

„Different countries, different dreams?“ – Ein länderübergreifendes Projekt zur Lebensqualität und den Bedürfnissen forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten

Inga Markiewicz & Sabrina Wiecek

Zusammenfassung

Seit einigen Jahren lässt sich europaweit eine Zunahme forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten beobachten, die die einzelnen Länder vor die grundlegende Frage stellt, wie die Unterbringung und Behandlung dieser besonderen Patientengruppe zukünftig gestaltet werden können. Der vorliegende Beitrag gibt Einblicke in ein deutsch-polnisches Kooperationsprojekt, das sich im Rahmen des von der Europäischen Union geförderten Projekts „Towards an EU research framework on forensic psychiatric care“ (COST Action IS1302) mit der Lebensqualität und den Bedürfnissen forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten in Deutschland und Polen beschäftigt. Der Vergleich dieser beiden Länder, die eine in vielen Punkten ähnliche Rechtslage bei der Unterbringung psychisch kranker Rechtsbrecher in einer psychiatrischen Klinik aufweisen, bietet hier die Chance herauszufinden, welche vermeintlich „kleinen“ Unterschiede in den Rahmenbedingungen manchmal zu großen Unterschieden in der Lebenswirklichkeit und -perspektive der Patienten führen können. Der Beitrag beschreibt den Projekthintergrund, den Untersuchungsansatz, das entwickelte Instrumentarium und stellt erste exemplarische Ergebnisse der Vergleichsuntersuchung vor. Dabei fasst er zwei Vorträge zusammen, die auf der 31. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP) 2016 auf Deutsch und Englisch gehalten wurden (Markiewicz 2017, 378; Wiecek 2017, 391f). Aus Gründen der Authentizität wird in diesem Beitrag die Originalsprache der Vorträge in den jeweiligen Abschnitten beibehalten.

Schlüsselwörter: Forensische Langzeitpatienten, Patientenrechte, Lebensqualität

„Different countries, different dreams?“ – a transnational project for evaluation of quality of life and needs of forensic psychiatric longstay patients

Abstract

All over Europe, more and more forensic patients are in inpatient forensic treatment for many years. The standards for these patients have to be monitored which is done in the „EU research framework on forensic psychiatric care“ (COST Action IS1302). The paper shows the conditions in Polish and German forensic units by asking long-time patients about their situation. The questionnaire is presented as well as the findings.

Key Words: Long-time forensic patients, patients' rights, quality of life

Hintergrund

Das Thema „Lebensqualität“ ist seit langer Zeit Gegenstand verschiedener Forschungen. Während es zunächst stärker in den Bereichen der Politik und Sozialwissenschaften behandelt wurde, hat es im Laufe der Zeit Eingang in andere Felder, wie zum Beispiel die Medizin, gefunden und sich so auch einen festen Platz in der Forensischen Psychiatrie geschaffen. Für die Forensische Psychiatrie ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Lebensqualität von Patienten in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen von Bedeutung, die dort vom Gericht aufgrund eines Verbrechens, das sie im Zustand einer psychiatrischen Erkrankung begangen haben, auf unbestimmte Zeit untergebracht werden.

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen im Bereich der Forensischen Psychiatrie kommt dem Thema „Lebensqualität“ ein besonderer Stellenwert zu:

Seit einigen Jahren lässt sich sowohl in Deutschland als auch in vielen Ländern Europas eine deutliche Zunahme forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten beobachten¹. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass nicht nur die Zahl der Patienten, sondern auch die Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug ansteigt. In den sechs Maßregelvollzugskliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) sind aktuell mehr als 30% der Maßregelvollzugspatienten länger als 10 Jahre untergebracht, wobei die durchschnittliche Unterbringungsdauer 8,3 Jahre beträgt (Abbildung 1).

¹ So die Antragsbegründung des Projekts „Towards an EU research framework on forensic psychiatric care“. Nähere Informationen hierzu siehe: ISCH COST Action IS1302, Memorandum of Understanding. Technical Annex
http://w3.cost.eu/fileadmin/domain_files/ISCH/Action_IS1302/mou/IS1302-e.pdf, zugegriffen am 07.02.2017

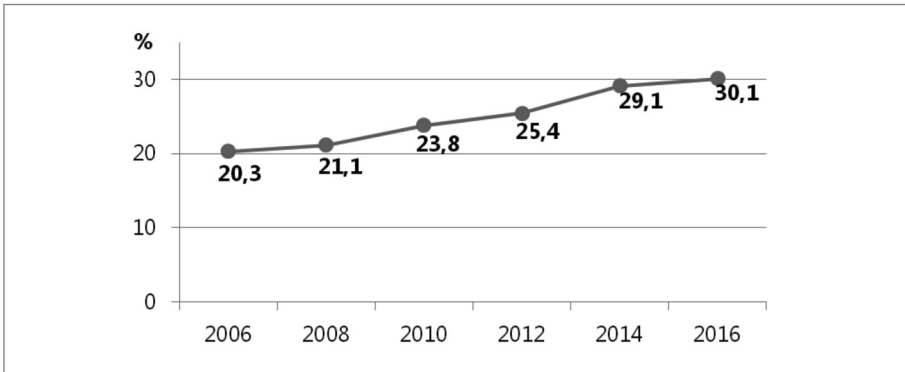


Abbildung 1: Anteil der in LWL-Krankenhäusern untergebrachten psychisch kranken forensisch-psychiatrischen Patienten für mehr als 10 Jahre, in Prozent (2006 - 2016), Stichtag: 1. März²

In Polen liegt die durchschnittliche Unterbringungsdauer von Patienten in forensisch-psychiatrischen Krankenhäusern zwar etwas niedriger, beträgt im Durchschnitt aber immerhin 4,5 Jahre (1.4.2016)³. In den Niederlanden findet man aktuell eine durchschnittliche Unterbringungsdauer von Patienten in forensisch-psychiatrischen Krankenhäusern von 8 Jahren⁴. In England sind 27% der Patienten in den sogenannten *high-* und *medium secure services* mehr als 10 Jahre untergebracht (vgl. Miers 2015, 5). Angesichts der Tatsache, dass der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus für einige Patienten eine lebenslange Perspektive ist, ist die Lebensqualität hinter den Mauern nicht nur im Hinblick auf die subjektiven Erfahrungen, sondern auch im Hinblick auf die therapeutischen Aspekte der Unterbringung von zentraler Bedeutung. Außerdem kann die Lebensqualität ein wesentlicher Bestandteil der Beurteilung des Behandlungsergebnisses sein (Oliver *et al.*, 1996; Russo *et al.*, 1997).

