



Die Relevanz eines kohärenten forensischen Beurteilungs- und Behandlungsprozesses

Grenzen der allgemeipsychiatrischen Diagnosesysteme ICD und DSM für die forensische Fallkonzeption

Bernd Borchard^{1,2,3} · Juliane Gerth^{1,4}

Eingegangen: 15. August 2019 / Angenommen: 3. Februar 2020 / Online publiziert: 31. März 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung

Das Ziel einer therapeutischen Maßnahme bei Straftätern ist gemäß Gesetzesgrundlage die Reduktion der Gefahr erneuter „erheblicher rechtswidriger Taten“ (§§ 63 und 64 StGB, Deutschland) bzw. mit dem „Zustand des Täters in Zusammenhang stehender Taten“ (Art. 59 und 63 bzw. Art. 60 für Abhängigkeiten StGB, Schweiz). Um dieses Ziel zu erreichen, ist ein kohärenter Prozess notwendig, der die Fallkonzeption (inkl. Diagnostik und Hypothese zum Deliktmechanismus), Behandlungsplanung und -Behandlungsevaluation umfasst. Im Rahmen des ersten Schrittes muss herausgearbeitet werden, ob überhaupt eine Behandlungsbedürftigkeit des Straftäters vorliegt. Diese ergibt sich aus dem Risiko für erneute schwerwiegende Taten sowie aus den Behandlungsmöglichkeiten der damit zusammenhängenden forensisch relevanten Auffälligkeiten des Straftäters. Aus einer breiten wissenschaftlichen Befundlage geht hervor, dass solch eine Behandlungsbedürftigkeit mitnichten nur im allgemeipsychiatrischen Sinne psychisch Kranke und schon gar nicht ausschließlich schuldunfähige Straftäter aufweisen. Vielmehr können weitere *deliktrelevante persönlichkeitsnahe Risikofaktoren*, die einer wirksamen Behandlung grundsätzlich zugänglich sind, kausal im Zusammenhang mit Delinquenz und Rückfälligkeit stehen.

In der aktuellen Rechtsprechung in Deutschland und der Schweiz spiegelt sich diese Erkenntnis nicht wider. Im Gegenteil: Voraussetzung für die Anordnung einer therapeutischen Maßnahme ist das Vorliegen einer „schweren psychischen Störung“ gemäß ICD/DSM und in Deutschland zusätzlich die verminderte Schuldfähigkeit oder Schuldunfähigkeit.

✉ Dr. rer. nat. Bernd Borchard
bernd.borchard@uni-konstanz.de,
borchard@praxis-psychotherapie-gutachten.de

Dr. rer. nat. Juliane Gerth
juliane.gerth@ji.zh.ch

¹ Fachbereich Psychologie, Fach 47, Universität Konstanz,
78457 Konstanz, Deutschland

² Praxis für Psychotherapie und Begutachtungen Hamburg, Am
Kaiser Kai 69, 20457 Hamburg, Deutschland

³ Praxis für Psychotherapie und Begutachtungen,
Hagenholzstr. 83b, 8050 Zürich, Schweiz

⁴ Justizvollzug und Wiedereingliederung Kanton Zürich,
Hohlstraße 552, 8090 Zürich, Schweiz

Diese Eingrenzung blendet die Behandlungsbedürftigkeit eines bedeutsamen Teils der Straftäterpopulation aus und untergräbt damit, was die Forensik zu leisten im Stande wäre: differenziert deliktorientiert zu therapieren. Verfahren wie das Forensische Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluationssystem (FOTRES 3) können gegenüber allgemeinpsychiatrischen Kriterienkatalogen einen inkrementellen Beitrag zur dafür notwendigen forensischen Diagnostik liefern. Erste empirische Befunde dazu werden im Artikel vorgestellt.

Schlüsselwörter Forensische Diagnostik · Psychische Störung · Forensische Fallkonzeption · Straftäterbehandlung · Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluationssystem (FOTRES)

The relevance of a coherent process in forensic diagnostics and treatment

Limitations of the general psychiatric diagnostic systems ICD and DSM for forensic case formulation

Abstract

According to the jurisdictions of Germany and Switzerland, the aim of a court-ordered therapeutic intervention for offenders is to reduce the risk of repeated “substantial unlawful acts” (§§ 63 and 64 Penal Code, StGB Germany) or “acts related to the state of the offender” (Art. 59, 63 and also 60 for dependencies, StGB Switzerland). This requires a coherent process that includes a forensic case formulation, which comprises diagnostics and a hypothesis about the offense mechanism, treatment planning as well as treatment evaluation. This process requires assessment of the offender’s need for treatment, resulting from the individual risk of serious reoffending and treatment potential of identified offense-related, forensically relevant issues. Broad scientific evidence suggests that such a need for treatment is not exclusively restricted to mentally ill offenders or offenders who are (partially) exempt from criminal responsibility. Rather, further so-called personality and offense-related risk factors may also be included in the cause for delinquency and recidivism and should constitute treatment targets; however, these findings are not reflected in the current jurisdictions of Germany or Switzerland. On the contrary, the prerequisite for ordering a therapeutic intervention is the presence of a severe mental health disorder, according to the ICD and DSM manuals and additionally in Germany another criterion is diminished or lack of criminal responsibility of the offender; however, this limitation ignores the need for treatment of a significant part of the offender population and undermines the ability of forensic psychotherapy to successfully treat offenders in a differentiated and offense-oriented manner. To overcome the limitations of the ICD/DSM, forensic tools, such as the forensic operationalized therapy/risk evaluation system (FOTRES 3) can incrementally contribute to risk-related diagnostics and case formulation processes. Initial empirical results on the validity of this approach are presented in this article.

Keywords Forensic diagnostics · Mental disorder · Forensic case formulation · Offender treatment · Forensic operationalized therapy/risk evaluation system (FOTRES)

Einleitung

Eine therapeutische Maßnahme bei Straftätern¹ soll angeordnet werden, wenn die Strafe allein nicht ausreicht, die Gefahr eines Rückfalls zu verringern. Während dies in Deutschland, wie auch in vielen anderen Ländern, ausschließlich bei gleichzeitigem Strafaufschub bzw. alternativ zu einer Freiheitsstrafe über die gerichtliche Anordnung einer stationären Therapie gemäß §§ 63 und 64 StGB möglich ist, kann dies in der Schweiz über die Art. 59 und 60 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) zur stationären Behandlung hinaus auch im Rahmen des Art. 63

StGB bei gleichzeitiger Verhängung einer Freiheitsstrafe geregelt werden.

Unabhängig von der Art der Behandlung (ambulant während des Vollzugs oder stationär) muss in der Schweiz als Voraussetzung für die Anordnung der Therapie eine „schwere psychische Störung“ beim Straftäter vorliegen, die im Zusammenhang mit dem Tatgeschehen steht. In Deutschland ist zusätzlich erschwerend die Verminderung oder Aufhebung der Schuldfähigkeit des Straftäters gefordert. Im Rahmen der Beurteilung der zwei genannten Sachverhalte wird ein unabhängiger Sachverständiger – ein forensischer Experte – beauftragt.

Nach wie vor wird parallel zur bestehenden Rechtspraxis dabei in beiden Ländern um eine angemessene Definition darüber gerungen, was mit einer „schweren psychischen Störung“ gemeint ist. In der Schweiz wird im Rahmen eines wenig differenziert begründeten Konsenses das Vorliegen einer „schweren psychischen Störung“ mit einer

¹ Obwohl aus Gründen der besseren Lesbarkeit im Text zur Bezeichnung von Personen die maskuline Form gewählt wird, beziehen sich die Angaben selbstverständlich auf Angehörige beider Geschlechter. Die Formulierung „Straftäter“ bezieht daher explizit auch Straftäterinnen mit ein.

bestimmten Ausprägung einer psychischen Störung gemäß der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD; World Health Organization 2004) oder dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association 2013) gleichgesetzt. In Deutschland wird der Umweg über das tatzeitnahe Vorliegen einer psychischen Störung nach ICD/DSM, die den Merkmalen einer „krankhaften seelischen Störung“, einer „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“, dem „Schwachsinn“ oder einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ zuzuordnen ist, zur Beurteilung von tatzeitnaher Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit gegangen.

Was zunächst durch die Verknüpfung der psychischen Störung nach ICD/DSM mit der Forderung nach einer Therapie folgerichtig klingt, erweist sich bei näherer Betrachtung des explizit formulierten Auftrags der Therapie – nämlich eine Reduktion des Rückfallrisikos (Deutschland: §§ 63 und 64 Abs. 2 in Verbindung mit § 67d StGB; Schweiz: Art. 59, 1b StGB, Art. 63, 1b StGB) zu erzielen – als undifferenziert und unvollständig. Ist nämlich die Reduktion des Risikos Ziel der Therapie, muss anerkannt werden, dass auch andere Eigenschaften des Täters als eine diagnostizierte psychische Störung nach ICD/DSM ein Risiko bergen können, wodurch das Vorliegen einer solchen Störung, entgegen der aktuellen Handhabung, zwar noch eine mögliche, nicht aber eine notwendige Bedingung für die gerichtliche Anordnung einer Therapie bei Straftätern sein kann.

Der Begriff der psychischen Störung nach ICD/DSM, d. h. im Sinne einer allgemeinspsychiatrischen Diagnose, hat somit im aktuellen rechtlichen Kontext eine weitreichende Bedeutung. Er ist entscheidend dafür, wie in der Praxis mit einem Straftäter umgegangen wird, ganz unabhängig davon, ob die tatsächlich deliktrelevanten Risikofaktoren darüber abgebildet werden können oder nicht. Das kann in der Praxis zu zwei problematischen Konsequenzen führen: (1) Bei fehlender allgemeinspsychiatrischer Diagnose werden Straftäter trotz einer deliktpräventiven Therapie zugänglichen Gefährlichkeit nicht behandelt. (2) Es werden allgemeinspsychiatrische Diagnosen als Therapiegrundlage benannt, die entweder nicht zutreffen oder nicht (allein) risikorelevant sind.

