

Checklisten Lockerungsprognose

Ulrich Kobbé

Einleitung

Einer der im Straf- und Maßregelvollzugsalltag gängigen Prognoseanlässe betrifft die Indikations- bzw. Kontraindikationsstellung von Lockerungen. Während im Strafvollzug die Lockerungen hinsichtlich zeitlicher Fristen, Begleitung, Häufigkeit und Zielsetzungen weitgehend formalisiert und mit entsprechen Durchführungsvorschriften geregelt sind, erweisen sich Lockerungen im Maßregelvollzug als einerseits Behandlungsmaßnahme selbst, andererseits als Ergebnis von Fortschritten in der Therapie. Entsprechend werden Lockerungen nicht »automatisch« nach bestimmten Unterbringungszeiten in festgelegtem Stufenkonzept, sondern in Abhängigkeit vom Unterbringungs- und Therapieverlauf eingesetzt.

Faustformel: Das Maß des Freiheitsentzugs richtet sich nach dem Fortschritt (und Rückschritt!) in der Therapie.

Kritisch anzumerken ist daher, dass in vielen forensischen Kliniken diese Lockerungen – so dann der Jargon auch in offiziellen Dokumenten – »gewährt« werden; was die Wortwahl offenbart, ist eine verbreitete Einstellung, Lockerungen könnten – so die Synonyme von »gewähren« – bewilligt, eingeräumt, gestattet, zugebilligt, zugestanden usw. werden. Die dahinter aufscheinende Einstellung erscheint jedoch nicht nur als obrigkeitsstaatliches Sprachrelikt, sondern offenbart auch Entscheidungsaspekte im Spektrum von Beliebigkeit bis Willkür und ignoriert sowohl den Rechtsanspruch der/des Untergebrachten auf angemessene Lockerung als auch die erforderliche Rationalität bei der Lockerungsentscheidung mit den Voraussetzungen fachlicher und sorgfältiger Indikations- und Prognosestellung.¹

Kriterien

Grundlegende Aspekte der Beurteilung bezüglich des allgemeinen Behandlungsstands, der Lockerungsmissbrauchs- und Deliktrückfallgefährdung sind u. a.

- eine Reduzierung der Krankheitssymptome bzw. symptomatischer Re-/Aktionsmuster,
- eine Stabilisierung – ggf. auch Nachreifung – der Persönlichkeit,
- ein adäquates Krankheits- oder Störungsverständnis mit einem Mindestmaß an – nicht nur medikamentöser, sondern auch therapeutischer – Compliance (vgl. Kobbé, 2001) und an Veränderungsinteresse bzw. -bereitschaft (Commitment),
- die Fähigkeit und Bereitschaft, verbindliche und »tragfähige« (d. h. ein »Nein« ohne Beziehungsabbruch oder anderes Gegenagieren ertragende) Beziehungen zu Behandlern herzustellen (bzw. zuzulassen) und aufrecht zu halten,
- eine hinreichend selbstkritische Auseinandersetzung mit den eigenen deliktrelevanten Anteilen (in den Bereichen Affektivität/Emotionalität, Denken/Urteilen/Entscheiden, Phantasieren, Interaktions-/Beziehungsverhalten, Impulsivität, Alltagshandeln).

Eine grundlegende Zusammenschau und Erörterung lockerungsprognostischer Kriterien, lockerungsorganisatorischer Voraussetzungen, spezifischer Lockerungshindernisse in der Unterbringung nahm Nedopil (2005, 137-146) vor. Eine geeignete Zusammenstellung, systematische Beurteilung und konzeptionell übersichtliche Beurteilung dieser Kriterien ermöglicht der von Weber (1994; 1996) publizierte und untersuchte Rating-Fragebogen.

Für den Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen fordern die Grundsätze der Lockerungsentscheidung:

Bei der Prognoseerstellung sind folgende Dimensionen der Prognose zu beachten:

1. Vorgeschichte (Delinquenz, Absprachefähigkeit, Delikthypothese)
2. Persönlichkeitsquerschnitt und aktuelle Krankheitssymptomatik
3. Verhalten seit der Tatbegehung
4. soziale Perspektive

Die Beachtung der diesen Dimensionen zugeordneten Einzelkriterien ist zusätzlich durch die Benutzung zumindest eines anerkannten, standardisierten und publizierten Kriterienkataloges sicherzustellen. Bei der Prognoseerstellung und der Anwendung der Kriterienkataloge ist auf die Ergebnisse der Eingangsdiagnostik Bezug zu nehmen, um Entwicklungen während der Unterbringung zu berücksichtigen. Insbesondere sind auch risikopräventive Faktoren zu berücksichtigen (LBMRV, 2013, 3-4).