Ursachen für die gerade dargestellte Entwicklung werden im „Memorandum of Understanding“ der COST Action IS1302 näher beschrieben: Hierzu zählen zum einen das gestiegene Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft und zum Anderen der damit verbundene Versuch, Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Unterbringung und Entlassung forensischer Patienten weitestgehend zu minimieren. Ein weiterer Faktor, der den Anstieg von Langzeitpatienten begünstigt, kann in der unzureichenden Finanzierung der Forensischen Nachsorge gesehen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass europaweit immer weniger forensisch-psychiatrische Langzeitpatienten in Freiheit entlassen werden und damit immer mehr Patienten einen Großteil ihres Lebens in hoch gesicherten Institutionen verbringen (müssen). Damit ist auch das Problem verbunden, dass immer mehr alte Menschen in

² Quelle: LWL-Maßregelvollzugsabteilung Westfalen

³ Berichtet auf dem 7. COST-Meeting in Florenz, Italien, im Oktober 2016

⁴ Berichtet auf dem 7. COST-Meeting in Florenz, Italien, im Oktober 2016

forensisch-psychiatrischen Institutionen untergebracht sind, die unter verschiedensten Alterskrankheiten leiden und spezialisierter Pflege bedürfen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich vor allem die Frage, wie die Unterbringung und die Versorgung dieser besonderen Patientengruppe zukünftig, insbesondere im Hinblick auf die Lebensqualität der Unterbrachten, gestaltet werden kann. Da hierzu bislang nur wenig fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse und kaum ein fachlicher Austausch über die Ländergrenzen hinweg existieren, haben niederländische Kollegen im Jahr 2013 ein Projekt zur Förderung des wissenschaftlichen Austauschs zwischen den teilnehmenden EU-Staaten initiiert, das sich mit den oben genannten Problemen und möglichen Lösungsansätzen beschäftigt: „Towards an EU research framework on forensic psychiatric care“ (COST Action IS1302⁵). COST (European Cooperation in Science and Technology) ist eine bereits im Jahr 1971 gegründete internationale Initiative zur europäischen Zusammenarbeit im Bereich der wissenschaftlichen und technischen Forschung. „Ziel [von COST] ist es, nationale Forschungsprojekte in konzertierten Aktionen zu bündeln und dadurch europaweit vorhandene Kapazitäten von Wissen, technischer Ausstattung und finanziellen Ressourcen effektiv zu nutzen und dauerhafte Forschungsnetzwerke zu schaffen“⁶.

COST Action IS1302 „Towards an EU research framework on forensic psychiatric care“

Das Projekt „Towards an EU research framework on forensic psychiatric care“ hat eine Laufzeit von vier Jahren (Oktober 2013 bis Oktober 2017) und beschäftigt sich mit den eingangs umrissenen Problemen in der forensisch-psychiatrischen Langzeitunterbringung. Dabei verfolgt es drei Ziele:

1. Identifikation der Charakteristika forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten
2. Entwicklung eines „best practice“ Modells für die Behandlung und Betreuung in der forensisch-psychiatrischen Langzeitunterbringung
3. Verbesserung der Lebensqualität forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten

An der COST Action „Towards an EU research framework on forensic psychiatric care“ beteiligen sich insgesamt folgende 19 Länder der Europäischen Union (Tabelle 1).

Im Rahmen der COST Action IS1302 teilen Wissenschaftler und Praktiker ihre Expertise und bilden damit die Basis für die Durchführung einer vergleichenden Evaluation der Langzeitunterbringung in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen Europas. Die

⁵ COST (European Cooperation in Science and Technology) ACTION IS1302, nähere Informationen hierzu unter: www.lfpc-cost.eu, zugegriffen am 28.12.2016

⁶ <http://www.cost.dlr.de/>, zugegriffen am 28.12.2016

Tabelle 1: Teilnehmende Länder und Datum der Unterzeichnung des Memorandum of Understanding (MoU)

Land	Datum	Land	Datum
Belgien	24.10.2013	Lettland	25.06.2013
Kroatien	19.11.2013	Litauen	15.11.2013
Zypern	21.11.2013	Niederlande	25.06.2013
Finnland	03.03.2014	Polen	04.04.2014
Frankreich	20.06.2013	Portugal	20.09.2013
Mazedonien	24.10.2013	Serbien	11.10.2013
Deutschland	20.06.2013	Slowenien	25.08.2013
Griechenland	30.04.2014	Spanien	06.06.2013
Irland	28.06.2013	Vereinigtes Königreich	03.06.2013
Italien	15.10.2013		

konkrete praktische Arbeit findet dabei, entsprechend den bereits vorgestellten Projektzielen, in drei Arbeitsgruppen statt, in denen unterschiedliche Aspekte der Versorgung forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten behandelt werden:

1. Charakteristika forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten
2. „Best practice“ in der forensisch-psychiatrischen Langzeitunterbringung
3. Bedürfnisorientierung und Optimierung der Lebensqualität forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten

Lebensqualität forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themen in den einzelnen Arbeitsgruppen wurde eine Vielzahl an weiteren Projekten angestoßen, die jeweils unterschiedliche Aspekte des übergeordneten Themengebiets bearbeiten. Hierzu zählt unter anderem eine empirische Studie, die im Jahr 2014 im Rahmen der Arbeitsgruppe „Bedürfnisorientierung und Optimierung der Lebensqualität forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten“ durchgeführt wurde und sich mit der Perspektive forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten in Bezug auf ihre Lebensqualität und Bedürfnisse befasst. Die Arbeitsgruppe setzt sich aus Vertretern folgender Länder der Europäischen Union zusammen (Tabelle 2).

