Gutachten fanden, wurden in eine Rangfolge gebracht, indem die Spezifität des Kriteriums für prognostische Einschätzungen den Rang bestimmte. Dadurch ergab sich folgende Ordnung für neun Beurteilungsaspekte, die von Nedopil noch nicht als Prädiktoren bezeichnet wurden:

1. Krankheitseinsicht,
2. Sozialer Empfangsraum,
3. Verlauf der individuellen Symptomatik,
4. Auseinandersetzung mit der Tat,
5. Glaubwürdigkeit,
6. Umgang mit den gewährten Freiheiten,
7. Entwicklung der Persönlichkeit,
8. Zukunftsperspektiven,
9. Affektivität – wurde in einer späteren Veröffentlichung von Nedopil (1992) nicht mehr genannt.

Müller-Isberner und Euker geben eine Übersicht zu Untersuchungen, die belegen, dass das Gewaltrisiko sich durch die Art der psychischen Störung unterschiedet (2009, S. 419). Danach ist das Risiko eines Gewaltdeliktes gegenüber der Allgemeinbevölkerung bei Schizophrenen um das 4-fache, bei Menschen mit bipolaren Störungen um das 5 – 9-fache, bei Menschen mit einer geistigen Behinderung um

das 5 – 25-fache (Männer: Faktor: 5; Frauen: Faktor: 25) und bei Persönlichkeitsstörungen um das 7 – 50-fache (Männer: Faktor 7 – 19; Frauen: Faktor: 12 – 50) erhöht. Alkohol- und Drogenmissbrauch wird sowohl als ausschließliche als auch als Co-Diagnose als Risikofaktor gewertet. Bei Männern erhöht sich das Gewaltrisiko bei dieser Co-Diagnose um den Faktor 5 – 15 und bei Frauen um den Faktor 15 – 55. Ein besonderes Risiko liegt bei jungen Menschen mit einer psychischen Störung und einem Substanzmissbrauch vor.

Gretenkord (2003b, S. 248-249) weist auf eine Vielzahl von Studien hin, in denen signifikante Unterschiede zwischen der Rückfälligkeit bei verschiedenen Diagnosegruppen festgestellt wurden. Durchweg wurden Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung häufiger rückfällig als Probanden mit einer Psychose. Studien zum Zusammenhang zwischen Rückfälligkeit und dem Delikt, das zur Einweisung führte, zeigen ebenfalls Unterschiede. Danach werden Probanden mit Eigentumsdelikten häufiger rückfällig als Probanden mit Gewaltdelikten. Da der Anteil der Sexualstraftäter in diesen Studien zu gering war, konnte keine Aussage zu dieser Deliktgruppe getroffen werden (Gretenkord, 2003b, S. 250-251).

In einer Studie zu der Frage, in welchem Umfang unterschiedliche Sichtweisen der Entlassungsprognose von Gutachtern Einfluss auf die Unterbringungsdauer und damit auf die Belegung der Kliniken nehmen, wurde festgestellt, dass die Diagnose Schizophrenie eher und die Diagnose Pädophilie eher nicht zu einem Entlassungsvorschlag führen (Müller et al, 2006, S. 177). Die Unterbringungsdauer war bei Persönlichkeitsstörungen höher und bei Schizophrenien niedriger. Deliktbezogen wurden Patienten mit einer Vergewaltigung oder einer sexuellen Nötigung eher zur Entlassung vorgeschlagen, während sich bei allen anderen Deliktarten und Diagnosen keine Korrelation mit dem Entlassungsvorschlag zeigte.

Kielisch (2003) filterte in einer Studie zur Überprüfung der prognostischen Treffsicherheit bezüglich der Unterbringungsdauer Aspekte aus drei Merkmalsebenen heraus, die für eine lange Unterbringungsdauer sprechen. Auf der Erkrankungsebene sind u. a. gestörte Aggressionshemmung, fehlende Beziehungsfähigkeit und unzureichendes Lernen aus Erfahrung von Bedeutung. Problematisches Freizeitverhalten, keine Therapiebereitschaft etc. spielen auf der Verhaltensebene

eine Rolle. Schließlich sind auf der Ebene der Entlassungsplanung das Fehlen realistischer Zukunftspläne und ein instabiles Beziehungsumfeld hervorstechende Negativmerkmale.

Im Weiteren werden einige Rückfallstudien aufgeführt, in denen sich bestimmte Merkmale als besonders relevant für das Risiko einer erneuten Straftat abzeichneten:

- In der Sexualstraftäter-Studie von Berner und Karlick-Bolten (1986), in deren Rahmen eine Datenerhebung im Strafvollzug und in der Psychiatrie erfolgte, wurden folgende Risikofaktoren herausgearbeitet:
  - spezifische Vorstrafen,
  - höhere Opferanzahl,
  - Hafterfahrung,
  - schwierige Frühsozialisationsbedingungen,
  - Schwachsinn,
  - Persönlichkeitsstörung,
  - Beziehungsunfähigkeit (poststationär).
- In einer Studie bei nach § 64 StGB eingewiesenen Alkoholabhängigen (Koch, 1988) kristallisierten sich folgende Risikomerkmale heraus:
  - Zusammenhang zwischen Suchtmittelrückfall und erneuter Delinquenz,
  - Rückfalldelikte entsprechen Index-Delikten,
  - Positiver Effekt von höherem Lebensalter.
- Die Ergebnisse einer Studie bei nach § 63 StGB Untergebrachten (Gretenkord, 2003b) wiesen auf folgende Risikomerkmale hin:
  - Niedriges Alter bei Aufnahme,
  - Schwierige Entwicklungsverläufe,
  - Drogenkonsum,
  - Frühe strafrechtliche Auffälligkeit,
  - Polytrope Delinquenz,
  - Persönlichkeitsstörung,
  - Index-Delikt: Gewalt-, Eigentumsdelikt,
  - Wechselhafter Therapieverlauf mit Zwischenfällen.
- In der KrimZSexualdelinquenz-Studie von Egg (2005) bei Strafgefangenen erwiesen sich folgende Merkmale als risikorelevant:

- junges Alter,
- frühe Auffälligkeiten/ Therapieerfahrung,
- ungünstige Sozialisation,
- keine Opferbeziehung,
- kindliche, männliche Opfer,
- kein Körperkontakt,
- kein / geringer Rauschmitteleinfluss bei Tat,
- psychische Gestörtheit,
- Alkoholkonsum,
- soziale Desintegration,
- kurze Unterbringungsdauer (<2 Jahre).

In dieser Studie wurden auch Merkmale herausgearbeitet, die das Risiko einer künftigen Straftat mindern:

- strukturierte Erstunterbringung,
- höheres Entlassalter,
- Stabilität des sozialen Empfangsraumes.

- Die CRIME-Studie von Dahle und Kahnt im Strafvollzug (2006) zeigte folgende Risikofaktoren:
  - Ersthaft als Jugendlicher,
  - polytrope Delinquenz,
  - Gewalttaten in der Vorgeschichte,
  - schlechte Zukunftsperspektiven.

2.2.4 Prognosefehler

2.2.4.1 Grundsätzliche Einordnung von Prognosefehlern

Prognosefehler sind nach Dahle (2005a, S. 138) fehlerhafte Anwendungen einer Prognosemethode, d. h. Verstöße gegen ihre zu Grunde liegenden Standards und Regeln. Die Qualität der Prognose hängt von mehreren Faktoren ab (Dahle, 1997, S. 121):

- Grad, mit der die in der herangezogenen Theorie erwarteten Zusammenhänge die tatsächlichen Gegebenheiten zutreffend beschreiben (Gültigkeit der Theorie),

- Ausmaß, mit der diese Theorie tatsächlich die Breite aller möglichen Bedingungsfaktoren des Verhaltens vollständig erfasst (Erschöpfungsgrad der Theorie),
- Ausmaß, in dem die ausgewählte Theorie auf die Besonderheiten des vorliegenden Einzelfalls zutrifft (Spezifität der Theorie),
- Frage, wie gut der Prognostiker die für die Fragestellung verfügbaren theoretischen und empirischer Sachverhalte anzuwenden und auf den Einzelfall zu beziehen versteht (Prognosemethodik).

Klassa (1993) stellte ein vereinfachtes Modell des Begutachtungsablaufes auf und wies auf Fehlermöglichkeiten auf jeder Ebene hin.

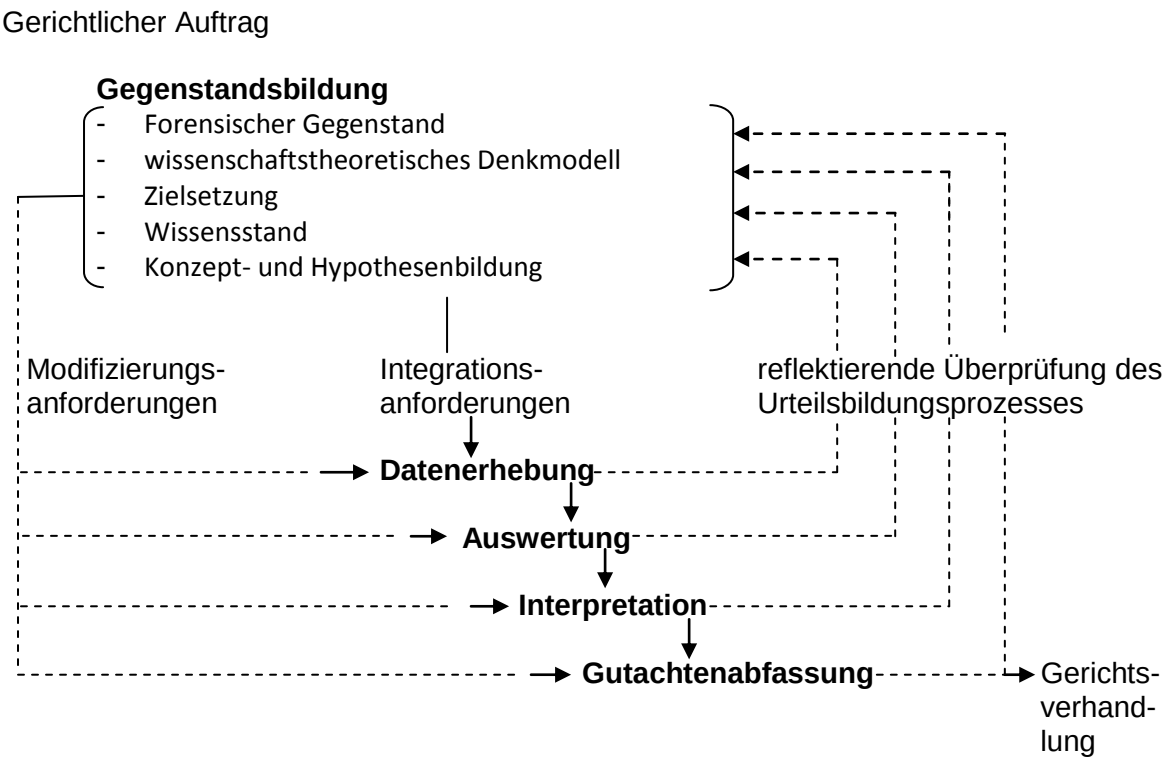


Abbildung 4: Vereinfachte Darstellung des prozessualen Charakters eines Begutachtungsablaufes (Klassa, 1993, S. 238)

Für Entscheidungen über die Frage, ob eine Lockerung zu verantworten ist, werden nur in einzelnen Fällen Gutachten erstellt. Die geforderten prognostischen Aussagen stehen aber vergleichbaren Qualitätsanforderungen gegenüber. Jede Lockerungsentscheidung setzt eine differenzierte Bewertung des noch bestehenden Risikos voraus. In der Regel liegt die Entscheidung über die Gewährung einer Lockerung bei der ärztlichen Leitung. Um die Qualität der Bewertung von Lockerungsrisiken zu erhöhen, wurden in vielen Kliniken Verfahren zur Lockerungsbe-

wertung eingeführt, die auf Erkenntnissen beruhen, die bei der Entwicklung von statistischen und klinischen Prognosen gesammelt wurden. Zudem sind diese Verfahren häufig so angelegt, dass die Informationen aller Mitarbeiter, die über einen unmittelbaren Bezug zum Patienten verfügen, einfließen. Damit sind in die Lockerungsbewertung nicht nur Ärzte und Psychologen einbezogen, sondern auch Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes, des Sozialdienstes sowie der Ergotherapie oder anderer Therapieformen. Die Einbeziehung der Erkenntnisse dieser Mitarbeiter/innen stellt einen erheblichen Qualitätsgewinn für die Prognose dar, weil damit das Verhalten des Maßregelvollzugspatienten im Alltag und nicht nur in besonderen Situationen Berücksichtigung findet. Während in der Ausbildung der Ärzte und Psychologen zumindest Anknüpfungspunkte für das Ableiten von Prognosen bestehen, ist das bei anderen Mitarbeiter/innen nicht der Fall. Gleichwohl ist auch bei diesen Mitarbeiter/innen von der allgemein formulierten Herangehensweise an Prognosen auszugehen, auch wenn sich die bewusst zugängliche Differenziertheit der einzelnen Schritte unterschieden. Z. B. besteht in jedem Fall ein theoretischer Hintergrund, die Frage ist nur, wie bewusst und wie differenziert er ist.

Klassa (1993, S. 228) stellte bei einer vergleichenden Analyse von 202 Gutachten fest, dass in der forensischen Begutachtungspraxis die Anwendung klassisch psychiatrischer Diagnosen vonseiten der Sachverständigen mit hoher Relevanz verbunden ist. Ebenso bildete sich in verschiedenen Bereichen ein deutlicher Einfluss von Faktoren ab, die mit der Personen des jeweils tätigen Sachverständigen, seiner subjektiv geprägten Haltung und seiner individuellen Auslegung des Umfanges seines juristischen Auftrages verbunden sind. Im Hinblick auf eine ihm bevorstehende Begutachtung erhält die jeweilige Person des Gutachters eine die juristische Intention weit überschreitende Bedeutung, da ein Delinquent im ungünstigen Falle damit rechnen muss,

- nicht in der Qualität und dem Umfang, wie es ihm das Gesetz zusichert, in seiner Individualität erfasst und beurteilt zu werden,
- unreflektierten Bewertungen vonseiten des Sachverständigen ausgesetzt zu sein,
- dass es von verschiedenen, von ihm nicht beeinflussbaren Faktoren, die in der Person des Gutachters begründet sind, abhängig ist, ob er selbst erwarten darf, objektiv beschrieben zu werden,

- mit Entscheidungsübergriffen vonseiten des Sachverständigen konfrontiert zu werden, die seine persönliche Zukunft wesentlich mitbestimmen können und den juristischen Auftrag überschreiten.

Monohan (1984, S. 10) kam zu dem Schluss, dass Psychologen und Psychiater selbst unter den günstigsten Voraussetzungen doppelt so oft irrten, als sie richtige Vorhersagen über gefährliches Verhalten machten. Bischof (2000, S. 361) verweist in seiner Studie auf eine Rückfallquote von mehr als 20 % bei den als ungefährlich Beurteilten. Weitere wissenschaftliche Untersuchungen bescheinigten einer großen Anzahl von Gutachten erhebliche Qualitätsmängel, siehe z. B. Pfäfflin (1978), Heinz (1982), Barton (1983), Böttiger et al. (1988), Nowara (1995) und Fegert et al. (2003).

Webster et al. (2000) gaben an, dass in der Literatur über die Gefährlichkeitsprognose beschrieben wird, dass es schwierig sei, die „Schallmauer" einer möglichen Prognosegenauigkeit von r = 0.40 zu durchbrechen (Menzies, Webster, & Sepejak, 1985). Eine Untersuchung von Harris et al. (1993) zeigte aber schon eine Korrelation von r = 0.45 bezogen auf die gesamte Stichprobe. Auch nach Angaben von Quinsey et al. (1998) sind in neueren Untersuchungen bereits Korrelationen von r = 0.45 erreicht worden. Die dargestellten Untersuchungen und die vor ihrem Hintergrund entwickelten Prognoseinstrumente zeigen, dass die Prognoseforschung zunehmend mehr in der Lage ist, prognoserelevante Items zu identifizieren. So geht z. B. Bischof (2000, S. 361) davon aus, dass ein Zusammenhang zwischen der in seiner Untersuchung festgestellten Verbesserung der Trefferquote nach 1992 und der Einführung der vier Prognosedimensionen von Leygraf und Nowara (1992) besteht. Andrews & Bonta (1998) antizipieren, dass man in den nächsten 20 Jahren kontinuierliche Fortschritte in der Vorhersagegenauigkeit der Straftäter-Risiko-Instrumente in Form von zunehmend theoretisch relevanten und präzisen Skalen zur Messungen der Zusammenhänge mit kriminellem Verhalten sehen wird.

Untersuchungen in der Schweiz zeigten, dass die konventionellen Prognosen nur eine durchschnittliche Zuverlässigkeit von etwa 70 Prozent richtiger Vorhersagen erreichten (Wyss, R., 1992; Wyss, S., 1997). Dabei unterschieden sich die Resultate von Juristen und Psychiatern nicht wesentlich. Dittmann (2000b, S. 78) geht

davon aus, dass mit der neuen Methodik und unter Einbeziehung eines interdisziplinären Teams im Rahmen einer Fachkommission eine durchschnittliche Richtigkeit von etwa 90 Prozent erreichbar sein dürfte.

Eine Studie Rusche (2003, S. 128) zeigte, dass ein verstärkter Fokus auf gesicherte kriminogene Aspekte die Anzahl der falsch-negativen Prognosen reduziert, aber nicht die falsch-positiven Prognosen verhindert.

2.2.4.2 Fehlerquellen

Neben formalen Fehlern (Aufbau und Darstellung der prognostischen Aussage) sind auch Fehler in der grundsätzlichen Herangehensweise des Prognostikers festzustellen. Rasch (1984, S. 73) fasst folgende Hauptfehlerquellen in forensischen Begutachtung vonseiten des Sachverständigen zusammen:

a) keine Kontrollmöglichkeit bezüglich falscher Beurteiler,
b) Erwartung von Angriffen und disziplinarstraf- und zivilrechtlichen Konsequenzen bei Fehlprognosen,
c) Überzeugung, dass ein Patient Behandlung benötigt, die weiterhin fortgesetzt werden soll,
d) Stereotypisierung der Kriterien bei der stärkeren Beurteilung einer Persönlichkeit, Außerachtlassung von neuen Aspekten,
e) Gefangensein in spezifischer Gegenübertragung,
f) Konstruktionen falscher Zusammenhänge zwischen direkten und bestehenden Daten,
g) Interesse auf Persönlichkeit konzentriert, Vernachlässigung von situativen Variablen, die für Delikte bedeutsam sind.

Nach mehreren Vorkommnissen in der Schweiz erfolgte eine systematische Analyse der vorhandenen Gutachten. Dabei wurden folgende Mängel festgestellt (Dittmann, 1998, S. 174-176):

- mangelhafte forensische Kenntnisse,
- ungenügendes Beobachten der Vollzugsrealität,
- Therapeut als Gutachter,
- Überschätzung therapeutischer Möglichkeiten,
- Überbewertung der Resozialisierung,

- mangelhafte Verlaufsdokumentation,
- Vergessen der Vorgeschichte,
- keine systematische Erfassung gefährlicher Täter,
- unsystematische Prognosemethoden.

Patienten, die weiterhin für gefährlich gehalten werden (d. h. für die ein Rückfall prognostiziert wird), obwohl sie im Falle einer Entlassung keine Straftat begehen würden, werden als „Falsch-Positive“ bezeichnet. Umgekehrt werden die Fälle, für die kein Rückfallrisiko prognostiziert wurde, aber ein Rückfall eintritt, als „Falsch-Negative“ bezeichnet. Die Forderung nach hoher Sicherheit für die Allgemeinheit führt letztlich dazu, eine höhere Rate an „Falsch-Positiven“ zugunsten einer möglichst kleinen Rate „Falsch-Negativer“ in Kauf zu nehmen (Kielisch, 2003, S. 70). Die Prognosen, in denen das Risiko der Entlassung unterschätzt wird, werden durch eine weitere Straftat bekannt und häufig in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert. Dagegen besteht in der Regel keine Möglichkeit festzustellen, wie viele Prognosen von einem zu hohen Risiko ausgehen. Auf Grund der Tatsache, dass sich die von solchen Prognosen Betroffenen weiterhin im Maßregelvollzug befinden, kann keine Aussage dazu getroffen werden, ob sie tatsächlich wieder eine Straftat begehen würden, wenn sie eine Möglichkeit dazu hätten. Daher bleibt eine negative Prognose immer "richtig", sie wird nicht durch das nicht eintreten eines gefährlichen Ereignisses falsifiziert (Steller, 2005, S. 12).

Da sich ein Experiment zur Feststellung dieser Prognosefehler aus ethischen Gründen verbietet, kann in diesem Zusammenhang nur auf wenige Studien zurückgegriffen werden. Zwei Studien stammen aus den USA. Aus zwei Kliniken waren psychisch kranke Straftäter aus verfahrensrechtlichen Gründen zu entlassen (Steadman, 1973; Steadman & Cocozza, 1974). Nach einer 2 bis 4-jährigen Katamnese fielen („Baxstrom-Fall“) lediglich 14 % wieder mit erneuten Gewalttaten auf (bei 967 Patienten). Der Anteil der demnach zuvor zu Unrecht weiter untergebrachten Patienten betrug nach diesen Angaben 86 %. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Thornberg und Jacoby (1979) bei der Untersuchung von 414 ehemaligen Patienten einer Hochsicherheitsklinik („Dixon-Fall“). Es wurde vermutet, dass diese Studienergebnisse nicht auf Deutschland und nicht in eine Zeit nach den damaligen Studien übertragbar sind.

Rusche (2003) kam in einer Studie in Deutschland zu einem ähnlichen Ergebnis wie die genannten amerikanischen Studien. Er untersuchte, inwieweit 33 noch in der DDR abgeurteilte psychisch kranke Straftäter, die aufgrund von formellen Verfahrensfehlern nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu entlassen waren, obwohl nach den gestellten Prognosen weiterhin eine Gefahr von Ihnen ausging, rückfällig wurden. Bei den Entlassenen handelte sich um psychisch auffällige Gewalt- und Sexualtäter, die mit den Patienten westdeutscher Maßregelvollzugskliniken vergleichbar sind. Die Entlassenen wurden nur in 15,6 % der Fälle mit gefährlicher Gewaltdelinquenz rückfällig (Rusche, 2003, S. 121).

Müller et al (2006, S.178-179) stellten fest, dass die Entlassung häufiger von Gutachtern vorgeschlagen wird, die nicht in die Klinik integriert sind, in der ein Patient zu begutachten ist. Neben der generellen Problematik der Sicherheitsorientierung wird zur Begründung des Unterschiedes auch der berufliche Hintergrund diskutiert. Die an regulären Versorgungskrankenhäusern tätigen Ärzte (externe Gutachter) würden sich mehr den Patienteninteressen und der Therapie als den Sicherheitsinteressen verpflichtet sehen.

Monohan und Cummings (1974, S. 240) geben mehrere Gründe für die Überschätzung der Gefährlichkeit an:

- Mangelnde Rückmeldung an die Beurteiler (Die Beurteiler erfahren nur etwas über diejenigen, die wegen einer erneuten Straftat wieder in die Klinik zurückkehren.),
- Unterschiedliche Konsequenzen für den Beurteiler (Die Überschätzung der Gefahr zieht keine Konsequenz nach sich, während bei der Unterschätzung der Gefahr disziplinarische Maßnahmen bis hin zur strafrechtlichen Verurteilung drohen.),
- Unterschiedliche Konsequenzen für den psychisch kranken Straftäter (Der Gutachter kann davon ausgehen, dass der Betroffene zumindest eine angemessene Behandlung erhält, auch wenn er die Gefahr überschätzt, andernfalls würde die Einweisung in ein Gefängnis erfolgen.),
- Unklare Korrelationen zwischen den Variablen der Vorhersage und der Gewalt,
- Mangelnde Kriterienreliabilität des Begriffs Gewalt,

- Geringe Basisraten von Gewalt (Zutreffende Prognosen zu stellen, ist um so schwieriger, je seltener das Ereignis auftritt, das zu prognostizieren ist.),
- Geringer sozialer Status der Personen über die Vorhersagen getroffen werden (Falsche Entscheidungen zu Ungunsten von sozial randständigen Personen erregen weniger öffentliches Interesse als entsprechende Entscheidungen bei sozial integrierten Personen.).

Die Mitarbeiter/innen, die den intensivsten Kontakt zu den Personen besitzen, bei denen das noch bestehende Risiko einer Straftat zu bewerten ist, verfügen über die meisten Detailkenntnisse über ihr Verhalten. Andererseits befinden sich gerade diese Mitarbeiter/innen in einem Rollenkonflikt. Die therapeutische Beziehung erschwert die objektiv-distanzierte Haltung, da sie ihre eigenen Arbeitsergebnisse zu bewerten haben (Endres, 2002, S. 311). Die Personalunion von Gutachtern, behandelndem Arzt oder ärztlichem Leiter an einer psychiatrischen Klinik ist eine Belastung sowohl für die Begutachtungssituationen wie auch für die therapeutische Beziehung (Woynar, 2000, S. 208).

Schmidt (1982) erstellte eine systematische Übersicht häufiger Fehler bei der Begutachtung (s. Abb. 5).

Fehlerart	Fehlerquelle	Erläuterungen	Literaturhinweise
Informationsverarbeitung	positive Bias	im Extremfalle pathologische Bias; für den Pb ungünstiger, negative Informationen werden überbewertet	Dailey (1960) Wright (1969) Kozielecki (1972) Movahedi (1975) Constantin (1976) Korchin (1976) Schmidt & Kessler (1976)
	Informationsmenge	Zu wenig, aber auch zu viele Daten können zu Beurteilungsfehlern führen	Mehl (1970) Feger (1972) Kozielecki (1972) Freier & Schmidt (1972/73) Pelzmann (1977) Leichner (1978)
	Reihenfolge der Information	primacy oder recency Effekte, Ankereffekte	Kozielecki (1972) Jahnke (1975) Schmidt & Kessler (1976) Slovic et al. (1977) Leichner (1978)
	Vorinformationen		vgl. Abschnitt IV, D
	Kontext		Cohen & Schlömer (1972) Balzer et al. (1974) Schmidt & Kessler (1976)
	Gütekriterien der Information	Kaskadeneffekt mit zunehmend geringerer Güte im Verlauf der Urteilsbildung; Urteile immer weniger konservativ	Schmidt & Kessler (1976) Slovic et al. (1977)
	Konsistenz der Informationen	Konsistente Informationen werden besser genutzt; Informationen werden von Klienten und Diagnostikern konsistent "gemacht"	Kozielecki (1972) Rosenhan (1973) Schmidt & Kessler (1976) Pelzmann (1977)
	Basiswahrscheinlichkeiten, probabilistische Beziehungen	Wahrscheinlichkeitsaussagen über Informationen und ihre Beziehungen werden unzureichend genutzt; Häufigschlüsse nach typischen oder "repräsentativen" Merkmalen	Kahnemann & Tverski (1973) Karraß & Asam (1976) Slovic et al (1977) weitere Literatur z. B. Mehl (1970) Schmidt (1975) Leichner (1978)

Fehlerart	Fehlerquelle	Erläuterungen	Literaturhinweise
Variablen des Diagnostikers	Persönlichkeit	Zu globalen, fast nur in Interaktionen mit Klienten zu beurteilen	Cohen (1969) Thorne (1972) Leichner (1978)
	Implizite Persönlichkeitstheorien	Auch illusory correlation; pathologic bias (s. o.) als Persönlichkeitsvariable	Cronbach (1955) Chapman & Chapman (1971) Dieterich (1973) Herkner (1975) Jahnke (1975) Wade & Baker (1977) Orlik & Schneider (1978)
	Übertragung, Gegenübertragung		Beckmann & Richter (1968) Heising & Beckmann (1971) Beckmann (1974; 1978) Vogel (1975) Schmidt & Keßler (1976)
	Erfahrung	Ergebnisse widersprüchlich; oft ist die "Streuung" der Erfahrung der Pbn in den Vergleichsgruppen zu gering	Feger (1972) Rabkin (1972) Steinmeyer (1974) Ahrens & Stäcker (1975) Kendell (1975) Abramowitz & Diokecki (1977) Pelzmann (1977) Leichner (1978)
	Urteilssicherheit	Ergebnisse tw. widersprüchlich; meist ist die Validität nicht korreliert mit der Sicherheit, wobei übermäßige Sicherheit Gefahren hinsichtlich der Hypothesenzahl und -offenheit in sich birgt	Feger (1972) Kozielcki (1972) Leichner (1975; 1976; 1978) Slovic et al (1977)
	Diagnostische und / oder therapeutische Ausrichtung (" Schule")	Beeinflusst den gesamten diagnostischen Prozess von Fragestellung über Auswahl und Durchführung der Verfahren bis zur Urteilsbildung äußerst stark; vor allem problematisch wenn dadurch nur bestimmte Hypothesen zugelassen werden und die Auswahl der Verfahren sich auf bestimmte Modalitäten beschränkt, weil dann ein Korrektiv z. B. durch multiple assessment fehlt	

Fehlerart	Fehlerquelle	Erläuterungen	Literaturhinweise
Variablen des Klienten	Persönlichkeit	s. Variablen des Diagnostikers	
	Soziale Klasse	vor allem die Unterschicht wird starker pathologisch bewertet, z. Z. wird noch diskutiert, wie diese Ergebnisse zu interpretieren sind	Dohrenwend & Dohrenwend (1974) Keupp (1974) Derogatis et al (1975) Schmidt & Keßler (1976) Abramowitz & Diokecki (1977)
	Rasse	Unterschiedliche Ergebnisse, auch unabhängig von Interaktionen und Situationen	Baldwin et al (1975) Abramowitz & Diokecki (1977)
	Übertragung, Gegenübertragung	s. Variablen des Diagnostikers	
	Art der Symptome	Soziale Bewertung der Symptome; Intensität-Häufigkeit usw.; auch Klarheit des "Falles"	Cohen et al Cohen & Korte Rabkin Kendell 1975 Stumme (1975) Schmidt (1978)
	Bedeutsamkeit	Bedeutung der Begutachtungssituation für den Klienten und damit einhergehende Reaktionstendenzen	vgl. Abschnitt IV, C
	Informationsvermittlung	vor allem in der Anamnese; Art der Darstellung, Reihenfolge, Kontext, Sprachfaktoren, Konsistenz	Schmidt & Keßler (1976)
Interaktionen: Diagnostiker/ Klient		vgl. Variablen des Diagnostikers und des Klienten; hierfür wird der Beurteilungsprozess am stärksten geprägt; vor allem Reaktionen in der Anamnese	Vogel (1975) Schmidt & Keßler (1976)
Begutachtungssituation	Institution	Institution, in der die Untersuchung stattfindet, mit unterschiedlichen Basiswahrscheinlichkeiten und diagnostischen Ausrichtungen	Rosenhan (1973) Farber (1975)
	Zielsetzung	Art der diagnostischen Fragestellungen und Zielsetzungen	Vgl. Abschnitt IV,B Brehmer (1976)
	Art der Informationen	z. B. psychologisch versus psychiatrisch	Leichner (1975; 1976; 1978)

Abbildung 5: Quellen häufiger Begutachtungsfehler im diagnostischen Prozess, die für die Begutachtung relevant erscheinen (Schmidt, 1982, S. 497-500)

Weitere Fehlerquellen und Hinweise auf Prädiktoren für Prognosen ergeben sich insbesondere aus Studien zu Rückfallen. Gretenkord (2003b, S. 46-102, 235-260) gibt einen differenzierten Überblick über diese Studien. Im Folgenden sind Ergebnisse von Studien aufgeführt, die einen unmittelbaren Bezug zum hier bestehenden Untersuchungsanliegen besitzen:

- Beigel et al. (1984) setzten sich mit urteilsbeeinflussenden Faktoren bei den Sachverständigen selbst auseinander, indem sie 40 Psychiatern Fallbeschreibungen von 16 Patienten vorlegten und sie zu einer Gefährlichkeitsprognose aufforderten. Dabei wurden der Hälfte der Befragten zusätzliche Informationen über den Probanden zur Verfügung gestellt. Diejenigen, die diese Zusatzinformationen benutzten, zeigten sich in ihrer Beurteilung untereinander weniger kohärent, als diejenigen, denen die Zusatzinformationen nicht vorlagen. Die Autoren erklärten dieses Ergebnis mit dem Prinzip der kognitiven Dissonanz.

- Euker (1998, S. 161) bestätigt die Feststellung von Leichner (1978) und Wiggins (1973), dass im Maßregelvollzug tätige Kliniker eher "simple Denker" zu sein scheinen, wenn sie Gefährlichkeitsprognosen erstellen. Die relativ guten Leistungsparameter der von Jöckel und Müller-Isberner (1997) untersuchten Klinik sprächen jedoch dagegen, dass "simple" Urteiler auch "schlechte" Urteiler sind.

- In einer Untersuchung zur Prognosebildung im Maßregelvollzug stellt (Euker, 1998, S. 161) u. a. fest, dass die klinische Gefährlichkeitsprognose stark von den impliziten Gefährlichkeitstheorien und den jeweiligen Arbeitsbedingungen der prognostizierenden Institution beeinflusst wird. Sowohl breite, impressionistische und häufig verwendete Kategorien, abgeleitet aus dem alltäglichen Sprachgebrauch, als auch spezifischere Kategorien, die die jeweils aktuellen Arbeitsbedingungen der Institution reflektieren, haben einen sehr starken Einfluss auf die klinische Gefährlichkeitsprognose.

  In Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen, unter denen ein prognostisches Urteil getroffen wird, werden vergleichbare Daten, die über zu Begutachtende vorliegen, unterschiedlich ausgewertet und interpretiert. Pirschke (1998b) un-

tersuchte 43 Fälle, in denen die ein aus dem Maßregelvollzug Entlassenen wieder ein Tötungs- oder ein anderes schweres Gewaltdelikt begingen. Bei der inhaltsanalytischen Untersuchung der Einzelfälle ergaben sich drei Hauptproblembereiche:

- Mangelnde Differenziertheit in der prognostischen Betrachtung des ersten schweren Delikts,
- Fehleinschätzung einer Störung als „entwicklungsbedingte Phase“,
- Soziale Anpassung wird als ausschlaggebendes prognostisches Kriterium bewertet.

Zum dritten Problembereich führt Pierschke (1998b, S. 72) in Übereinstimmung mit Rusche (2003, S. 125) aus, dass der eigentliche Grund der Unterbringung nicht mehr im Fokus der Prognoseentscheidung stand, so dass positive Veränderungen in Randbereichen der Persönlichkeitsproblematik als eine Veränderung in deliktspezifischen Persönlichkeitsbereichen missdeutet wurden. Zur Minimierung dieses Fehlers könnte eine fachliche Supervision beitragen.

- Hinz (1987) untersuchte die Übereinstimmung von Aussagen von Gutachtern an Hand vorgegebener Information. Er stellte fest, dass
  - sich die psychologischen Gutachter im Resultat verhalten wie Juristen, indem die kriminologischen Informationen ausschlaggebend sind, was auch am Primacy-Effekt liegen könne, da die kriminologische Information zuerst angeboten wurden (S. 316).
  - die entscheidende Bahnung der Wahrnehmung des Diagnostikers vom Delikt ausgeht (S. 319).

- Woynar (2000, S. 276) stellt im Rahmen einer Rechtstatsachenuntersuchung fest, dass die Erfahrungsgrundlagen, die der Vollstreckungsbehörde von den Klinikleitungen übergeben werden, eine hohe Kriterienreduktion auf einen durch pharmakologische Therapie dominiertes, wohlverhaltenabhängiges, am Sicherheitsgedanken orientiertes Behandlungsprogramm zeigt, das seine Legitimation auf die zeitlich frühen Informationen der Diagnosestellung stützt.

- Von Therapeuten werden eher vorsichtige prognostische Aussagen getroffen (Schalast, 2000). In der Studie von Koch (1988) stellen die Behandler nur bei 34 % der Alkoholikerstichprobe eine günstige Prognose, bei 42 % sei sie zumindest zweifelhaft und bei 25 % sprechen die Therapeuten von einer schlechten Prognose. Für den therapeutischen Umgang ist „eine realitätsgerechte Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten“ (Koch, 1988, S. 8) durch alle Beteiligten (Patient, Therapeut, Stationsteam und Justiz) wichtig.

2.3 Ansätze der deskriptiven Entscheidungstheorie

Das im Kapitel 2.2.2 genannten statistischen Prognoseinstrumente und Kriterienlisten sind in die präskriptive Entscheidungstheorie einzuordnen. Nach Jungermann et al (2005, S. 6) befasst sich die präskriptive Entscheidungstheorie mit der Frage, wie man sich verhalten beziehungsweise welche Optionen man wählen sollte, wenn man bestimmte Grundpostulate des rationalen Denkens für richtig hält. Sie liefert formalisierte Regeln und Verfahren zur Strukturierung und Verarbeitung von Informationen und sieht ihre Aufgabe darin, Menschen bei schwierigen Entscheidungen zu unterstützen. Demgegenüber wird im Rahmen der deskriptiven Entscheidungsforschung das tatsächliche menschliche Entscheidungsverhalten beschrieben. Da die Kapazität des kognitiven Systems beschränkt ist oder auch, je nach Situation, nicht immer voll genutzt wird, ist das tatsächliche Verhalten oft nur beschränkt rational. Die deskriptive Forschung liefert Theorien und Modelle des realen Verhaltens in Entscheidungssituationen und überprüft diese an empirisch gewonnenen Beobachtungen.

Der präskriptive und der deskriptive Ansatz ergänzen sich. Die präskriptive Theorie bezieht sich auf reales, d. h. faktisch beobachtetes und praktisch durchführbares Verhalten. Daher muss sie neuen Erkenntnissen über systematische Fehlertendenzen im menschlichen Verhalten in ihren Verfahren Rechnung tragen. Andererseits kann deskriptive Forschung aus der Kontrastierung von Modellen „beschränkt rationalen" Entscheidungsverhaltens von Modellen rationalen Verhaltens neue Anregungen für empirische Fragestellungen gewinnen.

Eine Entscheidungssituation ist dadurch charakterisiert, dass eine Person mindestens zwei Optionen sieht, zwischen denen sie eine Wahl treffen will (oder soll oder muss). Optionen stellen insofern die wesentliche Komponente von Entscheidungsproblemen dar. Andere Komponenten von Entscheidungsproblemen sind (Jungermann et al, 2005, S. 18) die vom Entscheider antizipierten Konsequenzen dieser Handlungsoptionen, seine Bewertungsmaßstäbe, seine Werte, Ziele und Gründe, sowie solche Ereignisse in der Umwelt, die durch ihn nicht kontrollierbar sind, aber einen Einfluss darauf haben, welche Konsequenzen sich tatsächlich ergeben (Unsicherheit).

Charakterisiert man die prognostische Entscheidung auf der Grundlage von allgemeinen Merkmalen sowie der Art und dem Umfang des kognitiven Aufwands von Entscheidungen nach Jungermann et al (2005), so ist festzustellen, dass

- es sich um eine mehrstufige (s. Prozessmodell von Dahle, 2000), reflektierte Entscheidung handelt,
- bei der die Optionsmenge vorgegeben ist (zwei) und
- die in der Regel wiederholt wird (sowohl ein Gutachter wie auch die Mitarbeiter/innen in den Kliniken, die Lockerungsanträge bewerten und / oder entscheiden, tun dies in der Regel nicht nur ein Mal).

Ein weiteres Merkmal von prognostischen Entscheidungen besteht in der Unsicherheit, die für den Entscheider bestehen muss, da er nicht in der Lage ist, alle Ereignisse zu berücksichtigen, die eintreten können, und die wissenschaftlichen Grundlagen zur Erstellung von Prognosen nach wie vor nicht ausgereift sind (s. Kapitel 2.2). Deshalb werden im Folgenden Erkenntnisse der deskriptiven Entscheidungsforschung beschrieben, die den Unsicherheitsfaktor integrieren.

2.3.1 Erklärungsansätze zum Umgang mit Unsicherheit bei Entscheidungen

Unsicherheit kann verschiedene Ursachen besitzen, die im Entscheider selbst oder außerhalb von ihm liegen.

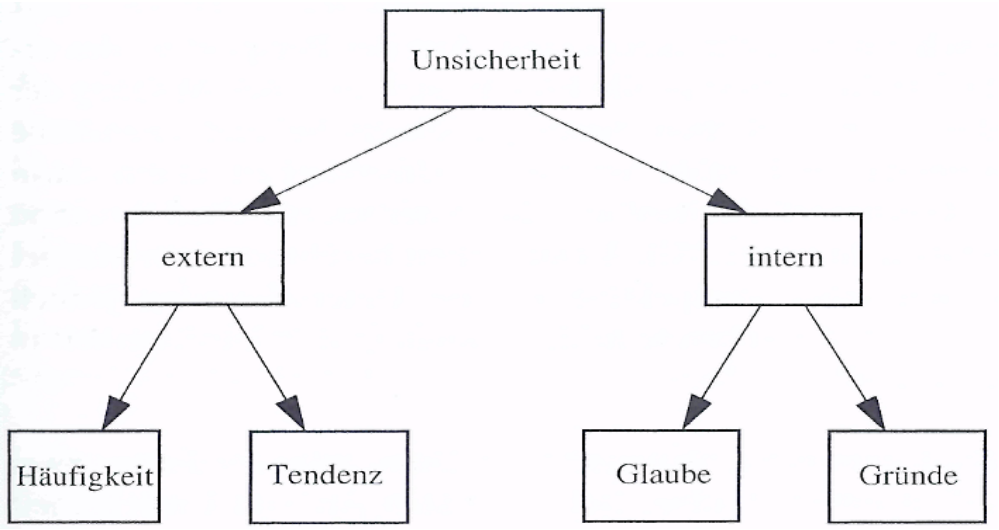


Abbildung 6: Varianten von Unsicherheit (Jungermann, Pfister, & Fischer, 2005, S. 141)

Der Entstehung und dem Umgang mit Unsicherheit liegen kognitionspsychologische Probleme zugrunde, Nach Güttler (2003, S. 76) umfasst der Begriff Kognition in der Psychologie Wahrnehmungs-, Denk- und Gedächtnisprozesse. Im allgemeinsten Sinne geht es bei kognitiven Vorgängen um die Informationsverarbeitung einer Vielzahl an sinnlichen Stimulusinputs. Die soziale Informationsverarbeitung umfasst die Selbst-, Fremdwahrnehmung, sowie „naive Theorien“. Das Attribut „sozial“ kommt ihr deshalb zu, weil sie sich auf soziale Sachverhalte bezieht, durch soziale Interaktionen entsteht und der Verarbeitungsprozess sozial geteilt ist (Güttler, 2003, S. 79). Kognitionen hängen nicht nur von den materiellen Merkmalen der Objekte ab, sie sind auch mentale Rekonstruktionen dessen, was von Individuen für wirklich gehalten wird und was auf ihren Erfahrungen, Bedürfnissen, Wünschen sowie Absichten beruht. Der Mensch konstruiert eine auf sensorische Erfahrung beruhende Realität. Informationen werden nicht einfach von außen aufgenommen, sondern sie werden verarbeitet und werden so zu Konstrukteuren unserer eigenen sozialen Umwelt. Güttler verweist hierzu auf entsprechende Studien (2003, S. 76)

Im Weiteren werden Erklärungsansätze kognitionspsychologischer Probleme mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung dargestellt.

2.3.1.1 Probabilistische Wahrnehmung und statistische Kalkulation

a) Probabilistische Wahrnehmung

Die sensorische Information erlaubt nur die Konstruktion einer mentalen Repräsentation von Objekten, Ereignissen und Zuständen. Diese mentale Repräsentation ist die Grundlage für schlussfolgernde Urteile. Die wichtigsten Elemente, die dazu beitragen, werden im Brunswik'schen Linsenmodell (Brunswik, 1955) illustriert. Es stellt die Basis für zahlreiche Untersuchungen des menschlichen Urteilsverhaltens dar (Jungermann et al, 2005, S. 167).

Kielisch (2003, S. 28, 29) und Euker (1998, S. 150) legten ihren Studien zur Treffsicherheit und zur Art der Entstehung von Prognosen das Brunswik'sche Linsenmodell zugrunde. Dieses Modell geht davon aus, dass sich die Welt (Kriterium) in dem Bild (Risikoeinschätzung) wiederspiegelt, das sich der Mensch (Prognostiker) von der Welt macht. Die Merkmale der Linse (Prädiktorvariablen) modifizieren das Bild.

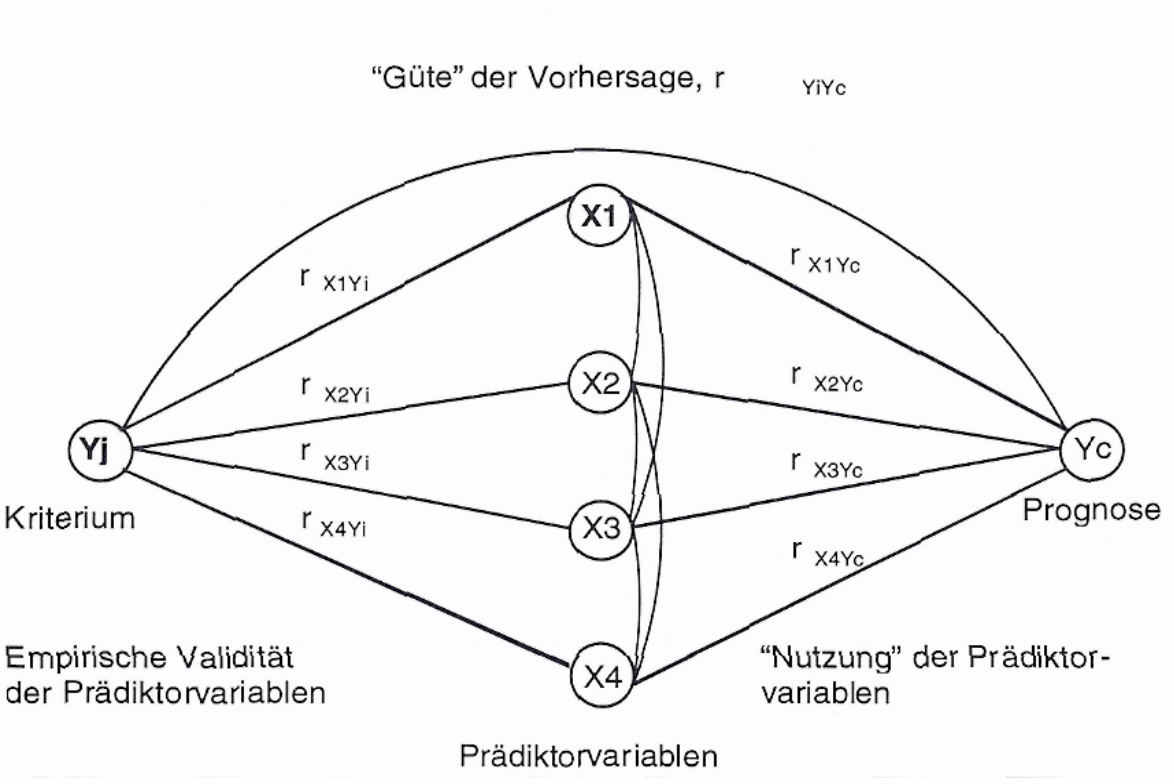


Abbildung 7: Brunswik'sche Linsenmodell nach dem Untersuchungsparadigma von Euker (1998, S. 150)

Gigerenzer et al (1991) entwickelten auf der Basis des Brunswik‘schen Linsenmodells die Theorie Probabilistischer Mentaler Modelle (PMM). Sie geht davon aus, dass Personen bei der Lösung einer Aufgabe ein mentales Modell der Situation konstruieren, das die relevanten Aspekte der Wirklichkeit abbildet.

b) Statistische Kalkulation

In dem Ansatz zur statischen Kalkulation spielen die Zusammenhänge von Beobachtungen mit der "wahren" Umwelt keine Rolle. Es interessieren nur die Beobachtungen selbst und die Art und Weise, in der sich jemand aufgrund dieser Beobachtung eine Meinung bildet, und insbesondere wie jemand sein Urteil bei der Beobachtung neuer Evidenz revidiert (Jungermann, Pfister, & Fischer, 2005, S. 167). Der Prozess der Urteilsbildung bzw. –revision wird als ein Prozess der mentalen statistischen Kalkulation modelliert, und zwar mit Hilfe des Bayes-Theorems, das eine Regel der Kombination von Wahrscheinlichkeiten darstellt (Bortz, 1984, S. 326ff). Danach wird die a posteriori Wahrscheinlichkeit der Hypothese H, wenn die Daten D vorliegen, durch die a priori Wahrscheinlichkeit der Hypothese sowie die Wahrscheinlichkeit der Daten unter Annahme der Richtigkeit der Hypothese bestimmt:

$$p(H/D) = \frac{p(D/H)\ p(H)}{p(D)}$$

2.3.1.2 Konzeptgesteuerte Informationsverarbeitung

Wenn auch die Wichtigkeit von organisierten Wissensstrukturen als zentrales Element der menschlichen Informationsverarbeitung unumstritten ist, so besteht über die Fragen, welche Eigenschaften diese organisierten Wissensstrukturen haben und wie sie zu bezeichnen sind, wenig Einigkeit (Bless & Schwarz, 2002, S. 259). Die einzelnen Konzepte beziehen sich zum Teil auf unterschiedliche "Objekte", die repräsentiert werden (zum Beispiel Skript auf den Ablauf sozialer Ereignisse oder Stereotype auf Personengruppen) und unterscheiden sich teilweise auch in Details der zu Grunde liegenden Annahmen (Bless & Schwarz, 2002, S. 259).

Die Grundlagen zum heutigen Schemabegriff sind einer Übersicht von Graumann und Sommer (1983) zu entnehmen. In Abgrenzung zu Theorien, die das mensch-

liche Gedächtnis als "passive Patchwork " auffassten, betont dieser Schemabegriff die Rolle von aktiven Konstruktionsprozessen. Die Verarbeitung neuer Informationen und auch deren Speicherung werden damit entscheidend von dem Vorwissen geprägt, welches Personen an die jeweilige Situation herantragen. Ein Schema ist eine kognitive Struktur, die organisiertes Wissen über ein gegebenes Konzept, Objekt oder eine Stimulussituation repräsentiert und die Wahrnehmung, das Gedächtnis sowie die Schlussfolgerungsprozesse beeinflusst (Fiske & Taylor, 1991, S. 98; Güttler, 2003, S. 80). Das gesamte Wissen der Welt ist in Schemata eingebettet (Rumelhart, 1980, S. 41; Güttler, 2003, S. 80).

Im Weiteren werden die Schemata, auf die in der Literatur vorwiegend hingewiesen wird, unterschieden (Güttler, 2003, S. 80). Die Person- und Denkschemata werden aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für prognostische Entscheidungen differenzierter ausgeführt als die anderen Schemata.

a) Ereignisschemata (Skript)

Ein Skript ist ein Drehbuch, das die Ereignisse (Inhalte) und die angemessene zeitliche Abfolge dieser Ereignisse in vertrauten Alltagssituationen beschreibt (Bless & Schwarz, 2002, S. 262). Skripte bestehen aus einer Reihe von Variablen oder Lehrstellen (slot) und Objekten. Das Skript spezifiziert außerdem die Voraussetzungen und Ereignisse des Ereignisablaufes. Schließlich beschreibt das Skript den typischen Ablauf der Ereignisse. Das Skript verbindet somit die einzelnen Szenen zu einem integrierten Ablauf aus der Sicht eines bestimmten Akteurs.

b) Personschemata

Personenschemata können einzelne Personen oder Gruppen von Personen repräsentieren. Stereotype werden meist als kognitive Strukturen verstanden, die das Wissen über eine soziale Gruppe wiedergeben (Bless & Schwarz, 2002, S. 261). Schemata haben daher Variablen-Begrenzungen, deren Rahmen möglicher Instantiierungen (Wiedereinsetzung von bestimmten Werten) durch konkrete Akteure, Gegenstände usw. bestimmt wird. Werden keine konkreten Instantiierungen angegeben, so werden Standardwerte eingesetzt. Außerdem gibt das Schema auch Beziehungen wieder, in denen die Variablen zueinanderstehen. Diese Be-

ziehungen können zum Beispiel zeitlicher, räumlicher oder kausaler Art sein. Schemata sind hierarchisch geordnet und Schemata höherer Ordnung besitzen Subschemata. Zwischen Überlegungen zu Schemata und der Hypothesentheorie der Wahrnehmung finden sich starke Parallelen.

Lilli und Frey (1993) geben eine Übersicht zur Diskussion zur Beziehung von Schemata und hypothesengeleiteter Personwahrnehmung. Danach liegt es nahe, Schemata als allgemeine Hypothesen zu betrachten, die Individuen hinsichtlich eines spezifischen Ereignisses besitzen. Trotz dieser naheliegenden Ähnlichkeit finden sich doch auch deutliche Unterschiede. So betont die Hypothesentheorie der Wahrnehmung vorrangig Wahrnehmungsprozesse, während die Schema-Forschung stärker auf das gesamte Spektrum kognitiver Prozesse ausgerichtet ist.

Nach Warr und Knapper (1968) setzt sich der Output eines interpersonalen Urteils aus 3 Komponenten zusammen, die miteinander in einem engen Zusammenhang stehen.

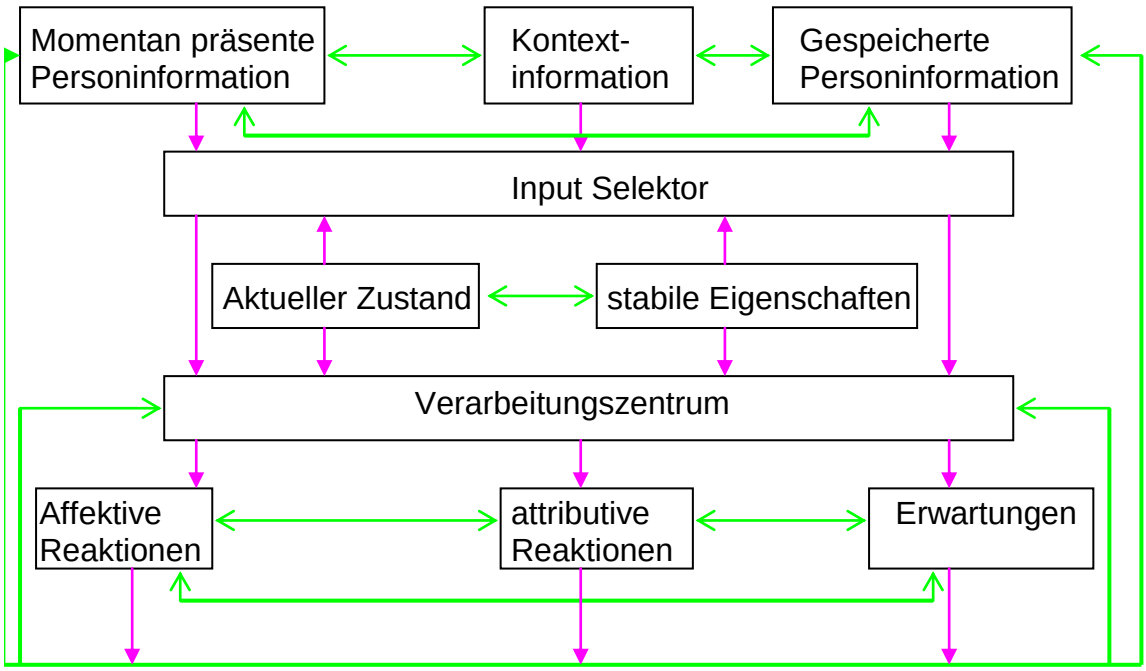


Abbildung 8: Übersetzte Schematische Darstellung der Personwahrnehmung nach Warr und Knapper (1968, S. 20)

Im diesem schematischen Modell zur Personwahrnehmung sind zwischen dem Input und Output des Wahrnehmungsprozesses ein Input-Selektor und ein Verarbeitungszentrum (processing centre) zwischen geschaltet (siehe Abb. 8). Aus der Fülle

der Stimulusinputs wird vom Wahrnehmenden nur eine relevante Teilmenge ausgewählt bzw. herausgefiltert und dem Prozesszentrum zur weiteren Verarbeitung zugeleitet. Weniger relevante Reizinformation wird nicht beachtet. Neben aktuell personspezifischen, verhaltenskontextuellen und abgespeicherten Informationen über eine Person wirken die Momentanverfassung (z. B. temporäre Stimmungen und Befindlichkeiten) und überdauernde Persönlichkeitseigenschaften (z. B. kognitive Stile, Einstellungen, Alter, Geschlecht) des Wahrnehmenden auf den Input-Selektor. Im Prozesszentrum werden schließlich die gefilterten Informationen unter Anwendung von individuumspezifischen Entscheidungsregeln (decision rules) zu einem Gesamteindruck über die wahrgenommene Person verarbeitet.

Die Psychologie zur Personwahrnehmung kennt eine Vielzahl solcher Verzerrungstendenzen, Wahrnehmungs-, Urteils- oder Beobachtungsfehler, die unbewusst bei der Informationsverarbeitung eine Rolle spielen. Güttler (2003, S. 96) stellt folgende Auswahl dar;

- Mildefehler: Die Tendenz zur Bevorzugung positiver Beurteilungen; insbesondere gut bekannte Personen günstiger zu beurteilen als unbekannte.
- Strengefehler: Präferenz für negative Beurteilungen.
- Zentraltendenz: Vorliebe für die Abgabe von neutralen oder mittleren Urteilen; Vermeidung von Extremurteilen; Ignorieren der Variabilität von Personmerkmalen.
- Sympathiefehler: Tendenz, sympathischen Personen positive Attribute zuzuschreiben und ihre Schwächen zu übersehen.
- Kontrastfehler: Merkmale, die der Wahrnehmende selbst nicht hat, werden der Stimulusperson attribuiert.
- Ähnlichkeitsfehler (Projektionsfehler): Merkmale, die man selbst hat oder haben möchte, werden auch bei der beurteilten Person wahrgenommen.
- Übertragungsfehler: Wahrnehmung von Attributen beim Beurteilten, die ein früherer Interaktionspartner in einer vergleichbaren sozialen Beziehung ebenfalls hatte.
- Fehler der sozialen Erwünschtheit: Bei Befragungen z. B. sich selbst in ein günstiges Licht stellen und sozial inakzeptable Äußerungen vermeiden.
- Erwartungsfehler: Tendenz, eigene Erwartungen oder Hypothesen zu bestätigen.

- Konsistenzbestreben: Tendenz, inkonsistente oder ambivalente Informationen so umzugestalten und aufzulösen, dass ein stimmiger Gesamteindruck entsteht.
- Konstanzphänomen: Tendenz, andere Personen als sich nicht verändernde, immer gleich bleibende Ganzheiten zu sehen.

c) Selbstschemata

Selbstschemata werden als Generalisationen über die eigene Person aufgefasst, die sich durch selbstbezogene Erfahrung entwickelt haben (Markus, 1977). Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass solche Strukturen die aktuelle Informationsverarbeitung organisieren und leiten. Zusammenfassend zeigt sich, dass zentrale Selbstschemata der Person quasi automatisch aktiviert werden und die Informationsverarbeitung immer dann steuern, wenn die Person mit Informationen konfrontiert wird, die einen Bezug zu einem vorhandenen Selbstschema aufweisen (Freie Universität, 2009). So zeigen beispielsweise Markus et al (1987), dass Informationen, die mit einem Selbstschema übereinstimmen, besser erinnert werden als Informationen, die keinen Bezug zu dem Selbstschema der Person aufweisen oder nicht mit diesem übereinstimmen. Ein solcher Befund wird als Hinweis auf die „Schematizität" selbstbezogener Informationsverarbeitung angesehen.

d) Implizite Persönlichkeitstheorien

Unter einer impliziten Persönlichkeitstheorie versteht man das Gesamtgefüge an Dimensionen, das zur Beschreibung und Charakterisierung von Personen benutzt wird. Es besteht aus unbewussten Annahmen über Zusammenhänge zwischen bestimmten Eigenschaften oder Merkmalen einer Person und kann als ein System an Postulaten verstanden werden, aufgrund dessen Schlussfolgerungen über andere Personen gezogen werden (Güttler, 2003, S. 81).

e) Denkschemata

Schemata zu allgemeinen Denkregeln sind keine Repräsentationen von typischen Ereignissen oder Personen, sondern Denkregelmöglichkeiten, die unabhängig von spezifischen Inhalten zur Anwendung kommen können.

Welches Wissen zur Enkodierung genutzt wird, hängt entscheidend von der Anwendbarkeit und der kognitiven Verfügbarkeit eines Schemas ab. Die Auswirkungen einer Schema-Aktivierung sind nicht an eine bewusste Wahrnehmung und Verarbeitung des dargebotenen Reizes (Prime) gebundenen (Bless & Schwarz, 2002, S. 265). Studien mit dem Priming-Verfahren (Aktivierung bestimmter Gedächtnisinhalte bevor eine Handlung gefordert ist) zeigen, dass sich die Auswirkungen auf Enkodierung, Schlussfolgern und Gedächtnisprozesse auch im Verhalten widerspiegeln, z. B. Bargh et al (1996).

Eine Gruppe solcher allgemeinen Denkregeln stellen die Urteilsheuristiken dar. Das Wissen um den Zusammenhang von Cue (Hinweisreiz) und Urteilsdimension wird als Urteilsheuristik bezeichnet (Strack & Deutsch, 2002, S. 353). Nach Strack und Deutsch (2002) sind verschiedene Formen von Heuristiken zu unterschieden:

- Kognitive Heuristiken
    - Verfügbarkeitsheuristik (Kahnemann & Tverski, 1973): Wie leicht ist der Zugang des Beurteilers zu einem Cue, z. B. durch häufiges gemeinsames Auftreten von Ereignissen und Wahrnehmung eines Cue zu Beginn oder am Ende der Informationssammlung?
    - Repräsentativitätsheuristik (Kahnemann & Tversky, 1972): Wie typisch ist ein Cue für eine bestimmte Kategorie, z. B. bei der Zuordnung einer Person zu einer Gruppe (zu beachten sind auch Basisraten und Fehlwahrnehmungen von Zufallssequenzen)?
    - Verankerung (Tversky & Kahneman, 1974): Wie weit nähert sich ein Urteil dem Ausgangswert (Ankerassimilation) wieder an, nachdem er im Urteilsprozess verändert (adjustiert) wurde?
- Empfindung als Grundlage heuristischer Urteilsbildung (Chen & Chaiken, 1999):

  Affektive Empfindungen und auch andere subjektive Erfahrungen, wie Empfindungen, die kognitive Operationen begleiten, werden aufgrund dieser Merkmale zunehmend als heuristische Informationen verstanden, auf welche Heuristiken angewendet werden. Martin et al (1992) sowie Ottati und Isbell (1996) wiesen nach, dass Empfindungen auch als informative Grundlage bei der Beurteilung anderer Personen Anwendung finden. In einer weiteren Studie zeigte

Martin et al (1993), dass Probanden mit dem Ziel, ein möglichst genaues Urteil zu fällen, ihre Aufgabe bei negativer Stimmung länger bearbeiten als bei positiver Stimmung.

- Spezifische Reizmerkmale als Grundlage heuristischer Prozesse (Eagly & Chaiken, 1993):

  Der „heuristics and biases Ansatz“ (Tversky & Kahneman, 1974) wurde durch die Einbeziehung der Veränderung von Einstellungen durch Kommunikation weiterentwickelt. Im „Elaboration-Likelihood-Model“ (Petty & Cacioppo, 1986) besteht in der Anwendung von Persuationsheuristiken einer von zwei Verarbeitungsmodi (Stahlberg & Frey, 2001). Danach hängt die Veränderung von Einstellungen bei geringer Motivation oder Fähigkeit vor allem von leicht zu verarbeitenden Informationen wie dem Sachverstand des Kommunikators oder der Anzahl der vorgetragenen Argumente ab. Die Stärke der vorgetragenen Argumente tritt dagegen als Wirkfaktor zurück.

- Alternativerklärungen zu Urteilsphänomenen:
  - Aufgabenverständnis

    Bei der Bearbeitung einer Urteilsaufgabe hängt das Ergebnis nicht nur von der Urteilsstrategie ab, sondern auch davon, wie die Aufgabe verstanden wird (Strack, 1994). Da die in einer Aufgabe enthaltenen Elemente häufig nicht eindeutig sind, müssen sie interpretiert werden. Es ist nicht auszuschließen, dass einige Urteilsfehler darauf beruhen, dass die Aufgabe anders verstanden wird, als dies vom Aufgabensteller intendiert ist.
  - Andere kognitive Prozesse

    Am „heuristics and biases Ansatz“ werden zwei Aspekte kritisiert (Gigerenzer & Hoffrage, 1995). Zum einen fehle eine normative Grundlage für die Prinzipien und Algorithmen der Wahrscheinlichkeitslehre zur Beschreibung qualitativer Häufigkeiten. Insofern könnten keine "Fehler", sondern lediglich Unterschiede festgestellt werden. Zum anderen wird darauf hingewiesen, dass das kognitive System des Menschen sich an die Verarbeitung von Häufigkeiten, aber nicht hinreichend an die Verarbeitung von Wahrscheinlichkeiten angepasst hat. Studien zeigen, dass Urteilsfehler, wie die Vernachlässigung von Basisraten bei der Einschät-

zung von Wahrscheinlichkeiten dann verschwinden, wenn man diese in Form relativer Häufigkeiten präsentiert (Gigerenzer & Hoffrage, 1995).

Die einzelnen Ansätze müssen bei den jeweiligen Phänomenen unterschiedlich gewichtet werden (Strack & Deutsch, 2002, S. 375). Nach Güttler (2003, S. 86) geht es um die Frage, wie Individuen vorgehen, wenn sie unter suboptimalen Bedingungen (zu wenig dargebotene Information, hohe Komplexität der Aufgabe, Zeitdruck) Einschätzungen, Ursachenerklärungen, Schlussfolgerungen und Vorhersagen abgeben oder ganz allgemein ein Problem lösen und Entscheidungen treffen sollen.

2.3.2 Entscheidungstheorien für Entscheidungen bei Unsicherheit

Im vorigen Kapitel sind einige Erklärungsansätze zum Umgang mit Unsicherheit dargestellt. Hier werden Entscheidungsmodelle erörtert, in denen sowohl der Nutzen als auch die Unsicherheit der Konsequenzen einer Entscheidung Berücksichtigung finden.

2.3.2.1 SEU-Theorie

Die **S**ubjectively **E**xpected **U**tility Theorie (Theorie der Maximierung des subjektiv erwarteten Nutzens) stellt die historisch jüngste Form einer Gruppe von Entscheidungstheorien dar, die sich nur in der Bestimmung der beiden Parameter unterscheiden. An Stelle subjektiver Werte (Nutzen) werden den Konsequenzen "objektive" Werte zugeordnet, und/oder an Stelle der subjektiven Wahrscheinlichkeiten werden den Ereignissen objektive Wahrscheinlichkeiten zugeordnet.

Nach dem von Edwards (1954) vorgeschlagenen SEU-Modell wählt ein Entscheider diejenige Option, die den höchsten subjektiv erwarteten Nutzen hat. Der SEU-Wert einer Option ist die Summe der Nutzenswerte der einzelnen möglichen Konsequenzen, gewichtet mit den Wahrscheinlichkeiten ihres Eintretens (Jungermann et al, 2005, S. 105):

$$SEU_i = \sum_{j=1}^{n} p_j u_j$$

SEU_i ist der Gesamtnutzen für Option i, der Index j läuft über alle möglichen Konsequenzen der Option i; p_j steht für die Wahrscheinlichkeit und u_j für den Nutzen einer Konsequenz j.

Krampen (2000) nahm die konzeptuellen Weiterentwicklungen des erwartungswert-theoretischen Grundmodells in ein integratives Konzept auf, in dem die wesentlichen Differenzierungen zusammengefasst sind. Sein in der folgenden Abbildung dargestelltes Erwartungs-Wert-Modell basiert auf den Beiträgen von Rotter (1955), Vroom (1964) und Bandura (1977) sowie auf den früheren Integrationsversuchen von Heckhausen (1977), Schwarzer (1981) und Saltzer (1982).