Diese Kriterien folgen den Vorgaben von Rasch (1982; 1984a; b) bezüglich der Fehlerquellen psychiatrisch-psychologischer Prognosen und greifen jene Aspekte auf, wie sie Rasch im institutionellen Kontext des Maßregelvollzugs bei der Erarbeitung eines Beurteilungsbogens gerade unter Gesichtspunkten einer Repräsentativität durch Praxisnähe beriet (Kobbé, 1996, 225-240).²

Checkliste

Eine praxisnahe und ökonomische Checkliste zur Erarbeitung einer Lockerungsprognose verwendet Kastner.³ Die nachfolgend vorgestellte Zehn-Item-Liste greift diese Kriterien und Bewertungsmaßstäbe in z. T. modifizierter Form auf und schlägt folgendes Arbeitsinstrument mit entsprechenden Beispielen⁴ lockerungsgeeigneter (+) bzw. lockerungsungeeigneter (-) Eigenschaften oder Verhaltensweisen vor.

1. Regelkenntnis und Antizipation von Handlungsfolgen

- (+) kann allgemein gültigen sozialen Regeln sowie die Stationsregeln erfassen und kennt die Folgen bei Regelverletzung
- (+) ist in der Lage, weiter in der Zukunft liegende Folgen zu antizipieren (z. B. Folgen einer Entweichung)
- (-) ist kognitiv nicht in der Lage, Regeln zu erfassen und zu behalten (Minderbegabung, organisches Psychosyndrom, floride psychotische Symptomatik)
- (-) ist sprachlich nicht in der Lage, Regeln zu verstehen und zu behalten (manifest unzureichende oder fehlende Deutschkenntnisse)

2. Kooperation und Compliance

- (+) ist mit den stationären Gegebenheiten zufrieden und nimmt am Stationsleben teil, hat kein ersichtliches Motiv/keine feststellbare Bereitschaft für eine Entweichung
- (+) hat keine wesentlichen – wiederholten oder anhaltenden – Konflikte mit Mitpatienten oder MitarbeiterInnen des Behandlungsteams
- (+) sieht – zumindest weitgehend – die Notwendigkeit der stationären Unterbringung und einer (medikamentösen, psychotherapeutischen ...) Behandlung ein (Delikt- bzw. Krankheitseinsicht)
- (-) opponiert mehr oder weniger gegen den Aufenthalt
- (-) zeigt keine Empathie, kümmert sich nicht um andere und respektiert deren Bedürfnisse/Interessen nicht
- (-) verleugnet wesentliche Probleme, fühlt sich fehlbeurteilt/deplaziert

- (-) äußert wiederholt Wünsche nach sofortiger Verlegung/Entlassung oder nach unrealistischen Lockerungen
- (-) eigenmächtiges Absetzen der Medikamente, lässt Medikamente verschwinden, fordert ständig Medikamentenreduzierung ein

3. Impuls- und Emotionskontrolle

- (+) kann mit Ärger, Frustration und/oder Angst alleine oder mit Unterstützung angemessen umgehen, Spannung hinreichend regulieren
- (+) ist in der Lage, Bedürfnisse/Wünsche aufzuschieben
- (+) ist in der Lage, Ambivalenz auszuhalten
- (+) geringe oder keine Tendenz zu unüberlegten Handlungen
- (+) trägt Auseinandersetzungen adäquat aus
- (-) verfügt nur über wenige und/oder ineffiziente Coping-Strategien
- (-) ist in Spannungs-/Krisenmomenten auf Sprachebene nicht mehr erreichbar
- (-) neigt dazu, spontan einschießende Ideen/Impulse umgehend und/oder unreflektiert zu realisieren

4. Regeleinhaltung

- (+) ist in der Teilnahme an den Therapien verlässlich
- (+) hält Termine pünktlich ein
- (+) hält sich an die Stationsregeln
- (-) verhält sich passiv bzw. wurde inaktiver, distanziert sich vom Stationsalltag
- (-) übernimmt keine Verantwortung für eigenes Verhalten (externalisiert)
- (-) betreibt Handel mit Waren/Suchtmitteln, macht »Geschäfte«
- (-) ist in tätliche oder massive verbale Auseinandersetzungen verstrickt