Es muss daher kritisch hinterfragt werden, ob allgemeinspsychiatrische Störungen nach ICD/DSM für sich genommen eine angemessene Grundlage für den forensischen Kontext und die in diesem Zusammenhang anstehenden diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen bilden. Falls nicht, wären eine Ausdifferenzierung und Reinterpretation des Begriffs „schwere psychische Störung“ im Sinne des deklarierten Therapieziels die Alternative, sodass Störung hier nicht mehr ausschließlich als ICD- oder DSM-Diagnose verstanden wird, sondern als Gesamtbild der deliktrelevanten persönlichkeitsnahen

Risikofaktoren eines Menschen, die allgemeinspsychiatrisch bedeutsame Elemente enthalten können, aber nicht müssen.

Dieser Konflikt führt seit mehreren Jahren zu einer entsprechenden fachlichen Kontroverse unter psychiatrischen und psychologischen Sachverständigen und Behandlern über die Auslegung des Begriffs der psychischen Störung bei der Beurteilung und Behandlung von Straftätern. So beanstanden die einen, wie der vorliegende Artikel, dass allgemeinspsychiatrische Diagnosen allein das Behandlungsbedürfnis von Straftätern nicht abbilden können (z. B. Urbaniok et al. 2016), was andere wiederum dazu veranlasst, vor einer Aufweichung oder „Psychiatisierung“ des Maßnahmenrechts zu warnen (Kunz et al. 2004; Heer und Habermeyer 2013) und strenge Voraussetzungen für die richterliche Anordnung therapeutischer Maßnahmen zu fordern (Heer und Habermeyer 2013).

Zwei Gegenargumente sollen hier bezüglich der Sorge vor „Psychiatisierung“ fokussiert werden: (1) Eine umfangreiche empirische Grundlage weist eindrücklich aus, dass häufig nicht (nur) eine psychische Störung nach ICD/DSM, sondern andere deliktrelevante persönlichkeitsnahe Faktoren risiko- und rückfallrelevant sind. Die Berücksichtigung solcher klinisch-forensischen risikorelevanten Tätereigenschaften für die Behandlungsbedürftigkeit würde daher eine Reduktion, nicht eine Ausweitung, der Bedeutung allgemeinspsychiatrischer Konzepte in der Forensik mit sich bringen und müsste daher entsprechend im Sinne der erwähnten Kritiker sein. (2) Da genau aber diese Empirie im aktuellen Maßnahmenrecht nicht berücksichtigt wird, ist eher davon auszugehen, dass die „Psychiatisierung“ der Straftäterpopulation schon im vollen Gange ist und eben gerade nicht durch eine differenziertere Auseinandersetzung mit dem Begriff der „schweren psychischen Störung“ befürchtet werden muss. Schließlich führt die aktuelle Rechtsprechung in der Praxis dazu, dass teils händeringend nach einer ICD- oder DSM-Diagnose gesucht wird, um einen Straftäter deliktorientiert therapieren zu dürfen. Am berühmtesten ist hierfür wohl die im forensischen Bereich fast tautologisch anmutende dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD F60.2), die bei „unklaren“ Fällen auch gern in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung vom Typ der emotionalen Instabilität (ICD F60.3) diagnostiziert wird. Erklärt sind die Fälle damit meist nicht, und wie eine angemessene deliktorientierte Therapie zur Risikoreduktion aussähe, bleibt unklar.

Auch die häufig formulierte Aussage, dass eine offizielle forensische Konzeptualisierung einer Maßnahmebedürftigkeit über die Grenzen einer allgemeinspsychiatrischen Störung hinaus einer Aufweichung des Maßnahmenrechts gleichkommen würde, hat nur eine rein definitorische Berechtigung im Rahmen der aktuellen Rechtsprechung und ist, wie oben genannt, empirisch überholt. Hinter der Kritik am aktuellen Vorgehen steht nicht die Idee einer unspezifi-

schen Ausweitung der Maßnahmebedürftigkeit, sondern die Notwendigkeit einer gezielten Ausdifferenzierung von forensischen Konzepten und Kriterien, um der Spezifität der forensischen Population gerecht zu werden. Ziel ist die angemessene und effektive deliktpräventive Behandlung von Straftätern, um auf eine seit Jahren vorliegende robuste wissenschaftliche Befundlage zu reagieren, Straftäter – bei Indikation – angemessenen Maßnahmen zuordnen zu können und nicht Gefahr zu laufen, die Behandelbarkeit eines Risikos zu übersehen oder daran „vorbeizuthrapieren“.

Bezüglich der geforderten „Strenge“ bei der Maßnahmenvergabe sei angemerkt, dass dieser Begriff zweierlei Bedeutung haben kann. Wenn „streng“ hier transparent, nachvollziehbar, möglichst reliabel und valide meint, dann sprechen sich auch die Ausführungen in diesem Artikel für eine Strenge bei Empfehlungen zur Maßnahmeanordnung aus und treffen damit den Kern der Kritik an einer leichtfertigen Übertragung der Allgemeinpsychiatrie auf die Praxis der forensischen Disziplin. Wenn „streng“ aber im Sinne einer fortgeführten Einschränkung auf psychische Störungen nach ICD/DSM zu verstehen ist, dann ist dies aus unserer Sicht fachlich bedenklich und führt vor dem Hintergrund des zu beurteilenden Kriteriums – nämlich dem Rückfallrisiko für delinquentes Verhalten – zu einer unvollständigen, häufig fehlerhaften Einschätzung.

Zusammengefasst ist es ungeeignet, nur die dichotome Ausprägung einer psychischen Störung nach herkömmlichen diagnostischen Klassifikationssystemen einerseits und, vermeintlich entsprechend, die Gefährlichkeit andererseits zu beurteilen. Die Grundfrage scheint vielmehr zu sein: Welches Störungsbild eines Menschen – über die Grenzen der Allgemeinpsychiatrie hinaus definiert – verursacht eine Gefährlichkeit im Zusammenhang mit bestimmten Delikten und kann dieses Störungsbild durch therapeutische Interventionen signifikant reduziert oder in seinen risikorelevanten Auswirkungen gelindert werden? Um sich der Beantwortbarkeit dieser Frage anzunähern, sollen im Folgenden drei damit zusammenhängende Probleme diskutiert werden.

Problem 1: Allgemeinpsychiatrische Diagnosen nach ICD/DSM weisen eine fragliche Reliabilität und Validität auf.

Problem 2: Allgemeinpsychiatrische Diagnosen und delinquentes Verhalten bzw. Rückfälligkeit weisen einen fraglichen Zusammenhang auf.

Problem 3: Der Fokus, mit dem die Diskussion über die Behandlungsbedürftigkeit der Straftäterpopulation aus psychiatrischer Sicht häufig geführt wird, ist kritisch zu hinterfragen.

Problem 1: Allgemeinpsychiatrische Diagnosen nach ICD/DSM weisen eine fragliche Reliabilität und Validität auf

Die Entwicklung von Klassifikationssystemen ist eine nützliche Methode, um die Komplexität eines Sachverhaltes zu reduzieren, Objektivität und Transparenz zu erhöhen und eine gemeinsame Sprache über Bedeutung und Nutzen zu finden. Das gilt natürlich auch für den Bereich der psychischen Störungen. Auch die Therapie psychischer Störungen kommt nicht ohne Klassifikation aus. Um eine möglichst zutreffende Beurteilung vorzunehmen, ist eine explizite Klassifikation besser als ein implizites, nichtoperationalisiertes und damit nichtobjektives und -überprüfbares Vorgehen (Margraf 2018). Auch in der forensischen Psychologie und Psychiatrie geht es in einem ersten Schritt darum, das deliktrelevante Störungsbild eines Täters möglichst präzise und nachvollziehbar zu identifizieren. Daher gilt in der Forensik, wie auch in verwandten Feldern: Operationalisierte Kriterien und der Verzicht auf „überlebte“ Theorien (wie z. B. die Gleichsetzung von Krankheit und Gefährlichkeit) können die Reliabilität von für die Forensik relevanten Diagnosen verbessern.

Um kohärente Schlüsse für eine Therapieindikation und Therapieplanung ziehen zu können, ist aber nicht nur die Reliabilität, sondern auch die Validität eines solchen Systems von Bedeutung. Mit anderen Worten, es hilft nicht, wenn alle über dasselbe reden, das Thema aber verfehlen. Ein Beispiel sind die frühen kriminalbiologischen Theorien von Cesare Lombroso (1894), die zunächst eine Klassifikation von Straftätern anhand äußerer Körpermerkmale hervorbrachten und damit zu einer klaren Tätertypologie führten. Diese war zwar verlässlich anzuwenden, erwies sich zur Identifikation von „Verbrechern“ in der Allgemeinbevölkerung aber als wenig zielführend.

Die Fortschritte der kategorialen Diagnostik in Bezug auf Transparenz, Objektivität und Reliabilität vermögen also nicht automatisch auch Unzulänglichkeiten bezüglich Validität und Spezifität dieser Systeme zu beheben. Zwar erhöht eine hohe Reliabilität auch die Chance auf eine hohe Validität, ist aber kein Garant dafür. Zu Recht halten Heer und Habermeyer (2013, S. 39) für den forensischen Bereich fest, dass die Diagnose, an der sich das Gericht bei Anordnung einer ambulanten oder stationären Maßnahme orientiert, in allen Teilen nachvollziehbar sein und sich auf ein zuverlässiges und valides Klassifikationssystem beziehen muss. Die für diesen Zweck zur Verfügung stehenden offiziell anerkannten Systeme, anhand derer aktuell die Übersetzungsarbeit zwischen dem juristischen und psychiatrischen Verständnis einer schweren deliktrelevanten psychischen Störung geleistet wird – namentlich die ICD und das DSM – weisen jedoch grobe Mängel im Allgemeinen sowie im Spezifischen für diesen Auftrag auf.