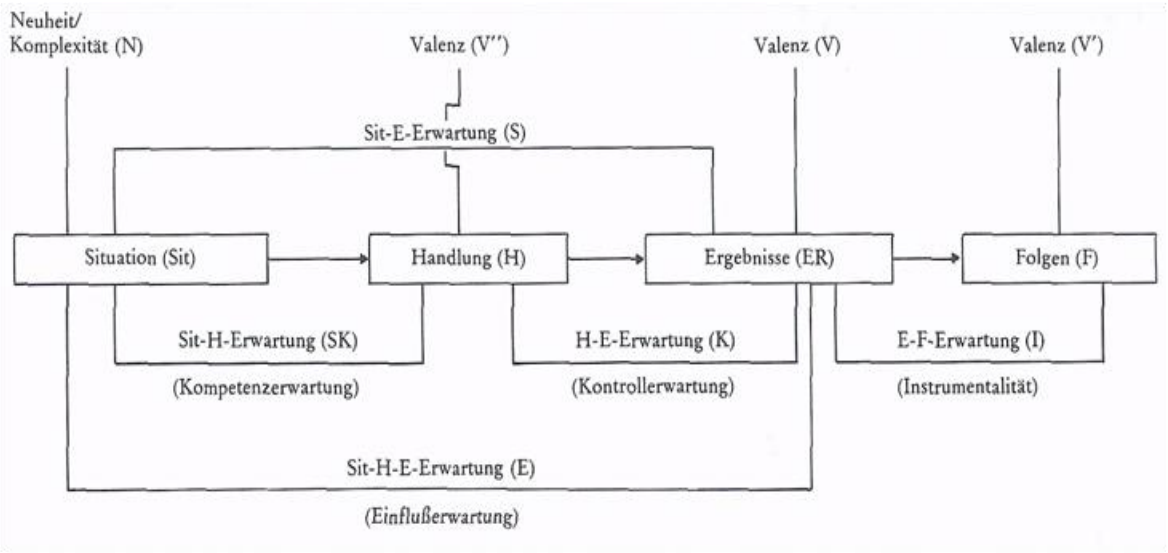


Abbildung 9: Differenziertes Erwartungs-Wert-Modell (Krampen, 2000, S. 41)

Krampen (2000, S. 39-42) erläutert das Modell wie folgt:

1. Situations-Ergebnis-Erwartungen (S) als die subjektiven Erwartungen eines Individuums, dass ein bestimmtes Ereignis (ER) in einer gegebenen Situation (Sit) auftritt oder verhindert wird, ohne dass das Individuum aktiv wird und handelt;
2. Valenz der Folgen (V) als subjektive Bewertung der Folgen (F) von Handlungs- oder Situationsergebnissen (ER);
3. Ergebnis-Folge-Erwartungen / Instrumentalitäten (I) als subjektive Erwartungen darüber, dass bestimmten Ergebnissen (ER) bestimmte Konsequenzen (F) folgen;

4. Situations-Handlungs-Erwartungen (SK) als subjektive Erwartungen darüber, dass in der gegebenen Situation (Sit) der Person Handlungen (H), jedoch zumindest eine Handlung, zur Verfügung stehen (Kompetenzerwartung);
5. Handlungs-Ergebnis-Erwartungen (K) als subjektive Erwartungen darüber, dass auf eine Handlung (H) bestimmte Ergebnisse (ER) folgen oder nicht (Kontrollerwartung);
6. Neuheit und Komplexität der Situation (N) für das Individuum als die subjektive Strukturierung und Repräsentation der gegebenen Handlungssituation;
7. Valenz oder Wertigkeit der Tätigkeit selbst (V) als subjektive Bewertung des Ausführungsteils einer Handlung;
8. Valenz der Ergebnisse (V) als subjektive Bewertungen von Handlungs- oder Situationsergebnissen (ER) - lässt sich aus den Valenzen der Folgen (V) und den Instrumentalitätserwartungen (I) ableiten und entspricht etwa dem „Valenzmodell" Vrooms (1964);
9. Einfluss-Erwartungen (E) als subjektive Erwartungen darüber, den Eintritt / Nichteintritt eines Ergebnisses (ER) durch Handeln (H) beeinflussen zu können - kann aus Kompetenzerwartungen (SK) und Kontrollerwartungen (K) dieses hergeleitet werden;
10. Valenz einer Handlung (VH) ist Funktion der subjektiven Situationsbewertungen durch Bezug auf die Ergebnisvalenzen (V) und die Einfluss-Erwartung (E).

2.3.2.2 Prospect-Theorie

Tverski und Kahnemann (1979; 1992) kritisierten das SEU-Theorie und entwickelten auf der Basis dieses Modells die Prospect-Theorie (PT). Nach Schmook et al (2002, S. 279) dürften die Rahmenbedingungen eines Problems (zum Beispiel das Framing) bei der SEU-Theorie nach dem Invarianzprinzip keinen Einfluss auf Entscheidungen haben. Das wird durch Experimente widerlegt (s. Zusammenfassende Darstellung Schmook et al, 2002, S. 281-298). Die PT berücksichtigt verschiedene Rahmenbedingungen und unterscheidet deshalb explizit zwischen Entscheidungen im Gewinn- und Verlustkontexten. Gegenstand der PT sind Entscheidungen, bei denen mindestens eines der möglichen Ergebnisse nicht mit Sicherheit eintritt.

Drei Entscheidungsmuster gelten als die Standbeine der PT und unterscheiden von der SEU-Theorie (Schmook et al, 2002, S. 281-283):

- Sicherheitseffekt

  Die Ergebnisse, die mit Sicherheit eintreten, im Vergleich zu solchen, die lediglich wahrscheinlich sind, werden vermehrt gewählt und damit überbewertet. Wenn die zur Auswahl stehenden Alternativen nicht sicher sind, wird die Alternative mit dem höchsten Erwartungswert hat bevorzugt, aber das Substitutionsaxiom wird dabei verletzt. Das Substitutionsaxiom wird auch als Unabhängigkeitsaxiom bezeichnet und besagt, dass sich durch das „Hineinmischen“ einer jeweils identischen Wahrscheinlichkeitsverteilung die einmal festgestellten Präferenzen nicht ändern (Schott W., 1990, S. 132). In Situationen, in denen ein Gewinn zwar möglich, aber kaum wahrscheinlich ist, wird ungeachtet der Wahrscheinlichkeiten diejenige Alternative gewählt, die den höchsten Gewinn verspricht.
- Reflexionseffekt

  Es wurde eine Präferenzumkehr beobachtet, das heißt in positiven Entscheidungssituationen (in Aussicht stehende Gewinne) wird die sichere Alternative, in negativen Entscheidungssituationen (drohende Verluste) dagegen die riskantere Alternative bevorzugt. Damit verhalten sich Personen bei zu erwartenden Gewinnen risikovermeidend, bei Verlusten aber risikosuchend.
- Isolationsdefekt

  Um die Wahl zwischen zwei Alternativen zu vereinfachen, werden oft diejenigen Komponenten missachtet, die beiden Alternativen gemeinsam sind. Dieser so genannte Isolationseffekt bedeutet, dass der Entscheider sich auf die Komponenten, welche die Alternativen voneinander unterscheiden, konzentriert. Dies kann deshalb zu inkonsistenten Präferenzen führen, da eine Zerlegung in gemeinsame und unterscheidende Komponenten häufig auf mehrere Arten möglich ist.

Die Wertfunktion verdeutlicht die größere Bedeutung von Verlusten im Vergleich zu Gewinnen. Danach stellt sich der Ärger, der mit dem Verlust einer bestimmten Geldsumme verbunden ist, größer als die Freude, die aus dem Gewinn des gleichen Betrages resultiert, dar.

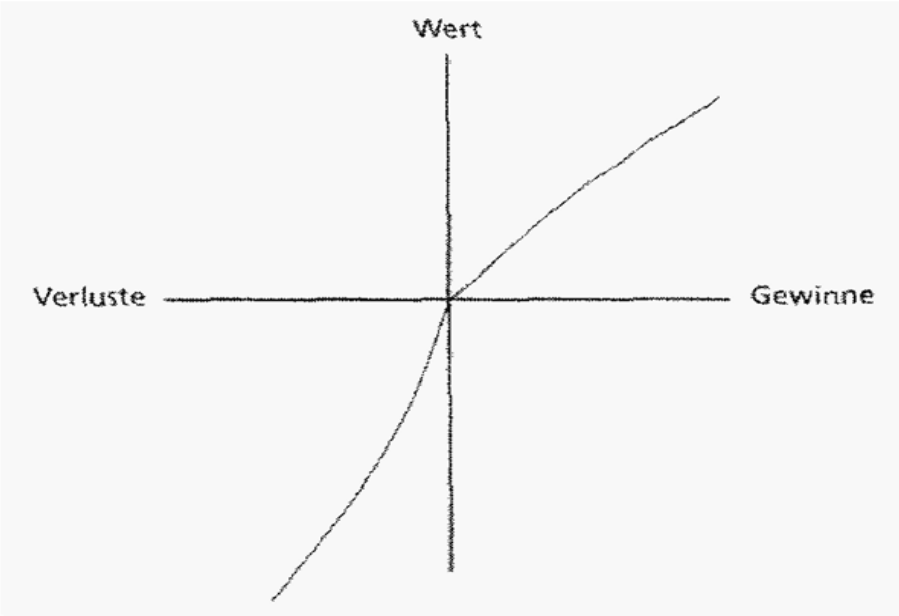


Abbildung 10: Hypothetische Wert-Funktion von Kahnemann und Tversky (1979) nach Schmook et al (2002, S. 286)

Ereignisse mit extrem niedrigen Wahrscheinlichkeiten können verworfen oder überbewertet werden. Bei Ereignissen mit extrem hohen Wahrscheinlichkeiten können Unterschiede zwischen hoher Wahrscheinlichkeit und Sicherheit überbetont oder vernachlässigt werden.

Beim Reflexionseffekt unterscheiden sich die Ergebnisse im Gewinn- und Verlustbereich durch das Vorzeichen. Da man den Status quo als Ausgangs- bzw. Referenzpunkt heranzieht, handelt es sich hier um tatsächliche Gewinne und Verluste. Oft sind Gewinn oder Verlust lediglich eine Frage der Perspektive (bzw. des Referenzpunktes). Die Darstellung eines Sachverhalts aus unterschiedlichen Blickwinkeln, wobei das Ergebnis bei der Darstellung objektiv gleich ist, wird in der PT als Framing bezeichnet (Schmook et al, 2002, S. 289).

Solche unterschiedlichen Darstellungsweisen formal-logisch identischer Entscheidungssituationen können Präferenzverschiebungen oder gar -umkehrungen bewirken, so genannte Framing-Effekte.

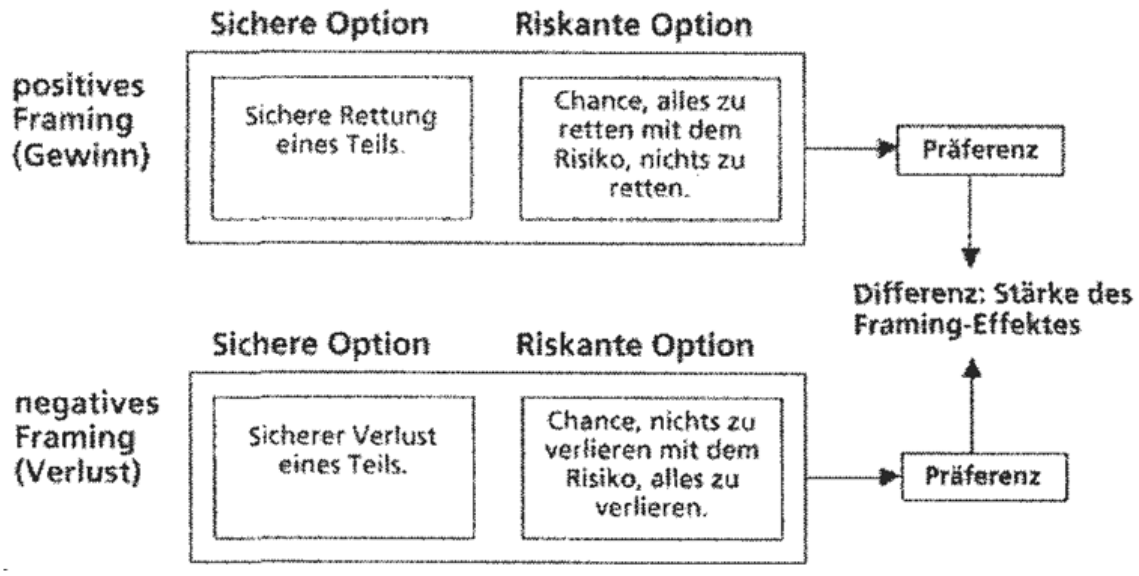


Abbildung 11: Framing bei Risikoentscheidungen nach Schmook et al (2002, S. 288)

Kühlberger et al (1999) kommen im Rahmen einer Metaanalyse zu dem Schluss, dass sich in Studien, in denen Menschenleben zur Disposition stehen, eine größere Tendenz zur Risikosuche zeigt als in Experimenten, in denen Entscheidungen über Geld oder sonstige Besitztümer getroffen werden sollen. Wenn das zur Entscheidung stehende Gut sehr wichtig ist, scheint ein sicherer Verlust nicht tragbar zu sein. Schmook et al (2002, S. 296) stellen auf der Grundlage von Studien fest, dass sich ein deutlicher Einfluss des persönlichen Bezugs zur Entscheidung auf die Entscheidungsmuster zeigt. Die Richtung dieses Einflusses kann jedoch bislang nicht genau bestimmt werden. Wird das Framning gegenüber der Individualentscheidung nicht verändert, so verstärken sich in Gruppensituationen die Framing-Effekte. Bei heterogener Gruppenzusammensetzung in Bezug auf das Framing, zeigte sich eine Veränderung des Entscheidungsverhaltens in Richtung der riskanteren Alternative. Dies war aber nur dann der Fall, wenn die Anzahl der Individuen, denen die Entscheidung als Verlust vorgelegt worden war, mindestens gleich groß war wie die derjenigen, die das Entscheidungsproblem als Gewinn kennen gelernt hatten (Tindale et al 1993). Dagegen konnten die Minoritätsmitglieder der Verlustbedingungen keine riskanteren Gruppenentscheidungen bewirken (Kameda & Davis, 1990). Werden wiederholt Entscheidungen verlangt, so zeigt sich ein Antwortmuster, das mit den Rationalitätsannahmen der SEU-Theorie im Einklang steht (Keren & Wagenaar, 1987).

Die erweiterte Perspektive der PT gilt als wichtiger Beitrag zum Verständnis von Entscheidungen in komplexen Situationen. Gleichwohl bleibt das methodische Vorgehen nicht in allen Bereichen unwidersprochen (Schmook et al, 2002, S. 298). Z. B. ist die Risikosuche oder -vermeidung in einigen Studien nicht eindeutig belegt (unterhalb der 50 %-Marke), die Darstellung der Situationen im Experiment ist nicht immer eindeutig und in realen Situationen bestehen häufig andere Prioritäten. Insbesondere der letztgenannte Aspekt sowie eine Studie von Miller und Fagley (1991) weisen auf Grenzen der Anwendbarkeit der PT auf Prognoseentscheidung hin. In dieser Studie zeigte sich, dass Framingeffekte nur dann nachgewiesen werden können, wenn keine Begründungen für die Entscheidungen verlangt werden. Prognoseentscheidungen sind in der Regel (zumindest im Maßregelvollzug) zu begründen.

2.3.2.3 Theorien mit emotionalen Komponenten

Die hier aufgeführten Theorien beziehen emotionale Faktoren ein. Sie ersetzen die SEU-Theorie nicht, sondern erweitern sie um "Enttäuschung" und "Bedauern" als Faktoren, die zusätzlich zu Wahrscheinlichkeit und Nutzen der Konsequenzen die Entscheidung beeinflussen.

a) Disappointment-Theorie

Dieser Ansatz beruht darauf, dass in dem Augenblick, in dem die Konsequenz einer Entscheidung eintritt, für den Entscheider nicht nur der spezifische Nutzen dieser Konsequenz relevant ist, sondern auch eine Vorstellung davon, was sonst noch möglich gewesen wäre (Jungermann et al, 2005, S. 236). Es wird angenommen, dass der Gesamtnutzen, den ein Entscheider bei der Realisierung einer Konsequenz empfindet, auch von der Abweichung dieses Nutzens von der Erwartung abhängt. Diese Erwartung dient als Referenzpunkt, mit dem die Konsequenz, die man erhält, verglichen wird. Ist die Abweichung von der Referenz positiv, empfindet man Freude, ist sie negativ, Enttäuschung. Diese möglichen Abweichungen werden im Moment der Entscheidung antizipiert. Es handelt sich also um eine antizipierte Emotion.

Es gibt zwei Varianten dieser Theorie (Bell, 1985; Loomes & Sudgen, 1986), die sich in ihren zentralen Annahmen sehr ähnlich sind (Jungermann et al, 2005, S. 257). Der Kern besteht darin (Jungermann et al, 2005, S. 238), dass Entscheider Enttäuschung vermeiden und zusätzliche Freude erzielen wollen. Sie antizipieren die möglichen Emotionen und modifizieren entsprechend die Bewertungen der Konsequenzen. Enttäuschung und Freude hängen allein von den Abweichungen vom Referenzwert ab. Kleine Abweichungen von der Erwartung sind nicht so schlimm wie große Abweichungen.

b) Regret-Theorie

Die Grundlage dieses Ansatzes besteht darin, dass ein Entscheider nicht nur die Konsequenzen jeder Option antizipiert, sondern auch das Bedauern, dass er je nach Ausgang der Entscheidung empfinden wird. Wenn die Unsicherheit aufgelöst und die Konsequenz realisiert wird, empfindet der Entscheider außerhalb der mit der Konsequenz assoziierten (Un-) Zufriedenheit auch noch Emotionen, die aus dem Vergleich mit verpassten Konsequenzen resultieren (Jungermann et al, 2005, S. 238). Ist die verpasste Konsequenz besser als die realisierte, empfindet der Entscheider Bedauern. Ist dagegen die realisierte Konsequenz besser als eine andere Konsequenz, die hätte eintreten können, empfindet der Entscheider Freude. Es findet also ein Vergleich mit den möglichen Ausgängen der anderen Optionen statt, die man hätte wählen können.

Die Befunde von empirischen Prüfungen der Theorie unter anderem von Loomes und Sudgen (1987), von Lommes (1988), von di Cagno und Hey (1988) und von Camerer (1989) sind uneinheitlich und deuten darauf hin, dass die Regret-Theorie nur unter eingeschränkten Bedingungen gültig ist (Jungermann, Pfister, & Fischer, 2005, S. 241).

2.3.2.4 Rangabhängige Nutzentheorien

In den rangabhängigen Nutzensmodellen (**R**enk **D**ependent **U**tility models, RDU-Modelle) wird eine zentrale Voraussetzung der SEU-Theorie aufgegeben. Die Bewertung des Nutzens und die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit von Konsequen-

zen werden nicht als unabhängig betrachtet. Die Theorie geht von der Annahme aus, dass die Wahrscheinlichkeiten über- oder untergewichtet werden, je nachdem, ob die assoziierte Konsequenz eher erwünscht oder unerwünscht ist. Diese Abhängigkeit der Wahrscheinlichkeitsgewichtung vom Nutzen der Konsequenzen erfolgt jedoch nicht völlig beliebig, sondern geht von einer bestimmten Repräsentation des Entscheidungsproblems aus (Jungermann et al, 2005, S. 242).

Der Unterschied zur PT besteht darin, wie sich das Entscheidungsgewicht ergibt (Jungermann et al, 2005, S. 244). Dazu wird eine Differenz zwischen den kumulierten Wahrscheinlichkeiten mehrerer Konsequenzen gebildet. (Wahrscheinlichkeit, mindestens x_i oder mehr zu bekommen - minus - Wahrscheinlichkeit, strikt mehr als x_i zu bekommen). Gewichtungsfunktionen, die konvex sind, verschieben die Wahrscheinlichkeit in Richtung der schlechteren Konsequenzen. Man kann hier von einem pessimistischen Entscheider sprechen. Konkave Gewichtsfunktionen verschieben die Wahrscheinlichkeiten in Richtung der besseren Konsequenzen, man kann von einem optimistischen Entscheider sprechen. Lineare Funktionen lassen die Wahrscheinlichkeiten unverändert und führen so zu Entscheidungen, die der SEU-Theorie äquivalent sind. Der pessimistische Entscheider verhält sich analog einem risiko-aversiven, der optimistische analog einem risiko-geneigten Entscheider. Im RDU-Modell wird dies durch eine entsprechende Funktion, die die Wahrscheinlichkeitsverteilung transformiert, erreicht, während im SEU-Modell die Nutzensfunktion Träger der Risikoeinstellung ist (Jungermann et al, 2005, S. 246).

Zwei theoretische Ansätze haben den Grundgedanken des RDU-Modells aufgegriffen und empirische Evidenz dafür geliefert.

a) Security-Potential / Aspiration-Theorie

Lopes (1987; 1995) postuliert drei Möglichkeiten:

- Die Wahrscheinlichkeiten niedriger Beträge werden relativ zu den Wahrscheinlichkeiten hoher Beträge übergewichtet (Sicherheitsmotivation).
- Die Wahrscheinlichkeiten hoher Beträge werden relativ zu den Wahrscheinlichkeiten niedriger Beträge übergewichtet (Wagnismotivation).

- Die Wahrscheinlichkeiten niedriger und hoher Beträge werden relativ zu den Wahrscheinlichkeiten mittlerer Beträge übergewichtet.

Personen sind danach meistens auf Sicherheit orientiert, beachten aber auch ganz besonders hohe potentielle Gewinne (Lopes, 1990). Lopes führt als weiteren, von Sicherheits- und Wagnis-Orientierung unabhängigen Faktor das Anspruchsniveau ein. Das Anspruchsniveau definiert, was auf jeden Fall erreicht werden soll. Die Entscheidung stellt dann einen Kompass zwischen der Sicherheits- bzw. Wagnis-Orientierung einerseits und dem Anspruchsniveau andererseits dar.

b) Cumulative Prospect-Theorie (CPT)

Mit der CPT entwickelten Tverski und Kahnemann ihre Prospect-Theorie (PT) weiter (1992). Neu ist die Form der Entscheidungsgewichtungsfunktion für die Wahrscheinlichkeiten. In der PT werden die Wahrscheinlichkeiten nicht linear transformiert, während in der CPT zwei rangabhängige Gewichtsfunktionen eingeführt werden, die Gewinne und Verluste separat gewichten (Jungermann et al, 2005, S. 248). Das Prinzip der abnehmenden Sensitivität mit zunehmender Distanz vom Referenzpunkt wird jetzt auch auf die Gewichtungsfunktion übertragen. Für Wahrscheinlichkeiten existieren als „natürliche“ Referenzpunkte die absolute Sicherheit und die Unmöglichkeit. Es wird angenommen, dass sowohl im Übergang von der Unmöglichkeit zur bloßen Möglichkeit als auch beim Übergang von der Sicherheit zur bloßen Wahrscheinlichkeit starke Änderungen in der Entscheidungsgewichtsfunktion auftreten. Im mittleren Bereich der Wahrscheinlichkeitsskala ist die Entscheidungsgewichtsfunktion hingegen relativ flach. Damit werden kleine Wahrscheinlichkeiten übergewichtet und mittlere sowie hohe Wahrscheinlichkeiten untergewichtet.

Fazit

Ein abschließendes Urteil, welche Theorie Wahlen unter Unsicherheit am besten beschreibt, ist bei dem gegenwärtigen Stand der Forschung nach Jungermann et al (2005, S. 251) nicht möglich. Konsens besteht lediglich darin, dass die SEU-Theorie deskriptiv nicht hinreichend ist. Ob die konkurrierenden Theorien besser abschneiden ist fraglich. Das gilt insbesondere dann, wenn sie mit dem gleichen Universalitätsanspruch auftreten wie ursprünglich die SEU-Theorie.

3 Problemstellung

3.1 Ableitung der Fragestellungen

Aus den theoretischen Grundlagen geht hervor, dass Lockerungsentscheidungen sehr komplex sind und einer Vielzahl von Einflüssen unterliegen. In dieser Studie wird ein Teil dieser Einflussfaktoren ausgewählt und untersucht, wie sie im Entscheidungsprozess wirken. Die Auswahl der Einflussfaktoren basiert auf aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft und der Möglichkeit, sie unter den Rahmenbedingungen dieser Studie zu untersuchen.

Neben z. T. widersprüchlichen Angaben zur Relevanz von Patientenmerkmalen für die Prognose (Ritzel, 1978; Nedopil, 1986; Berner & Karlick-Bolten, 1986; Leygraf, 1988; Seifert, Jahn, & Bolten, 2001; Gretenkord, 2003b) wird auch der Institution, in deren Rahmen eine prognostische Entscheidung getroffen wird, ein maßgeblicher Einfluss auf die Interpretation der dieser Entscheidung zugrundeliegenden Daten zugeschrieben (Pierschke, 1998b; Euker, 1998; Farber, 1975; Rosenhan, 1973). In dieser Studie soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Maße ausgewählte Patientenmerkmale einen Einfluss auf Lockerungsentscheidungen besitzen und ob die Rahmenbedingungen einer Klinik zu der Art der Entscheidung der Klinikmitarbeiter/innen beitragen.

Daneben sind Aspekte zu beachten, die denjenigen betreffen, die die Lockerungsrisiken bewerten (siehe auch Kapitel 2.3).

In der Literatur (Schalast, 2000; Koch, 1988; Endres, 2002) wird die besondere Rolle von Therapeuten bei der Bewertung von bestehenden Risiken thematisiert. In dieser Studie soll die Frage aufgeklärt werden, inwieweit die Ausbildung und die Berufstätigkeit der Mitarbeiter/innen der Therapie und des Pflegedienstes Einfluss auf prognostische Urteilsbildungen besitzen. Zudem soll festgestellt werden, in welchem Maße die Nähe zum Patienten einen maßgeblichen Einfluss auf die Art der Lockerungsentscheidung besitzt.

Für Dahle (2005b, S. 23) ist es nahe liegend, dass in die Risikoabwägung der prognostischen Entscheidung auch persönliche Einstellungen und Werthaltungen

der Entscheidungsträger eingehen. Andere Autoren gehen ebenfalls von subjektiven Einflüssen auf prognostische Entscheidung aus (Pierschke, 1998b; Klassa, 1993; Monohan & Cummings, 1974). Da davon auszugehen ist, dass die Einstellung zur Therapie und zur Kommunikation einen näheren Bezug zu Lockerungsentscheidungen besitzen als andere persönliche Haltungen, sollen Hinweise auf Beziehungen dieser Einstellung zu Lockerungsentscheidungen eruiert werden.

Im Kapitel 2.1.2 wurde festgestellt, dass es durch die Fortschritte im Maßregelvollzug möglich war, die Rahmenbedingungen so zu entwickeln, dass sie mit denen der Allgemeinpsychiatrie vergleichbar sind. Da sich die Patientengruppen der Allgemeinpsychiatrie und der Forensischen Psychiatrie wesentlich unterscheiden und der Forensischen Psychiatrie nicht nur ein Behandlungs-, sondern auch ein Sicherungsauftrag obliegt (Leygraf, 2006; Bischoff-Mews, 1998; Schalast, 1995; Koch, 1988), können gleichwohl nach wie vor verschiedene Einstellungen zur Therapie vorhanden sein. Soweit Unterschiede bestehen, ist zu prüfen, inwieweit sie einen Einfluss auf Lockerungsbewertungen besitzen.

3.2 Hypothesen

Hypothese 1

Die von den Mitarbeiter/innen der Kliniken für Forensische Psychiatrie eingeschätzte Höhe des Risikos von Lockerungen wird durch Patientenmerkmale bestimmt.

> Zwischen Kliniken mit einer ähnlichen Klientel zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der Risiken. Dagegen treten in Kliniken, in denen die Klientel erhebliche Unterschiede in wesentlichen Merkmalen ausweist, signifikante Unterschiede in der Bewertung der Risiken auf.

Hypothese 2

Die Art der Ausbildung der Mitarbeiter/innen und die Nähe zum Patienten beeinflussen die eingeschätzte Höhe des Risikos von Lockerungen.

> Die Mitarbeiter/innen mit einer pflegerischen Ausbildung schätzen die Risiken von Lockerungen höher ein als die Mitarbeiter/innen mit einer therapeu-

tischen Ausbildung. Das Lockerungsrisiko wird umso höher bewertet, je größer die Distanz um Patienten ist.

Hypothese 3

Die Bewertungshöhe des Risikos von Lockerungen in den Kliniken für Forensische Psychiatrie wird durch Einstellungen der Mitarbeiter/innen beeinflusst, die einen Bezug zur Berufsgruppe und zur Berufserfahrung besitzen. Das gilt für Einstellungen zur Therapie und zur Kommunikation.

Unterschiede in den Einstellungen der Mitarbeiter/innen spiegeln sich in der Art der Lockerungsentscheidung wieder.

Hypothese 4

Einstellungen zur Therapie der Mitarbeiter/innen der Kliniken für Forensische Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie unterscheiden sich nicht wesentlich.

Zwischen den Werten zur Einstellungen zur Therapie der Mitarbeiter/innen der Kliniken für Forensische Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie bestehen keine signifikanten Unterschiede.

4 Stichprobe und Methoden

4.1 Stichprobenbeschreibung

4.1.1 Patientendaten und Daten zur Bewertung der Lockerungsanträge

Die Erfassung der Patientendaten und der Daten zum Lockerungsverfahren erstreckte sich auf den Zeitraum vom 01.01.2003 bis zum 01.03.2008. Im Rahmen der Untersuchung wurden Daten von 358 Patienten mit 1467 Lockerungsanträgen dokumentiert und ausgewertet.

Die Patientendaten und die Daten zum Lockerungsverfahren wurden in den Kliniken für Forensische Psychiatrie des Mecklenburg-Vorpommerns erhoben. Folgende Kliniken waren in die Untersuchung einbezogen:

1. Hanse-Klinikum Stralsund GmbH, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Forensische Psychiatrie, Rostocker Chaussee 70, 18435 Stralsund,
2. Universitätsklinikum Rostock, Klinik für Forensische Psychiatrie, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock,
3. Ameos, Fachkrankenhaus für Forensische Psychiatrie, Ravensteinstraße 15a, 17373 Ueckermünde.

Die Kapazitäten der Kliniken unterscheiden sich nach der Anzahl und der Art.

Tabelle 3: Bettenkapazitäten der Kliniken

Klinik	Betten in der Klinik	Geringer gesicherte Betten	Wohngruppenplätze	Gesamtkapazität
Rostock	80	0	3	83
Stralsund	56	16	7	79
Ueckermünde	55	0	3	58
Kapazität nach Art der Unterbringung	191	16	13	220

Bei den „Geringer gesicherten Betten“ handelt es sich um Unterbringungsmöglichkeiten, die geschlossen, aber nicht so hoch gesichert wie die anderen Klinikbereiche geführt werden. Die Wohngruppenplätze dienen der offenen Unterbringung. Sie sind baulich nicht gesichert und werden genutzt, um zu erproben, in wie weit ein Patient bereits in der Lage ist, mit einem geringeren Grad an Reglementierung

umzugehen. Die Zahl der Plätze richtet sich nach dem Bedarf der Klinik an derartigen Unterbringungsmöglichkeiten.

Die in die Untersuchung einbezogenen Kliniken für Forensische Psychiatrie sind beauftragt, Maßregeln zu vollziehen. Als Einweisungsgrundlage im Sinne des Maßregelvollzugs gelten §§ 63 und 64 StGB (s. Ziffer 2.1.1) und § 7 Jugendgerichtsgesetz (danach kann bei Jugendlichen und Heranwachsenden der Vollzug einer Maßregel in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden).

Die Kliniken in Stralsund und Ueckermünde nehmen grundsätzlich nur Patienten nach § 63 StGB auf, während in der Rostocker Klinik ausschließlich Maßregelvollzugspatienten behandelt werden, deren Einweisung gemäß § 64 StGB oder gemäß § 7 JGG in Verbindung mit §§ 63 oder 64 StGB erfolgt. Die Aufnahme von Patienten nach dem JGG in Rostock erfordert keine besondere Berücksichtigung im Rahmen der Untersuchung, da ihre Zahl sehr gering ist. Sie gehen als Patienten im Rahmen der Einweisungen nach den §§ 63 oder 64 StGB in die Untersuchung ein.

Tabelle 4: Zahl der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag in den Kliniken nach Einweisungsgrundlage in den Kliniken

Klinik	Zahl der Maßregelvollzugspatienten mit bewertetem Lockerungsantrag nach Unterbringungsgrundlage				
	§ 63 StGB	§ 64 StGB	§ 7 JGG/§ 63 StGB	§ 7 JGG/§ 64 StGB	Patientenzahl pro Klinik
Rostock	1	180	13	6	200
Stralsund	96	0	0	0	96
Ueckermünde	56	0	6	0	62
Patientenzahl nach Paragraf	153	180	19	6	358

In der Analyse der Lockerungsbewertung konnten nur Maßregelvollzugspatienten berücksichtigt werden, bei denen ein Antrag auf Lockerung vorlag. Daneben befanden sich

- Maßregelvollzugspatienten in den Kliniken, bei denen kein Lockerungsantrag vorlag, und
- Patienten, die aufgrund anderer Einweisungsgrundlagen in einer Klinik für Forensische Psychiatrie aufgenommen wurden.

Um ein vollständiges Bild des Spektrums der Patienten zu erhalten, die sich während des Untersuchungszeitraums in den Kliniken aufgehalten haben, müssen auch die Patienten, die nicht zum Vollzug von Maßregeln in die Kliniken eingewiesen wurden, berücksichtigt werden.

Tabelle 5: Zahl der Patienten nach Unterbringungsgrundlage, die nicht zum Vollzug von Maßregeln eingewiesen wurden, in den Kliniken

Klinik	Zahl der Patienten ohne Maßregelvollzug nach Unterbringungsgrundlage						
	§ 81 StPO	§ 57 StVollzO	§ 65 StVollzG	§126a StPO	§ 453c StPO	§65 StVollzG	Patienten pro Klinik
Rostock	3	0	2	30	0	0	35
Stralsund	4	10	49	42	1	1	107
Ueckermünde	1	0	0	17	0	15	33
Patientenzahl aller Kliniken	8	10	51	89	1	16	175

Die Maßregelvollzugspatienten, bei denen kein Lockerungsantrag vorlag, konnten weiter in Patienten unterschieden werden,

- die ohne eine Lockerungsstufe entlassen wurden und
- die sich am 01.03.2008 noch in der Klinik befanden, ohne eine Lockerungsstufe erhalten zu haben.

Bei einigen der letztgenannten Patienten kann der Grund für die fehlende Lockerungsstufe darin bestehen, dass sie sich erst seit kurzer Zeit in der Klinik befanden. Die Zahl der Maßregelvollzugspatienten, die keine Lockerungsstufe erhalten haben, sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 6: Zahl der Maßregelvollzugspatienten nach dem Lockerungsstatus in den Kliniken

Klinik	Zahl der Maßregelvollzugspatienten nach Lockerungsstatus			
	Entlassene Patienten ohne Lockerung	Patienten am 1.3.08 ohne Lockerung in der Klinik	Patienten mit Lockerung	Patienten pro Klinik
Rostock	62	33	200	295
Stralsund	15	23	96	134
Ueckermünde	13	9	62	84
Patientenzahl aller Kliniken	90	65	358	513

Während in der Stralsunder Klinik ein hoher Anteil der bestehenden Lockerungsstufen in die höheren Lockerungsstufen (mit hohen Freiheitsgraden) einzuordnen ist, trifft das auf die anderen beiden Kliniken nicht zu.

Tabelle 7: Zahl der Patienten pro Lockerungsstufe in den Kliniken

Lockerungsstufe	Zahl der Lockerungsanträge in den Lockerungsstufen in den Kliniken			Zahl der Lockerungsanträge pro Stufe
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
k	238	52	46	336
1	178	22	33	233
2	161	43	22	226
3	126	45	0	171
4	116	20	25	161
5	54	64	22	140
6	40	37	11	88
7	7	35	6	48
8	0	33	1	34
9	0	30	0	30
Zahl der Lockerungsanträge pro Klinik	920	381	166	1467

Das Verhältnis der Lockerungsstufen stellt sich bei den beantragten Lockerungsstufen ähnlich wie bei den bestehenden Lockerungsstufen dar.

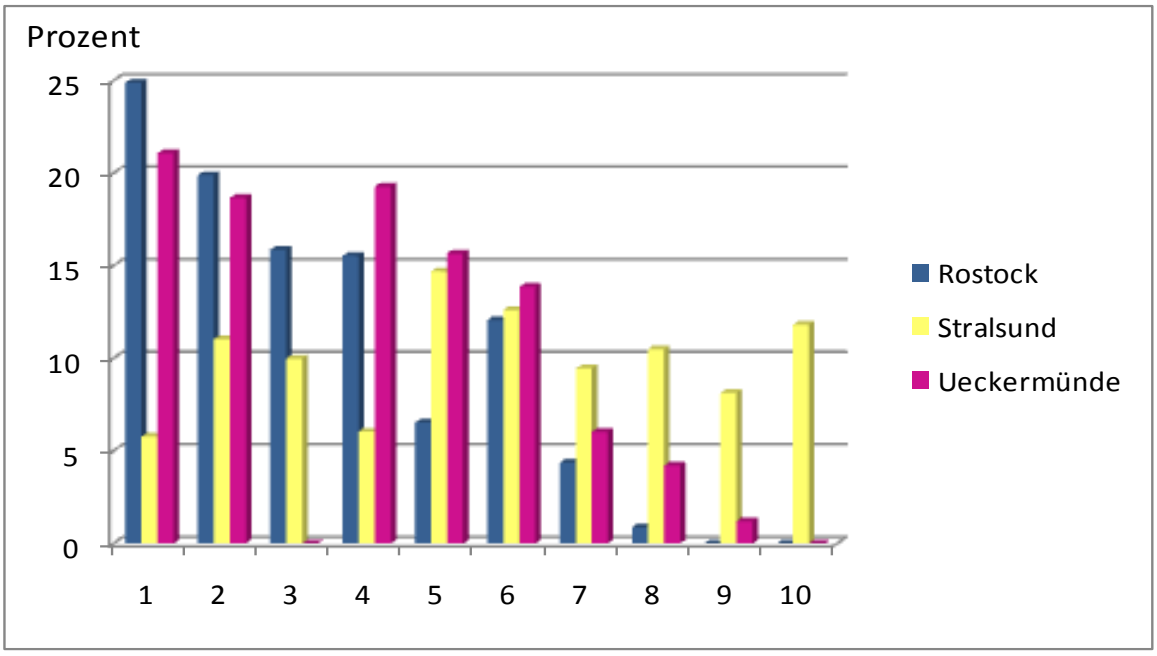


Abbildung 12: Prozentuale Anteile der Lockerungsanträge für die einzelnen Lockerungsstufen an allen Lockerungsanträgen der Kliniken

Die Zahl der meldepflichtigen Vorkommnisse (Runderlass des Justizministeriums und des Sozialministeriums) war innerhalb des Untersuchungszeitraumes gering. Unter Berücksichtigung der Zahl der Patienten sind keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Vorkommnissen zwischen den Kliniken festzustellen.

Tabelle 8: Zahl der meldepflichtigen Vorkommnisse in den Kliniken

Art des Vorkommnisses	Zahl der Vorkommnisse in den Kliniken			
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	Alle Kliniken
Entweichung	2	1	0	3
Entweichungsversuch	1	0	0	1
Nichrückkehr aus einer Lockerung	0	4	0	4
Verdacht auf eine Straftat während der Lockerung	1	0	2	3
Verdacht auf eine Straftat an Mitarbeitern	0	2	1	3
Verdacht des Verstoßes gegen das BtmG	3	0	1	4
Geiselnahme	0	0	0	0
Suizid	0	1	0	1
Suizidversuch	0	0	1	1
Auffinden sicherheitsrelevanter Gegenstände	1	0	3	4
Verursachung von Brandfällen	0	0	0	0
Sonstiges	2	0	0	2
Vorkommnis zu § 40 Abs.5 PsychKG M-V	2	0	0	2
Alle Vorkommnisse in den Kliniken	12	8	8	28

In der Untersuchung wurden Angaben zu der Bewertung von Lockerungsanträgen durch

- 266 Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antrags- und Kontrollebene,
- 71 Vertreter/innen der Wohngruppen,
- 3 Lockerungskonferenzen und
- 3 Chefärzt/innen

der Kliniken für Forensische Psychiatrie analysiert. Die Zahl der Mitarbeiter/innen, die eine Bewertung des Missbrauchsrisikos der Lockerungen abgaben, unterschied sich nach Berufsgruppe und Bewertungsebene.

Tabelle 9: Zahl der bewertenden Mitarbeiter/innen nach Berufsgruppe und Bewertungsebene in den Kliniken

Bewertungsebene/ Berufsgruppe	Zahl der Mitarbeiter/innen			Zahl der Mitarbeiter/innen nach Ebene/Beruf
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
Antrag / Pflege	84	74	49	207
Antrag / Therapeut	21	23	5	49
Kontrolle / Pflege	12	8	10	30
Kontrolle / Therapeut	6	3	5	14
Zahl der Mitarbeiter/innen der Kliniken*	105*	101*	60*	266*

*Die Zahl der Mitarbeiter/innen entspricht nicht der Summe der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene, da die meisten Mitarbeiter/innen, die auf der Kontrollebene bewerten, auch auf der Antragsebene (bei anderen Patienten) tätig werden. Die Mitarbeiter/innen, die auf beiden Ebenen ihre Bewertung abgeben, wurden bei der Summenbildung der Zahl der Mitarbeiter/innen abgezogen.

4.1.2 Befragung zu Einstellungsaspekten

Die Befragung zu den Einstellungen erfolgte in den drei Kliniken für Forensische Psychiatrie Mecklenburg-Vorpommerns. Zudem wurden die Mitarbeiter/innen der Allgemeinpsychiatrischen Kliniken an den Standorten, an denen sich Kliniken für Forensische Psychiatrie befinden (Adressen s. oben), befragt. Daneben erfolgte die Befragung auch bei Mitarbeiter/innen der Klinik für Forensische Psychiatrie Weissenau (Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abteilung Forensische Psychiatrie, Postfach 2044, 88190 Ravensburg). Damit waren die Mitarbeiter/innen von sieben Kliniken in die Befragungen zu Einstellungsaspekten einbezogen.

An der Befragung nahm ein insgesamt repräsentativer Anteil der Mitarbeiter/innen der Kliniken, der sich zwischen den Kliniken unterschied, teil.

Tabelle 10: Zahl und prozentualer Anteil der Mitarbeiter/innen, die an der Befragung teilnahmen, in den Kliniken und Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen der Kliniken

Klinik	Zahl der an der Befragung teilnehmenden Mitarbeiter/innen	Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen der Kliniken	Anteil der an der Befragung teilnehmenden Mitarbeiter/innen an der Gesamtzahl in %
Forensische Psychiatrie Rostock	56	126,00	44,44
Forensische Psychiatrie Stralsund	52	107,30	48,46
Forensische Psychiatrie Ueckermünde	25	83,50	29,94
Forensische Psychiatrie Weissenau	12	89,97	13,34
Allgemeinpsychiatrie Rostock	56	128,76	43,49
Allgemeinpsychiatrie Stralsund	27	148,50	18,18
Allgemeinpsychiatrie Ueckermünde	32	87,01	36,78
Gesamt	260	771,04	33,72

In den Fachkliniken für Forensische Psychiatrie Mecklenburg-Vorpommerns fiel die Teilnahme an der Befragung in der Ueckermünder Klinik und bei den Allgemeinpsychiatrischen in Stralsund am geringsten aus. Der geringste Anteil der Mitarbeiter/innen ist in der Klinik zu verzeichnen, die nicht in Mecklenburg-Vorpommern liegt (Weissenau).

Die Nichtteilnahme von Mitarbeiter/innen an der Befragung ist auf unterschiedliche Motive zurückzuführen. Einige Mitarbeiter/innen äußerten, dass die Befragung eine nicht zumutbare zusätzliche Belastung darstellt oder zu keinem sinnvollen Ergebnis führt, andere befürchteten, dass ihre geäußerten Einstellungen bekannt werden und dann Nachteile für sie mit sich bringen könnten.

Bei der Auswertung der Befragungsergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen unterschied sich die Zahl derjenigen, die in der Auswertung Berücksichtigung finden konnten. Bei einigen Bögen war das entscheidende Auswertungskriterium nicht ausgefüllt (Länge der Berufserfahrung, Berufsausbildung) oder es war nur ein Teil der Fragen beantwortet, die zu diesem Fragenkomplex gehören. Deshalb

unterschieden sich die Zahlen der Befragten nach dem jeweiligen Auswertungskriterium.

Eine direkte Beziehung zwischen Fragebogendaten und Daten der Lockerungsbewertung konnte bei 62 Mitarbeiter/innen hergestellt werden. Ein größerer Teil der Mitarbeiter/innen, die den Fragebogen beantwortet hatten, kennzeichneten den Bogen nicht mit dem in der Lockerungsdatei verwendeten Pseudonym.

Die Auswertung der Antworten erfolgte auch nach Berufsgruppen.

Tabelle 11: Zahl der Mitarbeiter/innen, die an der Befragung in den Kliniken teilnahmen, nach Berufsgruppen

Klinik	Ärzte	Psychologen	Sozialpädagogen	Pflegedienstmitarbeiter	Andere	Gesamt
Forensische Psychiatrie Rostock	9	4	0	33	10	56
Forensische Psychiatrie Stralsund	2	5	1	36	8	52
Forensische Psychiatrie Ueckermünde	4	4	2	8	7	25
Forensische Psychiatrie Weisenau	3	3	0	5	2	13
Allgemeinpsychiatrie Rostock	13	1	3	36	2	55
Allgemeinpsychiatrie Stralsund	10	6	1	10	0	27
Allgemeinpsychiatrie Ueckermünde	7	3	1	15	6	32
Gesamt	48	26	8	143	35	260

Die Mitarbeiter/innen, die als Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes zu bezeichnen sind (Ärzte und Psychologen), beteiligten sich intensiver an der Befragung als die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Prozentanteile der an der Befragung beteiligten Mitarbeiter/innen an der Zahl der Mitarbeiter/innen der Kliniken insgesamt.

Tabelle 12: Prozentuale Anteile der Mitarbeiter/innen, die an der Befragung teilnahmen, an allen Mitarbeiter/innen der Kliniken nach Mitarbeiter/innen des ärztlichen und psychologischen Dienstes sowie des Pflegedienst

Klinik	Ärztl. Dienst	Psycholog. Dienst	Pflegedienst
Forensische Psychiatrie Rostock	100,00	80,00	31,73
Forensische Psychiatrie Stralsund	50,00	100,00	41,52
Forensische Psychiatrie Ueckermünde	100,00	100,00	11,85
Forensische Psychiatrie Weisenau	42,86	75,00	7,52
Allgemeinpsychiatrie Rostock	62,84	25,00	38,51
Allgemeinpsychiatrie Stralsund	62,50	66,67	9,09
Allgemeinpsychiatrie Ueckermünde	53,85	100,00	19,22
Alle Kliniken	65,09	76,47	23,71

Die Angaben zur Berufsausbildung und Berufserfahrung wurden verwendet, um Vergleiche zwischen den Berufsgruppen und Gruppen mit verschiedenem Erfahrungshintergrund durchführen zu können. Diese Vergleiche sollten der Prüfung von Unterschieden bei der Beantwortung der Fragenkomplexe dienen.

4.2 Variablen

4.2.1 Unabhängige Variable

Im Folgenden werden die unabhängigen Variablen genannt und es wird dargestellt, wie sie in der Studie realisiert wurden:

a) Persönlichkeitsmerkmale der Patienten

Im Rahmen der Studie wurden folgende Persönlichkeitsmerkmale erfasst:

- Die Diagnose der Erkrankung, die zur Einweisung in die Klinik führte, wurde durch die Diagnosenummer des ICD 10 erfasst.
- Das Delikt, das zur Einweisung führte, wurde nach dem Paragrafen des Deliktes erfasst.
- Das Alter zum Zeitpunkt des Lockerungsantrages wurde nach dem erfassten Geburtsdatum des Patienten und dem Tag des Lockerungsantrages bestimmt.

b) Klinikzugehörigkeit

Bei allen erfassten Daten wurde gekennzeichnet, welcher Klinik sie zuzuordnen sind.

c) Einstellungen zur Therapie und Kommunikation

Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Kliniken zur Therapie und Kommunikation wurden durch einen Fragebogen erfasst.

c) Spezialisierungsrichtung der Psychiatrie

Die Ergebnisse der Befragung wurden danach gekennzeichnet, ob sie Mitarbeiter/innen der Allgemeinpsychiatrie oder der Forensischen Psychiatrie zuzuordnen sind.

4.2.2 Abhängige Variable

Die abhängige Variable bestand in der Bewertung des Lockerungsrisikos durch die Mitarbeiter/innen der Kliniken. Das Lockerungsrisiko wurde als Zustimmung zum oder Ablehnung des Lockerungsantrages oder als Risikobewertung auf einer Skala von 1 bis 5 für folgende Risikoarten erfasst:

- Risiko der Entweichung (aus der Klinik oder während einer Ausführung) oder das Risiko der Nichtrückkehr (aus einer selbständigen Lockerung),
- Risiko eines Suchtmittelmissbrauchs,
- Risiko der Begehung einer Straftat.

4.3 Untersuchungsplan- und ablauf

4.3.1 Datenerhebung

Die Art der Erfassung der Daten wurde mit dem Datenschutzbeauftragten des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2000 diskutiert. Die Zustimmung des Datenschutzbeauftragten zu einer anonymisierten Erfassung der Daten der Patient/innen und Mitarbeiter/innen erfolgte im September 2001. Ein Votum der Ethikkommission war nicht erforderlich, weil die Datenerhebung anonymisiert erfolgte und durch die Studie keine Änderung der Behandlung der Patienten gefordert oder indirekt provoziert wurde. Die Studie dient der Qualitätssicherung der Behandlung sowie der organisatorischen Abläufe in den Kliniken.

4.3.1.1 Erhebung der Patientendaten und der Daten zur Lockerungsbewertung

Die Datenerhebung, auf der diese Studie basiert, wurde eingeführt, um sicherzustellen, dass die Kriterien, die bei der Bewertung eines Lockerungsantrages zu berücksichtigen sind, in jedem Einzelfall Beachtung finden. Zur Feststellung der Kriterien erfolgte in den Jahren 2000 und 2001 eine Abstimmung zwischen dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern und den Klinikleitungen der Fachkliniken für Forensische Psychiatrie.

Daraus entstand die „Checkliste zur Vergabe von Lockerungen“ (s. Anlage 1). Diese Checkliste ist nach dem Erlass des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern vom 19. September 2002 bei jedem Antrag auf eine Lockerungsstufe durch die Klinikmitarbeiter/innen anzuwenden. Die Beteiligten stimmten darin überein, dass in die Lockerungsentscheidung die gesamte Information einfließen muss, die in der jeweiligen Klinik zum gegenwärtigen Status bekannt ist. Deshalb sind in die Checkliste nicht nur allgemeine Patientendaten eingegangen, sondern auch die Bewertungen aller Mitarbeiter/innen, die an der Behandlung des jeweiligen Patienten unmittelbar beteiligt sind. Da die Mitarbeiter/innen, die aufgrund des Behandlungssettings nah am Patienten sind, befangen sein können, wurden auch Bewertungen der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen, die keinen unmittelbaren Bezug zum Patienten besitzen, in die Checkliste einbezogen. Daraus resultiert eine Bewertung der Lockerungsanträge in 5 Ebenen:

1. Antragsebene

   Der Bezugspfleger und der Bezugstherapeut beschreiben unabhängig voneinander auf der Grundlage von Vorgaben (z. B. Introspektionsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Partnerschaft) die Situation des antragstellenden Patienten. Abschließend bewerten sie das Missbrauchsrisiko, das bei einer Realisierung der beantragten Lockerung besteht, auf einer Skala von 1 bis 5 (sehr gering bis sehr hoch). Die Bewertung erfolgt für die bereits unter Ziffer 2.1.2 genannten Risikoarten (Entweichung bzw. Nichtrückkehr, Suchtmittelmissbrauch, Begehung einer Straftat).

2. Stationsebene

   Die Mitarbeiter/innen der Station, auf der der antragstellende Patient behandelt wird, bewerten den Lockerungsantrag in der Weise, die bereits für die Antragsebene dargestellt wurde.

3. Kontrollebene

   Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes (Arzt, Psychologe), die keinen unmittelbaren Bezug zum Patienten besitzen, bewerten unabhängig voneinander den Lockerungsantrag mit Zustimmung oder Ablehnung (auf der Grundlage der Angaben des Bezugspflegers und des Bezugstherapeuten sowie der Patientenakte).

4. Lockerungskonferenzebene

   Die Mitarbeiter/innen der Antrags- und Kontrollebene, der Sicherheitsbeauftragte, der Pflegedienstleiter und der Chefarzt diskutieren den vorliegenden Antrag auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse und bewerten den Antrag mit Zustimmung oder Ablehnung.

5. Entscheidungsebene

   Der/Die Chefarzt/-ärztin entscheidet den Antrag mit Zustimmung oder Ablehnung, da nach § 13 Abs. 4 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke Mecklenburg-Vorpommern diese Entscheidungen dem leitenden Arzt der Einrichtung obliegt.

Ein wesentlicher Teil der Daten der Checkliste wird regelmäßig aus allen Kliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommerns zusammengeführt, um

- feststellen zu können, ob die Checkliste bei jedem Lockerungsantrag adäquat angewendet wird,
- Daten für häufig auftretende bundesweite Umfragen zur Verfügung zu haben,
- Analysen nach Zusammenhängen von Daten durchführen zu können.

Zur Zusammenführung der Daten aus den Kliniken erfolgte die Erarbeitung einer Exceltabelle. In dieser Tabelle wurde jeder Lockerungsantrag nach dem Pseudonym des antragstellenden Patienten mit den Patientendaten und der Art der Bewertung der beteiligten Mitarbeiter/innen dokumentiert. Damit konnten alle Patientendaten und Daten, die das Lockerungsverfahren betreffen, dieser Tabelle ent-

nommen werden. Nach dem Erlass des Sozialministeriums vom 19. September 2002 haben die Klinikleitungen diese Tabelle seit dem 1. November 2002 zu führen, monatlich zu aktualisieren und zu übermitteln. Da zunächst noch Probleme bei der Eingabe in die Tabelle auftraten, konnten die Daten aus dem Jahr 2002 nicht verwandt werden.

Die Patientenmerkmale Diagnose (die im Maßregelvollzug festgestellt wurde), Delikt (das zur Einweisung in den Maßregelvollzug führte) und Alter (zum Zeitpunkt des Lockerungsantrages) wurden einer differenzierten Auswertung zugeführt. Diese Merkmale wurden ausgewählt, weil sie präzise erfassbar sind und Aussagen dazu ermöglichen, inwieweit

- die Kliniken auf der Grundlage der Art der behandelten Patienten vergleichbar sind und
- Patientenmerkmale Einfluss auf einer Lockerungsentscheidung besitzen.

Die Prognose eines Patienten wird zwar durch eine Vielzahl von Faktoren, die über die drei genannten hinausgehen, bestimmt (s. Kapitel 2.2). Gleichwohl erlauben diese drei Merkmale in Anbetracht der hohen Zahl der untersuchten Lockerungsanträge Feststellungen zur Vergleichbarkeit der Patientengruppen.

4.3.1.2 Datenerhebung zu Einstellungsaspekten

Der Befragung zu Einstellungsaspekten wurde ein von Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg und Schubert entwickelter Fragebogen zur therapeutischen Identität: „Psychotherapeutic Identity (Thld)“ (Übersetzung in Englisch durch Sandell, 2001a) zugrunde gelegt. Sandell et al (2001b, S. 281) geben an, dass der Thld im Jahr 1996 an 316 Therapeuten verschickt wurde, die in der Anfangsstichprobe mindestens einen Patienten (Streubreite 1-11) gehabt hatten. Der Thld verfügt 150 Items, die die folgenden sechs Bereiche betreffen:

a) Schul- und Berufsausbildung,
b) Berufserfahrung,
c) Therapeutische Selbsterfahrung und Ausbildung bzw. Ausbildungen,
d) Therapeutische Ausrichtung,
e) Therapeutische Wertvorstellungen und technisches Vorgehen,
f) Grundauffassungen von Psychotherapie und intrapsychischen Prozessen.

Zudem besteht die Möglichkeit, Meinungen zum Fragebogen darzustellen. Für die Items zu den Buchstaben e und f sind Antwortkategorien von 1 bis 5 vorgegeben. Für diese Teile des Fragebogens führten die Autoren eine Faktorenanalyse durch. Im Ergebnis wurden folgende Faktoren ausgewiesen:

- Zu E1 (therapeutische Wertvorstellungen)
  - Faktor 1: Insight (Einsicht),
  - Faktror 2: Kindness (Freundlichkeit),
  - Faktor 3: Adjustment (Anpassung).
- Zu E2 (technisches Vorgehen)
  - Faktor 1: Neutrality (Neutralität)
  - Faktor 2: Supportiveness (Unterstützung)
  - Faktor 3: Self-doubt (Selbstzweifel)
- Zu F (Grundauffassungen von Psychotherapie und intrapsychischen Prozessen)
  - Faktor 1: Irrationality (Irrationalität),
  - Faktor 2: Artistry (Künstlertum),
  - Faktor 3: Pessimism (Pessimismus).

Zur Befragung in den Kliniken wurde der Fragebogen ins Deutsche übersetzt. Da das Anliegen der Untersuchung darin bestand, alle am Patienten tätigen Berufsgruppen, insbesondere auch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes, nach ihren therapeutischen Einstellungen zu befragen, wurden Items, die ausschließlich auf ausgebildete Psychotherapeuten ausgerichtet waren, z. T. weggelassen. Zudem wurden die Formulierungen der Items so überarbeitet, dass sie auch von nicht mit speziellen psychotherapeutischen Methoden arbeitenden Mitarbeiter/innen beantwortbar sind. Dadurch entstand ein neuer Fragebogen, der im Weiteren als THG (Therapeutische Haltungen, s. Anlage 2) bezeichnet wird. Der THG unterscheidet sich vom Thld in folgenden Punkten:

1. Die Items A 6 bis A8 des Thld wurden im THG weggelassen.
2. Im Thld wird in B1 und B2 speziell nach Psychotherapieausbildungen gefragt. Im THG wird dagegen unter B1 bis B4 um Angaben zu Tätigkeiten in der Psychiatrie insgesamt und speziell in der Forensischen Psychiatrie, der Dauer dieser Tätigkeiten sowie der Zahl der bisher betreuten Patienten gebeten.

Im THG wird unter B5 ein Item formuliert, das sich aus dem Item B3 und dem Teil D des Thld zusammensetzt und an den in den deutschen Kliniken üblichen Therapieformen orientiert ist.

3. Unter B6 wurde im THG das Item B7 des Thld und unter B 7 das Item C2 übernommen. Die Items B4, B5, B6 und B8 aus dem Thld sind im THG entfallen.
4. C1 ist im THG entfallen. C2 ist unter B aufgeführt (s. Buchstabe b).
   Der Teil D des Thld wurde sinngemäß unter Item B6 einbezogen (s. Buchstabe b).

Der THG besteht damit aus folgenden Teilen:
a) Schul- und Berufsausbildung,
b) Berufserfahrung,
c) Therapeutische Wertvorstellungen und technisches Vorgehen,
d) Grundauffassungen von Psychotherapie und intrapsychischen Prozessen.

Zudem wurde die Möglichkeit, Meinungen zum Fragebogen darzustellen, aus dem Thld übernommen. Die betreffenden Items bezogen sich auf folgende Inhalte:

- Bereitschaft Resultate des Fragebogens zu vertiefen und verfolgen,
- Maß der Anregung durch den Fragebogen,
- Ermüdung durch den Fragebogen,
- Schwierigkeit des Fragebogens.

Wesentliche Veränderungen am Thld erfolgten somit in den Teilen Schul- und Berufsausbildung, Berufserfahrung, therapeutische Selbsterfahrung und Ausbildung bzw. Ausbildungen (s. Buchstaben a bis c der Teile des Thld). Die Items des Thld, die zu therapeutischen Wertvorstellungen und das technische Vorgehen sowie zu Grundauffassungen von Psychotherapie und intrapsychischen Prozessen (s. oben Buchstaben e und f) bestehen, wurden dagegen weitgehend (mit Ausnahme von 3 Items, von insgesamt 84 Items) im THG übernommen (s. Buchstaben c und d der Teile des THG).

Die Klinikleitungen erhielten im September 2004 die Fragebögen mit der Bitte, sie ihren Mitarbeiter/innen bekannt zumachen und von ihnen in anonymisierter Form

beantworten zu lassen. Nur in der Klinik für Forensische Psychiatrie Weissenau erfolgte die Befragung zu Beginn des Jahres 2005. Die Mitarbeiter/innen, die auch in der Bewertung der Lockerungen erfasst werden, sollten auf den Fragebögen die gleichen Pseudonyme verwenden, mit denen sie auch in der Lockerungsdatei auftraten.

4.3.2 Datenauswertung

4.3.2.1 Art der Lockerungsentscheidung

Die in der Datenerhebung gewonnenen Daten zur Häufigkeit von Zustimmungen und Ablehnungen von Lockerungsanträgen in den Kliniken wurden tabellarisch zusammengestellt. Zudem erfolgte die Berechnung der prozentualen Anteile der Ablehnungen von Lockerungen an den Lockerungsentscheidungen in der jeweiligen Klinik.

Um feststellen zu können, ob ggf. bestehende Unterschiede bei der Art der Lockerungsentscheidung auf

- die Zahl der Lockerungsanträge pro Maßregelvollzugspatient und/oder
- den Anteil der Patienten mit einem Lockerungsantrag an den Maßregelvollzugspatienten insgesamt

zurückzuführen sind, wurden die Häufigkeitsverteilungen auch nach diesen Kriterien zwischen den Kliniken verglichen. Zudem erfolgte die Berechnung der Lockerungshäufigkeit pro Patienten (Zahl der Lockerungsanträge dividiert durch die Zahl der Patienten in der jeweiligen Klinik) und des prozentualen Anteils der Patienten mit einem Lockerungsantrag an den Maßregelvollzugspatienten insgesamt.

4.3.2.2 Zusammenhang von Patientendaten mit der Bewertung von Lockerungsanträgen

Um festzustellen, inwieweit Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Lockerungsanträge und den Patientenmerkmalen bestehen, wurden die Zustimmungen zu den Lockerungsanträgen zwischen den Kliniken verglichen.

Da die Einzeldaten der Patientenmerkmale keinen anschaulichen Überblick und keinen statistischen Prüfansatz zuließen, wurden zur Auswertung der Daten

Gruppen gebildet. Die Diagnose- und Deliktgruppen wurden auf der Basis der Gruppeneinteilungen von Leygraf (1988, S. 13-15) und des „Kerndatensatzes der Länder“ (AG Psychiatrie, 2009) gebildet. Damit ist eine Vergleichbarkeit der Daten der Studie mit den Daten des „Kerndatensatzes“ gegeben. Folgende Gruppen wurden für die Auswertung der Daten gebildet:

a) Diagnosegruppen

Nr.	Bezeichnung der Diagnosegruppegruppe	ICD-10 Nummer
1.	hirnorganische Störung	F0
2.	schizophrene Störung	F2
3.	affektive Störung	F3
4.	Persönlichkeitsstörung	F60-63
5.	Intelligenzminderung	F7
6.	primäre Sucht	F1
7.	Störungen der sexuellen Orientierung	F65-66
8.	Persönlichkeitsstörung und Sucht	F60-63, F1
9.	Persönlichkeitsstörung und Störung der sexuellen Orientierung	F60-63, F65-66
10.	Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	F60-63, F7
11.	schizophrene Stör. und Sucht	F2, F1
12.	schizophrene Störung und Störung der sexuellen Orientierung	F2, F65-F66
13.	schizophrene Störung und intellektuelle Minderbegabung	F2, F7
14.	intellektuelle Minderbegabung und Sucht	F7, F1
15.	intellektuelle Minderbegabung und Störung der sexuellen Orientierung	F7, F65-66
16.	sonstige Diagnosen	

b) Deliktgruppen

Nr.	Deliktgruppe	Norm
1.	Straftaten gegen das Leben (außer Sexualdelikte)	§§ 211 bis 213 StGB
2.	Brandstiftungsdelikte	§§ 306 StGB
3.	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	§§ 174, 176 StGB
4.	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	§§ 177 bis 179 StGB
5.	Körperverletzung	§§ 223 bis 227 StGB
6.	Raub und Erpressung	§§ 249, 252, 255 StGB
7.	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	§ 239 StGB
8.	Diebstahl und Unterschlagung	§§ 242 -244 StGB
9.	Verstoß gegen das BtMG	§ 29 BtMG
10.	sonstige Delikte	z. B. §§ 303, 315c, 316 StGB

c) Altersgruppen (AG)

- AG 1: bis 28 Jahre,
- AG 2: 29 bis 39 Jahre,
- AG 3: 40 Jahre und älter.

Die Altersspanne für die AG 1 lehnte sich an die Regelung in § 7 SGB VIII an, wonach das Alter eines jungen Volljährigen zwischen dem 18. und dem 27. Lebensjahr liegt. Zudem wurde diese AG mit dieser Altersspanne festgelegt, um die Kompatibilität der Daten mit einer bereits erfolgen Untersuchung in den Kliniken für Forensische Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern zu gewährleisten. Zwischen AG 2 und AG 3 sollte ein Altersabstand liegen, der eine neue Lebensphase kennzeichnet. Daneben sollten Gruppen entstehen, die zahlenmäßig in etwa ausgewogen sind. Bei der Festlegung einer Altersgruppe mit Patienten, die älter als 50 Jahre sind, wäre nur eine sehr kleine Gruppe entstanden.

Es war zunächst festzustellen, wie sich die Patientenmerkmale auf die Kliniken verteilen. Dazu wurden die Daten mit Hilfe von Pivottabellen nach den jeweiligen Merkmalen und Kliniken zusammengefasst. Da sich die Patientenzahlen in den Kliniken erheblich unterscheiden, mussten die Prozentanteile der jeweiligen Gruppen an der Gesamtzahl der Patienten in den Kliniken errechnet werden, um die Verteilungen der Patientengruppen der Kliniken untereinander vergleichen zu können.

Zwischen der Rostocker Klinik und den anderen beiden Kliniken lagen erhebliche Unterschiede bei den Diagnosen und den Delikten aufgrund der unterschiedlichen Einweisungsvoraussetzungen vor. Die Unterschiede in der Verteilung waren so groß, dass eine statische Prüfung auch bei einer Zusammenfassung von Gruppen nicht möglich war (die zu vergleichenden Gruppen wären auf der einen oder der anderen Seite zu gering besetzt). Dagegen konnte beim Vergleich der Stralsunder mit der Ueckermünder Klinik nur durch einen statistischen Test festgestellt werden, ob die Patientenmerkmale gleich verteilt sind. Bei der dazu erforderlichen Gruppenbildung war zu beachten, dass die notwendige Voraussetzung für die Anwendung des Testverfahrens entsteht (Erwartungswert von mindestens 5). Auf

der Grundlage von fachlichen Zusammenhängen wurden die Gruppen wie folgt gebildet:

- Diagnosen

  Die Gruppen „affektive Störung“ (s. oben Gruppen-Nr. 3), schizophrene Störung und Störung der sexuellen Orientierung (s. oben Gruppen-Nr. 12) und sonstige Diagnosen (s. oben Gruppen-Nr. 16) fanden keine weitere Berücksichtigung, da diese Gruppen nicht oder nur mit 1 besetzt waren. Die nachstehenden Gruppen wurden gebildet:

  - hirnorganische Störung + Intelligenzminderung + Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung + intellektuelle Minderbegabung und Störung der sexuelle Orientierung + intellektuelle Minderbegabung und Sucht (s. oben Gruppen-Nr. 1+5+10+14+15),
  - schizophrene Störung + schizophrene Störung und intellektuelle Minderbegabung (s. oben Gruppen-Nr. 2+13),
  - Persönlichkeitsstörung + Störungen der sexuellen Orientierung + Persönlichkeitsstörung und Störung der sexuellen Orientierung (s. oben Gruppen-Nr. 4+7+9),
  - primäre Sucht + Persönlichkeitsstörung und Sucht + schizophrene Störung und Sucht (s. oben Gruppen-Nr. 6+8+11),

- Delikte

  Die Gruppen Straftaten gegen die persönliche Freiheit (s. oben Gruppen-Nr. 7) und Verstoß gegen das BtMG (s. oben Gruppen-Nr. 9) fanden keine weitere Berücksichtigung, da sie nicht mit Daten besetzt waren. Die Gruppe sonstige Delikte (s. oben Gruppen-Nr. 10) wurde nicht in die Zusammenfassung aufgenommen, da sie nicht zu einer anderen Gruppe zugeordnet werden konnte. Zudem war hier davon auszugehen, dass die weitere Auswertung nicht durch die Herausnahme dieser Daten beeinflusst wird, da die Zahl der Daten in dieser Gruppe gering und die Verteilung zwischen den Kliniken ähnlich war (5 in der Stralsunder Klinik bei einer Fallzahl 134 und 3 in der Ueckermünder Klinik bei einer Fallzahl von 84). Damit verringerte sich die Gesamtzahl der Delikte in dieser Form der Auswertung um 8. Die Gruppen Raub und Erpressung (s. oben Gruppen-Nr. 6) sowie Diebstahl und Unterschlagung (s. oben Gruppen-Nr. 8) wurden zusammengefasst. Damit entstanden folgende Gruppen:

  - Straftaten gegen das Leben (s. oben Gruppen-Nr. 1),

- Brandstiftungsdelikte (s. oben Gruppen-Nr. 2),
- Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern (s. oben Gruppen-Nr. 3),
- Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern (s. oben Gruppen-Nr. 4),
- Körperverletzung (s. oben Gruppen-Nr. 5),
- Raub und Erpressung + Diebstahl und Unterschlagung (s. oben Gruppen-Nr. 6+8).