5. Beziehung zum Behandlungsteam (Offenheit und Transparenz)

- (+) spricht über Probleme und Wünsche
- (+) zeigt und artikuliert unterschiedliche Gefühle
- (+) gibt offene Auskunft
- (+) akzeptiert Mitglieder des Behandlungsteams prinzipiell als Bezugspersonen
- (+) verfügt – zumindest grundsätzlich – über Krankheitseinsicht
- (-) verleugnet oder bagatellisiert eigene oder vorherige Gewalttätigkeiten, Konflikte, Regelverletzungen
- (-) bricht die Beziehung zu Behandlern immer wieder ab

- (-) löst Konflikte nicht auf therapeutischer Ebene, sondern wählt den Weg der Beschwerde über das therapeutische Team
- (-) entwertet Mitglieder des Behandlungsteams und/oder MitpatientInnen

6. Destabilisierende aktuelle interne Stressoren

- (+) Heimweh
- (+) Ärger über MitpatientInnen und/oder Mitarbeiter
- (+) fühlt sich unter Druck oder den Anforderungen (z. B. Tagesstruktur, Geldverwaltung) nicht gewachsen
- (+) hat Ängste, gestellte Anforderungen nicht zu schaffen, indem er/sie sich diesen nicht stellt (Vermeidung)
- (+) fühlt sich bedroht/in Frage gestellt
- (+) aktueller Suchtdruck
- (+) aktueller Beziehungsabbruch durch Verwandte oder Bekannte
- (-) ist emotional weitgehend ausgeglichen

7. Destabilisierende aktuelle externe Stressoren

- (+) erfolgte/bevorstehende Verlegung
- (+) drohende Abschiebung, ungeklärter Aufenthaltsstatus
- (+) absehbare Unterbrechung der Unterbringung oder Erledigung der Maßregel
- (+) Probleme in der Ursprungsfamilie (z. B. schwere Erkrankung eines Familienmitglieds)
- (+) Probleme mit einzelnen MitpatientInnen (z. B. Schulden, Streit, Beziehungsstress etc.)
- (-) ausgeglichenes Stationsklima
- (-) konfliktfreie therapeutische Gemeinschaft

8. Aktive Krankheitssymptome

- (+) floride psychotische Symptomatik
- (+) Grad der Persönlichkeitsstörung
- (+) stabiler, unkorrigierbarer Wahn
- (+) Ausmaß eines organischen Psychosyndroms, einer Intelligenzmin- derung
- (-) gutes Ansprechen auf pharmakologische Behandlung

9. Hohes Risiko aus Delikt

Die Beurteilung dieses Items kann nur personen- und tatspezifisch erfolgen und muss individuelle Faktoren vor dem Hintergrund der Basisrückfallraten (hier zur Orientierung nach Nedopil, 2006) berücksichtigen.

Delikt	Rückfallrate
Tötung	0-3%
Brandstiftung	10-25%
Raub	10-25%
Vergewaltigung, sexuelle Nötigung	10-25%
KV	25-50%
Eigentumsdelikte	25-50%
Sexualdelikt ohne Gewalt	25-50%

10. Regelverletzungen in der Vergangenheit

- (+) Wiederholte Verletzung der Stationsregeln
- (+) Grenzüberschreitendes Verhalten
- (+) Frühere Behandlungsabbrüche
- (+) Früherer Lockerungsmisbrauch
- (+) Vorherige Entweichungen
- (+) Bisheriger Bewährungswiderruf
- (+) Erfolgte Erledigung der Maßregel

Risikoabschätzung

Rating

- Optimaler Beobachtungs-/Beurteilungszeitraum für Items 1-8: letzte vier Wochen vor dem aktuellen Rating
- Sind bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Durchsetzung von Bedürfnissen/Wünschen) durch äußere Bedingungen eingeschränkt, ist dies mit nicht beurteilbar zu bewerten
- Bei mehr als drei nicht beurteilbaren Items (x) sollte das Rating abgebrochen und die Lockerungsindikation überprüft werden.
- Items sind als teilweise zu bejahen, wenn die Kriterien zu einem Teil erfüllt sind, jedoch nicht in einem Ausmaß, das eine klare Zuordnung zu ja (+) oder nein (-) ermöglicht.

