

INSTITUT
FÜR FORENSISCHE PSYCHIATRIE DER
UNIVERSITÄT - GH - ESSEN

Projektbericht:

Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen -
Zur Unterbringung und Behandlung
alkoholabhängiger Straftäter

Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen -
Zur Unterbringung und Behandlung alkoholabhängiger Straftäter

Forschungsprojekt im Auftrag des
Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Institut für Forensische Psychiatrie
der Universitätsklinik - GH - Essen
Direktor: Professor Dr. N. Leygraf

Bearbeitung:
Norbert Schalast, Dipl.-Psych.

Essen 1992

INHALTSVERZEICHNIS

	Einleitung	1
1.	Die Unterbringung gemäß § 64 StGB	3
1.1	Zur Geschichte	3
1.2	Die geltende Bestimmung	3
1.3	Voraussetzungen einer Unterbringung gem. § 64	4
1.4	Bestimmungen zur Vollstreckung	6
1.5	Die gesetzliche Regelung des Vollzugs in NRW	10
2	Probleme der Praxis	13
2.1	Das Einweisungsverfahren	13
2.2	Probleme des Vollzugs	15
2.3	Effektivität	15
2.4	Aufnahmedruck	17
3	Untersuchungskonzept	20
3.1	Fragestellung	20
3.2	Methodik	20
4	Ergebnisse	23
4.1	Das untersuchte Kollektiv	23
4.2	Merkmale der Untergebrachten	24
4.3	Merkmale der Begutachtung	28
4.3.1	Art der Begutachtung und der Gutachter	29
4.3.2	Informationsquellen und Untersuchungen	30
4.3.3	Inhaltliche Aspekte der Gutachten	35
4.3.4	Zusammenfassende Gutachtenbewertung	40
4.4	Merkmale der Unterbringungsurteile	40
4.4.1	Urteilssachverhalte	41
4.4.2	Inhaltliche Urteilsaspekte	44
4.4.3	Zusammenfassende Wertung der Unterbringungsurteile	48
4.5	Unterbringungsverlauf	50
4.5.1	Formale Aspekte des Unterbringungsverlaufs	50
4.5.2	Therapiebelastende Vorkommnisse	51
4.5.3	Behandlungsbilanz, Entlassungsumstände	55
4.6	Prädiktoren für Behandlungs- und Erfolgsmerkmale	60
5.	Zusammenfassende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	67
5.1	Merkmale der Untergebrachten	67
5.2	Merkmale der Gutachten	69
5.3	Unterbringungsurteile	72
5.4	Unterbringungsverlauf	74
5.5	Das Prognoseproblem	77
5.6	Schlußfolgerungen	77
6.	Zusammenfassung	84
7.	Literatur	86

EINLEITUNG

Bestimmungen des Maßregelvollzugs wurden im Jahre 1933 in das deutsche Strafgesetzbuch eingeführt. Sie stellten ein Arsenal von Maßnahmen dar zur Reaktion auf Straftaten vermindert oder nicht zurechnungsfähiger Täter (i.S.v. § 51 a.F.StGB), als Alternative zur Strafe, die nur durch Schuld legitimiert wird. Seit Anbeginn gehört der Maßregelvollzug in Theorie und Praxis zu den umstrittenen Bereichen des Rechtswesens einerseits und der psychosozialen Versorgung andererseits. In einem schwierigen Überschneidungsfeld dieser gesellschaftlichen Strukturen angesiedelt, ist eine Vielzahl von Konflikten quasi vorprogrammiert.

In ihrem *"Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland"* prägte die Expertenkommission der Bundesregierung vor über 20 Jahren den vielzitierten Begriff von der *"absoluten Schlußlichtposition"*, um die Verhältnisse im Maßregelvollzug zu charakterisieren. In den letzten fünfzehn Jahren konnten erhebliche Fortschritte bei der Durchführung des Maßregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen erzielt werden, worauf die Landesregierung 1990 nicht ohne Stolz hinwies¹. Trotzdem muß man konstatieren, daß es einen mit der Reformbewegung in der allgemeinen Psychiatrie vergleichbaren, von einer Vielzahl gesellschaftlicher Kräfte getragenen Veränderungsprozeß in der forensischen Psychiatrie nicht gegeben hat. Die Öffentlichkeit beobachtet den Maßregelvollzug mit widersprüchlichen Empfindungen, aber vor allem kritisch. Mal wird vorwurfsvoll darauf hingewiesen, daß Menschen hier unverhältnismäßig lange festgehalten werden können, mal lösen Rückfalltaten beurlaubter oder entlassener Patienten Empörung aus.

Auch die Einstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der forensisch-psychiatrischen Abteilungen zu ihrem Arbeitsfeld kann als zwiespältig bezeichnet werden. Zum einen lassen Veröffentlichungen und Weiterbildungsveranstaltungen während der letzten Jahre das Bemühen erkennen, Perspektiven und Behandlungskonzepte zu entwickeln und den Anstaltsalltag therapeutisch effektiver zu gestalten. Andererseits ist das Maß an Unzufriedenheit in diesen Bereichen beträchtlich, und zwar im Bereich der Behandlung suchtkranker Straftäter möglicherweise noch ausgeprägter als im Bereich der nach § 63 StGB untergebrachten psychisch kranken Straftäter (vgl. Leygraf 1987). Rasch (1991) konstatiert, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Entziehungsanstalten (§ 64 StGB) unter einem ungeheuren Druck stünden. Dabei spielt immer eine Rolle, daß ein Teil der untergebrachten Patienten als therapieunwillig bzw. -unfähig erlebt wird, als "Störer" bei dem Bemühen, in den Abteilungen ein erträgliches, freundliches Behandlungsklima zu entwickeln.

Nun wies Konrad (1992) gerade darauf hin, daß das Problem dieser "Fehlplazierten" den psychiatrischen Maßregelvollzug bereits seit seinen Anfängen begleitet. Verbunden mit entsprechenden kritischen Stellungnahmen ist immer ein Vorwurf an die im Unterbringungsverfahren verantwortlichen Sachverständigen und Gerichte: sie schätzten Behandlungsmöglichkeiten falsch ein und brächten Menschen als Patienten in die Kliniken, die eigentlich nur Kriminelle seien. Im Schrifttum der letzten Jahre wird man solche Statements übrigens selten finden. Diejenigen, die den Maßregelvollzug mit wissenschaftlicher Distanz betrachten, ver

¹) Landtagsdrucksache 10/5251

suchen eher, Perspektiven zu entwickeln und die Untergebrachten als hilfsbedürftig anzunehmen. An der Mitarbeiterbasis gehören aber Klagen darüber, daß die Arbeit mit manchen Patienten völlig hoffnungslos erscheint und manche "eben in den Knast gehören", ganz sicher zum Alltag, sozusagen zu jeder Kaffeepause. Abgesehen von den strukturellen Problemen machen den Einrichtungen und ihren Trägern in den letzten Jahren die steigenden Zuweisungszahlen erheblich zu schaffen. Sie erzeugen zusätzlichen Druck, der sich bis in die Entscheidungen über den Behandlungsplan eines untergebrachten Patienten auswirken kann.

In der vorliegenden Studie geht es um die Unterbringung und Behandlung alkoholabhängiger Straftäter im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug. Die empirische Grundlage der Untersuchung besteht in einer Evaluation der Einweisungsunterlagen und der Behandlungsdokumentationen des Aufnahmejahrgangs 1988. Dieser Jahrgang wurde gewählt, da er einerseits recht aktuelle Ergebnisse verspricht, andererseits die meisten Patienten im Erhebungszeitraum (Mai – September 1988) bereits aus der Unterbringung entlassen waren, so daß der gesamte Behandlungsverlauf überblickt werden kann. Ausgewertet wurden die Unterbringungsurteile, soweit vorhanden die im Unterbringungsverfahren erstellten Sachverständigengutachten sowie Klinikdiagnostik, Behandlungsdokumentation und Abschlußbericht. Fast 90 % aller Fälle des Aufnahmejahrgangs konnten berücksichtigt werden.

Kapitel 1 des Untersuchungsberichts geht recht ausführlich auf die komplizierten rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB ein. Kapitel 2 behandelt aktuelle Probleme der Anwendungspraxis. In Kapitel 3 werden Fragestellung und Methodik der Untersuchung und in Kapitel 4 die Ergebnisse dargestellt. Diese werden in Kapitel 5 noch einmal zusammenfassend erläutert und auf die in Kapitel 2 genannten Probleme bezogen diskutiert. Wer sich nur einen Überblick über aktuelle Fragen und die Ergebnisse des Projekts verschaffen will, dem sei die Lektüre der Kapitel 2 und 5 empfohlen.

1. DIE UNTERBRINGUNG GEMÄß § 64 STGB

1.1 Zur Geschichte²

Das Strafrecht der Bundesrepublik Deutschland ist ein Schuldstrafrecht. Jede Strafe setzt voraus, daß der Täter sich durch sein mißbilligtes Verhalten schuldig gemacht hat, da er über die Freiheit verfügte, die abweichende Tat zu unterlassen und sich normgerecht zu verhalten. Die Vorwerfbarkeit einer Tat, und damit die Schuldfähigkeit eines Täters, kann unter bestimmten Umständen allerdings erheblich vermindert oder aufgehoben sein (§§ 20/21³). Daher können nicht alle Bedürfnisse der Allgemeinheit nach Sicherung vor gefährlichen Verbrechen und der Behandlung kranker Täter durch das Institut der Strafe erfüllt werden. Im Sicherheitsbedürfnis der staatlichen Gemeinschaft und in deren Verpflichtung, besserungsfähige Täter zu behandeln bzw. zu resozialisieren, finden die *Maßregeln* ihre Begründung. Sie stellen ein Arsenal von Sanktionen dar, das auch gegen Schuldlose eingesetzt werden kann. Das System der Strafrechtspflege ist damit zweispurig. Entsprechende Bestimmungen, nämlich Maßregeln der Sicherung und Besserung, wurden erstmals durch eine Gesetzesnovelle vom 24.11.33 in das Strafrecht eingefügt. Es handelte sich allerdings nicht um ein "Nazigesetz". Die Bestimmungen waren vielmehr Ergebnis jahrzehntelanger Reformdiskussionen.

Die Unterbringung suchtmittelabhängiger Straftäter war im § 42 c a.F. StGB geregelt ("Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt"). Von Beginn an war diese Maßnahme – im Falle ihrer selbständigen Anordnung – auf eine Höchstdauer von zwei Jahren begrenzt. Die Festsetzung dieser Befristung beruhte auf der Annahme, daß eine Entwöhnung innerhalb dieses Zeitraumes gelingt oder aussichtslos ist. Aus dieser Befristung resultierte auch die Auffassung, daß diese Vorschrift in erster Linie Besserung bezweckte und nicht Sicherung⁴.

1.2 Die geltende Bestimmung

In den Reformdiskussionen der 60er Jahre, die zum 2. Strafrechtsreformgesetz vom 4.7.69 führten, nahmen Überlegungen zur Behandlung und Resozialisierung von Straftätern großen Raum ein. In der Überschrift des Maßregelabschnitts wurde im Sinne einer solchen Programmatik die Reihenfolge der Zwecke geändert: jetzt "*Maßregeln der Besserung und Sicherung*". Da die Maßregeln tief in Grundrechte der Betroffenen eingreifen, wurde den einzelnen Vorschriften im § 62 StGB ein Hinweis auf den als allgemeines Rechtsprinzip geltenden Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vorangestellt⁵: "*Eine Maßregel der Besserung und Sicherung darf nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.*" Die Unterbringung suchtmittelabhängiger Straftäter wird im § 64 geregelt:

²) vgl. Dreher-Tröndle: StGB. 45. Aufl., 1991, vor § 61; Rasch (1986), S.73; Volckart (1984), S.3 ff; Schönke-Schröder: StGB. 23. Aufl., 1988, Vorbem. §§ 61 ff

³) Auf den Zusatz StGB wird im folgenden verzichtet, wenn Bestimmungen des Strafgesetzbuches angeführt werden.

⁴) vgl. Lang-Hinrichsen in StGB-LK., 9. Aufl., 1974, § 42c Rdn 1

⁵) vgl. Schönke-Schröder, a.a.O., § 62

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

Neben der zeitlichen Begrenzung der Maßnahme macht der Absatz 2 des § 64 den rehabilitativen Charakter der Vorschrift besonders deutlich. Die Unterbringung darf in therapeutisch aussichtslosen Fällen, zur bloßen Sicherung, nicht erfolgen. Der Zweck des mit der Maßnahme verbundenen Freiheitsentzuges, so Volckart (1984, S. 11), bestehe im Prinzip darin, die Behandlung sicherzustellen und nicht darin, dem Untergebrachten vorübergehend die Möglichkeit weiterer rechtswidriger Handlungen zu nehmen. Diese Auffassung trifft in der Praxis aber auf Grenzen. Wenn bei einem gefährlichen Straftäter neben der Unterbringung auch eine längere Freiheitsstrafe angeordnet wurde und der Verurteilte bald nach der Verurteilung in den Maßregelvollzug wechselt, so erhält die Sicherungsaufgabe der Anstalten beträchtliches Gewicht. Das mit der Gewährung von Freiheiten für den Patienten verbundene Risiko muß zumindest sorgfältig abgewogen werden (Rasch 1985). Sonst drohen nicht nur Angriffe seitens der Öffentlichkeit, sondern u.U. sogar strafrechtliche Konsequenzen für die Verantwortlichen, wenn ein Patient eine schwerwiegende Straftat begeht.

1.3 Voraussetzungen einer Unterbringung gem. § 64 StGB

Hang zum Übermaß: Beim Täter muß der Hang festgestellt werden, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Dabei deckt sich der juristische Begriff des Hanges nicht mit dem psychopathologischen Suchtbegriff. Er wird u.a. umschrieben als eine den Täter treibende oder beherrschende Neigung, Drogen im Übermaß zu sich zu nehmen. Eine physische Abhängigkeit, deren wesentliches Merkmal das Entzugssyndrom sei, müsse noch nicht erreicht sein. Stree⁶ führt unter Berufung auf ein BGH-Urteil aus, ein durch Gewöhnung erworbener Hang müsse den Täter so beherrschen, daß er ihm immer wieder nachgibt. Dabei müsse die Gewöhnung nicht zu täglichem oder häufig wiederholtem Genuß führen. Es genüge, daß jemand von Zeit zu Zeit (Quartalssäufer) oder bei passender Gelegenheit dem Hang folge. Wer jedoch nur gelegentlich zu viel Alkohol trinke, ohne daß sich ein Hang entwickelt hat, erfülle nicht die Voraussetzungen des § 64, mag er auch im Rausch zu rechtswidrigen Taten neigen. "Im Übermaß" bedeute, daß das Suchtmittel in einer Dosis konsumiert wird, die den Betreffenden in seiner Gesundheit oder seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit gefährdet oder wesentlich beeinträchtigt.

Schon diese kurze Darstellung juristischer Definitionsversuche macht deutlich, daß der Begriff des Hanges nur schwer einzugrenzen ist. Während bei zwei bis drei Prozent der Bevölkerung ein Alkoholismus im engeren Sinne vermutet wird (Feuerlein et al. 1979), dürfte ein Hang im Sinne des Gesetzes wohl bei recht großen Bevölkerungsgruppen festzustellen sein. Rasch (1986a, 1986b, 1989) empfahl daher mehrfach, hier klarere Grenzen zu ziehen und sich am medizinischen Begriff von Sucht und Abhängigkeit zu orientieren.

⁶) in Schönke-Schröder: StGB. 23. Aufl., München: Beck 1988; BGH, 3, 340 f

Anlaßtat: der Beschuldigte muß wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt werden oder nur deshalb nicht verurteilt werden, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist. Die Anlaßtat braucht für sich nicht erheblich zu sein; sie muß ihre Wurzeln jedoch im Hang zum übermäßigen Genuß von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln haben⁷. Anders formuliert: sie muß Symptomcharakter für die Rauschzustände bzw. den Hang des Täters haben (vgl. Rasch 1991). Dabei kann auch ein indirekter symptomatischer Zusammenhang der Art genügen, daß die Sucht den sozialen Verfall des Täters verursacht hat, der ihn auf kriminelle Wege führte⁸. Volckart (1984) weist darauf hin, daß auch hinsichtlich des Anlaßdeliktes der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (§ 62) Geltung habe. Erheblichkeit wird allerdings ausdrücklich nur für die *drohenden* Handlungen gefordert. Die künftig zu erwartenden Taten sind für die Anordnung von größerer Bedeutung als der Schweregrad der Anlaßtat⁹. Anders als § 63 kann § 64 unabhängig vom Grad der Schuldfähigkeit eines Täters angeordnet werden. So hatten bei gut einem Fünftel aller von Leygraf (1987) erfaßten alkoholabhängigen Untergebrachten die anordnende Gerichte auf volle Schuldfähigkeit erkannt.

Gefahr erheblicher rechtswidriger Taten: Es muß die *Gefahr* bestehen, daß der Täter zukünftig infolge seines Hanges *erhebliche* rechtswidrige Taten begehen wird. Gefahr bedeutet hier einen geringeren Grad an Wahrscheinlichkeit als der Begriff der Erwartung in § 63¹⁰. Rasch (1991) meint, die Unterscheidung solle aufgegeben und der gleiche Grad von Wahrscheinlichkeit verlangt werden, wiederum wohl in der Absicht, die Anwendungskriterien für § 64 strenger zu fassen. Nach Hanack (Fn 11) sind die Schwierigkeiten der theoretischen Umschreibung hier größer als die Bestimmung im konkreten Einzelfall, bei dem sich die "Gefahr" aus den Eigenarten der Tat und dem Suchtmittelhang regelmäßig entweder aufdränge oder aber – in dubio pro reo – nicht sicher beurteilen lasse.

Die drohenden Taten müssen *erheblich* sein. Bloß lästige oder geringfügige Taten können eine Unterbringung nicht rechtfertigen¹¹. An die Erheblichkeit ist allerdings ein weniger strenger Maßstab anzulegen als bei den §§ 63, 66¹². Ausschlaggebend ist hier das geringere Maß des möglichen Freiheitsentzugs infolge der zeitlichen Befristung der Unterbringung nach § 64. Daher können drohende Serienebstahle mittlerer Art, die die Unterbringung nach § 63 noch nicht ermöglichen, die Anordnung von § 64 nach allgemeiner Auffassung schon rechtfertigen¹³.

Aussichtslosigkeit: Gemäß § 64(2) StGB unterbleibt die Anordnung, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint. Das Gericht muß dabei zweifelsfrei davon ausgehen, daß die Unterbringung nicht geeignet ist, den Süchtigen zu bessern¹⁴. Daß es im Gesetzestext "erscheint" heißt statt "ist", wird von Kommentatoren und Rechtsprechung nicht zum Anlaß genommen, den geforderten Grad der Gewißheit von Aussichtslosigkeit zu reduzieren. Für

⁷) so Schönke-Schröder (wie vor): § 64, Rdn 5 unter Hinweis auf Celle, NJW, 58, 270

⁸) ebd., Rdn 7 unter Hinweis auf BGH, MDR/D, 71, 825 sowie Celle, wie vor

⁹) vgl. Dreher-Tröndle: StGB. 45. Aufl., 1991: § 62, Rdn 4

¹⁰) vgl. Dreher-Tröndle, wie vor: § 64, Rdn 6; Hanack im LK, § 64, Rdn 69

¹¹) vgl. Volckart (1984); Hanack im LK, § 64, Rdn 75

¹²) vgl. Dreher-Tröndle, § 64, Rdn 6

¹³) so Volckart (1984)

¹⁴) vgl. Schönke-Schröder, § 64 Rdn 11; Dreher-Tröndle, § 64, Rdn 7a

zweifelsfreie Aussichtslosigkeit gibt es kaum sichere Kriterien¹⁵. Aussichtslosigkeit im Sinne von Absatz 2 liegt nicht deshalb zwangsläufig vor, weil eine "Heilung" des Täters unmöglich ist¹⁶. Bei der Behandlungsprognose müssen aber die den Patienten nach der Behandlung erwartenden Lebensumstände reflektiert werden sowie die Möglichkeiten, auf diese in einer stabilisierenden Weise Einfluß zu nehmen (Führungsaufsicht, Nachsorge, Familientherapie etc.). Erst wenn außer Zweifel steht, daß der Täter an Umständen scheitern wird, die ihn außerhalb der Anstalt mit Sicherheit erwarten, liegt Aussichtslosigkeit i.S. des § 64(2) vor¹⁷. Nur in seltenen Fällen wird man dies im erkennenden Verfahren mit solcher Eindeutigkeit feststellen können. Nach Rasch (1986a) ist Aussichtslosigkeit regelmäßig dann anzunehmen, wenn mehrere vorangegangene Entziehungsbehandlungen keinen anhaltenden Erfolg hatten und/oder infolge der Sucht eine fortgeschrittene Persönlichkeitsveränderung eingetreten ist. Irreversible himorga-nische Schädigungen, die die Annahme von Aussichtslosigkeit begründen könnten, scheinen bei Suchtkranken im übrigen recht selten zu sein (vgl. Penners 1987).

Begutachtung: § 246a StPO schreibt vor, daß ein Sachverständiger in der Hauptverhandlung über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten zu vernehmen ist, wenn mit der Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel zu rechnen ist. Dem Sachverständigen soll möglichst schon im Vorverfahren Gelegenheit zur Vorbereitung des in der Hauptverhandlung zu erstattenden Gutachtens gegeben werden (§ 80a StPO). Alle Maßregeln der Besserung und Sicherung erfordern als in die Zukunft gerichtete richterliche Maßnahmen eine Prognose über die zukünftige Gefährlichkeit des Täters¹⁸. Bei der Anordnung der Unterbringung nach § 64 hat außerdem die schwierige Einschätzung der Behandlungsprognose in Hinblick auf § 64(2) besondere Bedeutung. Im Schrifttum wurde vielfach auf die Bedeutung einer schriftlichen Vorbereitung des Gutachtens hingewiesen (u.a. Krasney 1977). Ein schriftliches Gutachten dient der Fairness des Verfahrens und erlaubt es den Prozeßbeteiligten, sich mit der Beurteilung durch den Gutachter angemessen auseinanderzusetzen.

1.4 Bestimmungen zur Vollstreckung

Reihenfolge der Vollstreckung: wenn neben der Unterbringung eine Freiheitsstrafe angeordnet wird, so ist gem. § 67(1) die Maßregel vor der Strafe zu vollziehen. Denn der Täter soll zwecks Resozialisierung so bald wie möglich der seiner Eigenart Rechnung tragenden besonderen Behandlung zugeführt werden¹⁹. Das Gericht kann jedoch anordnen, "daß die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird", (§ 67(2)). Eine solche Anordnung kann gem. § 67(3) auch nachträglich getroffen oder geändert werden. Aus anderen Gründen als dem des besseren Erreichens des Maßregelzwecks darf der Vorwegvollzug der Strafe nicht erfolgen. Platzmangel in der Anstalt, unzureichende Sicherungsmöglichkeiten, Sühnebedürfnis oder generalpräventive Erwägungen können eine Anordnung des Vorwegvollzugs nicht rechtfertigen²⁰. In praxi ist die Vorschrift u.a.

¹⁵) vgl. Frankfurt, NStZ, 83, 187 f

¹⁶) vgl. Hanack im LK, § 64, Rdn 93

¹⁷) vgl. Hanack im LK, § 64, Rdn 96

¹⁸) vgl. Schönke-Schröder, a.a.O., §§ 61 ff

¹⁹) vgl. BT-Drucksache V/4095, S. 31

²⁰) vgl. Schönke-Schröder, StGB-K, § 67, Rdn 7

dann von Bedeutung, wenn neben der Maßregel auf eine längere Freiheitsstrafe erkannt wurde und der Verurteilte bei frühzeitiger Aufnahme in den Maßregelvollzug nach einer angemessenen Behandlungsdauer nicht in die Freiheit entlassen werden könnte²¹. Daneben wird der Vorwegvollzug von Freiheitsstrafe auch damit begründet, daß der hierdurch erzeugte Leidensdruck die motivationalen Voraussetzungen für die sich anschließende Behandlung verbessern könne. Behandlungsunwillige, die an sich behandlungsfähig sind, könnten unter dem Eindruck des Strafvollzugs zu Behandlungsmotivation gelangen²². Unter Hinweis auf diese Überlegung haben die Anstalten in der Vergangenheit bisweilen Anträge auf nachträgliche Änderung der Vollstreckungsreihenfolge (gem. § 67(3)) gestellt, wenn sie sich durch schwierige Patienten überfordert fühlten. Aus psychologischer Sicht ist dies oft eine fragwürdige argumentative Konstruktion. Die Erfahrung zeigt, daß die negativen Konsequenzen seines Problemverhaltens einem suchtkranken Menschen zwar den entscheidenden Anstoß geben können, sich um Hilfe zu bemühen. Insofern kann auch eine Inhaftierung 'heilsam' sein. Für eine langfristige Neuorientierung sind aber positive Perspektiven und Verhaltensalternativen von entscheidender Bedeutung. Volckart (1991) bezeichnet das Konzept, Behandlungsbereitschaft durch Leidensdruck herbeiführen zu wollen, als menschenunwürdig und nicht akzeptabel. Vor Inkrafttreten des 23. StrÄG gab es für die Anstalten aber kaum ein anderes Mittel, ihre Zuständigkeit für Patienten in aussichtslosen Fällen abzukürzen bzw. zu unterbrechen.