Um feststellen zu können, inwieweit gegebenenfalls bestehende Unterschiede in der Bewertung von Lockerungsanträgen zwischen den Kliniken auf die Art der Verteilung der Patientenmerkmale bezogen auf

a) alle Maßregelvollzugspatienten,
b) die Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag und
c) alle Lockerungsanträge

zurückzuführen sind, wurden hier ebenfalls statistische Prüfungen vorgenommen.

Daneben wurde geprüft, ob sich

- der Anteil der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag an allen Maßregelvollzugspatienten und
- die Zahl der Lockerungen pro Maßregelvollzugspatienten

zwischen den Kliniken unterschieden.

4.3.2.3 Bewertung der Lockerungsanträge nach Berufsgruppen und Bewertungsebene

Zur Feststellung der Häufigkeit der Bewertungen auf den einzelnen Skalenstufen wurden Pivottabellen auf der Grundlage der unter Kapitel 4.2.1.1 beschriebene Exceltabelle gebildet.

Auf der Antragsebene und der Kontrollebene sollte zudem geprüft werden, inwieweit Unterschiede in der Bewertung zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und der Therapie (Ärzte und Psychologen) auftreten.

Für die Antrags- und Wohngruppenebene erfolgte die Auswertung nach einer fünfstufigen Skala, getrennt nach den einzelnen Risikoarten, um die Höhe der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Kliniken vergleichen zu können.

Auf der Kontrollebene, der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene wurde die Bewertung des Risikos nicht auf einer mehrstufigen Skala, sondern alternativ als Zustimmung oder Ablehnung vorgenommen. Um ein statisches Prüfverfahren anwenden zu können, wurde der Zustimmung der Zahlenwert 1 und der Ablehnung der Zahlenwert 2 zugeordnet.

Zum Vergleich

- aller Bewertungsebenen,
- der Antrags- mit der Kontrollebene und
- der Wohngruppenebene mit der Lockerungskonferenz

wurden die Bewertungen auf der Antragsebene und der Wohngruppenebene nach der fünfstufigen Skala in eine Bewertung nach Zustimmung und Ablehnung umgewandelt. Bewertungen auf den Stufen 1 und 2 (sehr geringes und geringes Risiko) galten als Zustimmung und auf den Stufen 4 und 5 (hohes und sehr hohes Risiko) als Ablehnung. Bewertungen auf der Stufe 3 (mittleres Risiko) wurden den Ablehnungen zugerechnet, da diese Wahl bei einer Entscheidungsunsicherheit in Anbetracht der möglichen Konsequenzen einer Fehlentscheidung wahrscheinlicher ist. Dieses Vorgehen war nur unter Summierung der Lockerungsbewertung nach allen Risikoarten auf der Antrags- und Wohngruppenebene möglich, da auf der Kontrollebene, der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene nicht nach Risikoarten unterschieden wurde.

Beim Vergleich der Bewertungen auf der Antragsebene mit den Bewertungen der der Wohngruppen wurden auf der Antragsebene nur die Mitarbeiter/innen der Pflege herangezogen, weil auch die Bewertungen der Wohngruppen ausschließlich von Mitarbeiter/innen der Pflege erfolgten. Die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes waren in diese Bewertungen nicht einbezogen, da sie wohngruppenübergreifend arbeiten.

Die Antragsebene wurde mit der Kontrollebene verglichen, da es sich in beiden Fällen um Bewertungen von Einzelpersonen handelt, die eine Ausbildung in der Pflege oder als Therapeut abgeschlossen haben. Insofern unterscheidet nur die Distanz zum Patienten.

Die Wohngruppenebene wurde mit der Lockerungskonferenz verglichen, da es sich in beiden Fällen um Gruppenentscheidungen handelt. Die Gruppen unterscheiden sich darin, dass in der Lockerungskonferenz mehr Distanz zum Patienten besteht und in der Lockerungskonferenz Mitarbeiter/innen mit verschiedenen Berufen und mehr Verantwortung für die Entscheidung vertreten sind, während in die Wohngruppenebene nur durch Mitarbeiter/innen der Pflege vertreten wird.

Der Vergleich aller Ebenen ermöglicht eine Übersicht über den Verlauf des Entscheidungsprozesses in den Kliniken.

4.3.2.4 Einstellungsaspekte nach Berufs- und Erfahrungsgruppen sowie nach Kliniken

Die Antworten wurden nach Befragtem und Item in eine Exceltabelle eingetragen. Diese Exceltabelle diente als Basis für die statistische Auswertung der Fragebögen. Vergleiche im Antwortverhalten erfolgten zwischen

- den Kliniken unter Berücksichtigung aller Mitarbeiter/innen,
- der Allgemeinpsychiatrie und der Forensische Psychiatrie,
- den Mitarbeiter/innen der Pflege und der Therapie aller Kliniken sowie zwischen den Kliniken nach diesen Berufsgruppen,
- den Mitarbeiter/innen mit höherer und geringerer Berufserfahrung aller Kliniken sowie zwischen den Kliniken nach diesen Erfahrungsgruppen.

Um die Berufserfahrung vergleichen zu können, wurden drei Gruppen gebildet:

- Berufserfahrung in der Psychiatrie von weniger/gleich 3 Jahren,
- Berufserfahrung in der Psychiatrie von mehr als 3 und weniger/gleich 10 Jahren,
- Berufserfahrung in der Psychiatrie von mehr als 10 Jahren.

Die Gruppenbildung erfolgte so, dass Berufsanfänger von erfahrenen Mitarbeiter/innen und Routiniers unterschieden werden können. Zudem sollten Gruppengrößen entstehen, die einer statistischen Auswertung zugänglich sind.

Die Auswertung der Daten zu den Berufsgruppen konzentrierte sich auf den Vergleich zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege mit denen des therapeutischen

Dienstes (Ärzte und Psychologen), da dadurch der Bezug zu der Art der Bewertung im Lockerungsverfahren hergestellt werden konnte. Aussagefähige Vergleiche der anderen Berufsgruppen waren ohnehin nicht möglich, da ihre Zahl zu gering ist.

Die Zahl der in die Auswertung einbezogenen Antworten schwankt zwischen den Auswertungen nach Berufsgruppen und Alter sowie nach den Faktoren, weil einige Teilnehmer/innen an der Befragung die Zeit der Berufserfahrung oder den Beruf nicht angaben oder Fragen, die für die Auswertung des jeweiligen Faktors relevant sind, nicht beantworteten.

Zudem wurden Items des Fragebogens ausgewertet, in denen die Mitarbeiter/innen ihre Meinung zum Fragebogen zum Ausdruck brachten. Bei dem ersten Item erfolgte die Auswertung auf der Grundlage der Antwortkategorien „Ja, Nein, Ich weiß nicht“. Die Beantwortung der weiteren drei Items basierte auf einer Skala von 1 bis 5 (Prinzip: 1= trifft zu, 5= trifft nicht zu). Bei diesen Items wurde tabellarisch zusammengestellt, wie viele Mitarbeiter/innen sich für welchen Skalenwert entschieden haben. Danach erfolgte eine Umrechnung der Häufigkeit der Beantwortung nach den Skalenwerten in prozentuale Anteilen. Zudem wurde für die Antworten der Mitarbeiter/innen einer Klinik der Mittelwert errechnet.

4.3.2.5 Einstellungsaspekte und Bewertung von Lockerungsanträgen

Bei den Mitarbeiter/innen, die den Fragebogen mit dem gleichen Pseudonym gekennzeichnet haben, mit dem sie auch in der Lockerungsdatei aufgetreten sind, sollte geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen Einstellungen, die im Fragebogen geäußert wurden, und der Art der Lockerungsbewertung bestand.

Dazu wurden alle Bewertungen des jeweiligen Mitarbeiters herangezogen, die er auf der Antragsebene abgegeben hatte. Getrennt davon wurden die Mittelwerte der Mitarbeiter/innen auf der Kontrollebene berechnet. Da einige Mitarbeiter sowohl auf der Antrags- als auch auf der Kontrollebene Bewertungen abgaben, überstieg die Summe der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene die Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen, die den Fragebogen beantwortet haben.

Die Art des Zusammenhangs zwischen den Daten der Lockerungsdatei und dem Antwortverhalten zu den Einstellungen wurden nach Bewertungsebene und Berufsgruppe geprüft:

- Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen der Pflege und der Therapie auf der Antrags- sowie auf der Kontrollebene,
- Lockerungsbewertungen aller Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und der Kontrollebene,
- Lockerungsbewertungen aller Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und der Kontrollebene innerhalb der jeweiligen Klinik.

4.3.2.6 Statistische Verfahren

Im Rahmen der Studie ergab sich aus zwei Gründen eine erhöhte Anzahl von Signifikanzprüfungen. Zum einen beziehen sich die Testverfahren auf zwei Datenkomplexe, die unabhängig voneinander zu erfassen und zu werten waren (Daten aus der Lockerungsdokumentation und aus der Befragung zu Einstellungsaspekten). Zum anderen wurde die größte Zahl der Tests durchgeführt, um mögliche Erklärungsansätze für die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zu eruieren. Diese Testergebnisse sollten nicht als Beweis im Rahmen der Hypothesenprüfung selbst angeführt werden, sondern nur exploratorischen Charakter besitzen.

Aus diesen Gründen wurde keine α-Fehler-Adjustierung vorgenommen. Eine α-Fehler-Adjustierung ist geboten, wenn eine hohe Zahl von Signifikanzprüfungen durchgeführt wird, da damit die Wahrscheinlichkeit steigt, dass mindestens einer der Tests signifikant wird (Bortz et al, 2000, S. 48). Der Logik des Signifikanztests folgend ist davon auszugehen, dass bei einem signifikanten Ergebnis ($\alpha = 0{,}05$) die Nullhypothese (Stichproben entstammen aus der gleichen Grundgesamtheit) mit einer 5-prozentigen Wahrscheinlichkeit zu Unrecht verworfen wird. Wenn in einer Untersuchung z. B. 100 Signifikanztests durchgeführt wurden, ist aus dem Signifikanzkonzept zu folgern, dass rein zufällig ca. 5 Tests signifikant ausfallen. Um in dieser Situation korrekt entscheiden zu können, ist ggf. eine α-Fehler-Adjustierung bzw. eine α-Fehler-Korrektur erforderlich.

Die Häufigkeitsverteilungen der Art der Lockerungsentscheidung (s. Kapitel 4.3.2.1) sowie der Diagnose-, Delikt- und Altersgruppen (s. Kapitel 4.3.2.2) wurden mit dem Chi²-Testes nach Kruskal und Wallis geprüft.

Zur Prüfung der Unterschiede der Häufigkeit der Bewertungen auf den einzelnen Skalenstufen zwischen den Bewertungsebenen und den Berufsgruppen (s. Kapitel 4.3.2.3) wurde der H-Test herangezogen. Die Varianzanalyse konnte nicht eingesetzt werden, weil die Verteilung der Häufigkeit der Bewertungen stets schief war (sehr hohe Häufigkeiten bei den Skalenstufen werten 1 bis 3 und sehr geringe Häufigkeiten bei den Skalenstufen 4 bis 5).

Die Antworten der folgenden Abschnitte des Fragebogens wurden einer Faktorenanalyse unterzogen:

- Therapeutische Wertvorstellungen,
- Technisches Vorgehen,
- Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit.

Die Faktorenanalyse wurde nach dem Hauptachsenmodell und anschließender Rotation nach dem Varimax-Kriterium mit Kaiser-Normalisierung durchgeführt. Aus der rotierten Faktorenlösung ergaben sich die Faktorscores. Zur Auswahl der Anzahl der Faktoren wurde Scree-Test verwendet. Zudem erfolgte eine inhaltliche Sichtung und eine Orientierung an der Originalversion von Sandell et al (2004). Da sich zum Teil Unterschiede zwischen der Faktorenanalyse von Sandell et al zeigten, basierte das weitere Vorgehen auf der im Rahmen dieser Studie erfolgten Faktorenanalyse. Zu diesen Faktoren wurden Summenscores aus den Items gebildet, die im jeweiligen Faktor hoch laden. Danach wurde geprüft, inwieweit Unterschiede zwischen den Summenscores den zu vergleichenden Gruppen (s. Kapitel 4.3.2.4) bestehen.

Die Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes aller Kliniken wurden ebenso wie die Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen aller Kliniken durch eine Varianzanalyse geprüft. Der therapeutische Dienst setzt sich aus Ärzten und Psychologen zusammen. Andere Berufsgruppen gehen bei den Erfahrungsgruppen mit ein, wer-

den aber nicht bei den Berufsgruppen ausgewertet, weil die Anzahl innerhalb der Gruppen zu gering ist.

Zur Prüfung der Unterschiede zwischen den Kliniken wurde der H-Test eingesetzt. Diese Prüfung erfolgte nur, um Erklärungsansätze zu eruieren.

Zur Feststellung des unmittelbaren Zusammenhangs zwischen den Daten der Lockerungsdatei und dem Antwortverhalten beim Fragebogen wurden bei den Mitarbeiter/innen, bei denen eine Zuordnung der Fragebogendaten zu den Lockerungsdaten möglich war (s. Kapitel 4.3.2.5), zunächst Mittelwerte aus den vorliegenden Lockerungsbewertungen gebildet. Im nächsten Schritt wurde die Korrelation der Summenscores der Faktoren der Fragebogenkomplexe mit den Mittelwerten der Lockerungsbewertung der Mitarbeiter/innen berechnet. Die Berechnung erfolgte durch den Korrelationskoeffizienten nach Spearman, da keine Normalverteilung vorlag.

5 Ergebnisse

5.1 Lockerungsentscheidungen in den Kliniken

Insgesamt wurden 1467 Lockerungsanträge von den Mitarbeiter/innen der Kliniken für Forensische Psychiatrie bewertet. Die meisten Lockerungsanträge waren in der Rostocker Klinik festzustellen.

Tabelle 13: Zahl der Lockerungsanträge sowie der Entscheidung der Lockerungsanträge nach Zustimmungen und Ablehnung

Klinik	Lockerungsanträge	Zustimmungen	Ablehnungen
Rostock	920	739	181
Stralsund	381	361	20
Ueckermünde	166	143	23
Alle Kliniken	1467	1243	224

Bei Berücksichtigung der Zahl der Entscheidungen in der jeweiligen Klinik zeigte sich, dass der Anteil der Ablehnungen in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Stralsunder Klinik am geringsten war.

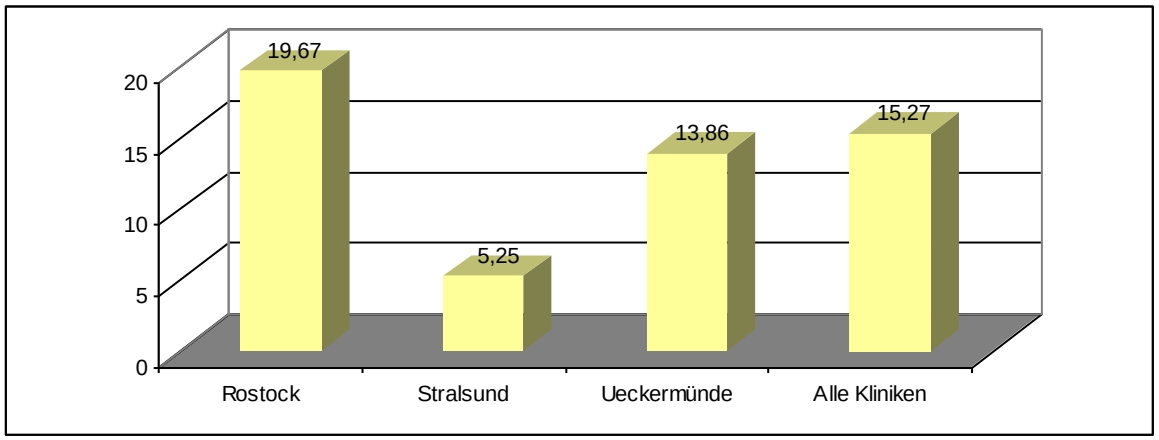


Abbildung 13: Prozentualer Anteil der Ablehnungen von Lockerungsanträgen an den gesamten Antragsentscheidungen

Im Chi²-Test wurde in der Verteilung der Zustimmungen und Ablehnungen zwischen den Kliniken ein signifikanter Unterschied festgestellt (Chi²=43,62; p<0,001; n=1467; f=2). Der Unterschied der Verteilung erwies sich zwischen

- der Rostocker und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=42,91; p<0,001; n=1301; f=1),

- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (Chi^2=3,12; p>0,05; n=1086; f=1),
- der Ueckermünder und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi^2=11,82; p<0,001; n=547; f=1).

a) Häufigkeit von Lockerungsanträgen

Die Zahl der Lockerungsanträge und der Lockerungsanträge pro Patient lag in der Rostocker Klinik weit über der der anderen Kliniken.

Tabelle 14: Zahl der Lockerungsanträge der Patienten mit einem Lockrungsantrag sowie der Lockerungsanträge pro Patient in den Kliniken

Klinik	Zahl der Lockerungsanträge	Zahl der Patienten
Rostock	920	295
Stralsund	381	134
Ueckermünde	166	84
Alle Kliniken	1467	513

Die Zahl der Lockerungsanträge pro Patient liegt in der Stralsunder Klinik nicht wesentlich unter der der Rostocker Klinik.

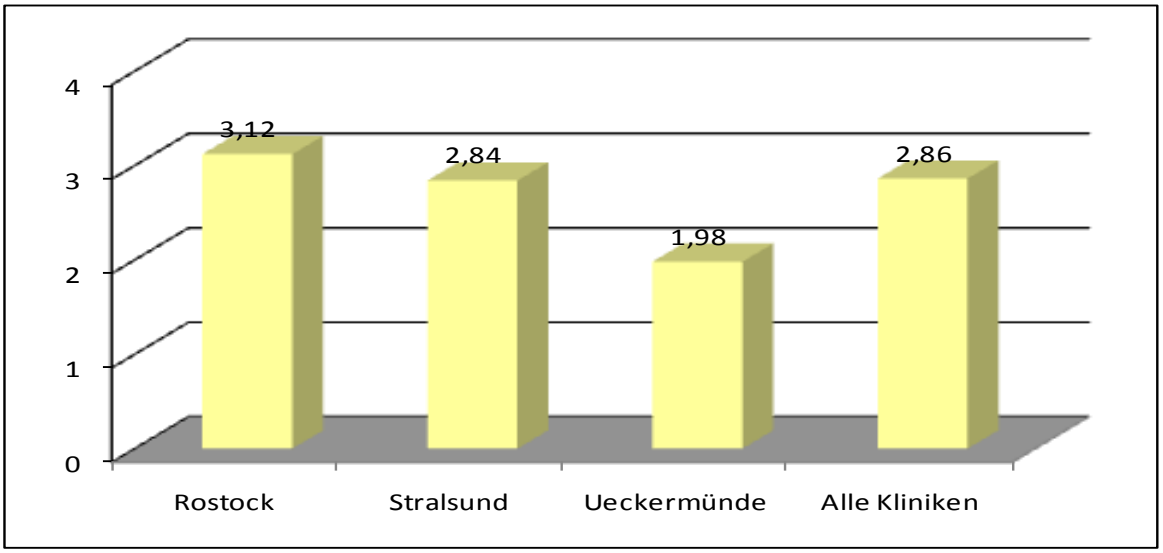


Abbildung 14: Zahl der Lockerungsanträge pro Patient

Im Chi^2-Test wurde in der Verteilung von Patienten und Lockerungsanträgen zwischen den Kliniken ein signifikanter Unterschied festgestellt (Chi^2=9,39; p<0,05; n=1980; f=2). Der Unterschied der Verteilung erwies sich zwischen

- der Rostocker und der Stralsunder Klinik als nicht signifikant (Chi^2=0,59, p>0,05; n=1730; f=1),

- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi^2=9,39; p<0,01; n=1465; f=1),
- der Ueckermüder und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi^2=4,75; p<0,05; n=765; f=1).

b) Häufigkeit von Patienten mit Lockerungsanträgen

In der Rostocker Klinik war die Zahl der Maßregelvollzugspatienten insgesamt und der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten.

Tabelle 15: Zahl der gesamten Maßregelvollzugspatienten und der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag

Klinik	Zahl der Patienten insgesamt	Zahl der Patienten mit einem Lockerungsantrag
Rostock	295	200
Stralsund	134	96
Ueckermünde	84	62
Alle Kliniken	513	358

Der Anteil der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag war in der Ueckermünder Klinik am höchsten und in der Rostocker Klinik am geringsten.

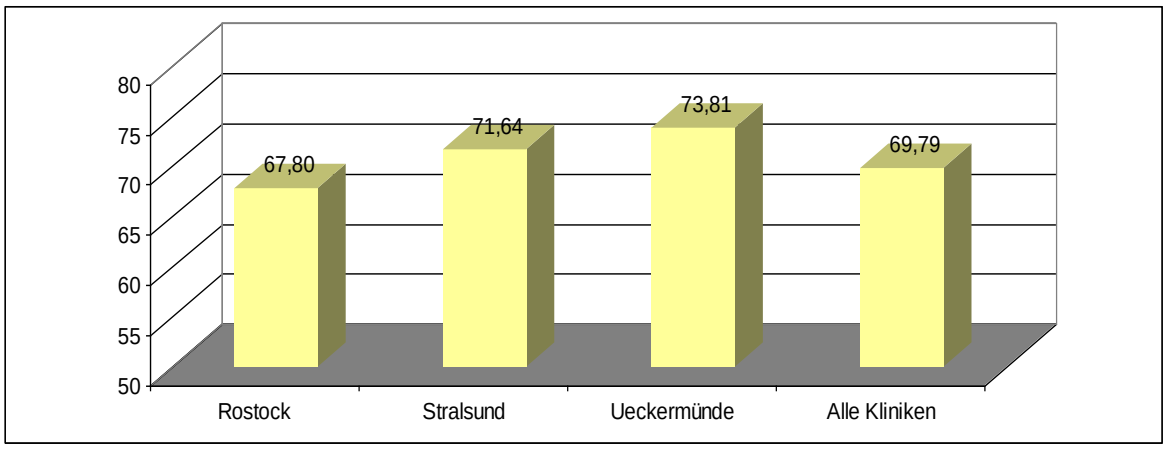


Abbildung 15: Prozentualer Anteil der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag an den Maßregelvollzugspatienten insgesamt in den Kliniken

Im Chi^2-Test wurde zwischen den Kliniken kein signifikanter Unterschied in den Verteilungen der insgesamt eingewiesenen Maßregelvollzugspatienten und der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag festgestellt (Chi^2=0,25; p>0,05; n=871; f=2).

5.2 Zusammenhang von Patientenmerkmalen mit der Bewertung von Lockerungsanträgen

5.2.1 Diagnosen

5.2.1.1 Alle Maßregelvollzugspatienten

Die Verteilung der Diagnosen aller Maßregelvollzugspatienten zeigt deutlich, dass in der Rostocker Klinik entsprechend ihrer Aufgabenstellung Störungen, die mit einer Suchterkrankung im Zusammenhang stehen (87,50%) dominieren. Diese Verteilung steht im Gegensatz zu den Verteilungen in den anderen beiden Kliniken (Suchterkrankungen: 23,96% bzw. 24,19%). Zwischen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik zeigt sich kein eindeutiger Unterschied in der Verteilung der Diagnosen.

Tabelle 16: Zahl der Maßregelvollzugspatienten nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Diagnosegruppen an der Gesamtzahl der Diagnosen (in Klammern) in den Kliniken

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Patienten und Anteile der Diagnosengruppen (in %)			Diagnosen der Gruppe
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	F0	hirnorganische Störung	0 (0,00)	8 (5,97)	3 (3,57)	11 (2,14)
2	F2	schizophrene Störung	1 (0,34)	25 (18,66)	7 (8,33)	33 (6,43)
3	F3	affektive Störung	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
4	F60-63	Persönlichkeitsstörung	3 (1,02)	19 (14,18)	13 (15,48)	35 (6,82)
5	F7	Intelligenzminderung	5 (1,69)	11 (8,21)	7 (8,33)	23 (4,48)
6	F1	primäre Sucht	169 (57,29)	14 (10,45)	2 (2,38)	185 (36,06)
7	F65-66	Störungen der sexuellen Orientierung	1 (0,34)	2 (1,49)	6 (7,14)	9 (1,75)
8	F60-63, F1	Persönlichkeitsstörung und Sucht	84 (28,47)	12(8,96)	15 (17,86)	111 (21,64)
9	F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung und Störung der sex. Orientierung	0 (0,00)	13 (9,70)	8 (9,52)	21 (4,09)
10	F60-63, F7	Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	2 (0,68)	5 (3,73)	7 (8,33)	14 (2,73)
11	F2, F1	schizophrene Stör. und Sucht	5 (1,69)	11 (8,21)	5 (5,95)	21 (4,09)
12	F2, F65-F66	schizo. Störung und Stör. sex. Orientierung	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
13	F2, F7	schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung	0 (0,00)	1 (0,75)	1 (1,19)	2 (0,39)
14	F7, F1	intellekt. Minderbegabung und Sucht	21 (7,12)	7 (5,22)	7 (8,33)	35 (6,82)
15	F7, F65-66	intellekt. Minderbega-bung und Stör. d. sex. Orient.	0 (0,00)	6 (4,48)	2 (2,38)	8 (1,56)
16		sonst. Diagnosen	4 (1,36)	0 (0,00)	1 (1,19)	5 (0,97)
Diagnosen in den Kliniken (Summe der Prozentwerte)			295 (100)	134 (100)	84 (100)	513 (100)

Bei der Zusammenfassung der Diagnosegruppen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik zur Durchführung des Chi²-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnoseverteilungen dieser beiden Kliniken (Chi²=4,32; p>0,05; n=217; f=3).

Tabelle 17: Zahl der Maßregelvollzugspatienten der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik nach zusammengefassten Diagnosegruppen zum Chi²-Test

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Diagnosen in den Kliniken		Diagnosen pro Gruppe
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Stralsund	Ueckemünde	
1+5+14+15+10	F0, F7, F7/F65-667 F7, F1	hirnorganische Störung/ Intelligenzminderung/ intellekt. Minderbega-bung und Stör. d. sex. Orient./ intellekt. Minderbegabung und Sucht	37	26	63
2+13	F2, F2/F7	schizophrene Störung/ schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung / Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	26	8	34
4+7+9	F60-63/ F65-66/ F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung/ Störungen der sexuellen Orientierung / Persönlichkeitsstörung und Störung der sex. Orient	34	27	61
6+8+11	F1/ F60-63, F1/ F2, F1	primäre Sucht/ Persönlichkeitsstörung und Sucht/ schizophrene Stör. und Sucht	37	22	59
Diagnosen in den Kliniken			134	83	217

5.2.1.2 Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag

In der Rostocker Klinik steht der weit überwiegende Anteil der Störungen bei Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einer Suchterkrankung (95,00%), während diese Störungen in der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik einen wesentlich geringeren Anteil an den Gesamtdiagnosen besaß (29,17% bzw. 33,88%). Damit ist erwartungsgemäß ein eindeutiger Unterschied der Diagnoseverteilung der Rostocker Klinik zu den anderen beiden Kliniken festzustellen. Dagegen zeigen sich beim Vergleich der Verteilung der Diagnosegruppen zwischen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik Ähnlichkeiten.

Tabelle 18: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Diagnosegruppen an der Zahl der Patienten mit einem Lockerungsantrag (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde)

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Diagnosen in den Kliniken und Anteile der Diagnosegruppen an den Patienten mit Antrag (in %)			Diagnosen der Gruppe
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	F0	hirnorganische Störung	- (0,00)	8 (8,33)	1 (1,61)	9 (2,51)
2	F2	schizophrene Störung	1 (0,50)	16 (16,67)	5 (8,06)	22 (6,15)
3	F3	affektive Störung	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)
4	F60-63	Persönlichkeitsstörung	2 (1,00)	13 (13,54)	9 (14,52)	24 (6,70)
5	F7	Intelligenzminderung	2 (1,00)	6 (6,25)	6 (9,68)	14 (3,91)
6	F1	primäre Sucht	110 (55,00)	6 (6,25)	2 (3,23)	118 (32,96)
7	F65-66	Störungen der sexuellen Orientierung	0 (0,00)	1 (1,04)	3 (4,84)	4 (1,12)
8	F60-63, F1	Persönlichkeitsstörung und Sucht	60 (30,00)	7 (7,29)	9 (14,52)	76 (21,23)
9	F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung und Störung der sex.Orient.	- (0,00)	12 (12,50)	8 (12,90)	20 (5,59)
10	F60-63, F7	Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	2 (1,00)	5 (5,21)	6 (9,68)	13 (3,63)
11	F2, F1	schizophrene Stör. und Sucht	5 (2,50)	10 (10,42)	4 (6,45)	19 (5,31)
12	F2, F65-F66	schizo. Störung und Stör. sex. Orientierung	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)
13	F2, F7	schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung	- (0,00)	1 (1,04)	1 (1,61)	2 (0,56)
14	F7, F1	intellekt. Minderbegabung und Sucht	15 (7,50)	5 (5,21)	6 (9,68)	26 (7,26)
15	F7, F65-66	intellekt. Minderbegabung und Stör. d. sex. Orient.	- (0,00)	6 (6,25)	2 (3,23)	8 (2,23)
16		sonst. Diagnosen	3 (1,50)	- (0,00)	0 (0,00)	3 (0,84)
Zahl der Diagnosen in den Kliniken (Summe der Prozentwerte)			200 (100)	96 (100)	62 (100)	358 (100)

Im Chi²-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnoseverteilungen der Stralsunder und Ueckermünder Klinik (Chi²=2,1; p>0,05; n=158; f=3).

Tabelle 19: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Diagnosegruppen zum Chi²-Test

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Diagnosen in den Kliniken		Diagnosen pro Gruppe
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Stralsund	Ueckemünde	
1+5+14+15+10	F0, F7, F7/F65-667 F7, F1	hirnorganische Störung/ Intelligenzminderung/ intellekt. Minderbega-bung und Stör. d. sex. Orient./ intellekt. Minderbegabung und Sucht	30	21	51
2+13	F2, F2/F7	schizophrene Störung/ schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung / Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	17	6	23
4+7+9	F60-63/ F65-66/ F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung/ Störungen der sexuellen Orientierung / Persönlichkeitsstörung und Störung der sex. Orient	26	20	46
6+8+11	F1/ F60-63, F1/ F2, F1	primäre Sucht/ Persönlichkeitsstörung und Sucht/ schizophrene Stör. und Sucht	23	15	38
Diagnosen in den Kliniken			96	62	158

5.2.1.3 Lockerungsanträge

Die Verteilung der Lockerungsanträge auf die Diagnosegruppen zeigt deutlich, dass in der Rostocker Klinik Störungen, die mit einer Suchterkrankung im Zusammenhang stehen (86,75%) dominieren. Diese Verteilung steht im Gegensatz zu der Verteilung in den anderen beiden Kliniken (Suchterkrankungen: 24,67% bzw. 26,51%). Zwischen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik zeigt sich kein eindeutiger Unterschied in der Verteilung der Diagnosen.

Tabelle 20: Zahl der Lockerungsanträge nach Diagnosegruppen und prozentuale Anteile der Diagnosegruppen an der Gesamtzahl der Lockerungsanträge (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde)

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Lockerungsanträge nach Diagnosegruppen und Anteile der Diagnosegruppen an den Anträgen (in %)			
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	Alle Kliniken
1	F0	hirnorganische Störung	-	39 (10,24)	2 (1,20)	41 (2,79)
2	F2	schizophrene Störung	5 (0,54)	68 (17,85)	16 (9,64)	89 (6,07)
3	F3	affektive Störung	-	-	-	-
4	F60-63	Persönlichkeitsstörung	4 (0,43)	57 (14,96)	30 (18,07)	91 (6,20)
5	F7	Intelligenzminderung	10 (1,09)	25 (6,56)	13 (6,56)	48 (3,27)
6	F1	primäre Sucht	510 (55,43)	24 (6,30)	5 (3,01)	539 (36,74)
7	F65-66	Störungen der sexuellen Orientierung	-	3 (0,79)	7 (4,22)	10 (0,68)
8	F60-63, F1	Persönlichkeitsstörung und Sucht	276 (30,00)	31 (8,14)	22 (13,25)	329 (22,43)
9	F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung und Störung der sex.Orient.	-	47 (12,34)	17 (10,24)	64 (4,36)
10	F60-63, F7	Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	12 (1,30)	13 (3,41)	14 (8,43)	39 (2,66)
11	F2, F1	schizophrene Stör. Und Sucht	12 (1,30)	39 (10,24)	17 (10,24)	68 (4,64)
12	F2, F65-F66	schizo. Störung und Stör. sex. Orientierung	-	-	-	-
13	F2, F7	schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung	-	4 (1,05)	4 (2,41)	8 (0,55)
14	F7, F1	intellekt. Minderbegabung und Sucht	69 (7,50)	13 (3,41)	15 (9,04)	97 (6,61)
15	F7, F65-66	intellekt. Minderbegabung und Stör. D. sex. Orient.	-	18 (4,72)	4 (2,41)	22 (1,50)
16		sonst. Diagnosen	22 (2,39)	-	-	22 (1,50)
Lockerungsanträge in den Kliniken (Summe der Prozentwerte)			920 (100)	381 (100)	920 (100)	1467 (100)

Im Chi²-Test zeigte sich zwischen der Verteilung der Zahl der Lockerungsanträge nach den Diagnosegruppen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik kein signifikanter Unterschied (Chi²=4,17; p>0,05; n=547; f=3).

Tabelle 21: Zahl der Lockerungsanträge der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Diagnosegruppen zum Chi²-Test

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Diagnosen in den Kliniken		Diagnosen pro Gruppe
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Stralsund	Ueckemünde	
1+5+14+15+10	F0, F7, F7/F65-667 F7, F1	hirnorganische Störung/ Intelligenzminderung/ intellekt. Minderbega-bung und Stör. d. sex. Orient./ intellekt. Minderbegabung und Sucht	108	48	156
2+13	F2, F2/F7	schizophrene Störung/ schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung / Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	72	20	92
4+7+9	F60-63/ F65-66/ F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung/ Störungen der sexuellen Orientierung / Persönlichkeitsstörung und Störung der sex. Orient	107	54	161
6+8+11	F1/ F60-63, F1/ F2, F1	primäre Sucht/ Persönlichkeitsstörung und Sucht/ schizophrene Stör. und Sucht	94	44	138
Diagnosen in den Kliniken			381	166	547

5.2.1.4 Art der Entscheidung der Lockerungsanträge

a) Zustimmungen zu den Lockerungsanträgen

In der Verteilung der Zustimmungen zu Lockerungsanträgen auf die Diagnosegruppen zeigt sich, dass in der Rostocker Klinik die Zustimmungen zu Lockerungsanträgen bei Suchterkrankungen dominieren und bei schizophrenen Erkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen selten vorkommen. Diese Verteilung weicht deutlich von der der anderen beiden Kliniken ab.

Tabelle 22: Zahl der Zustimmungen nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Diagnosegruppen an den Zustimmungen (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren)

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Zustimmungen zu Lockerungen und Anteil der Diagnosengruppen (in %)			
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Rostock	Stral-sund	Ueckermünde	Alle Kliniken
1	F0	hirnorganische Störung	-	36 (9,97)	2 (1,40)	38 (3,06)
2	F2	schizophrene Störung	5 (0,68)	66 (18,28)	16 (11,19)	87 (7,00)
3	F3	affektive Störung	-	-	-	-
4	F60-63	Persönlichkeitsstörung	4 (0,54)	56 (15,51)	23 (16,08)	83 (6,68)
5	F7	Intelligenzminderung	10 (1,35)	25 (6,93)	11 (7,69)	46 (3,70)
6	F1	primäre Sucht	417 (53,43)	23 (6,37)	5 (3,50)	451 (35,80)
7	F65-66	Störungen der sexuellen Orientierung	-	3 (0,83)	7 (4,90)	10 (0,80)
8	F60-63, F1	Persönlichkeitsstörung und Sucht	217 (29,36)	30 (8,31)	15 (8,31)	271 (21,08)
9	F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung und Störung der sex.Orient.	-	36 (9,97)	12 (8,39)	48 (3,86)
10	F60-63, F7	Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	10 (1,35)	13 (3,60)	14 (9,79)	37 (2,98)
11	F2, F1	schizophrene Stör. und Sucht	9 (1,22)	38 (10,53)	16 (11,19)	63 (5,07)
12	F2, F65-F66	schizo. Störung und Stör. sex. Orientierung	-	-	-	-
13	F2, F7	schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung	-	4 (1,11)	4 (2,80)	8 (0,64)
14	F7, F1	intellekt. Minderbegabung und Sucht	52 (7,04)	13 (3,60)	14 (9,79)	80 (6,36)
15	F7, F65-66	intellekt. Minderbegabung und Stör. d. sex. Orient.	-	18 (4,99)	4 (2,80)	22 (1,77)
16		sonst. Diagnosen	15 (2,03)	-	-	15 (1,21)
Zustimmungen zu Lockerungen in den Kliniken			739 (100)	361 (100)	143 (100)	1243 (100)

Im Chi²-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied (Chi²=7,77; p>0,05; n=504; f=4) zwischen der Verteilung der Zustimmungen zu den Lockerungen nach Diagnosegruppen zwischen der Stralsunder und Ueckermünder Klinik.

Tabelle 23: Zahl der Zustimmungen nach Diagnosegruppen, die zum Vergleich der Stralsunder mit der Ueckermünder Klinik gebildet wurden

Nr	Diagnosegruppe		Klinik		Diagnosen pro Gruppe
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Stralsund	Uecker-münde	
1+5+14+15	F0, F7, F7/F65-67 F7, F1	hirnorganische Störung/ Intelligenzminderung/ intellekt. Minderbegabung und Stör. d. sex. Orient./ intellekt. Minderbegabung und Sucht	92	31	123
2+13	F2, F2/F7	schizophrene Störung/ schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung	70	20	90
4+7+10	F60-63/ F65-66/ F60-63, F7	Persönlichkeitsstörung/ Störungen der sexuellen Orientierung / Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	72	44	116
6+8+11	F1/ F60-63, F1/ F2, F1	primäre Sucht/ Persönlichkeitsstörung und Sucht/ schizophrene Stör. und Sucht	91	36	127
9	F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung und Störung der sex. Orient.	36	12	48
Diagnosen pro Klinik			361	143	504

b) Ablehnungen der Lockerungsanträge

Die Zahl der Ablehnungen pro Lockerungsantrag war den Diagnosegruppen „Persönlichkeitsstörung und Störung der sex. Orient. Patienten“ (bei 21 Patienten) und „Persönlichkeitsstörung und Sucht“ (bei 111 Patienten) am höchsten. Am geringsten war die Zahl der Ablehnungen pro Lockerungsantrag in den Diagnosegruppen „Störungen der sexuellen Orientierung“ (bei 11 Patienten), „intellekt. Minderbegabung und Stör. D. sex. Orient.“ (bei 8 Patienten), „schizophrene Störung“ (bei 33 Patienten) und „Intelligenzminderung“ (bei 23 Patienten). Bei „schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung“ war keine Ablehnung zu verzeichnen. Das beruhte aber auf einer sehr kleinen Patientenzahl (2).

Tabelle 24: Zahl der Ablehnungen nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Ablehnungen der jeweiligen Diagnosegruppe an den gesamten Ablehnungen (in Klammern) in den Kliniken (0 kennzeichnet Gruppen, in denen keine Ablehnung erfolgte, obwohl die Gruppe mit Patienten besetzt war / - kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren)

Nr	Diagnosegruppe		Zahl der Ablehnungen von Lockerungsanträgen nach Diagnosegruppe			
	ICD-Nr.	Bezeichnung	Rostock	Stral-sund	Ueckermünde	Alle Kliniken
1	F0	hirnorganische Störung	-	3 (15,00)	0 (0,00)	3 (1,34)
2	F2	schizophrene Störung	0 (0,00)	2 (10,00)	0 (0,00)	2 (0,89)
3	F3	affektive Störung	-	-	-	-
4	F60-63	Persönlichkeitsstörung	0 (0,00)	1 (5,00)	7 (30,43)	8 (3,57)
5	F7	Intelligenzminderung	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (8,70)	2 (0,89)
6	F1	primäre Sucht	93 (51,38)	1 (5,00)	0 (0,00)	94 (41,96)
7	F65-66	Störungen der sexuellen Orientierung	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
8	F60-63, F1	Persönlichkeitsstörung und Sucht	59 (32,60)	1 (5,00)	7 (30,43)	67 (29,91)
9	F60-63, F65-66	Persönlichkeitsstörung und Störung der sex.Orient.	-	11 (55,00)	5 (21,74)	16 (7,14)
10	F60-63, F7	Persönlichkeitsstörung und intellektuell Minderbegabung	2 (1,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,89)
11	F2, F1	schizophrene Stör. und Sucht	3 (1,66)	1 (5,00)	1 (4,35)	5 (2,23)
12	F2, F65-F66	schizo. Störung und Stör. sex. Orientierung	-	-	-	-
13	F2, F7	schizophrene Stör. u. intelekt. Minderbegabung	-	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
14	F7, F1	intellekt. Minderbegabung und Sucht	17 (9,39)	0 (0,00)	1 (4,35)	18 (8,04)
15	F7, F65-66	intellekt. Minderbegabung und Stör. D. sex. Orient.	-	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
16		sonst. Diagnosen	7 (3,87)	-	0 (0,00)	7 (3,13)
Zahl der Ablehnungen von Lockerungen in den Kliniken			181 (100)	20 (100)	23 (100)	224 (100)

5.2.2 Delikt

5.2.2.1 Alle Maßregelvollzugspatienten

In der Rostocker Klinik erwies der Anteil

- der „Brandstiftungsdelikte“ und der „Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern und von Erwachsenen“ als wesentlich geringer und
- von „Körperverletzung“, „Raub und Erpressung“, „Diebstahl und Unterschlagung“ und „Verstoß gegen das BtMG“ als wesentlich höher

als in den anderen beiden Kliniken.

Tabelle 25: Zahl der Maßregelvollzugspatienten nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Deliktgruppen an der Gesamtzahl der Delikte (in Klammern) in den Kliniken

Nr	Deliktgruppe		Zahl der Patienten und Anteil der Deliktgruppen (in %)			Anzahl pro Deliktgruppe
	Norm	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	37 (12,54)	18 (13,43)	15 (17,86)	70 (13,65)
2	§ 306 StGB	Brandstiftungsdelikte	2 (0,68)	17 (12,69)	9 (10,71)	28 (5,46)
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	10 (3,39)	26 (19,40)	21 (25,00)	57 (11,11)
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	7 (2,37)	22 (16,42)	12 (14,29)	41 (7,99)
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	104 (35,25)	33 (24,63)	17 (20,24)	154 (30,02)
6	§§ 249, 252, 255 StGB	Raub und Erpressung	48 (16,27)	8 (5,97)	4 (4,76)	60 (11,70)
7	§ 239 StGB	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	1 (0,34)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,19)
8	§§ 242-244 StGB	Diebstahl und Unterschlagung	36 (12,20)	4 (2,99)	3 (3,57)	43 (8,38)
9	§ 29 BtMG	Verstoß gegen das BtMG	33 (11,19)	1 (0,75)	0 (0,00)	34 (6,63)
10	sonstige	sonstige Delikte	17 (5,76)	5 (3,73)	3 (3,57)	25 (4,87)
Zahl der Delikte pro Klinik			295 (100)	134 (100)	84 (100)	513 (100)

Im Chi²-Test zeigte sich kein Unterschied in der Verteilung der Deliktgruppen zwischen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik (Chi²=2,18; p>0,05; n=209; f=5).

Tabelle 26: Zahl der Maßregelvollzugspatienten der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik nach zusammengefassten Deliktgruppen zum Chi²-Test

Nr	Deliktgruppe		Zahl der Delikte nach Gruppen in den Kliniken		Anzahl pro Deliktgruppe
	Norm	Bezeichnung	Stralsund	Ueckermünde	
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	18	15	33
2	§ 306 StGB	Brandstiftungsdelikte	17	9	26
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	26	21	47
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	22	12	34
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	33	17	50
6+8	§§ 249, 252, 255 StGB / §§ 242- 244 StGB	Raub/ Erpressung+Diebstahl / Unterschlagung	12	7	19
Zahl der Delikte in den Kliniken			128	81	209

5.2.2.2 Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag

Der Anteil aller Sexualstraftaten (7,50%) und der Brandstiftungsdelikte (1,00%) an den Delikten insgesamt war in der Rostocker Klinik im Vergleich zu den anderen Kliniken (Sexualstraftaten ca. 40%, Brandstiftungsdelikte mehr als 10%) gering. Dagegen erwies sich der Anteil von „Körperverletzung“, „Raub und Erpressung“, „Verstoß gegen das BtMG“ und „Diebstahl und Unterschlagung“ als wesentlich höher als in den anderen beiden Kliniken.

Tabelle 27: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Deliktgruppen an der Zahl der Patienten mit einem Lockerungsantrag (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde)

Nr	Deliktgruppe		Zahl der Delikte in den Kliniken und Anteile der Deliktgruppen an den Patienten mit Antrag (in %)			Anzahl pro Deliktgruppe
	Norm	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	28 (14,00)	13 (13,54)	12 (19,35)	53 (14,80)
2	§ 306 StGB	Brandstiftungsdelikte	2 (1,00)	11 (11,46)	9 (14,52)	22 (6,15)
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	10 (5,00)	23 (23,96)	17 (27,42)	50 (13,97)
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	5 (2,50)	16 (16,67)	7 (11,29)	28 (7,82)
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	63 (31,50)	21 (21,88)	10 (16,13)	94 (26,26)
6	§§ 249, 252, 255 StGB	Raub und Erpressung	35 (17,50)	5 (5,21)	3 (4,84)	43 (12,01)
7	§ 239 StGB	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	0 (0,00)	-	-	0 (0,00)
8	§§ 242-244 StGB	Diebstahl und Unterschlagung	23 (11,50)	4 (4,17)	2 (3,23)	29 (8,10)
9	§ 29 BtMG	Verstoß gegen das BtMG	24 (12,00)	0 (0,00)	-	24 (6,70)
10	sonstige	sonstige Delikte	10 (5,00)	3 (3,13)	2 (3,23)	15 (4,19)
Zahl der Delikte in den Kliniken (Summe der Prozentwerte)			200 (100)	96 (100)	62 (100)	358 (100)

Im Chi²-Test zeigte sich kein Unterschied in der Verteilung der Deliktgruppen zwischen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik ($Chi^2=2,72$; $p>0,05$; $n=153$; $f=5$).

Tabelle 28: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Deliktgruppen zum Chi²-Test

Nr	Deliktgruppe		Zahl der Delikte nach Gruppen in den Kliniken		Anzahl pro Deliktgruppe
	Norm	Bezeichnung	Stralsund	Ueckermünde	
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	13	12	25
2	§ 306 StGB	Brandstiftungs-delikte	11	9	20
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	23	17	40
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwach-senen	16	7	23
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	21	10	31
6+8	§§ 249, 252, 255 / 242- 244 StGB	Raub/ Erpres-sung+Diebstahl/ Un-terschlagung	9	5	14
Zahl der Delikte pro Klinik			93	60	153

5.2.2.3 Lockerungsanträge

Der Anteil der Lockerungsanträge, der auf die Deliktgruppen Brandstiftung und Sexualdelikte entfiel, war in der Rostocker Klinik (mit 2,28% bzw. 7,98%) wesentlich niedriger als in den anderen beiden Kliniken (mit als 10% bzw. als 33%). Dagegen zeigten sich in der Rostocker Klinik größere Anteile der Lockerungsanträge bei den Deliktgruppen Körperverletzungen (31.41%), Raub und Erpressung (19,35%), der Diebstahl und Unterschlagung (11,41%) und Verstoß gegen das BtMG (9,67%).

Tabelle 29: Zahl der Lockerungsanträge nach Deliktgruppen und prozentuale Anteile der Deliktgruppen an der Gesamtzahl der Lockerungsanträge (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde)

Nr	Deliktgruppe		Zahl der Anträge nach Deliktgruppen in den Kliniken und Anteile der Deliktgruppen an den Anträgen (in %)			
	Norm	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	Alle Kliniken
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	138 (15,00)	52 (13,65)	32 (19,28)	222 (15,13)
2	§ 306 StGB	Brandstiftungs-delikte	21 (2,28)	40 (10,50)	25 (15,06)	86 (5,86)
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	44 (4,78)	87 (22,83)	36 (21,69)	167 (11,38)
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachse-nen	29 (3,15)	65 (17,06)	19 (11,45)	113 (7,70)
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	289 (31,41)	81 (21,26)	36 (21,69)	406 (27,68)
6	§§ 249, 252, 255 StGB	Raub und Er-pressung	178 (19,35)	22 (5,77)	8 (4,82)	208 (14,18)
7	§ 239 StGB	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	0 (0,00)	-	-	0 (0,00)
8	§§ 242-244 StGB	Diebstahl und Unterschlagung	105 (11,41)	19 (4,99)	3 (1,81)	127 (8,66)
9	§ 29 BtMG	Verstoß gegen das BtMG	89 (9,67)	0 (0,00)	-	89 (6,07)
10	sonstige	sonstige Delikte	27 (2,93)	15 (3,94)	7 (4,22)	49 (3,34)
Zahl der Anträge in den Kliniken (Summe der Prozentwerte)			920 (100)	381 (100)	166 (100)	1467 (100)

Im Chi^2-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Verteilung der Lockerungsanträge auf die Deliktgruppen der Stralsunder und Ueckermünder Klinik (Chi^2=8,95; p>0,05; n=525; f=5).

Tabelle 30: Zahl der Lockerungsanträge der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Deliktgruppen zum Chi²-Test

Nr	Deliktgruppe		Lockerungen nach Deliktgruppen in den Kliniken		Lockerungen pro Deliktgruppe
	Norm	Bezeichnung	Stralsund	Ueckermünde	
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	52	32	84
2	§ 306 StGB	Brandstiftungsdelikte	40	25	65
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	87	36	123
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	65	19	84
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	81	36	117
6+8	§§ 249, 252, 255 / 242-244 StGB	Raub/Erpressung+Diebstahl/Unter-schlagung	41	11	52
Zahl der Delikte pro Klinik			366	159	525

5.2.2.4 Art der Entscheidung der Lockerungsanträge

a) Zustimmungen zu den Lockerungsanträgen

Der Anteil der Zustimmungen zu Lockerungsanträgen, der auf die Deliktgruppen Brandstiftung und Sexualdelikte entfiel, war in der Rostocker Klinik (mit 2,17% bzw. 8,13%) wesentlich niedriger als in den anderen beiden Kliniken (mit als 11% bzw. als 33%). Dagegen zeigten sich in der Rostocker Klinik größere Anteile der Lockerungsanträge bei den Deliktgruppen Körperverletzungen (31,94%), Raub und Erpressung (18,94%), der Diebstahl und Unterschlagung (11,91%) und Verstoß gegen das BtMG (9,61%).

Tabelle 31: Zahl der Zustimmungen nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Deliktgruppen an den Zustimmungen (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren)

Nr	Deliktgruppe		Zustimmungen zu Lockerungen nach Deliktgruppen in den Kliniken und Anteile der Deliktgruppen an der Zahl der Zustimmungen (in %)			
	Norm	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	Alle Kliniken
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	108 (14,61)	50 (13,89)	26 (18,18)	184 (14,81)
2	§ 306 StGB	Brandstiftungsdelikte	16 (2,17)	40 (11,11)	23 (16,08)	79 (6,36)
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	36 (4,87)	76 (21,11)	32 (22,38)	144 (11,59)
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	24 (3,25)	60 (16,67)	16 (11,19)	100 (8,05)
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	236 (31,94)	79 (21,94)	28 (19,58)	343 (27,62)
6	§§ 249, 252, 255 StGB	Raub und Erpressung	140 (18,94)	21 (5,83)	8 (5,59)	169 (13,61)
7	§ 239 StGB	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	0 (0,00)	-	-	0 (0,00)
8	§§ 242-244 StGB	Diebstahl und Unterschlagung	88 (11,91)	19 (5,28)	3 (2,10)	110 (8,86)
9	§ 29 BtMG	Verstoß gegen das BtMG	71 (9,61)	0 (0,00)	-	71 (5,72)
10	sonstige	sonstige Delikte	20 (2,71)	15 (4,17)	7 (4,90)	42 (3,38)
Zustimmungen in den Kliniken (Summe der Prozentwerte)			739 (100)	360 (100)	143 (100)	1242 (100)

Im Chi^2-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($Chi^2=6,84$; $p>0,05$; $n=481$; $f=4$) zwischen der Verteilung der Zustimmungen zu den Lockerung nach Deliktgruppen zwischen der Stralsunder und Ueckermünder Klinik.

Tabelle 32: Zahl der Zustimmungen nach Deliktgruppen, die zum Vergleich der Stralsunder mit der Ueckermünder Klinik gebildet wurden

Nr	Deliktgruppe		Zustimmungen nach Deliktgruppen in den Kliniken		Zustimmungen pro Deliktgruppe
	Norm	Bezeichnung	Stralsund	Ueckermünde	
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	50	26	76
2	§ 306 StGB	Brandstiftungs-delikte	40	23	63
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	76	32	108
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	60	16	76
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	79	28	107
6+8	§§ 249, 252, 255 / 242-244 StGB	Raub/ Erpressung+Diebstahl/ Unterschlagung	40	11	51
Zustimmungen pro Klinik			345	136	481

b) Ablehnungen der Lockerungsanträge

Die meisten Ablehnungen von Lockerungsanträgen pro Patient erfolgten in der Rostocker Klinik in den Deliktgruppen Straftaten gegen das Leben, Raub und Erpressung sowie Sexualdelikten zum Nachteil von Erwachsenen. Da die Zahl der Patienten und die Zahl der Ablehnungen in der Rostocker Klinik deutlich höher als in den anderen Kliniken war, dominierten diese Deliktgruppen auch in der Gesamtauswertung über alle Kliniken. Bei einer Betrachtung der einzelnen Kliniken zeigte sich, dass in der Stralsunder Klinik am häufigsten Lockerungsanträge abgelehnt wurden, deren Antragsteller der Deliktgruppe Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern (55%) zuzuordnen waren. Dagegen waren in der Ueckermünder Klinik die häufigsten Ablehnungen in den Deliktgruppen Körperverletzung (34,78%) und

Straftaten gegen das Leben (26,09%) zu verzeichnen. Eine statistische Prüfung der Unterschiede war aufgrund der kleinen Zahlen nicht möglich.

Tabelle 33: Zahl der Ablehnungen nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Ablehnungen der jeweiligen Deliktgruppe an den Ablehnungen insgesamt (in Klammern) in den Kliniken (0 kennzeichnet Gruppen, in denen keine Ablehnung erfolgte, obwohl die Gruppe mit Patienten besetzt war / - kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren)

Nr	Deliktgruppe		Zahl der Ablehnungen nach Deliktgruppen in den Kliniken und Anteile der Deliktgruppen an der Zahl der Ablehnungen (in %)			
	Norm	Bezeichnung	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	Alle Kliniken
1	§§ 211-213 StGB	Straftaten gegen das Leben	30 (16,57)	2 (10,00)	6 (26,09)	38 (16,96)
2	§ 306 StGB	Brandstiftungsdelikte	5 (2,76)	0 (0,00)	2 (8,70)	7 (3,13)
3	§§ 174, 176 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	8 (4,42)	11 (55,00)	4 (17,39)	23 (10,27)
4	§§ 177-179 StGB	Sexualdelikte zum Nachteil von Erwachsenen	5 (2,76)	4 (20,00)	3 (13,04)	12 (5,36)
5	§§ 223-227 StGB	Körperverletzung	53 (29,28)	2 (10,00)	8 (34,78)	63 (28,13)
6	§§ 249, 252, 255 StGB	Raub und Erpressung	38 (20,99)	1 (5,00)	0 (0,00)	39 (17,41)
7	§ 239 StGB	Straftaten gegen die persönliche Freiheit	0 (0,00)	-	-	0 (0,00)
8	§§ 242-244 StGB	Diebstahl und Unterschlagung	17 (9,39)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (7,59)
9	§ 29 BtMG	Verstoß gegen das BtMG	18 (9,94)	0 (0,00)	-	18 (8,04)
10	sonstige	sonstige Delikte	7 (3,87)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (3,13)
Ablehnungen in den Kliniken (Summe der Prozentwerte)			181 (100)	20 (100)	23 (100)	224 (100)

5.2.3 Alter

5.2.3.1 Alle Maßregelvollzugspatienten

In der Rostocker Klinik dominierte die jüngste Altersgruppe, während in den anderen beiden Kliniken die Verteilung ausgewogener war. In der Rostocker Klinik war der ältesten Altersgruppe und in den anderen beiden Kliniken der mittlere Altersgruppe der geringste Patientenanteil zuzuordnen.

Tabelle 34: Zahl der Patienten in den Kliniken nach Altersgruppen und prozentualer Anteil der Altersgruppen an den Patienten insgesamt

Klinik	Patienten pro Altersgruppe und Anteile der Altersgruppen an den Patienten in den Kliniken (in %)			Patienten pro Klinik (Summe %)
	AG 1	AG 2	AG 3	
Rostock	190 (64,41)	67 (22,71)	38 (12,88)	295 (100)
Stralsund	50 (37,31)	34 (25,37)	50 (37,31)	134 (100)
Ueckermünde	33 (39,29)	23 (27,38)	28 (33,33)	84 (100)
Patienten pro Altersgruppe (Anteil der AG an Patienten aller Kliniken)	273 (53,22)	124 (24,17)	116 (22,61)	513 (100)

Im Chi²-Test erwies sich der Unterschied in der Verteilung der Altersgruppen zwischen

- der Rostocker und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=39,18; p<0,001; n=429; f=2),
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=23,32; p<0,001; n=379; f=2),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (Chi²=0,36; p>0,05; n=218; f=2).

5.2.3.2 Maßregelvollzugspatienten mit Lockerungsantrag

Der Anteil der Patienten in der mittleren Altersgruppe war in allen Kliniken ähnlich. Der jüngsten Altersgruppe waren in der Rostocker Klinik deutlich mehr und der ältesten Altersgruppe deutlich weniger Patienten zuzuordnen als in den anderen

beiden Kliniken. Zwischen der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik war kein offensichtlicher Unterschied in der Altersstruktur der Patienten erkennbar.

Tabelle 35: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag nach Altersgruppen und prozentualer Anteil der Altersgruppen an der Zahl der Patienten mit einem Lockerungsantrag (in Klammern) in den Kliniken

Klinik	Patienten pro Altersgruppe und Anteile der Altersgruppen an den Patienten in den Kliniken (in %)			Patienten pro Klinik (Summe %)
	AG 1	AG 2	AG 3	
Rostock	118 (59,00)	55 (27,50)	27 (13,50)	200 (100)
Stralsund	27 (28,13)	23 (23,96)	46 (47,92)	96 (100)
Ueckermünde	18 (29,03)	18 (29,03)	26 (41,94)	62 (100)
Patienten pro Altersgruppe (Anteil der AG an Patienten aller Kliniken)	163 (45,53)	96 (26,82)	99 (27,65)	358 (100)

Im Chi²-Test erweist sich der Unterschied in der Verteilung der Altersgruppen zwischen

- der Rostocker und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=44,09; p<0,001; n=296; f=2),
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=27,15; p<0,001; n=291; f=2),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (Chi²=0,68; p>0,05; n=165; f=2).

5.2.3.3 Lockerungsanträge

Der Anteil der Patienten, bei denen ein Lockerungsantrag bestand, war in der Rostocker Klinik in der jüngsten Altersgruppe und in den anderen beiden Kliniken in der ältesten Altersgruppe am höchsten. Während in der Ueckermünder Klinik nur geringe Unterschiede in den prozentualen Anteilen der einzelnen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Lockerungsanträge bestand, dominierte in der Stralsunder Klinik die älteste Altersgruppe.

Tabelle 36: Zahl der Lockerungsanträge nach Altersgruppen und prozentuale Anteile der Altersgruppen an der Gesamtzahl der Lockerungsanträge (in Klammern) in den Kliniken

Klinik	Anträge pro Altersgruppe und Anteile der Altersgruppen an den Anträgen in den Kliniken (in %)			Anträge pro Klinik (Summe %)
	AG 1	AG 2	AG 3	
Rostock	527 (57,28)	282 (30,65)	111 (12,07)	920 (100)
Stralsund	90 (23,62)	89 (23,36)	202 (53,02)	381 (100)
Ueckermünde	50 (30,12)	55 (33,13)	61 (36,75)	166 (100)
Anträge pro Altersgruppe (Anteil der AG an Anträgen aller Kliniken)	667 (45,47)	426 (29,04)	374 (25,49)	1467 (100)

Im Chi²-Test erweist sich der Unterschied in der Verteilung Lockerungsanträge auf die Altersgruppen zwischen

- der Rostocker und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=257,21; p<0,001; n=1301; f=2),
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=73,90; p<0,001; n=1086; f=2),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=12,47; p<0,001; n=547; f=2).

5.2.3.4 Art der Entscheidung der Lockerungsanträge

a) Zustimmungen zu Lockerungsanträgen

Die Verteilung der Zustimmungen zu Lockerungsanträgen nach Altersgruppen entsprach im Wesentlichen der Verteilung der Lockerungsanträge auf die Altersgruppen. Das wird auch in der folgenden Grafik deutlich, in der die prozentualen Anteile der Zustimmungen zu den Lockerungen bezogen auf die Altersgruppen in den Kliniken dargestellt sind.

Tabelle 37: Zahl der Zustimmungen nach Altersgruppen und prozentualer Anteil der Altersgruppen an den Zustimmungen (in Klammern)

Klinik	Zustimmungen pro Altersgruppe und Anteile der Altersgruppen an den Zustimmungen in den Kliniken (in %)			Zustimmungen pro Klinik (Summe %)
	AG 1	AG 2	AG 3	
Rostock	416 (56,29)	231 (31,26)	92 (12,45)	739 (100)
Stralsund	86 (23,82)	31,2685 (23,55)	190 (52,63)	361 (100)
Ueckermünde	43 (30,07)	50 (34,97)	50 (34,97)	143 (100)
Zustimmungen pro Altersgruppe (Anteil der AG an Anträgen aller Kliniken)	545 (43,85)	366 (29,44)	332 (26,71)	1243 (100)

Im Chi²-Test erweist sich der Unterschied in der Verteilung der Zustimmungen zu den Lockerungen auf die Altersgruppen zwischen

- der Rostocker und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=213,80; p<0,001; n=1100; f=2),
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=54,08; p<0,001; n=882; f=2),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=13,26; p<0,001; n=504; f=2).

b) Ablehnung von Lockerungsanträgen

Der höchste Anteil der Ablehnungen war in der Rostocker Klinik in der jüngsten Altersgruppe und in den anderen beiden Kliniken in der ältesten Altersgruppe zu verzeichnen.

Tabelle 38: Zahl der Ablehnungen nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Ablehnungen der jeweiligen Deliktgruppe an den Ablehnungen insgesamt (in Klammern) in den Kliniken

Klinik	Ablehnungen pro Altersgruppe und Anteile der Altersgruppen an den Zustimmungen in den Kliniken (in %)			Ablehnungen pro Klinik (Summe %)
	AG 1	AG 2	AG 3	
Rostock	111 (61,33)	51 (28,18)	19 (10,50)	181 (100)
Stralsund	4 (20,00)	4 (20,00)	12 (60,00)	20 (100)
Ueckermünde	7 (30,43)	5 (21,74)	11 (47,83)	23 (100)
Ablehnungen pro Altersgruppe (Anteil der AG an Anträgen aller Kliniken)	122 (54,46)	60 (26,79)	42 (18,75)	224 (100)

Im Chi²-Test erweist sich der Unterschied in der Verteilung der Zustimmungen zu den Lockerungen auf die Altersgruppen zwischen

- der Rostocker und der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=34,34; p<0,001; n=201; f=2 / eine Zelle Erwartungswert<5),
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=23,01; p<0,001; n=204; f=2 / eine Zelle Erwartungswert<5),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=0,77; p<0,001; n=43; f=2 / zwei Zellen Erwartungswert<5).

5.3 Zusammenhang von der Art der Berufsgruppenzugehörigkeit und der Bewertungsebene mit der Bewertung von Lockerungsanträgen

5.3.1 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene

5.3.1.1 Vergleich der Bewertungen der Kliniken durch alle Mitarbeiter/innen

a) Bewertung des Risikos der Entweichung

Das Risiko der Entweichung wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 39: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	104 (9,32)	43 (21,39)	40 (30,30)	187 (12,91)
2	979 (87,72)	146 (72,64)	74 (56,06)	1199 (82,75)
3	33 (2,96)	11 (5,47)	16 (12,12)	60 (4,14)
4	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,52)	2 (0,14)
5	0 (0,00)	1 (0,50)	0 (0,00)	1 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	1116 (100)	201 (100)	132 (100)	1449 (100)
Mittelwert	1,94	1,86	1,85	1,92

Im H-Test zeigte sich in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken ein signifikanter Unterschied (H=16,72; p<0,001; n=1449; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=10,95; p<0,001; n=1317; f=1)
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=10,06; p<0,01; n=1248; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (H=0,19;; p>0,05; n=333; f=1).

b) Bewertung des Risikos der Nichtrückkehr

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde in der Stralsunder Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 40: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	79 (10,94)	74 (13,50)	107 (53,50)	260 (17,69)
2	632 (87,53)	440 (80,29)	90 (45,00)	1162 (79,05)
3	9 (1,25)	32 (5,84)	3 (1,50)	44 (2,99)
4	2 (0,28)	2 (0,36)	0 (0,00)	4 (0,27)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	722 (100)	548 (100)	200 (100)	1470 (100)
Mittelwert	1,91	1,93	1,48	1,86

Im H-Test zeigte sich in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken ein signifikanter Unterschied (H=181,06; p<0,001; n=1470; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als nicht signifikant (H=0,63; p>0,05; n=1270; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=161,33; p<0,001; n=922; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=120,53; p<0,001; n=748; f=1).

c) Bewertung des Risikos des Suchtmittelmissbrauchs

Das Risiko des Suchtmittelmissbrauchs wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 41: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	112 (6,09)	172 (22,99)	175 (52,71)	459 (15,73)
2	1623 (88,30)	512 (68,45)	145 (43,67)	2280 (78,14)
3	95 (5,17)	60 (8,02)	11 (3,31)	166 (5,69)
4	7 (0,38)	3 (0,40)	1 (0,30)	11 (0,38)
5	1 (0,05)	1 (0,13)	0 (0,00)	2 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	1838 (100)	748 (100)	332 (100)	2918 (100)
Mittelwert	2,01	1,86	1,52	1,91

Im H-Test zeigte sich in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken ein signifikanter Unterschied (H=365,17; p<0,001; n=2918; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=73,02; p<0,001; n=2586; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=408,32; p<0,001; n=2170; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=87,73; p<0,001; n=1080; f=1).

d) Bewertung des Risikos der Begehung einer Straftat

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 42: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	156 (8,50)	84 (11,23)	164 (49,40)	404 (13,85)
2	1611 (87,75)	610 (81,55)	154 (46,39)	2375 (81,45)
3	66 (3,59)	46 (6,15)	12 (3,61)	124 (4,25)
4	2 (0,11)	7 (0,94)	2 (0,60)	11 (0,38)
5	1 ()	1 ()	0 ()	2 ()
Zahl der Bewertungen (Summe %)	1836 (0,05)	748 (0,13)	332 (0,00)	2916 (0,07)
Mittelwert	1,95	1,97	1,55	1, 91

Im H-Test zeigte sich in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken ein signifikanter Unterschied (H=288,97; p<0,001; n=2916 f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als nicht signifikant (H=0,14; p>0,05; n=2584; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=279,48; p<0,001; n=2168; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=157,70; p<0,001; n=1080; f=1).

e) Zusammenfassung der Bewertung der Lockerungsanträge nach allen Risikoarten

Die Risiken des Missbrauchs von Lockerungen wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 43: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	451 (8,18)	373 (16,61)	486 (48,80)	1310 (14,97)
2	4845 (87,90)	1708 (76,08)	463 (46,49)	7016 (80,16)
3	203 (3,68)	149 (6,64)	42 (4,22)	394 (4,50)
4	11 (0,20)	12 (0,53)	5 (0,50)	28 (0,32)
5	2 (0,04)	3 (0,13)	0 (0,00)	5 (0,06)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	5512 (100)	2245 (100)	996 (100)	8753 (100)
Mittelwert	1,96	1,92	1,56	1,90

Im H-Test zeigte sich in der Bewertungshöhe aller Risiken zwischen den Kliniken ein signifikanter Unterschied (H=756,90; p<0,001; n=8753; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=30,03; p<0,001; n=7757; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=815,92; p<0,001; n=6508; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=310,95; p<0,001; n=3241; f=1).