Item 1-5		Item 6-10	
(+) ja	0 Punkte	(+) ja	2 Punkte
teilweise	1 Punkt	teilweise	1 Punkt
(-) nein	2 Punkte	(-) nein	0 Punkte
nicht beurteilbar	-x-	nicht beurteilbar	-x-

Beurteilung

Item	Punkte
1 Regelkenntnis und Antizipation von Handlungsfolgen	
2 Kooperation und Compliance	
3 Impuls- und Emotionskontrolle	
4 Regeleinhaltung	
5 Beziehung zum Behandlungsteam (Offenheit und Transparenz)	
6 Aktuell destabilisierende innere Stressoren	
7 Aktuell destabilisierende externe Stressoren	
8 Aktive Krankheitssymptome	
9 Hohes Risiko aus Delikt	
10 Regelverletzungen in der Vergangenheit	
Σ Gesamtpunktwert	

Vorläufige Risikoabschätzung⁵

0- 6 Gesamtpunkte	0-30%	geringes Risiko
7-13 Gesamtpunkte	31-65%	mittleres Risiko
> 13 Gesamtpunkte	> 65%	hohes Risiko

Schlussbemerkung

Die Checkliste stellt – wie bereits erwähnt – lediglich ein Arbeitsinstrument dar, das systematisch Informationen über vermutlich lockerungsprognostisch relevante Sachverhalte als Entscheidungsgrundlage erfragt und i. S. einer Übersicht über die von Rasch skizzierten Dimensionen

- 1) der Vorgeschichte,
 - 2) des Persönlichkeitsquerschnitts und der aktuellen Symptomatik,
 - 3) des Verhaltens in der Unterbringung und zur Therapie sowie
 - 4) der ggf. vorhandene sozialen Perspektive(n) zur Verfügung stellt.
- Dabei differenziert die Checkliste nicht nach Lockerungsanlässen (Ausgang mit/ohne Begleitung, Beurlaubung), gewichtet die jeweiligen Ratings nicht, sondern garantiert lediglich eine systematische Generierung relevant erscheinender Informationen. Dass die jeweiligen Items lockerungsrelevant sind, belegen die andernorts anhand von $n = 170$ Fällen für unterschiedliche Lockerungsstufen diskriminanz- und regressionsanalytisch bestätigten Kriteriengerüste (Kobbé, 1996, 327-

339) und die regressionsanalytische Untersuchung deren Relevanz für die Lockerungsentscheidung (ebd., 362-367) und den Miss-/Erfolg der Lockerungsmaßnahme (ebd., 405-414).

Anmerkungen

- ¹ Entsprechend wurde im Kontext einer interdisziplinären Prognoseberatung für eine tatsächlich innovative Korrektur gängiger institutioneller Lockerungspraxis u. a. gefordert, gerade auch die von den Behandlern nicht für verantwortbar gehaltenen Fälle neu zu beraten (Kobbé, 2006c, 2), um eine korrigierende Diskussion der institutionellen Routinen und Bedingungen taktischer Lockerungsplanung zu ermöglichen.
- ² Eine interdisziplinäre Beforschung einer Formalisierung der Lockerungsentscheidung (Kobbé, 1989; 1990; Kobbé & Schmitz, 1988) anhand dieser checklistenartig abgefragten Lockerungskriterien nach einem Sechs-Jahres-Intervall bestätigte deren Qualität und Praktikabilität mit entsprechenden Verbesserungshinweisen (Albrecht et al., 1991; 1993; Schumann et al., 1993).
- ³ Dieses Arbeitsinstrument wurde bislang bedauerlicherweise weder publiziert noch gelang es, mit der Autorin für einen Beitrag wie diesen in Kontakt zu treten. Der ersatzweise eingesprungene Bearbeiter (UK) dankt Frau Kastner auf diesem Wege für die vor Jahren überlassenen Resultate einer praxisbezogenen Strukturierung forensischen Handlungswissens.
- ⁴ Die unten aufgeführten Beispiele sind lediglich als Orientierungshilfen und *nicht* taxativ (!) zu verstehen.
- ⁵ Diese Vorgabe Kastners dient lediglich der prozentualen Gewichtung der Gesamtpunktzahl, indem auf die – mehr oder weniger große – Anzahl auffälliger Items aufmerksam gemacht, eine pauschale Vorannahme über das Lockerungsrisiko zur Verfügung gestellt und bei Erreichen eines zu definierenden *Cut-offs* (30%, 65%), sprich, des eingegangenen Risikolevels ggf. ein Abbruch der Lockerungsdiskussion vorgenommen wird. Eine empirisch abgesicherte Risikokalkulation stellt dies mitnichten dar, immerhin aber eine erste systematische Überprüfung des ggf. noch vagen Eindrucks, der/die Patient/in sei lockerungsgeeignet.