Das vikariierende Prinzip: Das 2. Gesetz zur Reform des Strafrechts hat mit § 67(4) das vikariierende System für die Maßregeln nach §§ 63 und 64 eingeführt. Danach kann eine in gleicher Sache angeordnete Freiheitsstrafe durch die Unterbringung erledigt werden. Maßregelvollzug kann also stellvertretend (= vikariierend) auf die gleichzeitig ausgesprochene Strafe angerechnet werden. Ursprünglich galt dies für die gesamte Strafzeit. Durch das 23. StrÄG vom 13.04.86 wurde die Anrechnungsmöglichkeit aber auf höchstens 2/3 der Strafe beschränkt. Der Gesetzgeber nahm an, daß die Bereitschaft, an der eigenen Rehabilitation mitzuwirken, durch den Druck einer noch nicht vollständig erledigten Freiheitsstrafe gefördert werden könne²³.

Im Falle der Anwendung von § 67d(5), ebenfalls eingeführt mit dem 23. StrÄG, entfällt die Anrechnungsmöglichkeit sogar vollständig. Gemäß dieser Vorschrift kann die Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach frühestens einem Jahr beendet werden, wenn ihr Zweck "aus Gründen, die in der Person des Untergebrachten liegen, nicht erreicht werden kann". Die Anrechnung der erlittenen Unterbringung wird in diesem Fall vollständig versagt (§ 67(4) Satz 2). Hierdurch wollte man den Untergebrachten jeden Anreiz nehmen, sich der Mitarbeit an der eigenen Rehabilitation zu entziehen, um dadurch ggf. den Freiheitsentzug abzukürzen²⁴.

In praxi haben diese beiden Beschränkungen des vikariierenden Systems kaum den gewünschten Effekt gebracht, Untergebrachte verstärkt zur Mitarbeit anzuhalten. Wie bereits dargestellt, sind es kaum die drohenden negativen Konsequenzen, die Patienten zu einer stabilen Kooperation in der Behandlung anhalten können. Hoffmann & Feest (1986) sprachen in einer Stellungnahme zu diesen Vorschriften von der "gesetzlichen Festschreibung einer Drohgebärde". Volckart (1991) hält sowohl die Begrenzung der Anrechnung auf zwei Drittel der Strafe als auch

²¹) vgl. Detter (1992), NStZ, Heft 4, 172 f, zu BGH 2 StR 336/91

²²) vgl. Schönke-Schröder, StGB-K, § 67, Rdn 7, mit Verweis auf BGH, 33, 285, u.a.

²³) BT-Drucksache 370/84, 13

²⁴) ebd. S.15

den Wegfall der Anrechnung im Falle von § 67d(5) für verfassungswidrig und initiierte einen Vorlagebeschuß des OLG Celle für das Bundesverfassungsgericht²⁵.

Dauer der Unterbringung: Freiheitsentziehende Maßregeln dienen der Besserung eines Täters sowie, im Falle der Entziehungsanstalt deutlich nachrangig, der Sicherung der Gesellschaft vor weiteren Straftaten. An diesen Zwecken muß sich die Dauer einer Unterbringung orientieren. Gemäß § 67d(1) Satz 1 ist die Unterbringung in der Entziehungsanstalt auf eine Höchstdauer von zwei Jahren begrenzt. Dieser Zeitrahmen wurde gesetzt, da nach entsprechenden suchtherapeutischen Erfahrungen eine Entwöhnung in dieser Zeit entweder gelingt oder aussichtslos erscheint²⁶. Zu Unrecht wird zur weiteren Begründung der Befristung angeführt, daß Unterbringungszeiten von mehr als einem Jahr äußerst selten seien²⁷. Leygraf (1987) stellte im Rahmen seiner bundesweiten Erhebung fest, daß die gem. § 64 untergebrachten Patienten zum Erhebungszeitpunkt im Mittel zwölf Monate untergebracht waren. Daraus resultiert eine durchschnittliche Gesamtunterbringungsdauer von deutlich mehr als einem Jahr.

Entsprechend dem vikariierenden System erhöht sich die Höchstfrist um denjenigen Teil einer mit der Unterbringung verhängten Freiheitsstrafe, der durch Anrechnung von Maßregelvollzug erledigt werden kann (§ 67d(1) Satz 3). Hieraus resultiert ein recht komplizierter Berechnungsmodus für die Unterbringungshöchstdauer.

Ein Beispiel: Ein Straftäter wurde neben der Unterbringung gem. § 64 zu einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren verurteilt. Nach Verbüßung von neun Monaten (Untersuchungs- und Straf-) Haft erfolgt seine Aufnahme in den Maßregelvollzug. Nur 2/3 seiner Strafe können durch Maßregelvollzug erledigt werden (§ 67(4)), also 40 Monate der Gesamtstrafe von 60 Monaten. Die bereits erlittenen Haft ist hiervon noch abzuziehen. 31 Monate der Gesamtstrafe sind damit "verlängerungs-wirksam". Daraus resultiert eine Unterbringungshöchstdauer von 55 Monaten.

Um überlange Unterbringungszeiten zu vermeiden, kann der Vorwegvollzug eines Strafteils angezeigt sein, wenn neben der Unterbringung auf eine längere Zeitstrafe erkannt wurde (s.S. 5). Entscheidend ist, ob der Maßregelzweck hierdurch leichter erreicht werden kann (§ 67(2)). Kommt ein Patient mit einer noch vieljährigen Reststrafe in die Entziehungsanstalt, so bringt dies mancherlei Probleme mit sich. Insbesondere ist es dann nicht möglich, auf eine Entlassung in die Freiheit nach angemessener Behandlungsdauer hinzuarbeiten. Durch Vorwegvollzug eines zu langen Teils der Freiheitsstrafe geht andererseits u.U. wertvolle Zeit für die Behandlung verloren. Die Bewältigungsmechanismen, die im Strafvollzug verbreitet sind, sind der therapeutischen Ansprechbarkeit nicht förderlich. Rasch (1986b, 1991) hat daher mehrfach gefordert, von der Anordnung der Unterbringung gemäß § 64 in Verbindung mit Zeitstrafen von mehr als drei Jahren abzusehen.

Aussetzung weiterer Unterbringung zur Bewährung: Daß ein Patient erst mit dem Erreichen der Höchstfrist aus der Unterbringung entlassen wird, ist nicht die Regel. Denn die weitere Vollstreckung einer Unterbringung wird vom Gericht gemäß § 67d(2) zur Bewährung ausgesetzt, "sobald verantwortet werden kann, zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird". Das Gesetz läßt mit dieser Formulierung ein gewisses mit der Aussetzung verbundenes Risiko zu. Die Erprobung kann verantwortet werden, wenn eine reelle Chance besteht, daß der Untergebrachte nicht erneut straffällig

wird²⁸. Dabei muß sich das Risiko, welches man eingeht, natürlich auch nach der Art der befürchteten Straftaten richten. Eine Gefahr von Vermögensdelikten wird man eher in Kauf nehmen als das Risiko von Handlungen gegen Leib und Leben. Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ist nicht nur für die Anordnung, sondern auch für die Dauer einer Unterbringung von Bedeutung²⁹. Bei der in Hinblick auf eine Aussetzung der Unterbringung erforderlichen Gefährlichkeitsprognose kommt es nur auf solche Taten an, die ihrer Art und Schwere nach ausreichen, die Maßregel zu rechtfertigen³⁰, also auf *erhebliche* Taten. Sind nur noch geringfügige Rechtsverletzungen zu erwarten, so ist die Unterbringung auszusetzen.

Prüfungsfristen: Vom Gericht kann jederzeit geprüft werden, ob die weitere Vollstreckung einer Unterbringung zur Bewährung auszusetzen ist. Bei der Unterbringung in der Entziehungsanstalt muß eine solche Überprüfung mindestens alle sechs Monate erfolgen (§ 67e). Die Strafvollstreckungskammer hat gemäß §§ 454, 463 StPO das Krankenhaus vor einer Entscheidung über Fortdauer oder Aussetzung der Unterbringung zu hören³¹. In der Regel wird der Patient von einem Mitglied der Kammer persönlich angehört. Nur in unproblematischen Fällen, in denen alle Verfahrensbeteiligten sich im Vorfeld für eine Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung ausgesprochen haben, wird auf diese Anhörung bisweilen verzichtet. Bei Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung tritt Führungsaufsicht ein (§ 67d (2) Satz 2).

Beendigung wegen Aussichtslosigkeit: Wenn die Unterbringung wenigstens ein Jahr lang vollzogen wurde, kann vom Gericht die Beendigung angeordnet werden, wenn ihr Zweck aus Gründen, die in der Person des Untergebrachten liegen, nicht erreicht werden kann (§ 67d (5)). Wie bereits oben (S. 7) dargestellt, wird in einem solchen Fall die Anrechnung der Unterbringung auf eine in gleicher Sache ausgesprochene Freiheitsstrafe versagt (§ 67 (4) Satz 2). Es ist wichtig, daß den Anstalten mit dieser Vorschrift durch das 23. StrÄG ein Mittel zur Verfügung gestellt wurde, auf die Beendigung der Unterbringung in aussichtslosen Fällen hinzuwirken. Die Versagung der Anrechnung verschärft allerdings den ohnehin gegebenen Rollenkonflikt des Therapeuten (vgl. Rasch 1986b). Er wird in die Rolle dessen gedrängt, der für mangelnde Kooperation in der Behandlung eine empfindliche Strafe beantragt. Krisenhafte Zuspitzungen nach ohnehin problematischem Behandlungsverlauf sind die häufige Folge, wenn von der Klinik die Beendigung wegen Aussichtslosigkeit beantragt wird. Wie erwähnt hält Volckart (Fn 25) den Wegfall der Anrechnung in diesen Fällen für verfassungswidrig und initiierte ein Normenkontrollverfahren beim BVerfG.

Die lange Mindestdauer der Behandlung bringt Probleme mit sich, auf die wir noch eingehen werden. Der Regierungsentwurf zum 23. StrÄG hatte noch eine Mindestdauer von sechs Monaten vorgesehen, wenn neben der Maßregel auch auf eine Freiheitsstrafe erkannt wurde (zwölf Monate bei selbständiger Anordnung der Maßregel). Der Bundesrat veranlaßte, die Mindestdauersdauer einheitlich auf ein Jahr festzusetzen³². Andernfalls könne der Verurteilte unter bestimmten Umständen einen Anreiz haben, sich der Mitarbeit an der eigenen Rehabilitation zu entziehen. Die Nichtanrechnung der Unterbringung auf eine Freiheitsstrafe im Falle der Beendi-

²⁵) OLG Celle, Vorlagebeschl. v. 19.6.90, vgl. R & P 1990, 3,137-142

²⁶) vgl. Lang-Hinrichsen in StGB-LK. 9. Aufl., 1974, § 42c Rdn 1)

²⁷) s. Dreher-Tröndle, StGB-K, 45. Aufl., 1991, § 67d Rdn 2

²⁸) vgl. Schönke-Schröder, StGB-K, 23. Aufl., § 67d Rdn 8)

²⁹) vgl. Entscheidung des BVerfG vom 8.10.85; BVerfGE, 70, 312 ff.

³⁰) vgl. Dreher-Tröndle, StGB-K, § 67d, Rdn 6

³¹) vgl. Volckart (1988)

³²) s. Bundesrat Drucksache 370/84

gung (§67d(5)) bringt die verantwortlichen Therapeuten in ein spezielles Dilemma: in Fällen, in denen sich die Aussichtslosigkeit einer Behandlung nicht in den ersten Monaten sicher herausstellt, stehen sie unter dem Druck, zum Ende des ersten Jahres der Unterbringung zu einer endgültigen Einschätzung zu kommen. Denn wenn sie sich erheblich darüber hinaus um einen schwierigen Patienten bemühen, treffen diesen die nachteiligen Folgen im Falle des Scheiterns desto härter (vgl. Volckart 1991).

1.5 Die gesetzliche Regelung des Vollzugs in NRW

Das Bundesverfassungsgericht hatte mit seiner Entscheidung vom 14.3.72³³ eine gesetzliche Grundlage für die mit dem Strafvollzug verbundenen Eingriffe in Grundrechte gefordert. Diese Grundlage wurde mit dem *Strafvollzugsgesetz* geschaffen, das am 1.1.1977 in Kraft trat. Im Verlaufe zu dessen Vorarbeiten wurde deutlich, daß der Gesetzgeber die Gestaltung der Unterbringung im Maßregelvollzug den Ländern überlassen würde (vgl. Rotthaus 1985). Nordrhein-Westfalen war das vierte Bundesland, das der Notwendigkeit³⁴ einer gesetzlichen Regelung der mit einer strafrechtlichen Unterbringung einhergehenden Rechtsbeschränkungen durch ein eigenständiges Maßregelvollzugsgesetz nachkam. Am 18.12.84 trat das *Gesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt* (*Maßregelvollzugsgesetz – MRVG*) in Kraft. Einige andere Bundesländer haben einer Regelung in den allgemeinen Unterbringungsgesetzen den Vorzug gegeben (vgl. Crefeld & Schulte 1987).

Das MRVG–NW, so Eberhard et al. (1988), ist eindeutig ausgerichtet auf Schutz und Stärkung der Rechte des Untergebrachten und seine Resozialisierung. Rotthaus (1985) hebt hervor, daß das Gesetz in manchmal unkonventioneller Weise bemüht sei, Grundsätze von Rechtsstaatlichkeit und Sozialstaatlichkeit zu gewährleisten. Es gliedert sich in vier Abschnitte, deren wesentlichste Aspekte im folgenden kurz genannt werden sollen:

Abschnitt I: § 1 betont den rehabilitativen Charakter der Maßregeln, fordert die Einrichtungen zur Zusammenarbeit mit geeigneten außenstehenden Personen und Institutionen auf und hebt die Bedeutung nachsorgender Betreuung hervor. In § 2 werden Anforderungen an die räumliche und personelle Ausstattung der Einrichtungen formuliert. Erst § 3 geht auf die mit der Unterbringung verbundenen Beschränkungen ein.

Abschnitt II behandelt die Rechte des Patienten und bestimmt die Voraussetzungen für Freiheitsbeschränkungen und Eingriffe in Grundrechte. Im Einzelnen wird den Untergebrachten positiv zugesichert

- ein Recht auf umfassende Information über Rechte und Pflichten (§ 4),
- ein Recht auf persönliche Gegenstände, individuelle Kleidung (§ 5),
- auf Schriftwechsel mit Bezugspersonen und Institutionen (§ 6),
- auf Besuche und Telefongespräche (§ 7),

³³) BVerfGE, 33, 1 ff

³⁴) Die Notwendigkeit ergab sich aus § 138 StVollzG

- auf Freizeitaktivitäten (§ 8),
- auf schulische und berufliche Förderungsmaßnahmen (§ 9),
- auf Gesundheitshilfen (§ 10)
- und auf Religionsausübung (§ 11).

Eng gefaßt sind die Voraussetzungen für eine Durchsuchung des Patienten, seiner Sachen oder seines Wohnraums sowie auch für die Überwachung oder Beschränkung des Schriftwechsels: solche Maßnahmen dürfen nur erfolgen, wenn *zwingende* Anhaltspunkte für eine *erhebliche* Gefährdung der Behandlung oder des geordneten Zusammenlebens *vorliegen* (§§ 5(5), 6(2)). Damit, so Rotthaus (1985), ist das Gesetz nachdrücklich darum bemüht, den Patienten eine Intimsphäre zu sichern.

Abschnitt III behandelt die Planung und Gestaltung der Unterbringung. Hervorzuheben ist, daß die Einrichtung in § 14 verpflichtet wird, binnen 6 Wochen nach Aufnahme des Patienten einen Behandlungs- und Eingliederungsplan aufzustellen, der alle 6 Monate zu überprüfen und der Entwicklung anzupassen ist. Mit § 14(3) wird die Verpflichtung einer regelmäßigen "analtsneutralen" Begutachtung eingeführt. Sie soll in Abständen von nicht mehr als drei Jahren durch einen von der Klinik und ihrem Träger unabhängigen und mit dem Patienten bisher nicht befaßten Arzt erfolgen. Eberhard et al. (1988) zählen diese Bestimmung zu den wichtigsten des ganzen Gesetzeswerkes. Sie soll helfen, überlange Unterbringungszeiten zu vermeiden, wie sie in der Vergangenheit oft feststellbar waren. In § 16 wird den Einrichtungen die Möglichkeit gegeben, Patienten in Orientierung am Behandlungserfolg Lockerungen und Urlaub zu gewähren. Anders als im StVollzG ist eine zeitliche Begrenzung für Beurlaubungen nicht festgelegt. Urlaub, der über 21 Tage im Kalenderjahr hinausgeht, ist allerdings dem Träger und der Vollstreckungsbehörde mitzuteilen. Dies bedeutet einen Zuwachs von Macht und Verantwortung für die Klinik. Die Regelung ist angemessen, denn der Gewährung von Freiheiten und von Urlaub kommt große Bedeutung zu bei der Gestaltung der Behandlung, der Belastungserprobung und der Vermeidung von Hospitalisierungsschäden (vgl. Volckart 1991).

In § 18 wird dem Untergebrachten das Recht eingeräumt, solche Unterlagen der Klinik einzusehen, in denen Eingriffe in seine Rechte festgehalten und begründet sind. Mit seiner Zustimmung darf sein Verteidiger alle Unterlagen einsehen, die die Einrichtung über ihn führt. Gerade aus dem Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland waren gegen eine solche Regelung erhebliche Bedenken angemeldet worden³⁵. Die Praxis hat aber gezeigt, daß die befürchteten Belastungen für das Arzt–Patient–Verhältnis sich nicht ergeben haben. In § 19 werden die Voraussetzungen für besondere Sicherungsmaßnahmen wie Absonderung oder Entzug des Aufenthalts im Freien geregelt. Der besonders schwerwiegende Eingriff der Fesselung ist im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens in den § 15 – Ärztliche Behandlung – verbannt worden und darf nur aus *zwingenden Behandlungsgründen* erfolgen, nicht wegen einer *erheblichen Gefahr für das geordnete Zusammenleben* (§ 19).

Im IV. Abschnitt sind Zuständigkeiten und Kosten geregelt. § 23 greift eine Anregung des Landschaftsverbandes Rheinland auf und erweitert die Zuständigkeit von Besuchskommissionen gem. § 28 PsychKG auch auf die Einrichtungen des Maßregelvollzugs.

³⁵) siehe Landtag Drs. 9/3860

Auf der Grundlage des MRVG hat der Maßregelvollzug in NRW seit 1985 weitere Verbesserungen erfahren, die allerdings auch mit einem beträchtlichen Anstieg der Kosten verbunden waren. Diese wurden den Landschaftsverbänden vom Land erstattet. Am 2.4.92 trat ein Gesetz zur Änderung des MRVG-NW³⁶ in Kraft, das vor allem auf eine verbesserte "Kostensteuerung" durch das Land abzielt. An die Stelle einer Kostenerstattung ist ein pauschalierter Aufwendungssatz getreten. Es bleibt abzuwarten, welche Konflikte zwischen Klinikträgern und Land hieraus in Zukunft resultieren. In einem offenen Brief³⁷ machte die Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie auf den in manchen Bereichen noch erheblichen Investitionsbedarf aufmerksam und äußerte die Befürchtung, daß es den Einrichtungen und Landschaftsverbänden unter Hinweis auf die angespannte Haushaltslage in Zukunft schwer gemacht werde, Mittel für notwendige strukturelle Verbesserungen zu erhalten.

³⁶) vgl. Landtag Drs. 11/2151

³⁷) vgl. Rheinische Post Kleve vom 21.7.92

2. PROBLEME DER PRAXIS

2.1 Das Einweisungsverfahren

Begutachtung: Wie bereits dargestellt, muß der Entscheidung über die Unterbringung in der Entziehungsanstalt eine Einschätzung der **Sozial- bzw. Kriminalprognose** vorausgehen. Das erkennende Gericht muß zu der Überzeugung gelangen, daß vom Angeklagten die Gefahr weiterer erheblicher rechtswidriger Handlungen ausgeht. Die Vorhersage gefährlichen Verhaltens gilt aber als ein schwieriges kriminologisches Problem (Rasch 1985a, Göppinger 1980, Hinz 1986). Hanack (in LK, Vor § 61) meint, daß der Gesetzgeber den Stand und die weitere Entwicklung der Prognoseforschung überschätzt habe.

Nun relativieren sich die Schwierigkeiten in Hinblick auf die potentielle Klientel der Entziehungsanstalt, weil es sich hier um eine Gruppe mit ausgesprochen schlechter Sozialprognose handelt. Rückfallstraftäter mit Suchtproblemen haben niedrige Bewährungsquoten. Kober (1986) stellte dies z.B. in einer Untersuchung an Klienten der Bewährungshilfe in Berlin fest, Dufek (1977, zit. nach Göppinger, a.a.O.) bei Straftätern in der CSSR. Bei der Entwicklung einer Sozialprognosetafel für Jugendliche fanden Mannheim et al. (1955), daß "evidence of drunkenness" der mit Abstand wichtigste Prädiktor war. Die ungünstige Sozialprognose läßt sich mit recht großer Sicherheit treffen, wenn bei einem Angeklagten eine Suchtproblematik besteht und die mit ihr verbundenen Delikte bekannt sind (Rasch 1986a). Insofern irrt Schewe (1983), wenn er die Kriminalprognose als das Hauptproblem bei der Begutachtung solcher Straftäter darstellt.

Weitaus schwieriger erscheint die Einschätzung der **Behandlungsaussichten** im Sinne von § 64(2)³⁸. Wann ist eine Behandlung mit Sicherheit von vorne herein aussichtslos? Keine Zweifel können vermutlich nur dann aufkommen, wenn ein Betroffener sich entschieden gegen eine Behandlung sträubt oder bereits viele vergebliche Behandlungsversuche unternommen worden sind. Auch eine ausgeprägte "kriminelle Identifikation" gilt als Indikator für Aussichtslosigkeit (Rasch 1991). Ansonsten gilt hier, was man für die Prognose menschlichen Verhaltens häufig konstatieren muß: sie ist nur in Extrembereichen mit hoher Sicherheit möglich, während man sich in der Mehrzahl der Fälle mit Wahrscheinlichkeitsaussagen begnügen muß. Dies liegt im Wesen der Sache und ist kein Grund, die Möglichkeit von Prognose generell zu negieren (vgl. Göppinger 1980, S. 339, Rasch 1988 zu Hinz 1986). Die Formulierung von § 64(2) schafft damit jedoch eine außerordentlich niedrige Schwelle für die Anordnung der Maßnahme. Wer vor Gericht nur eine gewisse Bereitschaft erkennen läßt, über seine Alkoholprobleme einmal nachzudenken, dem kann eine Behandlungschance kaum abgesprochen werden. Es ist auch zu bedenken, daß sich zur Frage der Behandlungsprognose nur sachverständig äußern kann, wer eine Vorstellung davon hat, wie eine Entwöhnungstherapie durchgeführt wird und worin typische Schwierigkeiten des Behandlungsprozesses bestehen. Das ist bei vielen Gerichtsgutachtern nicht der Fall.

Ein weiterer besonders schwieriger Aspekt der Beurteilung ist der **Symptomcharakter der inkriminierten Tat(en)**. Wie in Abschnitt 1.3 dargestellt, sollen diese ihre Wurzeln im Hang zum Suchtmittelgebrauch haben. Oder sie sollen mittelbar eine Folge des sozialen Verfalls sein, der durch die Sucht verursacht wird. Ein solcher Bedingungs Zusammenhang zwischen Suchtpro-

³⁸) StGB, vgl. FN 3

blemen und Straftaten ist durchaus denkbar: Beschaffungsdelikte oder Eifersuchtstaten chronischer Trinker wären sicherlich in vielen Fällen als suchtbedingt anzusehen.

Die Phänomene Alkoholisierung und Delinquenz sind allerdings ganz allgemein häufig assoziiert. Fast die Hälfte einer größeren Gruppe von zu Freiheitsstrafe verurteilten Straftätern äußerte sich in einer Untersuchung zustimmend zu der Feststellung: "Alkohol spielt bei Kriminalität eine große Rolle. Das gilt auch für mich" (Rasch & Stemmer-Lück 1985). Quensel (1984) schätzte den Anteil von Alkoholabhängigen unter Strafgefangenen gar auf etwa 60 %. Trotzdem kommt Albrecht (1985) in einer Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, daß beim gegenwärtigen Stand kriminologischer Forschung keine Schlußfolgerung auf kausale Beziehungen zwischen Alkohol und Kriminalität gezogen werden könne. Die Daten, die zur Beurteilung des Zusammenhangs von Alkohol und Delinquenz herangezogen würden, seien stark verzerrt. Alkoholpräsenz bei Straftaten führe zu einem höheren Entdeckungsrisiko, was zu einer systematischen Überschätzung der Bedeutung des Alkohols führe. Es hänge auch von Alltagstheorien ab, ob der Alkoholisierung eines Straftäters von der Polizei Bedeutung beigemessen wird. Auch die Selbstbeurteilung von Straftätern folge allgemeinen Überzeugungsmustern (der Hinweis auf Alkoholeinfluß entlastet von persönlicher Verantwortung). Weiterhin gebe es selektive Anzeigemuster: Gewaltdelikte würden häufiger angezeigt, wenn der Täter, nicht aber das Opfer, alkoholisiert ist. Es gebe Längsschnittuntersuchungen, die darauf hindeuten, daß auffälliges bzw. delinquentes Verhalten eher den Trinkproblemen vorangehe. Man könne auch annehmen, daß gesellschaftliche Reaktionen auf kriminelles Verhalten Alkoholprobleme entstehen lassen (soziale Entwurzelung durch Haftaufenthalte; die Gewöhnung an Suchtmittelkonsum zur Bewältigung trostloser Zeiten in Straftat).