Im Folgenden seien zunächst die seit Jahrzehnten bestehenden konzeptuellen und methodischen Kritikpunkte, die die Reliabilität und Validität der Systeme im Allgemeinen infrage stellen, exemplarisch anhand des für die Forensik oft relevanten ICD-Kapitels der Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F6), die in der forensischen Psychiatrie eine zentrale Rolle spielen (Fazel und Danesh 2002; Stieglitz und Freyberger 2018), aufgeführt:

- Die Kategorien und Kriterien der Persönlichkeitsstörungen gemäß ICD-10 wurden nicht empirisch ermittelt und stimmen oft nicht überein mit Befunden aus Cluster- und Faktorenanalysen (Westen und Shedler 1999).
- Die Eingangskriterien sind nicht operationalisiert und weisen z. T. einen großen Interpretationsspielraum auf. Dies trifft z. B. auf den Begriff „tiefgreifend“ zu (Stieglitz und Freyberger 2018).
- Bei keiner Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 besteht Übereinstimmung mit der entsprechenden Diagnose im DSM-5. Einzelnen Persönlichkeitsstörungen wie der dissozialen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die im forensischen Setting eine hohe Prävalenz aufweisen (Fazel und Danesh 2002), liegen sogar stark voneinander abweichende Konzeptionen zugrunde (Stieglitz und Freyberger 2018). Es existiert darüber hinaus keine Evidenz dafür, dass es, wie es die ICD-10 noch annimmt, eine abschließende Anzahl von Persönlichkeitsstörungen gibt (Hopwood et al. 2018).
- Die dichotome Einteilung der Kriterien in „vorhanden“ resp. „nichtvorhanden“ ist künstlich, und es besteht keine Gewichtung der Kriterien bezüglich ihrer Relevanz (Stieglitz und Freyberger 2018).

Solche Kritik trifft nicht nur die ICD. Für das DSM ist ebenso bekannt, dass Reliabilität wie Validität bis heute nicht zufriedenstellend sind (Cooper 2014). So hat die „Interrater“-Reliabilität mit der Einführung des DSM-5 in Feldversuchen sogar wieder abgenommen (nur 3 der DSM-5-Diagnosen weisen κ -Werte $>0,6$ auf), was bedenkenwerterweise zu Überlegungen geführt hat, an methodischen Standards zu rütteln und das Kriterium für eine befriedigende Reliabilität deutlich nach unten, auf 0,4, abzusenken (Margraf 2018). Dass das keine Lösung sein kann, weil eine niedrige Reliabilität sich natürlich nach wie vor auf die Validität auswirkt bzw. auswirken wird, zeigt z. B. eine aktuelle Studie zur Validität der Diagnose einer pädophilen Störung gemäß DSM-IV-TR (Mokros et al. 2018): Vor dem Hintergrund der kritischen Interrater-Reliabilität und geringen Prävalenz des Störungsbildes ist davon auszugehen, dass ein Drittel der gestellten Diagnosen nicht zutreffend ist und dieses Ergebnis höchstwahrscheinlich aufgrund ganz ähnlicher Reliabilitäts- und Prävalenzkennwerte auch auf weitere Störungsbilder übertragbar ist.

Laut der World Health Organization (World Health Organization 2018) steht die Ablösung der ICD-10 durch die ICD-11 kurz bevor. Lautgewordene Kritik bezüglich der bisherigen Taxonomie von Persönlichkeitsstörungen wurde rezipiert und mündete in dem Ziel ihrer Auflösung.

Prinzipiell ist die Entwicklung hin zu einem dimensional Verständnis von Persönlichkeitsstörungen sehr wertzuschätzen. Dies einerseits vor dem Hintergrund der kritischen Validität der bisherigen Konzeptualisierungen und andererseits in Bezug auf die damit einhergehende Fokussierung auf eine phänomenologische, symptomorientierte und damit interventionsbezogene Beurteilungsebene (im Gegensatz zur Erfassung übergeordneter dichotomer Störungen), die für die therapeutische Arbeit längst überfällig ist. Eine Verbesserung der Systematik der bestehenden allgemeinpsychiatrischen Störungsbilder löst jedoch noch nicht automatisch die Gesamtproblematik der nachvollziehbaren Indikation für forensische, therapeutische Maßnahmen, wenn das System als solches die Beurteilung der inhaltlichen in der Forensik im Fokus stehenden Fragestellung gar nicht vorsieht. Anders ausgedrückt: Sei ein Klassifikationssystem auch noch so sehr in der Lage, allgemeinpsychiatrische Störungsaspekte zu systematisieren, so wird es doch nicht in jedem Fall hilfreich zur Einschätzung forensisch-klinischer Fragestellungen sein.

Problem 2: Allgemeinpsychiatrische Diagnosen und delinquentes Verhalten bzw. Rückfälligkeit weisen einen fraglichen Zusammenhang auf

Bis heute gibt es eine Vielzahl von empirischen Studien, die darauf hinweisen, dass das Vorliegen einer psychiatrischen Krankheit nicht immer in einem kausalen Zusammenhang zur Delinquenz steht, sondern es wahrscheinlicher ist, dass andere, in der Literatur häufig als kriminogene Faktoren bezeichnete, Eigenschaften deliktrelevant sind. So zeigte sich beispielsweise in einer Stichprobe von $n=220$ aus den USA, in der die Hälfte der Straftäter an einer psychiatrischen Erkrankung litt, dass die psychiatrische Störung nur in 7% der Fälle mit dem kriminellen Verhalten assoziiert war. Unabhängig von der Störung waren für die meisten Täter Eigenschaften wie Feindseligkeit, Enthemmung oder emotionale Reaktionsbereitschaft deliktrelevant (Peterson et al. 2010). In einer repräsentativen Stichprobe aus den Niederlanden ($n=6646$) zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen psychiatrischer Erkrankung und Gewalt seine signifikante Bedeutung verlor (außer bei Substanzmissbrauch), sobald andere Faktoren wie z. B. eigene Gewalterfahrungen in die Analysen miteinbezogen wurden (ten Have et al. 2014). Ähnliche Ergebnisse über kriminogene Faktoren fanden beispielsweise auch El-

bogen et al. (2016; $n=34653$; USA) sowie Chang et al. (2015; $n=47326$; Schweden) spezifisch für Rückfälligkeit mit einem Gewaltdelikt: Bei nur 20 bzw. 40% (bei männlichen resp. weiblichen Straftätern) konnte eine psychiatrische Störung als ursächlich für Rückfälligkeit angenommen werden, und der Effekt verringerte sich deutlich, wenn parallel zur Störung weitere, kriminogene Faktoren betrachtet wurden (Chang et al. 2015).

Zur Bedeutung von Faktoren, die keinen allgemeinpsychiatrischen Krankheitswert aufweisen, weist auch eine aktuelle österreichische Untersuchung interessante Ergebnisse auf. Hier wurde die Deliktrelevanz des Konzepts der Hypersexualität überprüft, die zunächst ein Anwärter für die Aufnahme in das DSM-5 war, später aber wieder gestrichen wurde. Offensichtlich gab es gute Gründe, dieses Konzept nicht als psychiatrische Störung zu verstehen. Dennoch zeigte sich in der betrachteten Stichprobe ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorliegen dieses Konzepts und der Rückfälligkeit im Bereich von Sexualstraftaten (Gregório Hertz et al. 2018).

In Bezug auf die Wirksamkeit von Therapien weist eine aktuelle Metaanalyse ($k=18$) eindrücklich aus, dass Behandlungsansätze, die bei psychisch kranken Straftätern auf kriminogene Faktoren fokussieren, jenen überlegen sind, die sich auf die Behandlung der größtenteils nichtkriminogenen Aspekte psychiatrischer Erkrankung konzentrieren (Skeem et al. 2015).

Die wissenschaftliche Befundlage macht deutlich, dass psychische Erkrankungen zwar durchaus eine unmittelbare Deliktrelevanz aufweisen können, in der überwiegenden Anzahl von Fällen jedoch kein exklusiver kausaler Zusammenhang festzustellen ist (Bonta et al. 1998) und auch ihre prädiktive Aussagekraft bezüglich Rückfälligkeit verlieren oder diese sich mindestens verringert, wenn andere Faktoren, die über klinische, an allgemeinpsychiatrischen Diagnosen orientierte Faktoren hinausgehen, miteinbezogen werden.

Vor diesem empirischen Hintergrund lassen sich bezüglich der Frage nach dem Kausalzusammenhang von psychiatrischen Erkrankungen und delinquentem Verhalten unterschiedliche Annahmen gegenüberstellen (Skeem et al. 2014). Die Annahme, dass eine psychiatrische Erkrankung direkt und kausal mit delinquentem Verhalten zusammenhängend ist, würde bedeuten, dass eine Behandlung der psychiatrischen Erkrankung zur Reduktion des delinquenten Verhaltens führt (direktes Modell). Wie oben beschrieben, ist die empirische Unterstützung für dieses Modell mangelhaft (Skeem et al. 2014). Indirekteren Modellen zufolge weisen psychiatrische Erkrankungen entweder (a) keinen direkten Zusammenhang zu delinquentem Verhalten auf oder stehen (b) in einem indirekten Zusammenhang damit, indem sie die Entwicklung störungsspezifischer kriminogener Faktoren auslösen oder fördern. In diesen Modellen

wäre, kongruent mit der bereits beschriebenen Datenlage, die reine Fokussierung auf die Behandlung der psychiatrischen Erkrankung bezüglich Risikosenkung und Rückfallprävention unzureichend (Skeem et al. 2014).