Die Durchführung dieser Studie wurde als besonders wichtig erachtet, da im Rahmen der Diskussion in der Arbeitsgruppe 3 schnell deutlich wurde, dass sich die Strukturen und die Standards der Behandlung und Versorgung der Patienten in den forensisch-psychiatrischen Einrichtungen der 13 europäischen Länder zum Teil sehr deut-

Tabelle 2: Arbeitsgruppe “Bedürfnisorientierung und Optimierung der Lebensqualität forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten” - Teilnehmende Länder

In der Arbeitsgruppe 3 vertretene Länder	
1. Belgien	8. Mazedonien
2. Deutschland	9. Niederlande
3. Vereinigtes Königreich	10. Polen
4. Griechenland	11. Portugal
5. Irland	12. Slowenien
6. Italien	13. Spanien
7. Litauen	

lich voneinander unterscheiden. Diese Rahmenbedingungen hängen wiederum mit den Inhalten und den Kriterien der Lebensqualität von Langzeitpatienten in den verschiedenen EU-Ländern zusammen, die bis dahin noch nicht systematisch erfasst und verglichen wurden. Aus diesem Grund wurde in der Arbeitsgruppe 3 im Jahr 2014 ein qualitativer Interviewleitfaden entwickelt, um einen ersten Überblick über die Lebensqualität der Patienten in den einzelnen Ländern zu erhalten und daran weitergehende Forschungen anzuschließen.

Der Leitfaden umfasste folgende sieben Bereiche:

- “Eisbrecher-Fragen” (Informationen über den Patienten, Stimmung, ...)
- Lebensqualität und Bedürfnisse
- Einflussfaktoren auf Lebensqualität
- Persönliche Erfahrungen mit Lebensqualität
- Lebensqualität in der Institution
- Bedürfnisse der Patienten
- Zukunftsperspektive der Patienten (aus ihrer persönlichen Sicht)

Mit Hilfe des Leitfadens wurden insgesamt 39 Interviews mit Langzeitpatienten aus 12 der 13 in der Arbeitsgruppe 3 vertretenen europäischen Ländern durchgeführt und durch Stephanie Miers von der School of Medicine der University of Nottingham ausgewertet (Miers 2015). In ihrer Analyse identifiziert Miers folgende vier Hauptbereiche, die die Inhalte, die Langzeitpatienten in Bezug auf ihre Lebensqualität in einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung als bedeutsam beschreiben, zusammenfassen (vgl. Miers 2015, 11):

Physische Faktoren

- körperliches Wohlbefinden, gute gesundheitliche Versorgung
- Möglichkeit, sich während der Unterbringung sportlich zu betätigen (z.B. Spazieren gehen/Walken, Gymnastik, ...)

Psychische Faktoren

- Kontakt zum Fachpersonal (Gespräche mit Psychiatern/Psychologen/anderen Mitarbeitenden)
- Einbezug in Behandlungspläne und die Auswahl der Medikation

Soziale Faktoren

- Erlaubnis, die Einrichtung für eine begrenzte Zeit zu verlassen
- Geld (z.B. für Zigaretten oder Tabak)
- Familie/Freunde/Besuche

Umgebungsfaktoren

- Unterbringung in angemessenen Räumlichkeiten (z.B. genug Platz in Mehrbettzimmern, ...)
- Mahlzeiten/frisches Essen/bezahlbare Lebensmittel, um zu kochen
- Einschluss und andere Restriktionen (z.B. in Bezug auf Rauchen, Internet, „gefährliche“ Gegenstände)

Die Lebensqualität forensischer Langzeitpatienten als binationales und interdisziplinäres Forschungsprojekt

Die Ergebnisse dieser ersten, eher explorativ angelegten Analyse, gaben zwar einen guten Überblick darüber, welche Themen bezogen auf die Lebensqualität forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten in den Ländern von Bedeutung sind, konnten jedoch nicht genauer auf länderspezifische Besonderheiten eingehen. Um mehr über spezifische Sichtweisen und Bedürfnislagen von forensisch-psychiatrischen Langzeitpatienten zu erfahren, wurden die o.g. Arbeit sowie die in diesem Zusammenhang bereits durchgeführten und transkribierten Interviews schließlich zum Gegenstand eines neuen Projekts, das im Sommer 2015 durch die LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (Dr. Bernd Dimmek und Sabrina Wiecek) in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke initiiert wurde. Im Rahmen eines zweisemestrigen Lehr-

forschungsprojekts⁷ an der Fakultät für Kulturreflexion am Lehrstuhl für Soziologie (Prof. Dr. Werner Vogd und Martin Feißt) haben sich die Studierenden zunächst mit verschiedenen Konzepten zum Thema „Lebensqualität“ auseinandergesetzt, bevor die fünf mit Langzeitpatienten in Deutschland durchgeführten Interviews erneut analysiert und mit den Ergebnissen von Miers verglichen wurden.

Um Aussagen über die Lebensqualität forensisch-psychiatrischer Patienten treffen zu können, galt es im ersten Schritt zu klären, was unter dem Begriff „Lebensqualität“ verstanden werden kann. Die Fachdiskussion ergibt hinsichtlich dieser Frage kein einheitliches Bild und zeigt, dass es nicht möglich ist, eine objektive Definition des Begriffs „Lebensqualität“ zu geben (Dobrzyńska *et al.*, 2007; Zdun-Ryżewska, Majkowicz, 2013). Einige Forscher verstehen „Lebensqualität“ als individuelle Zufriedenheit mit Leben und Alltag (Dobrzańska *et al.*, 2007), andere wiederum als “a subjective perception of life satisfaction in the context of one’s needs and abilities” (Jarema *et al.*, 1995). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt “Lebensqualität” “as individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment.” (World Health Organization 1997, 1).

Der Zugang der Interviewanalyse erfolgte im nächsten Schritt aus zwei verschiedenen Perspektiven heraus: Auf der einen Seite wurden die Inhalte der Interviews bezogen auf die Lebensqualität der Patienten analysiert, auf der anderen Seite wurde methodisch untersucht, ob der Interviewleitfaden der spezifischen Problematik forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten gerecht wird. In diesem Zusammenhang wurde näher betrachtet, *welche* Fragen *wie* gestellt wurden und inwiefern die entsprechenden Antworten für die Frage nach der Lebensqualität relevant waren.