Ein eindimensionales Modell kausaler Verursachung wird dem Zusammenhang von Alkohol und Kriminalität jedenfalls nicht gerecht. Die tiefenpsychologischen Erklärungsansätze von Sucht und Kriminalität weisen auffällige Überschneidungen auf (Rauchfleisch 1981, 1991, Rost 1986, von Held 1987, Heigl-Evers & Standke 1989). Auch aus dieser Sicht erscheint ein Modell gemeinsamer entwicklungspsychologischer Ursachen der Phänomene angemessener als die Vorstellung einer einseitigen Kausalbeziehung.

In der Praxis kommen im Laufe der Behandlung der Untergebrachten denn auch immer wieder Zweifel am Symptomcharakter ihrer Straftaten auf. Die Therapeuten haben oft den Eindruck, daß bei Patienten eine dissoziale Verhaltensstörung im Vordergrund steht und Suchtprobleme sozusagen sekundär hinzugetreten sind. Mehrfach ist daher die Forderung gestellt worden, den Symptomcharakter von Straftaten sorgfältiger zu prüfen und die Unterbringung nicht anzuordnen, wenn er fraglich ist (z.B. Externbrink 1989). Rasch wies in einem Diskussionsbeitrag darauf hin, daß in den ihm bekannten Fällen, in denen neben der Unterbringung auf lange Freiheitsstrafen erkannt worden war, der Symptomcharakter der Delikte nicht ausreichend geprüft worden sei (in Gabriel 1989).

Schließlich muß zum Einweisungsverfahren noch angemerkt werden, daß sich Gerichte über die Vorschrift des § 246a StPO nicht selten hinwegsetzen. Externbrink (1989) berichtet, daß 1981 in Westfalen 33 % der Unterbringungen ohne Begutachtung erfolgten. Ermer-Externbrink (1989) konstatierte dies in ihrer Untersuchung über das Unterbringungsverfahren in Bremen in 15 % der Fälle. Und in seiner bundesweiten Maßregelvollzugserhebung fand Leygraf (1987), daß

genau 20 % der alkoholabhängigen Straftäter ohne Begutachtung in die Entziehungsanstalt eingewiesen worden waren.

2.2 Probleme des Vollzugs

Die Entziehungsanstalten gelten als belastende und konflikträchtige Arbeitsfelder. Der doppelte Zweck der Maßnahme, nämlich Besserung und Sicherung, bringt die Mitarbeiter in einen Rollenkonflikt (Rasch 1986b). Der Besserungszweck verlangt von ihnen, sich um das Vertrauen der Untergebrachten und "tragfähige therapeutischen Beziehungen" (z.B. Duncker et al., undatiert) zu bemühen. Sicherungserfordernisse zwingen andererseits dazu, den Wünschen der Patienten immer wieder versagend zu begegnen. Diese konfrontieren die Behandlungsteams mit einer "aggressiv getönten Unersättlichkeit" (Rauchfleisch 1991). Es ist schwierig, in diesem Spannungsfeld eine angemessene therapeutische Haltung zu entwickeln und aufrechtzuhalten (vgl. Schalast 1992). In manchen Einrichtungen ist eine hohe Personalfuktuation symptomatisch für den Druck, unter dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen. Eine stabile personelle Situation ist aber erforderlich, um überhaupt einen geordneten Rahmen für die therapeutische Arbeit aufrechtzuhalten. Becker und Mitarbeiter/innen (1986) beschreiben in ihrem Erfahrungsbericht eine Situation, in der genau dies aufgrund räumlicher und personeller Mängel und fehlender Unterstützung seitens der Justiz nicht mehr gelang und einzelne dissoziale Patienten die Gemeinschaft terrorisierten. Es wurden auch Zweifel daran geäußert, daß es den Einrichtungen gelingt, Alkoholfreiheit während der stationären Behandlung durchzusetzen (Ermer-Externbrink 1989). Penners (1987) berichtet, daß das Verhalten der alkoholabhängigen Patienten einer forensischen Suchtabteilung ein desolates Bild lieferte. Bei 33 der insgesamt 47 ausgewerteten Behandlungsdokumentationen fanden sich Aufzeichnungen über Alkoholrückfälle, bei 20 von ihnen sogar gehäuft bis ständig wiederholt.

Nun muß man konzedieren, daß gerade in den 80er Jahren im Bereich der Unterbringung gemäß § 64 Investitionen und strukturelle Verbesserungen erfolgten und daß auch in Hinblick auf Behandlungskonzepte, Mitarbeiterqualifikation, Supervision und Fortbildung Rückstände aufgeholt wurden (vgl. Streitbürger & Trampe 1990). Die oben zitierten Erfahrungen werden daher der derzeitigen Situation möglicherweise nicht ganz gerecht. Trotzdem stellt die Einweisung in eine Entziehungsanstalt sicher eine problematische Ausgangsbasis für die Aufarbeitung der Probleme und Entwicklungsdefizite der Untergebrachten dar.

2.3 Effektivität

Es liegt nur wenig empirisches Datenmaterial vor, um den therapeutischen Nutzen der forensischen Suchtbehandlung im Maßregelvollzug einzuschätzen. Penners (1987) hatte in seiner bereits erwähnten Studie katamnestiche Daten über suchtkranke Straftäter eingeholt, die zwischen 1975 und 1982 aus der Unterbringung in der Berliner Karl-Bonnhoeffer-Nervenklinik Berlin entlassen worden waren. Insgesamt schätzte er die Erfolgsquote auf 5-6 % ein. Es handelte sich allerdings nur um eine Gruppe von 67 Patienten, davon 47 alkoholabhängig. Die Ergebnisse lassen sich auf nordrheinwestfälische Verhältnisse kaum übertragen. Das Berliner Kollektiv war von Deliktstruktur und Suchtanamnese her deutlich stärker durch chronischen

Alkoholismus gekennzeichnet als die in NRW Untergebrachten. Auch die Behandlungsbedingungen waren verschieden von denen in den Kliniken unseres Landes.

Koch (1988) untersuchte die Bewährung von Patienten, die zwischen Jan. 82 und April 84 aus der Behandlung der Fachabteilung Bad Rehbürg/Ndrs. entlassen worden waren. Die Darstellung der Ergebnisse bezieht sich auf 68 Fälle, über die vollständige Angaben vorlagen. Aber 160 Patienten waren insgesamt aufgenommen und von diesen (nur!) 102 zur Bewährung entlassen worden. Bei den übrigen war zum Beispiel eine Verlegung in eine besonders gesicherte Einrichtung oder eine Beendigung der Maßnahme wegen Aussichtslosigkeit erfolgt. Im Katamnesezeitraum (min. ein Jahr) war nur gut die Hälfte der erfaßten Probanden ununterbrochen in Freiheit gewesen. 67 % hatten getrunken und waren erneut straffällig geworden. Zehn der Entlassenen (15 %) lebten nach Angaben ihrer Bewährungshelfer dauerhaft abstinente. Von ihnen wurde einer straffällig. Auch diese Ergebnisse lassen sich kaum auf NRW-Verhältnisse übertragen. So gaben nur 44 % der Untergebrachten an, vor der Aufnahme zuletzt in einer Großstadt gelebt zu haben. Die durchschnittliche Unterbringungsdauer war deutlich kürzer als in NRW: bei 60 % der Probanden 5 – 8 Monate. Auch war die neben der Unterbringung verhängte Freiheitsstrafe deutlich kürzer: in 73 % der Fälle weniger als anderthalb Jahre.

Zu erstaunlichen Ergebnissen kam Jacobsen (1985) bei einer Analyse der Führungsaufsichtsstatistik des Landes Niedersachsen für die Jahre 1975–83. Hier stellten die aus der Entziehungsanstalt Entlassenen die Gruppe mit der günstigsten Bewährungsquote dar. Vier von fünf Probanden waren im Erhebungszeitraum straffrei geblieben. Es ist aber fraglich, ob wirklich alle Entlassenen in die Statistik eingegangen sind (vgl. Ermer-Externbrink 1989) oder ob nicht gerade diejenigen herausfielen, bei denen wegen erneuter Institutionalisierung die Führungsaufsicht ruhte. Auch hier ergeben sich Probleme der Übertragbarkeit: die Probanden waren im Mittel deutlich weniger vorbestraft als die in NRW untergebrachten.

Ein Nebenbefund dieser Vergleiche ist, daß die Zuweisungs- und Behandlungspraxis in den einzelnen Bundesländern offensichtlich deutliche Unterschiede aufweist. Leygraf (1987) stellte bereits dar, daß von der Möglichkeit der Unterbringung gemäß § 64 sehr uneinheitlich Gebrauch gemacht wird. NRW ist das Flächenland mit der höchsten Einweisungsquote (20,7 je 1 Million Einw. vs. 14,2 im Bundesdurchschnitt, 1984). Dabei besteht innerhalb des Landes wiederum eine auffällige Diskrepanz zwischen Rheinland (7,9) und Westfalen (36,0).

Nordrheinwestfälische Daten zur Abschätzung der Bewährung nach Entlassung aus der Unterbringung liegen nicht vor. Die oben zitierten Untersuchungen sind nicht nur aus Gründen regionaler Unterschiede wenig geeignet, auf die heutigen Verhältnisse im Maßregelvollzug unseres Landes übertragen zu werden. Gerade in den letzten Jahren sind Änderungen in der Klientel der Entziehungsanstalten festzustellen. Das durchschnittliche mit der Anordnung verbundene Strafmaß und die Vorstrafenbelastung der Patienten scheinen zugenommen, Patienten mit Gewaltdelikten einen wachsenden Anteil unter den Eingewiesenen zu haben (Leygraf 1990).

Zu den allgemeinen Erfahrungen mit Suchtbehandlung und Sozialtherapie wollen wir kurz zusammengefaßt nur folgendes feststellen: In einer sorgfältig durchgeführten Studie, in die 21 Behandlungseinrichtungen für Alkoholabhängige einbezogen wurden, konnte bei über der Hälfte der Behandelten ein deutlicher und langfristiger Therapieerfolg festgestellt werden (Küfner et al. 1986, 1988). Es konnten einige Hintergrund- und Therapieverlaufsmerkmale herausgearbeitet

werden, die prognostische Validität hinsichtlich der Behandlungsaussichten besitzen. Patienten mit deutlich ungünstiger Merkmalskonstellation waren in dem Kollektiv unterrepräsentiert (geringe berufliche und soziale Integration, geringe berufliche Qualifikation usw.). In den Maßregelvollzugskliniken sind sie zweifellos stark vertreten. Scheller et al. (1989) befragten 545 ehemalige Patienten einer Fachklinik in schriftlicher Form. Durch ihre Ergebnisse sahen sie die "1/3-Faustregel" bestätigt, wonach etwa ein Drittel der Patienten von Entwöhnungseinrichtungen von der Behandlung langfristig profitiere.

Die Ergebnisse zur Sozialtherapie von Straftätern sind widersprüchlicher. Nach einer gewissen Behandlungseuphorie in den 60er Jahren gab es eine Strömung, die als "Abkehr von der Behandlungsideologie" bezeichnet wurde. Bestimmte Untersuchungsergebnisse schienen die These des "nothing works" zu stützen (Lipton et al. 1975). Damit sei aber, so Rasch (1985b), ein viel zu düsteres Bild gezeichnet worden. Differenzierte Analysen belegen, daß qualifizierte sozialtherapeutische Maßnahmen sehr wohl geeignet sind, die Wahrscheinlichkeit erneuter krimineller Auffälligkeit zu vermindern (Andrews et al. 1990, Egg 1990). Man darf allerdings nicht erwarten, daß eine stationäre Behandlung Entscheidendes bewirkt, wenn Klienten anschließend ohne stützende Maßnahmen in ein hochgradig gefährdendes soziales Umfeld zurückkehren.

2.4 Aufnahmedruck

Die Zahl der im Maßregelvollzug gemäß § 64 untergebrachten Straftäter hat seit 20 Jahren mit großer Stetigkeit zugenommen. Während 1972 mit 129 Untergebrachten ein Tiefpunkt erreicht war, wurden 1989 nicht weniger als 1112 Patienten gezählt (Abb. 1). Da die Entwicklung zeitweise mit dem Anstieg der Drogenkriminalität zusammenfiel, vermutete man natürlich einen ursächlichen Zusammenhang. Tatsächlich stellte Leygraf (1987) in seiner bundesweiten Studie (1984–86) aber fest, daß bei zwei Dritteln der Untergebrachten eine Alkoholproblematik im Vordergrund stand. Bis 1989 ist der Anteil der Drogenabhängigen weiter gesunken³⁹. Wir können davon ausgehen, daß die Häufigkeit der Anwendung des § 64 bei Drogenabhängigen zurückgegangen ist. Dabei spielt eine Rolle, daß das Betäubungsmittelgesetz spezielle Regelungen enthält, um Abhängigen die Aufnahme einer Therapie in einer staatlich anerkannten Einrichtung zu ermöglichen. Diese Maßnahmen gelten gerade bei Btm-Abhängigen als effektiver als die Unterbringung im Maßregelvollzug. Die Folge ist, daß die Drogenabhängigen, die nun noch in die Entziehungsanstalt kommen, eine besonders schwierige Klientel darstellen.

Wie ist die Zunahme der Anwendung des § 64 bei alkoholbelasteten Straftätern zu erklären? Im Hinblick auf die oben dargestellte Tatsache, daß dem Alkohol eine hohe kriminogene Wirkung zugeschrieben wird und Alkohol und Delinquenz häufig assoziiert sind, müßte die Frage eigentlich umgekehrt lauten: wie war es möglich, daß die Möglichkeit der Unterbringung vor zwanzig Jahren fast gar nicht in Anspruch genommen wurde? Sicher spielte eine Rolle, daß man sich von ihr keinen therapeutischen Nutzen erhoffte. Die Zustände in den forensisch-psychiatrischen Abteilungen waren trostlos. "Die Behandlung ... besteht in den meisten Fällen in der Anwendung einer Arbeitstherapie" stellte Keller (1969, S.68) in einer Untersuchung über den Maßregelvollzug in Baden-Württemberg fest. Das Image der Entziehungsanstalten hat sich in den letzten zehn

³⁹) vgl. Stat. Bundesamt Wiesbaden, Reihe Strafvollzug

Jahren geändert. Zumindest haben sie sich als Einrichtungen bekannt gemacht, in denen ernsthafte Behandlungsversuche unternommen werden.

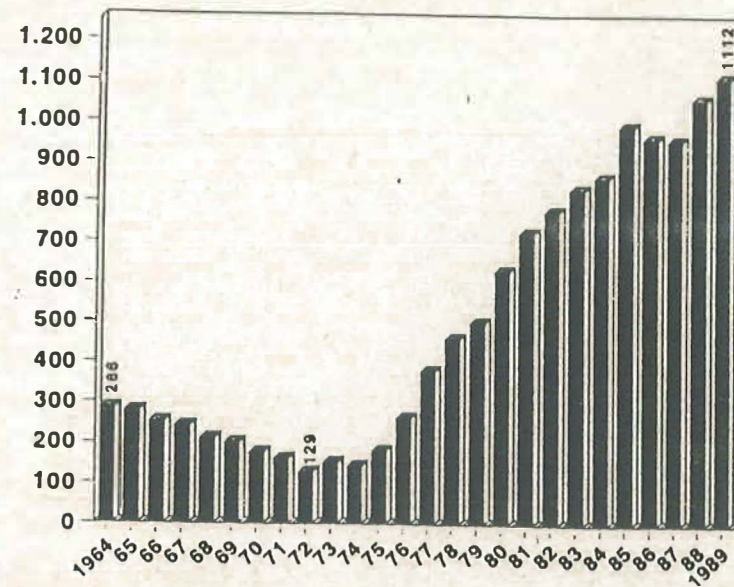


Abb. 1: Anzahl der nach § 64 Untergebrachten (nach Leygraf 1990)

Es ist wohl auch selbstverständlicher geworden, den lebensgeschichtlichen Hintergrund von Straftaten zu reflektieren und im Einzelfall nach Alternativen zum Strafvollzug zu suchen. Die Maßregellösung der Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt, einst als Kernstück der Strafrechtsreform konzipiert, ist niemals in Kraft getreten. So erstaunt es nicht, daß von der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt immer häufiger Gebrauch gemacht wird. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht absehbar. Das Reservoir, aus dem neue Klienten der Entziehungsanstalten sich rekrutieren können, ist – wie oben dargestellt – enorm groß. Die Träger der Einrichtungen haben in den letzten Jahren erlebt, daß die Schaffung zusätzlicher Behandlungsplätze immer nur vorübergehend Entlastung brachte.

Einen gewissen Beitrag zu den Kapazitätsengpässen haben auch die Einrichtungen selbst geleistet: die durchschnittliche Behandlungsdauer ist nämlich im Laufe der Jahre deutlich angestiegen. Sie beträgt derzeit etwa anderthalb Jahre, während es in einem diesbezüglich nicht mehr aktuellen juristischen Kommentar noch hieß, Unterbringungszeiten von mehr als einem Jahr seien äußerst selten⁴⁰. Keller (1969) berichtete eine durchschnittliche Unterbringungsdauer der alkoholabhängigen Täter von achteinhalb Monaten. Die heutige Praxis wird durch die Befunde von Küfner et al. (1988) allerdings gestützt: sie stellten fest, daß bei Patienten mit ungünstiger Prognose eine lange Behandlungsdauer zweckmäßiger ist als eine kurze oder mittelfristige. Ebenso konstatierten Raschke & Schliehe (1985) in ihrer Studie über die Rehabilitation von Drogenkonsumenten, daß Gesamtdauer der Behandlung und Behandlungserfolg positiv korreliert waren.

⁴⁰) Dreher-Tröndle, StGB-K, 45. Aufl., 1991, § 67d Rdn 2

Sie wiesen aber auch auf den sozial desintegrierenden Effekt langer stationärer Therapie hin. Die durchschnittliche Verweildauer von Gefangenen im sozialtherapeutischen Behandlungsvollzugs Nordrhein-Westfalens liegt übrigens bei über dreißig Monaten (Kahlau & Otten 1991).

3. UNTERSUCHUNGSKONZEPT

3.1 Fragestellung

Die vorgestellte Studie befaßt sich mit der Zuweisung und Behandlung alkoholabhängiger Straftäter im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug. Aus den bereits dargestellten Problemen mit der Anwendung des § 64 lassen sich folgende Fragen ableiten:

Begutachtung: Werden die rechtlichen Voraussetzungen der Unterbringung sachgemäß geprüft? Findet im Rahmen des Anordnungsverfahrens überhaupt eine Begutachtung statt? Wenn ja, durch wen, in welcher Form und auf der Grundlage welcher Diagnostik? Werden die materiellen Voraussetzungen der Unterbringung in den Gutachten angemessen erörtert? Wird insbesondere geklärt, ob beim Täter

- der Hang besteht, Alkohol oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen,
- die Anlaßtat symptomatisch ist für diesen Hang,
- infolge des Hangs die Gefahr besteht, daß er weitere erhebliche rechtswidrige Handlungen begehen wird,
- eine Entziehungskur nicht von vorne herein aussichtslos erscheint?

Urteile: Ist auch den Urteilsfertigungen zu entnehmen, daß diese Voraussetzungen geprüft und bestätigt wurden? Wird in den Urteilen darüber hinaus die Reihenfolge der Vollstreckung erörtert, insbesondere, wenn neben der Unterbringung eine längere Freiheitsstrafen angeordnet wird? Äußern die Urteile sich zur Verhältnismäßigkeit der Anordnung des § 64?

Patienten: Welche Merkmale der Patienten sind den Unterlagen zu entnehmen? Lassen sich gegenüber früheren Untersuchungsergebnissen Veränderungen des Patientenkollektivs feststellen? Was läßt sich aus Hintergrundmerkmalen wie Alter, beruflich-sozialem Status, Anlaßdelikt, Delinquenz- und Behandlungsanamnese für die Behandlungs- und Sozialprognose folgern?

Behandlungsverläufe: Auf welchen Wegen und Umwegen kommen die Patienten zur Aufnahme? Spiegeln sich die beklagten Probleme der Maßregeldurchführung in Merkmalen des Behandlungsverlaufs wider? Auf welche Weise erfolgt die Beendigung der Behandlung und wodurch ist die Entlassungssituation gekennzeichnet (Nachsorge, Wohnen, Arbeit)?

3.2 Methodik

Im Rahmen der Untersuchung wurden Einweisungsunterlagen und Behandlungsdokumentationen eines Aufnahmejahrgangs von Patienten evaluiert. Die Datenerhebung erfolgte in den Einrichtungen, in welchen nach dem Vollstreckungsplan des Landes NRW Untergebrachte behandelt werden, bei denen eine Alkoholabhängigkeit im Vordergrund steht. Dies sind die Westfälischen Kliniken Schloß Haldem und Marsberg "Bilstein" sowie die Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau und Viersen. Im Westfälischen Landeskrankenhaus Marsberg und in der Rheinischen Landes-klinik Bonn werden ebenfalls forensische Suchtpatienten behandelt. Diese Abteilungen nehmen die Patienten allerdings nicht direkt auf, sondern übernehmen sie zur Weiterbehandlung aus den erstgenannten Kliniken. Die Erhebung erfolgte für diese Patienten nicht in den weiterbehandelnden, sondern in den Aufnahmeeinrichtungen.

Ausgewertet wurden die Daten des Aufnahmejahrgangs 1988. Er wurde gewählt, weil er einerseits noch eine relative Gewähr aktueller Befunde bietet. Andererseits sind fast alle Patienten dieses Jahrgangs inzwischen aus der Unterbringung entlassen, so daß die vollständigen Behandlungsverläufe überblickt werden können. Als "Erhebungsinstrument" diente ein Untersuchungsbogen mit insgesamt 104 Einzelmerkmalen, der sich in vier Abschnitte gliedert. Tabelle 1 gibt eine Übersicht.

Die Erhebung der Daten erfolgte durch den Verfasser des Projektberichts⁴¹. Wie schon die Übersicht erkennen läßt, differieren die Daten hinsichtlich ihrer Objektivität. Eine Reihe von Items sind das Ergebnis einer Wertung und Einschätzung durch den Untersucher, was bei der Darstellung der Befunde diskutiert werden muß und wird. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programmsystems SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; Beutel et al. 1980). Im folgenden Kapitel werden bisweilen Abkürzungen für statistische Kennwerte verwendet, und zwar:

m:	arithmetischer Mittelwert
s:	Streuung (in etwa die durchschnittliche Abweichung der Werte von m)
min:	kleinster Wert der Verteilung
max:	größter Wert der Verteilung
p:	Wahrscheinlichkeit.

Bei einigen erfaßten Variablen ist der arithmetische Mittelwert *m* eine ungeeignete Statistik zur Beschreibung des Mittelwerts der Verteilung. Dies gilt für Merkmale mit schiefer Verteilung, z.B. solche, bei denen niedrige Werte besonders häufig sind und wenige Extremwerte auftreten. In solchen Fällen wird auch der Median, der "Mittlere" einer Wertereihe, angegeben.

⁴¹) In der Rhein. Landesklinik Bedburg-Hau wurden die Teile 3 und 4 der Erhebungsbögen durch Herrn Dipl.-Psychologen Michael Bay bearbeitet, dem für seine Mitarbeit herzlich gedankt sei.