Zusammenfassend liegen starke Befunde vor, die indirektere Kausalmodelle stützen und dafür sprechen, dass psychiatrische Störungen nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit kriminogenen Faktoren betrachtet werden müssen oder durch diese sogar auch gänzlich ihre Relevanz für das Rückfallrisiko verlieren. Konsequenterweise fordern namhafte forensische Wissenschaftler und Praktiker daher eine Fokussierung auf Erklärungs- und Interventionsansätze, die nicht (ausschließlich) rein allgemeinpsychiatrische Phänomene, sondern spezifische, mit dem Delikt in Verbindung stehende, durchaus auch diagnoseferne, kriminogene Faktoren adressieren (z.B. Bonta et al. 2014; Bonta et al. 1998). Dass ICD und DSM als Grundlage zur Feststellung einer risikorelevanten Diagnose für die forensische Psychologie und Psychiatrie zu unspezifisch und unzureichend sind, weisen auch die Autoren des DSM-5 explizit aus:

Although the DSM-5 diagnostic criteria and text are primarily designed to assist clinicians in conducting clinical assessment, case formulation, and treatment planning, DSM-5 is also used as a reference for the courts and attorneys in assessing the forensic consequences of mental disorders. As a result, it is important to note that the definition of mental disorder included in DSM-5 was developed to meet the needs of clinicians, public health professionals, and research investigators rather than all of the technical needs of the courts and legal professionals. (...) (American Psychiatric Association 2013, S. 33).

Dass diese empirische Evidenz im forensisch-therapeutischen Alltag bisher jedoch nicht stringent umgesetzt wird, ist auch durch teilweise zögerliche Reaktionen aus den beteiligten Berufsgruppen bedingt.

Die Fokussierung auf allgemeinpsychiatrische Konzepte als Eingangskriterium für rückfallpräventive Maßnahmen trägt den Geschmack einer längst wissenschaftlich überholten historischen Debatte, in der Krankheit noch mit Gefährlichkeit gleichgesetzt wurde (Kumbier et al. 2013). Für die Einschätzung, ob risikorelevante Persönlichkeitsmerkmale vorliegen und ob diese grundsätzlich veränderbar und im Konkreten therapierbar sind, ist eine solide diagnostische Einordnung nach gängigen Klassifikationssystemen zwar notwendig, auch um das Vorliegen allgemeinpsychiatrischer Störungen abzuklären; keinesfalls ist diese erste diagnostische Einordnung aber hinreichend. Dafür wäre ein spezifischeres, risikorelevantes Klassifikationssystem notwendig, anhand dessen risikorelevante persönlichkeitsnahe, inkl. störungsunabhängige, Risikoeigenschaften erfasst werden können. Erfreulicherweise ist eine Vielzahl dieser

Risikoeigenschaften bereits identifiziert und findet sich in verschiedenen, validierten Risikomodellen und Erhebungsinstrumenten wieder (z. B. die „central eight“, Level of Service Inventory [LSI-R] von Andrews und Bonta (1995), das Historical Clinical Risk Management [HCR-20] von Douglas et al. (2013) oder die Violence Risk Scale [VRS] von Wong und Gordon (1999)).

Problem 3: Der Fokus, mit dem die Diskussion über die Behandlungsbedürftigkeit der Straftäterpopulation aus psychiatrischer Sicht häufig geführt wird, ist kritisch zu hinterfragen – zum Bedürfnis der Aufrechterhaltung eines Status quo

Forensische Überlegungen sollen Indikationsstellung (auf Grundlage des Störungsbildes, der Risikobeurteilung und Behandlungsfähigkeit), Interventionen und Verlaufseinschätzungen in ihrer Qualität sichern bzw. verbessern und nicht die Psychiatrie als Fach oder gar forensische Kliniken vor unbequemen Entwicklungen oder Klienten schützen.

So wird beispielsweise geäußert, dass die aktuelle Praxis nicht verändert werden sollte, da die Psychiatrie bei einem Verzicht auf die Eingrenzung auf Diagnosen nach ICD oder DSM durch die Aufnahme von „anderen Straftätern“ mit jenen konfrontiert wäre, für die sie konzeptionell nicht vorbereitet ist, und sich in forensischen Kliniken damit „das therapeutische Milieu“ negativ verändern könnte (z. B. Austausch auf dem Fachtag der forensischen Ambulanz in München 2018). Es bleibt unklar, was durch diese Feststellung genau indiziert ist, kann sich doch die real vorhandene Klientel von Straftätern und die empirische Befundlage dessen, welche Tätoreigenschaften risikorelevant(er) sind, nicht den Kompetenzen psychiatrischer Einrichtungen anpassen. Eine bessere Passung zwischen Klientel und Behandlern kann, im Gegenteil, ausschließlich durch eine Annäherung Letzterer an Ersterer realisiert werden.

In Deutschland wird der Status quo u. a. auch durch die juristischen Vorgaben mit dem Festhalten am Konzept der Schuldunfähigkeit bzw. der verminderten Schuldfähigkeit als formaler Einweisungsgrund in den Maßregelvollzug erhalten. Dieses Konzept steht jedoch im Widerspruch zu einer differenzierten und zielführenden forensischen Einschätzung und Versorgung. Denn es ist fraglich, ob davon ausgegangen werden sollte, dass nur diejenigen Straftäter deliktpräventiv in forensisch-psychiatrischen Kliniken behandelt werden können, die während der Tat nichteinsehens- und nichtsteuerungsfähig waren. Viel eher ist anzunehmen, dass die Frage der Schuldfähigkeit weder etwas mit der Gefährlichkeit noch mit der Behandlungsbedürftigkeit eines Täters zu tun hat (Urbaniook 2012). Auf diese Schwachstelle des Schuldfähigkeitsbegriffs wurde rein in-

haltlich in Deutschland interessanterweise schon vor mehreren Jahrzehnten verwiesen (Drenkhahn 2007). Die Konsequenz war jedoch nicht die umfassende Reform des Maßregelrechts, sondern die Schaffung eines zunächst im Strafvollzugsgesetz verankerten, parallelen Behandlungsformates für schuldfähige Straftäter, wobei die Eingangskriterien bis auf eine Bestimmung für Sexualstraftäter, die rein formaljuristisch nur das Strafmaß betrifft, sehr unpräzise definiert wurden (§§ 6 und 9 StVollzG). In diesen sog. sozialtherapeutischen Anstalten oder Justizvollzugsabteilungen wird ohne Orientierung an der Schuldfähigkeit und weitgehend ohne indikationsdefinierende Orientierung an Diagnosen nach ICD oder DSM (im Idealfall) das deliktrelevante Risikoprofil behandelt. Obwohl dieser Ansatz grob im Sinne unserer Argumentation gegen die reine Beschränkung auf diagnosegebundene Behandlungsbedürftigkeit ist, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit solch einer Patchwork-Behandlungslandschaft, wenn doch eine kohärente forensische Herangehensweise eine weitaus deutlichere Klarheit in Indikations- und Verlaufseinschätzungen bieten könnte.

Zur Befürchtung einer inflationären Maßnahmenanordnung

Mit der Sorge über eine inhaltliche Verschiebung des Behandlungsfokus geht für einige Vertreter der forensischen Psychiatrie und der Justiz die Befürchtung einer inflationären Maßnahmenanordnung einher. Eine Limitation über die Anordnungsvoraussetzung einer „schweren psychischen Störung“ gemäß ICD oder DSM sei daher notwendig (Heer und Habermeyer 2013). Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass durch eine sorgfältige und kohärente Beurteilung des forensisch-klinischen Fallkonzepts, das ausdrücklich nicht an eine psychiatrische Diagnose gebunden ist, eine drastische Erhöhung der Maßnahmencahlen zu erwarten ist. Dies hat zwei primäre Gründe. 1) Genauso wie die Befürworter einer orthodoxen Interpretation des Begriffs der „schweren psychischen Störung“ fordern, soll eine Behandlungsindikation nur dann vorliegen, wenn tatsächlich ein schwer ausgeprägtes Störungsbild vorliegt. Dies muss aber nicht zwingend herkömmlicher allgemeinspsychiatrischer, sondern vielmehr forensisch-relevanter Natur sein, d. h. geprägt von deliktrelevanten persönlichkeitsnahen Risikofaktoren. Zentral ist der inhaltliche Fokus auf den Behandlungsbedarf eines Straftäters, was unserer Meinung nach aufgrund der stärkeren Kohärenz zwischen Störungsbild und Rückfallrisiko automatisch zu einer Abbildung des realen Anordnungsbedarfs führen würde. 2) Mit der Einhal-

tung der bisher erforderlichen Therapierbarkeitsschwelle² und des allgemeinen Verhältnismäßigkeitsgebots würde sich die Behandlungsindikation wie gehabt an den bestehenden und sinnvollen rechtlichen Rahmenbedingungen orientieren.

Lösungsvorschlag: Alternative zur schweren psychischen Störung nach ICD oder DSM als Voraussetzung für die Anordnung therapeutischer Maßnahmen bei Straftätern

Um den gesetzlichen und forensischen Grundgedanken bezüglich angeordneter Behandlungsmaßnahmen bei Straftätern umsetzen zu können, d.h., risikoreduzierende Interventionen bei (psychisch gestörten) Tätern durchzuführen, ist eine deutlichere Hinwendung zur Bedarfsorientierung in der Straftäterpopulation notwendig.