Die qualitative Auswertung der vorliegenden Interviews erfolgte im Sinne der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (Strauss 1998, Glaser & Strauss 1979). Auf diese Weise konnten vier Bereiche identifiziert werden, die bezogen auf die Lebensqualität eine besondere Bedeutung für die Patienten zu haben scheinen. Schlagwortartig kann man diese wie folgt umschreiben:

1. Leben in der Institution
2. Beziehungen zu anderen Personen
3. Die Welt außerhalb der Institution
4. Beziehung zu sich selbst

⁷ siehe hierzu auch Feißt *et al.* 2017

Die Ergebnisse der methodischen Analyse der Interviews zeigten, dass der ursprünglich verwendete Interviewleitfaden den krankheits- bzw. störungsbedingt unterschiedlichen Wahrnehmungs- und Beantwortungsmöglichkeiten vieler Patienten nicht gerecht wurde und vor allem Patienten mit Minderbegabung oder Patienten, die starke Hospitalisierungstendenzen zeigen, überfordert hat, sodass diese nicht angemessen auf die Fragen antworten konnten. Im Rahmen der Analyse wurde auch deutlich, dass das Konzept „Lebensqualität“ zu abstrakt ist, um direkt danach zu fragen, sondern andere Fragetechniken herangezogen werden müssen, um verwertbare Antworten auf die Frage nach der Lebensqualität der Patienten zu erhalten (vgl. Feißt et al. 2017, 34ff). Außerdem fiel auf, dass bei der Formulierung der Fragen genau darauf geachtet werden muss, dass diese gut verständlich gestellt werden und beispielsweise nicht mehrere Fragen gleichzeitig enthalten. Folgende zwei Interviewbeispiele sollen die beschriebenen Probleme verdeutlichen:

Interviewer: *„Wenn Sie einmal so zusammenfassen, einmal darüber nachdenken, was sind das für Faktoren, von denen für Sie die Lebensqualität abhängt so insgesamt?“*

Patient: *„Also die Lebensqualität: durch die Medizin vor allem. Durch Gespräche mit Psychologen, durch den sozialpsychiatrischen Dienst, dort gab es montags immer Frühstück. Da musste man 1,50 Euro bezahlen und dann konnte man also Brötchen essen, wie man wollte (lacht), das war ganz angenehm.“*

Ein anderes Beispiel:

Interviewer: *„Gab es vielleicht einmal Situationen, wo Sie das Gefühl hatten: Das passt für mich, so fühle ich mich wohl? Zum Beispiel: Sie hatten gesagt, Sie waren in der Wohneinrichtung, in der Werkstatt, haben dort gearbeitet. Oder wenn ich jetzt so einfach einmal sage: Schulzeit? Oder vielleicht andere Tage in Ihrem Leben, wo Sie jetzt so aus der Erinnerung heraus sagen würden: Ah Ja. Oder vielleicht auch jetzt in der Unterbringung natürlich: Damals habe ich mich richtig gut gefühlt?“*

Patient: *[20 Sekunden Pause]*

Interviewer: *„Da fällt Ihnen im Moment nichts zu ein?“*

Patient: *„Nein.“*

Diese Ergebnisse führten schließlich dazu, dass der Leitfaden zur Durchführung qualitativer Interviews der COST Arbeitsgruppe 3 nicht weiter verwendet, sondern durch eine Neukonstruktion (siehe Anhang) ersetzt wurde, der dem Untersuchungsgegenstand sowohl in seinem Aufbau als auch methodisch angemessener erscheint. Inhaltlich wird der Interviewleitfaden durch die oben beschriebenen vier identifizierten Themenbereiche strukturiert, wobei diese letztlich in drei übergeordnete inhaltliche Kategorien zusammengefasst wurden:

- Die Klinik
- Ich und Andere
- Ich und Ich

Das Manual des Leitfadens empfiehlt zu Beginn des Interviews, eine angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen und auf unkomplizierte Weise in das Gespräch einzusteigen. Außerdem wird dem Interviewten die Möglichkeit gegeben, sich kurz selbst vorzustellen und frei über sich, seine Vergangenheit, seine aktuelle Situation und seine Gedanken zu erzählen.

Der zweite Teil des Interviewleitfadens („Die Klinik“), der nach dem Leben des Patienten in der forensischen Klinik fragt, hat das Ziel, mehr über den Alltag des Patienten zu erfahren. Die entsprechenden Fragen sollen dabei helfen, herauszufinden, welche Bedürfnisse der Patient hat, ob er sie befriedigen kann und wie sich diese Rahmenbedingungen auf seine Lebensqualität auswirken. Die entsprechenden Fragen beziehen sich beispielsweise auf die Bereiche „Arbeit“, „Finanzen“, „Unterbringung/ Zimmer“, „Ernährung“, „Alltagsleben“ und „Mitspracherecht“.

Im dritten Abschnitt des Interviews („Ich und Andere“) stehen die Beziehungen des Patienten zu anderen Personen und die damit verbundenen Bedürfnisse im Vordergrund, wobei der Fokus darauf liegt, wie diese Beziehungen im klinischen Kontext berücksichtigt werden (können). In diesem Zusammenhang geht es zum einen um Beziehungen innerhalb der forensischen Einrichtung (z.B. zum Personal oder zu Mitpatienten) und zum anderen um Beziehungen außerhalb der Klinik, wie beispielweise zur Familie oder zu Freunden. Auch intime Beziehungen werden in diesem Teil thematisiert.

Der vierte Teil des Interviewleitfadens („Ich und Ich“) dient dazu, mehr über die Ansichten und Einstellungen des Patienten zu sich selbst zu erfahren. Hierbei spielt zum Beispiel eine Rolle, ob die Klinik dem Patienten genug Möglichkeiten bietet, sich persönlich weiterzuentwickeln. Außerdem beinhaltet dieser Teil Fragen zur zurückliegenden Zeit im Maßregelvollzug, Zukunftsplänen und Wünschen des Patienten.