Tab. 1: Gliederung des Erhebungsbogens

Item	1-2:	Einrichtung, Fallnummer
1. Abschnitt – Begutachtung:		
Item	3-6:	Gutachter: Fachrichtung und Tätigkeit
	7-9:	Länge eines schriftlich vorbereiteten Gutachtens, des Aktenauszugs, der Beurteilung
	10-17:	Psychiatr./psycholog. Exploration und Anamnese (z.B. Suchtanamnese, Psychischer Befund etc.) ⁴²
	18-22:	Körperliche Befunde (u.a. neurol. Untersuchung, EEG, CT);
	23-26:	Psychologische Testdiagnostik
	27-31:	inhaltliche Aspekte eines schriftlichen Gutachtens (z.B. Stellungnahme zur Alkoholabhängigkeit und zur Legalprognose) ⁴³ .
	32:	Einschätzung der Schuldfähigkeit
2. Abschnitt – Urteil:		
Item	33:	Amtsgericht / Landgericht
	34:	Länge des Urteils
	35:	Anlaßdelikt
	36:	Schuldfähigkeit
	37:	Länge der angeordneten Freiheitsstrafe
	38:	Vollstreckungsfolge
	39-44:	Feststellungen des Urteils zu den Voraussetzungen der Unterbringung (z.B. Gefahr infolge des Hangs) und zur Vollstreckungsfolge ⁴⁴
3. Abschnitt – Patientenmerkmale		
Item	45-46:	Alter, Familienstand
	47-49:	schulisch/beruflicher Hintergrund
	50-62:	Art und Umfang krimineller Vorbelastung
	63:	Hafterfahrung
	64-66:	Suchttyp und Suchtbeginn, Ausprägungsgrad
	67-72:	bisherige (Behandlungs-) Maßnahmen
	73-81:	Zeit vor Aufnahme, U-Haft, Vorwegvollstreckung u.ä.
4. Abschnitt – Unterbringungsverlauf		
Item	82:	Unterbringungsdauer
	83-86:	Beurlaubungen, Langzeiturlaub
	87:	Rechtsgrundlage der Entlassung / Beendigung
	88-96:	Art und Anzahl therapiebelastender Vorkommnisse
	97-98:	Anträge auf Beendigung wg. Aussichtslosigkeit oder Vollstreckungsumkehr
	99-100:	Beurteilung von Behandlungsverlauf und -erfolg
	101:	Einschätzung des Zusammenhangs Alkohol / Delinquenz
	102-104:	Wohnsituation / Nachsorge / Beschäftigung

⁴²) Es werden keine Ergebnisse erfaßt, sondern nur das Vorhandensein von Untersuchungsteilen vermerkt (Codierung: "fehlend" – (u.U. "ansatzweise") – "vorhanden").

⁴³) Codierung: "zum Aspekt wird nicht Stellung genommen" – "im Ansatz Stellung genommen" – "der Aspekt wird erörtert".

⁴⁴) Codierung: "der Aspekt wird nicht erwähnt" – "rudimentär berücksichtigt" – "zum Aspekt wird Stellung genommen".

4. ERGEBNISSE

4.1 Das untersuchte Kollektiv

Die Auswahl von Krankengeschichten für die Erhebung orientierte sich an den folgenden Kriterien:

- 1) Aufnahme in Schloß Haldem, Marsberg "Bilstein", Bedburg-Hau oder Viersen in 1988;
- 2) Alkoholabhängigkeit im Vordergrund;
- 3) Unterbringungsbeginn in 1988 aufgrund eines Unterbringungsurteils bzw. Widerrufsbeschlusses (nicht Wiederaufnahme nach Vollzugsunterbrechung, Entweichung o.ä.).

Aufgrund dieser Kriterien durfte eine Reihe von Fällen nicht berücksichtigt werden, die in den Aufnahmestatistiken der Einrichtungen enthalten sind. Natürlich gelang es auch nicht, alle interessierenden Krankengeschichten beizuziehen. Mit 136 von 153 Fällen konnten 89 % des Kollektivs erfaßt werden. In Tab. 2 ist seine Zusammensetzung dargestellt.

Nicht alle Krankengeschichten ermöglichten die vollständige Erhebung aller Variablen des Untersuchungsbogens. So kam es z.B. vor, daß eine schriftliche Gutachtenaufbereitung nicht enthalten war, obwohl das Gutachten im Verfahren schriftlich vorbereitet worden war. Auch vorhandene Unterlagen lieferten manchmal keine eindeutigen Daten zu bestimmten Merkmalen. Bei der Darstellung der einzelnen Ergebnisse wird jeweils angegeben, wieviele Fälle unklar blieben und auf wieviele Fälle die Statistiken sich beziehen.

Tab. 2: Verteilung der in die Untersuchung einbezogenen Fälle

Einrichtung	Aufnahmen in 88	davon erfaßt (n =)
Bedburg-Hau	13	12
Viersen	29	25
Schl. Haldem	85 ⁴⁵	77
Marsberg "Bilstein"	26	22
Summe	153	136

Verschiedene Autoren haben in der Vergangenheit darauf hingewiesen, daß alkoholabhängige Frauen selten gemäß § 64 untergebracht werden und das Geschlechterverhältnis in Entziehungsanstalten eher dem in Strafanstalten als dem in Behandlungsstätten für Alkoholranke entspricht, ja eher noch deutlicher zugunsten der Männer verschoben ist (vgl. Leygraf 1987). Entsprechend fanden sich unter den 153 Aufgenommenen nur vier Frauen. Bei drei von ihnen erfolgten Verlegungen, so daß die Behandlungsdokumentation für die Auswertung nicht zur Verfügung stand. In der untersuchten Gruppe ist also nur eine Patientin enthalten.

⁴⁵) Die Aufnahmestatistik Haldems weist 1988 103 Patienten auf, die gem. § 64 aufgenommen wurden oder bei denen auf die Aufnahme gem. § 126 aStPO die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt folgte (vgl. Externbrink 1989). 11 dieser Patienten wurden nach Marsberg "Bilstein" verlegt. Sie sind in der Bilsteiner Gruppe berücksichtigt. Die Statistik enthält außerdem einige auszuschließende Fälle und Mehrfachaufnahmen in 1988.

4.2 Merkmale der Untergebrachten

Alter bei Aufnahme (Bezug: 136 Fälle, unklar: 0): Die Patienten sind bei der Aufnahme im Mittel 35 Jahre alt ($s = 9,3$, $\min = 16$, $\max = 64$). Abb. 2 stellt die Altersverteilung dar.

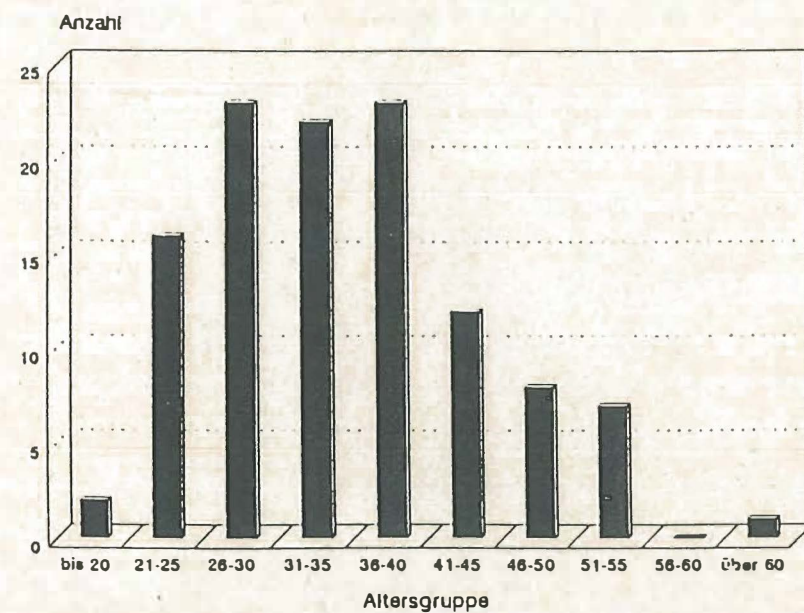


Abb. 2: Alter bei der Aufnahme

Familienstand (Bezug: 135 Fälle, unklar: 1): Über die Hälfte der Untergebrachten ist bei der Aufnahme ledig, fast ein Drittel geschieden. Sage und schreibe nur 13 Patienten, knapp 10 %, sind verheiratet und nicht getrennt lebend. Diese Merkmalsverteilung weist hin auf eine ausge-

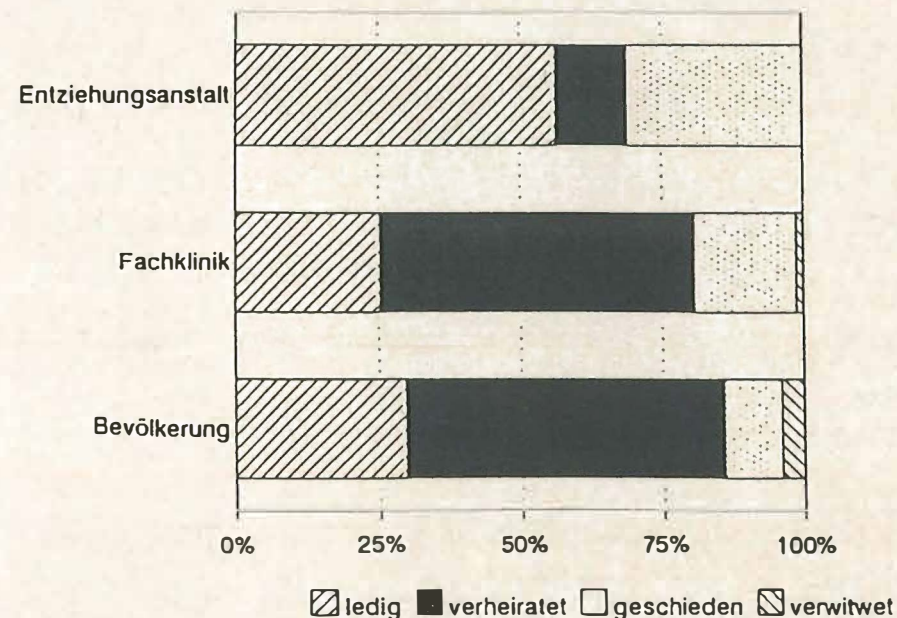


Abb. 3: Familienstand bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64, Alkoholikern in freien stationären Behandlungseinrichtungen (Küfner et al. 1986) und in der Normalbevölkerung (Leygraf 1988)

prägte Bindungsproblematik der Untergebrachten. Zum Vergleich: 1984 waren etwa 56 % der Normalbevölkerung verheiratet (vgl. Leygraf 1988, S. 23). Bei den Patienten freier stationärer Behandlungseinrichtungen für Alkoholiker findet sich eine der Normalbevölkerung ähnliche Merkmalsverteilung bei etwas erhöhtem Anteil Geschiedener (Küfner et al. 1986). Abb. 3 veranschaulicht die Verhältnisse.

Schulabschluß (Bezug: alle): 52,9 % der Untergebrachten haben weniger als den Hauptschulabschluß, ein Einziger das Abitur; zur Veranschaulichung Abb. 4. Die Verteilung der Schulabschlüsse entspricht derjenigen bei Strafgefangenen (ca. 50 % weniger als Hauptschulabschluß). Von den Patienten freier Behandlungseinrichtungen haben dagegen über 95 % mindestens den Hauptschulabschluß (Quellen: Leygraf 1988, S. 33; Küfner et al. 1986; Posaune, Gefangenenzzeitung der JVA Geldern, 44, 1992).

Berufsausbildung (Bezug: alle): Nur ein knappes Drittel der Untergebrachten ($n = 43$) verfügt über eine abgeschlossene Berufsausbildung, 52 haben eine Ausbildung abgebrochen, 41 haben keine begonnen. Wiederum haben wir Verhältnisse wie bei Strafgefangenen, während die Patienten freier Einrichtungen in diesem Merkmal ziemlich genau der Normalbevölkerung entsprechen (Quellen wie vor).

Berufstätigkeit im Jahr vor der Maßnahme / Festnahme (Bezug: 134 Fälle, unklar: 2): Die Patienten sind im Vorfeld ihrer Straffälligkeit bzw. Unterbringung ganz überwiegend arbeitslos. Und zwar sind 106 von ihnen (79,1 %) längerfristig keiner geregelten Tätigkeit nachgegangen, während 13 (9,7 %) nach einem längerem Beschäftigungsverhältnis arbeitslos wurden. Zehn Patienten (7,5 %) sind als einfache Arbeiter oder Facharbeiter versicherungspflichtig tätig gewesen (5 sonstige, u.a. Rentner, Student).

Erste Straffälligkeit gemäß Strafregisterauszug (Bezug: alle): Gezählt wurden alle Eintragungen über Verurteilungen, auch zu Geldstrafe, Jugendarrest, nicht jedoch Vermerke über die Anordnung von Fürsorgeerziehung. Nur bei 5 der 136 Patienten finden sich keine Angaben über Vorverurteilungen. Das Alter bei der ersten (verurteilten) Straftat beträgt minimal 13 und maximal 53 Jahre. 63 % sind vor Vollendung des 21. Lebensjahres, 47,4 % sogar vor Vollendung des 18. Lebensjahres erstmals straffällig geworden. Wählt man, wie Leygraf (1987), die Vollendung des 30. Lebensjahres als Grenzwert, so sind 86,7 % des Kollektivs als früh- und 13,3 % als spätkriminell zu bezeichnen. Das mittlere Alter bei der ersten Straffälligkeit wird durch den Median der Verteilung, 18 Jahre, besser beschrieben als durch den arithmetischen Mittelwert (20,9 Jahre).

Vorstrafen (Bezug: alle) Im Mittel (Median) sind die Patienten vor dem Unterbringungsverfahren siebenmal bestraft worden. Wie gesagt finden sich bei 5 Patienten keine Vorstrafen, ein Patient weist 30 Vorverurteilungen auf⁴⁶.

Frühere Haftzeit (Bezug: alle): Im Mittel (Median) haben die Patienten sich vor dem Verfahren, das zur Unterbringung führte, bereits 22 Monate in Haft befunden. Immerhin 33 Patienten waren vor dem Unterbringungsverfahren niemals in Haft. Der arithmetische Mittelwert der Vorhafterfahrung beträgt für die übrigen knapp sechs Jahre ($m = 57,6$ Monate, Maximum: 288 Monate).

⁴⁶ Ein bei der Aufnahme über 60jähriger Patient mit 44 Vorstrafen gehörte zu den in der Studie nicht erfaßten, da seine Krankengeschichte nicht verfügbar war.

Für das Gesamtkollektiv (einschließlich der Nichthaftverfahren) beträgt der arithmetische Mittelwert der Vorhafterfahrung 42,6 Monate.

Gesamthafterfahrung einschließlich Unterbringungsverfahren (Bezug: alle): zur Vorhafterfahrung wird die Zeit addiert, die die Patienten im Unterbringungsverfahren vor der Aufnahme in den Maßregelvollzug in Haft verbracht haben. Der Median der Verteilung dieser Variablen ist 32: das heißt, gut die Hälfte der Patienten hat mehr als zweieinhalb Jahre Hafterfahrung⁴⁷ (Maximum: 298 Monate). Vierzehn Patienten (10,3 %) kommen noch ganz ohne Hafterfahrung in die Behandlung. Abb. 4 stellt die Häufigkeitsverteilung dar.

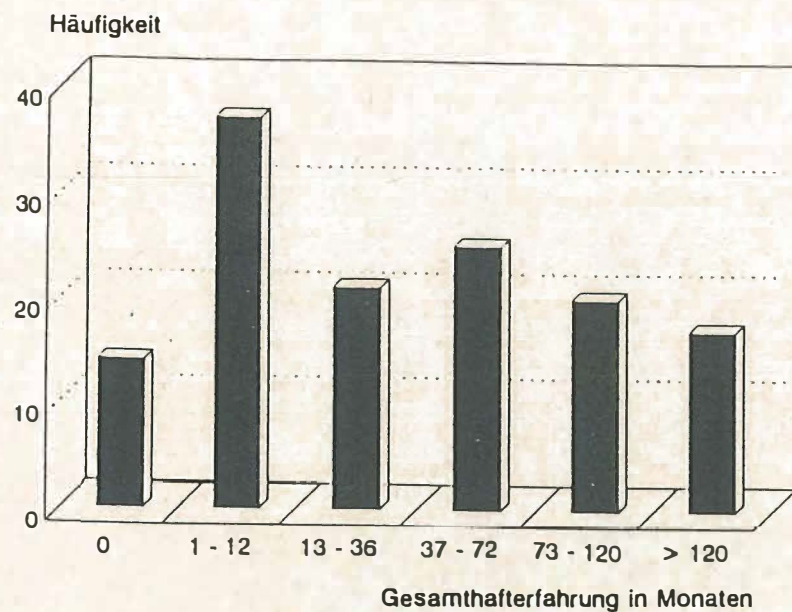


Abb. 4: Gesamthafterfahrung vor der jetzigen Unterbringung gemäß § 64

Art der Abhängigkeit (Bezug: alle): Dieses Merkmal betrifft die vom Untergebrachten bevorzugten Suchtmittel. Natürlich handelt es sich hier um ein "weiches Datum", denn bisweilen finden sich in den Unterlagen widersprüchliche Angaben; auch könnte in einigen (wenigen) Fällen eine Tendenz bestanden haben, den Konsum illegaler Drogen zu dissimulieren. Die Unterlagen weisen jedenfalls auf die folgenden Konsumgewohnheiten hin:

n=	81	(59,6 %)	ausschließlich Alkohol
n=	38	(27,9 %)	Alkohol sowie Medikamentenabusus
n=	10	(7,4 %)	Polytoxikomanie ohne Morphintyp
n=	7	(5,1 %)	Polytoxikomanie einschließlich Morphintyp.

Bei keinem der erfaßten Fälle besteht u.E. eine Heroinabhängigkeit im engen Sinne.

⁴⁷) Arithmetisches Mittel des Gesamtkollektivs: $m = 52,7$ Monate Gesamthafterfahrung.

Ausprägungsgrad der Abhängigkeit (Bezug: alle): Es wurde versucht, die Untergebrachten drei allgemein formulierten Kategorien des Ausprägungsgrades der Abhängigkeit zuzuordnen. Kategorie 1 entspricht dabei einem psychopathologischen Suchtbegriff im engeren Sinne. Hinweise auf tägliches massives Trinken, morgendliche Entzugserscheinungen, auf erhebliche gesundheitliche Komplikationen oder auf einen Delta-Alkoholismus im Sinne Yellineks (Spiegeltrinken) führen zur Einordnung in Kategorie 1. Patienten, die einen *erheblichen* (Alkohol-) Mißbrauch betrieben haben, werden Kategorie 2 zugeordnet⁴⁸. Insgesamt findet sich die folgende Merkmalsverteilung:

n=	83	(61,0 %)	chronischer Konsum
n=	49	(36,0 %)	erheblicher Mißbrauch
n=	2	(1,5 %)	rezidivierender Mißbrauch
n=	2	(1,5 %)	nicht einschätzbar.

Ein beträchtlicher Anteil der Untergebrachten ist u.E. als suchtkrank im medizinischen Sinne anzusehen. Bei fast keinem ergeben sich Zweifel daran, daß ein ausgeprägter Hang zum Suchtmittelkonsum besteht, so daß in dieser Hinsicht die rechtlichen Voraussetzungen einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt gegeben zu sein scheinen. Wie in Tabelle 3 deutlich wird, sind die als chronisch abhängig eingestuft Patienten im Durchschnitt natürlich deutlich älter als die Mißbrauchspatienten. Es liegt im Wesen des psychopathologischen Prozesses der Sucht, daß die Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung mit dem Lebensalter wächst.

Tab. 3: Grad der Sucht und Alter (Bezug: $n = 132$)

Ausprägungsgrad der Sucht m	s	Alter (n)	
chronisch abhängig	37,4	8,7	83
erheblicher Mißbrauch	31,4	8,9	49

$$F = 14,62 \quad p < 0,001$$

Beginn der Sucht ($n = 126$, unklar: 10) Es wurde versucht, aufgrund von Angaben in Gutachten, Urteilen und Behandlungsberichten einzuschätzen, in welchem Alter die Untergebrachten einen erheblichen Alkoholmißbrauch begonnen haben. Diesbezügliche Aussagen der Patienten sowie Hinweise auf häufige Trinkexzesse, alkoholbedingte Partnerprobleme, Arbeitsplatzverlust u.ä. wurden entsprechend verwertet. Hierbei handelt es sich natürlich wieder um ein wenig reliables Datum, auf das in der Diskussion nur zurückhaltend Bezug genommen werden darf. In zehn der 136 Fälle ist eine Einschätzung nicht möglich gewesen. Für die 126 Patienten, die eingeschätzt werden konnten, ergibt sich im Mittel (Median) ein Alter von 20 Jahren als Beginn des erheblichen Abusus⁴⁹. Bei 59,5 % liegt der Beginn vor dem 21. und bei 21,4 % sogar vor dem 17. Lebensjahr.

Bisherige Behandlungsmaßnahmen ($n = 136$): Es wurden Angaben darüber ausgezählt, wie oft Patienten sich bisher stationären Behandlungsmaßnahmen, sprich Entgiftungs- und Ent-

⁴⁸) Schmitz (1986, S. 14) spricht von Alkoholmißbrauch, "wenn ... zur falschen Zeit ... oder am falschen Ort ... oder im Übermaß Alkohol getrunken wird, insbesondere, wenn dabei gesellschaftliche Normen mißachtet werden".

⁴⁹) Arithmetischer Mittelwert $m = 21,0$.

wöhnungsbehandlungen, unterzogen haben. 21 Patienten (15,4 %) haben zuvor bereits einmal eine Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen, drei von ihnen sogar zweimal. Ein Drittel der Unterbrachten ($n=45$) hat mindestens einmal eine Entwöhnungsbehandlung abgebrochen. Bei 62 Patienten (45,6 %) finden sich keinerlei Hinweise auf stationäre Maßnahmen der Suchtbehandlung vor der Unterbringung.

4.3 Merkmale der Begutachtung

Wie bereits dargelegt muß ein Beschuldigter durch einen Sachverständigen untersucht werden, wenn die Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung zu erwarten ist. Im Rahmen der Evaluation wurde natürlich festgehalten, ob, durch wen und in welcher Form im Anordnungsverfahren eine Begutachtung erfolgte. Wenn eine schriftliche Gutachteraufbereitung vorlag, wurde registriert, welche Informationsquellen genutzt und welche Untersuchungen vorgenommen worden waren. Außerdem wurden inhaltliche Aspekte ausgewertet, und zwar insbesondere geprüft, ob auf Voraussetzungen der Unterbringung eingegangen wurde. Zu jedem erfaßten Aspekt werden im folgenden die Häufigkeiten der jeweiligen Einschätzungskategorien angegeben. Darüber hinaus werden zu einer Reihe von Aspekten Fallbeispiele dargestellt. Daß diese zumeist Gutachtenmängel veranschaulichen, soll nicht darüber hinwegtäuschen, daß es doch eine Reihe von Gutachten gibt, die zu den kritischen Fragen angemessen Stellung nehmen. Am Ende des Kapitels wird die Qualität der Gutachten zusammenfassend erörtert.

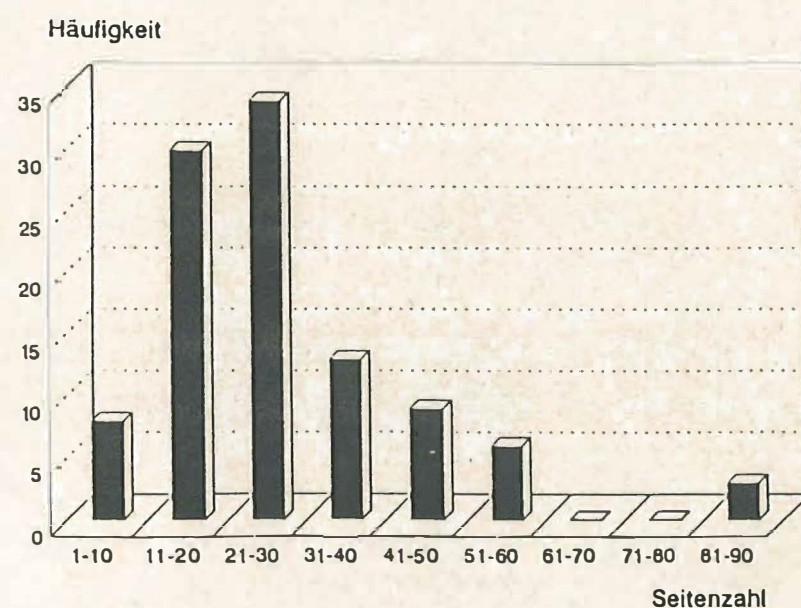


Abb. 5: Länge der 104 ausgewerteten schriftlichen Gutachten

4.3.1 Art der Begutachtung und der Gutachter

Art der Begutachtung: in zwölf Fällen (8,8 %) erfolgt die Anordnung der Unterbringung, ohne daß ein Sachverständiger zu Rate gezogen wurde. In siebzehn Fällen (12,5 %) erstatten Sachverständige nur ein mündliches Gutachten, das nicht schriftlich vorbereitet wurde. In weiteren drei Fällen fehlt die schriftliche Gutachteraufbereitung in der Krankenakte, so daß sich die Evaluation der Gutachten auf insgesamt 104 Fälle beschränkt. Die mittlere Länge dieser 104 Gutachten beträgt 23 Seiten (Median), mit den Extremen vier Seiten und 89 Seiten. Abb. 5 stellt die Verteilung des Merkmals Gutachtenlänge dar. Neben der Gesamtlänge der Gutachten wurde außerdem die Seitenzahl der Gutachtenkapitel "Aktenauszug, Vorbefunde" und "Beurteilung" ausgezählt. Gutachten mit langatmigen, nichtssagenden Aktenauszügen⁵⁰ oder unverhältnismäßig kurzen Beurteilungen sind allerdings kaum vertreten, so daß auf die Darstellung dieser Merkmale verzichtet wird.