Das aktuelle Beurteilungs- und Behandlungsgerüst – die Allgemeinpsychiatrie – stellt für die forensische Disziplin keine erschöpfenden forensisch-diagnostischen und interventionsorientierten Konstrukte zur Verfügung. Mit dieser, wie oben erwähnten, evidenzbasierten Erkenntnis und der damit verbundenen Forderung, sind wir keineswegs allein. Namhafte forensische Experten aus dem deutschsprachigen Bereich haben ebenfalls bereits Stellung bezogen und sich öffentlich darüber geäußert, dass die Relevanz krankheitspezifischer Informationen für forensische Beurteilungen als nichteindeutig gegeben angesehen wird (z. B. Rettenberger et al. 2018; Eher et al. 2016; Noll und Endrass 2018; Urbaniok et al. 2016; Urbaniok 2018). Darüber hinaus sind in der Praxis Entwicklungen zu beobachten, die im konkreten Behandlungssetting bereits jetzt auf einen alternativen Umgang mit Straftätern schließen lassen. Für die Interventionsplanung, -durchführung und -evaluation wird häufig auf strukturierte forensische Verfahren zurückgegriffen, um die deliktrelevanten Risikofaktoren, die über das DSM oder die ICD nicht erfassbar sind, doch noch identifizieren und adressieren zu können.

Trotz dieser Strömungen ist man heute noch weit entfernt von einer Formalisierung dieser Erkenntnisse – v. a. dort, wo es am wichtigsten wäre und im Folgenden zu einem kohärenten und damit wirkungsvollen Beurteilungs- und Behandlungsprozess führen würde: bei den juristisch formulierten Maßnahmevoraussetzungen. Die Schnittstelle zwischen juristischen Entscheidungen und psychologisch-psychiatrischen Maßnahmen bedarf gewissermaßen einer

Übersetzung. Im Moment wird das Vorliegen von Behandlungsbedarf mithilfe einer schweren psychischen Störung gemäß der „Wörterbücher“ ICD oder DSM übersetzt. Die Angemessenheit dessen zweifeln wir aus den oben ausführlich diskutierten Aspekten an.

Vielmehr benötigen wir für die Umsetzung des gerichtlichen Auftrags ein spezifisches forensisch-psychologisch-psychiatrisches Diagnosesystem, das den Spezifika der Straftäterpopulation und der zu beurteilenden Fragestellung gerecht wird. Viele Komponenten (insbesondere risiko- und interventionsrelevante Faktoren in der Person und in der Umwelt des Straftäters), die in ein solches Diagnosesystem einfließen würden, sind der forensischen Fachwelt schon bekannt, benötigen jedoch noch eine stringente Systematisierung, die es dem forensischen Experten ermöglicht, einen kohärenten Beurteilungsprozess durchzuführen, der die 3 elementaren Aspekte der Beurteilung und Behandlung von Straftätern – die Fallkonzeption, Behandlungsplanung und Evaluation – umfasst.

Die im Rahmen dieses Diagnosesystems geforderten forensischen Expertenbeiträge wären mit einem solchen System die Beurteilung eines Täterverhaltens und die Identifikation der damit im Zusammenhang stehenden deliktrelevanten, persönlichkeitsnahen Risikofaktoren. Sind das Funktionsniveau der Persönlichkeit und das psychosoziale Funktionsniveau durch diese Faktoren mindestens deutlich beeinträchtigt, kann aus klinischer Perspektive von einem deliktrelevanten psychosozialen Störungsbild gesprochen werden, das bei gleichzeitig vorliegendem Rückfallrisiko als behandlungsbedürftig einzustufen ist. Wie oben beschrieben, kann dieses Störungsbild einer allgemeinpsychiatrischen Störung gemäß ICD oder DSM entsprechen, muss es aber nicht.

Der kohärente forensische Beurteilungsprozess: risiko- und interventionsorientiert

Zur Veranschaulichung eines kohärenten forensischen Beurteilungsprozesses sind in Abb. 1 die einzelnen Schritte – ausgehend von einer differenzierten forensischen Diagnostik und abgrenzend zur bisherigen Praxis definiert – gegenübergestellt und in ihrem Prozesscharakter sowie ihrer inhaltlichen Bedeutung beschrieben.

Ein kohärenter risiko- und interventionsorientierter forensischer Beurteilungsprozess zu Behandlungsindikation, Behandlungsplanung und Verlaufseinschätzung ist durch ein hohes Maß an Widerspruchsfreiheit, Nachvollziehbarkeit und Sinnzusammenhang gekennzeichnet. Die Beurteilungsgrundlagen sollten somit in jedem Schritt des Beurteilungsprozesses logisch aufeinander aufbauen, und die Teilschritte sollten durchgängig auf einem einheitlichen Fallkonzept basieren.

² ([...] wenn „eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich dadurch die Gefahr weiterer Straftaten deutlich verringern lässt“ und „[...] einerseits die bloß vage Möglichkeit einer Verringerung der Gefahr und andererseits die Erwartung einer lediglich minimalen Verringerung nicht aus(reichen).“; BGE 134 IV 315, E. 5).

Kohärenter risiko- und interventionsorientierter Prozess		Psychiatrisch fokussierter Prozess		Inkohärenter Prozess in der Praxis	
Beurteilungsgrundlage	Teilschritte	Beurteilungsgrundlage	Teilschritte	Beurteilungsgrundlage	Teilschritte
Forensisch-psychologisches psychiatrisches Diagnosesystem	klinisch-forensisches Fallkonzept (FK) Funktionelle Diagnostik (deliktrelevantes, psychosoziales Störungsbild + Deliktmechanismus) (Rückfall-)Risiko Behandlungsfähigkeit	ICD/DSM	Psychiatrische Diagnostik (Rückfall-)Risiko Behandlungsfähigkeit	ICD/DSM	Psychiatrische Diagnostik (Rückfall-)Risiko (Rückfall-)Risiko Behandlungsfähigkeit
Klinisch-forensisches FK	Behandlungsplanung	Psychiatrisches FK	Behandlungsplanung	Unklares bzw. nicht vorhandenes FK	Behandlungsplanung
Klinisch-forensisches FK + Behandlungskonzept	Verlaufsevaluation Ziel: Verminderung des Rückfallrisikos	Psychiatrisches FK + Behandlungskonzept	Verlaufsevaluation Ziel: Verminderung der Störungssymptomatik	Unklares bzw. nicht vorhandenes FK	Verlaufsevaluation Ziel: unklar, Symptom- vs. Risikoverminderung

Abb. 1 Schematische Darstellung 3 verschiedener Beurteilungsprozesse in der Forensik

Der kohärente forensische Beurteilungsprozess in der Praxis: erstrebenswertes Vorgehen

Beim kohärenten *risiko- und interventionsorientierten* Beurteilungsprozess wird im 1. Schritt anhand eines forensisch-psychologisch-psychiatrischen Diagnosesystems eine funktionale Diagnostik umgesetzt. Dabei wird das individuelle deliktrelevante psychosoziale Störungsbild mit Fokus auf dem vorliegenden Risikoprofil (fallbezogene Zusammenstellung der deliktrelevanten persönlichkeitsnahen Risikofaktoren) beschrieben. In dieses Störungsbild gehört die Formulierung einer individuellen und zieldelikt-spezifischen Hypothese zum Deliktmechanismus (fallbezogenes Zusammenspiel der deliktrelevanten persönlichkeitsnahen Risikofaktoren). Im Anschluss werden ausgehend von dieser funktionellen Diagnostik das (Rückfall-)Risiko und separat die Behandlungsfähigkeit eingeschätzt. Funktionelle Diagnostik und die Einschätzungen des Risikos sowie der Behandlungsfähigkeit bilden zusammen das klinisch-forensische Fallkonzept.

Damit ist zum einen die Grundlage für die Einschätzung der Behandlungsindikation (Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit) gegeben, zum anderen aber auch die Basis für die individuelle Behandlungsplanung. Hier wird festgelegt, mit welchen Interventionen an welchen Risikofaktoren mit welchen Zielen gearbeitet werden soll.

Nach einer signifikanten Zeit der Behandlung bzw. der Behandlungsversuche wird unter Bezugnahme auf das Fallkonzept und die Behandlungsplanung eine Verlaufsevaluation vorgenommen. In diesem 3. Schritt wird somit im Rahmen der Überprüfung der Zielerreichung eingeschätzt, inwieweit das (zieldelikt-spezifische) Rückfallrisiko reduziert werden konnte, wobei in zwei Unterschritten die Ausprägung des deliktrelevanten Störungsbildes aus dem ursprünglichen Fallkonzept, aber auch aufgebaute bzw. erworbene Coping-Strategien für einen deliktfreien Umgang mit diesem Störungsbild eingeschätzt werden.

Die Ausprägung einer evtl. vorliegenden psychischen Störung nach ICD bzw. nach DSM kann in diesem risikoorientierten Prozess auf 3 Arten Einfluss nehmen:

1. Die psychische Störung ist ein deliktrelevanter (Teil-)Aspekt der funktionalen Diagnostik.
2. Die psychische Störung ist zwar nicht deliktrelevant, aber relevant für die Behandlungsfähigkeit (z. B. ein schädlicher Gebrauch von Cannabis oder eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, die in einem konkreten Fall beide nicht Teil des Risikoprofils sind, können eine deliktpräventive Behandlung verhindern bzw. erschweren).
3. Die psychische Störung ist weder delikt- noch behandlungsrelevant und muss aus Sicht des klinisch-forensischen Fallkonzepts als parallele Problematik aufgefasst werden (die aus ethischen und fachlichen Gründen zu be-

handeln ist, aber im Fall einer erfolgreichen Behandlung nicht das Rückfallrisiko vermindert).