5.3.1.2 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes der Kliniken

a) Bewertung des Risikos der Entweichung

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 44: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	47 (8,42)	19 (19,00)	17 (25,76)	83 (11,46)
2	490 (87,81)	71 (71,00)	40 (60,61)	601 (83,01)
3	21 (3,76)	9 (9,00)	7 (10,61)	37 (5,11)
4	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (3,03)	2 (0,28)
5	0 (0,00)	1 (1,00)	0 (0,00)	1 (0,14)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	558 (100)	100 (100)	66 (100)	724 (100)
Mittelwert	1,95	1,93	1,91	1,95

Im H-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=3,15; p>0,05; n=724; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als nicht signifikant (H=1,31; p>0,05; n=658; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (H=2,59; p>0,05; n=624; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (H=0,16; p>0,05; n=166; f=1).

b) Bewertung des Risikos der Nichtrückkehr

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde in der Ueckermünder Klinik am geringsten und in der Stralsunder Klinik am höchsten eingeschätzt.

Tabelle 45: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	57 (15,79)	25 (9,09)	51 (51,00)	133 (18,07)
2	297 (82,27)	225 (81,82)	46 (46,00)	568 (77,17)
3	7 (1,94)	24 (8,73)	3 (3,00)	34 (4,62)
4	0 (0,00)	1 (0,36)	0 (0,00)	1 (0,14)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	361 (100)	275 (100)	100 (100)	736 (100)
Mittelwert	1,86	2,00	1,52	1,87

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=82,95; p<0,001; n=726; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=16,68; p<0,001; n=636; f=1),
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (H=46,10; p<0,001; n=461; f=1),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als signifikant (H=68,09; p<0,001; n=375; f=1).

c) Bewertung des Risikos des Suchtmittelmissbrauchs

Das Risiko des Suchtmittelmissbrauchs wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermüder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 46: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	48 (5,22)	75 (20,11)	79 (47,59)	202 (13,85)
2	810 (88,14)	253 (67,83)	79 (47,59)	1142 (78,33)
3	55 (5,98)	41 (10,99)	7 (4,22)	103 (7,06)
4	6 (0,65)	3 (0,80)	1 0,60 ()	10 (0,69)
5	0 (0,00)	1 (0,27)	0 (0,00)	1 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	919 (100)	373 (100)	166 (100)	1458 (100)
Mittelwert	2,02	1,93	1,58	1,95

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=132,08; p<0,001; n=1458; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=13,81; p<0,001; n=1292; f=1)
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (H=155,16; p<0,001; n=1085; f=1),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als signifikant (H=40,11; p<0,001; n=539; f=1).

d) Bewertung des Risikos der Begehung einer Straftat

Das Risiko der Begehung einer Straftat wurde in der Stralsunder Klinik am höchsten und in der Ueckermüder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 47: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	82 (12,44)	30 (6,00)	77 (42,75)	189 (14,47)
2	789 (80,77)	306 (84,80)	81 ()51,91	1176 (78,38)
3	45 (6,28)	32 (7,60)	7 (3,82)	84 (6,29)
4	1 (0,51)	5 (1,60)	1 (1,53)	7 (0,86)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	917 (100)	373 (100)	166 (100)	1456 (100)
Mittelwert	1,96	2,03	1,59	1,94

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=130,91; p<0,001; n=1456; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=5,93; p<0,05; n=1290; f=1)
- der Rostocker und der Ueckermünder Klinik als signifikant (H=112,37; p<0,001; n=1083; f=1),
- der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik als signifikant (H=85,18; p<0,001; n=539; f=1).

e) Zusammenfassung der Bewertung der Lockerungsanträge nach allen Risikoarten

Die Risiken des Missbrauchs von Lockerungen wurden in der Stralsunder Klinik am höchsten und in der Ueckermüder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 48: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	234 (8,49)	149 (13,29)	224 (44,98)	607 (13,88)
2	2386 (86,61)	855 (76,27)	246 (49,40)	3487 (79,72)
3	128 (4,65)	106 (9,46)	24 (4,82)	258 (5,90)
4	7 (0,25)	9 (0,80)	4 (0,80)	20 (0,46)
5	0 (0,00)	2 (0,18)	0 (0,00)	2 (0,05)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	2755 (100)	1121 (100)	498 (100)	4374 (100)
Mittelwert	1,97	1,92	1,61	1,92

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe aller Risiken zwischen den Kliniken (H=304,41; p<0,001; n=4374; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als nicht signifikant (H=0,16; p>0,05; n=3876; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=313,04; p<0,001; n=3258; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=162,60; p<0,001; n=1619; f=1).

5.3.1.3 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes der Kliniken

a) Bewertung des Risikos der Entweichung

Das Risiko der Entweichung wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Stralsunder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 49: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	57 (10,22)	24 (23,76)	23 (34,85)	104 (14,34)
2	489 (87,63)	75 (74,26)	34 (51,52)	598 (82,48)
3	12 (2,15)	2 (1,98)	9 (13,64)	23 (3,17)
4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	558 (100)	101 (100)	66 (100)	725 (100)
Mittelwert	1,92	1,78	1,79	1,89

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=16,26; p<0,001; n=725; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=12,41; p<0,001; n=659; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=8,22; p<0,01; n=624; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (H=0,07; p>0,05; n=164; f=1).

b) Bewertung des Risikos der Nichtrückkehr

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 50: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	22 (6,09)	49 (17,95)	56 (56,00)	127 (17,30)
2	335 (92,80)	215 (78,75)	44 (44,00)	594 (80,93)
3	2 (0,55)	8 (2,93)	0 (0,00)	10 (1,36)
4	2 (0,55)	1 (0,37)	0 (0,00)	3 (0,41)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	361 (100)	273 (100)	100 (100)	734 (100)
Mittelwert	1,96	1,69	1,44	1,77

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=126,00; p<0,001; n=734; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=12,63; p<0,001; n=634; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=135,45; p<0,001; n=461; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=53,15; p<0,001; n=273; f=1).

c) Bewertung des Risikos des Suchtmittelmissbrauchs

Das Risiko des Suchtmittelmissbrauchs wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 51: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	64 (6,96)	97 (25,87)	96 (57,83)	257 (17,60)
2	813 (88,47)	259 (69,07)	66 (39,76)	1138 (77,95)
3	40 (4,35)	19 (5,07)	4 (2,41)	63 (4,32)
4	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,07)
5	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	919 (100)	375 (100)	166 (100)	1460 (100)
Mittelwert	2,00	1,79	1,45	1,88

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=247,51; p<0,001; n=1460; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=72,07; p<0,001; n=1294; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=261,59; p<0,001; n=1085; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=48,77; p<0,001; n=541; f=1).

d) Bewertung des Risikos der Begehung einer Straftat

Das Risiko der Begehung einer Straftat wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 52: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	74 (8,05)	54 (14,40)	87 (52,41)	215 (14,73)
2	822 89,45 ()	304 (81,07)	73 (43,98)	1199 (82,12)
3	21 (2,29)	14 (3,73)	5 (3,01)	40 (2,74)
4	1 (0,11)	2 (0,53)	1 (0,60)	4 (0,27)
5	1 (0,11)	1 (0,27)	0 (0,00)	2 (0,14)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	919 (100)	375 (100)	166 (100)	1460 (100)
Mittelwert	1,95	1,91	1,52	1,89

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=168,69; p<0,001; n=1460; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=4,36; p<0,05; n=1294; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=172,50; p<0,001; n=1085; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=73,56; p<0,001; n=541; f=1).

e) Zusammenfassung der Bewertung der Lockerungsanträge nach allen Risikoarten

Die Risiken des Missbrauchs von Lockerungen wurden in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 53: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	217 (7,87)	224 (19,93)	262 (52,61)	703 (16,05)
2	2459 (89,19)	853 (75,89)	217 (43,57)	3529 (80,59)
3	75 (2,72)	43 (3,83)	18 (3,61)	136 (3,11)
4	4 (0,15)	3 (0,27)	1 (0,20)	8 (0,18)
5	2 (0,07)	1 (0,09)	0 (0,00)	3 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	2757 (100)	1124 (100)	498 (100)	4379 (100)
Mittelwert	1,95	1,85	1,51	1,88

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe aller Risiken zwischen den Kliniken (H=492,73; p<0,001; n=4379; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=70,79; p<0,001; n=3881; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=520,89; p<0,001; n=3255; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=150,75; p<0,001; n=1622; f=1).

5.3.1.4 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes

a) Bewertung des Risikos der Entweichung

Das Risiko der Entweichung wurde in allen Kliniken von den Mitarbeiter/innen der Pflege höher eingeschätzt als von den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

Tabelle 54: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) in den Kliniken					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie
1	47 (8,42)	57 (10,22)	19 (19,00)	24 (23,76)	17 (25,76)	23 (34,85)
2	490 (87,81)	489 (87,63)	71 (71,00)	75 (74,26)	40 (60,61)	34 (51,52)
3	21 (3,76)	12 (2,15)	9 (9,00)	2 (1,98)	7 (10,61)	9 (13,64)
4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (3,03)	0 (0,00)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	558 (100)	558 (100)	100 (100)	101 (100)	66 (100)	66 (100)
Mittelwerte	1,95	1,92	1,93	1,78	1,91	1,79

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos der Mitarbeiter/innen der Kliniken (H=25,06; p<0,001; n=1449; f=5). Die Unterschiede in den Bewertungen der Berufsgruppen erwiesen sich in der

- Rostocker Klinik als nicht signifikant (H=2,65; p>0,05; n=1116; f=1),
- Stralsunder Klinik als nicht signifikant (H=2,88; p>0,05; n=201; f=1),
- Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (H=0,85; p>0,05; n=132; f=1).

Über alle Kliniken hinweg schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Risiken von Lockerungen signifikant höher ein als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes (H=5,85; p<0,05; n=1449; f=1).

Tabelle 55: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) nach Berufsgruppen	
	Pflege	Therapie
1	83 (11,46)	104 (14,34)
2	601 (83,01)	598 (82,48)
3	37 (5,11)	23 (3,17)
4	2 (0,28)	0 (0,00)
5	1 (0,14)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	724 (100)	725 (100)
Mittelwerte	1,95	1,89

b) Bewertung des Risikos der Nichtrückkehr

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde von den Mitarbeiter/innen der Pflege in der Rostocker Klinik geringer eingeschätzt als von den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes, während dieses Risiko in den anderen beiden von den Mitarbeiter/innen der Pflege höher eingeschätzt wurde.

Tabelle 56: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) in den Kliniken					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie
1	57 (15,79)	22 (6,09)	25 (9,09)	49 (17,95)	51 (51,00)	56 (56,00)
2	297 (82,27)	335 (92,80)	225 (81,82)	215 (78,75)	46 (46,00)	44 (44,00)
3	7 (1,94)	2 (0,55)	24 (8,73)	8 (2,93)	3 (3,00)	0 (0,00)
4	0 (0,00)	2 (0,55)	1 (0,36)	1 (0,37)	0 (0,00)	0 (0,00)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	361 (100)	361 (100)	275 (100)	273 (100)	100 (100)	100 (100)
Mittelwerte	1,86	1,96	2,00	1,86	1,52	1,44

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos der Mitarbeiter/innen der Kliniken (H=205,43; p<0,001; n=1470; f=5). Die Unterschiede in den Bewertungen der Berufsgruppen erwiesen sich in der

- Rostocker Klinik als signifikant (H=12,82; p<0,001; n=722; f=1),
- Stralsunder Klinik als signifikant (H=15,13; p<0,001; n=548; f=1)
- Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (H=0,79; p>0,05; n=200; f=1).

Über alle Kliniken hinweg schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Risiken von Lockerungen höher, aber nicht signifikant höher, ein als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes (H=0,66; p>0,05; n=1472; f=1).

Tabelle 57: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) nach Berufsgruppen	
	Pflege	Therapie
1	133 (18,07)	127 (17,30)
2	568 (77,17)	594 (80,93)
3	34 (4,62)	10 (1,36)
4	1 (0,14)	3 (0,41)
5	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	736 (100)	734 (100)
Mittelwerte	1,87	1,85

c) Bewertung des Risikos des Suchtmittelmissbrauchs

Das Risiko des Missbrauchs von Suchtmitteln wurde in allen Kliniken von den Mitarbeiter/innen der Pflege höher eingeschätzt als von den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

Tabelle 58: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) in den Kliniken					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie
1	48 (5,22)	64 (6,96)	75 (20,11)	97 (25,87)	79 (47,59)	96 (57,83)
2	810 (88,14)	813 (88,47)	253 (67,83)	259 (69,07)	79 (47,59)	66 (39,76)
3	55 (5,98)	40 (4,35)	41 (10,99)	19 (5,07)	7 (4,22)	4 (2,41)
4	6 (0,65)	1 (0,11)	3 (0,80)	0 (0,00)	1 (0,60)	0 (0,00)
5	0 (0,00)	1 (0,11)	1 (0,27)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	919 (100)	919 (100)	373 (100)	375 (100)	166 (100)	166 (100)
Mittelwerte	2,02	2,00	1,93	1,79	1,58	1,45

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos der Mitarbeiter/innen der Kliniken (H=387,57; p<0,001; n=2918; f=5). Die Unterschiede in den Bewertungen der Berufsgruppen erwiesen sich in der

- Rostocker Klinik als nicht signifikant (H=2,03; p>0,05; n=1838; f=1),
- Stralsunder Klinik als signifikant (H=9,64; p<0,01; n=748; f=1)
- Ueckermünder Klinik als signifikant (H=4,09; p<0,05; n=332; f=1).

Über alle Kliniken hinweg schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Risiken von Lockerungen signifikant höher ein als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes (H=12,91; p<0,001; n=2918; f=1).

Tabelle 59: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) nach Berufsgruppen	
	Pflege	Therapie
1	202 (13,85)	257 (17,60)
2	1142 (78,33)	1138 (77,95)
3	103 (7,06)	63 (4,32)
4	10 (0,69)	1 (0,07)
5	1 (0,07)	1 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	1458 (100)	1460 (100)
Mittelwerte	1,95	1,88

d) Bewertung des Risikos der Begehung einer Straftat

Das Risiko der Begehung einer Straftat wurde in allen Kliniken von den Mitarbeiter/innen der Pflege höher eingeschätzt als von den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

Tabelle 60: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) in den Kliniken					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie
1	82 (8,94)	74 (8,05)	30 (8,04)	54 (14,40)	77 (46,39)	87 (52,41)
2	789 (86,04)	822 (89,45)	306 (82,04)	304 (81,07)	81 (48,80)	73 (43,98)
3	45 (4,91)	21 (2,29)	32 (8,58)	14 (3,73)	7 (4,22)	5 (3,01)
4	1 (0,11)	1 (0,11)	5 (1,34)	2 (0,53)	1 (0,60)	1 (0,60)
5	0 (0,00)	1 (0,11)	0 (0,00)	1 (0,27)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	917 (100)	919 (100)	373 (100)	375 (100)	166 (100)	166 (100)
Mittelwerte	1,96	1,95	2,03	1,91	1,59	1,52

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos der Mitarbeiter/innen der Kliniken (H=306,02; p<0,001; n=2916; f=5). Die Unterschiede in den Bewertungen der Berufsgruppen erwiesen sich in der

- Rostocker Klinik als nicht signifikant (H=0,88; p>0,05; n=1936; f=1),
- Stralsunder Klinik als signifikant (H=13,95; p<0,001; n=748; f=1)
- Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (H=1,29; p>0,05; n=332; f=1).

Über alle Kliniken hinweg schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Risiken von Lockerungen signifikant höher ein als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes (H=8,94; p<0,01; n=2916; f=1).

Tabelle 61: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach des Risikos der Begehung einer Straftat

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) nach Berufsgruppen	
	Pflege	Therapie
1	189 (12,98)	215 (14,73)
2	1176 (80,77)	1199 (82,12)
3	84 (5,77)	40 (2,74)
4	7 (0,48)	4 (0,27)
5	0 (0,00)	2 (0,14)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	1456 (100)	1460 (100)
Mittelwerte	1,94	1,89

e) Bewertung der Lockerungsanträge nach allen Risikoarten

Die Risiken des Missbrauchs von Lockerungen wurden in allen Kliniken von den Mitarbeiter/innen der Pflege höher eingeschätzt als von den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

Tabelle 62: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) in den Kliniken					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie
1	234 (8,49)	217 (7,87)	149 (13,29)	224 (19,93)	224 (44,98)	262 (52,61)
2	2386 (86,61)	2459 (89,19)	855 (76,27)	853 (75,89)	246 (49,40)	217 (43,57)
3	128 (4,65)	75 (2,72)	106 (9,46)	43 (3,83)	24 (4,82)	18 (3,61)
4	7 (0,25)	4 (0,15)	9 (0,80)	3 (0,27)	4 (0,80)	1 (0,20)
5	0 (0,00)	2 (0,07)	2 (0,18)	1 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	2755 (100)	2757 (100)	1121 (100)	1124 (100)	498 (100)	498 (100)
Mittelwerte	1,97	1,95	1,98	1,85	1,61	1,51

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe aller Risiken der Mitarbeiter/innen aller Kliniken (H=817,31; p<0,001; n=8753; f=5). Die Unterschiede in den Bewertungen der Berufsgruppen erwiesen sich in der

- Rostocker Klinik als nicht signifikant (H=1,86; p>0,05; n=5512; f=1),
- Stralsunder Klinik signifikant (H=39,24; p<0,001; n=2245; f=1)
- Ueckermünder Klinik signifikant (H=6,43; p<0,05; n=996; f=1).

Über alle Kliniken hinweg schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Risiken von Lockerungen signifikant höher ein als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes (H=29,60; p<0,001; n=8753; f=1).

Tabelle 63: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach allen Risiken

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte und Anteile der Skalenwerte (in %) nach Berufsgruppen	
	Pflege	Therapie
1	607 (13,88)	703 (16,05)
2	3487 (79,72)	3529 (80,59)
3	258 (5,90)	136 (3,11)
4	20 (0,46)	8 (0,18)
5	2 (0,05)	3 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	4374 (100)	4379 (100)
Mittelwerte	1,93	1,88

5.3.2 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Wohngruppenebene

a) Bewertung des Risikos der Entweichung

Das Risiko der Entweichung wurde in der Ueckermünder Klinik am höchsten und in der Rostocker Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 64: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	41 (7,35)	11 (10,89)	10 (15,15)	62 (8,55)
2	486 (87,10)	77 (76,24)	44 (66,67)	607 (83,72)
3	30 (5,38)	11 (10,89)	11 (16,67)	52 (7,17)
4	1 (0,18)	2 (1,98)	1 (1,52)	4 (0,55)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	558 (100)	101 (100)	66 (100)	725 (100)
Mittelwert	1,98	2,04	2,05	2,00

Im H-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken ($H=1,41$; $p>0,05$; $n=725$; $f=2$).

b) Bewertung des Risikos der Nichtrückkehr

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde in der Stralsunder Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am niedrigsten eingeschätzt.

Tabelle 65: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	31 (8,61)	15 (5,75)	25 (25,25)	71 (9,86)
2	321 (89,17)	215 (82,38)	68 (68,69)	604 (83,89)
3	8 (2,22)	30 (11,49)	6 (6,06)	44 (6,11)
4	0 (0,00)	1 (0,38)	0 (0,00)	1 (0,14)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	360 (100)	261 (100)	99 (100)	720 (100)
Mittelwert	1,94	2,07	1,81	1,97

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=32,39; p<0,001; n=720; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=17,21; p<0,001; n=621; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=9,73; p<0,01; n=459; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=21,61; p<0,001; n=360; f=1).

c) Bewertung des Risikos des Suchtmittelmissbrauchs

Das Risiko des Suchtmittelmissbrauchs wurde in der Rostocker Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am niedrigsten eingeschätzt werden.

Tabelle 66: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	32 (3,48)	76 (20,99)	54 (32,53)	162 (11,20)
2	821 (89,34)	233 (64,36)	96 (57,83)	1150 (79,47)
3	60 (6,53)	50 (13,81)	13 (7,83)	123 (8,50)
4	4 (0,44)	2 (0,55)	3 (1,81)	9 (0,62)
5	2 (0,22)	1 (0,28)	0 (0,00)	3 (0,21)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	919 (100)	362 (100)	166 (100)	1447 (100)
Mittelwert	2,05	1,95	1,79	1,99

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=54,43; p<0,001; n=1447; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=14,57; p<0,001; n=1281; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=64,10; p<0,001; n=1085; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=8,53; p<0,01; n=528; f=1).

d) Bewertung des Risikos der Begehung einer Straftat

Das Risiko einer Straftat wurde in der Stralsunder Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am niedrigsten eingeschätzt

Tabelle 67: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	42 (4,57)	16 (4,42)	37 (22,29)	95 (6,57)
2	808 (87,92)	293 (80,94)	115 (69,28)	1216 (84,04)
3	68 (7,40)	47 (12,98)	14 (8,43)	129 (8,91)
4	0 (0,00)	6 (1,66)	0 (0,00)	6 (0,41)
5	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,07)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	919 (100)	362 (100)	166 (100)	1447 (100)
Mittelwert	2,05	2,12	1,86	2,04

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (H=44,34; p<0,001; n=1447; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (H=7,38; p<0,01; n=1281; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=34,52; p<0,001; n=1085; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (H=28,91; p<0,001; n=528; f=1).

e) Bewertung der Lockerungsanträge nach allen Risikoarten

Die Risiken von Lockerungen wurden in der Stralsunder Klinik am höchsten und in der Ueckermünder Klinik am geringsten eingeschätzt.

Tabelle 68: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risikoarten

Skala	Häufigkeit der Skalenwerte in den Kliniken und Anteile der Skalenwerte (in %)			Skalenwerte aller Kliniken und Anteile in (%)
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
1	146 (5,30)	118 (10,87)	126 (25,35)	390 (8,99)
2	2436 (88,39)	818 (75,32)	323 (64,99)	3577 (82,44)
3	166 (6,02)	138 (12,71)	44 (8,85)	348 (8,02)
4	5 (0,18)	11 (1,01)	4 (0,80)	20 (0,46)
5	3 (0,11)	1 (0,09)	0 (0,00)	4 (0,09)
Zahl der Bewertungen (Summe %)	2756 (100)	1086 (100)	497 (100)	4339 (100)
Mittelwert	2,01	2,04	1,85	2,00

Im H-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken ($H=76,46$; $p<0,001$; $n=4330$; $f=2$). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als nicht signifikant ($H=2,19$; $p>0,05$; $n=3842$; $f=1$),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant ($H=78,99$; $p<0,001$; $n=3253$; $f=1$),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant ($H=43,17$; $p<0,001$; $n=1583$; $f=1$).

5.3.3 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Kontroll-, Lockerungskonferenz- und Entscheidungsebene

5.3.3.1 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Kontrollebene

5.3.3.1.1 Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen

Die Lockerungsanträge wurden in der Ueckermünder Klinik am häufigsten abgelehnt, während in der Stralsunder Klinik der höchste Grad der Zustimmung bestand.

Tabelle 69: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an den Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch alle Mitarbeiter/innen

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
Zustimmung	1554 (87,90)	695 (93,54)	259 (78,96)	2508 (88,34)
Ablehnung	214 (12,10)	48 (6,46)	69 (21,04)	331 (11,66)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	1768 (100)	743 (100)	328 (100)	2839 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,12	1,06	1,21	1,12

Im Chi^2-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen den drei Kliniken (Chi^2=47,84; p<0,001; n=2839; f=2). Der Unterschied in der Art der Bewertung der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (Chi^2=17,83; p<0,001; n=2511; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi^2=18,90; p<0,001; n=2096; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi^2=49,68; p<0,001; n=1071; f=1).

5.3.3.2 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen dem Pflegepersonal der Kliniken

Die Lockerungsanträge wurden in der Ueckermünder Klinik am häufigsten abgelehnt, während in der Stralsunder Klinik der höchste Grad der Zustimmung bestand.

Tabelle 70: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen der Pflege

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
Zustimmung	778 (88,01)	343 (92,20)	128 (78,05)	1249 (87,96)
Ablehnung	106 (11,99)	29 (7,80)	36 (21,95)	171 (12,04)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	884 (100)	372 (100)	164 (100)	1420 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,12	1,08	1,22	1,12

Im Chi²-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen den Kliniken (Chi²=21,54; p<0,001; n=1420; f=2). Der Unterschied in der Art der Bewertung der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=4,80; p<0,05; n=1256; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=11,72; p<0,001; n=1048; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=21,40; p<0,001; n=536; f=1).

5.3.3.3 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen dem therapeutischen Dienst der Kliniken

Die Lockerungsanträge wurden in der Ueckermünder Klinik am häufigsten abgelehnt, während in der Stralsunder Klinik der höchste Grad der Zustimmung bestand.

Tabelle 71: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
Zustimmung	776 (87,78)	352 (94,88)	131 (79,88)	1259 (88,72)
Ablehnung	108 (12,22)	19 (5,12)	33 (20,12)	160 (11,28)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	884 (100)	371 (100)	164 (100)	1419 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,12	1,05	1,20	1,11

Im Chi²-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen den Kliniken (Chi²=27,66; p<0,001; n=1419; f=2). Der Unterschied in der Art der Bewertung der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=14,47; p<0,001; n=1255; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=7,42; p<0,01; n=1048; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=29,16; p<0,001; n=535; f=1).

5.3.3.4 Vergleich der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes

Innerhalb der jeweiligen Klinik waren in der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Berufsgruppen keine wesentlichen Unterschiede festzustellen.

Tabelle 72: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken nach Berufsgruppen					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie	Pflege	Therapie
Zustimmung	778 (88,01)	776 (87,78)	343 (92,20)	352 (94,88)	128 (78,05)	131 (79,88)
Ablehnung	106 (11,99)	108 (12,22)	29 (7,80)	19 (5,12)	36 (21,95)	33 (20,12)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	884 (100)	884 (100)	372 (100)	371 (100)	164 (100)	164 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,12	1,12	1,08	1,05	1,22	1,20

Im Chi^2-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen (Chi^2=49,42; p<0,001; n=2839; f=5). Der Unterschied in der Art der Bewertung der Lockerungsanträge erwies sich zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes

- in der Rostocker Klinik als nicht signifikant (Chi^2=0,02; p>0,05; n=1768; f=1),
- der Stralsunder Klinik als nicht signifikant (Chi^2=2,20; p>0,05; n=743; f=1),
- der Ueckermünder Klinik nicht signifikant (Chi^2=0,17; p>0,05; n=328; f=1).

Auch beim Vergleich der Bewertungen der Lockerungsanträge von allen Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes ergab sich kein signifikanten Unterschied (Chi^2=0,41; p>0,05; n=2839; f=1).

Tabelle 73: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes aller Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken nach Berufsgruppen	
	Pflege	Therapie
Zustimmung	1249 (87,96)	1259 (88,72)
Ablehnung	171 (12,04)	160 (11,28)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	1420 (100)	1419 (100)
Mittelwerte	1,12	1,11

5.3.3.5 Bewertung der Lockerungsanträge in der Lockerungskonferenz

Die Lockerungsanträge wurden in der Rostocker Klinik am häufigsten abgelehnt, während in der Stralsunder Klinik der höchste Grad der Zustimmung bestand.

Tabelle 74: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Lockerungskonferenzen der Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
Zustimmung	773 (84,20)	345 (94,78)	142 (86,06)	1260 (87,08)
Ablehnung	145 (15,80)	19 (5,22)	23 (13,94)	187 (12,92)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	918 (100)	364 (100)	165 (100)	1447 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,16	1,05	1,14	1,13

Im Chi²-Teste zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung der Lockerungsanträge zwischen den Kliniken (Chi²=26,08; p<0,001; n=1447; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (Chi²=26,13; p<0,001; n=1282; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (Chi²=0,37; p>0,05; n=1083; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=11,81; p<0,001; n=529; f=1).

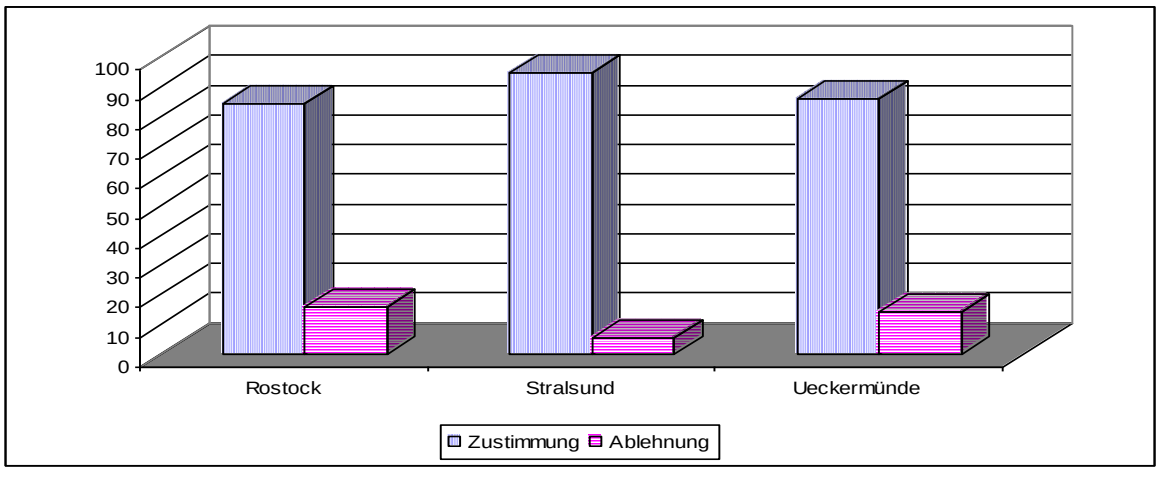


Abbildung 16: Prozentuale Anteile der Art Bewertung der Lockerungsanträge in den Lockerungskonferenzen der Kliniken

5.3.3.6 Bewertung der Lockerungsanträge auf der Entscheidungsebene

Die Lockerungsanträge wurden in der Rostocker Klinik am häufigsten abgelehnt, während in der Stralsunder Klinik der höchste Grad der Zustimmung bestand.

Tabelle 75: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Entscheidungsebene in den Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	Rostock	Stralsund	Ueckermünde	
Zustimmung	739 (80,33)	361 (94,75)	143 (86,14)	1243 (84,73)
Ablehnung	181 (19,67)	20 (5,25)	23 (13,86)	224 (15,27)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	920 (100)	381 (100)	166 (100)	1467 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,20	1,05	1,14	1,15

Im Chi^2-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertungshöhe des Risikos zwischen den Kliniken (Chi^2=43,62; p<0,001; n=1467; f=2). Der Unterschied in der Bewertungshöhe der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Rostocker und Stralsunder Klinik als signifikant (Chi^2=42,91; p<0,001; n=1301; f=1),
- der Rostocker und Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (Chi^2=3,12; p>0,05; n=1086; f=1),
- der Stralsunder und Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi^2=11,82; p<0,001; n=547; f=1).

5.3.4 Vergleich der Bewertungsebenen

5.3.4.1 Vergleich der Antragsebene mit der Wohngruppenebene

a) Bewertung des Risikos der Entweichung

Das Risiko der Entweichung wurde auf der Wohngruppenebene in allen Kliniken höher eingeschätzt als auf der Antragsebene.

Tabelle 76: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte in den Kliniken nach Antrags- und Wohngruppenebene					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Antrag	WG	Antrag	WG	Antrag	WG
1	47 (8,42)	41 (7,35)	19 (19,00)	11 (10,89)	17 (25,76)	10 (15,15)
2	490 (87,81)	486 (87,10)	71 (71,00)	77 (76,24)	40 (60,61)	44 66,67 ()
3	21 (3,76)	30 (5,38)	9 (9,00)	11 (10,89)	7 (10,61)	11 (16,67)
4	0 (0,00)	1 (0,18)	0 (0,00)	2 (1,98)	2 (3,03)	1 (1,52)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	558 (100)	558 (100)	100 (100)	101 (100)	66 (100)	66 (100)
Mittelwerte	1,95	1,98	1,93	2,04	1,91	2,05

Die Prüfung aller in der Tabelle aufgeführten Gruppen mit dem H-Test ergab keine Signifikanz ($H=9,85$; $p>0,05$; $n=1449$; $f=5$).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Wohngruppenebene eine signifikant höhere Bewertung des Risikos der Lockerungen zu verzeichnen als auf der Antragsebene ($H=5,71$; $p<0,05$; $n=1449$; $f=1$).

Tabelle 77: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko der Entweichung

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte nach Antrags- und Wohngruppenebene	
	Antrag	WG
1	83 (11,46)	62 (8,55)
2	601 (83,01)	607 (83,72)
3	37 (5,11)	52 (7,17)
4	2 (0,28)	4 (0,55)
5	1 (0,14)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	724 (100)	725 (100)
Mittelwerte	1,95	2,00

Bei der Prüfung der Bewertungshöhen dieses Risikos zeigte sich eine signifikant höhere Bewertung durch die Mitarbeiter/innen auf der Wohngruppenebene ($H=5,71$; $p<0,05$; $n=1449$; $f=1$).

b) Bewertung des Risikos der Nichtrückkehr

Das Risiko der Nichtrückkehr wurde in allen Kliniken auf der Wohngruppenebene höher eingeschätzt als auf der Antragsebene.

Tabelle 78: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte in den Kliniken nach Antrags- und Wohngruppenebene					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Antrag	WG	Antrag	WG	Antrag	WG
1	57 (15,79)	31 (8,61)	25 (9,09)	15 (5,75)	51 (51,00)	25 (25,25)
2	297 (82,27)	321 (89,17)	225 (81,82)	215 (82,38)	46 (46,00)	68 (68,69)
3	7 (1,94)	8 (2,22)	24 (8,73)	30 (11,49)	3 (3,00)	6 (6,06)
4	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,36)	1 (0,38)	0 (0,00)	0 (0,00)
5	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	361 (100)	360 (100)	275 (100)	261 (100)	100 (100)	99 (100)
Mittelwerte	1,86	1,94	2,00	2,07	1,52	1,81

Die Prüfung aller in der Tabelle aufgeführten Gruppen mit dem H-Test ergab eine Signifikanz ($H=139,06$; $p<0,001$; $n=1456$; $f=5$). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Antrags- und Wohngruppenebene waren in der

- Rostocker Klinik signifikant ($H=7,76$; $p<0,01$; $n=721$; $f=1$),
- Stralsunder Klinik nicht signifikant ($H=2,79$; $p>0,05$; $n=536$; $f=1$),
- Ueckermünder Klinik signifikant ($H=13,76$; $p<0,001$; $n=199$; $f=1$).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Wohngruppenebene eine signifikant höhere Bewertung dieses Risikos zu verzeichnen als auf der Antragsebene ($H=18,76$; $p<0,001$; $n=1456$; $f=1$).

Tabelle 79: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko der Nichtrückkehr

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte nach Antrags- und Wohngruppenebene	
	Antrag	WG
1	133 (18,07)	71 (9,86)
2	568 (77,17)	604 (83,89)
3	34 (4,62)	44 (6,11)
4	1 (0,14)	1 (0,14)
5	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	736 (100)	720 (100)
Mittelwerte	1,87	1,97

c) Bewertung des Risikos des Suchtmittelmissbrauchs

Das Risiko des Suchtmittelmissbrauchs wurde in allen Kliniken auf der Ebene der Wohngruppenebene höher eingeschätzt als auf der Antragsebene.

Tabelle 80: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte in den Kliniken nach Antrags- und Wohngruppenebene					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	Antrag	WG	Antrag	WG	Antrag	WG
1	48 (5,22)	32 (3,48)	75 (20,11)	76 (20,99)	79 (47,59)	54 (32,53)
2	810 (88,14)	821 (89,34)	253 (67,83)	233 (64,36)	79 (47,59)	96 (57,83)
3	55 (5,98)	60 (6,53)	41 (10,99)	50 (13,81)	7 (4,22)	13 (7,83)
4	6 (0,65)	4 (0,44)	3 (0,80)	2 (0,55)	1 (0,60)	3 (1,81)
5	0 (0,00)	2 (0,22)	1 (0,27)	1 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	919 (100)	919 (100)	373 (100)	362 (100)	166 (100)	166 (100)
Mittelwerte	2,02	2,05	1,93	1,95	1,58	1,79

Die Prüfung aller in der Tabelle aufgeführten Gruppen mit dem H-Test ergab eine Signifikanz (H=193,30; p<0,001; n=2905; f=5). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Antrags- und Wohngruppenebene waren in der

- Rostocker Klinik nicht signifikant (H=2,09; p>0,05; n=1838; f=1),
- Stralsunder Klinik nicht signifikant (H=0,12; p>0,05; n=735; f=1),
- Ueckermünder Klinik signifikant (H=8,53; p<0,01; n=332; f=1).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Wohngruppenebene eine signifikant höhere Bewertung dieses Risikos der Lockerungen zu verzeichnen als auf der Antragsebene (H=5,84; p<0,05; n=2905; f=1).

Tabelle 81: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte nach Antrags- und Wohngruppenebene	
	Antrag	WG
1	202 (13,85)	162 (11,20)
2	1142 (78,33)	1150 (79,47)
3	103 (7,06)	123 (8,50)
4	10 (0,69)	9 (0,62)
5	1 (0,07)	3 (0,21)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	1458 (100)	1447 (100)
Mittelwerte	1,95	1,99

d) Bewertung des Risikos der Begehung einer Straftat

Das Risiko der Begehung einer Straftat wurde in allen Kliniken auf der Ebene der Wohngruppenebene höher eingeschätzt als auf der Antragsebene.

Tabelle 82: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte in den Kliniken nach Antrags- und Wohngruppenebene					
	Rostock		Rostock		Rostock	
	Antrag	WG	Antrag	WG	Antrag	WG
1	82 (12,44)	42 (4,57)	30 (6,00)	16 (4,42)	77 (42,75)	37 (22,29)
2	789 (80,77)	808 (87,92)	306 (84,80)	293 (80,94)	81 (51,91)	115 (69,28)
3	45 (6,28)	68 (7,40)	32 (7,60)	47 (12,98)	7 (3,82)	14 (8,43)
4	1 (0,51)	0 (0,00)	5 (1,60)	6 (1,66)	1 (1,53)	0 (0,00)
5	0 (0,00)	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	917 (100)	919 (100)	373 (100)	362 (100)	166 (100)	166 (100)
Mittelwerte	1,96	2,05	2,03	2,12	1,59	1,86

Die Prüfung aller in der Tabelle aufgeführten Werte mit dem H-Test ergab eine Signifikanz (H=227,98; p<0,001; n=2903; f=5). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Antrags- und Wohngruppenebene waren in der

- Rostocker Klinik signifikant (H=27,08; p<0,001; n=1836; f=1),
- Stralsunder Klinik signifikant (H=6,90; p<0,01; n=735; f=1),
- Ueckermünder Klinik signifikant (H=20,30; p<0,001; n=332; f=1).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Wohngruppenebene eine signifikant höhere Bewertung dieses Risikos zu verzeichnen als auf der Antragsebene (H=47,87; p<0,001; n=2903; f=1).

Tabelle 83: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko der Begehung einer Straftat

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte nach Antrags- und Wohngruppenebene	
	Antrag	WG
1	189 (12,98)	95 (6,57)
2	1176 (80,77)	1216 (84,04)
3	84 (5,77)	129 (8,91)
4	7 (0,48)	6 (0,41)
5	0 (0,00)	1 (0,07)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	1456 (100)	1447 (100)
Mittelwerte	1,94	2,04

e) Zusammenfassung der Bewertung der Lockerungsanträge nach allen Risikoarten

Das Risiko des Missbrauchs von Lockerungen wurde auf der Ebene der Wohngruppenebene in allen Kliniken höher eingeschätzt als auf der Antragsebene.

Tabelle 84: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte in den Kliniken nach Antrags- und Wohngruppenebene					
	Rostock		Rostock		Rostock	
	Antrag	WG	Antrag	WG	Antrag	WG
1	234 (8,49)	146 (5,30)	149 (13,29)	118 (10,87)	224 (44,98)	126 (25,35)
2	2386 (86,61)	2436 (88,39)	855 (76,27)	818 (75,32)	246 (49,40)	32 (64,99)
3	128 (4,65)	166 (6,02)	106 (9,46)	138 (12,71)	24 (4,82)	44 (8,85)
4	7 (0,25)	5 (0,18)	9 (0,80)	11 (1,01)	4 (0,80)	4 (0,80)
5	0 (0,00)	3 (0,11)	2 (0,18)	1 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	2755 (100)	2756 (100)	1121 (100)	1086 (100)	498 (100)	497 (100)
Mittelwerte	1,97	2,01	1,98	2,04	1,62	1,85

Die Prüfung aller in der Tabelle aufgeführten Gruppen mit dem H-Test ergab eine Signifikanz (H=446,13; p<0,01; n=8713; f=5). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Antrags- und Wohngruppenebene waren in der

- Rostocker Klinik signifikant (H=23,52; p<0,001; n=5511; f=1),
- Stralsunder Klinik signifikant (H=7,60; p<0,01; n=2207; f=1),
- Ueckermünder Klinik signifikant (H=41,58; p<0,001; n=995; f=1).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Wohngruppenebene eine signifikant höhere Bewertung der Risiken der Lockerungen zu verzeichnen als auf der Antragsebene (H=58,23; p<0,001; n=8713; f=1).

Tabelle 85: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach allen Risiken

Skala	Zahl und Anteil (in %) der Skalenwerte nach Antrags- und Wohngruppenebene	
	Antrag	WG
1	607 (13,88)	390 (8,99)
2	3487 (79,72)	3577 (82,44)
3	258 (5,90)	348 (8,02)
4	20 (0,46)	20 (0,46)
5	2 (0,05)	4 0,09 ()
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	4374 (100)	4339 (100)
Mittelwerte	1,93	2,00

5.3.4.2 Vergleich der Antragsebene mit der Kontrollebene

a) Mitarbeiter/innen der Pflege

Der Anteil der Ablehnungen war auf der Kontrollebene höher als auf der Antragsebene. Nur in der Stralsunder Klinik deutete sich ein anderer Trend an. Hier war aber zu berücksichtigen, dass der Anteil der „unentschiedenen Wertungen“ (Stufe 3 auf der Bewertungsskala) mit 9,46% an den Bewertungen insgesamt auf der Antragsebene sehr hoch war (Rostock: 4,65% / Ueckermünde: 4,82%) und entsprechend des grundsätzlichen Verfahrens als Ablehnung gewertet wurde. Es war nicht auszuschließen, dass sich einige Mitarbeiter/innen im Falle einer direkt geforderten Alternativentscheidung auch für „Zustimmung“ entschieden hätten.

Tabelle 86: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen der Pflege in den Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken auf der Antrags- und der Kontrollebene					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	AE	KE	AE	KE	AE	KE
Zustimmung	2620 (95,10)	778 (88,01)	1004 (89,56)	343 (92,20)	470 (94,38)	128 (78,05)
Ablehnung	135 (4,90)	106 (11,99)	117 (10,44)	29 (7,80)	28 (5,62)	36 (21,95)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	2755 (100)	884 (100)	1121 (100)	372 (100)	498 (100)	164 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,05	1,12	1,10	1,08	1,06	1,22

Im Chi^2-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen (Chi^2=113,81; p<0,001; n=5794; f=5). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Antrags- und Kontrollebene erwiesen sich

- in der Rostocker als signifikant (Chi^2=54,41; p<0,001; n=2839; f=1),
- der Stralsunder Klinik als nicht signifikant (Chi^2=2,21; p>0,05; n=1585; f=1),
- der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi^2=37,67; p<0,001; n=662; f=1).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Kontrollebene ein signifikant höherer Anteil von Ablehnungen als auf der Antragsebene zu verzeichnen (Chi^2=47,52; p<0,001; n=5794; f=1).

Tabelle 87: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen der Pflege in allen Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen auf der Antrags- und der Kontrollebene	
	AE	KE
Zustimmung	4094 (93,60)	1249 (87,96)
Ablehnung	280 (6,40)	171 (12,04)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	4374 (100)	1420 (100)
Mittelwerte	1,06	1,12

b) Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes

Der Anteil der Ablehnungen war auf der Kontrollebene in allen Kliniken höher als auf der Antragsebene.

Tabelle 88: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in den Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken auf der Antrags- und der Kontrollebene					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	AE	KE	AE	KE	AE	KE
Zustimmung	2676 (97,06)	776 ()87,78	1077 (95,82)	352 (94,88)	479 (96,18)	131 ()79,88
Ablehnung	81 (2,94)	108 (12,22)	47 (4,18)	19 (5,12)	19 (3,82)	33 (20,12)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	2757 (100)	884 (100)	1124 (100)	371 (100)	498 (100)	164 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,03	1,12	1,04	1,05	1,04	1,20

Im Chi^2-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen (Chi^2=191,89; p<0,001;

n=5798; f=5). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Antrags- und Kontrollebene erwiesen sich

in der Rostocker als signifikant (Chi^2=117,11; p<0,001; n=3641; f=1),

- der Stralsunder Klinik als nicht signifikant (Chi^2=0,58; p>0,05; n=1495; f=1),
- der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi^2=45,32; p<0,001; n=662; f=1).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Kontrollebene ein signifikant höherer Anteil von Ablehnungen als auf der Antragsebene zu verzeichnen (Chi^2=134,01; p<0,001; n=5798; f=1).

Tabelle 89: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in allen Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen auf der Antrags- und der Kontrollebene	
	AE	KE
Zustimmung	4232 (96,64)	1259 (88,72)
Ablehnung	147 (3,36)	160 (11,28)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	4379 (100)	1419 (100)
Mittelwerte	1,03	1,11

c) Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes

Der Anteil der Ablehnungen war auf der Kontrollebene höher als auf der Antragsebene. Nur in der Stralsunder Klinik deutete sich ein anderer Trend an. Hier war der hohe Anteil der „unentschiedenen Wertungen“ in der Pflege (s. Buchstabe a) zu berücksichtigen.

Tabelle 90: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch alle Mitarbeiter/innen

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken auf der Antrags- und der Kontrollebene					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	AE	KE	AE	KE	AE	KE
Zustimmung	5296 (96,08)	1554 (87,90)	2081 (92,69)	695 (93,54)	949 (95,28)	259 (78,96)
Ablehnung	216 (3,92)	214 12,10 ()	164 (7,31)	48 (6,46)	47 (4,72)	69 (21,04)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	5512 (100)	1768 (100)	2245 (100)	743 (100)	996 (100)	328 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,04	1,12	1,07	1,06	1,05	1,21

Im Chi²-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen (Chi²=271,89; p<0,001; n=11592; f=5). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Antrags- und Kontrollebene erwiesen sich

- in der Rostocker als signifikant (Chi²=161,38; p<0,001; n=7280; f=1),
- der Stralsunder Klinik als nicht signifikant (Chi²=0,60; p>0,05; n=2988; f=1),
- der Ueckermünder Klinik als signifikant (Chi²=82,19; p<0,001; n=1324; f=1).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Kontrollebene ein signifikant höherer Anteil von Ablehnungen als auf der Antragsebene zu verzeichnen ((Chi²=161,28; p<0,001; n=11592; f=1).

Tabelle 91: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch alle Mitarbeiter/innen in allen Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen auf der Antrags- und der Kontrollebene	
	AE	KE
Zustimmung	8326 (95,12)	2508 (88,34)
Ablehnung	427 (4,88)	331 (11,66)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	8753 (100)	2839 (100)
Mittelwerte	1,05	1,12

5.3.4.3 Vergleich der Wohngruppenebene mit der Lockerungskonferenz

Der Anteil der Ablehnungen war auf der Ebene der Lockerungskonferenz höher als auf der Wohngruppenebene. Nur in der Stralsunder Klinik deutete sich ein anderer Trend an. Hier war aber zu berücksichtigen, dass der Anteil der „unentschiedenen Wertungen“ (Stufe 3 auf der Bewertungsskala) mit einem Anteil von 12,71% an den gesamten Bewertungen auf der Wohngruppenebene sehr hoch war (Rostock: 6,02% / Ueckermünde: 8,85%). In diesem Fall bestand eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich einige Mitarbeiter/innen im Falle einer direkt geforderten Alternativentscheidung auch für „Zustimmung“ entschieden hätten.

Tabelle 92: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Wohngruppenebene (WG) und der Ebene der Lockerungskonferenz (LK)

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen in den Kliniken auf den Ebenen WG und LK					
	Rostock		Stralsund		Ueckermünde	
	WG	LK	WG	LK	WG	LK
Zustimmung	2582 (93,69)	773 (84,20)	936 (86,19)	345 (94,78)	449 (90,34)	142 (86,06)
Ablehnung	174 (6,31)	145 (15,80)	150 (13,81)	19 (5,22)	48 (9,66)	23 (13,94)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	2756 (100)	918 (100)	1086 (100)	364 (100)	497 (100)	165 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,06	1,16	1,14	1,05	1,10	1,14

Im Chi^2-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen (Chi^2=108,09; p<0,001; n=5786; f=5). Die Unterschiede zwischen den Bewertungen auf der Wohngruppenebene und Ebene der Lockerungskonferenz erwiesen sich

- in der Rostocker als signifikant (Chi^2=78,08; p<0,001; n=3674; f=1),
- der Stralsunder Klinik als signifikant (Chi^2=19,55; p<0,001; n=1450; f=1),
- der Ueckermünder Klinik als nicht signifikant (Chi^2=2,37; p>0,05; n=662; f=1).

Bei der Zusammenfassung der Werte aller Kliniken war auf der Ebene der Lockerungskonferenz ein signifikant höherer Anteil von Ablehnungen als auf der Wohngruppenebene zu verzeichnen (Chi^2=23,52; p<0,001; n=5786; f=1).

Tabelle 93: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Wohngruppenebene (WG) und der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) in allen Kliniken

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen auf den Ebenen WG und LK	
	WG	LK
Zustimmung	3967 (91,43)	1260 (87,08)
Ablehnung	372 (8,57)	187 (12,92)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	4339 (100)	1447 (100)
Mittelwerte	1,09	1,13

5.3.4.4 Vergleich der Kontroll-, Lockerungskonferenz- und Entscheidungsebene innerhalb der Kliniken

a) Rostock

Die Häufigkeit von Ablehnungen der Lockerungsanträge war auf der Entscheidungsebene am höchsten und auf der Kontrollebene am geringsten.

Tabelle 94: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene (KE), der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) und der Entscheidungsebene (EE) in der Rostocker Klinik

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen auf den Ebenen			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	KE	LK	EE	
Zustimmung	1554 (87,90)	773 (84,20)	739 (80,33)	3066 (85,02)
Ablehnung	214 (12,10)	145 (15,80)	181 (19,67)	540 (14,98)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	1768 (100)	918 (100)	920 (100)	3606 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,12	1,16	1,20	1,15

Im Chi²-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen ($Chi^2=27,88$; $p<0,001$; $n=3606$; $f=2$). Der Unterschied in der Art der Bewertung der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Kontrollebene und der Ebene der Lockerungskonferenz als signifikant (Chi²=7,1; p<0,01; n=2686; f=1),
- der Kontrollebene und der Entscheidungsebene als signifikant (Chi²=27,66; p<0,001; n=2688; f=1),
- der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene als signifikant (Chi²=4,74; p<0,05; n=1838; f=1).

b) Stralsund

Die Häufigkeit von Ablehnungen der Lockerungsanträge war auf der Kontrollebene geringfügig höher als auf den anderen beiden Bewertungsebenen.

Tabelle 95: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene (KE), der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) und der Entscheidungsebene (EE) in der Stralsunder Klinik

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen auf den Ebenen			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	KE	LK	EE	
Zustimmung	695 (93,54)	345 (94,78)	361 94,75 ()	1401 (94,15)
Ablehnung	48 (6,46)	19 5,22 ()	20 (5,25)	87 (5,85)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	743 (100)	364 (100)	381 (100)	1488 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,06	1,05	1,05	1,06

Im Chi²-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen (Chi²=1,02; p>0,05; n=1488; f=2).

c) Ueckermünde

Die Häufigkeit von Ablehnungen der Lockerungsanträge war auf der Kontrollebene höher als auf den anderen beiden Bewertungsebenen.

Tabelle 96: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene (KE), der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) und der Entscheidungsebene (EE) in der Ueckermünder Klinik

Art der Bewertung	Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen auf den Ebenen			Zahl und Anteile (in %) der Art der Bewertungen
	KE	LK	EE	
Zustimmung	259 (78,96)	142 (86,06)	143 (86,14)	544 (82,55)
Ablehnung	69 (21,04)	23 (13,94)	23 (13,86)	115 (17,45)
Zahl der Bewertungen der Kliniken (Summe %)	328 (100)	165 (100)	166 (100)	659 (100)
Mittelwerte der Bewertungen	1,21	1,14	1,14	1,17

Im Chi²-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Art der Bewertung zwischen allen in der Tabelle aufgeführten Gruppen (Chi²=5,83; p<0,05; n=659; f=2). Der Unterschied in der Bewertungsart der Lockerungsanträge erwies sich zwischen

- der Kontrollebene und der Ebene der Lockerungskonferenz als nicht signifikant (Chi²=3,64; p>0,05; n=493; f=1),
- der Kontrollebene und der Entscheidungsebene als nicht signifikant (Chi²=3,75; p>0,05; n=494; f=1),
- der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene als nicht signifikant (Chi²=0 ; p>0,05; n=257; f=1).

d) Zusammenfassung der Bewertung der Lockerungsanträge auf der Kontroll-, Lockerungskonferenz- und Entscheidungsebene

Vergleich zwischen den Kliniken

Auf der Kontrollebene zeigten sich sowohl bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes als auch bei den Mitarbeiter/innen der Pflege signifikante Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der Bewertungsart. Der höchste Grad der Ablehnungen war in der Ueckermünder und der geringste in der Stralsunder Klinik zu verzeichnen.

Auf der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene bestand der höchste Grad der Ablehnung bei der Bewertung der Lockerungsanträge in Rostock, während in Stralsund der geringste Ablehnungsgrad zu verzeichnen war. Als signifikant erwiesen sich nur die Unterschiede zwischen der Stralsunder und den anderen Kliniken, nicht die Unterschiede zwischen der Rostocker und der Ueckermünder Klinik.

Vergleich der Bewertungsebenen innerhalb der Kliniken

Der Grad der Ablehnung stieg in der Rostocker Klinik von der Kontrollebene über die Ebene der Lockerungskonferenz bis hin zur Entscheidungsebene signifikant an. In der Ueckermünder Klinik zeigte sich auf der Kontrollebene ein (nicht signifikant) höherer Grad von Ablehnungen als auf den anderen beiden Bewertungsebenen. In der Stralsunder Klinik traten nur geringfügige (nicht signifikante) Unterschiede zwischen den Bewertungsebenen auf.

Auf der Kontrollebene war zwischen den Berufsgruppen kein signifikanter Unterschiede festzustellen.

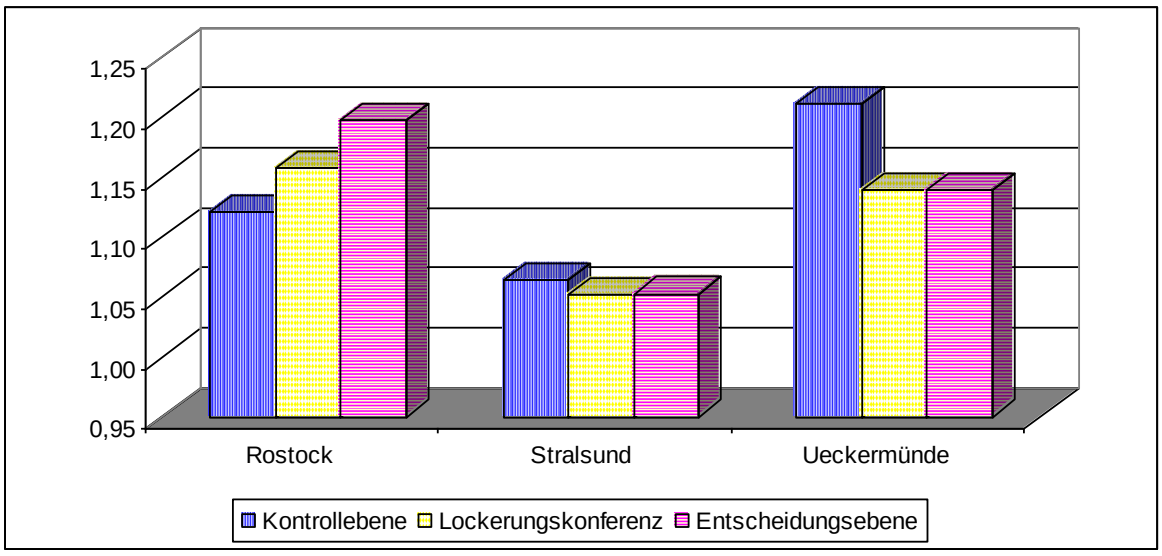


Abbildung 17: Mittelwerte der Bewertung (Zustimmung=1; Ablehnung=2) auf der Kontrollebene, der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene in den Kliniken

5.4 Darstellung der Ergebnisse der Befragung

5.4.1 Faktorenanalyse und Bildung von Summenscores zu den Fragekomplexen

5.4.1.1 Therapeutische Wertvorstellungen

Bei der Faktorenanalyse der Befragungsergebnisse aller Kliniken wurden für den Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellungen“ drei Faktoren ausgewählt:

Tabelle 97: Eigenwerte der Korrelationsmatrix zum Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellungen“

	Eigenwert	Differenz	Verhältnis	kumulativ
1	7.173	4.341	0.217	0.217
2	2.832	0.308	0.086	0.303
3	2.524	0.913	0.077	0.380
4	1.611	0.113	0.049	0.429
5	1.498	0.171	0.045	0.474
6	1.327	0.087	0.040	0.514
7	1.240	0.097	0.038	0.552
8	1.143	0.220	0.035	0.586
9	0.923	0.031	0.028	0.614
31	0.277	0.032	0.008	0.986
32	0.245	0.034	0.007	0.994
33	0.212		0.006	1.000

Im Weiteren erfolgt eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der Faktorenanalyse der Befragung in den deutschen Kliniken mit den Ergebnissen der Faktorenanalyse von Sandell et al (2004, S. 473). Dabei entspricht die Reihenfolge der Faktoren der schwedischen Untersuchung der Reihenfolge der vergleichbaren Faktoren aus der deutschen Untersuchung. Die Items sind verkürzt dargestellt.

Tabelle 98: Faktoren zum Fragebogenbogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellungen“

Nr	Item	Deutsche Befragung			Schwedische Befragung		
		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 2 Einsicht	Faktor 3 Freundlichkeit	Faktor 1 Anpassung
1.	positiv über Probleme nachzudenken	.	0.39	.	.	.	0.64
2.	Gefühle kontrollieren	0.42	0.36	.	.	.	0.50
3.	Patienten akzeptieren und begleiten	.	0.59	.	.	0.64	.
4.	Arbeiten mit Kindheitserinnerungen	0.69	.	.	0.58	.	.
5.	schmerzvolle Erfahrungen vergessen	.	.	0.44	.	.	0.44
6.	Patienten konkrete Ratschläge geben	.	.	0.75	.	.	0.55
7.	Eigeninitiative übernehmen lassen	0.33	0.35	-0.34	.	.	0,00
8.	über Symptome und Probleme informieren	0.55	.	.	.	.	0.47
9.	Wiederholung alter Fehler vermeiden	0.60	.	0.34	.	.	0.62
10.	konkrete Ziele geben	.	.	0.59	.	.	0.76
11.	Initiative gegenüber dem Patienten übernehmen	.	.	0.60	.	.	0.48
12.	Anpassung an umgebenden sozialen Umstände	0.38	.	0.47	.	.	0.68
13.	Situationen vermeiden, die Angst und Unsicherheit hervorrufen	.	.	0.61	.	.	0.58
14.	Gefühle zu ordnen / klären	0.71	.	.	0.54	.	.
15.	Verhalten und Einstellung in Frage stellen	.	.	.	.	.	.
16.	Verständnis für Wiederholung von Verhalten und Beziehungen	0.55	.	.	0.66	.	.
17.	Verständnis für Wiederholung von Reaktionen u. Beziehungen mit Mitarbeitern u. Mitpatienten	0.51	.	.	0.67	.	.
18.	schmerzvolle Erfahrungen reflektieren	0.72	.	.	0.61	.	.
19.	mit Träumen arbeiten	0.50	.	.	0.59	.	.
20.	Dinge von der Seele reden lassen	.	0.62	.	.	0.58	.
21.	freundliche und verständnisvolle Bezugsperson sein	.	0.67	.	.	0.76	.
22.	Erkennen der Verbindung zw. Problemen u. der Kindheit	0.68	.	.	0,68	0.60	.
23.	unterstützen u. ermutigen	.	0.67	.		0.60	0.52

Nr	Item	Deutsche Befragung			Schwedische Befragung		
		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 2 Einsicht	Faktor 3 Freundlichkeit	Faktor 1 Anpassung
25.	mit den Symptomen arbeiten	0.41	.	.	.	.	0.56
26.	mit seinen Symptomen leben	.	.	.	.	.	0.55
27.	Patienten akzeptieren wie er ist	.	0.61	-0.42	.	.	.
28.	an den Abwehrmechanismen arbeiten	0.48	.	.	0.68	.	.
29.	auf die Realität konzentrieren	0.55	.	.	.	.	0.50
30.	Körpersprache interpretieren	.	.	0.37	0.60	.	.
31.	Gefühle herauslassen	.	0.48	.	0.46	.	.
32.	Sexualität in den Vordergrund rücken	0.38	.	.	0.66	.	.
33.	an eventuellen sexuellen Missbrauch erinnern	0.61	.	.	0.64	.	.

Im Weiteren werden die Faktoren der deutschen Untersuchung auf der Grundlage des Vergleichs mit den Faktoren der schwedischen Untersuchung diskutiert und die Summenscores gebildet.

a) Faktor I

Der Faktor 1 der deutschen Untersuchung (I-D) entspricht weitgehend dem Faktor II (II-SW) der schwedischen Untersuchung, wie ein Vergleich der hochladenden Items zeigt.

Tabelle 99: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor I des Fragebogenkomplexes „Therapeutischen Wertvorstellungen“

Item	Faktor I-D	Faktor II-SW	Iteminhalt
C1-18	0.72	0.61	Patienten unterstützen, frühere schmerzvolle Erfahrungen zu reflektieren hilft
C1-14	0.71	0.54	Patienten helfen, seine Gefühle zu ordnen / klären hilft
C1-4	0.69	0.58	Arbeiten mit Kindheitserinnerungen des Patienten hilft
C1-22	0.68	0.68	Patienten helfen, Verbindung zwischen seinen Problemen und der Kindheit zu erkennen hilft
C1-33	0.61	0.64	Patienten helfen, sich an eventuellen sexuellen Missbrauch zu erinnern hilft
C1-9	0.60	.	Patienten helfen, Wiederholung alter Fehler zu vermeiden hilft
C1-16	0.55	0.66	Patienten helfen zu verstehen, dass sich vorheriges Verhalten und Beziehungen wiederholen hilft
C1-29	0.55	0.6	Patienten helfen, sich auf die Realität zu konzentrieren hilft
C1-8	0.55	.	Patienten über seine Symptome und Probleme informieren hilft
C1-17	0.51	0.67	Patienten helfen zu verstehen, dass frühere Reaktionen und Beziehungen mit Mitarbeitern und Mitpatienten wiederholt werden hilft
C1-19	0.50	0.59	Patienten die Möglichkeit geben, mit seinen Träumen zu arbeiten hilft

Da bei diesem Faktor viele Items hoch laden, wurden nur Items ausgewählt, die mindestens eine Ladungsstärke von 0.5 besitzen. Nur zwei dieser Items (Item 8 und 9) laden in der schwedischen Untersuchung bei dem Faktor „Insight“ (Einsicht) nicht hoch. Damit ist davon auszugehen, dass der in der deutschen Untersuchung gefundene Faktor dem der schwedischen Untersuchung entspricht. Des-

halb wurde die Bezeichnung dieses Faktors für die deutsche Untersuchung übernommen.

In den Summenscore wurden alle Items übernommen, die mindestens eine Ladungsstärke von 0.5 besitzen, da bei allen ein inhaltlicher Bezug zur Bedeutung der Einsicht in der Therapie festzustellen ist. Damit besteht der Summenscore für den Faktor Einsicht aus folgenden Items: C1-4, C1-8, C1-9, C1-14, C1-16, C1-17, C1-18, C1-19, C1-22, C1-29, C1-33. Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 11 und der Maximalwert 55.

b) Faktor II

Der Faktor II (II-D) der deutschen Untersuchung ähnelt in der Struktur der Ladungen dem Faktor III (III-SW) der schwedischen Untersuchung, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 100: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor II des Fragebogenkomplexes „Therapeutischen Wertvorstellungen“

Item	Faktor I-D	Faktor II-SW	Iteminhalt
C1-21	0.67	0.76	eine freundliche und verständnisvolle Bezugsperson sein hilft
C1-23	0.67	0.6	Patienten unterstützen und ermutigen hilft
C1-24	0.64	0.76	Patienten soll sich während des Kontakts gut fühlen hilft
C1-20	0.62	0.58	Patienten Dinge von der Seele reden lassen hilft
C1-27	0.61	.	Patienten akzeptieren wie er ist hilft
C1-3	0.59	0.64	Patienten akzeptieren und begleiten hilft

Der größte Teil der Items, die in der deutschen Untersuchung im Faktor II hoch laden, laden in der schwedischen Untersuchung im Faktor „Kindness“ (Freundlichkeit) hoch. Eine Abweichung besteht im Item 27. Dieses Item weist stärker auf Akzeptanz/Unterstützung als auf Freundlichkeit hin. Da auch die anderen Items den

Begriffen Akzeptanz/Unterstützung zugeordnet werden, wurde dieser Faktor mit „Akzeptanz/Unterstützung“ bezeichnet.
In den Summenscore wurden alle Items übernommen, die mindestens eine Ladungsstärke von 0.5 besitzen. Damit besteht der Summenscore für den Faktor „Akzeptanz/Unterstützung“ aus folgenden Items: C1-20, C1-21, C1-23, C1-24, C1-27, C1-3. Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 6 und der Maximalwert 30.

c) Faktor III

Der Faktor III (III-D) der deutschen Untersuchung ähnelt in der Struktur der Ladungen der Faktoren der schwedischen Untersuchung dem Faktor I (I-SW) der schwedischen Untersuchung, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 101: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor III des Fragebogenkomplexes „Therapeutischen Wertvorstellungen“

Item	Faktor III-D	Faktor I-SW	Iteminhalt
C1-6	0.76	0.55	Patienten konkrete Ratschläge geben hilft
C1-13	0.62	0.58	Patienten helfen, Situationen zu vermeiden, die Angst und Unsicherheit hervorrufen können hilft
C1-11	0.60	0.48	selbst die Initiative gegenüber dem Patienten zu übernehmen hilft
C1-10	0.59	0.76	Patienten konkrete Ziele geben hilft
C1-12	0.47	0.68	auf Anpassung des Patienten an die ihn umgebenden sozialen Umstände hinwirken hilft
C1-5	0.44	0.44	Patienten helfen schmerzvolle Erfahrungen zu vergessen hilft

Die Items, die in der deutschen Untersuchung hoch laden, laden auch in der schwedischen Untersuchung hoch. Insofern war davon auszugehen, dass der Faktor „Adjustment“ (Anpassung) in der schwedischen Untersuchung dem Faktor III in der deutschen Untersuchung entspricht. Die wörtliche Übersetzung schien hier aber nicht angezeigt, weil die Items eher die Anleitung zur Anpassung zum

Ausdruck bringen. Deshalb wurde die Bezeichnung „Anleiten“ für diesen Faktor gewählt.