Ein nur vier Seiten langes Gutachten betrifft einen fünfzigjährigen Mann ohne Hafterschaft, der wegen mehrerer vorsätzlicher Körperverletzungen angeklagt ist. Es enthält natürlich nur eine rudimentäre Anamnese, keinen psychischen Befund und knappe Ausführungen zum Alkoholproblem. Das Gericht spricht den Angeklagten mit sehr differenzierter Begründung frei und ordnet die Unterbringung an, die allerdings problematisch verläuft. Der Patient wird nach der Höchstunterbringungsdauer mit schlechter Prognose entlassen.

Gutachter: die zu Rate gezogenen Sachverständigen sind ganz überwiegend Psychiater, und zwar in 115 der 124 begutachteten Fälle. In fünf Fällen sind Diplom-Psychologen die Hauptgutachter, in drei Fällen Ärzte in psychiatrischer Weiterbildung. Ein Fall blieb unklar.

In 94 Fällen baut das Gutachten ausschließlich auf den Untersuchungsergebnissen des Haupt Sachverständigen auf. In den übrigen 30 Fällen werden Vertreter anderer Fachgebiete in die Befunderhebung einbezogen. Achtmal sind Psychologen als Zweitgutachter beteiligt. Dies ist ja inzwischen verbreitete Praxis in komplexen Begutachtungsfällen. Die Bezeichnung "Zweit-Gutachter" ist hier gerechtfertigt, weil stets ein Gutachten von Umfang und Aussage her als das maßgebliche zu erkennen ist. Bei gemeinsamen Begutachtungen durch Psychiater und Psychologen sind stets beide in Landeskrankenhäusern beschäftigt. Neurologische Nebengutachten liefern meist die Ergebnisse einer EEG- oder CT-Untersuchung. Drei internistischen Nebengutachten, vom selben psychiatrischen Gutachter in Auftrag gegeben, enden jeweils mit der Feststellung, der Beschuldigte habe seine Straftaten nicht im Leberkoma begangen⁵¹.

Tätigkeit der Gutachter (Bezug: $n=124$): neben Ärzten (und Psychologen) aus Landeskrankenhäusern sind auffallend viele Psychiater im Ruhestand als Sachverständige tätig. Tabelle 4 gibt eine Übersicht.

⁵⁰) Die wenigen 3-Jahresbegutachtungen gem. § 14(3) MRVG-NW fielen in dieser Hinsicht unangenehm auf. Nach einer umfangreichen Abschrift der jeweiligen Krankengeschichte trugen sie zur Erweiterung der Perspektive des Behandlungsteams nichts bei und brachten keine Anregungen in Hinblick auf die Länge der Behandlung

⁵¹) So heißt es im Gutachten über einen wegen schwerer Körperverletzung angeklagten jungen Mann abschließend: "Es kann davon ausgegangen werden, daß psychisch relevante Veränderungen im Sinne eines Leberkomas zur Tatzeit nicht vorgelegen haben."

Tab. 4: Gutachter und Tätigkeit

	(n)	(%)		(n)	(%)
niedergelassen	12	9,7	Gesundheitsamt	9	7,3
Landesklinik	46	37,1	Soz.ps. Dienst	1	0,8
Psych. Abtlg.	3	2,4	Ruhestand	38	30,6
Uniklinik	1	0,8	unklar	14	11,3

4.3.2 Informationsquellen und Untersuchungen

Bei den verfügbaren schriftlichen Gutachten haben wir erfaßt, welche Informationsquellen genutzt bzw. welche Befunde erhoben worden sind. Dabei wurde zunächst nur registriert, ob entsprechende Ausführungen in den Gutachten enthalten sind und ob diese einigermaßen vollständig erscheinen. Eine systematische Einschätzung der Qualität von Gutachtenelementen wurde nicht vorgenommen. Dafür wäre es erforderlich gewesen, mehrere geschulte Beurteiler einzubeziehen, um Aussagen mit einem gewissen Anspruch an Wissenschaftlichkeit machen zu können. Die Bewertungskategorien lauten:

- *fehlend*
- (ggf.: ansatzweise)
- *vorhanden* (evtl. vollständig/ ausreichend)

Folgende Gutachtenelemente werden berücksichtigt:

Anknüpfungstatsachen:

Strafaktenauszug – Frühere Krankenunterlagen

Explorationsbefunde:

Anamnese – Suchtanamnese – forensische Anamnese – Sexualanamnese – Stellungnahme des Probanden zum Schuldvorwurf

Somatische Befunde:

Orientierende körperliche Untersuchung – neurologische Untersuchung – Laborbefunde (Blut, Urin) – EEG – CT

Testuntersuchung:

Intelligenztests – Persönlichkeitstests – Hirnfunktionstests – Projektive Tests.

Strafaktenauszug: in der Regel enthalten die Gutachten einen kurzen Überblick über Tatvorwurf, Aussagen des Angeklagten und ggf. der wichtigsten Zeugen sowie Ermittlungsergebnisse zum Alkoholisierungsgrad. Extrem ausufernde Aktenabschriften finden sich kaum. Merkmalsverteilung (n = 104):

fehlend:	2	(1,9 %)
ansatzweise:	16	(15,4 %)
vorhanden:	86	(82,7 %)

Unrühmliche Ausnahme bildet ein 83-seitiges Gutachten über einen Verkehrsdelinquenten, das mit einem unübersichtlichen Aktenauszug von 38 Seiten eingeleitet wird. Am Ende erhält der Patient das Etikett "hysterisch-psycho-pathische Persönlichkeit", ohne daß die vorangehenden Ausführungen dies nahegelegt hätten. Zur Absicherung seiner "wissenschaftlich fundierten" Beurteilung zitiert der Gutachter vier Seiten lang Ausführungen zur hysterischen Persönlichkeit aus einem Psychiatrielehrbuch, ohne daß ein Bezug zur Persönlichkeit des Patienten sichtbar wird.

Frühere Krankenunterlagen: die Gutachter fordern vergleichsweise selten Arztbriefe oder Behandlungsberichte über frühere Therapien und Krankenhausaufenthalte an. Immerhin hatten sich bei mehr als der Hälfte der Patienten Hinweise auf stationäre Entwöhnungs- oder Entgiftungsbehandlungen gefunden. In keinem einzigen Fall konnten Berichte deshalb nicht eingesehen werden, weil der Proband sein Einverständnis verweigert hätte. Es ist als grobe Nachlässigkeit anzusehen, wenn auf die Auswertung früherer Behandlungsberichte verzichtet wird, wenn die Behandlungsbedürftigkeit und -prognose eines Probanden zu beurteilen ist. Merkmalsverteilung (n = 104):

fehlend:	68	(65,4 %)
ansatzweise:	13	(12,5 %)
vorhanden:	23	(22,7 %)

Im Gutachten über einen 59-jährigen, wegen Ladendiebstählen angeklagten, Alkoholiker stellt ein Sachverständiger fest: "Wohl war er einmal zwischen 1982 und 1984 ein Jahr im LKH X im Rahmen eines Gerichtsverfahrens untergebracht. (...) Da eine nennenswerte Vorbehandlung in Form einer Entziehungskur und einer entsprechenden Therapie bisher nicht durchgeführt worden ist, sollte zumindest der Versuch einer solchen Behandlung gemacht werden." Der Angeklagte ist "im Rahmen des Gerichtsverfahrens" nach § 64 untergebracht gewesen. Der Gutachter macht sich nicht die Mühe, einen Bericht über den Verlauf dieser Behandlung anzufordern. Im Rahmen der neuen Unterbringung wird der Patient nach Erreichen der Höchstfrist mit ungünstiger Prognose entlassen:

Anamnese: das Gutachtenelement "Anamnese" ist hier weit gefaßt definiert als die Erhebung der Vorgeschichte des Probanden einschließlich familiärer und Krankheitsgeschichte. Bei der Beurteilung wird reflektiert, ob der dargelegte Befund es dem Leser ansatzweise gestattet, sich ein Bild von den Entwicklungsbedingungen des Probanden zu machen. Auch bei Anlegung bescheidener Maßstäbe ist das bei vielen Gutachten nicht der Fall. Die Merkmalsverteilung (n = 104):

fehlend:	4	(3,8 %)
ansatzweise:	44	(42,3 %)
vorhanden:	56	(53,8 %)

In einem Gutachten über einen wegen schwerer Brandstiftung in vier Fällen angeklagten jungen Mann ist die Anamnese genau eine Seite lang. Unter anderem wird festgestellt: "Die Familienanamnese ist unauffällig." Tatsächlich war die familiäre Situation chronisch gespannt und belastet durch den Alkoholabusus des Vaters. Der Mutter gelang es hinter dem Rücken des Vaters durch inkonsequentes und verwöhnendes Verhalten, den Sohn als innig Verbündeten an sich zu binden. Damit unterließ sie gleichsam jedes Bemühen, diesem so etwas wie Erziehung zuteil werden zu lassen. Vordergründig wurde ihm die Sündenbockrolle und Verantwortung für familiäre Spannungen zugewiesen. Das Gutachten ist exemplarisch für das fehlende Bemühen mancher Sachverständiger, sich ein umfassendes Bild von der Problematik des Probanden zu machen. Mehr als die Hälfte der schriftlichen Gutachten war auf der Grundlage nur einer Untersuchungssitzung erstellt worden. Das kann in manchen Fällen ausreichend sein, in komplexen wie dem gerade skizzierten ist das sicherlich nicht der Fall.

Suchtanamnese: gesondert erfaßt wurde der Teil der Exploration, der sich auf die Alkoholvorgeschichte bezieht. Diese muß in Hinblick auf wesentliche Fragen der Begutachtung natürlich sorgfältig erhoben werden. Die Merkmalsverteilung (n = 104):

fehlend:	3	(2,9 %)
ansatzweise:	39	(37,5 %)
vorhanden:	62	(59,6 %)

Forensische Anamnese: die "Delinquenzgeschichte" eines Probanden hat Bedeutung für die Einschätzung des Symptomcharakters einer Straftat, für den Grad der kriminellen Identifikation und die Behandlungsprognose. Die Verteilung (n = 104):

fehlend:	14	(13,5 %)
ansatzweise:	51	(49,0 %)
vorhanden:	39	(37,5 %)

In einem Gutachten über einen fünfmal vorbestraften Probanden beschränkt sich die forensische Anamnese auf die Feststellung: "Seine früheren und jetzt zur Anklage stehenden Straftaten seien unter Alkoholeinfluß passiert. Zum Teil habe er auch keine Erinnerungen mehr an die Einzelheiten der Straftaten."

Sexualanamnese: auch bei Nicht-Sexualdelinquenten ist es bedenklich, wenn das Thema Sexualität in der Untersuchung völlig ausgeklammert wird. Eine eingehende Exploration wird man nur fordern, wenn eine sexuelle Problematik tatrelevant erscheint oder eine Sexualstraftat angeklagt ist (Pfäfflin 1978, Rasch 1986a). Die Verteilung (n = 104):

fehlend:	72	(69,2 %)
ansatzweise:	17	(16,3 %)
vorhanden:	15	(14,4 %)

Interessant ist es, hier die wegen eines Sexualdelikts Verurteilten gesondert zu betrachten. Insgesamt sind acht Patienten wegen einer Sexualstraftat untergebracht. Bei einem ist keine Begutachtung erfolgt. In einem zweiten Fall fehlt die schriftliche Gutachtenaufbereitung. In den übrigen sechs Fällen finden sich zwei eingehende und zwei knappe ("ansatzweise") Sexualanamnesen, zweimal fehlt sie ganz.

Schuldvorwurf: der Probanden muß im Rahmen der Begutachtung Gelegenheit erhalten, das Tatgeschehen aus seiner Sicht darzustellen bzw. sich zu Anklage zu äußern. Es entspricht einem falschen Verständnis der Sachverständigenaufgabe, dem Gericht nur eine Diagnose liefern zu wollen (vgl. Glatzel 1985). Die Bewertung der Gutachten erfaßt hier nur, ob ein entsprechender Abschnitt in den Ausführungen enthalten ist. Inhaltliche Aspekte, etwa die Frage, ob der Proband die Chance hatte, sich verständlich zu machen, konnten nicht berücksichtigt werden. Verteilung (n = 104):

fehlend:	5	(4,8 %)
ansatzweise:	39	(37,5 %)
vorhanden:	60	(57,7 %)

Psychischer Befund: dem psychischen Befund kommt besondere Bedeutung zu in Hinblick auf das Gutachtenziel, ein plastisches Bild vom Untersuchten zu entwickeln (Rasch 1986a). Einige Gutachter beschränken sich im wesentlichen darauf, eine Liste psychopathologischer Auffälligkeiten durchzugehen, deren Vorhandensein beim Probanden negiert wird ("keine inhaltlichen Denkstörungen" u.ä.). Dies kann im Einzelfall das beschränkte Selbstverständnis widerspiegeln, nur Krankhaftes ausschließen und zu einem allgemeinen Verständnis für den Angeklagten nichts beitragen zu wollen. Bei der Bewertung der vorliegenden Gutachten werden solche inhaltlichen Aspekte nicht berücksichtigt. Auch ein psychischer Befund, der sich auf die Darstellung einer psychopathologischen Checkliste beschränkt, wird als 'vorhanden' gewertet. Verteilung (n = 104):

fehlend:	8	(7,7 %)
ansatzweise:	15	(14,4 %)
vorhanden:	81	(77,9 %)

Orientierende körperliche Untersuchung: über ihren Stellenwert gibt es unterschiedliche Auffassungen. Nach Rasch (1986a) darf sie nicht fehlen. Dies war in unserem Kollektiv auch selten der Fall (n = 104):

fehlend:	8	(7,7 %)
ansatzweise:	7	(6,7 %)
vorhanden:	89	(85,6 %)

Neurologische Untersuchung: sie wird von manchen Sachverständigen offensichtlich mit Leidenschaft durchgeführt und ausführlich dokumentiert. Ähnlich wie beim psychischen Befund wird dabei dann oft aufgelistet, was alles unauffällig ist. Andere Untersucher begnügen sich mit einem kurzen Hinweis, daß die neurologische Untersuchung keinen pathologischen Befund ergeben hat. Ein solch kurzes Statement wurde bei der Auswertung als "ansatzweise" kodiert, was aber kein inhaltlicher Mangel sein muß. Verteilung (n = 104):

fehlend:	15	(14,4 %)
ansatzweise:	14	(13,5 %)
vorhanden:	75	(72,1 %)

Laboruntersuchungen: auf Laboruntersuchungen, etwa von Blut und Urin, wird von den meisten Gutachtern verzichtet. Dies verwundert ein wenig angesichts der Tatsache, daß die meisten Gutachter Ärzte sind. Hinweise auf die Funktionstüchtigkeit der Leber können z.B. helfen, Aussagen über den Grad der Alkoholbelastung eines Probanden abzusichern. Die Merkmalsverteilung (n = 104):

fehlend:	89	(83,7 %)
ansatzweise:	2	(2,0 %)
vorhanden:	13	(12,5 %)

Elektroencephalogramm: es spricht wohl wenig dafür, im Rahmen der Begutachtung alkoholbelasteter Straftäter routinemäßig ein EEG abzuleiten. Die Verteilung im Kollektiv (n = 104):

fehlend:	79	(76,0 %)
ansatzweise:	0	(0,0 %)
vorhanden:	25	(24,0 %)

Im Gutachten über einen dreißigjährigen Brandstifter, der wegen Eigentumsdelikten, aber auch früheren Brandstiftungen, bereits zehn Jahre Haft verbüßt hat, wird auf epileptische Anfälle in der Vergangenheit hingewiesen. Dazu heißt es dann in der Beurteilung: "Epileptische Anfälle traten somit zu den Tatzeiten dieses Verfahrens nicht auf; sie brauchen für die Beurteilung der Schuldfähigkeit nicht berücksichtigt zu werden." Der Gutachter verzichtet auf eine weitere apparative oder testpsychologische Abklärung.

Computertomogramm: das CT ist das gegenüber dem EEG sensiblere Instrument, um pathologische Hirnveränderungen auszuschließen. Es kam bei den erfaßten Gutachten seltener zur Anwendung. Verteilung:

fehlend:	92	(88,5 %)
ansatzweise:	0	(0,0 %)
vorhanden:	12	(11,5 %)

In einem Gutachten über einen seit dreißig Jahren alkoholabhängigen Mann, der als Ersttäter wegen eines Raubdelikts angeklagt ist, wird eine geringgradige Atrophie der inneren und äußeren Liquorräume erwähnt, die 1985 in einem Computertomogramm festgestellt worden ist. Es findet keine Kontrolluntersuchung statt. Überhaupt verzichtet die Sachverständige auf eine über die Routinebefundung hinausgehende somatisch-diagnostische Abklärung. Der Patient wird schon nach zwei Monaten mit folgender Begründung aus der Unterbringung entlassen: "Infolge langjähriger Intoxikation leidet der Verurteilte an einer kongestiven Kardiomyopathie, einer koronaren Herzerkrankung,

einem Lungenemphysem, einer schweren Leberschädigung und an gastrointestinalen Komplikationen sowie einem himorganischen Psychosyndrom. Außerdem steht er wegen der Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule in ärztlicher Behandlung. Infolge dieser gesundheitlichen Gebrechen ist die vom Verurteilten ausgehende Gefahr selbst dann als gering einzuschätzen, wenn er seine Alkoholproblematik nicht in den Griff bekommen sollte."

Psychologische Testbefunde: In der Mehrzahl der Gutachten wird auf die Durchführung psychologischer Tests verzichtet. Im folgenden werden die Ergebnisse zu drei Gruppen von Testverfahren dargestellt. Unter "ansatzweise" wird eine verkürzte oder fehlerhafte Darstellung von Testbefunden eingeordnet. Ein Psychiater verwendet z.B. routinemäßig den Benton-Test, um aus dem Ergebnis sowohl die Intelligenz abzuschätzen als auch auf die Hirngesundheit zu schließen. Damit hat er das Anwendungs- und Durchführungsprinzip des Tests nicht verstanden (vgl. Benton 1972). Andere Untersucher liefern Deutungen zu Profilen von Persönlichkeitstests, z.B. dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg et al. 1984), die sich nicht an den Vorgaben der Testautoren orientieren. In sechs Gutachten finden sich Ergebnisse projektiver Testverfahren, auf die wir nicht weiter eingehen.

Intelligenztests

fehlend:	73	(70,2 %)
ansatzweise:	3	(2,9 %)
vorhanden:	28	(26,9 %)

Ein Sachverständiger führt eine neue Kurzform des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests in die Psychometrie ein; er verwendet nur den Mosaiktest, einen der zehn Untertests, und kommt zu folgendem Ergebnis: "Bei der orientierenden Hirnleistungsprüfung mit dem Mosaiktest des HAWIE erreicht er mit 7 von 16 möglichen Wertpunkten eine knapp durchschnittliche Leistung. Keinesfalls kann angesichts dieses Wertes von einer forensisch bedeutsamen Schwäche der geistigen Kräfte gesprochen werden."

Einem anderen Sachverständigen gelingt, ganz ohne Testuntersuchung, die folgende differenzierte Analyse: "Theoretische und praktische Intelligenzbereiche primär in etwa gleich gut angelegt, in den übergeordneten theoretischen Intelligenzbereichen deutlich vorzeitiger dementativer Intelligenzabbau." Hier vermag der Gutachter nach einem einzigen Untersuchungsgespräch nicht nur auch die praktische Intelligenz des Probanden einzuschätzen, sondern kann sich sogar zur primären Begabungsstruktur des 59-jährigen chronischen Trinkers äußern.

Im Gutachten über einen 26-jährigen Zeitschriftenwerber, der wegen Körperverletzung angeklagt ist, heißt es: "Bei der groben Intelligenzprüfung in Anlehnung an Testverfahren ergaben sich ganz erhebliche Mängel im Bereich des Rechnens, wozu er kaum in der Lage war, auch konnte er Texte nicht sinnzusammenhängend lesen bzw. rekapitulieren." Ein Intelligenztest wird nicht durchgeführt.

Persönlichkeitstests

fehlend:	69	(66,3 %)
ansatzweise:	9	(8,7 %)
vorhanden:	26	(25,0 %)

In dem bereits wegen des langen Aktenauszugs erwähnten Gutachten findet sich auch das Ergebnis einer MMPI-Untersuchung des 27 mal vorbestraften Angeklagten (auffällige Werte im Testprofil: Pp = 74; Pa = 65; Mf = 32; Pt = 62, De = 62). Der Sachverständige resumiert diesen Befund in folgender Weise: "Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Herr K. zu den Personen gehört, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen und dadurch mit der Umgebung in Konflikt geraten."

Einem anderen Gutachter gelingt es, aus dem an sich sachlichen Selbstbeschreibungsverfahren FPI seltsam wertende Kategorien abzuleiten. "Im Vordergrund steht eine negative Lebenseinstellung bei ausgesprochener Ich-Bezogenheit, andererseits aber nur geringem Ehrgeiz."

Und ähnlich die Interpretation des FPI-Testprofils bei einem 31-jährigen, wegen gefährlicher Körperverletzung angeklagten, Probanden: "In diesem Test stellt sich B. als eine ausgesprochen unzufriedene, aber auch sehr selbstbezogene und wenig leistungsorientierte Persönlichkeit dar. Für das Vorliegen psychotischer Erscheinungen, auch im

Sinne einer exogenen Psychose oder vorzeitiger Abbauerscheinungen, findet sich in dem Test kein Hinweis." Solche Hinweise kann der Test auch nicht liefern, da er diese Merkmale nicht untersucht.

Hirnfunktionstests

fehlend:	85	(81,7 %)
ansatzweise:	7	(6,7 %)
vorhanden:	12	(11,5 %)

In einem Gutachten über einen 37-jährigen Ladendieb, der wegen seiner 17 Vorverurteilungen fast 15 Jahre Straftat verbüßt hat, wird das Ergebnis des Benton-Tests in folgender Weise gedeutet: "Es liegt eine weitgehende, fast völlige Unfähigkeit zur Konzentration vor. Das Testergebnis besteht fast ausschließlich aus Auslassungen und Entstellungen. Eine Hirnleistungsschwäche zeichnet sich sehr deutlich ab. Der in diesem Test als Nebentest erhobene IQ liegt zwischen 70 und 79 (Grenzwert)." Tatsächlich muß zur Interpretation des Benton-Tests die Testleistung zum gesondert erhobenen Intelligenz-Wert in Beziehung gesetzt werden. Im neurologischen Nebengutachten (CT) wird eine beginnende Großhirn- und Kleinhirnatrophie angeführt. Auch die Tatsache, daß der Proband schon zweimal gemäß § 64 untergebracht war – worüber keine Berichte angefordert werden –, und daß eine Psychiaterin zwei Jahre zuvor einer erneuten Behandlung Aussichtslosigkeit bescheinigt hatte, hindert den Sachverständigen nicht daran, die Unterbringung erneut zu empfehlen. Der Patient entweicht im Laufe der neuerlichen Behandlung 18 mal.

4.3.3 Inhaltliche Aspekte der Gutachten

Die schriftlichen Gutachtenausfertigungen wurden unter inhaltlichen Gesichtspunkten dahingehend ausgewertet, ob die für eine Unterbringung gemäß § 64 relevanten Aspekte erörtert worden sind. Für jeden inhaltlichen Aspekt wird das Gutachten einer von drei Kategorien zugeordnet, nämlich:

- Zum Aspekt wird nicht Stellung genommen.
- Er wird im Ansatz berücksichtigt.
- Der Aspekt wird erörtert.

Bei Ausführungen, die der Kategorie (b) zugeordnet werden, handelte es sich meist um knappe Statements, die sich in der Formulierung oft direkt an den gesetzlichen Bestimmungen orientieren. So heißt es z.B. im Beurteilungsteil eines Gutachtens: "Beim Beschuldigten besteht der Hang, Alkohol im Übermaß zu sich zu nehmen. Die Tat geht auf diesen Hang zurück." Auf diese Weise werden häufige Urteilsformulierungen quasi vorweggenommen. Die Zuordnung eines Gutachtens zur Kategorie (c) bedeutet nicht, daß zum entsprechenden Aspekt schlüssig und überzeugend Stellung genommen wird. Es finden sich aber inhaltlich nachvollziehbare Ausführungen.

Abhängigkeit / Hang zum Übermaß: die meisten Gutachten zeigen überzeugend auf, daß beim Probanden ein erhebliches Sucht- oder Mißbrauchsproblem vorliegt. Verteilung:

Keine Stellungnahme:	1	(1,0 %)
Der Aspekt wird erwähnt:	12	(11,5 %)
Der Aspekt wird erörtert:	91	(87,5 %)

Gar nicht überzeugend sind die Ausführungen über einen vielfach vorbestraften KFZ-Dieb. Der Sachverständige nimmt an, daß beim Probanden "mit großer Wahrscheinlichkeit ein Hang besteht, alkoholische Getränke im Übermaß zu sich zu nehmen" (Formulierung in Anlehnung an die Bestimmung des § 64). Ganz im Widerspruch zu dieser Angabe heißt es an anderer Stelle im Gutachten: "Der Proband will an dem Tag, als er von zwei Türken den LKW zu einer Probefahrt übernommen hat, zwei bis drei Flaschen Korn und diverse Bier getrunken haben. In den Polizeiprotokollen ist nicht angegeben, daß er bei der Festnahme unter Alkoholeinfluß gestanden hat. Bei dem Diebstahl in X am 5.2.78 war er nicht betrunken." Hier hat ein Beschuldigter offensichtlich gezielt Alkoholprobleme aggraviert, um einer längeren Haftstrafe zu entgehen. Ein Symptomcharakter der Taten, siehe nächster Punkt, ist zweifellos nicht gegeben.