Zum Abschluss des Interviews wird im Leitfaden empfohlen, dem Befragten noch einmal die Möglichkeit zu geben, für ihn wichtige Punkte, die noch nicht angesprochen wurden, zu thematisieren. Beendet wird das Interview mit einem ausdrücklichen Dank.

Zu jedem Themenbereich wird zunächst eine relativ allgemeingehaltene und offene Frage gestellt, um dem Patienten die Chance zu geben, frei zu antworten und damit die Aspekte einzubringen, die ihm bezogen auf das jeweilige Thema wichtig sind (fragt man dagegen direkt zu konkret – z.B.: Ist das Essen gut/schlecht? –, gehen andere wichtige Aspekte – „Ich kann selbst entscheiden, was ich für das Essen einkaufen möchte“ – möglicherweise verloren). Es wurde außerdem darauf verzichtet, direkt danach zu fragen, was Lebensqualität, z.B. im Sinne der WHO-Definition, für

die Patienten bedeutet. Vielmehr sollten dagegen Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen der forensisch-psychiatrischen Langzeitpatienten im Vordergrund stehen – insbesondere vor dem Hintergrund, wie diese Bedürfnisse durch die spezielle Lebenswirklichkeit in einer forensisch-psychiatrischen Klinik oder im Goffman'schen Sinne, in einer "totalen Institution" (Goffmann 1973), beeinflusst werden. Nach der jeweiligen Eingangsfrage zu den einzelnen Themenbereichen enthält der Interviewleitfaden zu jedem Abschnitt weitere Fragen, die im Interviewverlauf gezielt eingesetzt werden können (aber nicht müssen). Das Besondere an dem Interviewleitfaden ist außerdem, dass er in zwei Fassungen – nämlich für Patienten mit und ohne Beeinträchtigung der Verbalisierungs- und Reflexionsfähigkeiten vorliegt, um dem Umstand gerecht zu werden, dass bestimmte Patienten (z.B. die mit Minderbegabung oder starken Hospitalisierungstendenzen) mit Fragen überfordert sind, die nicht einfach genug gestellt sind. Der Unterschied zwischen den beiden Versionen des Leitfadens liegt nicht in der Auswahl der Themenbereiche, sondern lediglich in der Art und Weise, *wie* die Fragen formuliert bzw. konkretisiert werden. Die Auswertung der Interviews erfolgt dann ebenfalls im Sinne der Grounded Theory nach Glaser & Strauss (Strauss 1998, Glaser & Strauss 1979).

Bereits während der Entwicklung des Interviewleitfadens konkretisierten sich die Überlegungen, die Ergebnisse der Interviewanalyse mit einem anderen Land zu vergleichen. Hierfür bot sich aus mehreren Gründen das Nachbarland Polen an, das ebenfalls in der Arbeitsgruppe 3 vertreten war. Zum einen bestehen zwischen Deutschland und Polen seit vielen Jahren gute (Forschungs-)Kontakte und zum anderen unterscheiden sich die beiden Maßregelvollzugssysteme nicht gravierend voneinander, sodass ein Vergleich der Ergebnisse relativ problemlos möglich ist. Diese deutsch-polnische Initiative wurde 2015 als Gemeinschaftsprojekt von Bernd Dimmek auf den Weg gebracht. Neben den deutschen Forschern aus der LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (Dr. Bernd Dimmek, Sabrina Wiecek) und der Universität Witten/Herdecke (Prof. Dr. Werner Vogd, Martin Feißt) sind aus Polen Prof. Dr. Janusz Heitzman und Frau Inga Markiewicz vom Institut für Psychiatrie und Neurologie in Warschau und Prof. Dr. Zdzislaw Majchrzyk von der Kardinal Stefan Wyszyński Universität in Warschau an dem Kooperationsprojekt, das im Jahr 2015 begonnen wurde, beteiligt. Die Umsetzung und erste Ergebnisse dieses Projekts werden im Folgenden vorgestellt.

The realization of the joint project in Poland and Germany

According to the definition of „quality of life“, we have to deal with the subjective perception of the reality from patients' point of view as well as with the structural and conceptual framework conditions of their accommodation. So quality of life is framed in the context of a given culture, upheld system of values, as well as individual expectations and adopted standards. It is, therefore, worth to consider if the country of forensic patient's hospitalization, the variety of types of facilities, the diversity

of surroundings, social, welfare and economic conditions, as well as of legal systems, will determine the subjective perception of patients' quality of life?

It is easy to notice that the Polish and German systems of forensic psychiatry are different. There are differences in terms of standards of conduct toward psychiatric perpetrators of criminal acts and of clinical settings. Moreover, there are different practices in forensic psychiatric wards and often there are also different internal policies resulting from different legal regulations applicable in those countries. The most important system difference between Germany and Poland is a 3-level division of forensic wards. In the Polish system of long-term care over insane perpetrators of prohibited acts there is a network of psychiatric wards with three levels of security: maximum (ca. 200 places), higher (ca. 800 places) and basic (ca. 1200 places). The process of treatment and isolation of perpetrators of prohibited acts is presently realised in hospital conditions. The rules of the stay of patients in forensic psychiatry centres in Poland differ significantly depending on the nature and level of security of a given institution. Legal regulations relate mainly to the criteria of qualification to the wards, type of applicable security systems and number of staff members. The qualification to the specific wards is based on consideration of the case of occurring behaviours being a threat to life, property, risk of an unauthorized departure from the ward and possibilities of preventing such situations. Wards with a basic level of security, pursuant to the legal regulations, should guarantee a constant supervision over the perpetrators confined there, and have windows and doors equipped with devices preventing unauthorised departure from the ward. Wards with the higher degree of security should additionally be equipped with the system of internal monitoring, system signalling uncontrolled door and window opening, be able to separate sub-wards with 10-20 beds, have access to recreational areas and guarantee a constant presence of the staff, including the security personnel. In the wards with the maximum degree of security it is e.g. required that they possess a system of personal electronic alarm devices signalling any hazard, be surrounded with a lighted, smooth brick-wall, at least 5.5 m high, etc. (Heitzman, 2010).