In den Summenscore wurden auch zwei Items übernommen, die eine Ladung von 0.44 und 0.47 besitzen, da ein inhaltlicher Zusammenhang zu erkennen ist und die Items in beiden Untersuchungen entsprechend laden. Damit besteht der Summenscore für den Faktor Anleiten aus folgenden Items: C1-5, C1-6, C1-10, C1-11, C1-12, C1-13. Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 6 und der Maximalwert 30.

d) Zusammenfassung

Bei der Befragung in den allgemeinpsychiatrischen und forensischen Kliniken wurden mittels Faktorenanalyse folgende Faktoren ermittelt:

- Faktor I - **Einsicht** mit dem Summenscore: C1-4, C1-8, C1-9, C1-14, C1-16, C1-17,C1-18, C1-19, C1-22, C1-29, C1-33,
- Faktor II – **Akzeptanz/Unterstützung** mit dem Summenscore: C1-20, C1-21, C1-23, C1-24, C1-27, C1-3,
- Faktor III – **Anleiten** mit dem Summenscore: C1-5, C1-6, C1-10, C1-11, C1-12, C1-13.

5.4.1.2 Technisches Vorgehen in der Therapie

Bei der Faktorenanalyse der Befragungsergebnisse aller Kliniken wurden für den Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ drei Faktoren ausgewählt:

Tabelle 102: Eigenwerte der Korrelationsmatrix zum Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“

	Eigenwert	Differenz	Verhältnis	kumulativ
1	3.159	0.346	0.113	0.113
2	2.813	1.067	0.101	0.213
3	1.747	0.048	0.062	0.276
4	1.698	0.241	0.061	0.336
5	1.457	0.093	0.052	0.388
6	1.364	0.062	0.049	0.437
7	1.302	0.113	0.047	0.484
8	1.190	0.104	0.043	0.526
9	1.086	0.041	0.039	0.565
10	1.045	0.028	0.037	0.602
11	1.016	0.084	0.036	0.672
12	0.932	0.043	0.033	0.672
27	0.365	0.057	0.013	0.989
28	0.308		0.011	1.000

Im Weiteren erfolgt eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der Faktorenanalyse der Befragung in den deutschen Kliniken mit den Ergebnissen der Faktorenanalyse von Sandell et al (2004, S. 475). Dabei entspricht die Reihenfolge der Faktoren der schwedischen Untersuchung der Reihenfolge der vergleichbaren Faktoren aus der deutschen Untersuchung. Die Items sind verkürzt dargestellt.

Tabelle 103: Faktoren zum Fragebogenbogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“

		Deutsche Befragung			Schwedische Befragung		
Nr	**Item**	**Faktor I**	**Faktor II**	**Faktor III**	**Faktor II Unterstützung**	**Faktor III Selbstzweifel**	**Faktor I Neutralität**
1	Aktiv	0.55	.	.	0.48	.	.
2	Aggressionen ausweichen	.	-0.31	.	.	0.44	.
3	keine eigenen Gefühle ausdrücken	.	-0.44	0.40	.	.	0.63
4	keine persönlichen Fragen beantworten	.	.	0.65	.	.	0.67
5	Einwürfe sind kurz und präzise	.	-0.48	.	.	.	0.59
6	mit Verwandten Patienten reden	.	0.71	.	0.4	.	-0.51
7	keine Stille	.	.	.	.	0.49	.
8	keine persönlichen Meinungen	.	-0.45	0.34	.	.	0.67
9	Umgang mit Patienten variiert	.	.	.	.	.	.
10	Zuwendung über die geplanten Maßnahmen hinaus	.	.	.	0.55	.	.
11	Verhalten eher neutral als persönlich	.	-0.66	.	.	.	0,59
12	Patient soll keine starken Gefühle zur Bezugsperson entwickeln	.	.	0.68	0.46	.	.
13	Patient soll starke Gefühle zur Bezugsperson entwickeln, um seine Probleme zu bewältigen	.	.	.	.	.	0.50
14	Spontanität	.	.	-0.36	.	.	.
15	Anteilnahme an den Problemen	0.38	0.45	.	0.45	.	.
18	schnell frustrieren	-0.35	.	.	.	0.44	.
19	Fragen stellen	0.42	.	.	0.62	.	.
20	Fehler eingestehen	.	0.50	.	.	.	.
21	Hoffnung geben	0.52	.	.	0,52	.	.
22	Therapieplan einhalten	0.60.	.	.	.	.	0.50
23	Eingehen auf gegenwärtige Situationen	.	.	.	.	.	.

Nr	Item	Deutsche Befragung			Schwedische Befragung		
		Faktor I	Faktor II	Faktor III	Faktor II Unterstützung	Faktor III Selbstzweifel	Faktor I Neutralität
24	Zweifel an Fähigkeit, die Gefühlszustände des Patienten zu zügeln	.	.	.	.	0.50	.
25	Information über die therapeutischen Ziele	0.57	.	.	.	0.53	.
26	Ziel stets vor Augen	0.70	.	.	0.61	.	.
28	bessere Arbeit mit Patienten, die der Bezugsperson ähneln	.	0.40	.	.	0.62	.
29	körperlichen Kontakt vermeiden	.	.	0.54	.	.	0.48
30	bevorzugt konfrontative Haltung	.	.	.	.	.	.
31	Lebensziele erreichen ist für den Patienten wichtig	0.52	.	.	.	.	.

Im Weiteren werden die Faktoren der deutschen Untersuchung auf der Grundlage des Vergleichs mit den Faktoren der schwedischen Untersuchung diskutiert und die Summenscores gebildet.

a) Faktor I

Die Ladungen der Items des Faktors I (I-D) der deutschen Untersuchung ähneln der Struktur der Ladungen des Faktors II der schwedischen Untersuchung. Es bestehen aber auch deutliche Unterschiede:

Tabelle 104: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor I des Fragebogenkomplexes „Technisches Vorgehen in der Therapie“

Item	Faktor I-D	Faktor-SW	Iteminhalt
C2-26	0.70	0.61	ich halte mir selbst das mit dem Patienten zu erreichende Ziel stets vor Augen
C2-22	0.60	.	es ist wichtig, den Therapieplan einzuhalten
C2-25	0.57	.	ich informiere den Patienten immer über die therapeutischen Ziele am Anfang der Therapie
C2-1	0.55	0.48	ich bin aktiv
C2-21	0.52	0.52	es ist wichtig, dem Patienten Hoffnung zu geben
C2-31	0.52	.	es ist wichtig, dass der Patient seine Lebensziele erreicht
C2-19	0.43	0.62	ich stelle dem Patienten oft Fragen
C2-15	0.38	0.45	es ist wichtig, Anteilnahme an den Problemen des Patienten zu zeigen
C2-6	.	0.40	ich bin bereit mit einem Verwandten des Patienten zu reden
C2-10	.	0.55	ich bin bereit, mich dem Patienten über die geplanten Maßnahmen hinaus zuzuwenden
C2-12	.	0.46	ich möchte nicht, dass der Patient starke Gefühle für mich entwickelt
C2-18	-0.35	.	ich frustriere den Patienten schnell

Aufgrund der Unterschiede zwischen den Ladungen dieses Faktors in der deutschen und der schwedischen Untersuchung musste die inhaltliche Zuordnung der Items genauer betrachtet werden. Die Bezeichnung des schwedischen Faktors (Supportiveness: Unterstützung) konnte demzufolge nicht übernommen werden.

Bei 5 hochladenden Items der deutschen Untersuchung laden 5 Items der schwedischen Untersuchung ebenfalls hoch. Bei den Items, die in der deutschen Untersuchung in Bezug auf die Ladungsstärke den 2. und 3. Platz (C2-22, C2-25) belegen, zeigt sich in der schwedischen Untersuchung eine geringe Ladung. Diese Items heben ausdrücklich auf Zielorientierung ab. Daneben lädt ein weiteres Item

in der deutschen Untersuchung hoch (C2-31), das ebenfalls inhaltlich der Zielorientierung zuzuordnen ist und in der schwedischen Untersuchung nur über eine geringe Ladung verfügt.

Dagegen laden zwei Items in der schwedischen Untersuchung im Unterschied zur deutschen Untersuchung hoch (C2-6, C2-10), die ausdrücklich auf Unterstützung orientiert sind.

Bei den Items, die in der deutschen Untersuchung hoch laden, ergibt sich eine inhaltliche Gemeinsamkeit im Sinne der Zielorientierung. Das in der deutschen und in der schwedischen Untersuchung am höchsten ladendende Item (C2-26) passt inhaltlich sowohl zur Zielorientierung als auch zur Unterstützung. Dadurch entsteht zunächst der Eindruck, dass es sich in beiden Untersuchungen um den gleichen Faktor handeln könnte. Die weitere inhaltliche Betrachtung und die Analyse der Ladungsstärken weisen aber darauf hin, dass es sich um unterschiedliche Faktoren handelt.

Die Bezeichnung des Faktors I erfolgte mit dem Begriff Zielorientierung. Zur Bildung des Summenscores werden folgende Items herangezogen: C2-1, C2-21, C2-22, C2-25, C2-26, C2-31. Das Item C2-19 kommt zwar von der Ladungshöhe in Betracht, da es inhaltlich aber nicht eindeutig zuzuordnen und die Ladungshöhe nicht sehr auffällig ist, wird dieses Item nicht in den Summenscore einbezogen. Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 6 und der Maximalwert 30.

b) Faktor II

In der folgenden Tabelle werden die Ladungen der Items des Faktors II der deutschen Untersuchung (II-D) mit den Ladungen des Faktors III (III-SW) der schwedischen Untersuchung verglichen, da dieser Faktor der einzige ist, der zumindest Anknüpfungspunkte aufweist.

Tabelle 105: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor II des Fragebogenkomplexes „Technisches Vorgehen in der Therapie“

Item	Faktor II-D	Faktor III-SW	Iteminhalt
C2-6	0.70	.	ich bin bereit, mit einem Verwandten des Patienten zu reden
C2-20	0.50	.	ich gestehe dem Patienten meine Fehler ein
C2-15	0.46	.	es ist wichtig, Anteilnahme an den Problemen des Patienten zu zeigen
C2-28	0.40	0.62	Ich arbeite am besten mit Patienten, die mir ähneln
C2-7	.	0.49	ich erlaube keine Stille
C2-18	.	0.44	ich frustriere den Patienten schnell
C2-24	.	0.50	ich zweifle an meiner eigenen Fähigkeit, die Gefühlszustände des Patienten zügeln zu können
C2-25	.	0.53	Ich informiere den Patienten immer über die therapeutischen Ziele am Anfang der Therapie
C2-2	-0.31	0.44	ich weiche Aggressionen des Patienten aus
C2-3	-0.43	.	ich drücke meine eigenen Gefühle nicht aus
C2-8	-0.45	.	meine persönlichen Meinungen und Umstände schließe ich vollständig aus
C2-5	-0.48	.	meine verbalen Einwürfe sind kurz und präzise
C2-11	-0.66	.	ich verhalte mich gegenüber dem Patienten eher neutral als persönlich

Die Tabelle zeigt, dass die Ähnlichkeiten in den Ladungen zwischen den Faktoren in der deutschen und der schwedischen Untersuchung so gering sind, dass die inhaltliche Diskussion des deutschen Faktors unabhängig von dem schwedischen Faktor (Self-doubt: Selbstzweifel) erfolgen muss.

Das in den Items, die in der deutschen Untersuchung hoch laden, beschriebene Verhalten weist darauf hin, dass es wichtig ist, die Lebenswirklichkeit in der Therapie einzubeziehen. Die natürliche Umgebung des Patienten (C2-6) soll ebenso be-

rücksichtigt werden, wie das natürliche und offene Verhalten des Therapeuten (C2-8, C2-11, C2-15, C2-20). Die Mehrzahl der hochladenden Items betreffen die Offenheit und/oder Selbstkongruenz des Therapeuten. Unter den Begriff „Lebensnähe“ passt neben der Offenheit und der Selbstkongruenz auch die Einbeziehung der unmittelbaren Lebenswelt des Betroffenen in Form des am höchsten ladenden Items (C2-6).

Die Bezeichnung des Faktors II erfolgte mit dem Begriff Lebensnähe. Zur Bildung des Summenscores wurden folgende Items herangezogen: C2-3, C2-5, C2-6, C2-8, C2-11, C2-15, C2-20 (bei C2-3, C2-5, C2-8, C2-11 ist die Wertung umgekehrt zu polarisieren). Auch das Item C2-5 wird einbezogen, da die Ladung hoch und ein inhaltlicher Zusammenhang erkennbar ist. Lebensnahe „Einwürfe“ sind nicht zu standardisieren, sondern der Situation (auch der Befindlichkeit des Therapeuten) anzupassen. Damit sind sie nicht zwangsläufig kurz und präzise. Dagegen findet das Item C2-28 keine Berücksichtigung, da die Ladung nicht sehr auffällig erscheint und sich der inhaltliche Zusammenhang nicht deutlich zeigt. Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 6 und der Maximalwert 30. Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 7 und der Maximalwert 35.

c) Faktor III

In der folgenden Tabelle werden die Ladungen der Items des Faktors III der deutschen Untersuchung (III-D) mit den Ladungen des Faktors I (I-SW) der schwedischen Untersuchung verglichen, da dieser Faktor der einzige ist, der Anknüpfungspunkte aufweist.

Tabelle 106: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor III des Fragebogenkomplexes „Technisches Vorgehen in der Therapie“

Item	Faktor III-D	Faktor I-SW	Iteminhalt
C2-12	0.68	.	ich möchte nicht, dass der Patient starke Gefühle für mich entwickelt
C2-4	0.65	0.67	ich beantworte dem Patienten keine persönlichen Fragen
C2-29	0.54	0.48	ich vermeide körperlichen Kontakt mit dem Patienten
C2-3	0.40	0.63	ich drücke meine eigenen Gefühle nicht aus
C2-8	0.34	0.67	meine persönlichen Meinungen und Umstände schließe ich vollständig aus:
C2-5	.	0.59	meine verbalen Einwürfe sind kurz und präzise
C2-6	.	-0.51	ich bin bereit mit einem Verwandten des Patienten zu reden
C2-11	.	0.59	ich verhalte mich gegenüber dem Patienten eher neutral als persönlich
C2-13	.	0.50	ich möchte, dass der Patient starke Gefühle entwickelt, um seine Probleme zu bewältigen
C2-22	.	0.50	es ist wichtig, den Therapieplan einzuhalten
C2-14	-0.36	.	meine Spontanität ist für den Patienten wichtig

Die Items des Faktors III, die in der deutschen Untersuchung hoch laden, laden auch in der schwedischen Untersuchung im Faktor „Neutrality“ (Neutralität) hoch. Auch wenn in der schwedischen Untersuchung mehr Items bei diesem Faktor hoch laden, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der deutsche und der schwedische Faktor den gleichen Begriff beschreiben.

Die Bezeichnung des Faktors III erfolgte mit dem Begriff Neutralität. Zur Bildung des Summenscores werden folgende Items herangezogen: C2-3, C2-4, C2-8, C2-12, C2-29. Das Item C2-3 wird einbezogen, obwohl es keine auffallend hohe Ladung besitzt, weil es inhaltlich in den Faktor passt und in der schwedischen Unter-

suchung noch höher lädt. Dagegen wird das Item C2-14 nicht in den Summenscore aufgenommen. Dieses Item ist inhaltlich nicht klar zur Definition des Faktors einzuordnen. Zudem verfügt dieses Item in der schwedischen Untersuchung über eine noch geringere Ladung. Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 5 und der Maximalwert 25.

d) Zusammenfassung

Bei der Befragung in den allgemeinpsychiatrischen und forensischen Kliniken wurden mittels Faktorenanalyse folgende Faktoren ermittelt:

- Faktor I - **Zielorientierung** mit dem Summenscore: C2-1, C2-21, C2-22, C2-25, C2-26, C2-31,
- Faktor II - **Lebensnähe** mit dem Summenscore: C2-3, C2-5, C2-6, C2-8, C2-11, C2-15, C2-20,
- Faktor III - **Neutralität** mit dem Summenscore: C2-3, C2-4, C2-8, C2-12, C2-29.

5.4.1.3 Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit

Bei der Faktorenanalyse der Befragungsergebnisse aller Kliniken wurden für den Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“ drei Faktoren ausgewählt:

Tabelle 107: Eigenwerte der Korrelationsmatrix zum Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“

	Eigenwert	Differenz	Verhältnis	kumulativ
1	2,172	0,443	0,145	0,145
2	1,728	0,316	0,115	0,260
3	1,413	0,090	0,094	0,354
4	1,323	0,182	0,088	0,442
5	1,141	0,112	0,076	0,518
6	1,029	0,052	0,065	0,587
7	0,977	0,105	0,065	0,652
8	0,872	0,115	0,058	0,710
9	0,757	0,058	0,051	0,761
10	0,699	0,020	0,047	0,807
11	0,680	0,031	0,045	0,853
12	0,648	0,069	0,043	0,896
13	0,579	0,052	0,039	0,935
14	0,527	0,073	0,035	0,970
15	0,454		0,030	1,000

Im Weiteren erfolgt eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der Faktorenanalyse der Befragung in den deutschen Kliniken mit den Ergebnissen von Sandell et al (2004, S. 476). Die Items sind hier (im Unterschied zum Fragebogen) von 1 bis 15 durchnummeriert und verkürzt dargestellt.

Tabelle 108: Faktoren zum Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“

		Deutsche Befragung			Schwedische Befragung		
Nr	**Item** (K steht als Abkürzung für Kommunikation)	**Faktor I**	**Faktor II**	**Faktor III**	**Faktor I Irrationalität**	**Faktor II Künstlertum**	**Faktor III Pessimismus**
1.	K zwischen Kunst u. Wissenschaft	.	-0.56	.	.	-0.68	.
2.	K zwischen Handwerk u. kreativer Arbeit	.	0.41	.	.	0.61	.
3.	Für K bestimmend: Training oder Persönlichkeit	.	0.75	.	.	0.53	.
4.	Für K bestimmend: Intuition oder systematisches Denken	-0.31	-0.59	.	.	-0.53	.
5.	Für K bestimmend: relative Ansichten oder Überzeugungen	-0.49	.	.	.	-0.56	.
6.	Für K bestimmend, dass alles oder nicht alles verstanden werden kann	0.48	.	.	.	.	0.61
7.	Für K bestimmend: emotionale Erfahrung oder intellektuelle Auffassungsgabe	-0.54	.	.	.	.	.
8.	Für K bestimmend: bewusster oder unbewusster Prozess	0.46	.	.	0.57	.	.
9.	Für K bestimmend: Therapieziel oder Lebensziel	.	0.43	-0.36	.	.	.
10.	Mensch ist rational oder irrational	0.64	.	.	0.79	.	.
11.	Verhalten ist dominiert von objektiven oder subjektiven Faktoren	0.44	.	.	0.63	.	.
12.	Persönlichkeit bestimmt durch Herkunft oder Umwelt	.	.	0.64	.	.	-0.57
13.	Persönlichkeit ist veränderlich oder unveränderlich	.	.	0.74	.	.	0.56
14.	Verhalten ist vollständig oder nicht vollständig verständlich	.	0.31	.	.	.	0.67
15.	Menschen entwickeln sich unendlich oder überhaupt nicht	.	.	-0.54	.	.	0.66

Im Weiteren werden die Faktoren der deutschen Untersuchung auf der Grundlage des Vergleichs mit den Faktoren der schwedischen Untersuchung diskutiert und die Summenscores gebildet.

a) Faktor I

Die Ladungen der Items des Faktors I (I-D) der deutschen Untersuchung ähneln der Struktur der Ladungen des Faktors I der schwedischen Untersuchung (I-SW) bei den Items, bei denen in der schwedischen Untersuchung eine höhere Ladung ausgewiesen ist:

Tabelle 109: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor I des Fragebogenkomplexes „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“

Item	Faktor I-D	Faktor I-SW	Iteminhalt
D-10	0.63	0.79	Mensch ist rational oder irrational
D-5	-0.49	.	Für Kommunikation bestimmend: relative Ansichten oder Überzeugungen
D-6	0.48	.	Für Kommunikation bestimmend, dass alles oder nicht alles verstanden werden kann
D-8	0.46	0.57	Für Kommunikation bestimmend: bewusster oder unbewusster Prozess
D-11	0.44	0.63	Verhalten ist dominiert von objektiven oder subjektiven Faktoren
D-4	-0.31	.	Für Kommunikation bestimmend: Intuition oder systematisches Denken
D-7	-0.54	.	Für Kommunikation bestimmend: emotionale Erfahrung oder intellektuelle Auffassungsgabe

In der deutschen Untersuchung laden mehr Items, die einen Bezug zur Irrationalität besitzen. Der inhaltliche Bezug zu dem Begriff Irrationalität ist offensichtlich. Deshalb wird dieser Begriff als Bezeichnung für den Faktor übernommen. Die aufgeführten Items verfügen nahezu alle über einen inhaltlichen Bezug zur Irrationalität und laden so hoch, dass sie relevant sind. Deshalb werden außer dem Item D-5 alle in der Tabelle aufgeführten Items in den Summenscore übernommen. Bei D-

5 ist der inhaltliche Bezug nicht klar und das Item lädt nicht in der schwedischen Untersuchung.

Die Bezeichnung des Faktors I erfolgte mit dem Begriff Irrationalität. Zur Bildung des Summenscores werden folgende Items herangezogen: D-4, D-6, D-7, D-8, D-10, D-11 (bei D-4 und D-7 ist die Wertung umgekehrt zu polarisieren). Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 6 und der Maximalwert 30.

b) Faktor II

In der folgenden Tabelle werden die Ladungen der Items des Faktors II der deutschen Untersuchung (II-D) mit den Ladungen des Faktors II (II-SW) der schwedischen Untersuchung verglichen.

Tabelle 110: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor II des Fragebogenkomplexes „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“

Item	Faktor II-D	Faktor II-SW	Iteminhalt
D-3	0.75	0.53	Für Kommunikation bestimmend: Training oder Persönlichkeit
D-9	0.43	.	Für Kommunikation bestimmend: Therapieziel oder Lebensziel
D-2	0.41	0.61	Kommunikation zwischen Handwerk u. kreativer Arbeit
D-14	0.31	.	Verhalten ist vollständig oder nicht vollständig verständlich
D-5	-0.49	-0.56	Für Kommunikation bestimmend: relative Ansichten oder Überzeugungen
D-1	-0.56	-0.68	Kommunikation zwischen Kunst u. Wissenschaft
D-4	-0.59	-0.53	Für Kommunikation bestimmend: Intuition oder systematisches Denken

Bei nahezu allen in der Tabelle aufgeführten Items ist ein Bezug zum Begriff Künstlertum herzustellen. Eine Ausnahme besteht im Item D-9. Bei den meisten

Items ist die Ladungshöhe zwischen den beiden Untersuchungen vergleichbar. Deshalb wird der Begriff Künstlertum aus der schwedischen Untersuchung übernommen. In den Summenscore wird das Item D-9 wegen des fehlenden inhaltlichen Bezuges nicht einbezogen.

Die Bezeichnung des Faktors II erfolgte mit dem Begriff Künstlertum. Zur Bildung des Summenscores wurden folgende Items herangezogen: D-1, D-2, D-3, D-4, D-5, D-14 (bei D-1, D-4 und D-5 ist die Wertung umgekehrt zu polarisieren). Wenn bei allen Items Eintragungen vorgenommen werden, die diesem Faktor zuzuordnen sind, beträgt damit der Minimalwert 6 und der Maximalwert 30.

c) Faktor III

In der folgenden Tabelle werden die Ladungen der Items des Faktors III der deutschen Untersuchung (III-D) mit den Ladungen des Faktors III (III-SW) der schwedischen Untersuchung verglichen.

Tabelle 111: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor III des Fragebogenkomplexes „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“

Item	Faktor III-D	Faktor III-SW	Iteminhalt
D13	0.74	0.56	Persönlichkeit ist veränderlich oder unveränderlich
D12	0.64	-0.57	Persönlichkeit bestimmt durch Herkunft oder Umwelt
D6	.	0.61	Für Kommunikation bestimmend, dass alles oder nicht alles verstanden werden kann
D14	.	0.67	Verhalten ist vollständig oder nicht vollständig verständlich
D9	-0.36	.	Für K bestimmend: Therapieziel oder Lebensziel
D15	-0.54	0.66	Menschen entwickeln sich unendlich oder überhaupt nicht

Die in ihrer inhaltlichen Intention sehr ähnlichen Items D-13 und D-15 widersprechen in ihrer Ladungshöhe in der deutschen Untersuchung diametral. Da daneben

nur wenige weitere Items mit einer ausreichenden Ladungshöhe bestehen, konnte dieser Faktor in der weiteren Auswertung nicht verwendet werden. Die Unterschiede zwischen der deutschen und der schwedischen Untersuchung können darin begründet sein, dass die schwedische Untersuchung zu einem Zeitpunkt stattfand als die Theorien zum Verhalten von Menschen stärker auf Modellen zur sozialen Determinierung beruhten. Zum Zeitpunkt der deutschen Untersuchung hatte dagegen der biologistische Ansatz wieder an Bedeutung gewonnen.

d) Zusammenfassung

Bei der Befragung in den allgemeinpsychiatrischen und forensischen Kliniken wurden mittels Faktorenanalyse folgende Faktoren ermittelt:

- Faktor I - **Irrationalität** mit dem Summenscore: D-4, D-6, D-7, D-8, D-10, D-11,
- Faktor II - **Künstlertum** mit dem Summenscore: D-1, D-2, D-3, D-4, D-14.

5.4.2 Vergleich der Einschätzungen der Fragebogenkomplexe nach Berufs- und Erfahrungsgruppen

5.4.2.1 Vergleich der Einschätzungen im Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellungen“

Einsicht - Faktor 1

a) Berufsgruppen

Für die Psychologen wurden die höchsten und für die Mitarbeiter/innen der Pflege die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 112: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	45	1709	37,98	5,56
Psychologe	26	1013	38,96	4,82
Sozialarbeiter	7	256	36,57	8,80
Pfleger	141	5099	36,16	6,96
Andere	35	1280	36,57	6,05
Alle Berufsgr.	254	9357	36,84	6,53

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 71 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 2719, einem Mittelwert von 38,30 und einer Standardabweichung von 5,34.

In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Einschätzung der Rolle der Einsicht in der Therapie durch den therapeutischen Dienst gegenüber den Mitarbeiter/innen der Pflege als signifikant ($F=5,14$; $p<0,05$; $n=212$; $f=1$).

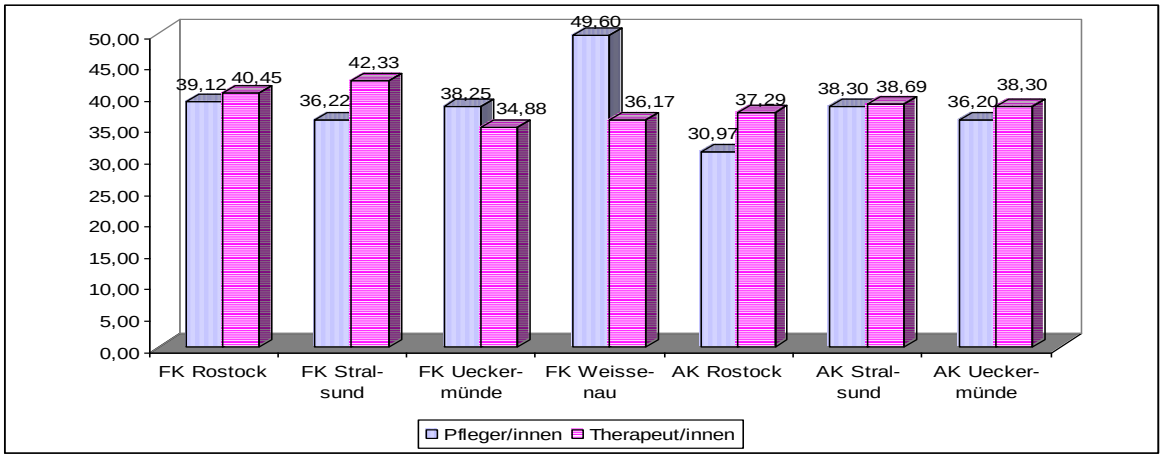


Abbildung 18: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und den Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 113: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	5,30	6,01
FK Stralsund	6,59	7,87
FK Ueckermünde	7,21	6,45
FK Weissenau	3,11	3,87
AK Rostock	7,63	4,58
AK Stralsund	6,43	3,61
AK Ueckermünde	4,99	4,81

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über alle Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes in den einzelnen Kliniken hinweg zeigte sich ein signifikanter Unterschied (H=35,84; p<0,001; n=212; f=13).

Innerhalb der Kliniken traten in zwei Kliniken signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Berufsgruppen auf. In der Allgemeinpsychiatrie Rostock bewerteten die Therapeut/innen die Rolle der Einsicht in der Therapie signifikant höher als die Mitarbeiter/innen der Pflege (H=6,74; p<0,01; n=46; f=1). Dagegen wurde dieser

Faktor in der Klinik für Forensische Psychiatrie Weissenau durch die Mitarbeiter/innen der Pflege signifikant höher eingestuft (H=4,07; p<0,05; n=11; f=1).

In der Forensischen Psychiatrie schätzten die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes die Rolle der Einsicht in Rostocker Klinik höher ein als in Ueckermünde (H=3,47; p>0,05; n=19; f=1). In der Stralsunder Klinik wurde dieser Faktor durch die Mitarbeiter/innen der Pflege niedriger bewertet als in Rostock (H=3,03; p>0,05; n=71; f=1) und in der Weissenau (H=3,21; p>0,05; n=42; f=1).

In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Rolle der Einsicht in der Rostocker Klinik durch die Mitarbeiter/innen der Pflege signifikant niedriger bewertet als in Stralsund (H=7,26; p<0,01; n=32; f=1) und in Ueckermünde (H=5,66; p<0,05; n=47; f=1).

In der Forensischen Psychiatrie insgesamt bestand in der Einschätzung der Bedeutung der Einsicht zwischen den Berufsgruppen kein signifikanter Unterschied (H=0,02; p>0,05; n=115; f=1). Dagegen bewerteten die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes diesen Faktor in der Allgemeinpsychiatrie signifikant höher als die Mitarbeiter/innen der Pflege (H=9,29; p<0,01; n=97; f=1).

Beim Vergleich der Forensischen Psychiatrie mit der Allgemeinpsychiatrie bestand bei den Einschätzungen der Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes kein signifikanter Unterschied (H=0,05; p>0,05; n=71; f=1). Dagegen schätzen die Mitarbeiter/innen der Pflege die Bedeutung der Einsicht in der Forensischen Psychiatrie signifikant höher ein (H=14,15; p<0,001; n=141; f=1).

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung wurden die höchsten und für die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 114: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht

Erfahrungs-gruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mit-arbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standardab-weichung
EFG 1	54	2034	37,67	5,33
EFG 2	100	3669	36,69	7,12
EFG 3	91	3329	36,58	6,51
Alle EFG	245	9032	36,87	6,53

In der Varianzanalyse ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen (F=0,53; p>0,05; n=245; f=2).

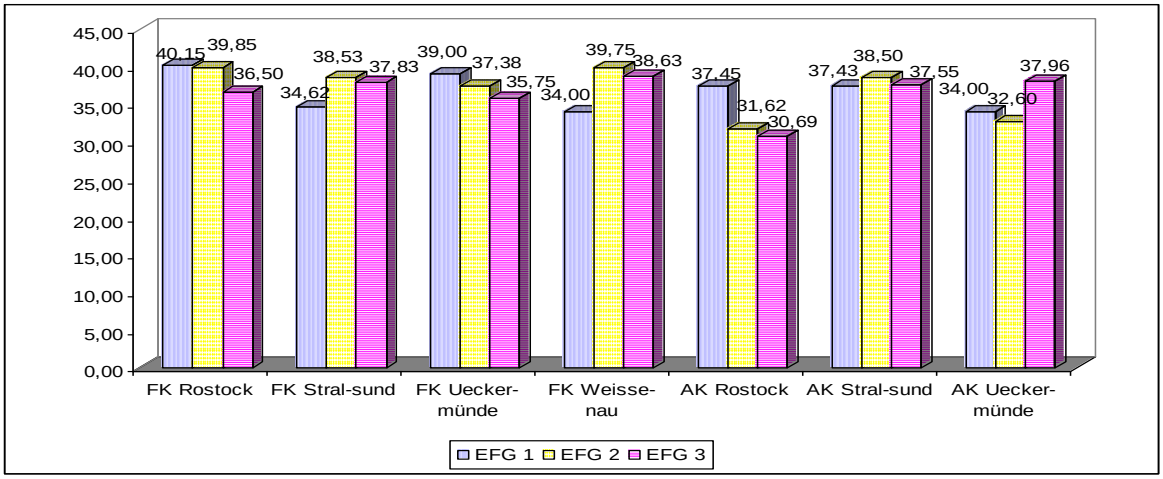


Abbildung 19 : Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 115: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht

Erfah-rungs-gruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Ros-tock	FK Stral-sund	FK Ue-cker-münde	FK Weis-senau	AK Ros-tock	AK Stral-sund	AK Ue-cker-münde
EFG 1	5,18	5,24	(1 Wert)	(1 Wert)	6,01	2,30	(1 Wert)
EFG 2	4,50	7,10	6,97	4,35	6,79	9,30	5,94
EFG 3	7,54	7,16	6,34	2,50	8,20	5,05	4,85

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 19 aufgeführten Gruppen hinweg ergab einen signifikanten Unterschied (H=48,78; p<0,001; n=245; f=20).

In der Fachklinik für Forensische Psychiatrie Stralsund wurde die Rolle der Einsicht in der Therapie in der EFG 1 niedriger bewertet als in den anderen beiden Erfahrungsgruppen (zu EFG 2: H=2,96; p>0,05; n=30; f=1 und zu EFG 3: H=4,20; p<0,05; n=31; f=1). Daneben trat nur noch ein deutlicher Unterschied zugunsten der EFG 1 gegenüber der EFG 3 in der Rostocker Klinik auf (H=2,75; p>0,05; n=146; f=1).

In der Allgemeinpsychiatrie Rostock wurde die Rolle der Einsicht durch die EFG 1 signifikant höher bewertet (zu EFG 2 H=7,74; p<0,01; n=37; f=1 und zu EFG 3 H=5,96; p<0,05; n=24; f=1). Dagegen wurde in der Allgemeinpsychiatrie Ueckermünde die höchste Bewertung der Rolle der Einsicht durch die EFG 2 vorgenommen (größter Unterschied zu EFG 3: H=3,60; p>0,05; n=30; f=1).

Im Vergleich der Kliniken war festzustellen, dass in der Fachklinik für Forensische Psychiatrie in Rostock die Rolle der Einsicht in der EFG 1 höher eingeschätzt wurde als in der Fachklinik für Forensische Psychiatrie Stralsund (H=7,09; p<0,01; n=33; f=1). In der Rostocker Allgemeinpsychiatrie wurde die Rolle der Einsicht in der EFG 2 und 3 signifikant niedriger bewertet als in der Allgemeinpsychiatrie Stralsund (bei der EFG 2: H=5,76; p<0,05; n=34; f=1 und bei EFG 3: H=5,66; p<0,05; n=24; f=1). Im Vergleich der Rostocker Allgemeinpsychiatrie mit der Ueckermünder Allgemeinpsychiatrie waren die Skalenwerte in der Ueckermünder Klinik bei der EFG 3 signifikant höher (H=8,25; p<0,01; n=38; f=1).

Innerhalb der Forensischen Psychiatrie waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen festzustellen (Mittelwerte der EFG: 37,89; 39,95; 37,33). Dagegen lagen die Werte der mittleren Erfahrungsgruppe (EFG 2) in der Allgemeinpsychiatrie signifikant niedriger als in den anderen Erfahrungsgruppen (zu EFG 1: H=7,02; p<0,01; n=58; f=1 und zu EFG 3: H=3,94; p<0,05; n=88; f=1).

In der Forensischen Psychiatrie wurde die Rolle der Einsicht bei der EFG 2 signifikant höher als in der Allgemeinpsychiatrie eingeschätzt (H=15,84; p<0,001; n=100; f=1).

Akzeptanz/Unterstützung - Faktor 2

a) Berufsgruppen

Für die Psychologen wurden die niedrigsten und für die Sozialarbeiter/innen die höchsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 116: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	45	1073	23,84	3,47
Psychologe	26	598	23,00	3,29
Sozialarbeiter	7	180	25,71	2,69
Pfleger	141	3451	24,48	2,79
Andere	35	858	24,51	3,07
Alle Berufsgr.	254	6160	24,25	3,03

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 71 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 1671, einem Mittelwert von 23,54 und einer Standardabweichung von 3,41.

In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Bewertung der Rolle der Akzeptanz/Unterstützung in der Therapie durch Mitarbeiter/innen der Pflege gegenüber den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes als signifikant (F=4,61; p<0,05; n=212; f=1).

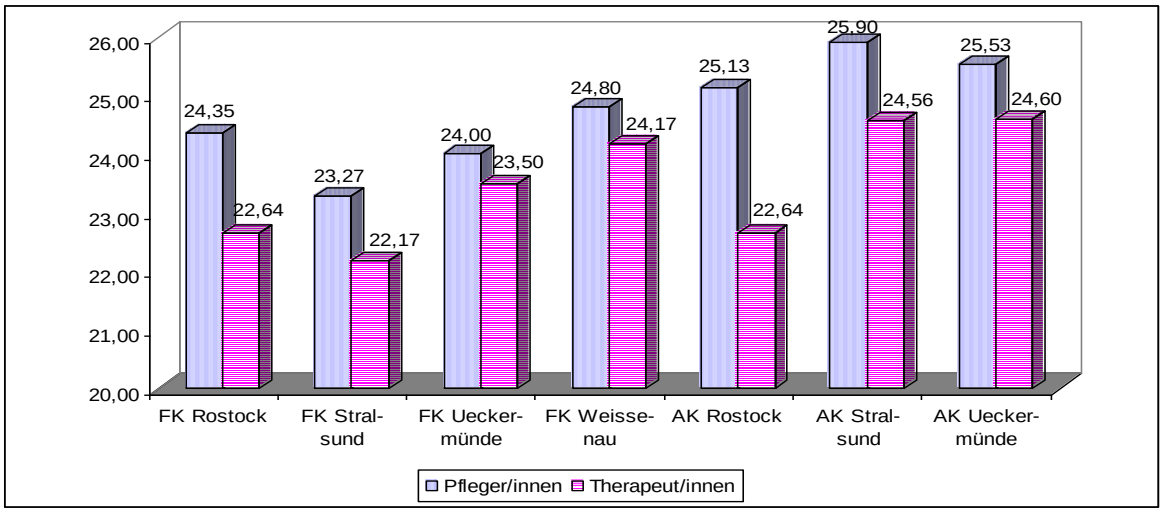


Abbildung 20: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutischen Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 117: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutischen Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	2,90	3,04
FK Stralsund	2,81	3,32
FK Ueckermünde	1,60	4,07
FK Weissenau	2,39	1,94
AK Rostock	2,77	3,92
AK Stralsund	1,79	3,60
AK Ueckermünde	2,83	2,88

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über alle Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes in den einzelnen Kliniken hinweg zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($H=23,32$; $p<0,05$; $n= 212$; $f=13$).

In der Klinik für Forensische Psychiatrie ($H=3,22$; $p>0,05$; $n=45$; $f=1$) und in der Allgemeinpsychiatrischen Klinik ($H=4,94$; $p<0,05$; $n= 46$; $f=1$) in Rostock bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Bedeutung der Akzeptanz/Unterstützung höher als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

Beim Vergleich der Berufsgruppen zwischen den Kliniken im Rahmen der Forensischen Psychiatrie zeigt sich, dass die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Rostocker Klinik die Rolle der Akzeptanz/Unterstützung signifikant höher einschätzten als die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Stralsunder Klinik (H=4,21; p<0,05; n=71; f=1).

In der Allgemeinpsychiatrie (H=2,78; p>0,05; n= 83; f=1) und in der Forensischen Psychiatrie (H=2,02; p>0,05; n= 74; f=1) zeigte sich eine höhere Bewertung des Faktors durch die Mitarbeiter/innen der Pflege als durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

In der Forensischen Psychiatrie wird die Bedeutung der Akzeptanz/Unterstützung geringer eingeschätzt als in der Allgemeinpsychiatrie (Mittelwerte in der Forensischen Psychiatrie: Therapie=23,06 / Pflege=24,05 und in der Allgemeinpsychiatrie: Therapie=23,90 / Pflege=25,21). Der Unterschied ist weder bei den Mitarbeiter/innen der Pflege (H=2,55; p>0,05; n=86; f=1), noch bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes (H=1,17; p>0,05; n=71; f=1) signifikant.

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung wurden die niedrigsten und für die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung die höchsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 118: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung

Erfahrungsgruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standardabweichung
EFG 1	54	1301	24,09	3,12
EFG 2	100	2424	24,24	2,86
EFG 3	91	2215	24,34	3,03
Alle EFG	245	5940	24,24	2,97

In der Varianzanalyse zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen (F=0,12; p>0,05; n=245; f=2).

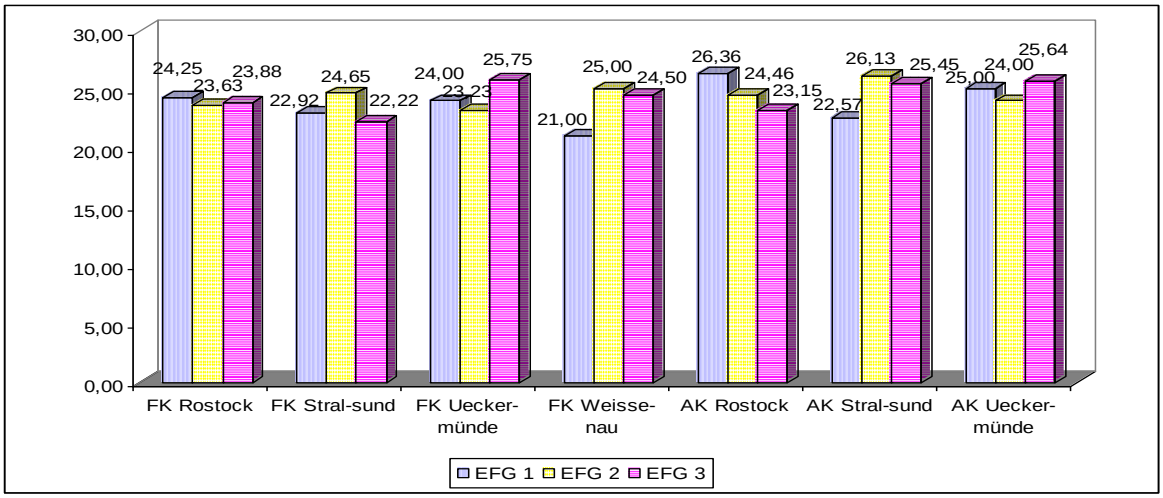


Abbildung 21: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 119: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung

Erfahrungsgruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Rostock	FK Stral-sund	FK Uecker-münde	FK Weis-senau	AK Rostock	AK Stral-sund	AK Uecker-münde
EFG 1	2,81	3,23	(1 Wert)	(1 Wert)	2,38	3,69	(1 Wert)
EFG 2	2,72	2,81	2,83	2,16	3,24	2,47	2,24
EFG 3	3,94	2,76	3,41	2,20	1,91	2,46	2,87

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 21 aufgeführten Gruppen hinweg ergab einen signifikanten Unterschied (H=39,88; p<0,01; n=245; f=20).

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund (H=7,01; p<0,01; n=35; f=1) wurde die Rolle der Akzeptanz/Unterstützung in der Therapie in der EFG 2 signifikant höher und in der Fachklinik für Forensische Psychiatrie Ueckermünde niedriger (H=3,74; p>0,05; n=21; f=1) als in der EFG 3 bewertet.

In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Rolle der Akzeptanz/Unterstützung in der Therapie in Rostock durch die EFG 1 in der Rostocker Klinik höher (zu EFG 2:

H=3,26; p>0,05; n=37; f=1 und zu EFG 3: H=9,05; p<0,01; n=24; f=1) und in der Stralsunder niedriger (zu EFG 2: H=3,67; p>0,05; n=15; f=1 und zu EFG 3: H=2,71; p>0,05; n=18; f=1) bewertet.

In der Gruppe mit der längsten Erfahrung wurde die Rolle der Akzeptanz/Unterstützung in der Therapie in der Stralsunder Klinik für Forensische Psychiatrie niedriger bewertet als in den anderen Kliniken für Forensische Psychiatrie (zur Rostocker Klinik: H=2,92; p>0,05; n=26; f=1 / zur Ueckermünder Klinik: H=5,03; p<0,05; n=26; f=1 / zur Klinik Weissenau: H=4,37; p<0,05; n=26; f=1).

In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Rolle der Akzeptanz/Unterstützung in der Rostocker Klinik in der EFG 1 signifikant höher bewertet als in der EFG 1 in Stralsund (zu EFG 2: H=4,79; p<0,05; n=18; f=1). Dagegen wurde die Rolle der Akzeptanz/Unterstützung in der Rostocker Klinik in der EFG 3 signifikant niedriger bewertet als in der EFG 3 in Stralsund (zu EFG 2: H=5,90; p<0,05; n=24; f=1) und Ueckermünde (zu EFG 2: H=6,69; p<0,05; n=38; f=1).

Beim H-Test aller Erfahrungsgruppen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie zeigte sich kein signifikanter Unterschied (H=7,31; p>0,05; n=245; f=5).

Beim Vergleich der Allgemeinpsychiatrie mit der Forensischen Psychiatrie zeigte sich bei der EFG 3 eine signifikant höhere Bewertung durch die Allgemeinpsychiatrie (H=3,85; p<0,05; n=91; f=1).

Anleiten - Faktor 3

a) Berufsgruppen

Für die Psychologen wurden die niedrigsten und für die Berufsgruppe „andere“ (nicht spezifizierte) die höchsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 120: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei der „Therapeutischen Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	45	793	17,62	4,38
Psychologe	26	410	15,77	2,80
Sozialarbeiter	7	123	17,57	4,47
Pfleger	141	2637	18,70	3,73
Andere	35	688	19,66	3,59
Alle Berufsgr.	254	4651	18,31	3,89

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 71 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 1203, einem Mittelwert von 16,94 und einer Standardabweichung von 3,96.

In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Bewertung der Rolle des Anleitens in der Therapie durch Mitarbeiter/innen der Pflege gegenüber den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes als signifikant (F=10,08; p<0,01; n=212; f=1).

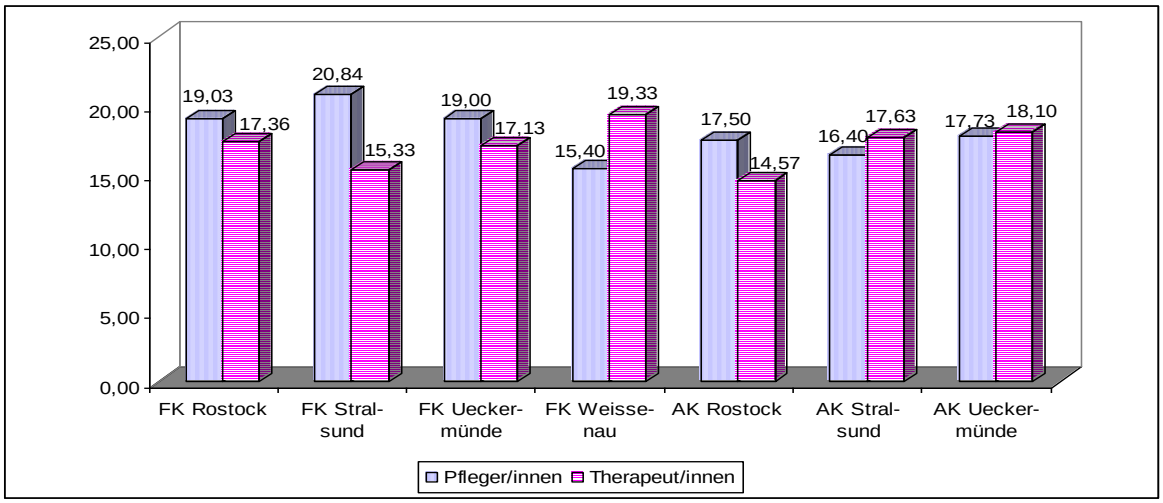


Abbildung 22: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutischen Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 121: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	4,21	4,59
FK Stralsund	3,20	2,88
FK Ueckermünde	2,53	2,78
FK Weissenau	1,52	3,08
AK Rostock	3,98	4,13
AK Stralsund	1,78	3,30
AK Ueckermünde	2,22	4,91

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über alle Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes hinweg zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($H=43,55$; $p<0,001$; $n=212$; $f=13$).

In den Kliniken für Forensische Psychiatrie Stralsund ($H=10,31$; $p<0,01$; $n= 43$; $f=1$) und Weissenau ($H=5,33$; $p<0,05$; $n=11$; $f=1$) bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Bedeutung des Anleitens in der Therapie signifikant höher als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

Im Rahmen der Allgemeinpsychiatrie zeigte sich nur in der Rostocker Klinik ein signifikanter Unterschied mit höheren Werten in der Pflege ($H=4,01$; $p<0,05$; $n=46$; $f=1$).

In der Klinik Weissenau schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Bedeutung des Anleitens in der Therapie signifikant niedriger ein als die Mitarbeiter/innen der anderen Kliniken für Forensische Psychiatrie ein (zur Rostocker Klinik $H=4,10$; $p<0,05$; $n=39$; $f=1$ / zur Stralsunder Klinik: $H=10,27$; $p<0,01$; $n=42$; $f=1$ / zur Ueckermünder Klinik: $H=5,21$; $p<0,05$; $n=13$; $f=1$). Daneben zeigte sich in der Pflege nur ein höherer Wert in der Stralsunder gegenüber der Rostocker Klinik ($H=3,44$; $p>0,05$; $n=71$; $f=1$).

Im Rahmen der Forensische Psychiatrie schätzten die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes die Bedeutung des Anleitens in der Klinik Weissenau signifikant höher ein als in der Stralsunder Klinik (H=3,97; p<0,05; n= 39; f=1).

Zwischen den Allgemeinpsychiatrischen Kliniken zeigte sich eine niedrigere Bewertung des Anleitens bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in der Rostocker Klinik im Vergleich zu der Stralsunder (H=3,10; p>0,05; n=30; f=1) und der Ueckermünder Klinik (H=3,55; p>0,05; n=24; f=1).

Während in der Allgemeinpsychiatrie kein signifikanter Unterschied zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auftrat (H=0,64; p>0,05; n=97; f=1), wurde die Bedeutung des Anleitens in der Forensischen Psychiatrie durch die Mitarbeiter/innen der Pflege signifikant höher bewertet (H=8,10; p<0,01; n=115; f=1).

Zwischen den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie war kein signifikanter Unterschied festzustellen (H=0,38; p>0,05; n=71; f=1). Dagegen bewerten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Bedeutung des Anleitens in der Forensischen Psychiatrie signifikant höher als in der Allgemeinpsychiatrie (H=13,54; p<0,001; n=141; f=1).

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der mittleren Berufserfahrung wurden die höchsten und für die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 122: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten

Erfahrungsgruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standardabweichung
EFG 1	54	976	18,07	4,55
EFG 2	100	1875	18,75	3,94
EFG 3	91	1632	17,93	3,38
Gesamt	245	4483	18,30	3,89

In der Varianzanalyse ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Erfahrungsgruppen (F=1,16; p>0,05; n=245; f=2).

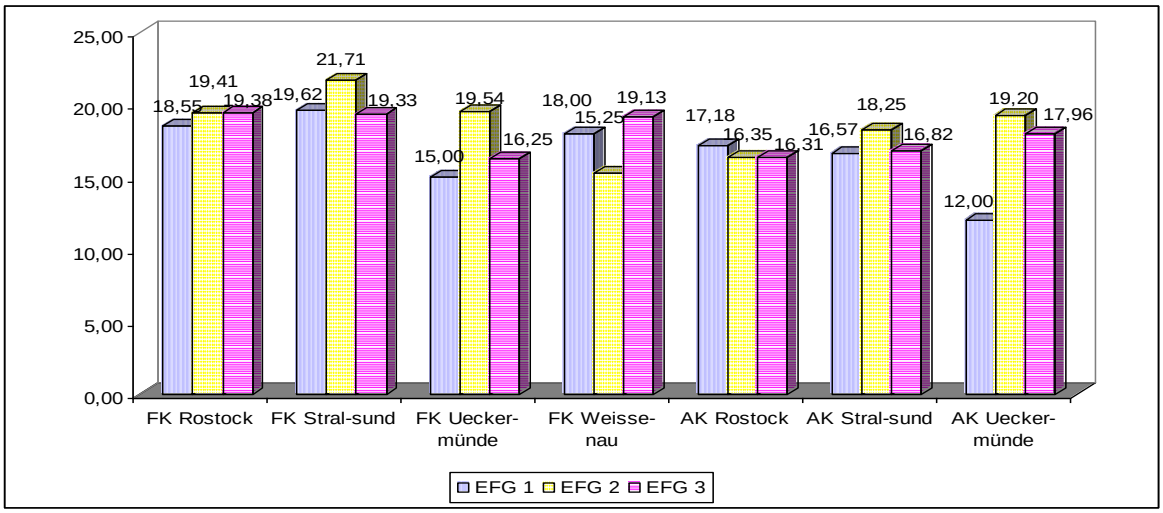


Abbildung 23: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 123: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten

Erfahrungsgruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Rostock	FK Stral-sund	FK Uecker-münde	FK Weissenau	AK Rostock	AK Stral-sund	AK Uecker-münde
EFG 1	4,19	4,57	(1 Wert)	(1 Wert)	5,98	2,82	(1 Wert)
EFG 2	4,13	3,14	3,10	1,71	3,50	3,69	3,11
EFG 3	4,53	3,07	2, 43	2,95	4,05	2,18	3,19

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 23 aufgeführten Gruppen hinweg ergab einen signifikanten Unterschied (H=44,88; p<0,01; n=245; f=20).

In den Kliniken für Forensische Psychiatrie in Stralsund (H=4,33; p<0,05; n=35; f=1) und Ueckermünde (H=5,46; p<0,05; n=21; f=1) zeigte sich eine signifikant höhere Bewertung der Rolle des Anleitens in der mittleren Erfahrungsgruppe gegenüber der höchsten Erfahrungsgruppe. In der Klinik Weissenau wurde dieser

Faktor dagegen in der EFG 3 signifikant höher als in der EFG 2 bewertet (H=4,59; p<0,05; n=12; f=1).

In der Allgemeinpsychiatrie trat in den Kliniken kein signifikanter Unterschied zwischen den Erfahrungsgruppen auf.

Im Vergleich der Kliniken für Forensische Psychiatrie Stralsund wurde die Rolle des Anleitens in der mittleren Erfahrungsgruppe in der Stralsunder Klinik höher als in den anderen Kliniken eingeschätzt (zur Rostocker Klinik: H=3,80; p>0,05; n=44; f=1 / zur Ueckermünder Klinik: H=3,29; p>0,05; n=30; f=1 / zur Klinik Weissenau: H=8,18; p<0,01; n=21; f=1). In dieser Erfahrungsgruppe wurde die Bedeutung des Anleitens zudem in den Kliniken Rostock (H=4,17; p<0,05; n=31; f=1) und Ueckermünde (H=6,57; p<0,05; n=17; f=1) signifikant höher eingeschätzt als in der Weissenau. In der EFG 3 wurde die Bedeutung des Anleitens in der Stralsunder Klinik signifikant höher eingeschätzt als in der Ueckermünder Klinik (H=5,17; p<0,05; n=26; f=1). In der höchsten Erfahrungsgruppe zeigt sich zudem in der Klinik Weissenau eine höhere Bewertung als in der Ueckermünder Klinik (H=3,41; p>0,05; n=16; f=1).

Innerhalb der Forensischen Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie traten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen auf.

Dagegen wurde in allen Erfahrungsgruppen die Bedeutung des Anleitens in der Forensische Psychiatrie höher bewertet als in der Allgemeinpsychiatrie (EFG1: H=3,37; p>0,05; n=54; f=1 / EFG 2: H=10,88; p<0,001; n=54; f=1 / EFG 3: H=2,77; p>0,05; n=91; f=1).

5.4.2.2 Vergleich der Einschätzungen im Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“

Zielorientierung - Faktor I

a) Berufsgruppen

Für die Psychologen wurden die niedrigsten und für die Berufsgruppe „andere“ (nicht spezifizierte) die höchsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 124: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	46	1061	23,07	3,30
Psychologe	26	583	22,42	2,39
Sozialarbeiter	7	169	24,14	3,53
Pfleger	143	3397	23,76	2,65
Andere	35	854	24,40	2,30
Alle Berufsgr.	257	6064	23,60	2,77

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 72 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 1644, einem Mittelwert von 22,83 und einer Standardabweichung von 3,00.

In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Bewertung der Rolle der Zielorientierung in der Therapie durch die Mitarbeiter/innen der Pflege gegenüber den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes als signifikant ($F=5,29$; $p<0,05$; $n=215$; $f=1$).

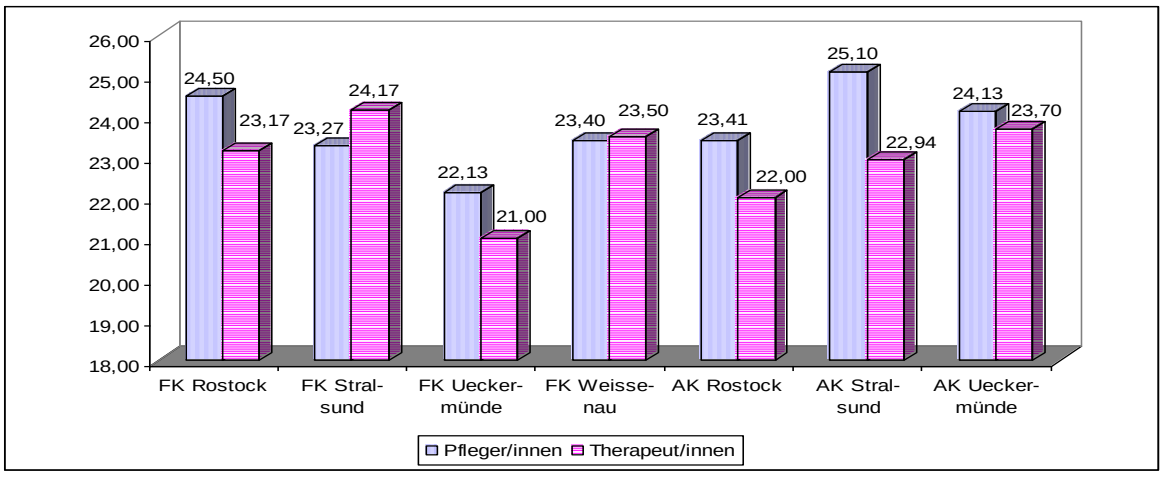


Abbildung 24: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und den Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 125:Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	2,69	2,92
FK Stralsund	2,55	2,23
FK Ueckermünde	2,70	3,59
FK Weissenau	0,89	2,43
AK Rostock	2,98	3,09
AK Stralsund	1,66	3,11
AK Ueckermünde	2,45	2,83

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über alle Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes hinweg zeigte sich kein signifikanter Unterschied (H=21,50; p>0,05; n=215; f=13).

Innerhalb der jeweiligen Klinik bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock (H=2,93; p>0,05; n=46; f=1) und der Allgemeinpsychiatrischen Klinik Stralsund (H=5,65; p<0,05 n=26; f=1) die Rolle der Zielorientierung in der Therapie höher als die Therapeut/innen.

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock wurde die Bedeutung der Zielorientierung bei den Mitarbeiter/innen der Pflege signifikant höher bewertet als in den Kliniken für Forensische Psychiatrie in Stralsund (H=3,87; p<0,05 n=71; f=1) und Ueckermünde (H=5,34; p<0,05; n=42; f=1).

Innerhalb der Allgemeinpsychiatrie bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Bedeutung der Zielorientierung signifikant höher als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes (H=4,70; p<0,05; n=99; f=1).

Es bestanden weder bei den Mitarbeiter/innen der Pflege noch bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes signifikante Unterschiede zwischen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie.

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung wurden die niedrigsten und für die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung die höchsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 126: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung

Erfahrungsgruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standardabweichung
EFG 1	54	1251	23,17	2,75
EFG 2	103	2425	23,54	2,88
EFG 3	91	2163	23,77	2,64
Alle EFG	248	5839	23,54	2,77

In der Varianzanalyse ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen (F=0,80; p>0,05; n=248; f=2).

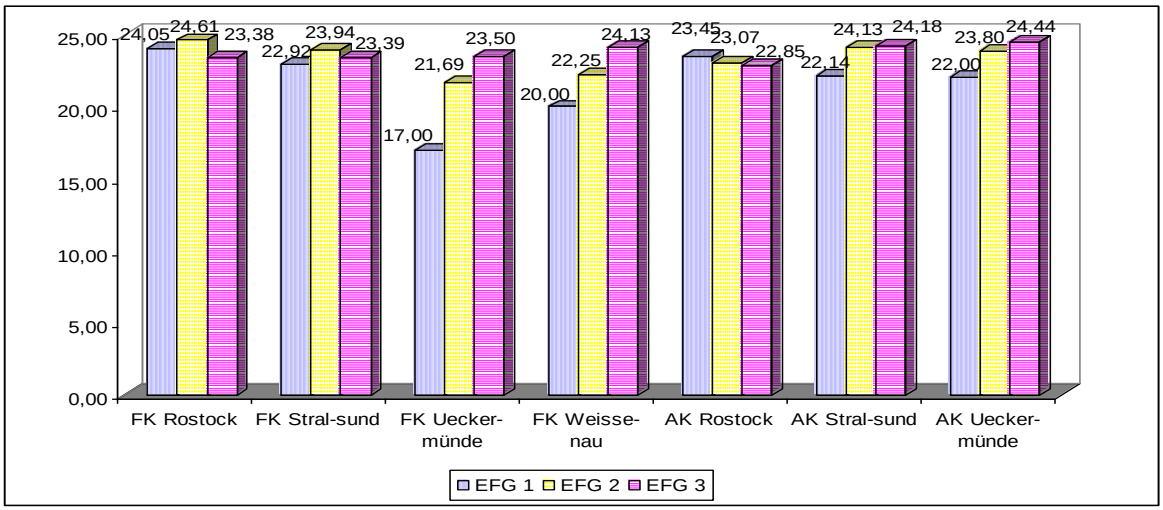


Abbildung 25: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 127: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung

Erfahrungsgruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Rostock	FK Stralsund	FK Ueckermünde	FK Weissenau	AK Rostock	AK Stralsund	AK Ueckermünde
EFG 1	2,42	2,75	(1 Wert)	(1 Wert)	3,24	1,86	(1 Wert)
EFG 2	2,60	2,33	2,95	1,50	3,04	3,98	1,64
EFG 3	3,58	2,48	3,66	1,55	2,73	1,66	2,71

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 25 aufgeführten Gruppen hinweg ergab keinen signifikanten Unterschied (H=23,62; p>0,05; n=248; f=20).

Im Rahmen der Forensischen Psychiatrie trat nur in der Klinik Weissenau ein signifikanter Unterschied auf. In der EFG 2 wurde die Zielorientierung signifikant niedriger bewertetet als in der EFG 3 (H=4,03; p<0,05; n=12; f=1). In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Rolle der Zielorientierung in der Rostocker Klinik in der EFG 1 signifikant niedriger bewertet als in der EFG 3 (H=4,75; p<0,05; n=18; f=1).

Innerhalb der Forensischen Psychiatrie wurde die Bedeutung der Zielorientierung in der EFG 2 in Ueckermünde signifikant niedriger bewertet als die EFG 2 in Rostock (H=7,31; p<0,01; n=41; f=1) und Stralsund (H=4,35; p<0,05; n=30; f=1).

Dagegen traten in den Kliniken der Allgemeinpsychiatrie keine signifikanten Unterschiede auf.

Zwischen den Erfahrungsgruppen bestanden weder innerhalb der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie noch zwischen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie signifikante Unterschiede in Bezug auf die Bewertung der Zielorientierung (H=2,43; p>0,05; n=248; f=5).

Lebensnähe - Faktor II

a) Berufsgruppen

Für die Psychologen wurden die höchsten und für die Mitarbeiter/innen der Pflege die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 128: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	46	1082	23,52	3,83
Psychologe	26	605	23,27	3,01
Sozialarbeiter	7	158	22,57	3,41
Pfleger	143	2999	20,97	3,96
Andere	35	745	21,29	4,06
Alle Berufsgr.	257	5589	21,75	3,98

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 72 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 1687 einem Mittelwert von 23,43 und einer Standardabweichung von 3,54. In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Bewertung der Rolle der Lebensnähe in der Therapie durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes gegenüber den Mitarbeiter/innen der Pflege als signifikant (F=19,78; p<0,001; n=215; f=1).

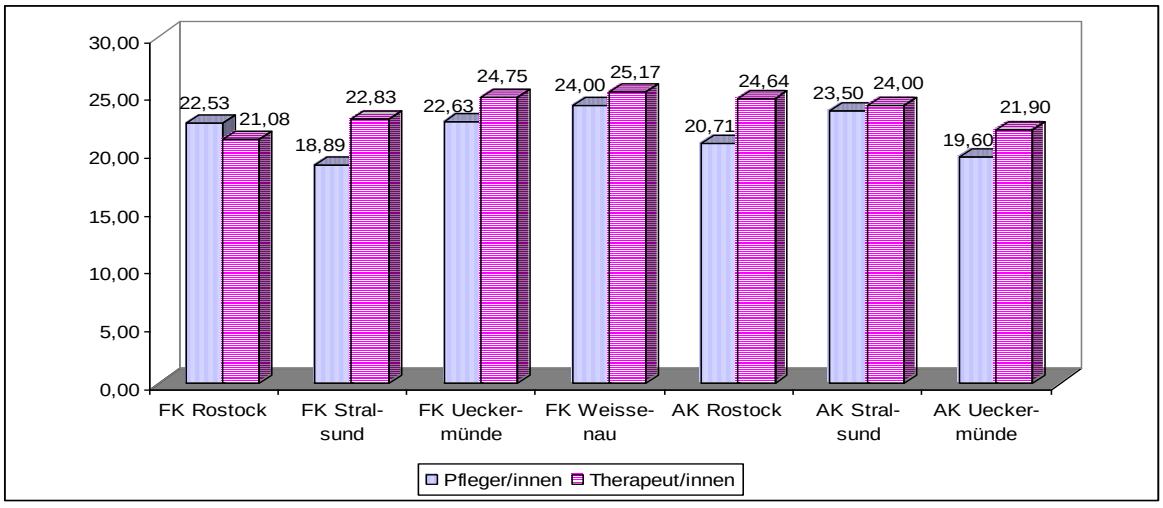


Abbildung 26: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 129: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	3,28	3,18
FK Stralsund	4,99	5,12
FK Ueckermünde	2,13	2,96
FK Weissenau	2,92	3,54
AK Rostock	3,23	2,98
AK Stralsund	2,01	2,88
AK Ueckermünde	3,00	3,87

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über alle Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes hinweg zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($H=55,10$; $p<0,001$; $n=215$; $f=13$).

Innerhalb der jeweiligen Klinik bewerteten die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes die Rolle der Lebensnähe in der Therapie in der Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund ($H=2,96$; $p>0,05$; $n=46$; $f=1$) und der Allgemeinpsychiatrischen Klinik Rostock ($H=12,83$; $p<0,001$; $n=48$; $f=1$) höher als die Mitarbeiter/innen der Pflege.

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock wurde die Bedeutung der Lebensnähe bei den Therapeut/innen signifikant höher eingeschätzt als in den Kliniken für Forensische Psychiatrie Weissenau ($H=5,82$; $p<0,05$; $n=18$; $f=1$) und Ueckermünde ($H=6,19$; $p<0,05$; $n=20$; $f=1$).