Symptomcharakter der Tat: Wirklich substantielle Ausführungen gibt es zu diesem Aspekt eigentlich kaum. Nur ein Sachverständiger macht beispielsweise den Versuch, die Folgen einer Alkoholisierung in Anlehnung an Rasch's Typologie der Rauschverläufe zu erörtern (Rasch 1986a, S. 198). In einer Reihe von Fällen ist die Bedeutung des Alkohols für das Tatgeschehen allerdings offensichtlich und völlig unstrittig, so daß längere Ausführungen zum Symptomcharakter der Tat das Gericht wohl eher erheitert hätten. Dies gilt vor allem für weniger gewichtige Straftaten wie zum Beispiel Ladendiebstähle chronischer Trinker. Hier werden dann auch kurze Stellungnahmen der dritten Kategorie zugeordnet. Wo es eigentlich erforderlich gewesen wäre, wurden Erörterungen des Symptomcharakters oft vermißt. Insgesamt ergibt sich folgende Einschätzung:

Keine Stellungnahme:	9	(8,7 %)
Der Aspekt wird erwähnt:	49	(47,1 %)
Der Aspekt wird erörtert:	46	(44,2 %)

Beispiele für eher vage, nicht näher begründete, Meinungsäußerungen zum Zusammenhang von Suchtproblem und Straffälligkeit (Hervorhebungen N. Sch.):

"Ein gewisser Zusammenhang zwischen Alkoholumlieu und Straftaten ist nicht zu verleugnen."

"Meiner Ansicht nach liegt bei Herrn W. ein ursächlicher Zusammenhang vor zwischen den begangenen Straftaten und seiner Alkoholabhängigkeit. Erstere haben ihre Wurzel in seiner Sucht."

"Das vorgeworfene Delikt geht wohl ursächlich auf den Rausch zurück."

Im folgenden Fall waren lange Ausführungen zum Symptomcharakter sicher überflüssig. Das Gutachten zitiert zum Schuldvorwurf: "Am 27.10.87 entwendete der Angeklagte in volltrunkenem Zustand im Edeka-Markt auf der ...straße zwei Pakete Schillerlocken mit Mayonnaise in Aspik und verzehrte deren Inhalt noch im Geschäft. An der Kasse, an der er nichts zu zahlen vermochte, sank der zwischenzeitlich volltrunken gewordene Angeklagte gesättigt zu Boden und schlief ein."

Legalprognose: die Ausführungen zur Gefahr erneuter Straftaten sind oft trivial, bringen sinngemäß zum Ausdruck, daß der Proband sich so, wie er sich schon oft verhalten hat, wohl auch wieder verhalten wird. Kein Gutachten nimmt explizit Bezug auf kriminologisches Erfahrungswissen. Aber wie schon erwähnt ist die Kriminalprognose bei der Klientel der Entziehungsanstalt häufig einfach zu stellen, da ausgesprochen schlecht, und triviale Feststellungen erscheinen leider manchmal hinreichend. Allerdings sollten Gutachten auch reflektieren, wie auf die Prognose Einfluß genommen werden kann, womit schon der nächste Aspekt, die Behandlungsprognose, tangiert wäre. Die Einschätzung zur Legalprognose:

Keine Stellungnahme:	19	(18,3 %)
Der Aspekt wird erwähnt:	51	(49,0 %)
Der Aspekt wird erörtert:	34	(32,7 %)

Einige Beispiele zu den schlichten Einschätzungen dieses Aspekts:

"Die durch zahlreiche ärztliche Voruntersuchungen belegbare Suchterkrankung bedeutet, daß Herr M. unbehandelt wiederum straffällig werden kann."

"Es erscheint möglich, daß Herr R. ebenso wie in der Vergangenheit, so auch in der Zukunft unter Alkoholeinfluß strafbare Handlungen begehen könnte. Eine zwingende Notwendigkeit ergibt sich dazu nicht." (Trotzdem empfiehlt der Sachverständige die Unterbringung.)

"Alkoholabstinenz ist aus eigener Kraft nicht zu erwarten. Man wird deshalb mit gleichartigen Straftaten rechnen müssen."

"Herr R. ist ohne fachtherapeutische Hilfe nicht in der Lage, drogenabstinent zu leben, wodurch von ihm weitere gleichgeartete Taten zu erwarten sind."

Die Beispiele belegen auch, daß einige Stellungnahmen sich sehr unpräzise zum Grad der Wahrscheinlichkeit erneuter Straffälligkeit äußern. Voraussetzung einer Unterbringung ist ja die *Gefahr* erneuter Straftaten. Die bloße *Möglichkeit* reicht als Anordnungsgrund nicht aus. Die vom Gesetz geforderte Gefahr erscheint allerdings in der Mehrzahl der Fälle ganz offensichtlich gegeben. Die ungünstige Sozialprognose ist, wie schon mehrfach konstatiert, bei den meisten Kandidaten für die Entziehungsanstalt evident.

Behandlungsprognose: die Einschätzung der Behandlungsprognose zählt aus Sicht der Gerichte und Behandlungseinrichtungen zu den wichtigsten Aufgaben des Sachverständigen. Rückfalltäter haben oft Suchtprobleme und eine schlechte Legalprognose; diese Feststellungen erfordern keine besondere Sachkunde. Aber die Behandlungsaussichten einzuschätzen ist für den Laien, der Praxis und Methoden von Sucht- und Sozialtherapie nicht kennt, natürlich schwierig, was leider aber auch für viele Gutachter gilt. So finden sich nur in einem Drittel der Gutachten Ausführungen zur Behandlungsprognose, die überhaupt an sinnvolle Kriterien anknüpfen. Nicht selten wird knapp festgestellt, daß eine Behandlung nicht von vornherein aussichtslos sei, weil noch kein Behandlungsversuch unternommen wurde. Ein solches knappes Statement haben wir der zweiten Kategorie zugeordnet. Die Häufigkeitsverteilung:

Keine Stellungnahme:	29	(28,2 %)
Der Aspekt wird erwähnt:	37	(35,9 %)
Der Aspekt wird erörtert:	37	(35,9 %)

Zu diesem Gegenstand können nun zahlreiche Fallbeispiele angeführt werden, die belegen, wie wenig befriedigend er behandelt wird. Da dem Aspekt zentrale Bedeutung zukommt, soll ihm etwas mehr Raum gegeben werden.

Über einen ambulant begutachteten 34-jährigen Angeklagten, der einen Betrag von knapp 1000 DM unterschlagen hatte, heißt es: "Nach dem Ergebnis meiner Exploration, insbesondere Ermittlung der suchtanamnestischen Daten, komme ich zu der Auffassung, daß der Angeschuldigte keinerlei Leidensdruck und Behandlungsmotivation sowie bezüglich seiner Lebensführung Änderungsabsichten erkennen läßt. Er strebt nicht ernsthaft Alkoholabstinenz an, sondern versucht, mit fadenscheinigen Argumenten Gründe anzuführen, die ihn hindern, sich einer Langzeitbehandlung zu unterziehen. ... (Seiten später:) Der Untersuchte besitzt zwar derzeit keine echte Behandlungsmotivation, ihm wurde aber auch noch keine konsequente Therapie angeboten. Eine behandlungsbedürftige Alkoholabhängigkeit muß aus medizinischer Sicht diagnostiziert werden. Eine Maßnahme gemäß § 64 ist nicht von vornherein ohne Aussicht auf Erfolg."

Ein Sachverständiger kommt, nachdem er den Probanden einmal in Haft aufgesucht hat, zur folgenden Feststellung: "Es ist hervorzuheben, daß B. sich als alkoholabhängig und damit als suchtkrank ansieht, andererseits aber weder eine Motivation zur Enthaltsamkeit aufweist, noch unter irgendeinem Leidensdruck steht. Es ergibt sich aus den Worten des Beschuldigten auch kein Hinweis für eine Motivation hinsichtlich einer Entwöhnungsbehandlung. Er ist aber andererseits mit einer Entwöhnungsbehandlung gemäß § 64 StGB ausdrücklich einverstanden. (...) Die Voraussetzungen für die Einweisung in eine Trinkerheilanstalt gemäß § 64 StGB sind aus ärztlicher Sicht eindeutig gegeben."

Die folgenden Ausführungen betreffen einen 23-jährigen jungen Mann, der in üblen Familienverhältnissen aufgewachsen ist, die Sonderschule abbrach und früh straffällig wurde: "Prognostisch wird man heute weniger denn je einem Optimismus das Wort reden können. Wenn es noch eines weiteren Beweises für die fatale Haltlosigkeit und dumpfe Triebgebundenheit bedurft hätte, demonstrierte Herr G. diese einmal mehr dadurch, daß er wenige Tage nach der Voruntersuchung sich wiederum unter Alkoholeinfluß zu einem Raub hinreißen ließ. Damit wird man heute mehr denn je die Notwendigkeit einer gezielten fach-psychiatrischen Entwöhnungsbehandlung zu unterstreichen haben. Sie bietet zwar angesichts der äußerst primitiven, von der Depravation im Sinne fataler Indolenz zusätzlich geprägten Strukturierung kaum verheißungsvolle Perspektiven. Dennoch muß nunmehr ein derartiger Versuch unternommen werden. (...) Prognostisch wird eine pessimistische Vorhersage abgegeben und damit die Notwendigkeit einer gezielten klinisch-stationären Entwöhnungsbehandlung gemäß § 64 StGB unterstrichen." Großzügig billigt

der Gutachter dem Objekt seiner Verunglimpfung die Voraussetzungen des § 21 zu, wegen "mittelgradiger Alkoholisierung" bei der inkriminierten Tat (3 Promille BAK zur Tatzeit!).

Das folgende Zitat entstammt dem Gutachten über einen des versuchten Totschlags angeklagten 26-jährigen Mann. Dieser hatte, hochgradig alkoholisiert, scheinbar motivlos einen Zechkumpan aus dem Fenster geworfen und dadurch schwer verletzt. Der Gutachter gibt zuerst Auszüge aus der Exploration wörtlich wieder: "(Und wenn das Gericht eine Anstaltsunterbringung für richtig halten würde?) Das kommt gar nicht in Frage, ich bin doch nicht bekloppt, gehöre da nicht hin. Ich habe den Alkohol noch nie wirklich gebraucht, könnte auch ohne den auskommen. Wenn man arbeitet und verdient, darf man sich ja wohl hin und wieder mal einen trinken. Ich gebe zu, ich habe zeitweilig schon zu viel getrunken, das lag aber immer nur an meinen Problemen, an den Weibern, die mir viel kaputt gemacht haben." In der Beurteilung kommt der Sachverständige zu dem Schluß: "Er dürfte es in einem überschaubaren Zeitraum ohne fremde Hilfe kaum schaffen, sich aus dem Teufelskreis der toxischen Stimulation zu befreien. Damit bleibt die Gefahr neuerlicher Straftaten weiterhin aktuell. Diese Vorhersage zwingt zur Empfehlung einer Maßregel gemäß § 64 StGB." Auf die notwendige Auseinandersetzung mit der Behandlungsprognose wird vom Gutachter verzichtet. Die Annahme der Aussichtslosigkeit hätte sich in diesem wie in manchem anderen Fall geradezu aufgedrängt.

Das nächste Beispiel ist dem Gutachten über einen 34-jährigen Betriebsschlosser entnommen. Er ist geschieden, arbeitslos, seit Jahren erheblich alkoholabhängig und in diesem Verfahren angeklagt, in wenigstens dreißig Fällen in einem Kaufhaus Schnaps geklaut zu haben. Der Sachverständige stellt fest: "Während der Untersuchung hat sich herausgestellt, daß er hinsichtlich des Alkoholabusus überhaupt keine Krankheitseinsicht besitzt und dazu neigte, die Folgen des Alkoholabusus stark zu bagatellisieren. Seine Kritik- und Urteilsschwäche kommt insbesondere darin zum Ausdruck, daß er gegen jegliche Behandlung durch Entziehung wegen Alkoholismus ist, obwohl seine früheren Selbstbehandlungsversuche gescheitert sind. Unter Berücksichtigung der Kritiklosigkeit und der Einsichtslosigkeit des Herrn K. hinsichtlich seines Alkoholismus kann nicht ausgeschlossen werden, daß er auch in der Zukunft in alkoholisiertem Zustand ähnliche Taten begehen wird. Daher halten wir eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zwecks Alkoholentziehung für erforderlich."

Die Reihe entsprechender Beispiele könnte fortgesetzt werden. Sie sei aber abgeschlossen mit zwei Gutachtenzitataten, die sich zur Frage der Behandlungsprognose in zwar knapper, jedoch akzeptabler Weise äußern.

Im Gutachten über einen vielfach verkehrsauffälligen Radiomechaniker heißt es: "Für die Behandlung sprechen die normale Intelligenz des Probanden, seine Einsicht und eine gewisse Behandlungsmotivation. Der Alkoholmißbrauch hat noch nicht zu einem himorganischen Schaden geführt. Es ist außerdem noch kein Therapieversuch unternommen worden."

In seinen Ausführungen über einen wegen Diebstahls- und Körperverletzungdelikten angeklagten Probanden stellt der Sachverständige fest: "Eine längerfristige Alkoholentwöhnungsbehandlung sollte versucht werden. Ob die jetzt geäußerte Therapiebereitschaft einer tieferen Einsicht entspricht, wird man erst im Laufe einer solchen Therapie beurteilen können; vorerst ist sie als positiver Faktor zu werten. Im Hinblick auf das Persönlichkeitsbild wird man zwar Zweifel an den Erfolgchancen einer langfristigen Behandlung haben können. Aussichtslosigkeit ist aber nicht festzustellen, zumal eine solche langfristige Entwöhnungsbehandlung bisher noch nicht durchgeführt worden ist."

Beide Gutachter bringen durchaus Skepsis hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten zum Ausdruck. Ihre Stellungnahme zur Frage der Aussichtslosigkeit einer Behandlung wird aber in kongruenter Weise aus den eigenen Befunden abgeleitet, was wir bei diesem Gutachtenaspekt oft vermisst haben. Die Empfehlungen enthalten auch keine unrealistischen Ausführungen darüber, was eine "fachpsychiatrische Behandlung" in schwierigsten Fällen angeblich erreichen kann.

Schuldfähigkeit: in acht der 104 schriftlichen Gutachten finden sich keine Angaben zur Schuldfähigkeit. In der Regel nehmen die Gutachter auf den Alkoholisierungsgrad zur Tatzeit Bezug. Sie leiteten aus dieser bevorzugt die Schlußfolgerung ab, der Angeklagte sei zur Tatzeit in seiner Steuerungsfähigkeit erheblich vermindert gewesen (§ 21). Die Häufigkeit der Einschätzungen:

Keine Einschätzung:	8	(7,7 %)
Voll schuldfähig:	8	(7,7 %)

Verm. schuldfähig (§ 21):	70	(67,3 %)
Schuldunfähig (§ 20):	18	(17,3 %)

Vollzugsfolge: wir haben registriert, ob die Gutachter sich zur Frage der Vollstreckungsfolge von Strafe und Unterbringung äußern. Dies ist in 90 % der Gutachten nicht der Fall. Man kann einwenden, daß eine Einschätzung hierzu zweckmäßigerweise erst in der Verhandlung auf Befragen des Gerichts erfolgt, da sie auch das zu erwartende Strafmaß berücksichtigen muß. Geht der Sachverständige aber schon im vorbereitenden schriftlichen Gutachten auf diesen Aspekt ein, so sorgt er jedenfalls dafür, daß dessen Erörterung in foro nicht versäumt wird. Die Verteilung der Variablen:

Keine Stellungnahme:	91	(89,2 %)
Der Aspekt wird erwähnt:	6	(5,6 %)
Der Aspekt wird erörtert:	5	(4,9 %)

Die Tatsache, daß der Aspekt im Gutachten erörtert wird, ist in diesem Fall keineswegs als Qualitätsmerkmal zu werten. Denn in vier der angegebenen fünf Fälle empfehlen die Sachverständigen mit zweifelhaften Argumenten den Vorwegvollzug von Straftat. Dazu zwei Beispiele:

So konstatiert ein Gutachter über einen Probanden, der einer Vergewaltigung beschuldigt wird: "Es ist zu erwarten, daß er nach Abschluß des Verfahrens seine Trinkgepflogenheiten, wenngleich in relativ gezügelter Form, wieder aufnimmt und dann in irgendeiner Weise auch erneut strafrechtlich von sich reden machen wird. Aus dieser Voraussage könnte sich die Empfehlung einer präventiven Maßnahme im Sinne einer Anstaltsunterbringung aufdrängen. Andererseits haben die bisher weit über zehn, bis zu siebeneinhalb Monaten ausgedehnten stationär-klinischen Bemühungen stets nur zu einem ganz kurzfristigen Erfolg geführt, so daß auch ein neuerlicher diesbezüglicher Versuch kaum erfolgversprechender sein dürfte. Wenn man gleichwohl eine Maßregel für unabdingbar halten sollte, würde ein wenigstens bescheidender Resozialisierungseffekt allein unter der Voraussetzung vielleicht zu erwarten sein, wenn man die Maßregel erst nach dem Strafvollzug folgen ließe." Die Empfehlung wird bezeichnenderweise nicht weiter begründet. Das differenzierte Urteil des Landgerichts setzt sich mit der Frage der Vollzugsfolge allerdings angemessen auseinander. In Hinblick auf eine sinnvolle Therapiedauer ordnet es den Vorwegvollzug der fünfjährigen Haftstrafe an, mit der Maßgabe, die Reihenfolge nach Verbüßung der halben Strafe ggf. umzukehren. Nach knapp drei Jahren Haft kommt der Verurteilte in die Unterbringung. Die gesetzliche Möglichkeit, den Vorwegvollzug eines Teils der Strafe anzuordnen, hatte zum Zeitpunkt der Urteilsfindung noch nicht bestanden.

Einem im Grunde resignierten, eher weichen und gefügigen Angeklagten – vierzig Jahre alt, Betriebsschlosser, geschieden, arbeitslos, elf mal vorbestraft – verhilft der Sachverständige mit folgender Feststellung zu weiteren dreizehn Monaten Vorwegvollzug: "Nach zwei gescheiterten stationären Behandlungen bestehen auf ärztlicher Seite große Zweifel, ob eine weitere Therapie überhaupt noch erfolgreich sein kann. Diese Skepsis teilt auch Herr R. Trotz gewisser Bedenken wird von ärztlicher Seite nochmals eine Unterbringung des Herrn R. in einer Entziehungsanstalt vorgeschlagen, allerdings in Abweichung vom Regelvollzug, denn die jetzt vorliegende zu geringe Therapiebereitschaft kann durch eine vorherige Verbüßung einer eventuell anzuordnenden Freiheitsstrafe gestärkt werden." Wieder entbehrt das Gutachten jeder weiteren Begründung dieser leichtfertigen und in diesem Fall geradezu zynischen Empfehlung.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: wenn die Unterbringung gemeinsam mit langen Haftstrafen angeordnet wird, erscheint der Vorwegvollzug eines Teils der Strafe kaum vermeidbar. Denn die Therapie soll mit angemessener Dauer der Entlassung in die Freiheit vorangehen. Daß Ärzte aber ohne Not therapiebedürftigen Probanden den Zugang zur Behandlung erschweren, kann nur als Ergebnis einer Anbiederung an das Gericht und einer Überidentifikation mit der Justiz verstanden werden (vgl. Moser 1971). Mit einem menschlichen Verständnis der Rolle des Sachverständigen, der "innerlich Arzt geblieben und nicht zum Gehilfen des Gerichts mutiert ist" (Schorsch 1991), ist ein solches Verhalten unvereinbar.

4.3.4 Zusammenfassende Gutachtenbewertung

Ziel der Erhebung von Gutachtenmerkmalen ist, die Praxis der Beurteilung alkoholabhängiger Straftäter kritisch zu sichten und ihre besonderen Schwachstellen aufzuzeigen. Eine zusammenfassende Bewertung der Gutachten ist auf der Grundlage unserer Untersuchungsmethodik schwierig. Als übergeordnete Anhaltspunkte könnten allerdings die inhaltlichen Aspekte betrachtet werden, zu denen ein Gutachter auf jeden Fall Stellung nehmen sollte. Wenn wir uns dabei nur auf die inhaltlich wichtigen Fragen nach dem *Symptomcharakter* der Straftaten und der *Behandlungsprognose* beschränken, so sind es gerade 19 Gutachten (18,4 %), die sich zu beiden Aspekten nachvollziehbar äußern (Einschätzung: "Der Aspekt wird erörtert"), was noch nicht heißt, daß die Argumentation im Einzelfall inhaltlich angemessen ist. Nimmt man als weitere Kriterien die Aspekte *Hang zum Übermaß* und *Legalprognose* hinzu, so bleiben dreizehn schriftliche Gutachten, die zu allen vier Kriterien nachvollziehbar Stellung nehmen.

Damit könnte man zusammenfassend konstatieren, daß 12,6 % der schriftlichen Gutachten in Hinblick auf die Voraussetzungen der Unterbringung formal korrekt sind. Dem Einzelfall wird man damit nicht gerecht. Auch unter den formal korrekten Gutachten finden sich mehrere, deren Ausführungen zu bestimmten Punkten nicht überzeugen. Und unter den formal lückenhaften erscheint einige informativ und sachlich. Insgesamt muß man aber sagen, daß die Begutachtung der Kandidaten unserer Entziehungsanstalten im Durchschnitt mit wenig Sorgfalt erfolgt und daß in vielen Fällen auf der Grundlage einer dürftigen Datenerhebung entsprechend mangelhafte und lückenhafte Schlußfolgerungen über die Voraussetzungen der Unterbringung gezogen werden. Vor allem wird zu dem für die Praxis wichtigen Aspekt der Behandlungsprognose häufig unqualifiziert und noch häufiger gar nicht eingehend Stellung genommen. Das Ergebnis entspricht insgesamt Pfäfflins (1978) Beobachtung, daß Probanden mit niedrigem sozialen Status qualitativ schlecht begutachtet werden. Kein Gutachter würde es versäumen, Hinweisen auf epileptische Anfälle in der Vorgeschichte gründlich nachzugehen, wenn der Proband ein akademisch gebildeter Geschäftsmann wäre. Kein Gutachter würde sich in einem solchen Fall die Mühe ersparen, Berichte über frühere Behandlungen anzufordern und im Rahmen seiner Beurteilung auszuwerten.

4.4 Merkmale der Unterbringungsurteile

Zur Evaluation der Unterbringungsurteile wurden, ähnlich wie bei den Gutachten, zwei Gruppen von Parametern registriert: nämlich solche, die als weitgehend objektiv angesehen werden können, und solche, die auf einer Einschätzung durch den Untersucher beruhen. Die erfaßten "harten" Merkmale sind:

Art des Gerichts (AG oder LG), Seitenzahl des Urteils, Unterbringungsdelikt, Schuldfähigkeit, Höhe einer Freiheitsstrafe, Vollstreckungsfolge.

Darüber hinaus werden die Urteile dahingehend eingeschätzt, ob die rechtlichen Voraussetzungen einer Unterbringung erörtert werden, nämlich:

Hang zum Suchtmittelmißbrauch, Symptomcharakter der Tat, Legalprognose, Behandlungsprognose, Verhältnismäßigkeit einer Unterbringung, Vollzugsreihenfolge.

In den Krankengeschichten fehlten zwei Urteilsausfertigungen, wodurch sich die Datenbasis bei einigen Merkmalen entsprechend reduziert. Am Ende des Kapitels wird die Qualität der Urteile zusammenfassend erörtert.

4.4.1 Urteilssachverhalte

Art des Gerichts : die erfaßten Fälle wurden zu etwa gleichen Teilen vor Amtsgerichten und Landgerichten verhandelt. Die Häufigkeiten:

Amtsgerichte: n = 67 (49,3 %) – Landgerichte: n = 69 (50,7 %)

Länge der Urteilsausfertigung (Bezug: n = 134): Die Urteile sind im Mittel (Median) acht Seiten lang, 60 % der Urteile nicht länger als zehn Seiten. Die kürzeste Urteilsbegründung umfaßte eine halbe Seite, die längste 136. Natürlich unterscheiden sich die Urteile von Amts- und Landgerichten im Umfang deutlich voneinander:

Tab. 5: Gerichte und Länge der Urteile

	Mittlere Seitenzahl (Mediane)	Streuung (s)
Amtsgerichte	5	3,7
Landgerichte	15	20,7

Man sieht: die Urteile von Amtsgerichten sind einheitlich recht kurz (geringe Streuung des Umfangs). Es ist natürlich von Bedeutung, daß in vielen Fällen die Urteilsbegründung gemäß § 267(4) StPO abgekürzt dargestellt werden konnte, da alle Beteiligten auf Rechtsmittel verzichtet hatten. Man kann auch davon ausgehen, daß vor Amtsgerichten im Durchschnitt die weniger gravierenden Delikte von Angeklagten mit ausgeprägter Suchtproblematik verhandelt wurden. Da ergibt sich schnell ein Konsens aller Beteiligten, wenn die Unterbringung als sinnvolle Alternative zum Strafvollzug zur Diskussion steht. Es sind auch nur Amtsgerichte, die die Unterbringung ohne Hinzuziehung eines Sachverständigen anordnen (s. Tab. 6).