Aktuelle Situation

Vor dem Hintergrund, dass die psychiatrische Störung (gemäß ICD/DSM) aktuell als Voraussetzung für eine Maßnahmenordnung gilt, ist unter bestimmten Umständen durchaus ebenso ein kohärenter Beurteilungs-, Behandlungs- und Evaluationsprozess möglich. Dies ist der Fall, wenn über das Ergebnis der psychiatrischen Diagnostik anhand der Klassifikationssysteme ICD bzw. DSM ein psychiatrisches Fallkonzept erstellt wird und dieses die Grundlage der Behandlungsplanung und der Verlaufsevaluation darstellt. Ziel der Evaluation wäre dann die Überprüfung der Symptomreduktion der eingangs als deliktrelevant eingeschätzten psychiatrischen Störung. Wenn in dem beurteilten Fall ein exklusiver kausaler Zusammenhang zwischen Störung und Delikt besteht, ist dieses Vorgehen nicht nur von hoher Kohärenz, sondern mit Bezug auf die erwartete Reduktion des Rückfallrisikos mit hoher Wahrscheinlichkeit auch wirkungsvoll. Für die Vielzahl aller anderen Fälle fehlt in diesem Prozess jedoch die Berücksichtigung spezifischer forensischer Konzepte, bzw. sind sie unklar verortet.

Dieser Umstand wird, wie angedeutet, in der aktuellen klinisch-forensischen Praxis häufig durch ein inkohärentes Aneinanderreihen der psychiatrischen Diagnostik und der davon zu oft entkoppelten strukturierten forensischen Beurteilung (meist mit dem Schwerpunkt der Risikoeinschätzung, gelegentlich mit den Aspekten der Behandlungsfähigkeit, -planung und -evaluation) versucht zu kompensieren. Ein kohärenter Prozessablauf, bei dem sich die verschiedenen Teilschritte sinnvoll aufeinander beziehen und der die Wirksamkeit einer Behandlung gewährleistet, weil sie auf das tatsächlich deliktrelevante Risikoprofil zugeschnitten ist, ist hierbei dennoch nicht gegeben. Ergebnis einer solchen Praxis ist die fehlende Übereinstimmung zwischen initialem Fallkonzept und späterer Behandlungspraxis. Diese erschwert die Nachvollziehbarkeit der Behandlungsplanung, den Behandlungsstart mit Klienten, die Zielsetzung der Behandlungsevaluation und die Kommunikation mit der die Maßnahme anordnenden Institution.

Vorgeschlagen wird hier daher die Entwicklung eines forensischen Diagnosesystems, das psychologisch und psychiatrisch relevante Aspekte berücksichtigt und zunächst 3 Ebenen zur Beurteilung eines Störungsbildes beinhaltet:

- Bestimmung deliktrelevanter persönlichkeitsnaher Risikofaktoren,
- Bestimmung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit,
- Bestimmung des psychosozialen Funktionsniveaus.

Liegen auf all diesen 3 Ebenen mindestens deutliche Ausprägungen bzw. Einschränkungen vor, muss von dem Vorliegen eines deliktrelevanten psychosozialen Störungsbildes ausgegangen werden, das als Indikation für therapeutische Maßnahmen dienen kann. Im nächsten Schritt sollte, möglichst ziieldelikt-spezifisch, das mit dieser Störung verbundene (Rückfall-)Risiko beurteilt und anschließend die Behandlungsfähigkeit geprüft werden. Aus Behandlungsbedürftigkeit und -fähigkeit ergibt sich auf diese Weise ein forensisch relevantes Fallkonzept, das – bei Indikation – die Basis für fallspezifisch zugeschnittene Interventionen bildet. Ein derartiges forensisches Diagnosesystem könnte, aufbauend auf den bisherigen Forschungsergebnissen und bereits entwickelten forensischen Verfahren der letzten knapp 30 Jahre, dabei helfen, die oben genannten Probleme zu lösen.

Inwiefern das darin enthaltene deliktrelevante Störungsbild juristisch als „schwere Störung“ einzuordnen ist, welche Gefährlichkeit vom Täter ausgeht und ob die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen gewahrt ist, bleiben unter Berücksichtigung der forensischen Experteneinschätzungen und -empfehlungen im nächsten Schritt selbstverständlich juristisch zu treffende Entscheidungen.

Um aber valide und nachvollziehbare Empfehlungen für diese Entscheidungen seitens der forensischen Experten anbieten zu können, drängt sich die Entwicklung eines wie oben skizzierten eigenständigen forensischen Diagnosesystems, das einen mit der Fragestellung kohärenten Beurteilungsprozess ermöglicht, auf.

FOTRES als ein Beitrag für die Zukunft forensischer Diagnostik

Eine umfassende standardisierte und validierte Systematik zum gesamten Prozess der Diagnostik, Fallkonzeption und Therapieplanung steht noch aus, würde aber maßgeblich zur notwendigen Ausdifferenzierung und Spezifizierung zur Umsetzung des Maßnahmeauftrags im forensischen Anwendungsgebiet beitragen. Einer der differenziertesten Vorschläge für ein forensisches Diagnosesystem im deutschsprachigen Raum ist das Forensische Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System (FOTRES; 3. Version; Urbaniok 2016), ein operationalisiertes, auf den Einzelfall bezogenes, forensisches Dokumentations- und Qualitätsmanagementsystem. Dieses System will über die unter Punkt 3 genannten strukturierten forensischen Verfahren hinaus einen bedeutenden Beitrag zu Konzeptualisierung von Risikoeigenschaften leisten.

Es dient der Beurteilung und der standardisierten Dokumentation des (Rückfall-)Risikos eines Täters, der Beeinflussbarkeit bzw. Veränderbarkeit einer Risikodisposition (z. B. durch Therapie) und der Evaluation des Thera-

pieverlaufs deliktpräventiver Behandlungen (oder auch des allgemeinen Verlaufs, wenn keine Therapie durchgeführt wird). Wichtig ist laut Autor des Verfahrens die Einzelfallbeschreibung eines individuellen Risikoprofils anhand festgestellter „risikorelevanter Persönlichkeitsmerkmale in einem eigenständigen forensischen Diagnoseprozess in den Kategorien eines speziellen forensischen Diagnosesystems“ (aus FOTRES 3, Standardtext für Gutachten und Berichte; Urbaniok 2016). FOTRES bedient die Ansprüche eines solchen speziellen forensischen Diagnosesystems, da es ca. 100 potenzielle Risikoeigenschaften definiert, die gemäß Urbaniok (2016) unabhängig von allgemeinpsychiatrischen Diagnosen bei Straftätern vorkommen können. Die (begründet durch umfassende Fallkenntnis und Fallverständnis) ausgewählten Risikoeigenschaften bilden das Risikoprofil einer Person. Das Verfahren versucht, in diesem Rahmen eine Verbindung zwischen der klinischen Flexibilität und Kompetenz des forensischen Anwenders mit klaren Itemoperationalisierungen und -verrechnungsregeln herzustellen, um forensische Einschätzungen über Straftäter differenziert, aber durch eine stark operationalisierte diagnostische Konzeption gleichzeitig hochstrukturiert vornehmen zu können.

Entwickelt wurde FOTRES im Rahmen eines klinisch-iterativen Prozesses (Endrass und Rossegger 2012) mithilfe von Literaturauswertungen zu forensischen Risikofaktoren und der Analyse von mehreren Hundert forensischen Fällen. Im Zentrum stand dabei die Inhaltsvalidität.

Mit der aktuellen Version (FOTRES 3 von 2016) blickt das System mittlerweile auf einen über 10-jährigen Evaluationsprozess mit kontinuierlicher Fehlerbehebung zurück. Obwohl Daten zu den zentralen Gütekriterien von FOTRES 3 noch fehlen, liegen für frühere Versionen bereits zufriedenstellende Befunde vor. So konnten Rossegger et al. (2011) nach verschiedenen Präzisierungen und Kritik von Keller et al. (2011) von einer zufriedenstellenden Interrater-Reliabilität berichten. Bezüglich der Validität weisen Endrass und Rossegger (2012) darauf hin, dass FOTRES für die Einschätzung des Rückfallrisikos (prädiktive Validität) ähnlich gute Werte erzielte wie der VRAG oder der Static-2002 und aufgrund des Konstruktionsprozesses von einer guten Inhaltsvalidität des FOTRES-Instruments ausgegangen werden kann. Eine aktuelle Therapieevaluationsstudie, im Rahmen derer auf Grundlage einer FOTRES-Fallkonzeption behandelte Gewalt- und Sexualstraftäter mit nichtbehandelten Gewalt- und Sexualstraftätern verglichen wurden, weist auf einen positiven, d. h. therapiewirksamen Trend hin (Seewald et al. 2018).

Ein strukturiertes forensisches Beurteilungsverfahren wie FOTRES bietet u. a. dann inkrementelle Validität für die eingangs- und verlaufdiagnostische Einschätzung von Straftätern, wenn die darin operationalisierten Kriterien

über die oben genannten gängigen alltagspsychiatrischen Klassifikationssysteme hinaus einen deliktrelevanten Beitrag in der strukturierten Beurteilung von Straftätern leisten können.

Zum Verhältnis von FOTRES zu ICD bzw. DSM

Der diagnostische Kerngedanke von FOTRES ist, wie oben genannt, die Notwendigkeit der Beschreibung eines individuellen Risikoprofils anhand festgestellter „risikorelevanter Persönlichkeitsmerkmale in einem eigenständigen forensischen Diagnoseprozess“. Gemäß dieser Haltung stellt die FOTRES-Konzeption im Bereich der Straftäter einschätzungen nur dann einen Mehrwert gegenüber der klassischen psychiatrischen Diagnostik dar, wenn es FOTRES-Risikoeigenschaften gibt, die als konzeptionell fern zu alltagspsychiatrischen Diagnosen zu bezeichnen sind und diese auch zur Beschreibung eines deliktrelevanten Risikoprofils genutzt werden. In 2 Teiluntersuchungen, die im Rahmen einer aktuell laufenden, groß angelegten Validierungsstudie zu FOTRES durchgeführt wurden, wurden diese Forderungen an FOTRES überprüft.