It is easy to notice that the quality of life of patients staying at different wards may be different within one country and, the more so, in case of different countries. For the current Polish-German project it is, therefore, crucial not to focus on differences, but to identify key elements in terms of patients' quality of life during their stay at the wards. To this end it is also necessary to identify those needs of which fulfilment (or failure to fulfil) will affect the patients' quality of their life. It is possible that, regardless of different economic situations in both countries, different legal systems and cultural differences, the needs of long-term patients at psychiatric wards turn out to be universal and transnational. The following questions, therefore, should be posed: 1) Which needs and expectations do forensic patients have of their life and day-to-day functioning at the ward? 2) What is the quality of life for each individual patient and how do they understand the concept? 3) Do patients placed in the same reality have the same needs or are they significantly different? 4) Do patients' mental health and psychiatric disturbances affect their perception of the quality of life and the

reported different needs? 5) Does the length of stay at a forensic facility determine the catalogue of needs? 6) Does legal system and organisation of forensic psychiatry in Poland and Germany address the needs of patients? 7) Do standards at psychiatric wards in both countries meet the expectations of patients? 8) Last but not least – How can the quality of life of patients at forensic facilities be improved?

In order to answer these and other questions relating to the patients' quality of life and their needs both in Poland and Germany, a number of patients have been interviewed. The interviews were conducted using a specific "Interview Guide" described in the first part.

The survey among Polish and German patients relating to the "quality of life" aimed to identify the true needs, wishes and hidden hopes of patients in forensic facilities and to obtain directly from them the information if their needs are or can be met in a secure institution. The survey avoided using the term "quality of life" but it focused on obtaining from patients specific information on the living conditions that are important to them and affect their life quality, as well as any suggestions on specific aspects of the ward/facility structure that could be modified to facilitate their day-to-day functioning in the secure institution. An attempt was made to identify important areas in the everyday life of forensic patients as well as to understand and interpret their viewpoint and context of each opinion.

Until today a total of 19 interviews have been conducted in both countries. In Germany 11 interviews with patients from 4 different forensic-psychiatric clinics were conducted by students of the Witten/Herdecke University. The interviews were audio recorded and transcribed (the shortest one with 17 transcribed pages, the longest with 61 pages). In Poland eight interviews have been conducted until now; 3 additional interviews will be shortly conducted. The table below presents the general characteristics of patients taking part in the survey (annexed tables 4 and 5 show the patients samples in more detail).

Table 3: Characteristics of patients

Germany	Poland
11 patients from 4 hospitals	8 patients from 5 hospitals
11 men	7 men + 1 woman
Average age: 49 years	Average age: 43,3 years
Diagnosis:	Diagnosis:
<ul style="list-style-type: none"> • 1 x schizophrenia • 4 x mental retardation • 6 x personality disorder 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 x schizophrenia • 1 x mental retardation • 1 x personality disorder
Time spent in hospital:	Time spent in hospital:
<ul style="list-style-type: none"> • Range: 6,4 – 33,2 years • Average: 19 years 	<ul style="list-style-type: none"> • Range: 3,2 – 13,11 years • Average: 6,6 years

The patients were interviewed using “The Interview Guide”. The questions related to, among others, the importance of the hospital structure, relationship outside and inside the clinic and their personal feeling to the fact of being a patient of the hospital, i.e. thematically defined three areas:

- 1) the relations to the clinic;
- 2) the relations to “others”;
- 3) the relations to oneself.

The first qualitative analysis took part at the beginning of 2016. Since the process of qualitative analysis of the interviews is still ongoing, and there are still some interviews to be conducted in Poland, it is not possible to present now any final conclusions on comprehensive analysis of the planned and conducted survey. Sample opinions of patients with respect to each area listed above in the context of their needs and quality of life are presented below (initial characteristics).

First results

Scope “Hospital”/Topic: Work

An essential topic discussed by long-term patients at forensic and psychiatric wards during the interviews was the subject of “work”. The legal system in Poland prohibits patients from performing any type of work during their hospitalization. In turn, in Germany, performing a specific type of work forms an element of therapy and it is a part of everyday activities. Patients’ opinions are presented in table 4.

Analysis of the patients’ opinions shows that work plays an important role in their lives. Both Polish and German patients perceive work as something important, desired, which affects (would affect) their hospital stay regardless of their mental problems and committed acts. Patients at forensic wards show strong need to perform work. Each one of them, however, verbalises different motivation and has different expectations related to work. They perceive work differently, for example just as a “pastime”, daily diversion, entertainment or a way to leave the facility earlier and be free “because that is good for the court”.

The strong need to perform work, as expressed by the patients, confirms the long-known notion that work is a fundamental part of life. “It (...) forms a basic condition for existence, indication of the person’s place in society and the factor shaping his/her personality, creative activity, joy and life satisfaction”. The importance of work in reaching high level of life satisfaction should not be, therefore, disputed (Balicki, 2013). It is difficult to compare benefits (including financial) gained by a person working in “standard” (free) labour environment (such as salary, recognition of achievements, social approval, advancement of status) with benefits gained by a

Germany	Poland
<p>Patient A, age 50, for 17,5 years in hospital, diagnosis: mental retardation (ICD-10 F70), offence: sexual child abuse.</p> <p>„But honestly, no shit, I want to work here. I do not make money, I want out of here, all out. That's why I go to work, because that is good for the court. It's positive. The then say: 'Aha, C. goes to work, he does it all,' and that is good for the court”.</p> <p>Patient B, age 52, since 33.2 years in hospital, diagnosis: personality disorder (ICD-10 F60.2), offence: rape.</p> <p>I need some structures, that's what I really need. And that is what I have, that I have indeed, fixed structures - with my work, but there are certain things, I say, the worst here is always the weekend. This is the worst thing, there is nothing! Then you sit around here and cannot do anything, cannot go out of the clinic, nothing, because the staff is not there”.</p>	<p>Patient C, age 38, for 5,3 years in hospital, diagnosis: schizophrenia, addiction (ICD-10 F20.0, F19.2), offence: grievous bodily harm.</p> <p>„I don't work here. That's a pity because it's fun to work. I think about work all the time, it's very important (...). When you keep working, the time somehow passes by faster (...) Here you just have to keep you bed clean, everything else is done by the orderly.</p> <p>(...) I think that work is very important. The time is ticking differently. We should work. I kill the time drawing”.</p>

forensic patient in a secure psychiatric facility. From the psychological and therapeutic point of view, work is of key importance in the context of factors such as work organization, work status, sense of identity, long-term goals, sharing experience with others and increased activity (Rostowska, 2009), which indirectly also determine the quality of life.