Tab. 6: Art des Gerichts und der Begutachtung

	Amtsgericht	Landgericht
kein Sachverständiger	12	0
nur mündliches Gutachten	11	7
schriftlich vorbereitetes GA	42	62

Zur Illustration sei das kürzeste Urteil vollständig wiedergegeben. Ohne Einbeziehung eines Sachverständigen verurteilt es einen Straßenverkehrstäter zur Unterbringung: (Nach dem Tenor:) "Der Angeklagte befuhr am 28.10.87 gegen 18.50 Uhr mit einem Fahrrad die X-Straße in Y. Er hatte zuvor alkoholische Getränke in einem Ausmaß zu sich genommen, daß seine Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt der Fahrt mindestens 2,49 Promille betrug. Er hat sich daher der fahrlässigen Trunkenheit im Verkehr schuldig gemacht. Unter der Berücksichtigung seiner Vorbelastungen, aber auch der Tatsache, daß die durch das Fahrrad ausgehende Gefährdung im Verhältnis zu Kraftfahrzeugen relativ gering ist, hielt das Gericht eine Geldstrafe von 20 Tagessätzen zu je 25,- für angemessen. Es hat ferner die Unterbringung des Angeklagten zu einer Entziehungskur gemäß § 64 StGB angeordnet, da die Alkoholproblematik vom Angeklagten fortbesteht und er aufgrund seiner Vorbelastungen und der neuerlichen Rückfälle gezeigt hat, daß ohne eine Kur mit strafbaren Handlungen von eventuell auch erheblichem Ausmaß gerechnet werden muß."

Das Urteil gibt nicht zu erkennen, welche angeblich erheblichen Straftaten vom Angeklagten zu erwarten sind, wenn er weitertrinkt. Das Verhältnismäßigkeitsprinzip ist zweifellos grob verletzt. Auch versäumt es das Gericht, auf die Behandlungsprognose einzugehen. Während der Therapie entweicht der Verurteilte dreimal und fällt mehrfach durch Suchtmittelkonsum auf. Die Unterbringung wird nach vierzehn Monaten wegen Aussichtslosigkeit beendet. Kosten: etwa DM 150.000,-.

Das Urteil ist natürlich auch deshalb so kurz, weil das Gericht auf eine Darstellung des Werdegangs des Angeklagten gänzlich verzichtet hat und u.a. seine dreizehn Vorstrafen unerwähnt läßt. Aber auch in Urteilen größeren Umfangs werden die Anordnung des § 64 oft in einem kurzen Absatz abgehandelt.

Konkurrenzlos knapp sind die Ausführungen zur Unterbringung im Urteil eines Amtsgerichtes, das einen 41-jährigen geschiedenen Zimmermann und Anstreicher betrifft. Dieser war in die Nichtseßhaftenszene abgerutscht und wird wegen fortgesetzten Diebstahls zu sechs Monaten Haft verurteilt. Nachdem die Unterbringung natürlich im Tenor des Urteils aufgeführt war, heißt es auf der vierten und letzten Seite lapidar: "Die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt folgt aus § 64 StGB."

Anlaßtat: Im folgenden wird dargestellt, welche Delikte den Anordnungen der Unterbringung zugrundeliegen. Sind im Urteilstenor mehrere Straftatbestände genannt, so wird derjenige als Anlaßtat gewertet, auf den das höchste Einzelstrafmaß entfällt. Als Tötungsdelikt wird auch eine Verurteilung wegen versuchten Totschlags eingeordnet. Tab. 7 stellt die Häufigkeiten dar; sie gibt zum Vergleich auch die Häufigkeiten an, die Leygraf (1987) in seiner bundesweiten Untersuchung zwischen 1984 und 1986 feststellte. Ein Trend zu schwererwiegenden Einweisungsdelikten bei den 1988 Aufgenommenen deutet sich an: plus 5 % Körperverletzung / Tötung / Raub, minus 3 % Eigentumsdelikte ohne Gewalt. Dies bestätigt frühere Hinweise auf eine entsprechende Entwicklung (vgl. Leygraf 1991).

Tab. 7: Anlaßdelikte im Vergleich mit Leygraf (1987)

	n	(%)	Leygraf (%)
Tötungsdelikt	7	5,1	6,7
Körperverletzung	23	16,9	14,4
Eigentumsdelikt m. Gewalt	24	17,6	13,5
Eigentumsdelikt o. Gewalt	49	36,0	39,0
Sexualdelikt mit Gewalt	5	3,7	7,4 ⁵²
Sexualdelikt ohne Gewalt	3	2,2	
Straßenverkehrsdelikt	14	10,3	8,6
BtmG	0	0,0	0,9
Brandstiftung	6	4,4	
sonstige	5	3,7	9,5

Schuldfähigkeit (Bezug: n = 134): Tabelle 8 zeigt die Verteilung der Schuldfähigkeitskategorien. Fast 70 % der Untergebrachten ist im Verfahren erheblich verminderte Schuldfähigkeit zugewilligt worden. In sechs Fällen haben sich (Amts-) Gerichte mit der Frage der Schuldfähigkeit gar nicht auseinandergesetzt. Eine hochgradige Alkoholisierung führte, wie die Tabelle

⁵²) Leygraf hatte Sexualdelikte mit und ohne Gewalt nicht getrennt und Brandstiftung unter "sonstige" erfaßt.

ebenfalls erkennen läßt, selten zum Freispruch des Angeklagten, sondern dreimal häufiger zur Verurteilung wegen vorsätzlichen oder fahrlässigen Vollrausches. Die Kategorie des Vollrausches gehört eigentlich nicht in diese Tabelle, denn sie bezeichnet keinen Grad von Schuldfähigkeit. Vielmehr muß auch in den

Tab. 8: Schuldfähigkeit laut Urteil

	Fälle	%
schuldfähig	6	4,5
erheblich vermindert schuldfähig	93	69,4
schuldunfähig	8	6,0
Vollrausch § 323 a	21	15,7
nicht erörtert	6	4,5
(fehlende Urteile)	2	

Fällen einer Straftat im Vollrausch geprüft werden, ob der Täter sich schuldhaft in den Rausch versetzt hat. Bei einem hochgradig alkoholabhängigen Menschen ist die Freiheit der Willensbildung in dieser Hinsicht nicht gegeben (vgl. Schewe 1983). Auf entsprechende Erörterungen wird bei den Verurteilungen gemäß § 323 a StGB jedoch zumeist verzichtet. Bei den wenigen Freisprüchen sind solche Erörterungen mehrmals zu finden, natürlich mit dem Ergebnis, daß die Verantwortlichkeit für den Vollrausch negiert wird.

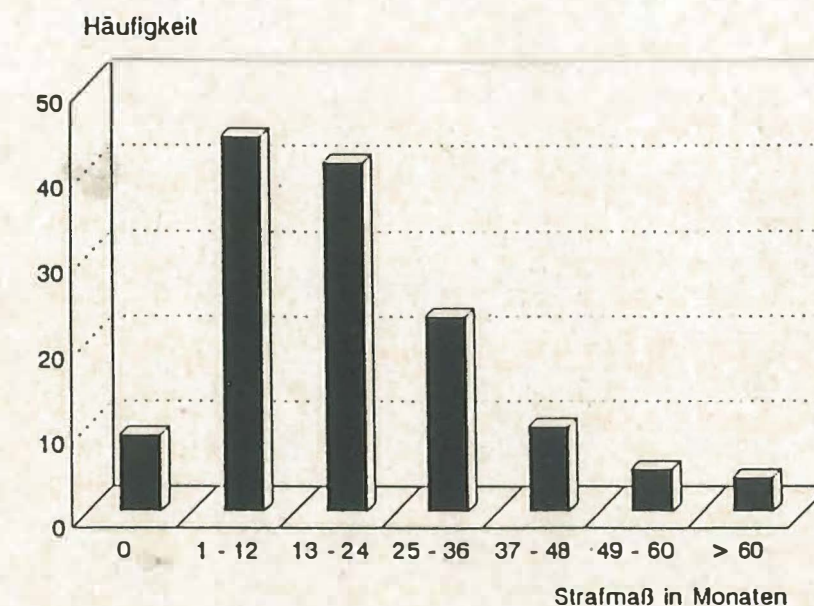


Abb. 6: Freiheitsstrafe in Verbindung mit der Unterbringung

Freiheitsstrafe: 128 der insgesamt 136 Probanden wurden neben der Unterbringung auch zu einer Freiheitsstrafe verurteilt. Die kürzeste Strafe beträgt drei, die längste 204 Monate, das mittlere Strafmaß (Median) beträgt 18 Monate. Abbildung 6 zeigt die Verteilung. Im arithmetischen Mittel aller Fälle, einschließlich der Freisprüche, werden 22,7 Monate Freiheitsstrafe verhängt⁵³.

⁵³) Die Verteilung der Freiheitsstrafen ohne die Freisprüche hat die Statistiken $m = 24,3$ Monate, $s = 23,0$.

Vollstreckungsfolge: In 94 % der Fälle, in denen neben der Unterbringung eine Freiheitsstrafe angeordnet wird, gilt die reguläre Vollstreckungsfolge. Nur sieben mal wird ein Vorwegvollzug von Strafe angeordnet. Interessant ist in diesem Zusammenhang, die Verurteilungen zu längeren Strafen gesondert zu betrachten. 31 Untergebrachte sind zu einer Strafe von drei und mehr Jahren verurteilt worden. Fünf der sieben Fälle von Vorwegvollzug betreffen diese Gruppe von "Langstrafen". Aber nur in einem der Fälle ist von der Möglichkeit Gebrauch gemacht worden, einen *Teilvorwegvollzug* anzuordnen. Wir kommen darauf im folgenden Abschnitt zurück.

4.4.2 Inhaltliche Urteilsaspekte

Ähnlich wie bei den Gutachten wurden auch die Urteile dahingehend ausgewertet, ob die für die Anordnung des § 64 wichtigen Kriterien – im Rechtsdeutsch die materiellen Bedingungen der Unterbringung – geprüft und erörtert worden sind. Die Einstufungskategorien hierfür lauten:

- (a) Der Aspekt fehlt.
- (b) Er wird knapp berücksichtigt / erwähnt.
- (c) Zum Aspekt wird Stellung genommen.

Die Kategorie (b) wird vor allem gewählt, wenn die Ausführungen zu einem Aspekt sich auf die Formulierung im Gesetzestext beschränken. Dies ist recht häufig der Fall. So heißt es dann z.B. zur Sozialprognose: "Es besteht die Gefahr weiterer erheblicher rechtswidriger Handlungen infolge des Hangs."

Beispiel: ein 24-jähriger Mann wird wegen Raubes und vollendeter Nötigung zu einer Freiheitsstrafe von vier Jahren und der Behandlung gem. § 64 verurteilt. Am Ende der immerhin acht Seiten langen Urteilsausfertigung stellt die Kammer zur Unterbringung fest: "Darüber hinaus war nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. X, denen sich die Kammer anschließt, gemäß § 64 StGB die Unterbringung des Angeklagten in einer Entziehungsanstalt anzuordnen, da er den Hang hat, alkoholische Getränke im Übermaß zu sich zu nehmen und die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges weitere erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die diesem Verfahren zugrunde liegenden Taten gehen auch auf diesen Hang zurück." In diesem Statement sind fast alle Voraussetzungen einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt thematisiert: der Hang zum Suchtmittelmißbrauch, der Symptomcharakter der Taten, die fortbestehende Gefährlichkeit infolge des Hangs. Die Behandlungsaussichten werden allerdings weder vom Sachverständigen noch vom Gericht erörtert.

Hang zum Übermaß: immerhin über 80 % der Urteile vermitteln überzeugend, daß beim Angeklagten ein Hang zu erheblichem Alkoholmißbrauch besteht. Oft ergibt sich dies schon aus der Darstellung der Vorgeschichte. Auch in den übrigen Fällen erscheint die Tatsache an sich selten fraglich, aber die Ausführungen sind entsprechend knapp gehalten. Nur aufgrund des Urteils wäre es dann nicht möglich, die Frage der Suchtmittelbelastung des Untergebrachten einzuschätzen.

Der Aspekt fehlt	3	2,2
Der A. wird knapp erwähnt	21	15,6
Der A. wird erörtert	111	82,2
(nicht auswertbar)	(1)	

Symptomcharakter der Tat: deutlich seltener wird dargelegt, ob die Anlaßtat(en) auf den Hang des Angeklagten zum Suchtmittelmißbrauch zurückgehen. Häufig findet sich auch hier eine kurze Feststellung in Anlehnung an den Gesetzestext, wie etwa: "Die Tat geht auf den Hang zurück." Die Häufigkeiten:

Der Aspekt fehlt	15	11,2
Der A. wird knapp erwähnt	58	43,3
Der A. wird erörtert	61	45,5
(nicht auswertbar)	(2)	

Grundsätzliche Fragen zum Zusammenhang von Sucht und Kriminalität haben wir in Kap. 2 kritisch reflektiert. Trotzdem läßt sich an Beispielen belegen, daß der Aspekt mit bescheidenem Aufwand nachvollziehbar behandelt werden kann.

Im Amtgerichtsurteil über einen 52-jährigen Werkzeugmacher, der im Vollrausch Körperverletzungen begangen hatte, heißt es: "Der Angeklagte hat mehrere rechtswidrige Taten im Rausch begangen. Aus den Ausführungen des Sachverständigen ergibt sich, daß gerade sein permanenter Alkoholmißbrauch bei ihm Aggressionen und Eifersuchtsideen freisetzt, auf die letztlich die Straftaten zurückzuführen sind".

Im Urteil über einen des Bandendiebstahls Angeklagten wird konstatiert: "Die von ihm begangenen Taten sind auch insoweit auf seinen Hang zurückzuführen, als er nur durch den Genuß alkoholischer Getränke das nötige Sicherheitsgefühl und Selbstbewußtsein bekommt, um die Taten auszuführen."

Im Grunde können zum Aspekt des Symptomcharakters der Taten keine Beispiele angeführt werden, die inhaltlich unsinnig oder grob fehlerhaft erscheinen. Wenn das Gericht sich im Urteil mit der Frage auseinandersetzt, dann auch stets in einer leidlich plausiblen Weise. Aber wie dargestellt ist das bei weniger als der Hälfte der Urteile der Fall.

Gefahr infolge des Hangs: Ähnliche Verhältnisse beim Kriterium der Gefährlichkeits- oder Sozialprognose: der Aspekt wird häufig mit einem kurzen Statement abgehakt, welches sich an der Formulierung des Gesetzestextes orientiert ("infolge des Hangs sind weitere erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten").

Der Aspekt fehlt	11	8,2
Er wird knapp erwähnt	71	53,0
Der A. wird erörtert	52	38,8
(nicht auswertbar)	(2)	

Wie schon gesagt ist eine beträchtliche Rückfallgefahr zumeist evident, wenn die Unterbringung gemäß § 64 zur Diskussion steht. Im Einzelfall stellt sich allerdings die Frage, ob es denn *erhebliche* Gesetzesverstöße sind, die vom Angeklagten drohen. Darauf gehen wir im Abschnitt "Verhältnismäßigkeit" näher ein. Wenn die Gefahr infolge des Hangs im Urteil thematisiert wird, dann meist in nachvollziehbarer Weise.

Dazu ein Beispiel aus einem Urteil über einen Vergewaltiger: "Der Sachverständige hat überzeugend darauf hingewiesen, daß infolge des Hangs auch in Zukunft die Gefahr erheblicher rechtswidriger Taten besteht. Wenn auch die Vorverurteilungen nicht derart gravierende Straftaten zum Gegenstand hatten wie vorliegend, so kann eine gewisse Tendenz zur Steigerung, insbesondere, was Gewalttätigkeiten im alkoholisierten Zustand angeht, nicht übersehen werden. Es besteht deshalb die ernsthafte Gefahr, daß der Angeklagte auch in Zukunft ähnliche Straftaten – wenn auch möglicherweise nicht auf dem Gebiet des Sexualstrafrechts, so doch hinsichtlich Leib und Leben anderer – unter Alkoholeinfluß begeht." Natürlich wird die Prognose hier aus früheren Verhaltensauffälligkeiten abgeleitet und nicht aus kriminologischem Erfahrungswissen bzw. aus Aspekten der Persönlichkeitsproblematik. Sie erscheint aber trotzdem sachlich angemessen und nachvollziehbar. Noch "anspruchsvollere" Ausführungen zur Gefährlichkeitsprognose finden sich in den Urteilen kaum.

Behandlungsprognose: in einem Drittel der Fälle gibt es keinerlei Überlegungen zur Frage der Aussichtslosigkeit einer Unterbringung im Sinne des § 64(2). Noch häufiger findet sich ein kurzer Verweis auf die "überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen", verbunden mit der gesetzlichen Formulierung.

Der Aspekt fehlt	47	35,1
Der A. wird knapp erwähnt	54	40,3
Der A. wird erörtert	33	24,6
(nicht auswertbar)	(2)	

Manche Urteile führen in der Begründung zu diesem Aspekt Gesichtspunkte an, die eigentlich gegen die Behandlungsbereitschaft bzw. Therapiefähigkeit des Angeklagten sprechen, stellen dem aber gegenüber, daß er sich in der Hauptverhandlung einsichtig zeigte.

Aus dem Urteil gegen einen 34-jährigen, 15 mal vorbestraften Angeklagten, der sich wegen gefährlicher Körperverletzung und Vergewaltigung verantworten mußte: "Nach dem überzeugenden Gutachten der Sachverständigen zeigt der Angeklagte eine festgefahrene dissoziale Einstellung und Verwahrlosungsstruktur, ist gemütsarm, halt- und willensschwach und weist insbesondere erhebliche Defizite im sittlich-ethischen Bereich auf. (...) Eine Unterbringung gemäß § 64 ist nicht von vorne herein aussichtslos. Er hat während der Hauptverhandlung seine Behandlungsmotivation beteuert. Eine Erfolgsaussicht wird von der Sachverständigen bejaht."

Und im Landgerichtsurteil über einen der schweren räuberischen Erpressung beschuldigten jungen Mann heißt es: "Das Gericht hat durchaus Bedenken, daß eine Alkoholentziehungskur gemäß § 64 StGB letztlich erfolglos bleibt. Immerhin hat der Angeklagte bereits mehrfach Alkoholtherapien abgebrochen. Ebenso hat er sich gegenüber dem Gutachter Dr. Z im LKH nur sehr eingeschränkt therapiewillig verhalten. Andererseits war zu berücksichtigen, daß der Angeklagte bislang Alkoholentziehungskuren nur auf freiwilliger Basis auf sich genommen hat. Nunmehr muß er jedoch erstmals die volle Härte des Freiheitsentzugs spüren. Er hat sich, *wenn auch deutlich widerstrebend*, in der Hauptverhandlung dazu bereitgefunden, eine Alkoholentziehungstherapie, bei der es auf seine Mitarbeit ganz entschieden ankommt, mitzumachen. (...) Die vorübergehende Therapieunwilligkeit steht der Unterbringung nicht entgegen, da der Erfolg der Unterbringung nicht von vorne herein aussichtslos erscheint. Dem Angeklagten ist in der Hauptverhandlung klar geworden, daß diese Alkoholentziehung für ihn der letzte Versuch ist, von seinem Alkoholhang fortzukommen."

Gerade das letzte Urteil läßt das wohlwollende Bemühen des Gerichtes erkennen, den Angeklagten zur Einsicht zu bringen und für diesen eine sinnvolle Lösung zu finden. Man kann sich gut vorstellen, wie an ihn appelliert wurde, seine Situation ernsthaft zu überdenken und sich auf das Angebot der Verfahrensbeteiligten, ihm die Therapie zu ermöglichen, einzulassen. Nun ist schon das Zwiegespräch mit einem Sachverständigen eine Ausnahmesituation, die nur sehr eingeschränkt Rückschlüsse auf die Mitarbeit in einem therapeutischen Gruppensetting erlaubt. Erst recht ist die Situation der Hauptverhandlung ungeeignet, die Tragfähigkeit eines Behandlungsentschlusses einzuschätzen. Wir werden dies noch eingehender erörtern (s. Abschnitt 5.3).

Vollstreckungsreihenfolge: in vier Fünfteln der Fälle, in denen eine Strafe ausgesprochen wurde, gibt es in den Urteilen keine expliziten Überlegungen zur Vollstreckungsfolge.

Der Aspekt fehlt	103	82,4
Der A. wird knapp erwähnt	9	7,2
Der A. wird erörtert	13	10,4
(nicht auswertbar)	(11)	

Es wurde bereits erwähnt, daß in den 31 Fällen, in denen Untergebrachte zu einer Freiheitsstrafe von mehr als drei Jahren verurteilt worden sind, nur fünfmal ein Vorwegvollzug erfolgt. Nur in einem der Fälle ist von der Möglichkeit Gebrauch gemacht worden, einen *Teilvorwegvollzug* anzuordnen. Es wäre wahrscheinlich falsch, dies als einen Mangel der Rechtsprechung zu interpretieren. Denn die entsprechende Bestimmung ist ja erst 1986 in das StGB eingeführt worden. Da die Anordnung eines Vorwegvollzugs den Beginn der Unterbringung entsprechend verzögert, können entsprechende Fälle nicht in größerer Zahl im Aufnahmejahrgang 1988 vertreten sein. Es gibt Hinweise darauf, daß die Möglichkeit des teilweisen Vorwegvollzugs einer längeren Strafe

von den anordnenden Gerichten inzwischen häufiger angemessen genutzt wird. Zum Beispiel wurde in der Landesklinik Viersen Anfang des Jahres festgestellt, daß bei sechs der 31 auch zu Straftat verurteilten Untergebrachten eine entsprechende Anordnung erfolgt ist.

Daß dies in einem der in der Untersuchung berücksichtigten Fälle versäumt worden war, hatte bedrückende Folgen für alle an der Behandlung Beteiligten. Der bei der Aufnahme 27-jährige Patient war neben der Unterbringung zu acht Jahren Freiheitsstrafe verurteilt worden, und zwar erstinstanzlich vor Inkrafttreten des 23. StrAG. Das Landgericht hatte in seiner ersten Entscheidung den Vorwegvollzug der Strafe angeordnet. Hiergegen war der Verurteilte in Revision gegangen. Der BGH hob das Urteil auf und wies zur Begründung auf die am 1.5.86 in Kraft getretene Änderung des § 67(2) ausdrücklich hin. Die neue Kammer des Landgerichts ordnete jedoch keinen Teilvorwegvollzug von Strafe an, sondern die Regelfolge Therapie vor Haft. Der Verurteilte kam, nach Haft in anderer Sache, in die Unterbringung, ohne einen Tag der neuen achtjährigen Strafe verbüßt zu haben. Er war 34 Monate lang in der Therapie, die zwar nicht frei von problematischen Vorkommnissen verlief, aber doch ein enormes Bemühen erkennen ließ, gemeinsam mit den Therapeuten eine Perspektive zu entwickeln. Die erneute Inhaftierung war jedoch unvermeidbar, da das zuständige OLG Hamm⁵⁴ vier Jahre als definitive Höchstgrenze für die Dauer der Unterbringung ansieht⁵⁵.

Es ist aufschlußreich, sich die Begründungen zu beiden Entscheidungen über die Vollstreckungsfolge näher anzuschauen. Im ersten Urteil des Landgerichts heißt es: "Auf der Grundlage der überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. X ist die Kammer unter Abwägung der genannten Kriterien davon überzeugt, daß die Verbüßung der Strafe vor der Maßregel einen günstigeren Erfolg bei dem Angeklagten erwarten läßt." Und nach Anhörung des gleichen Sachverständigen entscheidet auf die Revision des Beschuldigten hin die zweite Kammer: "Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen des Sachverständigen Dr. X ist die Kammer zu der Überzeugung gelangt, daß der Zweck der Maßregel, die heilende und besessende Wirkung auf den Angeklagten, durch den Vorwegvollzug der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt am besten erreicht werden kann. Entsprechend hat die Kammer erkannt."

Das Beispiel veranschaulicht überdeutlich, was das Sachverständigenwesen und auch die Rechtsprechung in diesem Bereich des Strafrechts häufig charakterisiert: Gutachter äußern in ihren oft "überzeugenden Ausführungen" eine *Meinung*, die dann der Absicherung von Urteilsentscheidungen dient. Von einer wissenschaftlich begründeten Argumentation kann zumeist nicht die Rede sein. Auch im juristischen Schrifttum wurde schon kritisch vermerkt, daß gerade Entscheidungen zur Vollstreckungsfolge oft nur allgemein und "summarisch" begründet werden und ähnlich wenig Substanz besitzen wie die Gutachten, auf die sie sich stützen (Maul & Lauven 1986).