Die konzeptuelle Nähe von FOTRES-Risikoeigenschaften zu alltagspsychiatrischen Diagnosen

Sieben unabhängige forensische Experten (der Autor von FOTRES war nicht am Rating beteiligt), die sowohl über langjährige Erfahrung in der Anwendung und z. T. auch der Schulung der FOTRES-Konzeption und -Anwendung als auch über fundierte diagnostische Kenntnisse aus der klinisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis verfügen, wurden gebeten, ein Rating über die FOTRES-Risikoeigenschaften vorzunehmen. Die Hypothese dazu war, dass eine Mehrzahl der ca. 100 Risikoeigenschaften von FOTRES 3 keine deutliche konzeptionelle Nähe, einige Risikoeigenschaften jedoch eine inhaltlich-konzeptionelle Nähe, zu einer Diagnose des DSM oder ICD aufweisen. Anhand eines Rating-Bogens sollte auf einer 4-stufigen Skala (0 bis 3) beurteilt werden, welche Risikoeigenschaften des FOTRES 3 den Diagnosekonzepten der ICD bzw. des DSM mehr oder weniger nah sind.

Die 4 Stufen der Skala wurden wie folgt operationalisiert:

- 0: keine Nähe:** Die Risikoeigenschaft weist keine Nähe zu einer Diagnose gemäß ICD oder DSM auf.
- 1: geringe Nähe:** Die Risikoeigenschaft weist eine geringe Nähe zu einer Diagnose gemäß ICD oder DSM auf, wenn gewisse konzeptionelle Überschneidungen bestehen, die Unterschiede aber klar überwiegen.
- 2: eher deutliche Nähe:** Die Risikoeigenschaft weist eine eher deutliche Nähe zu einer Diagnose gemäß ICD

oder DSM auf, wenn die Risikoeigenschaft und die Diagnose nach DSM oder ICD ein ähnliches Phänomen beschreiben, gleichzeitig aber dennoch auch relevante Unterschiede in den Konzeptionen festzustellen sind.

- 3: deutliche Nähe:** Die Risikoeigenschaft weist eine deutliche Nähe zu einer Diagnose gemäß ICD oder DSM auf, wenn weitgehende konzeptionelle Überschneidungen bestehen, d. h., wenn die Risikoeigenschaft und die Diagnose nach DSM oder ICD ein nahezu identisches Phänomen beschreiben.

Nach einer ersten Expertenbeurteilung darüber, welche konzeptionelle Nähe jede einzelne Risikoeigenschaft von FOTRES zu einer Diagnose des DSM oder der ICD aufweist, zeigte sich, dass sich alle Rater bei 86,6% der Items ($n=84$) einig waren. 31 (32,0%) der damals 97 Risikoeigenschaften³ wurden von allen 7 Experten übereinstimmend als deutlich oder eher diagnosenah eingeschätzt. 54,6% ($n=53$) der Risikoeigenschaften wurden mit 100%iger Übereinstimmung als eher diagnosefern eingeschätzt. In einem nächsten Schritt erfolgte eine konsolidierende Expertendiskussion anhand der gewonnenen Einschätzungen mit Fokus auf die 13,4% ($n=13$) der Risikoeigenschaften, die durch die Experten nicht übereinstimmend zugeordnet worden waren. Zu diesem Zweck wurden jede Beschreibung und Operationalisierung der FOTRES-Risikoeigenschaften mit den Kriterien der Diagnosen aus

³ Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung von FOTRES stellt das Verfahren zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung 100 Risikoeigenschaften zur Verfügung.

Tab. 1 Verteilung der 97 FOTRES-Risikoeigenschaften bezüglich Nähe zu alltagspsychiatrischen Diagnosen nach ICD und DSM

Unabhängige Experteneinschätzungen aller Risikoeigenschaften ($n=97$)	<i>n</i>	%
<i>Diagnosefern</i>	53	54,6
Keine Nähe	21	21,6
Geringe Nähe	32	33,0
<i>Diagnosenah</i>	31	32,0
Eher deutliche Nähe	16	16,5
Deutliche Nähe	15	15,5
<i>Keine Übereinstimmung</i>	13	13,4
Finale Beurteilung aller Risikoeigenschaften ($n=97$) nach Expertendiskussion über die zuvor nichtübereinstimmend beurteilten Eigenschaften ($n=13$)	<i>n</i>	%
<i>Diagnosefern</i>	60	61,9
Keine Nähe	28	28,9
Geringe Nähe	32	33,0
<i>Diagnosenah</i>	37	38,1
Eher deutliche Nähe	16	16,5
Deutliche Nähe	21	21,6

ICD-10 und DSM 5 und unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur zu diesen Kriterienkatalogen verglichen.

Die Kriterien bei diesen konsolidierenden Einschätzungen waren:

- Die Risikoeigenschaft und Kriterien einer Diagnose aus ICD/DSM weisen einen relevanten Überlappungsbereich in den Hauptkriterien auf (z. B. gesteigerte dranghafte Sexualität, hyperaktives Risikoverhalten) auf vs.
- die Hauptkriterien einer Risikoeigenschaft stehen für sich als risikorelevantes forensisches Syndrom und sind höchstens ein Teilaspekt einer Diagnose nach ICD/DSM.

Letztlich resultierte eine 100%ige Übereinstimmung, wobei nun gesamthaft 37 (38,1%) der 97 Risikoeigenschaften als klar oder eher diagnosenah eingeschätzt und 60 Risikoeigenschaften (61,9%) als (eher) diagnosefern bezeichnet wurden (Tab. 1).

Diese Experteneinschätzung der Diagnosenähe bzw. Diagnoseferne der FOTRES-Risikoeigenschaften weisen auf einen forensisch-diagnostischen Mehrwert der grundsätzlichen FOTRES-Konzeption hin.

Nutzen allgemeinspsychiatrisch „diagnoseferner“ deliktrelevanter Risikoeigenschaften anhand des FOTRES

Um die Nutzung der in FOTRES für die forensische Diagnostik zur Verfügung gestellten Risikoeigenschaften unter Berücksichtigung ihrer Nähe zu klassischen allgemeinspsychiatrischen Diagnosen nach ICD bzw. DSM zu analysieren, wurde im nächsten Schritt auf einen umfangreichen FOTRES-Datensatz zurückgegriffen, der sich aus Falleinschätzungen in FOTRES geschulter und erfahrener forensischer Experten unterschiedlicher Settings (Psychiatrisch-Psychologischer Dienst im Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich, $n=330$; Bewährungs- und Vollzugsdienste im Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich, $n=208$; Vitos Klinik für Forensische Psychiatrie Hadamar, $n=104$) zusammensetzt. Nach Reduktion des Datensatzes um Test-, Schulungs- und doppelte Fälle ergab sich eine Stichprobe von 642 „FOTRES-Fällen“. Insgesamt wurden für die 642 Falleinschätzungen 2038 Risikoeigenschaften verwendet. Im Durchschnitt wurde ein Fall somit im Risikoprofil als Kombination aus 3 Risikoeigenschaften abgebildet. Bei der Analyse, welche Art von Risikoeigenschaft in Be-

zug auf ihre allgemeinspsychiatrische Diagnosenähe genutzt wurde, zeigte sich, dass in einem Viertel der 642 Fälle ($n=160$, 24,9%) das risikorelevante Störungsprofil – und somit die persönlichkeitsnahen Bestimmungsstücke der Hypothese zum Deliktmechanismus – ausschließlich als Ausdruck psychischer Störungsanteile nach ICD bzw. DSM angesehen wurde (Tab. 2). In 9,0% der Fälle ($n=58$) wurde der Deliktmechanismus nur unter Bezugnahme von ICD- bzw. DSM-fernen Risikoeigenschaften formuliert, und in zwei Drittel der Fälle ($n=424$; 66,0%) wurde das Risikoprofil über die Kombination aus diagnosenahen und diagnosefernen Risikoeigenschaften abgebildet.

Die 3 meist verwendeten Risikoeigenschaften aus dem allgemeinspsychiatrisch diagnosenahen Spektrum waren „Dissozialität“, „Alkoholproblematik“ und „Drogenproblematik“. Aus dem Pool der ICD- bzw. DSM-fernen Risikoeigenschaften waren dies die „chronifizierte Gewaltbereitschaft“, „wutgeprägte Aggressivität“ und „Dominanzproblematik“.

Schlussfolgerung

Anhand konzeptioneller Überlegungen und empirischer Befunde wurde dargelegt, dass eine differenzierte und bedarfsorientierte Einschätzung von Straftätern in Bezug auf Risiko, Behandlungsplanung und Behandlungsverlauf in einem kohärenten Prozess erfolgen sollte. Eine so verstandene forensische Fallkonzeption als Grundlage von möglichst validen Maßnahmenanordnungen und nachvollziehbaren Einschätzungen in allen relevanten Teilschritten kann mit einer allgemeinspsychiatrisch orientierten Diagnostik nach ICD oder DSM zu oft nichthinreichend begründet und prozessorientiert evaluiert werden.

Die Schnittstelle zwischen juristischen Entscheidungen und forensischen psychologisch-psychiatrischen Maßnahmen bedarf einer passenderen Übersetzung als die gängigen Klassifikationssysteme. Zu diesem Zweck sprechen wir uns für die (Weiter-)Entwicklung eines spezifischen forensisch-psychologisch-psychiatrischen Diagnosesystems aus. Im deutschsprachigen Raum ist FOTRES aktuell einer der differenziertesten Vorschläge für ein derartiges forensisches Diagnosesystem. Konzipiert als ein einzelfallbezogenes diagnostisches Dokumentations- und Qualitätsmanagementsystem, will das Verfahren einen relevanten Beitrag zur diagnostischen Konzeptualisierung von Risikoeigenschaften leisten. Eine umfassende Validierung des Verfahrens steht jedoch noch aus, und es ist in diesem Prozess von weiteren Optimierungen auszugehen.