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund wurde die Bedeutung der Lebensnähe bei den Mitarbeiter/innen der Pflege signifikant niedriger bewertet als in den Kliniken für Forensische Psychiatrie Rostock ($H=10,58$; $p<0,01$; $n=71$; $f=1$), Ueckermünde ($H=5,27$; $p<0,05$; $n=45$; $f=1$) und Weissenau ($H=6,13$; $p<0,05$; $n=42$; $f=1$)

In der Allgemeinpsychiatrie bewerteten die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes der Klinik Ueckermünde die Bedeutung der Lebensnähe niedriger als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in den Kliniken Stralsund (H=2,79; p>0,05; n=26; f=1) und Rostock (H=3,44; p>0,05; n=24; f=1). Bei den Mitarbeiter/innen der Pflege zeigte sich eine signifikant höhere Bewertung in Stralsund als in Ueckermünde (H=9,62; p<0,01; n=25; f=1) und Rostock (H=7,23; p<0,01; n=44; f=1).

In der Forensischen Psychiatrie (H=4,93; p<0,05; n=116; f=1) wurde die Bedeutung der Lebensnähe ebenso wie in der Allgemeinpsychiatrie (H=14,32; p<0,001; n=99; f=1) durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes signifikant höher eingeschätzt als durch die Mitarbeiter/innen der Pflege. Dagegen bestanden zwischen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie keine signifikanten Unterschiede.

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der geringsten Berufserfahrung wurden die höchsten und für die Gruppe mit der mittleren Berufserfahrung die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 130: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Erfahrungsgruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standardabweichung
EFG 1	54	1185	21,94	4,31
EFG 2	103	2217	21,52	4,04
EFG 3	91	1993	21,90	3,84
Alle EFG	248	5395	21,75	4,02

In der Varianzanalyse ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen (F=0,29; p>0,05; n=248; f=2).

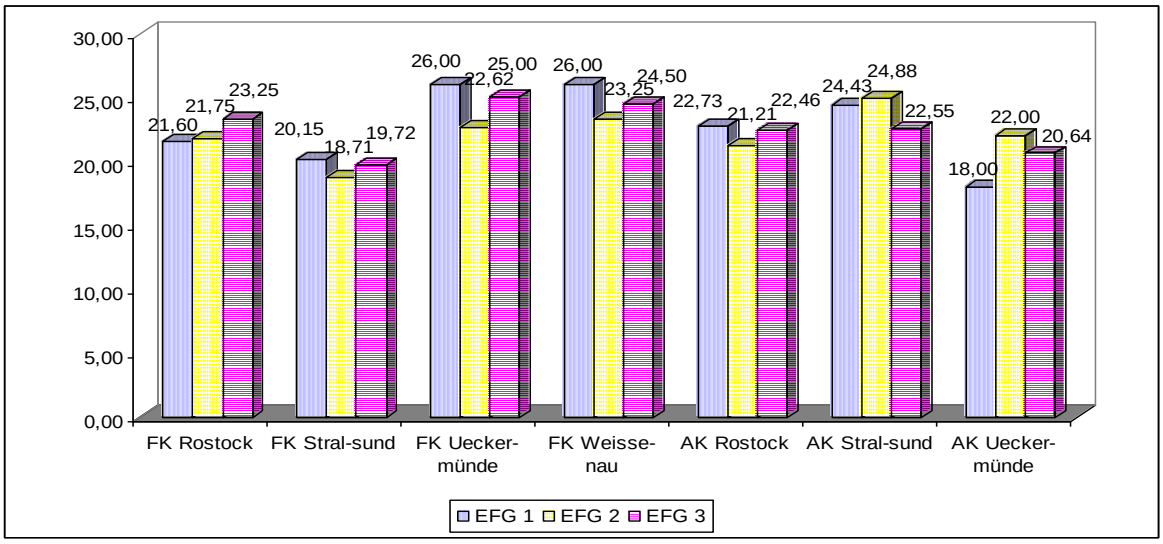


Abbildung 27: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 131: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Erfahrungsgruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Rostock	FK Stral-sund	FK Uecker-münde	FK Weis-senau	AK Rostock	AK Stral-sund	AK Uecker-münde
EFG 1	3,97	4,86	(1 Wert)	(1 Wert)	4,69	2,51	(1 Wert)
EFG 2	3,31	5,52	2,40	2,99	3,55	2,80	5,83
EFG 3	3,11	5,02	2,78	3,96	2,76	2,25	3,21

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 27 aufgeführten Erfahrungsgruppen hinweg erwies sich als signifikant (H=45,70; p<0,001; n=248; f=20).

Innerhalb der Kliniken für Forensische Psychiatrie trat nur ein signifikanter Unterschied in der Ueckermünder Klinik zwischen den Erfahrungsgruppen auf. In der EFG 3 wurde die Bedeutung der Lebensnähe signifikant höher bewertet als in der EFG 2 (H=4,13; p<0,05; n=21; f=1). In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Bedeutung der Lebensnähe in der Stralsunder Klinik in der EFG 3 ebenfalls höher als in der EFG 2 bewertet (H=3,38; p>0,05; n=19; f=1).

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund wurde die Bedeutung der Lebensnähe für die Therapie in der EFG 2 und 3 niedriger eingeschätzt als in den gleichen Erfahrungsgruppen in den anderen Kliniken für Forensische Psychiatrie (zur Rostocker Klinik EFG 2: H=3,32; p>0,05; n=45; f=1 und EFG 3: H=3,29; p>0,05; n=26; f=1 / zur Ueckermünder Klinik EFG 2: H=5,18; p<0,05; n=30; f=1 und EFG 3: H=8,42; p<0,01; n=26; f=1 / zur Klinik Weissenau EFG 2: H=2,95; p>0,05; n=22; f=1 und EFG 3: H=6,57; p<0,05; n=26; f=1).

Dagegen wurde die Bedeutung der Lebensnähe für die Therapie in der Allgemeinpsychiatrie in der Klinik Stralsund nur in der EFG 2 höher als in der Rostocker Klinik (H=6,66; p<0,01; n=36; f=1) und in der EFG 3 höher als in der Ueckermünder Klinik (H=3,79; p>0,05; n=36; f=1) eingeschätzt.

Beim H-Test der in der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie bestehenden Erfahrungsgruppen ergab sich keine Signifikanz (H=5,30; p>0,05; n=248; f=5).

Neutralität - Faktor III

a) Berufsgruppen

Für die Psychologen wurden die höchsten und für die Sozialarbeiter/innen die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 132: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Neutralität

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	46	649	14,11	3,14
Psychologe	26	405	15,58	2,94
Sozialarbeiter	7	90	12,86	1,35
Pfleger	143	2034	14,22	3,44
Andere	35	479	13,69	3,57
Gesamt	257	3657	14,23	3,34

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 72 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 1054, einem Mittelwert von 14,64 und einer Standardabweichung von 3,13.

In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Bewertung der Rolle der Neutralität in der Therapie durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes gegenüber den Mitarbeiter/innen der Pflege nicht als signifikant (F=0,74; p>0,05; n=215; f=1).

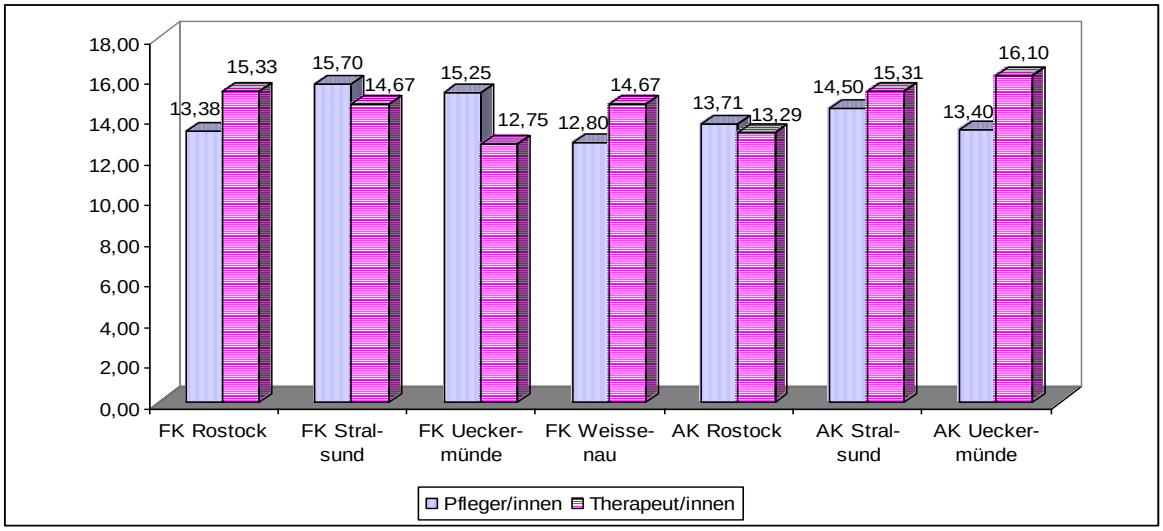


Abbildung 28: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 133: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	3,67	2,99
FK Stralsund	3,96	3,50
FK Ueckermünde	2,12	1,39
FK Weissenau	1,48	2,58
AK Rostock	3,35	2,92
AK Stralsund	2,27	3,22
AK Ueckermünde	2,20	3,84

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über alle Mitarbeiter/innen der Pflege und Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes hinweg zeigte sich kein Unterschied (H=19,20; p>0,05; n=215; f=13).

Innerhalb der Kliniken traten nur am Standort Ueckermünde deutliche Unterschiede auf. In der Klinik für Forensische Psychiatrie wurde die Rolle der Neutralität in der Therapie durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes niedriger (H=5,70; p<0,05; n=16; f=1) und in der Allgemeinpsychiatrischen Klinik höher (H=3,30; p>0,05; n=25; f=1) eingeschätzt als von den Mitarbeiter/innen der Pflege.

In der Klinik für Forensische Psychiatrie in Ueckermünde wiesen die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes niedrigere Werte als die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock (H=4,25; p<0,05; n=25; f=1) und der Klinik Weissenau (H=3,11; p>0,05; n=14; f=1) auf. In der Forensischen Psychiatrie schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Weissenau die Rolle der Neutralität in der Therapie niedriger ein als die Mitarbeiter/innen der Pflege in Stralsund (H=2,84; p>0,05; n=32; f=1) und Ueckermünde (H=3,98; p<0,05; n=18; f=1). Daneben maßen die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Klinik für Forensische Psychiatrie Stralsund der Neutralität eine signifikant höhere Bedeutung zu als die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock (H=4,09; p<0,05; n=71; f=1).

In der Allgemeinpsychiatrie zeigten sich nur bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in der Rostocker Klinik deutlich niedrigere Bewertungen der Neutralität als in der Stralsunder (H=2,74; p>0,05; n=30; f=1) und der Ueckermünder Klinik (H=2,93; p>0,05; n=24; f=1).

Zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes insgesamt bestanden weder innerhalb der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie noch zwischen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie signifikante Unterschiede in Bezug auf die Bewertung der Neutralität (H=2,60; p>0,05; n=215; f=3).

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der mittleren Berufserfahrung wurden die höchsten und für die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 134: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Neutralität

Erfahrungs-gruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mit-arbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standard-abweichung
EFG 1	54	761	14,09	4,01
EFG 2	103	1510	14,66	3,11
EFG 3	91	1264	13,89	3,23
Alle EFG	248	3535	14,25	3,37

In der Varianzanalyse zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Erfahrungsgruppen (F=1,34; p>0,05; n=248; f=2).

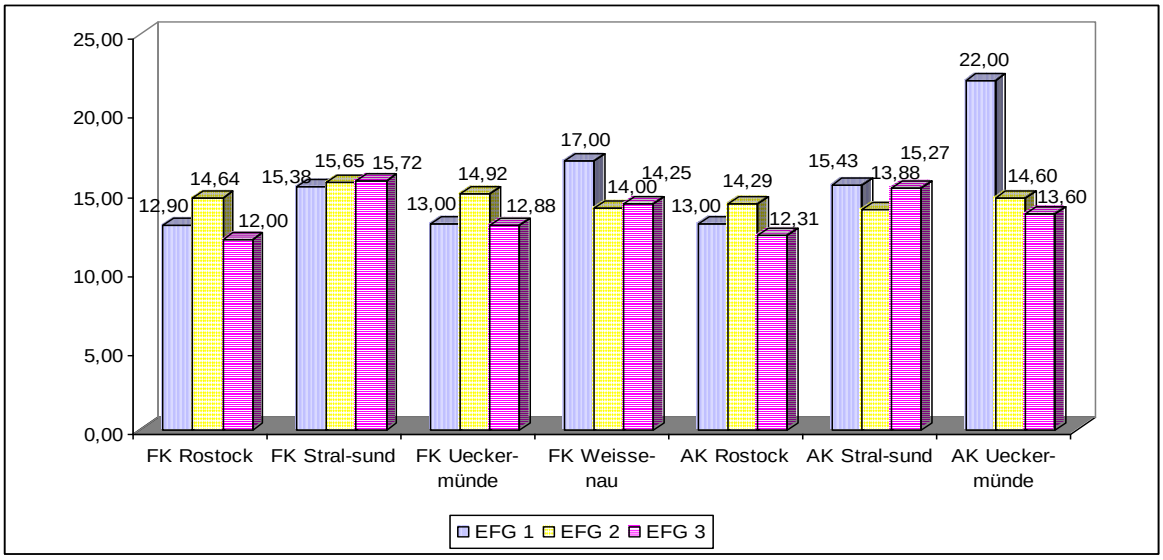


Abbildung 29: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 135: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe

Erfahrungsgruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Rostock	FK Stralsund	FK Ueckermünde	FK Weissenau	AK Rostock	AK Stralsund	AK Ueckermünde
EFG 1	4,14	3,86	(1 Wert)	(1 Wert)	3,92	2,76	(1 Wert)
EFG 2	3,30	3,92	2,06	2,58	3,10	3,14	2,07
EFG 3	4,60	3,77	1,96	2,60	2,21	2,76	2,78

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 29 aufgeführten Erfahrungsgruppen hinweg zeigte keinen signifikanten Unterschied (H=27,59; p>0,05; n=248; f=20).

In der Forensischen Psychiatrie zeigte sich nur in der Ueckermünder Klinik ein signifikanter Unterschied. Die EFG 2 bewertete die Rolle der Neutralität signifikant höher als die EFG 3 (H=4,19; p<0,05; n=21; f=1). In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Neutralität in der Rostocker Klinik durch die EFG 2 signifikant höher als durch die EFG 3 (H=4,41; p<0,05; n=31; f=1) bewertet.

Beim Vergleich der Kliniken für Forensische Psychiatrie zeigte sich, dass die Rolle der Neutralität in der Stralsunder Klinik in der EFG 3 höher bewertet wurde als in der Rostocker (H=4,40; p<0,05; n=26; f=1) und der Ueckermünder Klinik (H=3,21; p>0,05; n=26; f=1).

Auch in der Allgemeinpsychiatrie wurde die Rolle der Neutralität in der Stralsunder Klinik in der EFG 3 höher bewertet als in der Rostocker (H=5,92; p<0,05; n=24; f=1) und der Ueckermünder Klinik (H=2,72; p>0,05; n=36; f=1).

Im Rahmen des H-Tests ergab sich in der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie zwischen den Erfahrungsgruppen (H=5,97; p>0,05; n=248; f=5).

5.4.2.3 Vergleich der Einschätzungen im Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“

Irrationalität - Faktor I

a) Berufsgruppen

Für die Psychologen wurden die höchsten und für die Sozialarbeiter/innen die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 136: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	46	851	18,50	3,46
Psychologe	26	465	17,88	2,16
Sozialarbeiter	7	109	15,57	2,44
Pfleger	138	2395	17,36	2,37
Andere	34	551	16,21	2,20
Alle Berufsgr.	251	4371	17,41	2,65

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 72 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 2395, einem Mittelwert von 18,28 und einer Standardabweichung von 3,06. In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Bewertung der Rolle der Irrationalität in der Therapie durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes gegenüber den Mitarbeiter/innen der Pflege als signifikant ($F=5,84$; $p<0,05$; $n=210$; $f=1$).

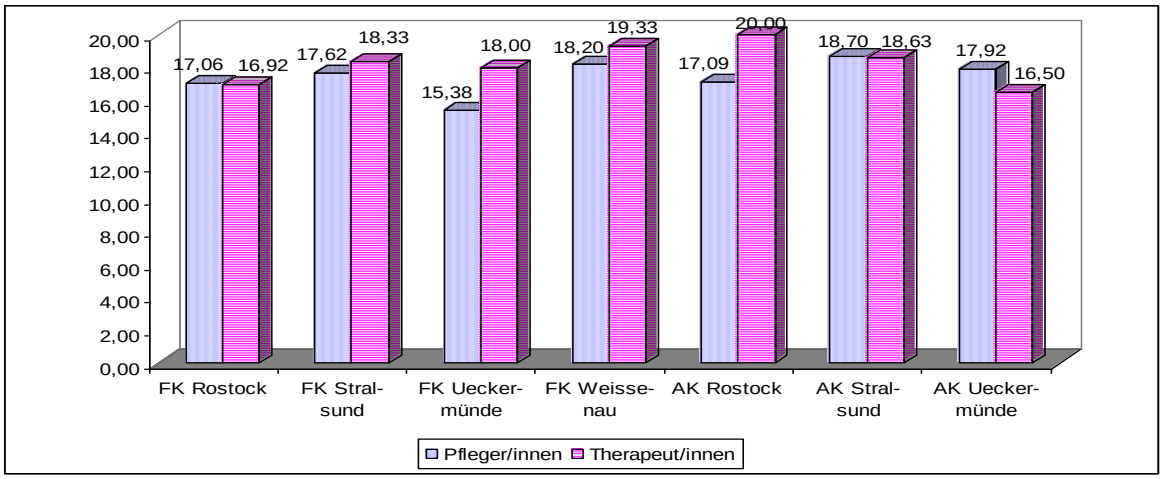


Abbildung 30: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 137: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	2,42	3,23
FK Stralsund	2,18	1,63
FK Ueckermünde	1,69	0,76
FK Weissenau	3,27	3,14
AK Rostock	2,53	4,15
AK Stralsund	2,00	2,00
AK Ueckermünde	2,02	3,21

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über alle Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes hinweg zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($H=24,76$; $p<0,05$; $n=210$; $f=13$).

Innerhalb der Kliniken wurde die Rolle der Irrationalität durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in der Klinik für Forensische Psychiatrie Ueckermünde ($H=8,37$; $p<0,01$; $n=16$; $f=1$) und der Allgemeinpsychiatrischen Klinik Rostock ($H=5,12$; $p<0,05$; $n=47$; $f=1$) signifikant höher bewertet als durch die Mitarbeiter/innen der Pflege.

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Ueckermünde wurde die Bedeutung der Irrationalität bei den Mitarbeiter/innen der Pflege signifikant niedriger bewertet als in den Kliniken für Forensische Psychiatrie in Rostock ($H=4,12$; $p<0,05$; $n=41$; $f=1$) und Stralsund ($H=7,42$; $p<0,01$; $n=45$; $f=1$).

In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Bedeutung der Irrationalität in der Ueckermünder Klinik bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes deutlich niedriger bewertet als in den Kliniken in Rostock ($H=3,80$; $p>0,05$; $n=24$; $f=1$) und Stralsund ($H=2,74$; $p>0,05$; $n=26$; $f=1$). Daneben wurde bei den Mitarbei-

ter/innen der Pflege die Bedeutung der Irrationalität in Rostock signifikant niedriger als in Stralsund eingeschätzt (H=3,90; p<0,05; n=43; f=1).

In der Forensischen Psychiatrie erfolgte eine höhere Bewertung der Bedeutung der Irrationalität durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes als durch die Mitarbeiter/innen der Pflege (H=3,75; p>0,05; n=115; f=1). In der Allgemeinpsychiatrie fiel der Unterschied zwischen den Berufsgruppen geringer, nicht signifikant, aus. Auch zwischen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie zeigten sich bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes und den Mitarbeiter/innen der Pflege keine signifikanten Unterschiede.

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der mittleren Berufserfahrung wurden die niedrigsten und für die Gruppe mit der längsten Berufserfahrung die höchsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 138: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität

Erfahrungsgruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standardabweichung
EFG 1	52	914	17,58	3,44
EFG 2	102	1761	17,26	2,68
EFG 3	88	1555	17,67	2,02
Alle EFG	242	4230	17,48	2,65

In der Varianzanalyse ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen (F=0,60; p>0,05; n=242; f=2).

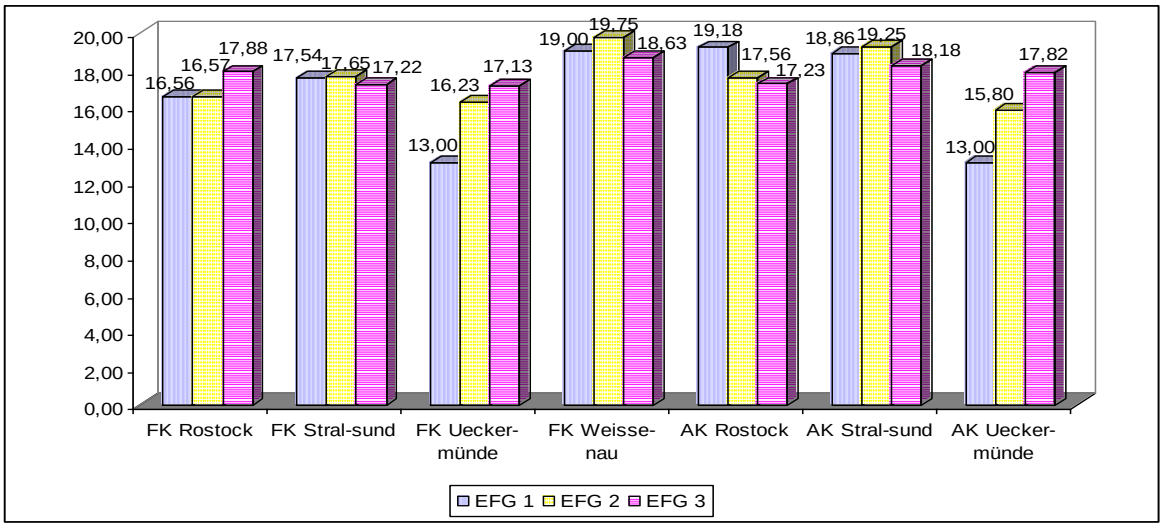


Abbildung 31: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 139: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität

Erfahrungsgruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Rostock	FK Stral-sund	FK Uecker-münde	FK Weiss-enau	AK Rostock	AK Stral-sund	AK Uecker-münde
EFG 1	3,15	2,33	(1 Wert)	(1 Wert)	4,67	2,85	(1 Wert)
EFG 2	2,38	2,76	2,13	3,20	2,76	1,49	3,70
EFG 3	1,46	1,35	1,73	3,07	3,03	1,60	1,79

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 31 aufgeführten Gruppen hinweg ergab keine Signifikanz (H=29,14; p>0,05; n=242; f=20).

Nur in der Allgemeinpsychiatrischen Klinik in Ueckermünde trat ein deutlicher Unterschied zwischen den EFG 1 und 3 (H=2,84; p>0,05; n=23; f=1) auf. Die EFG 1 ist aber nur mit einem Wert besetzt.

Innerhalb der Forensischen Psychiatrie wurde die Bedeutung der Irrationalität in der Klinik Weissenau durch die EFG 2 höher bewertet als in der Ueckermünder (H=3,75; p>0,05; n=17; f=1) und der Rostocker Klinik (H=3,49; p>0,05; n=32; f=1).

In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Rolle der Irrationalität in der Therapie in der EFG 2 in der Stralsunder Klinik höher eingeschätzt als in der Ueckermünder Klinik (H=3,75; p>0,05; n=13; f=1).

Zwischen den Erfahrungsgruppen bestanden weder innerhalb der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie noch zwischen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie signifikante Unterschiede in Bezug auf die Bewertung der Irrationalität (H=6,08; p>0,05; n=242; f=5).

Künstlertum – Faktor II

a) Berufsgruppen

Für die Sozialarbeiter/innen wurden die höchsten und für die Mitarbeiter/innen der Pflege die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 140: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum

Berufsgruppe	Werte der Berufsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro Berufsgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
Arzt	46	726	15,78	2,31
Psychologe	26	389	14,96	1,73
Sozialarbeiter	7	99	14,14	2,73
Pfleger	138	2225	16,12	2,32
Andere	34	532	15,65	2,47
Alle Berufsgr.	251	3971	15,82	2,32

Bei der Zusammenfassung zum therapeutischen Dienst (Ärzte und Psychologen) ergaben sich 72 Mitarbeiter/innen mit einem Gesamtscore von 1115, einem Mittelwert von 15,49 und einer Standardabweichung von 2,14. In der Varianzanalyse erwies sich die höhere Bewertung der Rolle des „Künstlertums“ in der Therapie durch die Mitarbeiter/innen der Pflege gegenüber den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes als nicht signifikant (F=3,77; p>0,05; n=210; f=1).

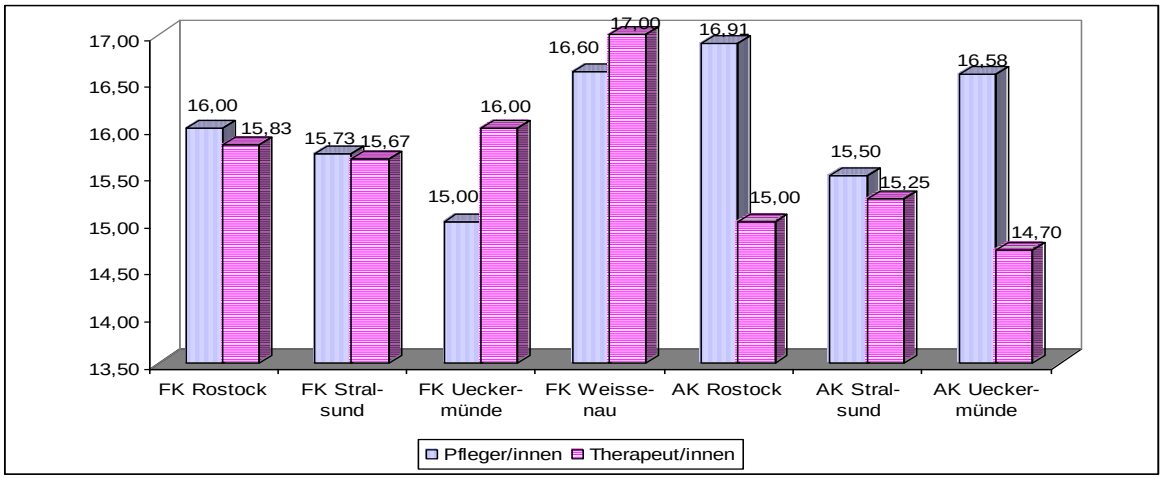


Abbildung 32: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Berufsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 141: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum

Klinik	Berufsgruppe	
	Pflege	Therapie
FK Rostock	2,25	2,17
FK Stralsund	2,35	0,82
FK Ueckermünde	1,20	2,27
FK Weissenau	3,21	2,45
AK Rostock	2,39	2,80
AK Stralsund	2,12	2,02
AK Ueckermünde	2,23	1,25

Unterschiede der Berufsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Beim H-Test über Mitarbeiter/innen der Pflege und Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes hinweg zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($H=17,99$; $p>0,05$; $n= 210$; $f=13$).

Innerhalb der Kliniken traten nur in der Allgemeinpsychiatrie signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen auf. In der Rostocker ($H=4,41$; $p<0,05$; $n=47$; $f=1$) und der Ueckermünder ($H=6,45$; $p<0,05$; $n=22$; $f=1$) Klinik bewerten die

Mitarbeiter/innen der Pflege die Bedeutung des „Künstlertums“ signifikant höher als die Therapeut/innen.

Zwischen den Kliniken zeigte sich nur in der Allgemeinpsychiatrie ein deutlicher Unterschied bei den Mitarbeiter/innen der Pflege zwischen der Rostocker und der Stralsunder Klinik (H=3,03; p>0,05; n=43; f=1). Die Mitarbeiter/innen der Rostocker Klinik schätzen die Bedeutung des „Künstlertums“ höher ein.

Während in der Forensischen Psychiatrie insgesamt kein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen zu ermitteln war, bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Allgemeinpsychiatrie die Bedeutung des „Künstlertums“ signifikant höher als die Therapeut/innen (H=10,49; p<0,01; n=95; f=1).

Die Therapeut/innen in der Forensischen Psychiatrie bewerteten die Bedeutung des „Künstlertums“ höher als die Therapeut/innen in der Allgemeinpsychiatrie (H=3,25; p>0,05; n=72; f=1). Dagegen schätzten die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Allgemeinpsychiatrie diesen Faktor höher ein als die Mitarbeiter/innen der Pflege in der Forensischen Psychiatrie (H=3,66; p>0,05; n=138; f=1).

b) Erfahrung in der Psychiatrie

Für die Gruppe mit der mittleren Berufserfahrung wurden die höchsten und für die Gruppe mit der höchsten Berufserfahrung die niedrigsten Mittelwerte errechnet.

Tabelle 142: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum

Erfahrungsgruppe	Werte der Erfahrungsgruppen			
	Zahl der Mitarbeiter/innen	Gesamtscore pro EFG	Mittelwerte	Standardabweichung
EFG 1	52	825	15,87	2,39
EFG 2	102	1615	15,83	2,30
EFG 3	88	1399	15,90	2,35
Alle EFG	242	3839	15,86	2,33

Bei der Prüfung mit der Varianzanalyse ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erfahrungsgruppen (F=0,02; p>0,05; n=242; f=2).

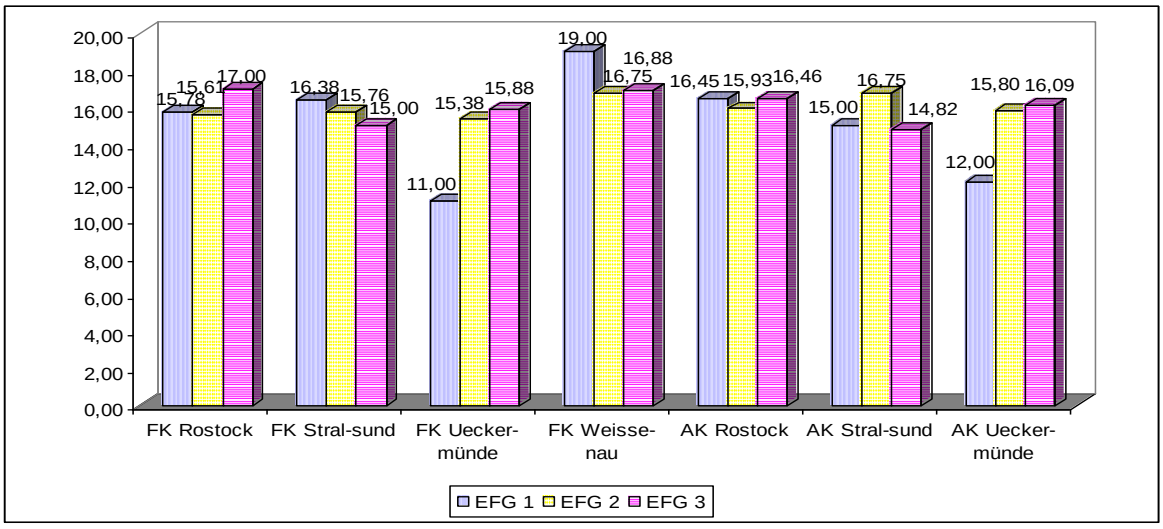


Abbildung 33: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum

Im Weiteren werden die Standardabweichungen der Summenscores für die Erfahrungsgruppen in den Kliniken angegeben.

Tabelle 143: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum

Erfahrungsgruppe	Standardabweichungen der Scores in den Erfahrungsgruppe pro Klinik						
	FK Rostock	FK Stral-sund	FK Uecker-münde	FK Weissenau	AK Rostock	AK Stral-sund	AK Uecker-münde
EFG 1	1,80	1,94	(1 Wert)	(1 Wert)	3,01	2,58	(1 Wert)
EFG 2	2,39	2,59	1,56	3,69	2,63	1,04	0,45
EFG 3	1,93	2,50	2,47	2,10	3,04	1,89	1,95

Unterschiede der Erfahrungsgruppen innerhalb der und zwischen den Kliniken

Der H-Test über alle in der Abbildung 33 aufgeführten Erfahrungsgruppen hinweg erwies sich nicht als signifikant (H=22,07; p>0,05; n=242; f=20).

Innerhalb der Kliniken für Forensische Psychiatrie trat ein deutlicher Unterschied in der Rostocker Klinik zwischen den Erfahrungsgruppen 2 und 3 auf. In der EFG 3 wurde die Bedeutung des „Künstlertums“ höher bewertet als in der EFG 2 (H=2,83; p>0,05; n=36; f=1).

Die Unterschiede der EFG 1 in der Ueckermünder Klinik zu anderen Gruppen waren zu vernachlässigen, weil die EFG 1 nur mit einem Wert besetzt war.

In der Allgemeinpsychiatrie wurde die Bedeutung des „Künstlertums“ in der EFG 1 in der Stralsunder durch die EFG 2 signifikant höher bewertet als durch die EFG 3 ($H=6,26$; $p<0,05$; $n=19$; $f=1$).

In der Forensischen Psychiatrie wurde der Faktor durch die EFG 3 in Rostock höher als in Stralsund bewertet ($H=3,20$; $p>0,05$; $n=15$; $f=1$). Bei dem Unterschied in der EFG 1 zwischen den Kliniken in Rostock und Ueckermünde ($H=2,78$; $p>0,05$; $n=19$; $f=1$) ist wieder auf darauf hinzuweisen, dass die EFG 1 in Ueckermünde nur mit einem Wert besetzt war.

In der Allgemeinpsychiatrie zeigte sich in der EFG 2 eine signifikant höhere Einschätzung der Rolle des „Künstlertums“ in der Stralsunder Klinik als in der Ueckermünder Klinik ($H=4,07$; $p<0,05$; $n=13$; $f=1$).

Beim H-Test der in der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie bestehenden Erfahrungsgruppen ergab sich keine Signifikanz ($H=1,73$; $p>0,05$; $n=242$; $f=5$).

5.4.3 Einstellung zum Fragebogen

5.4.3.1 Bereitschaft Resultate des Fragebogens zu vertiefen und verfolgen

Die Mitarbeiter/innen der Kliniken wurden gefragt, ob Sie zu einem späteren Zeitpunkt zu einem persönlichen Interview bereit wären, um die Resultate des Fragebogens weiter zu verfolgen und zu vertiefen. Es erfolgten folgende Antworten:

- 86 Mitarbeiter/innen trugen sich bei: „Ja, ich wäre bereit“,
- 94 Mitarbeiter/innen trugen sich bei: „Nein“ und
- 58 Mitarbeiter/innen trugen sich bei: „Ich weiß nicht“ ein.

21 Mitarbeiter/innen nahmen keine Eintragung vor.

Im Vergleich der Kliniken war in der Rostocker Klinik für Forensische Psychiatrie der größte Anteil von „Ja“-Antworten festzustellen, während in der Rostocker Allgemeinpsychiatrie der geringste Anteil zu verzeichnen war.

Tabelle 144: Prozentuale Anteile der Antwortkategorien zu der Frage, inwieweit die Bereitschaft besteht, die Resultate des Fragebogens weiter zu verfolgen und zu vertiefen

Klinik	Art der Antwortkategorie in %				Summe der Prozentwerte
	Ja	Nein	Weiß nicht	keine Angabe	
FK Rostock	41,07	26,79	26,79	5,36	100
FK Stralsund	34,62	50,00	11,54	3,85	100
FK Ueckermünde	24,00	36,00	36,00	4,00	100
FK Weissenau	30,77	38,46	15,38	15,38	100
AK Rostock	23,64	41,82	25,45	9,09	100
AK Stralsund	40,74	29,63	22,22	7,41	100
AK Ueckermünde	34,38	25	18,75	21,88	100
Alle Kliniken	33,20	36,29	22,39	8,11	100

5.4.3.2 Maß der Anregung durch den Fragebogen

Die Mitarbeiter/innen der Kliniken wurden gefragt, in welchem Maße Sie das Ausfüllen des Fragebogens angeregt hat. Die Frage war auf einer Skala von 1 bis 5 zu beantworten (1= sehr anregend, 5= überhaupt nicht anregend). Der größte Teil der Befragten zeigte sich unentschieden (Skalenstufe 3). Zwischen den Kliniken bestanden deutliche Unterschiede. Während sich in der Rostocker Klinik 43,40% der Befragten durch den Fragebogen angeregt fühlten (Skalenstufen 1 und 2), betrug der entsprechende prozentuale Anteil in der Klinik Weisenau nur 9,09% und in der Klinik für Allgemeinpsychiatrie in Rostock 16,33%.

Tabelle 145: Häufigkeit und prozentuale Anteile der Skalenwerte zu der Frage, inwieweit sich die Befragten durch den Fragebogen angeregt fühlten

Klinik	Häufigkeit und Anteil (in %) pro Skalenwert					Summe der Häufigkeit der Skalen- und Prozent-werte
	1	2	3	4	5	
FK Rostock	6 (11,32)	17 (32,08)	21 (39,62)	7 (13,21)	2 (3,77)	53 (100)
FK Stralsund	1 (1,96)	15 (29,41)	12 (23,53)	16 (31,37)	7 (13,73)	51 (100)
FK Ueckermünde	-	4 (16,67)	11 (45,83)	6 (25,00)	3 (12,50)	24 (100)
FK Weissenau	-	1 (9,09)	4 (36,36)	2 (18,18)	4 (36,36)	11 (100)
AK Rostock	-	8 (16,33)	16 (32,65)	11 (22,45)	14 (28,57)	49 (100)
AK Stralsund	3 (12,00)	6 (24,00)	8 (32,00)	5 (20,00)	3 (12,00)	25 (100)
AK Ueckermünde	2 (7,41)	9 (33,33)	13 (48,15)	3 (11,11)	-	27 (100)
Summe der Skalenwerte aller Kliniken und ihr Anteil (in %)	12 (5,00)	60 (25,00)	85 (35,42)	50 (20,83)	33 (13,75)	240 (100)

5.4.3.3 Ermüdung durch den Fragebogen

Die Mitarbeiter/innen der Kliniken wurden gefragt, wie ermüdend/langweilig es war, den Fragebogen auszufüllen. Die Frage war auf ein Skala von 1 bis 5 zu beantworten (1= sehr ermüdend, 5= überhaupt nicht ermüdend). Mehr als 50% aller Befragen erlebten den Fragebogen nicht als ermüdend (Skalenwerte 4 und 5). Die Befragten der Kliniken unterschieden sich deutlich. Während in der Weissenau 45,45% der Befragten einen hohen Ermüdungsgrad (Skalenstufen 1 und 2) angaben, lag der entsprechende Anteil in der Forensischen Klinik in Rostock nur bei 5,71%.

Tabelle 146: Häufigkeit und prozentuale Anteile der Skalenwerte zu der Frage, inwieweit der Fragebogen ermüdend war

Klinik	Häufigkeit und Anteil (in %) pro Skalenwert					Summe der Häufigkeit der Skalen- und Prozent-werte
	1	2	3	4	5	
FK Rostock	1 (1,89)	2 (3,77)	15 (28,30)	16 (30,19)	19 (35,85)	53 (100)
FK Stralsund	2 (3,92)	3 (5,88)	23 (45,10)	13 (25,49)	10 (19,61)	51 (100)
FK Ueckermünde	-	2 (8,33)	14 (58,33)	3 (12,50)	5 (20,83)	24 (100)
FK Weissenau	2 (18,18)	3 (27,27)	2 (18,18)	2 (18,18)	2 (18,18)	11 (100)
AK Rostock	4 (8,16)	6 (12,24)	12 (24,49)	15 (30,61)	12 (24,49)	49 (100)
AK Stralsund	1 (4,00)	8 (32,00)	5 (20,00)	2 (8,00)	9 (36,00)	25 (100)
AK Ueckermünde	-	-	4 (14,81)	17 (62,96)	6 (22,22)	27 (100)
Summe der Skalenwerte aller Kliniken und ihr Anteil (in %)	10 (4,17)	24 (10,00)	75 (31,25)	68 (28,33)	63 (26,25)	240 (100)

.

5.4.3.4 Schwierigkeit des Fragebogens

Die Mitarbeiter/innen der Kliniken wurden gefragt, wie einfach bzw. schwierig es für Sie war, den Fragebogen auszufüllen. Die Frage war auf ein Skala von 1 bis 5 zu beantworten (1= sehr einfach, 5= sehr schwierig). Der größte Teil der Befragten zeigte sich unentschieden. Während in der Allgemeinpsychiatrie in Ueckermünde 55,55% der Befragten den Fragebogen als schwierig bewerteten (Skalenstufe 4 und 5), betrug der vergleichbare Anteil in der Weissenau nur 18,18% und in der Forensischen Klinik in Rostock 18,87%.

Tabelle 147: Häufigkeit und prozentuale Anteile der Skalenwerte zu der Frage, wie schwierig der Fragebogen war

Klinik	Häufigkeit und Anteil (in %) pro Skalenwert					Summe der Häufigkeit der Skalen- und Prozent-werte
	1	2	3	4	5	
FK Rostock	2 (3,77)	19 (35,85)	22 (41,51)	9 (16,98)	1 (1,89)	53 (100)
FK Stralsund	3 (5,88)	11 (21,57)	25 (49,02)	9 (17,65)	3 (5,88)	51 (100)
FK Ueckermünde	1 (4,17)	4 (16,67)	13 (54,17)	4 (16,67)	2 (8,33)	24 (100)
FK Weissenau	1 (9,09)	7 (63,64)	1 (9,09)	2 (18,18)	-	11 (100)
AK Rostock	3 (6,12)	8 (16,33)	21 (42,86)	13 (26,53)	4 (8,16)	49 (100)
AK Stralsund	-	6 (24,00)	12 (48,00)	7 (28,00)	-	25 (100)
AK Ueckermünde	2 (7,41)	3 (11,11)	7 (25,93)	14 (51,85)	1 (3,70)	27 (100)
Summe der Skalenwerte aller Kliniken und ihr Anteil (in %)	12 (5,00)	58 (24,17)	101 (42,08)	58 (24,17)	11 (4,58)	240 (100)

5.5 Korrelation von Fragebogendaten und Daten der Lockerungsbewertung

5.5.1 Korrelationen auf den Bewertungsebenen nach Berufsgruppen

Zwischen den Fragebogendaten und den Daten der Lockerungsbewertung waren auf der Antragsebene keine hohen Korrelationen zu verzeichnen. Bei den hohen, zum größten Teil negativen Korrelationen auf der Kontrollebene ist zu beachten, dass die Zahl der gültigen Fälle gering ist (Pflege: 4, Therapie: 7).

Tabelle 148: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antrags- und Kontrollebene

Fragebogen		Korrelationskoeffizienten nach Berufsgruppe und Bewertungsebene			
Komplexe	Faktoren	Antrageb.: Pflege	Antrageb.: Therapie	Kontrolleb.: Pflege	Kontrolleb.: Therapie
Therapeutische Wertvorstellungen	Einsicht	0,07	-0,15	-0,95	0,31
	Akzeptanz u. Unterstützung	-0,03	0,09	-0,95	-0,18
	Anleiten	0,11	0,29	-0,74	-0,23
Technisches Vorgehen	Zielorientierung	0,03	0,13	-0,74	-0,78
	Lebensnähe	-0,28	-0,04	-0,63	0,45
	Neutralität	0,2	0,31	0,39	-0,46
Kommunikation u. Persönlichkeit	Irrationalität	-0,13	0,06	0,89	-0,3
	Künstlertum	0,03	0,28	-1	-0,61

Auf der Grundlage der ermittelten Korrelationskoeffizienten war festzustellen, dass bei den Mitarbeiter/innen der Pflege auf der Kontrollebene die Bewertung des Risikos einer Lockerung um so geringer ausfiel je höher die Bedeutung folgender Therapieaspekte eingeschätzt wurde:

- Einsicht,
- Akzeptanz u. Unterstützung,
- Anleiten,
- Zielorientierung,
- Lebensnähe,
- Künstlertum.

Dagegen zeichnete sich bei den Therapeut/innen ein vergleichbarer Zusammenhang nur bei der Zielorientierung und der Neutralität ab.

5.5.2 Korrelationen auf den Bewertungsebenen

Bei einer gemeinsamen Betrachtung der Berufsgruppen (60 Fälle) ergaben sich auf der Antragsebene keine bemerkenswerten Korrelationen (s. Tabelle 133).

Dagegen fiel die Bewertung des Risikos einer Lockerung auf der Kontrollebene um so geringer aus, je höher die Bedeutung folgender Therapieaspekte eingeschätzt wurde:

- Akzeptanz u. Unterstützung,
- Anleiten,
- Zielorientierung.

Tabelle 149: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene

Fragebogen		Korrelationskoeffizienten nach Bewertungsebenen	
Komplexe	Faktoren	Antragsebene	Kontrollebene
Therapeutische Wertvorstellungen	Einsicht	0,001	0,005
	Akzeptanz u. Unterstützung	0,12	-0,47
	Anleiten	0,24	-0,60
Technisches Vorgehen	Zielorientierung	0,10	-0,72
	Lebensnähe	-0,20	0,12
	Neutralität	0,16	-0,23
Kommunikation u. Persönlichkeit	Irrationalität	-0,16	0,24
	Künstlertum	0,10	-0,36

5.5.3 Korrelationen auf den Bewertungsebenen innerhalb der Kliniken

In der Rostocker Klinik war nur beim Anleiten ein deutlicher Unterschied in der Korrelation zwischen den Bewertungsebenen festzustellen. Hohe Korrelationen traten ausschließlich auf der Kontrollebene auf. Hier fiel die Bewertung des Lockerungsrisikos um so geringer aus, je höher die Faktoren Anleiten, Lebensnähe und Künstlertum eingeschätzt wurden. Dagegen stieg mit der Einschätzung der Höhe der Neutralität auch die Höhe des Grades der Bewertung des Lockerungsrisikos.

Tabelle 150: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene in der Rostocker Klinik

Fragebogen		Korrelationskoeffizienten nach Bewertungsebenen	
Komplexe	Faktoren	Antragsebene	Kontrollebene
Therapeutische Wertvorstellungen	Einsicht	0,11	-0,21
	Akzeptanz u. Unterstützung	0,11	-0,21
	Anleiten	0,16	-0,67
Technisches Vorgehen	Zielorientierung	0,09	0,03
	Lebensnähe	-0,44	-0,79
	Neutralität	0,26	0,56
Kommunikation u. Persönlichkeit	Irrationalität	-0,33	0,14
	Künstlertum	0,27	-0,95

In der Stralsunder Klinik konnte nur die Antragsebene berücksichtigt werden, weil auf der Kontrollebene nur ein gültiger Fall zu verzeichnen war. Es lagen keine hohen Korrelationen vor.

Tabelle 151: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene in der Stralsunder Klinik

Fragebogen		Korrelationskoeffizienten auf der Antragsebene
Komplexe	Faktoren	
Therapeutische Wertvorstellungen	Einsicht	-0,40
	Akzeptanz u. Unterstützung	0,03
	Anleiten	0,01
Technisches Vorgehen	Zielorientierung	-0,10
	Lebensnähe	0,08
	Neutralität	0,06
Kommunikation u. Persönlichkeit	Irrationalität	0,04
	Künstlertum	-0,04

In der Ueckermünder Klinik zeigten sich bei der Akzeptanz/Unterstützung, dem Anleiten und der Zielorientierung erhebliche Unterschiede zwischen den Bewertungsebenen. Bei diesen Faktoren war schon die Richtung der Korrelation gegensätzlich.

Tabelle 152: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene in der Ueckermünder Klinik

Fragebogen		Korrelationskoeffizienten nach Bewertungsebenen	
Komplexe	Faktoren	Antragsebene	Kontrollebene
Therapeutische Wertvorstellungen	Einsicht	-0,02	-0,21
	Akzeptanz u. Unterstützung	0,27	-0,90
	Anleiten	0,80	-0,36
Technisches Vorgehen	Zielorientierung	0,41	-0,90
	Lebensnähe	-0,45	-0,16
	Neutralität	0,21	0,00
Kommunikation u. Persönlichkeit	Irrationalität	-0,28	0,45
	Künstlertum	-0,13	-0,45

6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Beantwortung der Hypothesen

6.1.1 Einfluss von Patientenmerkmalen und Klinikzugehörigkeit der Mitarbeiter/innen auf die Lockerungsentscheidung

Beim Vergleich der Häufigkeitsverteilung der Patientenmerkmale, die im Rahmen des Kerndatensatzes der Länder (AG Psychiatrie, 2009) erhoben wurde, mit der Verteilung der Patientenmerkmale der Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns zeigt sich bei den Diagnosen, dass in Mecklenburg-Vorpommern Schizophrenien seltener und Suchterkrankungen häufiger zu verzeichnen sind als im Bundesdurchschnitt, während bei der Verteilung der Delikte keine markanten Unterschiede festzustellen sind. Der hohe Anteil von Suchterkrankungen kann darauf zurückgeführt werden, dass in Mecklenburg-Vorpommern auch außerhalb des Maßregelvollzuges Suchterkrankungen im Vergleich zu anderen Bundesländern häufiger vorkommen (Statistisches Bundesamt, 2008). Bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lässt sich in Mecklenburg-Vorpommern in den letzten Jahren eine Zunahme im Maßregelvollzug feststellen. Ihr Anteil bleibt aber unter dem Durchschnitt der Länder. Zur Erklärung der Ursachen sind nur Mutmaßungen möglich. Beispielsweise könnte sich die länderweise unterschiedliche Spruchpraxis der Gerichte oder die Art des Ausbaus des medizinischen und psychosozialen Hilfesystems auswirken.

Wie zu erwarten war, unterscheiden sich die Häufigkeitsverteilungen der Patienten nach ihren Merkmalen zwischen der Klinik, in der Patienten gemäß Paragraph 64 StGB aufgenommen werden (Rostocker Klinik) und den Kliniken, in die Einweisungen gemäß § 63 StGB erfolgen (Stralsunder und Ueckermünder Klinik), sehr deutlich. Das gilt für alle Patientenmerkmale, die im Rahmen dieser Studie erhoben wurden. Während in der Rostocker Klinik der Anteil der

- Erkrankungen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit psychotropen Substanzen stehen,
- Delikte Körperverletzung, Raub und Erpressung, Diebstahl und Unterschlagung sowie Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (Reihenfolge nach größter Häufigkeit),
- jüngsten Patientengruppe (unter 28 Jahre)

dominiert, treten in den anderen Kliniken

- Persönlichkeitsstörungen, schizophrene und hirnorganische Störungen
- Sexualdelikte, Straftaten gegen das Leben, Körperverletzung sowie Brandstiftungsdelikte (Reihenfolge nach größter Häufigkeit),
- die Patienten der älteren Altersgruppen (über 28 Jahre)

am häufigsten auf. Dagegen zeigen sich zwischen den Verteilungen der Patientenmerkmale in der Ueckermünder und der Stralsunder Klinik keine signifikanten Unterschiede.

Die Art der Verteilung der Patientenmerkmale führt nicht zu einer vergleichbaren Verteilung der Lockerungsentscheidungen.

Der Anteil der Patienten, bei denen ein Lockerungsantrag besteht, unterscheidet sich zwischen den Kliniken nicht signifikant. Daraus ist zu schließen, dass in allen Kliniken ein vergleichbarer Anteil von Patienten besteht, bei dem davon ausgegangen wird, dass eine Lockerung nicht in Betracht kommt.

Dagegen liegt die Zahl der Lockerungsanträge pro Patient in der Ueckermünder Klinik signifikant unter der der anderen beiden Kliniken.

Der Anteil der Ablehnungen von Lockerungsanträgen ist in der Stralsunder Klinik signifikant niedriger als in den anderen beiden Kliniken.

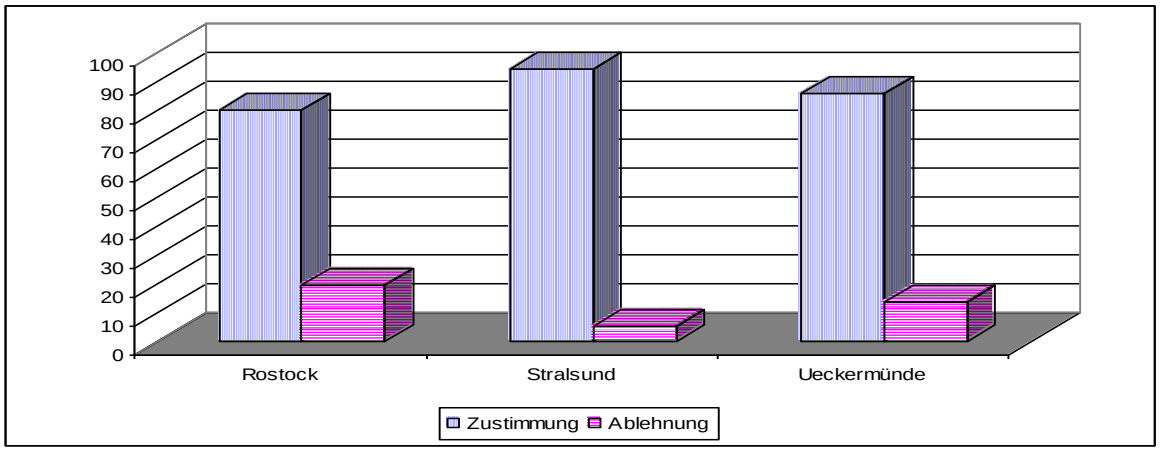


Abbildung 34: Prozentuale Anteile der Art Bewertung der Lockerungsanträge auf der Entscheidungsebene in den Kliniken

Kein signifikanter Unterschied besteht zwischen der Rostocker Klinik und

- der Stralsunder Klinik bei der Zahl der Lockerungsanträge pro Patient und
- der Ueckermünder Klinik bei dem Anteil der Ablehnungen von Lockerungsanträgen,

während die Unterschiede in beiden Kriterien zwischen der Stralsunder und der Ueckermünder Kliniken signifikant sind.

Damit ist festzustellen, dass sich die Lockerungspraxis stärker zwischen den Kliniken unterscheidet, in denen die Patienten über vergleichbare Merkmale verfügen, als zwischen den Kliniken mit verschiedenen Merkmalen.

In Bezug auf die Diagnose und auf das Delikt ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Lockerungsentscheidungen in der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik zu verzeichnen. Daher ist davon auszugehen, dass die Entscheidungsträger in den Kliniken ähnliche Entscheidungskriterien anlegen, sich aber in der Höhe des tolerierten Restrisikos unterscheiden. Das wirkt sich vorrangig in den höheren Lockerungsstufen aus. Während die Zahl der Lockerungsanträge bis zur Lockerungsstufe 4 ähnlich ist (unter Berücksichtigung der höheren Patientenzahl in Stralsund), liegen in den höheren Lockerungsstufen in der Stralsunder Klinik wesentlich mehr Lockerungsanträge vor. In der Stralsunder Klinik werden 39,9 % der Lockerungsanträge auf Gewährung der Lockerungsstufe 7 und höher entschieden, in der Ueckermünder Klinik beträgt dieser Anteil nur 11,45 %. Bei den niedrigeren Lockerungsstufen bleibt immer noch eine äußere Sicherung und / oder eine Sicherung durch Klinikmitarbeiter/innen. Bei einer Fehlentscheidung in den höheren Lockerungsstufen besitzt die Entscheidung ein höheres Gewicht als bei den niedrigeren, da bei diesen Lockerungsmaßnahmen weniger Sicherungen möglich sind, die greifen, wenn sich zeigt, dass das Restrisiko doch nicht richtig eingeschätzt wurde.

Damit ist die Hypothese 1 abzulehnen. Es hat sich gezeigt, dass der institutionelle Rahmen, in dem eine Lockerungsentscheidung getroffen wird, größere Auswirkungen auf die Entscheidung besitzt als die erhobenen Patientenmerkmale.

Dagegen könnte eingewandt werden, dass die Berücksichtigung anderer oder zusätzlicher Merkmale (siehe Kapitel 2.2.3) zu einem anderen Ergebnis geführt hätten. Die Ablehnung der Hypothese wird aber dadurch gestärkt, dass

- die Differenz der Ergebnisse für Kliniken, in denen Patienten auf der gleichen Einweisungsgrundlage behandelt werden und bei denen der Unterschied der Einweisungen nur durch ein regionales Selektionskriterium (Zuständigkeit für den Gerichtsbezirk) bestimmt wird, dazu zu deutlich sind,
- die Ergebnisse darauf hinweisen, dass die Unterschiede in der Lockerungspraxis auf der Höhe des tolerierten Risikos beruhen und nicht auf andere Kriterien zurückzuführen sind,
- andere Risikobewertungen unterhalb der Entscheidungsebene (Antrags- und auf der Wohngruppenebene) für die gleiche Klientel darauf hinweisen, dass sich die Bewertung des Risikopotentials der Patienten zwischen den beiden Kliniken nicht gravierend unterscheiden muss.

Auf der Antrags- und Wohngruppenebene sind die Risikobewertungen in der Ueckermünder Klinik signifikant niedriger als in Stralsunder und der Rostocker Klinik. Nur bei dem Risiko der Entweichung bestehen zwischen allen Kliniken auf beiden Bewertungsebenen keine signifikanten Unterschiede.

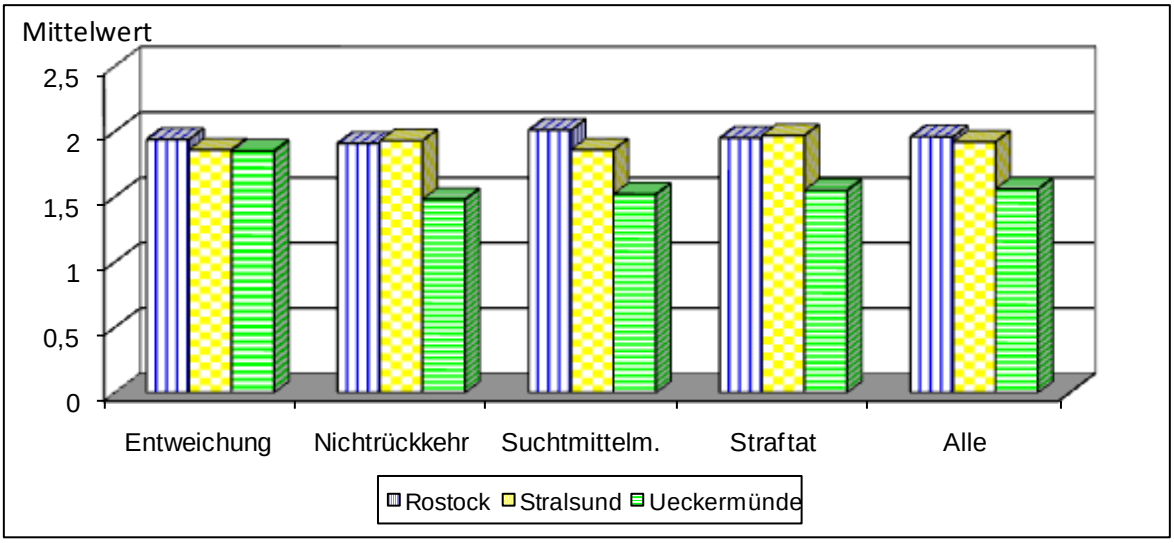


Abbildung 35: Mittelwerte der Bewertung der Lockerungsanträge in den Kliniken nach der Art des Risikos auf der Antragsebene

Auf der Wohngruppenebene war auch der Unterschied in der Bewertung des Risikos der Nichtrückkehr zwischen der Ueckermünder und Stralsunder Klinik nicht signifikant.

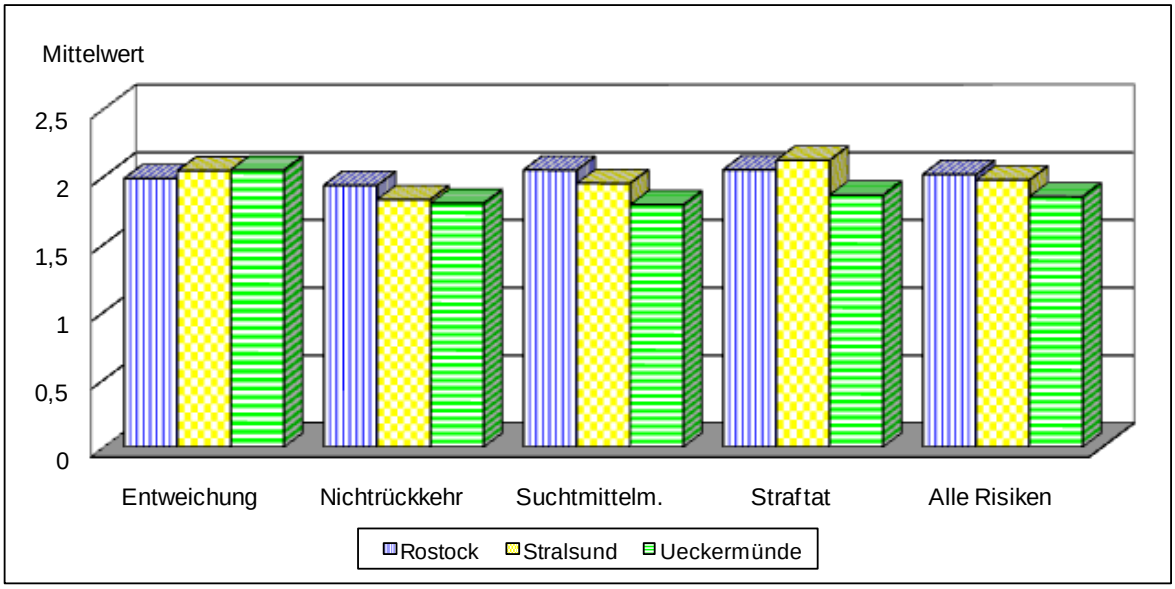


Abbildung 36: Mittelwerte der Bewertung der Lockerungsanträge in den Kliniken nach der Art des Risikos auf der Wohngruppenebene

Die insgesamt höchste Risikobewertung in der Rostocker Klinik ist vor allem auf die hohe Bewertung des Risikos des Suchtmittelmissbrauchs zurückzuführen, die aufgrund einer Klientel, bei der Abhängigkeitserkrankungen dominieren, naherliegend ist.

6.1.2 Einfluss der Nähe zum Patienten und der Berufsausbildung der Mitarbeiter/innen der Kliniken auf die Lockerungsbewertung

6.1.2.1 Nähe zum Patienten

Eine Grundlage der Hypothese 2 besteht darin, dass der Grad der Distanz zum Patienten und dadurch die Höhe der Bewertung des Lockerungsrisikos mit der Bewertungsebene steigen. Die Auswertung der Daten dazu ist in der Abb. 37 zusammengefasst dargestellt..

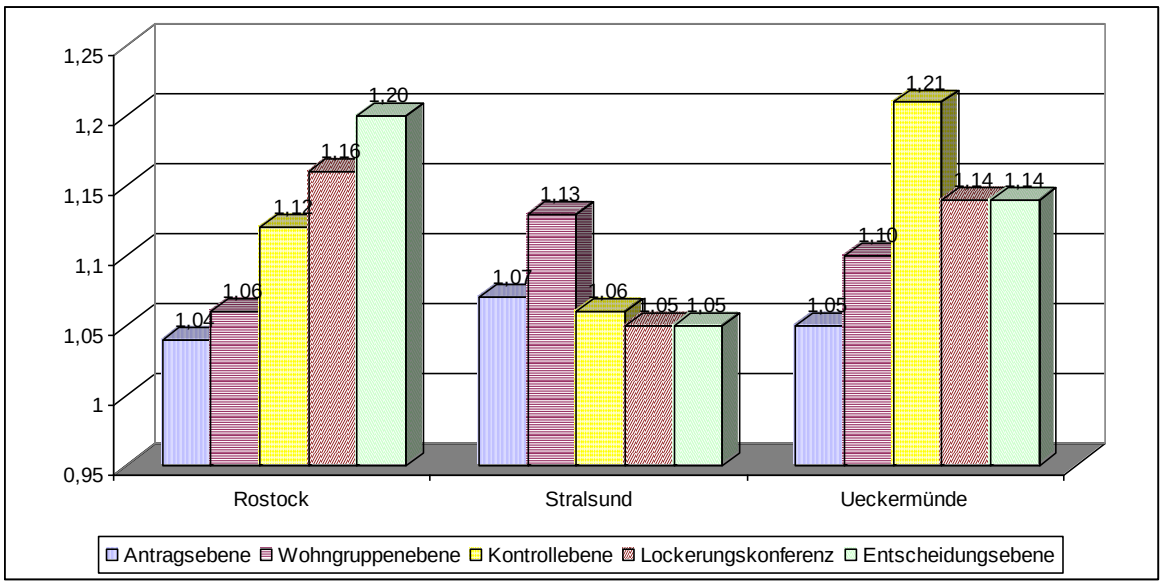


Abbildung 37: Mittelwerte der Bewertung (Zustimmung=1; Ablehnung=2) auf den Bewertungsebenen in den Kliniken

In der Rostocker Klinik stieg der Grad der Ablehnung von der Antragsebene über die Ebene der Lockerungskonferenz bis hin zur Entscheidungsebene jeweils signifikant an.

In der Stralsunder Klinik war auf der Wohngruppenebene ein signifikant höherer Anteil von Ablehnungen als auf den anderen Bewertungsebenen zu verzeichnen. Die Bewertung der anderen Ebenen unterschieden sich nur geringfügig (nicht signifikant) voneinander. Die vergleichsweise hohe Risikobewertung auf der Antrags- und noch mehr auf der Wohngruppenebene wird dadurch relativiert, dass sich in der Stralsunder Klinik ein größerer Teil der Mitarbeiter/innen als in den anderen Kliniken auf den mittleren Skalenwert festlegten und dieser Wert den Ablehnungen zugerechnet wurde.

In der Ueckermünder Klinik stieg der Grad der Ablehnung von der Antragsebene bis zur Kontrollebene signifikant an. Gegenüber der Bewertung auf der Kontrollebene war auf der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene ein (nicht signifikant) geringerer Anteil von Ablehnungen zu verzeichnen.

Die Daten zur Bewertung der Lockerungsanträge in der Rostocker und in der Ueckermünder Klinik deuten darauf hin, dass das Risiko eines Missbrauchs von Lockerungen umso höher eingeschätzt wird, je größer die Distanz zum Patienten

ist. Diese Feststellung trifft aber für die Stralsunder Klinik nicht zu. Besonders auffällig ist die hohe Bewertung der Lockerungsrisiken auf der Kontrollebene der Ueckermünder Klinik. Dieser Wert lässt sich nicht allein mit der Distanz zum Patienten erklären, zumal er auf den höheren Ebenen abfällt.

Damit stellt sich die Frage, inwieweit sich in der Höhe der Bewertung der Lockerungsrisiken auf der jeweils höheren Ebene tatsächlich die Nähe zum Patienten ausdrückt.

Ein Erklärungsansatz für die Lockerungsbewertung in der Ueckermünder Klinik besteht darin, dass auf der Kontrollebene die Verantwortung, die mögliche Konsequenzen aus der Lockerungsbewertung betrifft, deutlicher wahrgenommen wird als auf der Antrags- und Wohngruppenebene. Auf der Kontrollebene wird insoweit bereits die Verantwortung der Entscheidungsebene vorweggenommen.

Dieser Erklärungsansatz bietet sich auch für das relativ gleichförmige Profil der Bewertungshöhe für die einzelnen Ebenen in der Stralsunder Klinik an. Hier besteht die höchste Zustimmungsquote (siehe Kapitel 5.1). Damit ist davon auszugehen, dass bei den Entscheidungsträgern (im Sinne der Verantwortung auch schon auf der Kontrollebene beginnend) ein höheres Risiko des Missbrauchs von Lockerungen toleriert wird. Diese Einschätzung wird auch dadurch gestützt, dass auf der Antrags- und Wohngruppenebene in der Stralsund Klinik eine signifikant höhere Bewertung des Lockerungsrisikos als in der Ueckermünder Klinik erfolgt und die Unterschiede zur Rostocker Klinik wesentlich geringer sind.

Im Ergebnis kann die Hypothese, dass die Nähe zum Patienten die eingeschätzte Höhe des Risikos von Lockerungen beeinflusst, nicht bestätigt, aber auch nicht abgelehnt werden. Dieser Einfluss wird durch das Bewusstsein der Verantwortung für die Entscheidung so überlagert, dass keine Aussage dazu möglich ist.