Scope “Me and others”/Topic: Family

Analysis of interviews with patients shows the significance which the patients put in sustaining and maintaining family ties. The need for continuous contact with related persons was expressed by both Polish and German forensic patients. The need to stay in touch was similar, but the perception of individual family members and the reasons

Germany	Poland
<p>Patient D, age 50, for 17,6 years in hospital, diagnosis: mental retardation (ICD-10 F70), offence: sexual child abuse.</p>	<p>Patient C, age 38, for 5,3 years in hospital, diagnosis: schizophrenia, addiction (ICD-10 F20.0, F19.2), offence: grievous bodily harm.</p>
<p>„I want to get out, to live with my family. My normal family. There is a very large house, three floors, they say, when you come to us, the third floor is completely for you“</p>	<p>„Family is very important for me. I wish I had contact with my son – it’s very important for me. I think about it sometimes. Quite often I think about it (...) I have no contact with my son“</p>
<p>„My family, I have for example in church, spoken to the priest, catholic. Speaking for me, also please pray for me and for my family, to bring me out of here to my family, out faster, as fast as possible“</p>	<p>„The family wants to keep in touch with me. They are more open; they call, they talk (...) I think that now we trust each other more“</p>

for staying in contact with them were different. Still, family (whether defined by blood ties or spiritual intimacy) and the related subject of home/secure environment constituted, in the patients’ opinions, the value the lack of which had a key effect on decreased quality of life. The patients expressed dire need to leave hospital and return to their families (significant others) and their homes.

The above opinions confirm the natural need of every person to be surrounded by family members or related persons. This results from the need for social support, which is essential for general life wellbeing and sense of security. Family allows to meet basic human needs, not only biological but also psychological, such as the need for love, approval, ties, affiliation, security. It also establishes a code of conduct for family members. Social ties formed in family allow for healthy individual and social development of its members; they affect the quality of life and provide the feeling of stability and happiness. Family members and related persons, in the first place, are expected to provide support in difficult situations, such as illness (Rostowska, 2009). Research data show that lack of family support poses a significant risk for individual development and quality of life; it may also lead to drastic feeling of dissatisfaction, sense of injustice, loneliness, social alienation and loss of security (Heszen – Niejodek, Sęk, 1997). It is possible to suggest that contact with family, in case of forensic patients, may play an important role in the process of their “recovery”, as well as their return and re-adaptation to their natural social environment.

Scope “Me and myself”/Topic: Religion

The last example showing the need to meet forensic patients’ needs, identified for the purpose of this paper, is the ability to practice their religion, act according to one’s system of values and meet spiritual needs in forensic hospitals (institutions).

Both in Germany and in Poland, patients clearly expressed these needs, regardless of their religion, but the possibilities to fully meet them were different in both countries.

Germany	Poland
<p>Patient J, age 39, for 6,4 years in hospital, diagnosis: personality disorder (organic) (ICD-10 F07.0), offence: murder.</p> <p>„The human needs are not respected here. I can’t pray. I have also tried to fast, but that’s also not possible. They said: ‘You don’t pray, we can’t give you something to eat at five o’clock in the morning, we can’t give you a lighter. It’s against the company rules’. Then I have asked T10 and called different people to enforce it, but they have refused it.“</p>	<p>Patient K, age 36, for 5,8 years in hospital, diagnosis: schizophrenia, addiction (ICD-10 F20.0; F10.2), offence: murder.</p> <p>„Faith and religion may simply be the clue what is allowed, and what is not allowed, and just such a course. It is then easier when you are staying here. Here in the ward there is a chapel, we have a priest, and the priest frequently celebrates mass to us. Well, besides, we have also a special class with the priest about values in human life. ”</p>

The above opinions show that the quality of life in psychiatric wards is not determined by patients solely based on their living conditions, the quality of meals, the use of top health benefits, which is often related to financial aspects. The patient’s quality of life is also affected by the possibility to meet their needs in the dimension of “*me and myself*” and the need for transcendence.

In Poland, as shown in the opinions above, the need to practice religion has been fully met, but the German patient complained about failure to satisfy his spiritual needs.

Why religion is so important from the point of view of quality of life? The spiritual aspect has been underestimated for many years, and even disregarded in therapeutic work and everyday life. Universal system of values placing in its centre a Higher Being may be a turning point in the perception of the world, thus leading to “spiritual rebirth”. The awareness of purposefulness of the world and one’s place in it makes patients develop their sense of identity and their perception of a deeper sense of suffering, illness and life (Derbis, 2008). This, in turn, adds a positive value to their life, which directly translates into improved quality of life.

Conclusion

The analysis of qualitative interviews is an arduous research work and a time-consuming task. More time is needed to complete all the qualitative analysis and to draw final conclusions. This paper presents some assumptions and previous work performed under research project conducted by scientists in Germany and Poland. Selected sample opinions relating to conditions, quality of life and the needs expressed by forensic patients have also been offered. Nevertheless, preliminary analysis allowed learning: 1) the most important aspects for the long-term patients in forensic institutions in Poland and in Germany; 2) the patients' needs; and 3) which needs are met and which are not. That can show us what the "quality of life" from the patients' perspective is. The next step for future should be the question: whether the patient's perspective is identical to the staff perspective. It is important to ask what do professionals think about patient's needs or do the staff members and the managers of hospitals in both countries understand patient's needs and their quality of life. Whether the structures and concepts that have proven to be important for the quality of life can also be realized in practice, depends not only on whether the policy can be convinced by good arguments. It also (or mostly) depends on whether the institutions themselves see a need of action.