Die dargestellten Ergebnisse erster Teiluntersuchungen zur Experteneinschätzung der FOTRES-Risikoeigenschaften und deren Verwendung in einer differenzierten forensischen Diagnostik weisen jedoch schon auf die Re-

Tab. 2 Charakteristik der zur Beschreibung des Risikoprofils genutzten Risikoeigenschaften nach FOTRES: diagnosenah vs. diagnosefern; $n=642$ Fälle

	<i>n</i>	%
Ausschließlich diagnosenahe Risikoeigenschaften	160	24,9
Ausschließlich diagnoseferne Risikoeigenschaften	58	9,0
Diagnosenahe und diagnoseferne Risikoeigenschaften	424	66,0

levanz der aktuellen FOTRES-Version hin: Bei drei Viertel (75,0 %) anhand von FOTRES forensisch beurteilter Straftäter kommt die Abbildung des deliktrelevanten Risikoprofils nicht ohne die Verwendung spezifisch forensischer Risikoeigenschaften aus, die keine oder kaum eine Nähe zu allgemeinpsychiatrischen Diagnosen aufweisen. Dieser Befund kann als Indiz verstanden werden, welchen Mehrwert Verfahren wie FOTRES für den kohärenten forensischen Beurteilungs- und Behandlungsprozess bieten können. Mit solchen Verfahren werden adäquate Schritte in Richtung eines eigenständigen forensisch-psychologisch-psychiatrischen Diagnosesystems eingeleitet, deren Weiterentwicklung für die Lösung der in diesem Beitrag analysierten Probleme in der Beurteilung und Behandlung von Straftätern vielversprechend erscheint.

Danksagung Herzlichen Dank an Mona Klöckner für die sehr hilfreichen kritisch-konstruktiven Rückmeldungen zum Manuskript.

Funding Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt B. Borchard erklärt, dass er entgeltliche FOTRES-Schulungen durchführt. J. Gerth gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. American Psychiatric Publishing, Arlington
- Andrews DA, Bonta J (1995) The level of service inventory-revised. Multi-Health Systems, Toronto
- Bonta J, Blais J, Wilson HA (2014) A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggress Violent Behav* 19(3):278–287. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.014>
- Bonta J, Law M, Hanson K (1998) The prediction of criminal and violent recidivism among men-tally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 123(2):123–142. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123>
- Chang Z, Larsson H, Lichtenstein P, Fazel S (2015) Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *Lancet Psychiatr* 2(10):891–900. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00234-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00234-5)
- Cooper R (2014) Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders. Karnac Books, London
- Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H (2013) HCR-20V3: assessing risk for violence: user guide. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby
- Drenkhahn K (2007) Schriften zum Strafvollzug, Jugendstrafrecht und zur Kriminologie. Sozialtherapeutischer Strafvollzug in Deutschland, Bd. 25. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach
- Eher R, Lindemann M, Birklbauer A, Müller J (2016) Der Gefährlichkeitsbegriff als Voraussetzung für die Verhängung vorbeugender freiheitsentziehender Maßnahmen – eine kritische Betrachtung und Vorschläge de lege ferenda. *Recht Psychiatr* 34(2):96–106
- Elbogen EB, Dennis PA, Johnson SC (2016) Beyond mental illness: targeting stronger and more direct pathways to violence. *Clin Psychol Sci* 4(5):747–759. <https://doi.org/10.1177/2167702615619363>
- Endrass J, Rossegger A (2012) Forensisches operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluationssystem 2.0 (FOTRES 2.0). *Forum Strafvollzug Z Strafvollzug Straffälligenh* 61(2):90–94
- Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359(9306):545–550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Gregório Hertz P, Briken P, Eher R, Retz W (2018) Rettenberger M Die Relevanz der hypersexuellen Störung für die Rückfallprognose von Sexualstraftätern. In: Symposium Empirische Forschung in der Forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Österreich, Wien
- ten Have M, de Graaf R, van Weeghel J, van Dorsselaer S (2014) The association between common mental disorders and violence: to what extent is it influenced by prior victimization, negative life events and low levels of social support? *Psychol Med* 44(7):1485–1498. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002262>
- Heer M, Habermeyer E (2013) Art. 59. In: Niggli MA, Wiprächtiger H (Hrsg) Basler Kommentar Strafrecht I. Helbing Lichtenhahn Verlag, Basel, S 1250–1268
- Hopwood CJ, Kotov R, Krueger RF, Watson D, Widiger TA, Alt-hoff RR, Ansell EB, Bach B, Bagby RM, Blais MA, Bornova-lova MA, Chmielewski M, Cicero DC, Conway C, de Clercq B, de Fruyt F, Docherty AR, Eaton NR, Edens JF, Forbes MK, Forbush KT, Hengartner MP, Ivanova MY, Leising D, Livesley JW, Lukowitsky MR, Lynam DR, Markon KE, Miller JD, Morey LC, Mullins-Sweatt SNJH, Ormel JH, Patrick CJ, Pincus AL, Ruggero C, Samuel DB, Sellbom M, Slade T, Tackett JL, Thomas KM, Trull TJ, Vachon DD, Waldmann ID, Waszczuk MA, Waugh MH, Wright AGC, Yalch MM, Zald DH, Zimmermann J (2018) The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personal Ment Health* 12(1):82–86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Keller F, Kliemann A, Karanedialkova D, Schnoor K, Schütt U, Keiper P, Kölch M, Fegert J, Schläfke D (2011) Beurteilerübereinstimmung im Forensischen Operationalisierten Therapie-Risiko-Evaluations-System. *Nervenheilkunde* 30(10):813–817
- Kumbier E, Haack K, Hoff P (2013) Soziale Psychiatrie: Historische Aspekte ihrer Entwicklung in Deutschland und der Schweiz. In: Rössler W, Kawohl W (Hrsg) Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bd. 1. Kohlhammer, Stuttgart, S 34–46
- Kunz K-L, Baechtold A, Kiener R, Heine G, Tschannen P, Kälin W, Kinzig J (2004) Universität Bern zum Vorentwurf der Arbeitsgruppe „Verwahrung“. In: Jusletter
- Lombroso C (1894) Der Verbrecher (homo delinquens) in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung Bd. 1. Verlagsanstalt und Druckerei A-G (vorm. J. F. Richter), Hamburg
- Margraf J (2018) Klassifikation psychischer Störungen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rah-

- menbedingungen psychologischer Therapie. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1. Springer, Berlin, S 143–160
- Mokros A, Habermeyer E, Küchenhoff H (2018) The uncertainty of psychological and psychiatric diagnoses. *Psychol Assess* 30(4):556
- Noll T, Endrass J (2018) Rückfallgefahr im Fokus. *Neue Zürcher Zeitung*,
- Peterson J, Skeem JL, Hart E, Vidal S, Keith F (2010) Analyzing offense patterns as a function of mental illness to test the criminalization hypothesis. *Psychiatr Serv* 61(12):1217–1222
- Rettenberger M, Brettel H, Retz W, Eher R (2018) Methodologischer Anspruch und qualitative Wirklichkeit: Die Bedeutung wissenschaftlicher Diskurse für die Qualitätssicherung forensischer Praxis. *Recht Psychiatr* 36(3):150–153
- Rossegger A, Laubacher A, Moskvitin K, Villmar T, Palermo GB, Endrass J (2011) Risk assessment instruments in repeat offending: the usefulness of FOTRES. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 55(5):716–731. <https://doi.org/10.1177/0306624X09360662>
- Seewald K, Rossegger A, Gerth J, Urbaniok F, Phillips G, Endrass J (2018) Effectiveness of a risk–need–responsivity-based treatment program for violent and sexual offenders: results of a retrospective, quasi-experimental study. *Leg Criminol Psychol* 23:85–99
- Skeem JL, Steadman HJ, Manchak SM (2015) Applicability of the risk-need-responsivity model to persons with mental illness involved in the criminal justice system. *Psychiatr Serv* 66(9):916–922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400448>
- Skeem JL, Winter E, Kennealy PJ, Loudon JE, Tatar II JR (2014) Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: toward recidivism reduction. *Law Hum Behav* 38(3):212–224. <https://doi.org/10.1037/lhb0000054>
- Stieglitz R-D, Freyberger HJ (2018) Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in ICD-10/-11 und DSM-5. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 66:71–83. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000343>
- Urbaniok F (2018) Wann ist ein Täter gefährlich? . *Neue Zürcher Zeitung am Sonntag*,
- Urbaniok F (2012) Persönlichkeitstäter, Situationstäter und Prognostische Syndrome als Konzepte für Risikobeurteilungen und Risikomanagement. In: Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, Borchard B (Hrsg) Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV), Berlin, S 27–33
- Urbaniok F (2016) FOTRES Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System: Diagnostik, Risikobeurteilung und Risikomanagement bei Straftätern, 3. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV), Berlin
- Urbaniok F, Endrass J, Noll T, Rossegger A (2016) Die „psychische Störung“ im Massnahmenrecht aus forensisch-psychiatrischer Sicht. *Aktuelle Jurist Prax* 12:1671–1679
- Westen D, Shedler J (1999) Revising and assessing Axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 156(2):258–272. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.258>
- Wong S, Gordon A (1999) Manual for the violence risk scale. University of Saskatchewan, Saskatchewan
- World Health Organization (2018) WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)). Zugegriffen: 4. Juli 2019
- World Health Organization (2004) ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2. Aufl. World Health Organization, Huber, Bern