6.1.2.2 Berufsausbildung

Auf der Antragsebene wurde das Risiko des Missbrauchs von Lockerungen durch die Mitarbeiter/innen der Pflege signifikant höher eingeschätzt als durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

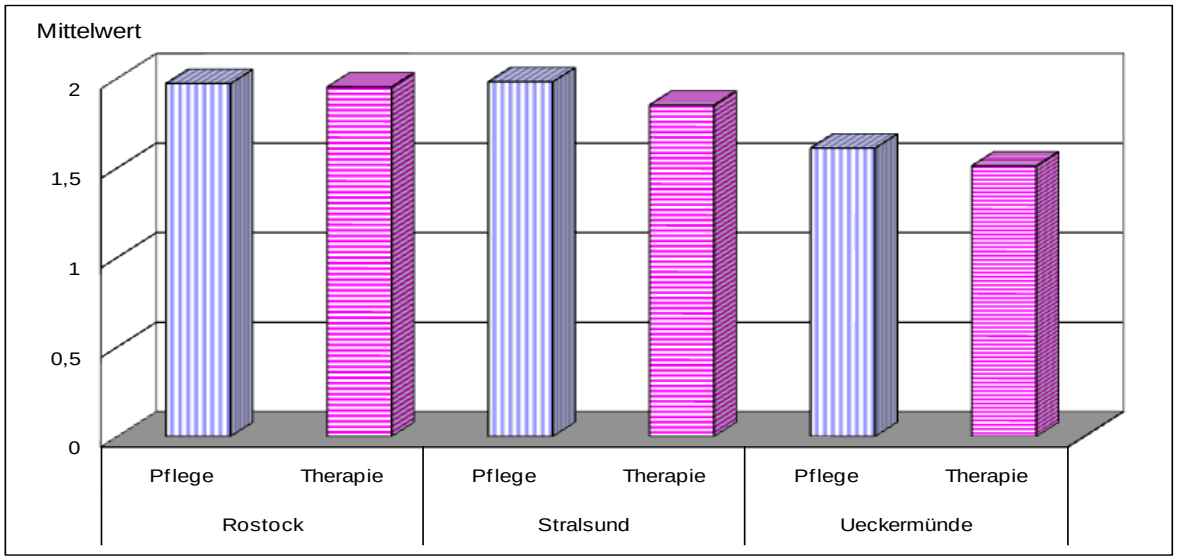


Abbildung 38: Mittelwerte der Bewertung der Lockerungsanträge (im Rahmen einer 5-stufigen Skala) durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes in den Kliniken für alle Risiken

Innerhalb der Kliniken erwies sich der Unterschied in der Bewertung der Lockerungsanträge nur in der Rostocker Klinik nicht als signifikant. Auf der Kontrollebene zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen.

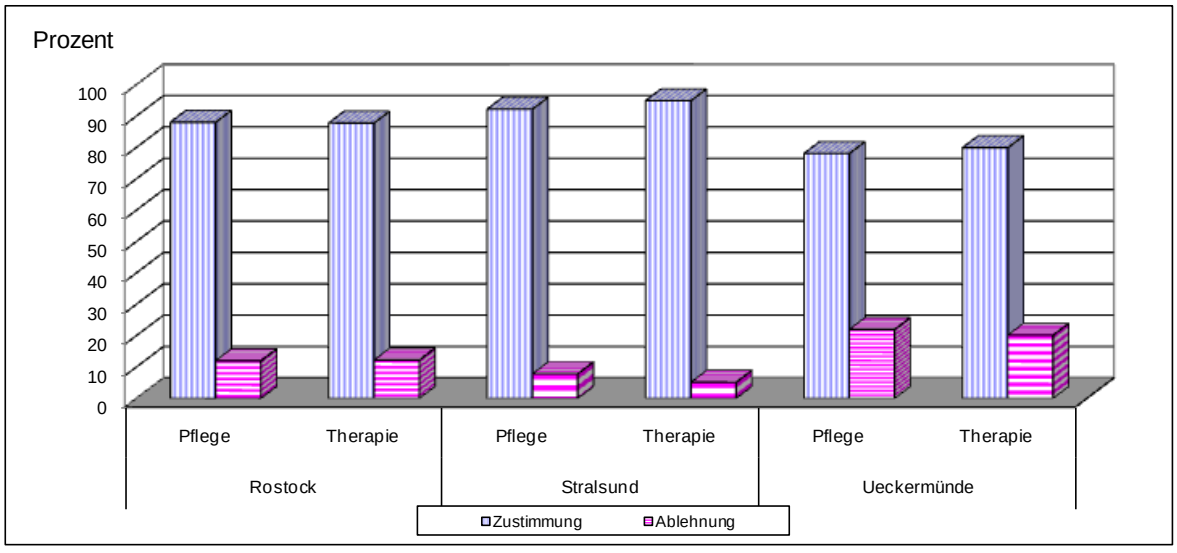


Abbildung 39: Prozentuale Anteile der Zustimmungen und Ablehnungen der Lockerungsanträge an den Lockerungsentscheidungen insgesamt durch die Mitarbeiterinnen der Pflege und des therapeutischen Dienstes in den Kliniken

Dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die unterschiedliche Ausbildung der Berufsgruppen Auswirkungen auf die Risikobewertung besitzen. In der Aus- und Weiterbildung der Therapeut/innen bestehen stärkere Bezüge zur Bildung von Prognosen und damit zur Bewertung von Lockerungsrisiken. Die daraus resultierende größere Sicherheit ermöglicht ihnen, Lockerungen weniger restriktiv zu betrachten. Auf der Kontrollebene sind die Mitarbeiter/innen der Pflege hinsichtlich der Bildung von Prognosen besser geschult als auf der Antragsebene und kommen deshalb zu ähnlichen Ergebnissen wie die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes.

Diese Interpretation der Daten basiert darauf, dass mehr Sicherheit in der Bewertung von Lockerungsanträgen aufgrund differenzierterer Kenntnisse (s. Kapitel 2.2 und 2.3) zu der Bereitschaft führt, eher Risiken zu tolerieren. In diesem Fall müssten die Risiken auf der Kontrollebene geringer bewertet werden als auf der Antragsebene. Das ist aber nicht der Fall (s. Kapitel 5.3.4.2).

Demzufolge kann hier nur davon ausgegangen werden, dass sich auf der Antragsebene Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigen, die auf der Kontrollebene, wie bereits in Kapitel 6.1.2.1 ausgeführt, durch das Bewusstsein der Verantwortung für die Lockerungsentscheidung überlagert werden.

Auch die Ergebnisse der Befragung zu Einstellungsaspekten weisen auf wesentliche Unterschiede zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und der Therapie hin. Durch die Therapeut/innen wird die Rolle

- der Einsicht und
- der Neutralität

signifikant höher eingeschätzt. Dagegen schreiben die Mitarbeiter/innen der Pflege folgenden Einstellungsaspekten eine größere Bedeutung zu:

- Akzeptanz/Unterstützung,
- Anleiten,
- Zielorientierung,
- Lebensnähe.

Zudem meinen die Therapeut/innen signifikant deutlicher, dass

- die menschliche Kommunikation stärker durch Irrationalität, weniger durch objektivierbares Verhalten geprägt und
- zur Beherrschung der Kommunikation ein durchdachtes Herangehen erforderlich ist.

Zusammenfassend lassen sich diese Ergebnisse dahingehend interpretieren, dass die Therapeut/innen meinen, dass

- der irrational geprägten Kommunikation des Patienten
- mit einem methodisch durchdachtem und
- neutralem Vorgehen begegnet werden muss, das es dem Patienten ermöglicht,
- Einsicht in sein Verhalten zu gewinnen.

Dagegen gehen die Mitarbeiter/innen der Pflege davon aus, dass

- die eher rational gesteuerte Kommunikation die Möglichkeit bietet,
- den Patienten klar auf lebensnahe Ziele zu orientieren und
- ihn dabei beratend zu unterstützen.

Stark vereinfacht und zugespitzt formuliert, steht der Einstellung, dass mit komplexen Methoden an der Einsicht des Patienten gearbeitet werden muss, die Einstellung gegenüber, dass dem Patienten geholfen werden kann, wenn er direktiv angeleitet wird.

Die Hypothese, dass die Art der Ausbildung der Mitarbeiter/innen die eingeschätzte Höhe des Risikos von Lockerungen beeinflusst, ist anzunehmen.

6.1.3 Einfluss von Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Kliniken auf die Art der Bewertung von Lockerungsanträgen

Die Faktoren, die sich aus der Faktorenanalyse der Ergebnisse der Befragung im Rahmen dieser Studie und aus der Befragung in Schweden ergeben haben, unterscheiden sich zum Teil. Diese Unterschiede sind auf folgende Ursachen zurückzuführen:

- In der schwedischen Studie werden ausschließlich Psychotherapeuten befragt, während in der deutschen Untersuchung das Pflegepersonal die Mehrheit der Befragten bildet.

- Die schwedische Studie bezieht sich ausschließlich auf den Bereich der Niedergelassenen, die deutsche auf Mitarbeiter/innen in Kliniken.
- In Deutschland besteht ein anderes Therapieverständnis als in Schweden.

An der Befragung nahmen ca. 65 % der Mitarbeiter/innen der Kliniken in Rostock, Stralsund und Ueckermünde teil (133 Mitarbeiter/innen), die in der Lockerungsdatei verzeichnet sind. Die meisten Mitarbeiter/innen waren bei der Beantwortung der Fragen gut motiviert (nur 34,5 % fanden die Fragen nicht anregend und nur 36,28 % waren nicht bereit, die Resultate des Fragebogens weiter zu verfolgen und zu vertiefen). In der Rostocker und Stralsunder Klinik lag der Anteil der Mitarbeiter/innen, die an der Befragung teilnahmen, erheblich über dem der Ueckermünder Klinik. Das war auf die Mitarbeiter/innen der Pflege zurückzuführen, der Anteil der Therapeutinnen, die an der Befragung teilnahmen, lag über dem der anderen beiden Kliniken.

In nur 59 Fällen auf der Antragsebene und 11 Fällen auf der Kontrollebene konnte das bei der Befragung angegebene Pseudonym dem bei der Lockerungsbewertung angewandten Pseudonym zugeordnet werden.

Der Herstellung des Bezuges zwischen den Einstellungsaspekten und der Art der Risikobewertung von Lockerungsanträgen erfolgte durch

a) eine Korrelationsberechnung der Ergebnisse Lockerungsbewertung und der Befragung für Mitarbeiter/innen deren Identität durch das gleiche Pseudonym in beiden Dokumentationen erkennbar war (unmittelbarer Zusammenhang),
b) die Feststellung signifikanter Unterschiede von in Einstellungsaspekten zwischen Kliniken mit hoher und niedriger Bewertung der Lockerungsanträge (mittelbarer Zusammenhang).

Die Diskussion des unmittelbaren Zusammenhanges wird für die unter Buchstabe b genannte Auswertung getrennt für die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes und des therapeutischen Dienstes geführt, da sich zwischen diesen Berufsgruppen, wie schon in Kapitel 6.1.2.2 dargestellt, deutliche Unterschiede zeigten. Diese Form der Diskussion ist bei dem unmittelbaren Vergleich (s. Buchstabe a) nicht angezeigt, da die Zahl der Fälle zu gering war. Eine Beachtung der Berufserfahrung erwies sich als nicht erforderlich, da sich nur bei einem Faktor eines Frage-

bogenkomplexes und hier auch nur zwischen der Gruppe mit der mittleren und der längsten Berufserfahrung ein signifikanter Unterschied festzustellen war (in der EFG 2 wurde die Bedeutung der Neutralität signifikant höher als in der EFG 3 eingeschätzt).

a) Unmittelbarer Zusammenhang

In der Rostocker Klinik traten nur auf der Kontrollebene hohe Korrelationen auf. Hier fiel die Bewertung des Lockerungsrisikos umso geringer aus, je höher die Faktoren Anleiten, Lebensnähe und Künstlertum eingeschätzt wurden. Dagegen stieg mit der Einschätzung der Bedeutung der Neutralität auch die Höhe des Grades der Bewertung des Lockerungsrisikos.

In der Stralsunder Klinik konnte nur die Antragsebene berücksichtigt werden, weil auf der Kontrollebene nur ein gültiger Fall zu verzeichnen war. Es waren keine hohen Korrelationen festzustellen.

In der Ueckermünder Klinik war die Bewertung des Lockerungsrisikos auf der Kontrollebene umso geringer, je höher die Faktoren Akzeptanz/Unterstützung, Anleiten und Zielorientierung eingeschätzt wurden. Bei den gleichen Faktoren stellte sich die Korrelation auf der Antragsebene umgekehrt dar.

b) Mittelbarer Zusammenhang

Bei den Mitarbeiter/innen der Pflege zeigten sich folgende Unterschiede:

- In der Rostocker Klinik wurden die Faktoren Einsicht, Akzeptanz / Unterstützung, Zielorientierung, Lebensnähe signifikant höher und die Faktoren Anleiten, Neutralität, Irrationalität signifikant niedriger bewertet als in der Stralsunder Klinik.
- In der Rostocker Klinik wurden die Faktoren Zielorientierung und Irrationalität im Vergleich zu der Ueckermünder Klinik signifikant höher bewertet.
- In der Stralsunder Klinik wurde der Faktor Irrationalität signifikant höher und der Faktor Lebensnähe signifikant niedriger bewertet als in der Ueckermünder Klinik.

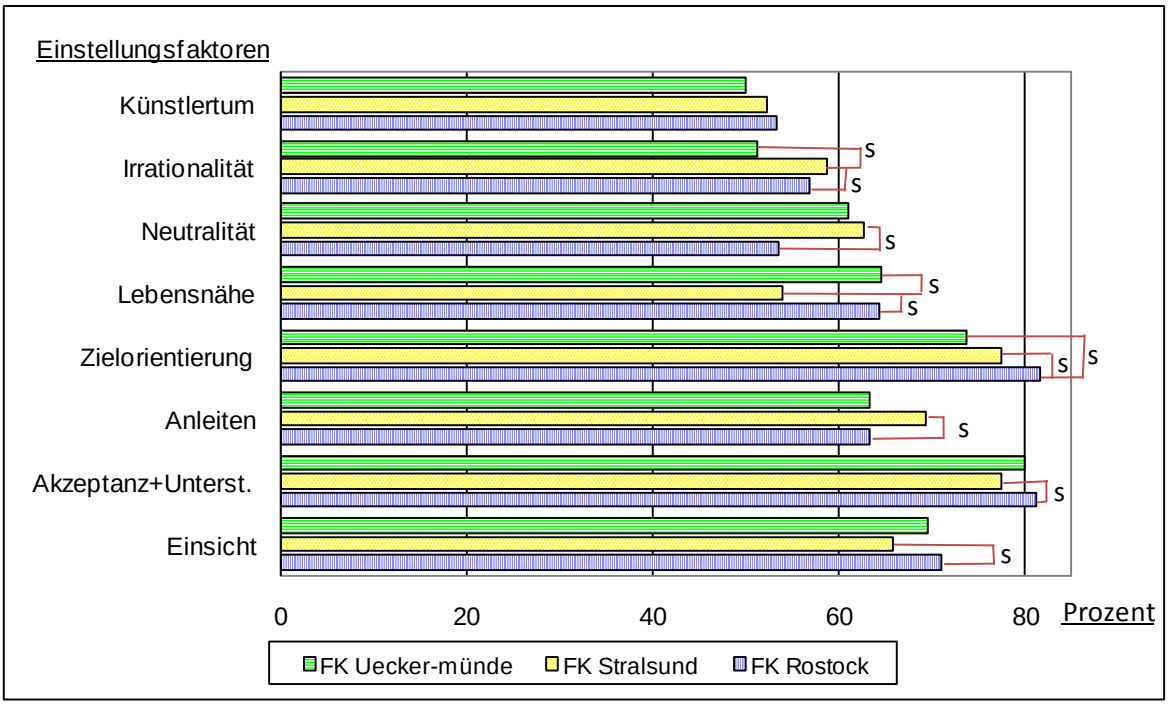


Abbildung 40: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen der Pflege in den Kliniken für Forensische Psychiatrie (Buchstabe „s“: kennzeichnet signifikante Unterschiede)

Bei den Therapeut/innen bestanden nur zwischen der Rostocker und der Ueckermünder Klinik signifikante Unterschiede. In der Rostocker Klinik wurden die Faktoren Einsicht sowie Neutralität höher und der Faktor Lebensnähe niedriger bewertet.

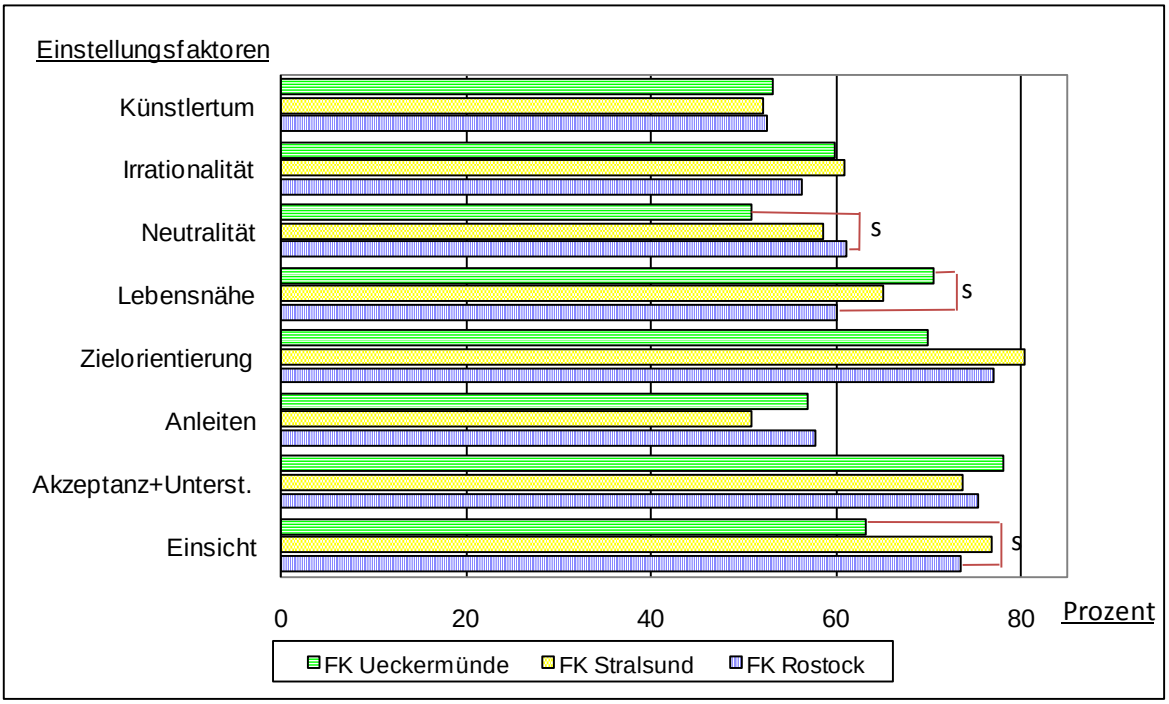


Abbildung 41: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in den Kliniken für Forensische Psychiatrie (s: kennzeichnet signifikante Unterschiede)

Aus den Ergebnissen lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen den therapeutischen Einstellungen und der Bewertung von Lockerungsanträgen herstellen. Das kann darin begründet sein, dass ein solcher Zusammenhang nicht besteht oder darin, dass die Befragungsergebnisse in den Kliniken im Rahmen des mittelbaren Zusammenhanges nicht den Bewertungsebenen zuzuordnen waren.

Die Ergebnisse zum unmittelbaren Zusammenhang weisen darauf hin, dass sich der Zusammenhang in Abhängigkeit von der Bewertungsebene unterschiedlich darstellen kann. Die Feststellung, dass sich eine geringere Bewertung der Faktoren Akzeptanz/Unterstützung, Anleiten und Zielorientierung

- bei den Therapeut/innen insgesamt (die die Lockerungsrisiken geringer bewerteten als die Mitarbeiter/innen der Pflege) und
- bei den Mitarbeiter/innen der Pflege auf der Antragsebene in der Ueckermünder Klinik (die die Lockerungsrisiken im Vergleich der Kliniken am geringsten bewerteten)

zeigte, kann ein Hinweis darauf sein, dass diese Faktoren der therapeutischen Einstellung einen Einfluss auf die Lockerungsbewertung besitzen.

Dieser Hinweis lässt sich durch die signifikanten Unterschiede zwischen den Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes in den Kliniken nicht erhärten:

- In der Rostocker Klinik bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege die Faktoren Akzeptanz/Unterstützung sowie Zielorientierung höher als die Therapeut/innen.
- In der Stralsunder Klinik bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege den Faktor Anleiten höher und den Faktor Lebensnähe niedriger.
- In der Ueckermünder Klinik bewerteten die Mitarbeiter/innen der Pflege den Faktor Neutralität höher und den Faktor Irrationalität niedriger.

Um den Einfluss von therapeutischen Einstellungen auf die Bewertung von Lockerungsanträgen feststellen zu können, müssten die Angaben aller Befragten ihrer Lockerungsbewertung zuzuordnen sein. Die Zahl derartiger Zuordnungen ist in dieser Studie zu gering. Letztlich kann die Hypothese, dass die Bewertungshöhe

des Risikos von Lockerungen in den Kliniken für Forensische Psychiatrie durch Einstellungen der Mitarbeiter/innen zur Therapie beeinflusst wird, nicht bestätigt werden.

6.1.4 Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie zur Therapie

Da sich erwiesen hat, dass die Einstellungen zur Therapie wesentlich durch die Berufszugehörigkeit bestimmt werden (s. Kapitel 6.1.2.2), erfolgte die Auswertung der Ergebnisse zum Vergleich der Allgemeinpsychiatrie mit der Forensischen Psychiatrie nach Berufsgruppen.

Die Mitarbeiter/innen der Pflege der Forensischen Psychiatrie schätzten die Rolle der Einsicht und des Anleitens in der Therapie signifikant höher als die der Allgemeinpsychiatrie ein. Dagegen meinten sie signifikant weniger deutlich, dass zur Beherrschung der Kommunikation ein durchdachtes Herangehen erforderlich ist (Künstlertum).

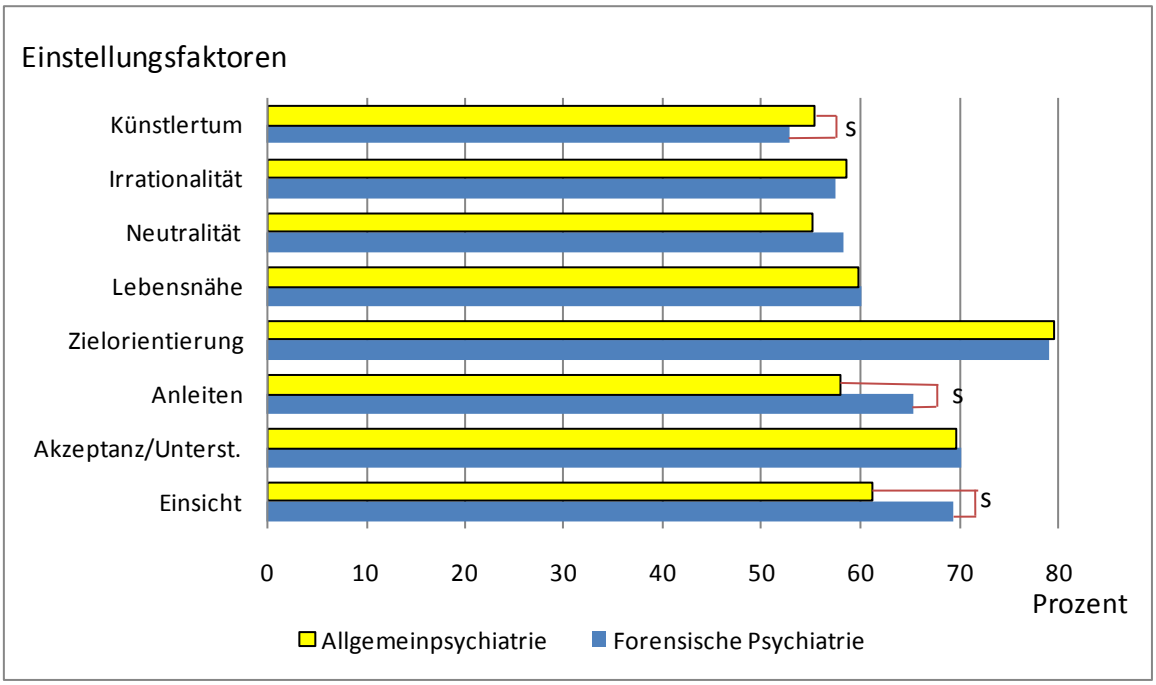


Abbildung 42: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen der Pflege in den Kliniken für Allgemeinpsychiatrie und Forensische Psychiatrie (Buchstabe „s“: kennzeichnet signifikante Unterschiede)

Die höhere Bewertung des Anleitens in der Forensischen Psychiatrie könnte darauf hindeuten, dass in der Therapie von psychisch kranken Straftätern die Not-

wendigkeit einer klaren Führung der Patienten stärker im Vordergrund gesehen wird, - im Gegensatz zu einem partnerschaftlichen Herangehen an die therapeutischen Ziele. Diese Annahme wird aber durch die Höhe der Ausprägung anderer Faktoren, die dann ebenfalls erhöht sein müssten, nicht unterstützt. Das gilt insbesondere für die Faktoren Einsicht, Zielorientierung und Künstlertum. Somit weisen die vorliegenden Daten nicht auf grundsätzlich verschiedene Einstellungen zur Therapie hin.

Beim Vergleich der Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes besteht nur in einem Befragungsaspekt ein signifikanter Unterschied.

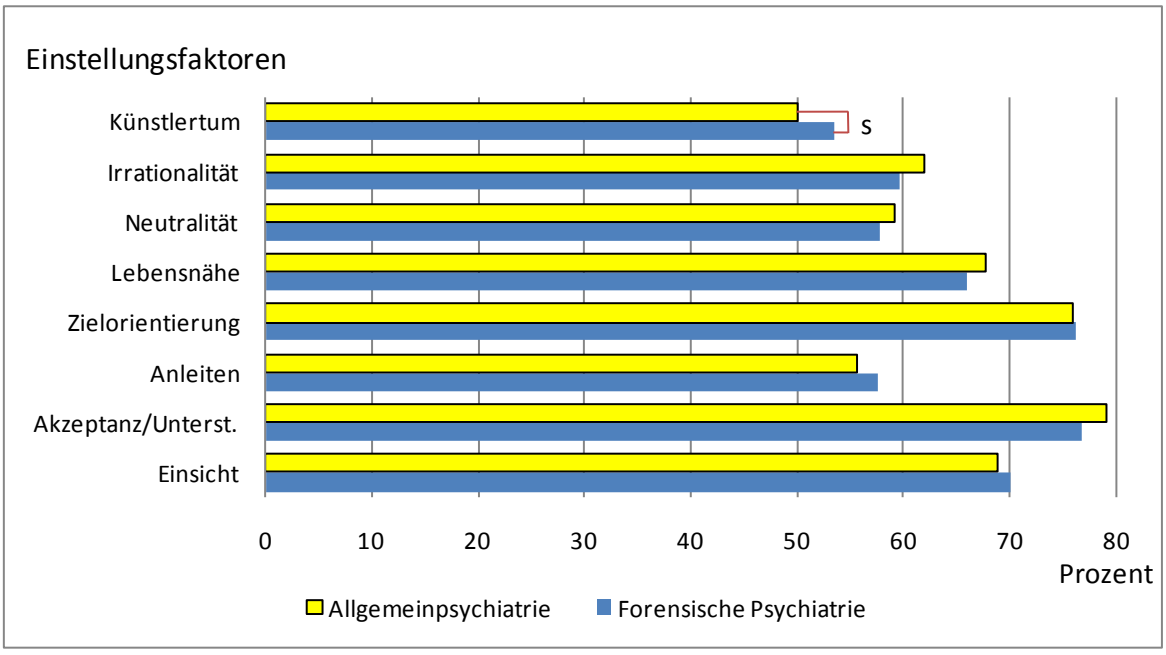


Abbildung 43: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in den Kliniken für Allgemeinpsychiatrie und Forensische Psychiatrie (Buchstabe „s“: kennzeichnet signifikante Unterschiede)

Die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes der Forensischen Psychiatrie meinten signifikant deutlicher, dass zur Beherrschung der Kommunikation ein durchdachtes Herangehen erforderlich ist (Künstlertum). Dieser Unterschied deutet auf eine klarere Strukturierung des therapeutischen Ansatzes hin. Er kann sich auch auf das differenzierte System der Lockerung und insofern eher auf organisatorische Rahmenbedingungen als auf die Therapie im engeren Sinn beziehen.
Im sonstigen Herangehen an die Therapie besteht grundsätzlich Übereinstimmung (keine signifikanten Unterschiede).

Damit ist die Hypothese, dass sich Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie zur Therapie nicht wesentlich unterscheiden, anzunehmen.

Interessant ist auch der Vergleich der Kliniken für Forensische Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern mit der Klinik für Forensische Psychiatrie aus einem westlichen Bundesland. Die Mitarbeiter/innen der Pflege unterschieden sich in vier Befragungsfaktoren und die des therapeutischen Dienstes nur in einem Befragungsfaktor in der Einstellung zur Therapie. Von daher sind die Unterschiede zwischen den Kliniken im Ländervergleich nicht größer als die Unterschiede zwischen den Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern. Damit ist davon auszugehen, dass die Einstellungen zur Therapie in den östlichen und westlichen Bundesländern ähnlich sind.

6.2 Interpretation

Das wichtigste Ergebnis dieser Studie besteht darin, dass die Auswahl der Klinik einen größeren Einfluss drauf besitzt, in welchem Umfang Lockerungen genehmigt werden, als die Patientenmerkmale. Diese Feststellung unterstützt die subjektiven Eindrücke von Patienten, die sich in einer Vielzahl von Beschwerden ausdrückt, dass keine Gleichbehandlung stattfindet, und stellt ein erhebliches ethisches Problem dar.

Die im Belmont Report (National Commission, 1978) formulierten Prinzipien dominieren noch immer den Diskurs über die Forschung am Menschen (Heinrichs, 2006, S. 55-58). Ein Teil des Prinzips, das den Respekt vor Personen („Respect for Persons“) betrifft, besteht darin, dass die Menschen, die keine autonomen Entscheidungen treffen können, besonderen Schutz verdienen. Zudem sind Menschen vor Schaden zu schützen und ihr Wohlbefinden ist zu sichern (Prinzip: „Beneficence“). Nach dem Prinzip der Gerechtigkeit („Justice“) ist es u. a. geboten, gleiche Fälle gleich zu behandeln. Beauchamp und Childress (1977; 1994) nahmen zentrale Element dieser Prinzipien auf und entwickelten sie mit Blick auf eine praktikablere Umsetzung in konkreten Situationen weiter. Als ein viertes Prinzip wurde das Prinzip der Schadensvermeidung („normaleficence“) eingeführt und damit der Schutzaspekt der Betroffenen noch weiter verstärkt.

Nach diesen ethischen Prinzipien ist eine Ungleichbehandlung der Patienten im Maßregelvollzug nicht vertretbar.

Die Tatsache, dass sich die Lockerungspraxis zwischen Kliniken unterscheidet, trifft für sich allein noch keine Aussage darüber, welche Lockerungspraxis als besser im Sinne der gesetzlichen Voraussetzungen zu beurteilen ist. Bei einer solchen Beurteilung ist nicht nur die Lockerungshäufigkeit, sondern auch der Grad der Gefährdung der öffentlichen Sicherheit zu berücksichtigen. Wenn jedoch die Lockerungshäufigkeit in einer Klinik mit einer vergleichbaren Klientel höher ist als in anderen Kliniken und gleichzeitig keine wesentlichen Unterschiede in der Zahl sicherheitsrelevanter Vorkommnisse zu verzeichnen ist, muss die Lockerungspraxis dieser Klinik als angemessener als die der anderen Kliniken bewertet werden. Von daher stimmt die Lockerungspraxis der Klinik für Forensische Psychiatrie in Stralsund eher mit dem gesetzlichen Auftrag des Maßregelvollzugs überein als die der Ueckermünder Klinik. Aufgrund der anderen Zusammensetzung der Klientel der Rostocker Klinik, kann in diesem Zusammenhang kein Vergleich zwischen der Rostocker Klinik und den anderen Kliniken gezogen werden.

Da nicht nur die Zahl der Lockerungen in der Stralsunder Klinik höher, sondern auch die Verweildauer niedriger als in der Ueckermünder Klinik ist, muss davon ausgegangen werden, dass sich in der Ueckermünder Klinik mehr Patienten befinden, für die eine falsch positive Prognose (s. Kapitel 2.2) besteht. Damit ist keine Aussage dazu getroffen, inwieweit sich auch in der Stralsunder Klinik falsch positive bewertete Patienten befinden.

In der Literatur wird immer wieder das Problem der „Falsch Positiven“ diskutiert (Monohan & Cummings, 1974; Steadman & Cocozza, 1974; Thornberry & Jacoby, 1979; Kielisch, 2003; Steller, 2005; Dahle K., 2005b), weil es sich bei ihnen um eine Gruppe handelt, die aus methodischen Gründen schwer nachzuweisen ist. Bei den „Falsch Positiven“ handelt es sich um Patienten, die weiterhin für gefährlich gehalten werden (für sie wird ein Rückfall prognostiziert), obwohl sie es nicht sind. D. h. im Falle der Entlassung oder Lockerung würden sie keine neue Straftat begehen.

Rusche (2003) zeigte, dass ein verstärkter Fokus auf gesicherte kriminogene Aspekte die Anzahl der falsch negativen Prognosen (ein als ungefährlich eingeschätzter Patient begeht wieder eine Straftat) reduziert, aber nicht die falsch-positiven Prognosen verhindert. Da der Schwerpunkt der gegenwärtigen Weiterentwicklung von Prognosemethoden in den kriminogenen Aspekten liegt, kann sie keinen Beitrag zum Problem der „Falsch Positiven“ leisten. Zudem sind die Prognosemethoden im Wesentlichen auf die Entlassung und nicht auf die Lockerung ausgerichtet. Zur Standardisierung und zur Qualitätssicherung von Lockerungsprognosen liegen nur wenige empirische Daten vor (Quinsey, 2002).

Der Einfluss der Institution auf Gefährlichkeitsprognosen wurde bereits in früheren Untersuchungen erörtert. Euker (1998) führte diesen Einfluss auf implizite Gefährlichkeitstheorien und die jeweiligen Arbeitsbedingungen der prognostizierenden Institution zurück. In Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen, unter denen ein prognostisches Urteil getroffen wird, werden vergleichbare Daten, die über zu Begutachtende vorliegen, unterschiedlich ausgewertet und interpretiert. Eine inhaltsanalytischen Untersuchung von Einzelfällen von Pirschke (1998b) wies insbesondere auf Probleme in der Differenziertheit in der prognostischen Betrachtungen des ersten schweren Delikts, in der Einschätzung einer Störung als entwicklungsbedingte Phase und in der Bewertung der soziale Anpassung als ausschlaggebendes prognostisches Kriterium hin.

Die vorliegende Studie war darauf ausgerichtet, weitere Einflussfaktoren für unterschiedliche Lockerungsbewertungen bzw. –entscheidungen zu belegen, die dazu dienen können, Wirkfaktoren in den Institutionen zu differenzieren. Das ist nur teilweise gelungen.

Es konnte belegt werden, dass die Art der Berufsausbildung einen wesentlichen Einfluss auf die Bewertung von Lockerungsanträgen besitzt. Diese Feststellung entspricht den Theorien zur Bildung von Prognosen (Klassa, 1993; Dahle, 1997; Dahle, 2005b; Volbert, 2005) und von Entscheidungen (Warr & Knapper, 1968; Kahnemann & Tverski, 1973; Rumelhart, 1980; Graumann & Sommer, 1983; Fiske & Taylor, 1991; Bless & Schwarz, 2002; Strack & Deutsch, 2002; Güttler, 2003). In

diesen Theorien spielen der Wissensstand und die Verfügbarkeit des Wissens eine maßgebliche Rolle für die Art der Entscheidung bzw. der Prognose.

Um den Einfluss von therapeutischen Einstellungen auf Lockerungsentscheidungen nachweisen zu können, hätten mehr Daten vorliegen müssen, die einen direkten Bezug der Bewertung von Lockerungsanträgen zu der Befragung zu Einstellungsaspekten ermöglichen. Bei der Befragung im Rahmen dieser Studie war die Zahl der Mitarbeiter/innen, die nicht bereit waren, den Befragungsbogen mit dem gleichen Pseudonym zu versehen, das sie auch bei der Bewertung von Lockerungsanträgen verwenden, zu gering. Diese Haltung der Mitarbeiter/innen könnte darauf zurückzuführen sein, dass der Untersucher, der die Befragung initiierte und auswertete, auch die Fachaufsicht über den Maßregelvollzug in Mecklenburg-Vorpommern ausübt. Die Mitarbeiter/innen befürchteten aufgrund dieser Konstellation möglicherweise identifiziert zu werden und Nachteile erfahren zu müssen. Als die Mitarbeiter/innen der Kliniken gebeten wurden, den Fragebogen auszufüllen, entstand zunächst eine kontroverse Diskussion. Diese Diskussionen führte zwar zu einem hohen Anteil von Mitarbeiter/innen, die bereit waren, die Fragen zu beantworten, aber nicht zu einer ausreichenden Zahl von Antworten, die mit den Lockerungsdaten in einen unmittelbaren Zusammenhang gebracht werden konnten.

Durch eine Studie von einem externen unabhängigen Untersucher könnte sich erweisen, ob die Annahme richtig ist, dass die Personalunion zwischen Untersucher und Fachaufsicht kein klares Ergebnis ermöglichte. Es kann jedoch auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Mitarbeiter/innen des Maßregelvollzugs aufgrund der Rahmenbedingungen grundsätzlich nicht bereit sind, sich in derartigen Zusammenhängen zu offenbaren. Zudem besteht die Frage, ob ein externer Untersucher Zugang zu diesen Daten bekommen kann, da es sich beim Maßregelvollzug um einen auch aus datenschutzrechtlicher Sicht hochsensiblen Bereich handelt.

Die Hypothese, dass therapeutische Einstellungen Einfluss auf Lockerungsentscheidungen besitzen, kann damit nicht beantwortet werden. Gleichwohl ermöglichen die Ergebnisse einige interessante Feststellungen.

So zeigen die vorliegenden Daten, dass deutliche Unterschiede zwischen den therapeutischen Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes bestehen. Die Unterschiede in den Einstellungen entsprechen den Unterschieden in den Ausbildungs- und Tätigkeitsfeldern der Berufsgruppen. Welche Einstellung und welches darauf beruhende Vorgehen sinnvoll ist, muss patienten- und situationsabhängig entschieden werden. Die unterschiedlichen Haltungen können sich bei einer guten Teamarbeit sinnvoll ergänzen. Bei einer schlechten Teamarbeit können die unterschiedlichen Haltungen aber auch gegeneinander wirken und damit zu erheblichen Nachteilen im therapeutischen Prozess führen.

Die Länge der Berufserfahrung der Mitarbeiter/innen erwies sich nicht als ein modifizierendes Element von therapeutischen Einstellungen. Für dieses Ergebnis können mehrere Ursachen in Betracht gezogen werden:

- In den letzten Jahren findet der therapeutische Aspekt in der Aus- und Weiterbildung eine größere Beachtung, wodurch Mitarbeiter/innen mit wenig Berufserfahrung früh zu einer therapeutischen Haltung kommen, die sich die Mitarbeiterinnen, die schon länger im Beruf sind, erst im Laufe der Jahre erarbeiten mussten.
- Eine intensive Teamarbeit führt zu einer Angleichung von therapeutischen Einstellungen, die die Länge der Berufserfahrung relativiert.

Auch zwischen den therapeutischen Einstellungen der Mitarbeiter/innen der Allgemeinpsychiatrie und der Forensischen Psychiatrie ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede. Damit ist festzustellen, dass mit der Angleichung der Rahmenbedingungen (personelle Ausstattung, räumliche Bedingungen) auch eine Annäherung des therapeutischen Settings erfolgte. Der Sicherungsgedanke bewirkt offensichtlich nicht, dass eine grundsätzlich andere Haltung zur Therapie eingenommen wird. Diese Feststellung ist als weiterer Beleg dafür zu werten, dass

- Freiwilligkeit und Eigenmotivation nicht als unabdingbare Erfolgsvoraussetzungen für Therapie zu werten sind (Leygraf, 2006) bzw.
- Auflagen zur Psychotherapie nicht nur zur Erfüllung der Auflagen führen (Pfäfflin et al 1998).

Eine therapeutische Haltung ist zwar nicht mit therapeutischem Erfolg gleichzusetzen. Es ist aber davon auszugehen, dass therapeutische Haltungen nicht unbe-

eindruckt davon bleiben, ob Therapieerfolge erzielt werden. Wenn sich in der Praxis des Maßregelvollzugs nur wenige therapeutische Erfolge einstellen würden, müsste sich das in der therapeutischen Haltung zeigen und zu Unterschieden zur Allgemeinpsychiatrie führen. In jedem Fall belegt dieses Studienergebnis, dass die noch 1988 dargestellte „therapiefeindliche Einstellung vieler Mitarbeiter/innen des Maßregelvollzugs“ (Leygraf, 1988, S. 183) nicht mehr besteht.

Die Hypothese, dass die Nähe zum Patienten die eingeschätzte Höhe des Risikos von Lockerungen beeinflusst, konnte weder bestätigt noch widerlegt werden, da das Bewusstsein der Verantwortung für die Entscheidung diesen Einfluss so überlagert, dass keine Aussage dazu möglich ist. In Ergänzung zu den Faktoren, die aufgrund der Art der institutionellen Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Lockerungsentscheidung bzw. -bewertung besitzen, muss das Profil der Bewertungshöhe der hierarchischen Ebenen in den Kliniken diskutiert werden:

- In der Rostocker Klinik zeigt sich eindeutig, dass der Grad der Ablehnung einer Lockerung mit der hierarchischen Ebene steigt.
- In der Stralsunder Klinik besteht auf den unteren hierarchischen Ebenen (Antrags-, Wohngruppen-, Kontrollebene) ein höherer Grad der Ablehnungen als auf den höheren Ebenen (Lockerungskonferenz, Entscheidungsebene).
- In der Ueckermünder Klinik ist der Grad der Ablehnung auf den unteren hierarchischen Ebenen (Antrags-und Wohngruppenebene) gering (nach den nicht umgerechneten Werten auch signifikant geringer als in der Stralsunder Klinik), während der Grad der Ablehnung in den höheren Ebenen erheblich steigt und die Kontrolleebene dabei besonders herausragt.

Damit wird deutlich, dass sich die Last der Verantwortung nicht einfach auf die Stellung im hierarchischen System zurückführen lässt. Vielmehr besteht der Eindruck, dass sich die Systeme danach ausbalancieren, wie die Verantwortung auf den höheren Ebenen wahrgenommen wird. Ein Modell wie das der Rostocker Klinik zeigt, dass die Mitarbeiter/innen auf den unteren Ebenen großzügiger bewerten können, weil sie sicher sein dürfen, dass ihre Aussage auf der nächsthöheren Ebene streng überprüft wird. Davon können die Mitarbeiter/innen in der Stralsunder Klinik nicht ausgehen. Für sie besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass ihren Vorschlägen gefolgt wird. Dementsprechend fallen ihre Voten vorsichtiger

aus. Ein Modell wie das der Ueckermünder Klinik wirkt zwar zunächst ähnlich wie das der Rostocker Klinik, unterscheidet sich aber darin, dass sich die Kontrollebene als eine Art "Prellbock" darstellt. Sie ragt in dem Grad der Ablehnung von Lockerungen deutlich über alle anderen Ebenen hinaus und auf Entscheidungsebenen kann daraufhin vergleichsweise großzügiger verfahren werden.

Die Gültigkeit dieser Analyse wird nicht dadurch geschmälert, dass auf der Antrags- und Wohngruppenebene in der Rostocker Klinik ein zum Teil höherer Grad der Ablehnung von Anträgen zu verzeichnen war als in den anderen beiden Kliniken, weil davon auszugehen ist, dass sich diese Unterschiede aus der Verschiedenheit der Patientenklientel und der Behandlungsbedingungen (insbesondere wesentlich geringere Verweildauern in der Kliniken) ergeben.

Aus der Gesamtbetrachtung dieser Analysen gehen zwei Modelle hervor:

- In der Klinik bestehen Bewertungsebenen, auf deren strenge Prüfung sich Mitarbeiter/innen der anderen Bewertungsebenen verlassen und dementsprechend großzügiger verfahren.
- Jede Ebene der Klinik nimmt ihre Verantwortung in vollem Umfang wahr, weil die Mitarbeiter/innen nicht sicher sein können, dass eine großzügige Bewertung in einer anderen Ebene kompensiert wird.

Das letztgenannte Modell entspricht dem der Stralsunder Klinik. Die Ergebnisse zeigen somit, dass die Mitarbeiter/innen der Kliniken zur Optimierung der Entscheidungsfindung als Team, in dem alle Mitarbeiterinnen ihre Verantwortung wahrnehmen, zusammenwirken müssen. Diese Voraussetzung ermöglicht ein Maximum an zusammengeführter Information, die verantwortungsvoll so bewertet wird, dass eine größere Annäherung an den gesetzlich geforderten größtmöglichen Freiheitsgrad für die Patienten bei größtmöglicher Sicherheit erfolgt.

Aus therapeutischer Sicht kann das Modell einer vergleichbaren Verantwortungsübernahme aller Mitarbeiter/innen der Klinik auch als Nachteil angeführt werden, da eher Barrieren im therapeutischen Prozess entstehen können. In dieser Situation lastet der Patient dem Therapeuten oder Bezugspfleger die Ablehnung seiner Lockerung eher an. Andererseits ist auch die Sichtweise möglich, dass gerade

dadurch eine transparente Therapie gestaltet wird, die den Aspekt der Kriminalprognose einbezieht.

Letztlich bleibt auch offen, ob bei dem präferierten Modell der Verantwortungsverteilung tatsächlich das Optimum im Sinne des gesetzlichen Auftrags erreicht wird, da die Grundlage in einem Vergleich zwischen wenigen Kliniken besteht und das tatsächliche Optimum nicht mit einer Zahl erfasst werden kann. Hier ist auf die Darstellung des Problems der Sicherstellung der Qualität von Prognosen und insbesondere der Vermeidung von "Falsch Positiven" im Kapitel 2.2 zu verweisen.

Vor dem Hintergrund der Situation des Maßregelvollzugs in der Gesellschaft muss ausgeschlossen werden, dass optimale Entscheidungen möglich sind. Für die Entscheidungen im Maßregelvollzug gelten die gleichen Grundregeln wie bei allen Entscheidungen. Nach dem SEU-Modell wählt ein Entscheider diejenige Option, die den höchsten subjektiv erwarteten Nutzen hat (Edwards, 1954; Krampen, 2000). Dem Entscheider entsteht im Maßregelvollzug ein großer Schaden, wenn er „Falsch Negative“ befürwortet, während ihm vergleichsweise nur geringfügige Nachteile daraus erwachsen, wenn er einen „Falsch Positiven“ in der Klinik belässt. Unter dieser Voraussetzung sind tendenzielle Entscheidungen vorgegeben. Diese Betrachtung wird durch das Entscheidungsmuster des Reflexionseffektes der Prospect-Theorie (Kahneman & Tverski, 1979; Tverski & Kahneman, 1992; Schmook et al, 2002) nicht relativiert. Nach diesem Entscheidungsmuster wird in positiven Entscheidungssituationen (in Aussicht stehende Gewinne) die sichere Alternative und in negativen Entscheidungssituationen (drohende Verluste) die riskantere Alternative bevorzugt. Kühlberger et al (1999) kamen aber im Rahmen einer Metaanalyse von Studien zu dem Schluss, dass ein sicherer Verlust nicht tragbar zu sein erscheint, wenn das zur Entscheidung stehende Gut sehr wichtig ist und bei Entscheidungen im Maßregelvollzug geht es stets um hochwertige Rechtsgüter (häufig um das Leben).
Zusammenfassend ist festzustellen, dass nicht nur ein Problem in der Art der Ermittlung des Risikos von Lockerungen besteht, sondern auch in der Bewertung des ermittelten Risikos.

Um die Art der Ermittlung des Risikos von Lockerungen zu optimieren, müssen Prognoseverfahren entwickelt bzw. auf der Grundlage der bestehenden Verfahren weiterentwickelt werden, die gezielt auf diese Problemstellung anzuwenden sind.

Daneben besteht die Frage, welcher Maßstab anzulegen ist, um zu dem Schluss zu kommen, dass das Restrisiko tolerabel ist. Da in jedem Fall ein Restrisiko bleibt, kommt seiner Bewertung eine besondere Bedeutung zu. Bei den Faktoren, die die Qualität einer Prognose bestimmen (Dahle, 1997, S. 121), ist diese Frage nicht berücksichtigt. Das ist möglicherweise deshalb der Fall, weil davon ausgegangen wird, dass die Aufgabe des Prognostikers darin besteht, das Risiko zu beschreiben, während andere entscheiden. Mit der Art der Beschreibung trifft der Prognostiker aber in jedem Fall eine Vorentscheidung. Das gilt für die prognostischen Aussagen im Rahmen der Vorbereitung von Lockerungen in Kliniken noch mehr als für Gutachten externer Gutachter, weil in den Kliniken Prognose und Entscheidung in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen.

Um eine Optimierung der Lockerungsentscheidungen zu erreichen und eine Ungleichbehandlung der Patienten verschiedener Kliniken zu vermeiden, könnte man die Entscheidung nicht durch die Klinikleitung, sondern von einer zentralen Stelle außerhalb der Klinik treffen lassen. Damit wären die Klinikmitarbeiter/innen von der Entscheidung entlastet.

Ein solches Modell besteht in der Schweiz mit der Fachkommission des Strafvollzugskonkordats, durch die eine durchschnittliche Richtigkeit der Prognosen von etwa 90 Prozent erreichbar wäre (Dittmann, 1998; Dittmann, 2000a). Die Optimierung des Verfahrens durch eine solche Kommission wird bei der Betrachtung der falsch negativen Prognosen richtig sein. Ob eine solche Kommission aber in der Lage ist, die falsch positiven Prognosen zu verhindern, ist fraglich. Letztlich stehen die Mitglieder einer solchen Kommission vor dem gleichen Problem wie ein Entscheider in der Klinik. Es ist sogar davon auszugehen, dass sich das dargestellte Problem noch verstärkt, weil kein unmittelbarer Bezug zum Patienten sowie zur geleisteten Arbeit mit dem Patienten vorhanden ist und von daher die Verhinderung einer möglichen falsch negativen Prognose noch stärker im Vordergrund steht. Zudem ist zu befürchten, dass bei einer Entlastung der Klinikmitarbei-

ter/innen von der Entscheidung die Motivation zielgerichtet Informationen für die Kriminalprognose zu erfassen, die über ein vorgeschriebenes Maß hinausgehen, sinkt.

Müller et al (2006) schlagen häufigere externe Gutachten vor, um die Zahl der „Falsch-Positiven“ in den Kliniken zu verringern. Für diesen Vorschlag spricht die Unabhängigkeit vom therapeutischen Prozess und von der Institution. Die Autoren weisen aber auch auf das Problem hin, dass restriktive Gutachten Externer zur Kulmination prognostisch ungünstiger Aussagen beitragen und damit schon zum Teil vorhandene Effekte gleich lautender jährlicher Stellungnahmen der Kliniken verstärken. Zudem könnte das Problem der Lockerungsentscheidungen in Anbetracht ihrer Vielzahl ohnehin nicht durch Externe gelöst werden. Auch die Gleichbehandlung der Patienten wäre darüber nicht sicherzustellen, da sich die externen Gutachter nicht intensiver über Maßstäbe der Bewertung von Restrisiken abstimmen als Gutachter, die in Kliniken für Forensische Psychiatrie tätig sind.

Ein anderes Modell zur Optimierung von Lockerungsentscheidungen könnte darin bestehen, dass die Klinikmitarbeiter/innen in ihrer Kompetenz gestärkt werden und mehr Rückhalt für ihre Entscheidungen bekommen. Hierfür kommen zwei Ansätze in Betracht.

Ein Ansatz besteht darin, dass die Leitungen der Kliniken für Forensische Psychiatrie Mecklenburg-Vorpommerns unter Moderation eines zumindest sachverständigen Externen regelmäßig Lockerungsentscheidungen vorstellen und diskutieren. Die Lockerungsentscheidungen, die zu diskutieren sind, werden von dem Externen ausgewählt. Durch die kontinuierliche Diskussion ist ein Transfer der Kompetenzen, die in den Kliniken vorhanden sind, gewährleistet und es ist zu erwarten, dass sich die Haltungen zu Restrisiken angleichen. Zudem könnten Fälle diskutiert werden, die besonders schwierig erscheinen. Die betreffende Klinikleitung hätte dann eine zusätzliche Sicherheit durch die Diskussion in der Expertenrunde. Die Klinikleitungen müssen die Erkenntnisse der Diskussionen in die Kliniken hineintragen.

Ein weiterer Ansatz könnte darin bestehen, dass externe Experten alle Kliniken des Landes über einen längeren Zeitraum kontinuierlich beraten. Dadurch wird zusätzliche Kompetenz in die Kliniken hineintragen und es wird auf einen ähnlichen Maßstab der Bewertung der Restrisiken von Lockerungen in allen Kliniken hingewirkt. Ein solches Projekt ist für die Kliniken des Landes Brandenburg geplant. Zu diesem Zweck soll eine Kooperation mit dem Institut für Forensische Psychiatrie der Charité – Universitätsmedizin Berlin erfolgen.

In jedem Fall müssen alle Mitarbeiter/innen der Kliniken, die patientenbezogen arbeiten, von einem solchen Projekt profitieren. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass eine erfolgreiche therapeutische Arbeit und eine optimierte Bewertung der Lockerungsanträge wesentlich von der Art des Zusammenwirkens der Klinikmitarbeiter/innen im Team abhängen. Das gilt nicht nur für die Forensische Psychiatrie, für sie aber in einem besonderen Maße.

7 Zusammenfassung

Der Maßregelvollzug muss eine besonders sensible und zum Teil widersprüchliche Aufgabe bewältigen. Neben dem Schutz der Bevölkerung ist das Recht des Maßregelvollzugspatienten auf angemessene Verringerungen der Freiheitseinschränkungen (Lockerungen) oder ggf. Entlassung zu berücksichtigen. Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung dieser Thematik spiegelt sich in der Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten nicht wieder. Das gilt insbesondere für den internen Prozess der Vorbereitung von Lockerungsentscheidungen in Kliniken für Forensische Psychiatrie.

In der vorliegenden Arbeit werden die Rahmenbedingungen erörtert, unter denen Lockerungsentscheidungen vorbereitet und getroffen werden. Im Weiteren erfolgt ein Überblick über die Literatur zur Qualität von Kriminalprognosen. Abschließend werden Ansätze der Entscheidungstheorie diskutiert, die intrapsychische Prozesse von Lockerungsbewertungen bzw. –entscheidungen beschreiben.

Im Rahmen einer Untersuchung von 1467 Lockerungsantragsbewertungen (von 358 Patienten) durch die Mitarbeiter/innen der drei Kliniken für Forensische Psychiatrie im Land Mecklenburg-Vorpommern war festzustellen, dass der institutionelle Rahmen, in dem eine Lockerungsentscheidung getroffen wird, größere Auswirkungen auf die Entscheidung besitzt als die erhobenen Patientenmerkmale (Art des Delikts und der Diagnose sowie Alter). Damit ist eine Ungleichbehandlung von Patienten verbunden, die ethisch problematisch ist. Daneben zeigte sich, dass der Einfluss der Nähe von Mitarbeiter/innen zu den Patienten auf die eingeschätzte Höhe des Risikos von Lockerungen nicht festgestellt werden kann, weil dieser Einfluss durch das Bewusstsein der Verantwortung für die Entscheidung überlagert wird. Die Bewertungshöhen der Lockerungsrisiken auf den hierarchischen Ebenen im Vergleich der Kliniken belegen, dass die Wahrnehmung dieser Verantwortung an unterschiedlichen Stellen verortet sein kann. Die Klinik, in der jede hierarchische Ebene ihre Verantwortung in vollem Umfang wahrnimmt und insofern keine Tendenz besteht, sich auf eine kompensierende Haltung auf einer anderer Ebene zu verlassen, kam der Erfüllung des Auftrages des Maßregelvollzuges am nächsten.

Um Lockerungsentscheidungen zu optimieren, bedarf es nicht nur der Weiterentwicklung von Prognoseinstrumenten, sondern auch einer Stärkung der Kompetenz und des Rückhalts der Klinikmitarbeiter/innen für ihre Entscheidungen sowie einer Verständigung auf vergleichbare Bewertungsmaßstäbe von ähnlichen Risiken.

Die vorliegenden Daten weisen auch darauf hin, dass die Mitarbeiter/innen der Pflege Lockerungsrisiken höher bewerten als die Therapeut/innen. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigten sich zudem in der Befragung zur Einstellung zur Therapie. Während bei den Therapeut/innen die Einstellung dominiert, dass mit komplexen Methoden an der Einsicht des Patienten gearbeitet werden muss, herrscht bei den Mitarbeiter/innen der Pflege die Einstellung vor, dass dem Patienten geholfen werden kann, wenn er direktiv angeleitet wird.

Inwieweit sich die unterschiedlichen Haltungen der Berufsgruppen patienten- und situationsbezogen im Sinne einer erfolgreichen therapeutischen Arbeit und einer optimierten Bewertung der Lockerungsanträge ergänzen, hängt wesentlich von der Art des Zusammenwirken der Klinikmitarbeiter/innen im Team ab.

An der Befragung zur Einstellung zur Therapie nahmen 260 Mitarbeiter/innen aus vier Kliniken für Forensische Psychiatrie und drei Kliniken für Allgemeinpsychiatrie teil. Eine verlässliche Auswertung des Zusammenhangs zwischen Einstellungsaspekten und Lockerungsbewertungen ließ sich nicht vornehmen, weil zu viele Mitarbeiter/innen Nachteile befürchteten, wenn sie die dazu erforderlichen Angaben machen. Die Länge der Berufserfahrung korrelierte nicht mit Einstellungsaspekten, was wahrscheinlich auf eine Intensivierung der therapeutischen Aus- und Weiterbildung in den letzten 10 Jahren und auf eine Optimierung der Teamarbeit zurückzuführen ist.

Interessant ist auch, dass keine wesentlichen Unterschiede in der Einstellung zur Therapie zwischen der Allgemeinpsychiatrie und der Forensischen Psychiatrie sowie zwischen der Klinik aus dem westlichen Bundesland und den Kliniken aus den östlichen Bundesländern festgestellt werden konnten.

Literaturverzeichnis

1. Abramowitz, C. V. & Dokecki, P. R. (1977). The politics of clinical judgement: Early empirical returns. Psychological Bulletin (84), S. 460-476.
2. AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2009). Kerndatensatz im Maßregelvollzug 2006 und 2007.
3. AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007). Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Gesundheitsministerkonferenz der Länder.
4. Ahrens, H.J. & Stäcker, K.H. (1975). Diagnostische Urteilsbildung und sprachliche Kommunikation. Zeitschrift für Sozialpsychologie. (6), S. 129-149.
5. Andrwes, D. & Bonta, J. (1998). The psychology of criminal conduct. Cinncinnati: Anderson.
6. Baldwin, B.A., Floyd, H.H. & McSeveney, D.R. (1975). Status inconsistency and psychiatric diagnosis: A structural approach to labeling theorie. Journal of Health and Social Behavior. (16), S. 257-267.
7. Balzer, H. G., Schümer-Kohrs, A. & Schümer, R. (1974). Kontexteffekte bei Eindrucksbildung. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie (21), S. 25-38.
8. Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
9. Bargh, J. A., Chen, M. & Burrows, L. (1996). Automaticity of social behaviour. Direct effects of treat construct and stereotype activation on action. Journal of Personality and Social Psychology (43), S. 437-449.
10. Barton, S. (1983). Der psychowissenschaftliche Sachverständige im Strafverfahren. Heidelberg: Kriminalistik.
11. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). Priciples of Biomedical Ethics. Oxfort: Oxfort University Press.
12. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1977). Principles of Biomedical Ethics. New York: University Press.
13. Beckmann, D. & Richter, H.E. (1968). Selbstkontrolle einer klinischen Psychoanalytiker-Gruppe durch ein Forschungsprogramm. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie (18), S. 201-208.
14. Beckmann, D. (1974). Der Analytiker und sein Patient. Bern: Huber.
15. Beckmann, D. (1978). Übertragungsforschung. In L. J. Pongratz (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Band 8, Klinische Psychologie, 2. Halbband. (S. 1242-1256). Göttingen: Hogrefe.
16. Beigel, A., Berrn, M. & Harding, T. (1984). The paradoxical impact of the cmmitment statute on prediction of dangerousness. AnJ Psychiatry (141), S. 373-377.
17. Bell, D.E. (1985). Disappointment in decision making under uncertainty. Operations Research (30), S. 961-981.
18. Berg, C. (2001). Tötungsdelikte nach günstiger kriminalprognose? Eine retrospektive Untersuchung nach Rückfalldelikten gemäß §§ 211 und 212 StGB, ausgehend von Sektionsprotokollen der Jahre 1982-1984. Dissertation: Westfählische Wilhelms-Universität Münster.
19. Berner, W. & Karlick-Bolten, E. (1986). Verlaufsformen der Sexualkriminalität. Stuttgart: Enke.
20. Bischof, H.L. (2000). Deliktrückfälligkeit von extern psychiatrisch Begutachteten im Vergleich zwischen Untergebrachten im Maßregelvollzug (§§

63,64) und "Lebenslänglichen". Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (83), S. 346-362.
21. Bischoff-Mews, A. (1998). Perspektiven des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB. Katamnestische Untersuchungen an alkoholkranken Straftätern im Maßregelvollzug. Dissertation: Universität Erlangen-Nürnberg.
22. Blau, G. (1984). Schuld und Gefährlichkeit des psychisch abnormen Täters. Strafrechtsgeschichtliche, kriminologische und rechtsvergleichende Aspekte. In H. Kammeier & G. Blau (Hrsg.), Straftäter in der Psychiatrie. Situation und Tendenzen des Maßregelvollzuges (S. 1-16). Stuttgart: Enke.
23. Bless, H. & Schwarz, N. (2002). Konzeptgesteuerte Informationsverarbeitung. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. Motivations-, Selbst-und Informationsverarbeitungs Theorien. Bd. 3. (S. 257-278). Bern: Huber.
24. Bohner, G., Moskovitz, G. & Chaiken, S. (1995). The interplay of heuristic and systematic processing of social information. In W. Stroebe & M. Hewstone (Hrsg.), European Review of Social Psychology (S. 519-540). Chichester: Wiley.
25. Bortz, J. (1984). Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin: Springer.
26. Bortz, J., Lienert, G. & Boehnke, K. (2000). Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Berlin: Springer.
27. Böttiger, A., Kury, H., Kunzig, F. & Mertenz, R. (1988). Kriterien der gutachterlichen Schuldfähigkeitsbeurteilung und ihr Einfluss auf die richterliche Entscheidung. In G. Kaiser, H. Kury & H. Albrecht, Kriminologische Forschung in den 80ger Jahren (S. 323-373). Freiburg: Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und inländisches Strafrecht.
28. Brehmer, B. (1976). Note on clinical judgement and the formal characteristics of clinical tasks. Psychological Bulletin (83), S. 778-782.
29. Brunswik, E. (1955). Representative design and probabilistic theory in a functional psychology. Psychological Review (62), S. 193-217.
30. Camerer, C. (1989). A experimental test of several generalized utility theories. Journal of Risk and Uncertainty (2), S. 61-104.
31. Chapman, L. J. & Chapman, J. P. (1971). Associatively based illosory correlations as a source of psychodiagnostic folklore. In L. D. Glodstein & R. I. Lanyon (Hrsg.), Readings in personality assessment. (S. 558-589). New York: Wiley.
32. Chen, S. & Chaiken, S. (1999). The heuristic-sytematic model in its broader Context. In S. Chaiken & Y. Trope (Hrsg.), Dual-process theories in social psychology. (S. 73-96). New York: Guilford.
33. Cohen, R. (1969). Systematische Tendenzen bei Persönlichkeitsbeurteilungen. Bern: Huber.
34. Cohen, R. & Schümer, R. (1972). Kontexteffekte bei der Eindrucksbildung. Zeitschrift für Sozialpsychologie (3), S. 313-328.
35. Constantin, S. (1976). An investigation of information favorability in the employment interview. Journal of Apolied Psychology (61), S. 743-749.
36. Cronbach, L.J. (1955). Processes affecting scores on "understanding of others" and "assumed similarity". Psychological Bulletin (52), S. 177-193.
37. Dahle, K.P. (1997). Psychologische Aspekte individueller Verhaltensvorhersagen. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), Psychologie im Strafverfahren. (S. 119-141). Bern: Huber.

38. Dahle, K.P. (2000). Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In H. L. Kröber & M. Steller (Hrsg.), Psychologische Begutachtung im Strafverfahren (S. 77-112). Darmstadt: Steinkopf.
39. Dahle, K.P. (2005a). Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In H.L. Kröber & M. Steller (Hrsg.), Psychologische Begutachtung im Strafverfahren. (S. 133-170). Darmstadt: Steinkopff.
40. Dahle, K.P. (2005b). Psychologische Kriminalprognose. Wege zu einer integrativen Methodik für die Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Strafgefangenen. Herberholzheim: Centaurus.
41. Dahle, K.P. & Kahnt, T. (2006). Die Berliner CRIME-Studie. Ausgewählte Ergebnisse aus dem Endbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DA 522/1-1, DA 522/1-2, DA 522/1-4). Abgerufen am 15. 08 2008 von Download unter: http://www.forensik-berlin.de/forschung/projektbericht.pdf
42. Dailey, C.A. (1960). The life history as a criterion of assessment. Journal of Counseling Psychology (7), S. 20-23.
43. Derogatis, L.R., Yevzeroff, H. & Wittelsberger, B. (1975). Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathological disorder. Journal of Counsulting and Clinical Psychology (43), S. 183-193.
44. Dessecker, A. (1995). Die Praxis der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Erste Ergebnisse aus der Aktenanalyse der KrimZ. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekt (S. 17-42). Wiebaden: Kriminologische Zentralstelle.
45. Dessecker, A. (2000). Die strafrechtliche Unterbringung von Alkoholtätern. In R. Egg & C. Geisler (Hrsg.), Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. Kriminologie und Praxis, Band 30. (S. 181-201). Wiesbaden: KrimZ.
46. di Cagno, D. & Hey, J. D. (1988). A direct test of the original version of regret theory. Journal of Behavioral Decision Making (1), S. 43-56.
47. Dieterich, R. (1973). Psychodiagnostik. München: Reinhardt.
48. Dimmek, B. & Dunker, H. (1996). Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzugs. Recht & Psychiatrie (14), S. 50-56.
49. Dittmann, V. (1998). Die schweizerische Fachkommission zur Beurteilung "gemeingefährlicher" Straftäter. In C. Webster, Dangerousness (S. 173-183). Mönchengladbach: Forum.
50. Dittmann, V. (2000a). Beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter. Rückfallrisikobeurteilungs nach Dittmann ("Dittmann Katalog"). Basel: Psychiatrische Universitätsklinik.
51. Dittmann, V. (2000b). Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In S. Bauhofer, P. Bolle & V. Dittmann (Hrsg.), Gemeingefährliche Straftäter (S. 67-82). Chur: Ruegger.
52. Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (1974). Social and cultural influences on psychopathalogy. Annual Review of Psychology (25), S. 417-452.
53. Eagly, A. & Chaiken, S. (1993). The psychology of attitudes. Forth Worth: Harcourt Brace Jovanovich College.
54. Edwards, W. (1954). The theory of decision making. Psychological Bulletin. (51), S. 380-417.
55. Egg, R. (14. 01 2005). Zur Rückfälligkeit bei Entlassung aus dem Straf- und Maßregelvollzug. Vortrag bei der Tagung „Therapie trotz Sicherung“ am Bezirksklinikum Regensburg .