Literatur

- Balicki, M. (2013). Praca – fundamentalną wartością jakości życia [Work – a fundamental value for the quality of life]. In M. Jasiński (Red.), *W poszukiwaniu jakości życia. Ujęcie interdyscyplinarne* [Seeking quality of life. Interdisciplinary approach] (pp. 339-340). Białystok: Wydawnictwo Niepaństwowej Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Derbis, R. (Red.) (2008). *Jakość życia. Od wykluczonych do elit* [Quality of life. From the excluded to the elites] (pp. 489-490). Częstochowa.
- Dobrzyńska, E., Rymaszewska, J. & Kiejna, A. (2007). Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi [Quality of life among persons with mental disorders]. *Adv Clin Exp Med*, 16(1), 173-178.
- Feißt, M., Wiecek, S., Dimmek, B. & Markiewicz, I. (2017). Der Maßregelvollzug als Lebensperspektive? – Lebensqualität und Bedürfnisse forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten. In N. Saimh (Hrsg.), *Abwege und Extreme. Herausforderungen der Forensischen Psychiatrie (Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie)* (S. 31-47). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1979). Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In C. Hopf & E. Weingarten (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung, 1. Auflage* (S. 91-111). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goffman, E. (1973). *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Heitzman, J. (2010). Psychiatria i prawo [Psychiatry and law]. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky & G. O. Gabbard, *Psychiatria. Textbook of Psychiatry* (pp. 381-384). Warsaw: The American Psychiatric Publishing.
- Heszen-Niejodek, I. & Sęk, I. (1997). *Psychologia zdrowia* [Health psychology]. Warszawa: PWN.
- Jarema M., Koniecznyńska Z. & Główczak, M. (1995). Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji [Analysis of quality of life assessment of patients with diagnosed schizophrenia or depression]. *Psychiatria Polska*, 5, 641-655.
- Markiewicz, I. (2017). „Different countries, different dreams” – Quality of life of long-term forensic psychiatric patients in Poland and Germany. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 23(3), 378.
- Miers, S. (2015). *Examining quality of life of forensic inpatients in Europe: A thematic analysis*. Masters dissertation at the School of Medicine, University of Nottingham, September 2015.
- Oliver, J., Huxley, P., Priebe, Bridges, K. & Mohamad, H. (1996). *Quality of life and mental health services*. London/New York: Routledge.
- Rostowska, T. (2009). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia* [Marriage, family, work and the quality of life] (pp. 166-167). Kraków: Impuls.
- Russo, J., Roy-Byrne, P., Reeder, D., Alexander, M., Dwyer-O'Connor, E., Dagadakis, C., Ries, R. & Patric, D. (1997). Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: reliability and validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 166-175.
- Saxena, S. & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the WHO perspective. *Eur Psychiatry*, 12, 263-266.
- Strauss, A. L. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, 2. Auflage. Stuttgart: UTB.
- Wiecek, S. (2017). Lebensqualität und Bedürfnisse forensischer Langzeitpatienten – Qualitative Interviews als ein Zugang zur Perspektive der Patienten. Ein internationales Forschungsprojekt im Rahmen der ISCH COST Action IS1302 „Towards an EU research framework on forensic psychiatric care“. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 23(3), 391f.
- World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1997): *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. Geneva.
- Zdun-Ryżewska, A. & Majkovicz, M. (2013). *Różnice pod względem jakości życia między pacjentami z chorobą afektywną jednobiegunową i dwubiegunową* [Differences in the quality of life between patients with recurrent and bipolar affective disorders]. *Ann Acad Med Gedan*, 43, 9-18.

Anhang

Tabelle: 4: Befragte Patienten (Deutschland)

Fall	Diagnose	ICD-10	Unterbringungs- dauer (in Jahren)	Alter	Geschlecht	Hauptdelikt
1	Persönlichkeitsstörung, Pädophilie	F60.6, F65.4	18,4	38	m	Sex. Kindesmissbrauch
2	Persönlichkeitsstörung, Pädophilie	F60.6, F65.4	23,2	47	m	Sex. Kindesmissbrauch
3	Intelligenzminderung	F70	17,6	50	m	Sex. Kindesmissbrauch
4	Intelligenzminderung	F70	26,7	51	m	Brandstiftung
5	Pädophilie	F65.4	24,2	53	m	Sex. Delikt an Kindern/ Jugendlichen
6	Persönlichkeitsstörung, Pädophilie	F65.4, F61, F10.2	23,8	66	m	Vergewaltigung mit Todesfolge
7	Schizophrenie	F20.0	13,2	60	m	Raub
8	Persönlichkeitsstörung (organisch)	F07.0	6,4	39	m	Mord
9	Persönlichkeitsstörung	F60.2	33,2	52	m	Vergewaltigung
10	Intelligenzminderung, Pädophilie	F70, F60.6, F65.4	15,3	47	m	Sex. Kindesmissbrauch
11	Intelligenzminderung, Pädophilie	F70, F65.4	17,6	43	m	Sex. Delikt an Kindern/ Jugendlichen

Table 5: Interviewed patients (Poland)

Case	Diagnosis	ICD-10	Length of stay (years)	Age	Gender	Main offence
1	Schizophrenia, Addiction	F.20.0; F19.2	5,3	38	m	Grievous bodily harm, art. 156
2	Schizophrenia, Addiction	F.20.0; F10.2	5,8	36	m	Murder, art.148
3	Schizophrenia	F.20.0	3,2	30	m	Attempted murder art.. 148
4	Schizophrenia	F.20.0	4,5	49	m	Mistreat, threat, art.. 207, 190
5	Unspecified personality and behavioral disorder due to known physiological condition, Mental retardation	F.07.9	5	25	m	Mistreat, medium bodily injury art. 207, 157
6	Mental and behavioral disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances, psychotic disorder	F19.5	11,8	43	m	Murder, art.148
7	Schizophrenia	F.20	13,11	66	k	Murder, art.148
8	Schizophrenia, Addiction	F.20; F19.2	4,7	60	m	Murder, art.148