56. Endres, J. (2000). Die Kriminalprognose im Strafvollzug: Grundlagen, Methoden und Probleme der Vorhersage von Straftaten. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (49), S. 67-83.
57. Endres, J. (2002). Zur Qualitätssicherung bei Prognosegutachten. In T. Fabian & S. Nowara (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Rechtshilfe Lublin (S. 301-320). Münster: Lit.
58. Euker, S. (1998). Prognosebildung im psychiatrischen Maßregelvollzug. In R. Müller-Isberner & S. Gonzales-Cabeza (Hrsg.), Forensische Psychiatrie. Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose (S. 149-162). Mönchengladbach: Forum.
59. Farber, I. E. (1975). Sane and insane. Journal of Abnormal Psychology (84), S. 589-620.
60. Feger, H. (1972). Skalierte Informationsmenge und Eindruckspotential. Bern: Huber.
61. Fegert, J., Häßler, F., Schnoor, E., König, E., Auer, U. & Schläke, D. (2003). Bestandsaufnahme und Qualitätssicherung der forensisch-psychiatrischen Gutachtertätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern bei Mord- und Brandstiftungsdelikten. Norderstedt: Books on Demand.
62. Fegert, J. & Schläfke, D. (2005). Kostensenkung im Maßregelvollzug durch adäquatere Diagnostik, Prognostikers und Rehabilitation von jugendlichen, heranwachsenden und jungen Erwachsenenstraftätern in Mecklenburg-Vorpommern. Unveröffentlichter Bericht.
63. Fegert, J., Schoor, E., König, C. & Schläfke, D. (2006). Eine empirische Untersuchung zur Schuldfähigkeit bei jugendlichen und heranwachsenden Beschuldigten in Mecklenburg-Vorpommern. Herberbolzheim: Centaurus.
64. Feltes, T. (2005). Prognose des verfestigten Hangs zu weiteren Straftaten als wesentlicher Bestandteil der Anordnung der Sicherungsverwahrung - Überlegungen zu (auch berufsspezifisch) eingeschränkten Sichtweisen in die Zukunft und ihren alltäglichen Auswirkungen. In R. Hitzler & M. Pfadenhauer (Hrsg.), Gegenwärtige Zukünfte. Interpretative Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Diagnose und Prognose (S. 144-168). Wiesbaden: VS Verlag.
65. Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1991). Social cognition. New York: Random House.
66. Freese, R., Born, P. & Müller-Isberner, R. (1995). Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug. Nervenarzt (66), S. 542-549.
67. Freie Universität Berlin. Abgerufen am 25. 07 2009 von http://userpage.fu-berlin.de/ahahn/diplom/kap1.htm
68. Freier, W. & Schmidt, H. D. (1972/73). Information und Entscheidung. Zeitschrift für Psychologie (180/181), S. 341-366.
69. Gerl, S. (2000). Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB – Voraussetzungen und Behandlungsverläufe unter besonderer Berücksichtigung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses nach §§ 64 Abs. 2, 67 d Abs. 5, 67 Abs. 4 StGB vom 16.03.1994. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München.
70. Gigerenzer, G. & Hoffrage, U. (1995). How to improve bayesianreasoning without instruction: Frequency formats. Psychological Review (102), S. 684-704.
71. Gigerenzer, G., Hoffrage, U. & Kleinbölting, H. (1991). Probalistic mental modells: A Brunswikian theory of confidence. Psychological Review (98), S. 506-528.

72. Graumann, C.F. & Sommer, M. (1983). Schema and inference: Mode in cognitive social psychology. In J. R. Royce & L. P. Mos (Hrsg.), Annals of theoretical psychology. vol. 1. (S. 31-76). New York: Plenum.
73. Gretenkord, L. (2003a). Gewalttaten nach Maßregelvollzug (§ 63 StGB). In M. Steller, K. Dahle & M. Basque (Hrsg.), Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. (S. 77-92). Pfaffenweiler: Centaurus.
74. Gretenkord, L. (2003b). Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
75. Groß, G. (2004). Deliktbezogene Rezidivraten von Straftätern im internationalen Vergleich. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München.
76. Güttler, P. (2003). Sozialpsychologie - Soziale Einstellungen, Vorurteile, Einstellungsänderungen. München: Oldenbourg Verlag.
77. Güttler, P. (2003). Sozialpsychologie. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
78. Hanson, R. & Harris, A. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. Criminal Justice and Behavior (27), S. 6-35.
79. Hanson, R. & Thornton, D. (1999). Static 99: Improving actuarial risk assessment for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. Law and Human Behavior (24), S. 119-136.
80. Hanson, R. & Thornton, D. (2003). Notes of die Development of Static 2002. Ottawa: Public Works and Goverment Services Canada.
81. Hare, R. (2003). Manual of for the Hare Psychopathy Checklist - Rivised . Toronto: MHS.
82. Harris, G., Rice, M. & Quinsey, V. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. Criminal Justice and Behavior, (20), S. 315-335.
83. Heckhausen, H. (1977). Motivation: Kognitionspsychologische Aufspaltung eines summarischen Konstrukts. Psychologische Rundschau (28), S. 175-189.
84. Heinrichs, B. (2006). Forschung am Menschen. Berlin: de Gruyter.
85. Heinz, G. (1982). Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer Gutachten. Heidelberg: Kriminalistik.
86. Heising, G. & Beckmann, D. (1971). Gegenübertragungsreaktionen bei Diagnose- und Indikationsstellung. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie (21), S. 2-8.
87. Herkner, W. (1975). Einführung in die Sozialpsychologie. Bern: Huber.
88. Hinz, S. (1987). Gefährlichkeitsprognosen bei Straftätern: Was zählt? Eine experimentelle Untersuchung zum Gebrauch der Eingangsinformation bei der Vorhersage eines sozial definierten Kriteriums durch klinische Urteiler. Frankfurt/Main: Lang.
89. Hoffmann, K., Mielke, R. & Dressing, H. (2006). Gutachterliche und therapeutische Probleme bei der Umsetzung des § 64 StGB. Psychiatrische Praxis (33), S. 398-400.
90. Huber, O. (2004). Entscheiden unter Risiko: Aktive Risiko-Entschärfung. Psychologische Rundschau (55), S. 127-134.
91. Jahnke, J. (1975). Interpersonelle Wahrnehmung. Stuttgart: Kohlhammer.
92. Jöckel, D. & Müller-Isberner, R. (1997). Einweisungsdelikte im psychiatrischen Maßregelvollzug. Nervenarzt (68), S. 390-394.
93. Jungermann, H., Pfister, H.R. & Fischer, K. (2005). Die Psychologie der Entscheidung. München: Spektrum Akademischer Verlag.

94. Jüttemann, G. & Thomae, H. (2001). Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
95. Kahneman, D. & Tverski, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. Econometrica (47), S. 263-291.
96. Kahnemann, D. & Tversky, A. (1972). Subjektive probality: A judgement of representativeness. Cognitive Psychology (3), S. 430-454.
97. Kahnemann, D. & Tverski, A. (1973). On the psychology of prediction. Psychological Review (80), S. 237-251.
98. Kahneman, D. & Twersky, A. (1996). On the reality of cognitive illusions. Psychological Review (103), S. 582-591.
99. Kameda, T. & Davis, J. H. (1990). The function of the reference point in individual and group decision making. Organizational Behavior and Human Decision Processes (46), S. 55-76.
100. Kammeier, H. (1995). Maßregelvollzugsrecht. Berlin: de Gruyter.
101. Kammergericht. (1999). Anforderungen an ein Gutachten, AZ. Ws 672-98. Neue Juristsiche Wochenzeitschrift (24), S. 1797.
102. Karraß, W. & Asam, U. (1976). "Repräsentativität" und klinische Urteilsbildung. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie (23), S. 240-252.
103. Kendell, R. E. (1975). The role of diagnosis in psychiatry. Oxfort: Blackwell.
104. Keren, G. & Wagenaar, W. A. (1987). Violation of utility theory in unique and repeated gambles. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition (13), S. 387-391.
105. Keupp, H. (1974). Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München: Urban & Schwarzenberg.
106. Kielisch, S. (2003). Katamneseuntersuchung der Treffsicherheit prognostischer Einschätzungen und der Validität von Prognosekriterien. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München.
107. Klassa, D. (1993). Eine vergleichende Analyse der Einflussfaktoren in Urteilsbildungsprozessen forensischer Sachverständiger. Dissertation: Universität Bielefeld.
108. Koch, G. (1988). Katamnesen bei suchtkranken Straftätern nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Dissertation: Medizinische Hochschule Hannover.
109. Korchin, S. (1976). Modern clinical Psychology. New York: Basic Books.
110. Kozielecki, J. (1972). A model for a diagnostic problem solving. Acta Psychologica (36), S. 370-380.
111. Krampen, G. (2000). Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
112. Kröber, H.L. (2006). Kriminalprognostische Begutachtung. In H.L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Sass, Handbuch der Forensischen Psychiatrie (S. 69-172). Dramstadt: Steinkopf.
113. Kühlberger, A., Schulte-Mecklenbeck & Perner, J. (1999). The effects of framing, reflection,probability, and payoff on risk preference in choice tasks. Organizational Behavior and Human Decision Processes (78), S. 204-231.
114. Lamnek, S. (1994). Neue Theorien abweichenden Verhaltens. München : Fink.
115. Lamnek, S. (1996). Theorien abweichenden Verhaltens. München : Fink.
116. Laux, L. (2003). Persönlichkeitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
117. Leichner, R. (1975). Zur Verarbeitung psychiatrischer Information I. Diagnostica (21), S. 147-166.

118. Leichner, R. (1976). Zur Verarbeitung psychiatrischer Informationen II. Diagnostica (22), S. 163-180.
119. Leichner, R. (1978). Klinische Urteilsbildung. In L. J. Pongratz (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Band 8, Klinische Psychologie, 2. Halbband. (S. 1499-1561). Göttingen, Hogrefe.
120. Lekschas, J. & Autorenkollektiv. (1988). Strafrecht in der DDR - ein Lehrbuch. Berlin: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.
121. Lewin, K. (1963). Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern: Huber.
122. Leygraf, N. (1988). Psychisch kranke Straftäter. Berlin: Springer.
123. Leygraf, N. & Nowara, S. (1992). Prognosegutachten. Klinisch-psychiatrische und psychologische Beurteilungsmöglichkeiten der Kriminalprognose. In C. Frank & G. Harrer (Hrsg.), Forensia Jahrbuch 3 (S. 43-53). Berlin: Springer.
124. Leygraf, N. (1999). Rehabilitative Maßnahmen: Grenzen und Chancen aus Sicht des Gutachters. In W. Weigand (Hrsg.), Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion. (S. 62-70). Münster: Votum.
125. Leygraf, N. (2004). Die Begutachtung der Gefährlichkeitsprognose. In K. Foerster, Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen (S. 437-450). München: Urban & Fischer.
126. Leygraf, N. (2006). Maßregelvollzug und Strafvollzug. In D. Dölling, N. Leygraf, H. Saß & H. L. Kröber (Hrsg.), Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S. 191-368). Darmstadt: Steinkopff.
127. Lilli, W. & Frey, D. (1993). Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), Theorie der Sozialtheorie. Bd. I. (S. 49-78). Bern: Huber.
128. Loomes, G. & Sudgen, R. (1986). Disappointment and dynamic consistency in choice under uncertainty. Review of Economic Studies. (53), S. 271-282.
129. Loomes, G. & Sudgen, R. (1987). Testing for regret and disappointment in choice under uncertainty. Economic Journal (97), S. 118-129.
130. Loomes, G. (1988). Further evidenz of the impact of regret and disappointment in choice under uncertainty. Econometrica (55), S. 271-281.
131. Lopes, L.L. (1987). Between hope and fear: The psychology of risk. Advances in Experimetal Social Psychology (20), S. 255-295.
132. Lopes, L.L. (1990). Re-modeling risk aversion: A comparison of Bernoullian and rank dependent value approaches. In G. M. von Fürstenberg (Hrsg.), Acting under uncertainty. (S. 267-299). Boston: Kluwer.
133. Lopes, L.L. (1995). Algebra and process in the modeling of risky choice. In J. Busemeyer, R. Hastie & D.L. Medin (Hrsg.), Decision making from a cognitive perspective. (S. 177-220). San Diego: Academic Press.
134. Mahler, J., Pokorny, D. & Pfäfflin, F. (2002). Wie groß ist die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit bei Entweichungen aus dem Maßregelvollzug? Recht & Psychiatrie (1), S. 3-11.
135. Markus, H. (1977). Self-Schemata and processing information about the self. Journal of Personality and Social Psychology (35), S. 63-78.
136. Markus, H., Hamill, R. & Sentis, K. P. (1987). Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight informa. (17), S. 50-71.
137. Martin, I., Harlow, T. & Strack, F. (1992). The role of bodily sensations in the evaluation of social events. Personality and Social Psychology Bulletin (18), S. 412-419.

138. Martin, I., Ward, D., Achee, J. & Wyer, R. (1993). Mood as input: People have to interpret the motivational implications of their moods. Journal of Personality and Social Psychology (64), S. 317-326.
139. Mehl, J. (1970). Über den gegenwärtigen Stand klinischer und statistischer Vorhersage. In H. D. Rösler, H. D. Schmidt & H. Szwewczyk (Hrsg.), Persönlichkeitsdiagnostik (S. 24-36). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
140. Menzies, R., Webster, C. & Sepejak, D. (1985). Hitting the forensic sound barrier: Predictions of dangerousness in a pre-trial psychiatric clinic. In C. Webster, M. Ben-Aron & S. Hucker, Dangerousness: Probability and Prediction, Psychiatry and Public Policy, (S. 115–143). New York: Cambridge University Press.
141. Miller, P.M. & Fagley, N.S. (1991). The effects or framing, Problem variations, providing rationale on choice. Personality and Social Psychology Bulletin (17), S. 517-522.
142. Monohan, S. & Cummings, L. (1974). Prediction of dangerousness as a function of its perceived consequences. Journal of Criminal Justice (3), S. 239-242.
143. Monohan, S. (1984). The prediction of violent behavior. Toward a second generation of therapie and policy. American Journal of Psychiatry (141), S. 10-15.
144. Movahedi, S. (1975). Loading the dice in favor of madness. Journal of Health and Social Behavior (16), S. 192-197.
145. Müller, P., Becker, A. & Stoplmann, G. (2006). Vergleich externer und interner Prognose-Gutachten im Maßregelvollzug Sachsen-Anhalts. Recht & Psychiatrie (4). S. 174-180
146. Müller-Isberner, R. & Gonzales-Cabeza, S. (1998). Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. Heina: Eigenverlag, Institut für Forensische Psychiatrie.
147. Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2009). Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. In K. Foerster & H. Dreßing (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung. (S. 411-468). München: Urban & Fischer.
148. Nedopil, N. (1986). Kriterien der Kriminalprognose bei psychiatrischen Gutachten. Eine Bestandsaufnahme. Forensia (7), S. 167-183.
149. Nedopil, N. (1992). Die Bewährung von Prognosekriterien im Maßregelvollzug. In Forensia-Jahrbuch (S. 55-63). Berlin: Springer.
150. Nedopil, N. (1996). Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Klinik und Recht. Stuttgart: Thieme.
151. Nedopil, N. (2005). Prognosen in der Forensischen Psychiatrie: Ein Handbuch für die Praxis. Lengerich: Pabst Science.
152. Nowara, S. (1995). Gefährlichkeitsprognosen bei psychisch kranken Straftätern. München: Wilhelm Fink.
153. Orlik, P. & Scheider, J. (1978). Interaktionsdiagnostik. In L. R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Psychologie. (S. 190-205). Stuttgart: Enke.
154. Ottati, V. & Isbell, L. (1996). Effects on mood during exposure to target information on subsequently reported judgements: An online-model of misattribution and correction. Journal of Personality and Social Psychology (71), S. 39-53.
155. Pelzmann, L. (1977). Experimente zum Einfluss des psychologischen Gutachtens auf das psychiatrische Urteil. In W. H. Tack (Hrsg.), Bericht über den 30. Kongreß der Gesellschaft für Psychologie, Band 2. (S. 21-23). Göttingen: Hogrefe.

156. Petty, R. & Cacioppo, J. (1986). The Elaboration Likelihood Model Of Persuation. In L. Berkowitz (Hrsg.), Advances in experimental social psychology. (S. 123 – 205). New York: Academic Press.
157. Pfäfflin, F. (1978). Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter. Stuttgart: Enke.
158. Pfäfflin, F., Roß, T., Sammet, N. & Weber, M. (1998). Psychotherapie mit Straftätern. In H.L. Kröber & K. P. Dahle (Hrsg.), Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf - Behandlung - Opferschutz (S. 154-168). Heidelberg: Kriminalistik.
159. Pfäfflin, F. (2004). Sexualstraftaten. In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung. (S. 275-302). München: Urban & Fischer.
160. Pierschke, R. (1998a). Tötungsdelikte nach - scheinbar - günstiger Legalprognose. In H.L. Kröber & K.P. Dahle (Hrsg.), Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. (S. 185-188). Heidelberg: Kriminalistik.
161. Pierschke, R. (1998b). Tötungsdelikte nach scheinbar günstiger Legalprognose. Dissertation: Medizinische Fakultät der Universität-Gesamthochschule Essen.
162. Pollähne, H. (1994). Lockerungen im Maßregelvollzug. Dissertation: Frankurt/Main: Lang.
163. Quinsey, V.L., Harris, G., Rice, M. & Cormier, C. (1998). Violent offenders: Appraising and managing risk. Washington: American Psychological Association.
164. Quinsey, V.L. (2002). Sexual Abuse and Sexual Violence – From understanding to Protection and Prevention. Paper presented at the Sexual Abuse and Sexual Violence – From understanding to Protection and Prevention in Vienna.
165. Rabkin, J. G. (1972). Opinions about mental illness: A review of the literature. Psychological Bulletin (77), S. 153-171.
166. Rasch, W. (1984). Krank und/oder kriminell? Gutachten zu Situationen und zu Entwicklungsmöglichkeiten in der Durchführung des Maßregelvollzugs nach §§ 63 und 64 StGB im forensischen Bereich des westfälischen Landeskrankenhauses Eitelborn.
167. Rechtsausschuss des Bundestages. (13.11.1997). Bericht des Rechtsausschusses. Bundestagsdrucksache 13/9062 , Bundestag.
168. Research, U. S. (1978). The Belmont report : ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington: The Commission.
169. Ritzel, G. (1978). Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher. Habilitationsschrift: Georg-August-Universität Göttingen.
170. Röben, P. (2005). Kompetenz- und Expertiseforschung. In Handbuch der Berufsbildungsforschung. (S. 257-254). Bielefeld: Bertelsmann.
171. Rosemann, M. (2003). Integration forensischer Patienten in die gemeindepsychiatrische Versorgung. Recht & Psychiatrie (21), S. 10-14.
172. Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. Science (179), S. 250-258.
173. Rotter, J. (1955). The role of the psychological situation in determining the direction of human behavior. Nebraska Symposium on Motivation 3, (S. 245-268).
174. Rumelhart, N. (1980). Schemata: The building-blocks of cognition. In R. Spiro, B. Bruce & W. Brewer (Hrsg.), Theoretical issues in reading comprehension. (S. 35-58). Hillsdale: Erlbaum.

175. Runderlass des Justizministeriums und des Sozialministeriums. (24.01.2001). Gemeinsamer Runderlass des Justizministeriums und des Sozialministeriums zu den Melde- und Berichtspflichten sowie der Zusammenarbeit mit der Presse bei außergewöhnlichen Sicherheitsstörungen im Zusammenhang mit der Unterbringung von Patienten im Maßregelvollzug Mecklenburg-Vorpommerns.
176. Rusche, S. (2003). In Freiheit gefährlich? Eine empirische Untersuchung zu Häufigkeit und Gründen falscher Kriminalprognosen bei psychisch kranken gewaltverbrechern. Regensburg: S. Roderer.
177. Sachverständigen-Kommission. (1975). Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Bundestagsdrucksache 7/4200.
178. Saltzer, M. (1982). The relationship of personal efficacy beliefs to behaviour. British Journal of Social Psychology (21), S. 213-221.
179. Sandell, R., Blomberg, J., Schubert, J., Blomberg, A. & Lazar, A. (Übersetzung in Englisch durch Sandell 2001a). Psychotherapeutic Identity (Thld). A questionnaire about training, experience, style, and values. Stockholm County Council Institute of Psychotherapy and Department of Behavioural Sciences: Stockholm.
180. Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2001b). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts.
181. Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A. & Grant, J. (2004). Therapist Attitudes and Patient Outcomes: I. Development and Validation of Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2). Psychotherapy Research (14), S. 469-484.
182. Schalast, N. (1995). Stress, Belastung und Beanspruchung im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie. Dissertation: Technische Universität Essen.
183. Schalast, N. (2000). Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. München: Fink Verlag.
184. Schaumburg, C. (2003). Basiswissen: Maßregelvollzug. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
185. Schmidt, L.R. (1975). Objektive Persönlichkeitsmessung in diagnostischer und klinischer Psychologie. Weinheim: Beltz.
186. Schmidt, L.R. & Keßler, B. H. (1976). Anamnese. Methodische Probleme, Erhebungsstrategien und Schemata. Weinheim: Beltz.
187. Schmidt, L.R. (1978). Normen und Diagnosen. In L. R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie. (S. 65-81). Stuttgart: Enke.
188. Schmidt, L.R. (1982). Diagnostische Begutachtung. In K. J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), Grundlagen psychologischer Diagnostik (S. 467-537). Göttingen: Hogrefe.
189. Schmook, R., Bendrien, J., Frey, D. & Wänke, M. (2002). Prospekttheorie. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. Motivation-, Selbst- und Informationsthrorien. Bd. III. (S. 279-311). Bern: Huber.
190. Schneider, H. (1997). Kriminologische Ursachentheorien. Weiter- und Neuentwicklungen in der internationalen Diskussion. Kriminalistik , S. 306-318.

191. Schott, M. (2003). Zur Versorgungsqualität im Maßregelvollzug. Recht & Psychiatrie (21), S. 3-4.
192. Schott, W. (1990). Steuerung des Risikoreserveprozesses durch Sicherheitszuschläge in Versicherungsunternehmen. Karlsruhe: Versicherungswirtschaft e. V.
193. Schwarzer, R. (1981). Stress, Angst und Hilflosigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
194. Seifert, D. & Leygraf, N. (1999). Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. Nervenarzt (70), S. 450-456.
195. Seifert, D. & Möller-Mussavi, S. (2002). Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie (73), S. 16-22.
196. Seifert, D. (2007). Gefährlichkeitsprognosen. Darmstadt: Steinkopf.
197. Seifert, D. (2009). Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In Psychiatrische Begutachtung. (S. 469-482). München: Urban & Fischer.
198. Seifert, D., Jahn, K. & Bolten, S. (2001). Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. Fortschritte (69), S. 245-255.
199. Slovic, P., Fischhoff, B. & Lichtenstein, S. (1977). Behavioral decision theory. Annual Review of Psychology (28), S. 1-39.
200. Spieß, G. (1985). Kriminalprognose. In G. Kaiser, H. Kerner, F. Sack & H. Schnellhorst (Hrsg.), Kleines kriminologisches Wörterbuch. (S. 253-263). Heidelberg: C.F. Müller.
201. Stahlberg, D. & Frey, D. (2001). Das Elaboration-Likelihood-Modell von Petty und Cacioppo. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.). Bern: Huber.
202. Statisches Bundesamt (2008). Auswertung der ICD-Daten 2007 (KHStatV). Wiesbaden.
203. Steadman, H. (1973). Follow-Up on Baxstrom patients retourned to hospitals for the criminal insane. American Journal of Psychiatry (130), S. 317-319.
204. Steadman, H. & Cocozza, J. (1974). Careers of the Criminal Insane. Lexington: Mass. Lexington Book.
205. Steinböck, H. (1997). Das Problem schwerer Gewalttaten und deren Prognostizierbarkeit. Recht und Psychiatrie (15), 67-77.
206. Steinmeyer, E. (1974). Informationsangebot und klinische Urteilsbildung. Zeitschrift experimentelle und angewandte Psychologie (21), S. 457-482.
207. Steller, M. (2005). Psychologische Diagnostik-Menschenkenntnis oder angewandte Wissenschaft? In H.L. Köber & M. Steller (Hrsg.), Psychologische Begutachtung im Strafverfahren (S. 1-20). Darmstadt: Steinkopff.
208. Strack, F. (1994). Responsses processes in social judgement. In R. S. Wyer & T. Scrull (Hrsg.), Handbook of social cognition. (S. 287-322). Hillsdale: Earlbaum.
209. Strack, F. & Deutsch, R. (2002). Urteilsheuristiken. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychiatrie. Bd. III. Motivation-, Selbst-und Informationsverarbeitungstheorien. (S. 352-384). Bern: Huber.
210. Strafsenat Kassel: Urteil vom 18. September 1952. Az 3 StR 374/52.
211. Stumme, W. (1975). Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. Münschen: Urban & Schwarzenberg.
212. Thier, R. (1990). Unterbringung strafrechtlich eingewiesener Patienten nach § 63. Anamnese und Katamnese. Dissertation: Universität Heidelberg.
213. Thornberry, T. & Jacoby, J. (1979). The Ciminal Insane. A community follow-up of mantally ill offenders. Chicago: University of Chicago Press.

214. Thorne, F.C. (1972). Clinical judgement. In R.H. Woody & J.D. Woody (Hrsg.), Clinical assessment in counseling and psychotherapy. (S. 30-85). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
215. Tindale, R.S., Sheffey, S. & Scott, L.A. (1993). Framing and group decision-making: Do cognitive chances parallel preference chances. Organizational Behavior and Human Decision Processes (55), S. 470-485.
216. Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Science (185), S. 1124-1131.
217. Tverski, A. & Kahneman, D. (1992). Advances in prospect theory: Comulative representationof uncertainty. Journal of Risk and Uncertainty (5), S. 297-323.
218. Urbaniok, F. (2002). Der Therapie-Risiko-Evaluations-Test (TRET), Ansatz-punkte eines neuen Prognoseinstruments. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (1), S. 101-136.
219. Urbaniok, F. (2004). Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Oberhofen: Zytlogge.
220. Urbaniok, F. (2007). Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Oberhofen: Zytlogge.
221. Venzlaff, U. (1977). Der psychisch kranke Rechtsbrecher im psychiatrischen Krankenhaus. Spektrum (6), S. 3-14.
222. Vogel, H. (1975). Die klinische Untersuchung als soziale Interaktion und die Interferenz zwischen Diagnostik und Therapie. In W. J. Schraml & U. Baumann (Hrsg.), Klinische Psychologie I. (S. 219-237). Bern: Huber.
223. Volbert, R. (2005). Rechtspsychologie. In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und der differenziellen Psychologie (S. 556-563). Göttingen: Hogrefe.
224. Volckart, B. (1997). Praxis der Kriminalprognose. Methodologie und Rechtsanwendung. München: Beck.
225. Volckart, B. (2002). Zur Bedeutung der Basisrate in der Kriminalprognose. Recht und Psychiatrie. Recht und Psychiatrie (2), S. 105-114.
226. von der Haar, M. (1995). Zum Zusammenspiel von Justiz und Einrichtungen während der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. In A. Dessecker & R. Egg (Hrsg.), Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: rechtliche, empirische und praktische Aspekte (S. 145-157). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
227. Vroom, V. (1964). Work and motivation. New York: Wiley.
228. Wade, T. C. & Baker, T. B. (1977). Opinions and use of psychological tests: A survey of clinical psychologists. American Psychologists. (32), S. 874-882.
229. Warr, P. & Knapper, C. (1968). Thr Perception of People and Events. London: Wiley & Sons.
230. Weber, F. (1995). Die Vorhersage von Gefährlichkeit bei § 63 StGB-Patienten. Recht & Psychiatrie (13), S. 128-138.
231. Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. & Hart, S. (1997). The HCR-20 Scheme. The Assessment of Dangerous and Risk (2nd ed). Vancouver: Simon and Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Colombia.
232. Webster, C., Dauglas, K., Belfrage, H. & Link, B. (2000). Capturing change: An approach to managing violence and improving mental health. In S. Hodgins, Violence among the Mentally Ill: Effective Treatments and Management Strategies (S. 119-144). London: Kluwer Academic Publishers.
233. Wiggins, J.S. (1973). Personality and predition: principles of personality assessments. London: Addison-Wesley Publishing Company.

234. Woynar, I. (2000). Das Risiko von Gefährlichkeitsprognosen. Methodische und paradigmatische Probleme der Diagnose-und Prognosestellung bei psychisch gestörten Straffälligen nach Langzeitunterbringung. Dissertation. Herbolzheim: Centaurus.
235. Wright, O. (1969). Summary of research on the selection interview since 1967. Personnel Psychology (22), S. 391-413.
236. Wyss, R. (1992). Vergleichende Gegenüberstellung von Experten- und Richterprognosen bei vermindert zurechnungsfähigen Straftätern. In C. Frank & G. Harrer, Kriminalprognose.Alkoholbeeinträchtigung – Beurteilungsprobleme. FORENSIA-Jahrbuch Bd. 3 (S. 75-84). Heidelberg: Springer.
237. Wyss, S. (1997). Rückfälligkeit forensisch-psychiatrisch begutachteter Straftäter. Dissertation: Universität Basel.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteile der Diagnosegruppen an den Diagnosen der im Jahr 2007 in Deutschland untergebrachten Patienten (AG Psychiatrie, 2009, S. 22) *10*
Tabelle 2: Anteile der Deliktgruppen an den Delikten, die bei im Jahr 2007 in Deutschland untergebrachten Patienten zur Anordnung der Maßregel führten (AG Psychiatrie, 2009, S. 29) *11*
Tabelle 3: Bettenkapazitäten der Kliniken *68*
Tabelle 4: Zahl der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag in den Kliniken nach Einweisungsgrundlage in den Kliniken *69*
Tabelle 5: Zahl der Patienten nach Unterbringungsgrundlage, die nicht zum Vollzug von Maßregeln eingewiesen wurden, in den Kliniken *70*
Tabelle 6: Zahl der Maßregelvollzugspatienten nach dem Lockerungsstatus in den Kliniken *70*
Tabelle 7: Zahl der Patienten pro Lockerungsstufe in den Kliniken *71*
Tabelle 8: Zahl der meldepflichtigen Vorkommnisse in den Kliniken *72*
Tabelle 9: Zahl der bewertenden Mitarbeiter/innen nach Berufsgruppe und Bewertungsebene in den Kliniken *73*
Tabelle 10: Zahl und prozentualer Anteil der Mitarbeiter/innen, die an der Befragung teilnahmen, in den Kliniken und Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen der Kliniken *74*
Tabelle 11: Zahl der Mitarbeiter/innen, die an der Befragung in den Kliniken teilnahmen, nach Berufsgruppen *75*
Tabelle 12: Prozentuale Anteile der Mitarbeiter/innen, die an der Befragung teilnahmen, an allen Mitarbeiter/innen der Kliniken nach Mitarbeiter/innen des ärztlichen und psychologischen Dienstes sowie des Pflegedienst *76*
Tabelle 13: Zahl der Lockerungsanträge sowie der Entscheidung der Lockerungsanträge nach Zustimmungen und Ablehnung *94*
Tabelle 14: Zahl der Lockerungsanträge der Patienten mit einem Lockrungsantrag sowie der Lockerungsanträge pro Patient in den Kliniken *95*
Tabelle 15: Zahl der gesamten Maßregelvollzugspatienten und der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag *96*
Tabelle 16: Zahl der Maßregelvollzugspatienten nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Diagnosegruppen an der Gesamtzahl der Diagnosen (in Klammern) in den Kliniken *98*
Tabelle 17: Zahl der Maßregelvollzugspatienten der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik nach zusammengefassten Diagnosegruppen zum Chi²-Test *99*
Tabelle 18: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Diagnosegruppen an der Zahl der Patienten mit einem Lockerungsantrag (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde) *100*
Tabelle 19: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Diagnosegruppen zum Chi²-Test *101*
Tabelle 20: Zahl der Lockerungsanträge nach Diagnosegruppen und prozentuale Anteile der Diagnosegruppen an der Gesamtzahl der Lockerungsanträge (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde) *102*
Tabelle 21: Zahl der Lockerungsanträge der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Diagnosegruppen zum Chi²-Test *103*
Tabelle 22: Zahl der Zustimmungen nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Diagnosegruppen an den Zustimmungen (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren) *104*
Tabelle 23: Zahl der Zustimmungen nach Diagnosegruppen, die zum Vergleich der Stralsunder mit der Ueckermünder Klinik gebildet wurden *105*
Tabelle 24: Zahl der Ablehnungen nach Diagnosegruppen und prozentualer Anteil der Ablehnungen der jeweiligen Diagnosegruppe an den gesamten Ablehnungen (in Klammern) in den Kliniken (0 kennzeichnet Gruppen, in denen keine Ablehnung erfolgte, obwohl die Gruppe mit Patienten besetzt war / - kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren) *106*
Tabelle 25: Zahl der Maßregelvollzugspatienten nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Deliktgruppen an der Gesamtzahl der Delikte (in Klammern) in den Kliniken *107*

Tabelle 26: Zahl der Maßregelvollzugspatienten der Stralsunder und der Ueckermünder Klinik nach zusammengefassten Deliktgruppen zum Chi²-Test *108*
Tabelle 27: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Deliktgruppen an der Zahl der Patienten mit einem Lockerungsantrag (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde) *109*
Tabelle 28: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Deliktgruppen zum Chi²-Test *110*
Tabelle 29: Zahl der Lockerungsanträge nach Deliktgruppen und prozentuale Anteile der Deliktgruppen an der Gesamtzahl der Lockerungsanträge (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, in denen kein Lockerungsantrag durch Maßregelvollzugspatienten gestellt wurde) *111*
Tabelle 30: Zahl der Lockerungsanträge der Stralsunder und Ueckermünder Klinik in zusammengefassten Deliktgruppen zum Chi²-Test *112*
Tabelle 31: Zahl der Zustimmungen nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Deliktgruppen an den Zustimmungen (in Klammern) in den Kliniken (- kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren) *113*
Tabelle 32: Zahl der Zustimmungen nach Deliktgruppen, die zum Vergleich der Stralsunder mit der Ueckermünder Klinik gebildet wurden *114*
Tabelle 33: Zahl der Ablehnungen nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Ablehnungen der jeweiligen Deliktgruppe an den Ablehnungen insgesamt (in Klammern) in den Kliniken (0 kennzeichnet Gruppen, in denen keine Ablehnung erfolgte, obwohl die Gruppe mit Patienten besetzt war / - kennzeichnet Gruppen, die nicht durch Maßregelvollzugspatienten besetzt waren) *115*
Tabelle 34: Zahl der Patienten in den Kliniken nach Altersgruppen und prozentualer Anteil der Altersgruppen an den Patienten insgesamt *116*
Tabelle 35: Zahl der Patienten mit Lockerungsantrag nach Altersgruppen und prozentualer Anteil der Altersgruppen an der Zahl der Patienten mit einem Lockerungsantrag (in Klammern) in den Kliniken *117*
Tabelle 36: Zahl der Lockerungsanträge nach Altersgruppen und prozentuale Anteile der Altersgruppen an der Gesamtzahl der Lockerungsanträge (in Klammern) in den Kliniken *118*
Tabelle 37: Zahl der Zustimmungen nach Altersgruppen und prozentualer Anteil der Altersgruppen an den Zustimmungen (in Klammern) *119*
Tabelle 38: Zahl der Ablehnungen nach Deliktgruppen und prozentualer Anteil der Ablehnungen der jeweiligen Deliktgruppe an den Ablehnungen insgesamt (in Klammern) in den Kliniken *120*
Tabelle 39: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung *121*
Tabelle 40: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr *122*
Tabelle 41: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs *123*
Tabelle 42: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat *124*
Tabelle 43: Bewertung der Lockerungsanträge durch alle Mitarbeiter/innen auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken *125*
Tabelle 44: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung *126*
Tabelle 45: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr *127*
Tabelle 46: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs *128*

Tabelle 47: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat 129
Tabelle 48: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken 130
Tabelle 49: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung 131
Tabelle 50: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr 132
Tabelle 51: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs 133
Tabelle 52: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat 134
Tabelle 53: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken 135
Tabelle 54: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung 136
Tabelle 55: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach dem Risiko der Entweichung 137
Tabelle 56: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr 138
Tabelle 57: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr 139
Tabelle 58: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs 140
Tabelle 59: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs 141
Tabelle 60: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat 142
Tabelle 61: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach des Risikos der Begehung einer Straftat 143
Tabelle 62: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken 143
Tabelle 63: Bewertung der Lockerungsanträge durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in allen Kliniken nach allen Risiken 144

Tabelle 64: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung ... 145
Tabelle 65: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr ... 146
Tabelle 66: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs ... 147
Tabelle 67: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat ... 148
Tabelle 68: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risikoarten ... 149
Tabelle 69: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an den Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch alle Mitarbeiter/innen ... 150
Tabelle 70: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen der Pflege ... 151
Tabelle 71: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes ... 152
Tabelle 72: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes ... 153
Tabelle 73: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertungen (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes aller Kliniken ... 153
Tabelle 74: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Lockerungskonferenzen der Kliniken ... 154
Tabelle 75: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Entscheidungsebene in den Kliniken ... 155
Tabelle 76: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Entweichung ... 156
Tabelle 77: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko der Entweichung ... 157
Tabelle 78: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Nichtrückkehr ... 158
Tabelle 79: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko der Nichtrückkehr ... 159
Tabelle 80: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs ... 159
Tabelle 81: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko des Suchtmittelmissbrauchs ... 160
Tabelle 82: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach dem Risiko der Begehung einer Straftat ... 161
Tabelle 83: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach dem Risiko der Begehung einer Straftat ... 162
Tabelle 84: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) in den Kliniken nach allen Risiken ... 162

Tabelle 85: Bewertung der Lockerungsanträge auf der Antragsebene (Antrag) und der Wohngruppenebene (WG) und prozentualer Anteil der Skalenwerte an der Zahl der Bewertungen (in Klammern) nach allen Risiken 163
Tabelle 86: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen der Pflege in den Kliniken 164
Tabelle 87: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen der Pflege in allen Kliniken 165
Tabelle 88: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in den Kliniken 165
Tabelle 89: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch die Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in allen Kliniken 166
Tabelle 90: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch alle Mitarbeiter/innen 167
Tabelle 91: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Antragsebene (AE) und der Kontrollebene (KE) durch alle Mitarbeiter/innen in allen Kliniken 167
Tabelle 92: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen in den Kliniken auf der Wohngruppenebene (WG) und der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) 168
Tabelle 93: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Wohngruppenebene (WG) und der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) in allen Kliniken 169
Tabelle 94: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene (KE), der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) und der Entscheidungsebene (EE) in der Rostocker Klinik 169
Tabelle 95: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene (KE), der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) und der Entscheidungsebene (EE) in der Stralsunder Klinik 170
Tabelle 96: Zahl der Bewertungen und prozentualer Anteile der Art der Bewertung (in Klammern) an der Gesamtzahl der Bewertungen auf der Kontrollebene (KE), der Ebene der Lockerungskonferenz (LK) und der Entscheidungsebene (EE) in der Ueckermünder Klinik 171
Tabelle 97: Eigenwerte der Korrelationsmatrix zum Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellungen“ 173
Tabelle 98: Faktoren zum Fragebogenbogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellungen“ 174
Tabelle 99: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor I des Fragebogenkomplexes „Therapeutischen Wertvorstellungen“ 176
Tabelle 100: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor II des Fragebogenkomplexes „Therapeutischen Wertvorstellungen“ 177
Tabelle 101: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor III des Fragebogenkomplexes „Therapeutischen Wertvorstellungen“ 178
Tabelle 102: Eigenwerte der Korrelationsmatrix zum Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ 180
Tabelle 103: Faktoren zum Fragebogenbogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ 181
Tabelle 104: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor I des Fragebogenkomplexes „Technisches Vorgehen in der Therapie“ 183
Tabelle 105: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor II des Fragebogenkomplexes „Technisches Vorgehen in der Therapie“ 185
Tabelle 106: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor III des Fragebogenkomplexes „Technisches Vorgehen in der Therapie“ 187
Tabelle 107: Eigenwerte der Korrelationsmatrix zum Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“ 189
Tabelle 108: Faktoren zum Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“ 190
Tabelle 109: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor I des Fragebogenkomplexes „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“ 191

Tabelle 110: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor II des Fragebogenkomplexes „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“ ... 192
Tabelle 111: Vergleich der Faktoren der Untersuchungen zum Faktor III des Fragebogenkomplexes „Voraussetzungen der Kommunikation und der Persönlichkeit“ ... 193
Tabelle 112: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht ... 195
Tabelle 113: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht ... 196
Tabelle 114: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht ... 198
Tabelle 115: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Einsicht ... 198
Tabelle 116: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung ... 200
Tabelle 117: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutischen Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung ... 201
Tabelle 118: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung ... 202
Tabelle 119: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Akzeptanz/Unterstützung ... 203
Tabelle 120: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei der „Therapeutischen Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten ... 205
Tabelle 121: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten ... 206
Tabelle 122: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten ... 207
Tabelle 123: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung“ – Faktor Anleiten ... 208
Tabelle 124: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung ... 210
Tabelle 125:Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung ... 211
Tabelle 126: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung ... 212
Tabelle 127: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Zielorientierung ... 213
Tabelle 128: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe ... 214
Tabelle 129: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe ... 215

Tabelle 130: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe 216
Tabelle 131: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe 217
Tabelle 132: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Neutralität 218
Tabelle 133: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe 219
Tabelle 134: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Neutralität 221
Tabelle 135: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe 222
Tabelle 136: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore und Mittelwert der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität 223
Tabelle 137: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität 224
Tabelle 138: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität 225
Tabelle 139: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität 226
Tabelle 140: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung der Berufsgruppen bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum 227
Tabelle 141: Standardabweichungen der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum 228
Tabelle 142: Zahl der Mitarbeiter/innen, Gesamtscore, Mittelwert und Standardabweichung in den Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum 229
Tabelle 143: Standardabweichungen der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum 230
Tabelle 144: Prozentuale Anteile der Antwortkategorien zu der Frage, inwieweit die Bereitschaft besteht, die Resultate des Fragebogens weiter zu verfolgen und zu vertiefen 232
Tabelle 145: Häufigkeit und prozentuale Anteile der Skalenwerte zu der Frage, inwieweit sich die Befragten durch den Fragebogen angeregt fühlten 233
Tabelle 146: Häufigkeit und prozentuale Anteile der Skalenwerte zu der Frage, inwieweit der Fragebogen ermüdend war 234
Tabelle 147: Häufigkeit und prozentuale Anteile der Skalenwerte zu der Frage, wie schwierig der Fragebogen war 235
Tabelle 148: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes auf der Antrags- und Kontrollebene 236
Tabelle 149: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene 237
Tabelle 150: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene in der Rostocker Klinik 238

Tabelle 151: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene in der Stralsunder Klinik 238
Tabelle 152: Korrelationskoeffizienten der Summenscores der Befragung für die ermittelten Faktoren und der Mittelwerte der Lockerungsbewertungen der Mitarbeiter/innen auf der Antrags- und Kontrollebene in der Ueckermünder Klinik 239

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebniskategorien dichotomer Prognoseentscheidungen am Beispiel vorzeitiger Entlassung aus dem Strafvollzug nach Dahle (2005b, S. 24) *21*
Abbildung 2: Wie kommt eine Prognose zustande? (Feltes, 2005, S. 165) *22*
Abbildung 3: Prozessmodell klinisch-prognostischer Urteilsbildung (Dahle, 2000, S. 102) *26*
Abbildung 4: Vereinfachte Darstellung des prozessualen Charakters eines Begutachtungsablaufes (Klassa, 1993, S. 238) *32*
Abbildung 5: Quellen häufiger Begutachtungsfehler im diagnostischen Prozess, die für die Begutachtung relevant erscheinen (Schmidt, 1982, S. 497-500) *41*
Abbildung 6: Varianten von Unsicherheit (Jungermann, Pfister, & Fischer, 2005, S. 141) *46*
Abbildung 7: Brunswik'sche Linsenmodell nach dem Untersuchungsparadigma von Euker (1998, S. 150) *47*
Abbildung 8: Übersetzte Schematische Darstellung der Personwahrnehmung nach Warr und Knapper (1968, S. 20) *50*
Abbildung 9: Differenziertes Erwartungs-Wert-Modell (Krampen, 2000, S. 41) *56*
Abbildung 10: Hypothetische Wert-Funktion von Kahnemann und Tversky (1979) nach Schmook et al (2002, S. 286) *59*
Abbildung 11: Framing bei Risikoentscheidungen nach Schmook et al (2002, S. 288) *60*
Abbildung 12: Prozentuale Anteile der Lockerungsanträge für die einzelnen Lockerungsstufen an allen Lockerungsanträgen der Kliniken *71*
Abbildung 13: Prozentualer Anteil der Ablehnungen von Lockerungsanträgen an den gesamten Antragsentscheidungen *94*
Abbildung 14: Zahl der Lockerungsanträge pro Patient *95*
Abbildung 15: Prozentualer Anteil der Maßregelvollzugspatienten mit einem Lockerungsantrag an den Maßregelvollzugspatienten insgesamt in den Kliniken *96*
Abbildung 16: Prozentuale Anteile der Art Bewertung der Lockerungsanträge in den Lockerungskonferenzen der Kliniken *154*
Abbildung 17: Mittelwerte der Bewertung (Zustimmung=1; Ablehnung=2) auf der Kontrollebene, der Ebene der Lockerungskonferenz und der Entscheidungsebene in den Kliniken *172*
Abbildung 18: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und den Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung" – Faktor Einsicht *196*
Abbildung 19 : Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung" – Faktor Einsicht *198*
Abbildung 20: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutischen Wertvorstellung" – Faktor Akzeptanz/Unterstützung *201*
Abbildung 21: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung" – Faktor Akzeptanz/Unterstützung *203*
Abbildung 22: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutischen Wertvorstellung" – Faktor Anleiten *205*
Abbildung 23: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Therapeutische Wertvorstellung" – Faktor Anleiten *208*
Abbildung 24: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und den Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie" – Faktor Zielorientierung *210*
Abbildung 25: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie" – Faktor Zielorientierung *212*
Abbildung 26: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie" – Faktor Lebensnähe *214*

Abbildung 27: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe 217
Abbildung 28: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe 219
Abbildung 29: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Technisches Vorgehen in der Therapie“ – Faktor Lebensnähe 221
Abbildung 30: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität 223
Abbildung 31: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Irrationalität 226
Abbildung 32: Mittelwerte der Scores des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum 228
Abbildung 33: Mittelwerte der Erfahrungsgruppen (EFG 1: weniger als 3 Jahre / EFG 2: 3-10 Jahre / mehr als 10 Jahre) in den Kliniken bei dem Fragebogenkomplex „Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit“ – Faktor Künstlertum 230
Abbildung 34: Prozentuale Anteile der Art Bewertung der Lockerungsanträge auf der Entscheidungsebene in den Kliniken 241
Abbildung 35: Mittelwerte der Bewertung der Lockerungsanträge in den Kliniken nach der Art des Risikos auf der Antragsebene 243
Abbildung 36: Mittelwerte der Bewertung der Lockerungsanträge in den Kliniken nach der Art des Risikos auf der Wohngruppenebene 244
Abbildung 37: Mittelwerte der Bewertung (Zustimmung=1; Ablehnung=2) auf den Bewertungsebenen in den Kliniken 245
Abbildung 38: Mittelwerte der Bewertung der Lockerungsanträge (im Rahmen einer 5-stufigen Skala) durch die Mitarbeiter/innen der Pflege und des therapeutischen Dienstes in den Kliniken für alle Risiken 247
Abbildung 39: Prozentuale Anteile der Zustimmungen und Ablehnungen der Lockerungsanträge an den Lockerungsentscheidungen insgesamt durch die Mitarbeiterinnen der Pflege und des therapeutischen Dienstes in den Kliniken 247
Abbildung 40: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen der Pflege in den Kliniken für Forensische Psychiatrie (Buchstabe „s“: kennzeichnet signifikante Unterschiede) 252
Abbildung 41: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in den Kliniken für Forensische Psychiatrie (s: kennzeichnet signifikante Unterschiede) 252
Abbildung 42: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen der Pflege in den Kliniken für Allgemeinpsychiatrie und Forensische Psychiatrie (Buchstabe „s“: kennzeichnet signifikante Unterschiede) 254
Abbildung 43: Prozentualer Anteil der Mittelwerte am möglichen Maximum des Scores für die Faktoren der Befragung bei den Mitarbeiter/innen des therapeutischen Dienstes in den Kliniken für Allgemeinpsychiatrie und Forensische Psychiatrie (Buchstabe „s“: kennzeichnet signifikante Unterschiede) 255

Checkliste zur Vergabe von Lockerungen

A. Allgemeine Angaben

Pseudonym		
Name	Vorname	Geburtsdatum
letzter Wohnort	letzter Heimatkreis	
Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
Familienstand:	Kinder: (Zahl, Alter)	

Aufnahmedatum	Beginn der Maßregel	Unterbringungsgrundlage
Bestehende Lockerungsstufe	Beantragte Lockerungsstufe	

8 B. Rahmendaten

9 Einweisungsdelikt: (Delikt und Paragraph)	
10 Parallelstrafe: (Jahre/Monate)	11 ca. 2/3 der Strafe (Jahre/Monate)
Vorstrafen: (z.B. Tötungsdelikt, Sexualdelikt, schwere Körperverletzung, Raub, Verstoß gegen BtMG)	

Bewährungswiderruf: (noch zu vollstreckende Länge in Monaten)

Strafregisterauszug: (Datum)	Urteil: (Datum und Aktenzeichen)

Überprüfung durch StVK: (Datum und Besonderheiten)

Offene Ermittlungs- oder Strafverfahren: (in welcher Sache/Sachstand)

Sonstiges: (z.B. Betreuung, Invalidvisierung, Risikopatient gemäß der Lockerungsrichtlinien oder unabhängig davon)

C. Diagnose, therapeutische Voraussetzungen und soziale Situation

1. Einweisungsdiagnose(n):	
ICD 10-Verschlüsselung	Erläuterungen

2. Bisherige Unterbringungen und Behandlungen (Ort, Datum, Behandlungen)
□ Strafvollzug
□ Maßregelvollzug
□ Andere Einrichtungen (Allgemeine Psychiatrie, Heim, Betreutes Wohnen etc.)
□ Ambulante Behandlung

3. Gutachten:			
Datum	Anlass	Gutachter	Ergebnis

4. Derzeitige Diagnose(n):	
ICD 10-Verschlüsselung	Erläuterungen

5. Intelligenzstatus: (Erläuterung, mit Angabe des verwendeten Messverfahrens)

12 D. Verlauf

1. Therapiepläne: (Daten)

2. Introspektionsfähigkeit: (Erläuterung)

3. Empathiefähigkeit: (Erläuterung)

4. Partnerschaft: (wenn ja, Qualitätsbeschreibung)

5. Angehörige: (zu wem Kontakt/ mit welcher Qualität)

6. ggf. Sonstiges zum sozialen Empfangsraum: (z.B. Arbeit, Wohnung)

7. Besondere Vorkommnisse: (Datum/Erläuterung)

8. Verhalten in bisherigen Lockerungen:

9. Verhalten im Stationsalltag:
Umgang mit Hausordnung, Regeln, Absprachen:

Beziehungsgestaltung gegenüber Mitarbeitern (Empathie, Rücksicht, Fähigkeit zur Interessenvertretung, usw.):

Beziehungsgestaltung zu Mitpatienten und Gruppe:

Mitarbeit und Motivation (Eigen-/Fremdmotivation):

Umgang mit Aggressionen:

realistische Selbsteinschätzung:

Kritikfähigkeit:

10. Psychotherapie:

Setting:

Fokus:

Introspektion:

Deliktbearbeitung:

11. Komplementäre Therapien:

AT/BT:

Sport:

Andere:

12. Therapieziel der beantragten Lockerungsmaßnahme:

13 E. Stellungnahme des/der Bezugspflegers/in und des/der Bezugstherapeuten/in

14 Stellungnahme des/der Bezugspflegers/in

15 Einschätzung der Missbrauchsgefahr bei der beantragten Lockerungsstufe

1. Risiko der Entweichung (Ausführung)

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

2. Risiko einer Nichtrückkehr oder nicht rechtzeitiger Rückkehr (Ausgang, Urlaub)

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

3. Risiko eines Rückfalls (Sucht) oder eines Suchtmittelmissbrauchs

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

4. Risiko einer Straftat

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

Zustimmung zum Antrag: Ja / Nein
Datum
Unterschrift des/der Bezugspflegers/in

16 Stellungnahme des/der Bezugstherapeuten/in

17 Einschätzung der Missbrauchsgefahr bei der beantragten Lockerungsstufe

1. Risiko der Entweichung (Ausführung)

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

2. Risiko einer Nichtrückkehr oder nicht rechtzeitiger Rückkehr (Ausgang, Urlaub)

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

3. Risiko eines Rückfalls (Sucht) oder eines Suchtmittelmissbrauchs

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

4. Risiko einer Straftat

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

Zustimmung zum Antrag: Ja / Nein
Datum
Unterschrift des/der Bezugsptherapeuten/in

F. Stellungnahme der Station

18 Einschätzung der Missbrauchsgefahr bei der beantragten Lockerungsstufe

1. Risiko der Entweichung (Ausführung)

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

2. Risiko einer Nichtrückkehr oder nicht rechtzeitiger Rückkehr (Ausgang, Urlaub)

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

3. Risiko eines Rückfalls (Sucht) oder eines Suchtmittelmissbrauchs

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

4. Risiko einer Straftat

sehr gering □ gering □ unsicher □ hoch □ sehr hoch □

Zustimmung zum Antrag Ja / Nein
Datum, Unterschrift durch Stationsleitung

G. Kontrollebene

Abweichende Erkenntnisse und ggf. Einschätzungen:
Pflege: Ja / Nein
Datum, Unterschrift(en)

Therapeut: Ja / Nein
Datum, Unterschrift(en)

H. Lockerungskonferenz

Abweichende Erkenntnisse und ggf. Einschätzungen gegenüber dem Antrag und/oder der Kontrollebene:
Zustimmung zum Antrag: Ja / Nein
Datum, Unterschrift

Zustimmung zum Antrag: Ja / Nein
Datum, Unterschrift des/der Sicherheitsbeauftragten/in
Begründung des/der Sicherheitsbeauftragten: (notwendig wenn Entscheidung nicht kongruent mit Entscheidung der Lockerungskonferenz)

I. Entscheidung

Die beantragte Lockerungsstufe ..... wird nicht genehmigt / genehmigt, weil
Ort, Datum Unterschrift

Fragebogen zu

„Therapeutische Haltungen (THG)“

Auf der Grundlage des „Psychotherapeutic Identity (Thld)“
(übersetzt und auf den Untersuchungszweck angepasst, s. Kapitel 4.3.1.2)
von Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg und Schubert
(Sandell et al, 2001a)

Tragen Sie bitte das Zeichen ein, das Sie für die Bezeichnung Ihrer Person bei der Dokumentation des Lockerungsprozesses verwenden: .....

A.Persönlicher und beruflicher Hintergrund

A1. Alter:…….Jahre A2. Geschlecht: 1.Männlich □ 2.Weiblich □

A3. Was ist Ihre Grundausbildung?
□ 1.Medizin
□ 2.Psychologie
□ 3.Sozialarbeit
□ 4.Pflege
□ 5.Andere:……..

A4.Welche psychotherapeutische oder sonstige Weiterbildung absolvierten Sie zur Ausübung Ihrer jetzigen Tätigkeit?
……..……
……..……
……...

A5. Wann wurden beendeten Sie Ihre Weiterbildung?
Jahr:……..

B. Berufliche Erfahrung
Dieser Abschnitt gibt Auskunft über den Umfang und Inhalt Ihrer beruflicher Erfahrung.

B1. Seit wann sind Sie in der Psychiatrie tätig?
……Jahre

B2. Sind Sie in einer Fachklinik für Forensische Psychiatrie tätig?
.Wenn ja, seit wann.....Jahre

B3. Wie viel dieser Zeit verbrachten Sie in den folgenden Bereichen?
a.……Jahre in einer psychiatrischen Klinik
b.……Jahre in einer psychiatrischen Ambulanz
c.……Jahre bei einem psychosozialen Träger
d.……Jahre in anderen Bereichen:
……
……
……

B4. Bitte geben Sie durch Abhaken an, wie viele Patienten Sie als Bezugspfleger oder Therapeut betreut haben:

0	1-9	10-24	25-49	50-
☐	☐	☐	☐	☐

Die folgenden drei Fragen (B 4, B 5 und B 6) sind nur durch Psychotherapeuten zu beantworten:

B5. Bitte geben Sie durch abhaken an, wie viele Patienten Sie in jeder der folgenden Arten der Psychotherapie behandelt haben:

	0	1-9	10-24	25-49	50-
Psychoanalyse	☐	☐	☐	☐	☐
Tiefenpsychologische Psychotherapie (Einzel)	☐	☐	☐	☐	☐
Verhaltenstherapie (Einzel)	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitive Psychotherapie (Einzel)	☐	☐	☐	☐	☐
Kombinationen von Kognitiver- mit Verhaltenstherapie (Einzel)	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppentherapie – tiefenpsychologisch orientiert	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppentherapie – verhaltenstherapeutisch orientiert	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Formen: ……. ……. …….	☐	☐	☐	☐	☐

B6. Waren Sie in den letzten Jahren anderen Psychotherapeuten oder Kollegen unterstellt?

1. Ja ☐ 2. Nein ☐

B7. Haben Sie eine Selbsterfahrung abgeschlossen?

1. Ja ☐ 2. Nein ☐

C. Art des Umgangs mit dem Patienten

Das Ziel dieses Abschnittes ist es ein Bild darüber zu bekommen, wie Sie üblicherweise mit den Patienten arbeiten. Es ist zwar davon auszugehen, dass dies von Patient zu Patient variiert. An dieser Stelle ist gleichwohl von Interesse, was Sie selbst als grundsätzlich, typisch in ihrem Umgang mit den Patienten sehen.

C1. In welchem Ausmaß tragen Ihrer Meinung nach die folgenden Interventionen zu langfristigen und stabilen Veränderungen der Patienten bei?

	überhaupt nicht	wenig	etwas	überwiegend	sehr
1. Den Patienten anregen, positiver über seine Probleme nachzudenken	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐	☐
3. Den Patienten akzeptieren und begleiten	☐	☐	☐	☐	☐
4. Arbeiten mit den Kindheitserinnerungen des Patienten	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dem Patienten helfen schmerzvolle Erfahrungen zu vergessen	☐	☐	☐	☐	☐
6. Dem Patienten konkrete Ratschläge geben	☐	☐	☐	☐	☐
7. Den Patienten Eigeninitiative übernehmen lassen	☐	☐	☐	☐	☐
8. Den Patienten über seine Symptome und psychischen Probleme informieren	☐	☐	☐	☐	☐
9. Dem Patienten helfen, die Wiederholung alter Fehler zu vermeiden	☐	☐	☐	☐	☐
10. Dem Patienten konkrete Ziele geben	☐	☐	☐	☐	☐
11. Selbst die Initiative übernehmen und die Gespräche führen	☐	☐	☐	☐	☐
12. Auf die Anpassung des Patienten an die ihn umgebenden sozialen Umstände hinwirken	☐	☐	☐	☐	☐
13. Dem Patienten helfen, Situationen zu vermeiden, die Angst und Unsicherheit hervorrufen können	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	wenig	etwas	überwiegend	sehr
14. Dem Patienten helfen, seine Gefühle zu ordnen/ klären	☐	☐	☐	☐	☐
15. Das Verhalten und die Einstellung des Patienten in Frage stellen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Dem Patienten verstehen helfen, dass sich vorheriges Verhalten und Beziehungen wiederholen	☐	☐	☐	☐	☐
17. Dem Patienten verstehen helfen, dass frühere Reaktionen und Beziehungen mit Mitarbeitern und Mitpatienten wiederholt werden	☐	☐	☐	☐	☐
18. Den Patienten in der Therapie darin unterstützen, frühere schmerzvolle Erfahrungen zu reflektieren	☐	☐	☐	☐	☐
19. Dem Patienten die Möglichkeit geben mit seinen Träumen zu arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐
20. Den Patienten Dinge von der Seele reden lassen	☐	☐	☐	☐	☐
21. Eine freundliche und verständnisvolle Bezugsperson sein	☐	☐	☐	☐	☐
22. dem Patienten helfen die Verbindung zwischen seinen Problemen und der Kindheit zu erkennen	☐	☐	☐	☐	☐
23. Den Patienten unterstützen und ermutigen	☐	☐	☐	☐	☐
24. Der Patienten soll sich während des Kontakts gut fühlen	☐	☐	☐	☐	☐
25. Mit den Symptomen des Patienten arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐
26. Dem Patienten helfen mit seinen Symptomen zu leben	☐	☐	☐	☐	☐
27. den Patienten akzeptieren wie er ist	☐	☐	☐	☐	☐
28. An den Abwehrmechanismen Patienten arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐
29. Dem Patienten helfen, sich auf die Realität zu konzentrieren	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	wenig	etwas	überwiegend	sehr
30. Die Körpersprache des Patienten interpretieren	☐	☐	☐	☐	☐
31. Dem Patienten erlauben seine Gefühle herauszulassen	☐	☐	☐	☐	☐
32. Die Sexualität des Patienten in den Vordergrund rücken	☐	☐	☐	☐	☐
33. Dem Patienten helfen, sich an möglichen sexuellen Missbrauch zu erinnern und sich dem zu stellen	☐	☐	☐	☐	☐

C2. Wie verhalten Sie sich gegenüber den Patienten? In welchem Ausmaß stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	überhaupt nicht	wenig	etwas	überwiegend	sehr
1. Ich bin aktiv	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich weiche Aggressionen des Patienten aus	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich drücke meine eigenen Gefühle nicht aus	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich beantworte dem Patienten keine persönlichen Fragen	☐	☐	☐	☐	☐
5. Meine verbalen Einwürfe sind kurz und präzise	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wenn ein Patient fragt, bin ich bereit, mit einem seiner Verwandten zu reden	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich erlaube keine lange Stille	☐	☐	☐	☐	☐
8. Meine persönlichen Meinungen und Umstände schließe ich vollständig aus	☐	☐	☐	☐	☐
9. Mein Umgang mit den Patienten variiert von Patient zu Patient	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich bin bereit, mich dem Patienten über die geplanten und/oder als notwendig erachteten Maßnahmen hinaus zuzuwenden	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich verhalte mich gegenüber dem Patienten eher neutral als persönlich	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	wenig	etwas	überwiegend	sehr
12. Ich möchte nicht, dass der Patient starke Gefühle für mich als Person entwickelt	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich möchte, dass der Patient starke Gefühle entwickelt, um seine Problematik zu bewältigen	☐	☐	☐	☐	☐
14. Meine Spontanität ist für den Patienten wichtig	☐	☐	☐	☐	☐
15. Es ist wichtig, meine Anteil-nahme an den Problemen des Patienten zu zeigen	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich frustriere den Patienten schnell	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich stelle dem Patienten oft Fragen	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich gestehe dem Patienten meine Fehler ein	☐	☐	☐	☐	☐
21. Es ist wichtig, dem Patienten Hoffnung zu geben	☐	☐	☐	☐	☐
22. E ist wichtig, den Therapie-plan einzuhalten meine Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ich gehe mit dem Patienten eher auf die gegenwärtige, nicht auf in der Vergangenheit liegende Situationen ein	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich zweifle an meiner eigenen Fähigkeit, die Gefühlszustände und -ausbrüche des Patienten zügeln zu können	☐	☐	☐	☐	☐
25. Ich informiere den Patienten immer über die therapeutischen Ziele am Anfang einer Therapie	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ich halte mir immer selbst das mit dem Patienten zu erreichende Ziel während stets vor Augen	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ich arbeite am besten mit Patienten, die mir ähneln	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ich vermeide körperlichen Kontakt mit den Patienten	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	wenig	etwas	überwiegend	sehr
29. Ich bevorzuge eine konfrontative Haltung gegenüber dem Patienten	☐	☐	☐	☐	☐
31. Es ist wichtig, dass der Patient seine Lebensziele erreicht	☐	☐	☐	☐	☐

D. Voraussetzungen der Kommunikation und Persönlichkeit

Dieser Abschnitt bezieht sich auf Ihre Einstellung zur Grundlage der Kommunikation mit dem Patienten. Kennzeichnen Sie auf den verschiedenen Skalen die Stelle, die Ihre Position zwischen den beiden Polen kennzeichnet.

D1. Die Kommunikation kann beschrieben werden als ....

Kunst	1	2	3	4	5	Wissenschaft
Handwerk	1	2	3	4	5	freie, kreative Arbeit

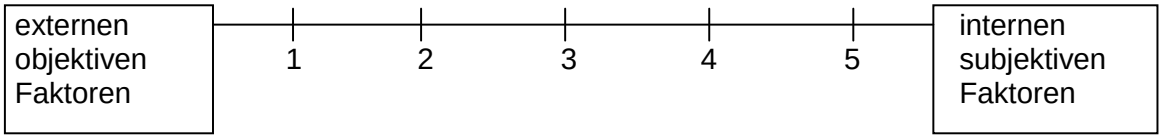
D2. Für die Beherrschung der Kommunikation ist/sind bestimmend....

Training/ Ausbildung	1	2	3	4	5	Persönlichkeit
Intuition	1	2	3	4	5	Systematisches Denken
relative Ansichten	1	2	3	4	5	absolute Überzeugungen
, dass alles verstanden werden kann	1	2	3	4	5	,dass nicht alles verstanden werden kann
emotionale Erfahrung	1	2	3	4	5	intellektuelle Auffassungsgabe
bewusster Prozess	1	2	3	4	5	unbewusster Prozess
Therapieziel	1	2	3	4	5	Lebensziel

D3. Von Natur aus sind Menschen.....

rational	1	2	3	4	5	irrational

D4. Menschliches Verhalten ist dominiert von....



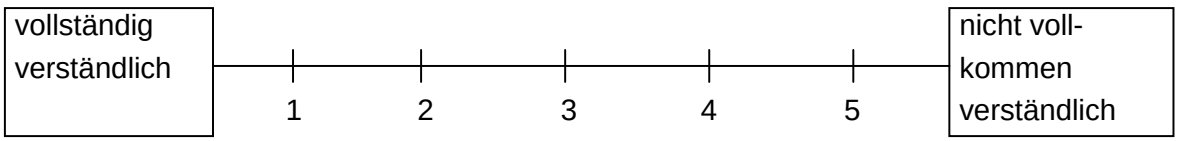
D5. Die Persönlichkeit wird geformt durch ....



D6. Die Persönlichkeit ist vom Grundsatz her....



D7. Die zu Grunde liegenden Prinzipien des menschlichen Verhaltens sind...



D8. Menschen können sich entwickeln....



E. Fragen ohne vorgegebene Antwortkategorien

E1. Was betrachten Sie als Ihre stärkste Seite in ihrer Arbeit?

.....

E2. Was betrachten Sie als Ihre eindeutige Grenze gegenüber dem Patienten?

.....

E3. Was betrachten Sie als das vorrangige Ziel der Arbeit mit dem Patienten?

.....

E4. Was übt Ihrer Meinung nach, den negativsten Einfluss auf das Erreichen dieses Ziels (s. Antwort zu E3.) aus?

.....

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten. Abschließend beantworten Sie bitte einige Fragen dazu, wie Sie sich bei der Beantwortung der Fragen dieses gefühlt haben:

F1. Wären Sie zu einem späteren Zeitpunkt bereit, zu einem persönlichen Interview um die Resultate des Fragebogens weiter zu verfolgen und zu vertiefen?

1. ☐ Ja, ich wäre bereit. 2. ☐ Nein 3. ☐ Ich weiß nicht

F2. In welchem Masse hat Sie das Ausfüllen des Fragebogens angeregt?

Sehr anregend	1	2	3	4	5	überhaupt nicht anregend

F3. Wie ermüdend/langweilig fanden Sie es, den Fragebogen auszufüllen?

Sehr ermüdend	1	2	3	4	5	überhaupt nicht ermüdend

F4. Wie einfach bzw. schwierig war es für Sie den Fragebogen auszufüllen?

Sehr einfach	1	2	3	4	5	sehr schwierig

Hier haben Sie die Gelegenheit, weitere Kommentare zum Fragebogen abzugeben:

.....

.....

.....

.....

.....

Dank

An erster Stelle möchte ich den Mitarbeiter/innen der Kliniken danken, die kontinuierlich die erforderlichen Daten zur Verfügung stellten und bereit waren, neben ihrer täglichen Arbeit den umfassenden Fragebogen zu beantworten.

Bei Herrn Prof. Dr. Fegert bedanke ich mich für die Betreuung dieser Arbeit, seine fachliche Unterstützung, die prompten und konstruktiv-motivierenden Antworten sowie die Flexibilität beim Finden von gemeinsamen Terminen. Herrn PD Dr. Keller danke ich für seine wertvollen Hinweise in methodischen Fragen.

Mein ganz persönlicher Dank gilt meiner Frau Ursula, die mich im privaten Bereich so abschirmte, dass ich in der Lage war, dieser Arbeit den erforderlichen hohen Zeitaufwand zuzuwenden. Ihr und meinen Kindern danke ich dafür, dass sie es tolerierten, dass ich so viel Zeit am Schreibtisch verbrachte.