Verhältnismäßigkeit: das von Gesetzgeber und Rechtsprechung so herausgehobene Prinzip der Verhältnismäßigkeit wird in den Urteilen kaum thematisiert. Die Verteilung:

Der Aspekt fehlt	129	96,3
Der A. wird knapp erwähnt	2	1,5
Der A. wird erörtert	3	2,2
(nicht auswertbar)	(2)	

Dabei kann man Verhältnismäßigkeit unter zwei Gesichtspunkten erörtern, nämlich unter dem der Erheblichkeit der Anlaßtat, vor allem aber unter dem der Gefahr von drohenden Straftaten, die es abzuwenden gilt. 39 % der Untergebrachten haben nicht mehr als ein Jahr Freiheitsstrafe erhalten. Da wären Überlegungen zur Verhältnismäßigkeit einer u.U. erheblich längeren Zwangsmaßnahme (die im Falle ihres Scheiterns nicht auf die Strafe angerechnet wird!) durchaus angemessen

⁵⁴) Beschluß vom 7.07.88 (3 Ws 474/86)

⁵⁵) Das OLG Düsseldorf hat bisher in entsprechender Anwendung von § 67(5) Satz 2 den Verbleib in der Unterbringung über den Zeitraum von vier Jahren hinaus ermöglicht. Die Bestimmungen verlieren letztendlich an Bedeutung, wenn die Möglichkeit eines Teilvorwegvollzugs längerer Strafen angemessen berücksichtigt wird.

gewesen. Nur auf diese Teilgruppe bezogen fehlen entsprechende Feststellungen in 90 % der Fälle vollständig. Für die Anordnung der Maßregel hat aber die Erheblichkeit der vom Täter ausgehenden Gefahr größeres Gewicht als der Schweregrad der Anlaßtat. Da es sich hierbei um richterliche Ermessensentscheidungen handelt, ist es im Rahmen dieser Erhebung nicht möglich, den Anteil unverhältnismäßiger Anordnungen des § 64 exakt zu quantifizieren. Die Unterbringung eines Trunkers, der eine Flasche Schnaps gestohlen hat, kann u.U. gerechtfertigt sein, wenn der Betreffende zuvor etwa wegen Körperverletzungen verurteilt wurde und entsprechende Handlungen bei Fortbestehen des Suchtproblems zu befürchten wären. Solche Überlegungen müßten im Urteil dann aber dargelegt sein. Es finden sich in unserem Kollektiv einige Fälle, bei denen das Verhältnismäßigkeitsprinzip recht eindeutig verletzt erscheint. Dazu Beispiele:

Wegen vorsätzlicher Trunkenheit im Verkehr wird ein einschlägig vorbestrafter arbeitsloser Autoschlosser zu sechs Monaten Freiheitsstrafe und der Unterbringung verurteilt. Er war mit einer BAK von über drei Promille mit einem Mofa gefahren und hatte zu allem Übel "beim Abbiegen nach rechts die Fahrtrichtung nicht angezeigt" (Urteilstext). Die Frage der Schuldfähigkeit war vom Gericht nicht thematisiert worden. Nach einem Bewährungswiderruf kommt der Verurteilte 1988 bereits zum zweiten Mal in dieser Sache in den Maßregelvollzug. Die Rehabilitation mißlingt gründlich, da der Betreffende immer wieder mit Alkohol rückfällig wird. Nach dem Erreichen der Unterbringungs-höchstfrist wird er zum Zwecke der Vollstreckung einer Reststrafe aus anderer Sache in den Strafvollzug entlassen.

Ein einundvierzigjähriger Mann wird wegen vorsätzlicher Trunkenheit am Lenker seines Mofas zu einer Freiheitsstrafe von neun Monaten nebst Unterbringung verurteilt. Er war bereits wegen neun ähnlicher Vorkommnisse vorbestraft. Zu Beginn der Behandlung erklärt er, daß er seine Zeit absitzen wolle und die Therapie ablehne. Immer wieder demonstriert er den Therapeuten, daß er sich unverstanden und benachteiligt fühlt. Doch bleibt er in der Behandlung abstinent, so daß ihm nach zehn Monaten ein Langzeiturlaub gewährt werden kann. Er kommt in einem Arbeitsverhältnis recht gut zurecht und kann nach insgesamt siebzehn Monaten zur Bewährung entlassen werden.

Der folgende Fall steht exemplarisch für die unterschiedliche Anwendungspraxis des § 64 im Rheinland und in Westfalen: Ein 37-jähriger völlig entwurzelter Mann ist in der Vergangenheit 28 mal verurteilt worden, 23 mal vom Amtsgericht Köln, einmal vom Landgericht Köln, je zweimal von den Amtsgerichten in Mönchengladbach und Nettetal (Rheinland). Doch der Diebstahl eines Paares Schuhe, begangen im Ruhrgebiet, wird ihm zum Verhängnis. Das betreffende westfälische Amtsgericht verurteilt ihn wegen dreifachen Diebstahls und zweifachen Hausfriedensbruchs zu acht Monaten Freiheitsstrafe und der Unterbringung. (Seine mit abgeurteilten Vergehen: Ende 1986 Diebstahl einer Flasche Schnaps sowie einer Fl. Parfum in Köln, zweifacher Aufenthalt im Kölner Hauptbahnhof trotz Bahnverbots.) Er ist nicht in die Therapie einzubinden. Es gelingt immerhin, ihn im Laufe seiner siebten Entweichung im zwölften Monat der Unterbringung zur Bewährung zu entlassen.

4.4.3 Zusammenfassende Wertung der Unterbringungsurteile

Eine Gesamtwertung der Urteile stößt auf ähnliche Schwierigkeiten, wie sie bezogen auf die Gutachten bereits dargestellt wurden. Im Unterschied zu den Gutachten fällt angenehm auf, daß Gerichte darum bemüht sind, ihre Feststellungen zu begründen. Sie verweisen nicht darauf, daß etwas "aus richterlicher Sicht" so sei, sondern sie benennen sachliche Gründe, wenn auch oft in knapper Form. Hochspekulative, gestelzt formulierte Passagen, die ja manche Gutachten kennzeichnen, sind in Urteilen unüblich. Wesentlicher Kritikpunkt an den Urteilen ist, daß diese sich nur unzureichend zu den Unterbringungsvoraussetzungen äußern. Selbst bei umfangreichen Landgerichtsgutachten stellt man immer wieder fest, daß die Gründe für die Anordnung der Unterbringung auf kaum einer Textseite am Ende der Urteilsausfertigung abgehandelt werden. Dabei haben wir gesehen, daß der Aspekt des "Hangs zu übermäßigem Suchtmittelkonsum" in den meisten Urteilen noch befriedigend behandelt wird. Betrachten wir aber die Aspekte

"Symptomcharakter", "Gefährlichkeitsprognose" und "Aussichtslosigkeit", so finden sich nur noch in zwanzig Urteilen Ausführungen zu allen drei Kriterien, die über knappe Statements hinausgehen. Das heißt, 15 % der Urteile (von 134 ausgewerteten Fällen) behandeln diese drei wichtigen Voraussetzungen der Unterbringung in nachvollziehbarer Weise.

Der entscheidende Mangel muß darin gesehen werden, daß die Auseinandersetzung mit der Frage der Behandlungsprognose (Aussichtslosigkeit i.S.v. § 64(2)) unzureichend erfolgt. Wie wir bereits dargestellt haben, ist die ungünstige Sozialprognose bei dem infrage kommenden Straftäterkreis in der Regel offensichtlich und der Symptomcharakter von Straftaten ein problematisches Konstrukt. Es scheint ein wenig in der Dynamik der prozessualen Situation zu liegen, daß am Ende die Anordnung der Unterbringung erfolgt, obwohl sich im Rahmen der Begutgutung und in der Beweisaufnahme manche Hinweise für eine äußerst ungünstige Behandlungsprognose ergeben haben. Auch Strafrichter haben sicherlich das Bedürfnis, eine sinnvolle Lösung zu finden, wenn offensichtlich sozialisationsgeschädigte und irgendwie hilfsbedürftige Rückfalltäter vor ihnen stehen. Das mag im Einzelfall dazu führen, daß an die Einsicht des widerstrebenden Angeklagten appelliert wird, sich doch mit einer Therapie im Maßregelvollzug einverstanden zu erklären. Die in foro geäußerte Einsicht ist jedoch eine noch schlechtere Basis für die Einschätzung der Behandlungsbereitschaft als das Ergebnis der Begutachtung. In der Lebensgemeinschaft mit anderen dissozialen Patienten wird das Bedürfnis, sich nur keine Blößen zu geben oder nur nicht überangepaßt zu erscheinen, oft wieder übermächtig und macht die besten Vorsätze zunichte.

Wir haben gezeigt, daß bei einer nicht exakt quantifizierbaren Minderheit von Unterbringungsfällen das Verhältnismäßigkeitsprinzip eindeutig verletzt erscheint. Aus Sicht der Einrichtungen stellen solche "Fehleinweisungen" ein marginales Problem dar. Sie beklagen sich ja vielmehr über das zunehmende dissoziale Potential ihrer Klientel und sind vielleicht ganz froh, daß hin und wieder einmal ein "Eierdieb" zur Aufnahme kommt. Problematisch kann die therapeutische Arbeit mit solchen Patienten insofern sein, als sie sich unter den schwerwiegenden straffälligen zum Teil deplaziert fühlen und wenig behandlungseinsichtig sind. Einige dieser Patienten sind auch durch eine besonders lange Anamnese von Sucht und Kleinkriminalität geprägt, was dann ebenfalls mit schlechten Rehabilitationschancen einhergeht.

4.5 Unterbringungsverlauf

4.5.1 Formale Aspekte

Im folgenden werden zuerst formale Aspekte des Behandlungsverlaufs dargestellt, als da sind *Wartezeit, Dauer der Unterbringung, Anzahl von Urlauben und Art der Beendigung*. Anschließend werden die in den Krankengeschichten dokumentierten besonderen und therapiebelastenden Vorkommnisse erläutert.

Wartezeit auf die Aufnahme: Eine vollständige Darstellung der Wartezeit zwischen Rechtskraft der Verurteilung und Aufnahme in den Maßregelvollzug müßte getrennte Werte für verschiedenen Untergruppen aufführen. Wir wollen uns auf die Untergruppe beschränken, die 1. erstmals zur Unterbringung verurteilt worden ist, bei der 2. kein Vorwegvollzug angeordnet wurde und die 3. in Haft auf den Behandlungsplatz gewartet hat. Bei diesen insgesamt 57 Verurteilten vergehen im Durchschnitt gut dreieinhalb Monate bis zur Aufnahme ($m = 3,7$ Monate; $s = 2,9$).

Dauer der Unterbringung: Nur in zwei der 136 erfaßten Fällen dauerte die Unterbringung im Zeitraum der Erhebung noch an. Für die entlassenen Patienten ergibt sich eine mittlere Unterbringungsdauer (Median) von 18 Monaten ($m = 19,7$ Monate; $s = 8,9$). Abbildung 7 stellt die Verteilung des Merkmals Unterbringungsdauer dar.

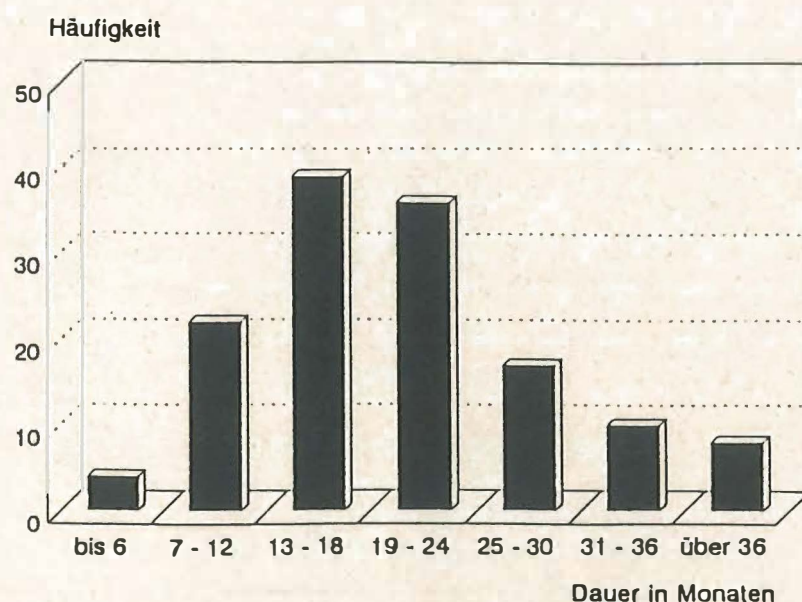


Abb. 7: Verteilung der Unterbringungsdauer (n = 134)

Dauer der Unterbringung und Art der Beendigung: Es finden sich insgesamt sieben verschiedene Modi der Beendigung der Unterbringung. Tabelle 8 gibt eine Übersicht mit den zugeordneten Häufigkeiten. In der Aufstellung verbergen sich, neben den zwei noch Untergebrachten, weitere 15 Patienten, deren Unterbringung eigentlich noch nicht beendet ist: nämlich diejenigen, die sich wegen einer Umkehr der Vollstreckungsfolge in gleicher Sache und diejenigen, die sich

wegen einer Unterbrechung des Maßregelvollzugs in anderer Sache in Strafhafte befinden. Beides sind Gruppen, deren Unterbringung nach Haftverbüßung u.U. fortgesetzt werden kann. Allerdings wird in der Regel zuvor noch einmal die Strafvollstreckungskammer darüber entscheiden, ob das im Einzelfall notwendig ist. Jedenfalls unterschätzen wir mit den oben angegebenen Kennwerten die Gesamtunterbringungsdauer!

Tab. 8: Rechtsgrundlagen der Entlassung

	Anzahl	%
Bedingte Entlassung gem. § 67d(2)	67	49,3
Beendigung wg. Aussichtslosigkeit, § 67d(5)	14	10,3
Erreichung der Höchstfrist, § 67d(1)	33	24,3
Umkehr der Vollstreckungsfolge, § 67(3)	8	5,9
Unterbrechung für Haft aus anderer Sache	7	5,1
Überweisung in Vollzug gem. § 63	2	1,5
Beendigung analog § 64(2)	1	0,7
verstorben	2	1,5
(noch andauernd)	2	1,5

In Tabelle 9 wird die Unterbringungsdauer der bedeutsamen Untergruppen angegeben, die aufgrund eines Gerichtsbeschlusses und eines Entlassungsersuchens für dieses Verfahren die Klinik verließen. Die wegen Erreichens der Höchstfrist Entlassenen waren durchschnittlich insgesamt "nur" gut zwei Jahre in der Unterbringung. Der Wert ist deshalb nicht deutlich höher, weil in der Gruppe etliche Patienten enthalten sind, die nach Bewährungswiderruf zur Vollstreckung einer Restunterbringungszeit in der Klinik waren. Wir sehen, daß die Streuung der Aufenthaltszeit in dieser Gruppe besonders groß ist. Patienten, deren Behandlung wegen Aussichtslosigkeit beendet wurde, waren keinesfalls nur etwas über ein Jahr in der Therapie, der gesetzlichen festgelegten Frist vor einer solchen Beendigung. Die mittlere Aufenthaltsdauer in dieser Gruppe beträgt fast anderthalb Jahre (Median: 19 Monate!), was noch zu diskutieren sein wird.

Tab. 9: Durchschnittliche Unterbringungsdauer in Monaten in Abhängigkeit von der Art der Beendigung

	n	m	s
Bedingte Entlassung	67	17,5	7,2
Höchstfrist	33	25,7	10,4
Beendigung wg. Aussichtslosigkeit	14	17,7	4,7

4.5.2 Therapiebelastende Vorkommnisse

Als therapiebelastende Vorkommnisse werden erfaßt Suchtmittelrückfälle, Straftaten während der laufenden Unterbringung sowie alle Vorfälle, die zu einem Fahndungsersuchen führten.

Ausbrüche: Zu Ausbrüchen im engeren Sinne, also dem Entweichen mittels Anwendung oder Androhung von Gewalt, kam es selten, und zwar bei drei Patienten einmal und einem Patienten zweimal. Dies liegt sicher daran, daß es recht viele Möglichkeiten gibt, sich der Maßnahme gewaltfrei zu entziehen. Von den Einrichtungen wird immer die Befürchtung geäußert, daß Vorfälle wie Geiselnahmen zwangsläufig zunehmen, wenn viele Patienten unter hochgesicherten

Bedingungen untergebracht wären. Diese Sorge ist wahrscheinlich berechtigt, denn das Bedürfnis, sich gelegentlich, trotz erheblicher Nachteile und Sanktionen, aus der Behandlung abzusetzen, ist bei vielen Patienten ausgeprägt.

Entweichungen (Bezug: 132 Fälle; unklar: 4): Insgesamt 203 mal sind gewaltlose Entweichungen Anlaß für ein Fahndungsersuchen. Dabei entweicht gut die Hälfte der Patienten niemals im Laufe der stationären Behandlung, 16 Patienten dagegen mindestens fünf Mal. Ein Patient entweicht 14 mal. Die Kennwerte der Verteilung lauten:

$m = 1,5$ $s = 2,3$ $\min = 0$ $\max = 14$ $\text{Median} = 0$

Ausbleiben nach Urlaub: In insgesamt 127 Fällen ergeht ein Fahndungsersuchen, weil ein Patient nicht rechtzeitig aus einer Beurlaubung zurückkehrte. Das heißt umgekehrt: von knapp 90 % aller Beurlaubungen kehren die Betroffenen rechtzeitig zurück. Im Durchschnitt kehrt jeder Patient fast einmal von einem Urlaub nicht zurück.

$m = 0,9$ $s = 1,5$ $\min = 0$ $\max = 8$

Summe aller Fahndungsersuchen (Bezug: 131 Fälle; unklar: 5): Aus den drei vorangehenden Merkmalen – Ausbrüchen, Entweichungen, Ausbleiben nach Urlaub – haben wir eine Summenvariable gebildet. Sie beschreibt, wie oft je Patient ein Fahndungsersuchen ergeht. Dies war nur bei gut einem Drittel (36,6 %) der Untergebrachten während der gesamten Behandlung nicht der Fall. Nach 13,7% der Untergebrachten wird im Laufe der Behandlung mehr als sechsmal gefahndet. Abb. 8 veranschaulicht die Verteilung der Variablen. Ihre statistischen Kennwerte:

$m = 2,4$ $s = 3,0$ $\min = 0$ $\max = 16$ $\text{Median} = 1$

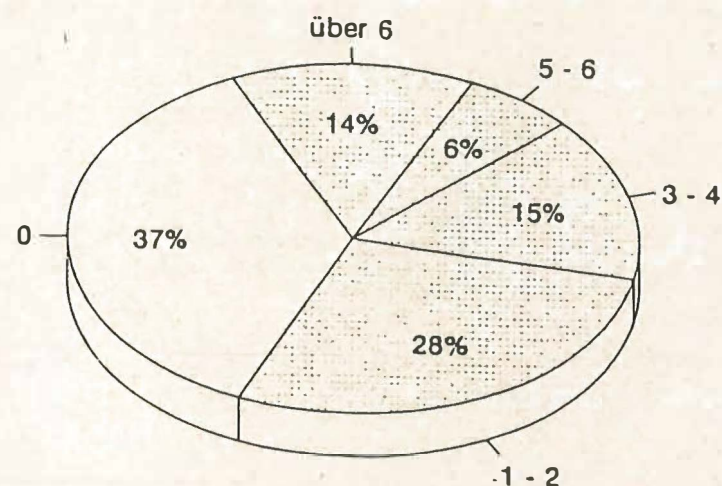


Abb. 8: Häufigkeit von Fahndungsersuchen je Untergebrachtem

Strafbare Handlungen "innerhalb" (Bezug: $n = 136$): Im Rahmen der Evaluation haben wir festgehalten, wie häufig Untergebrachte im Laufe der Behandlung neue Straftaten begangen haben. Dabei wird unterschieden zwischen Straftaten innerhalb und außerhalb der Einrichtung. "Straftaten innerhalb" stellt ein eher wenig verlässliches Datum dar. Einrichtungen unterscheiden sich in ihrem Stil, mit bestimmten Regelverstößen wie Beleidigung, Bedrohung, Körperverletzung oder Diebstahl umzugehen. Überwiegend zögern sie, wenn es um Strafanzeigen gegen eigene Patienten geht. Denn strafrechtliche Konsequenzen machen die therapeutische Arbeit im Einzelfall noch schwieriger, führen schlimmstenfalls zu Überhaftnotierungen, die dann eine soziale Reintegration fast unmöglich machen. Insgesamt sind in den Krankengeschichten nur 15 Vorkommnisse relativ eindeutig als strafbare Handlungen "innerhalb" dokumentiert. Fünf von diesen entfallen auf einen Patienten. Bei insgesamt sechs der Vorkommnisse erfolgt eine Anzeige durch die Einrichtung.

Strafbare Handlungen "außerhalb" (Bezug: $n = 135$; unklar: 1): Klarere Aussagen sind möglich über erneute Straffälligkeit außerhalb der Einrichtung. Von dieser erfahren die Behandelnden in der Regel nur, wenn der Patient in einer entsprechenden Situation aufgefallen ist und das Vorkommnis polizeilich dokumentiert worden ist. Daher haben fast alle außerhalb der Einrichtung begangenen und in den Krankengeschichten dokumentierten Straftaten polizeiliche Ermittlungen zur Folge. Bei gut einem Viertel der Untergebrachten kommt es im Laufe der Behandlung zu solchen Straftaten. Und zwar fallen auf:

26 Patienten	1 mal	(19,1 %)	7 Patienten	2 mal	(5,1 %)
2 Patienten	3 mal	(1,5 %)	2 Patienten	4 mal	(1,5 %)
1 Patient	50 mal	(0,7 %)			

Beim "Spitzenreiter" des Kollektivs, der nach einer Entweichung festgenommen u.a. eine Serie von Kfz-Aufbrüchen und -diebstählen gesteht, handelt es sich übrigens um den bei Aufnahme jüngsten Untergebrachten. Von den 104 dokumentierten Straftaten kommen 96 zur Anzeige. Gegen ein Viertel (24,3 %) der Untergebrachten wird im Laufe der Therapie wegen einer neuen Straftat ermittelt.

Tab. 10: Mittlere Häufigkeit von "Straftaten außerhalb" je Einrichtung

Einrichtung	Erfasste Fälle	Straftaten außerhalb je Patient (m)
Bedburg-Hau	12	0,33
Viersen	25	0,24
Haldem	77	0,45
Marsberg "Bilstein"	22	0,59
gesamt	136	0,43

Die Straftaten sind allerdings überwiegend nicht als besonders schwerwiegend anzusehen. In vielen Fällen handelte es sich um kleinere Diebstähle oder um Widerstandsleistungen bei der Festnahme nach Entweichung. Die Praxis der westfälischen Einrichtungen, Patienten vor der endgültigen Entlassung erst im Langzeiturlaub zu erproben, läßt natürlich eine höhere Quote erneuter Straffälligkeit im Laufe der Behandlung erwarten. Der Unterschied zum Rheinland ist aber nicht so ausgeprägt, wie man vielleicht vermutet hätte, und ist auch statistisch nicht signifi-

kant. Tabelle 10 stellt die durchschnittliche Häufigkeit von "Straftaten außerhalb" je Einrichtung dar. Der Patient mit 50 Delikten wird in der Berechnung mit nur vier Vorkommnissen berücksichtigt, da er den Mittelwert seiner Gruppe sonst zu sehr verzerrt hätte.

Alkoholrückfälle (Bezug: alle): Fast vier Fünftel der Patienten fallen im Laufe der Unterbringung durch Rückfälle mit Alkohol auf, davon 42 Patienten (30,7 %) mehr als fünfmal. Die Statistiken der Verteilung:

$m = 4,6$ $s = 4,7$ $\min = 0$ $\max = 20$ $\text{Median} = 3$

Sonstige Rückfälle (Bezug: alle): Deutlich seltener als Alkoholkonsum wurde der regelwidrige Gebrauch anderer Suchtmittel bei Unterbrachten festgestellt. Dabei spielten vor allem Cannabis und auch Tranquilizer eine Rolle, während Opiate zu vernachlässigen sind. Bei 28,7 % der Unterbrachten wurden "sonstige Rückfälle" festgestellt. Die Statistiken:

$m = 1,1$ $s = 3,1$ $\min = 0$ $\max = 25$ $\text{Median} = 0$

Rückfälle insgesamt (Bezug: alle): Aus den beiden Arten von Rückfällen haben wir eine Summenvariable gebildet. Nun sind es nur noch 25 Patienten (18,4 %), die während der ganzen Behandlung nicht durch Suchtmittelkonsum auffallen, während bei den übrigen 111 zwischen einem und 35 solcher Vorfälle registriert sind. In dieser Statistik sind mehrere Filter enthalten. Zum ersten muß einem Mitarbeiter auffallen, daß ein Patient unter Suchtmiteleinfluß steht (oder es muß gerade eine Routinekontrolle stattfinden). Zweitens muß dieser Mitarbeiter in der

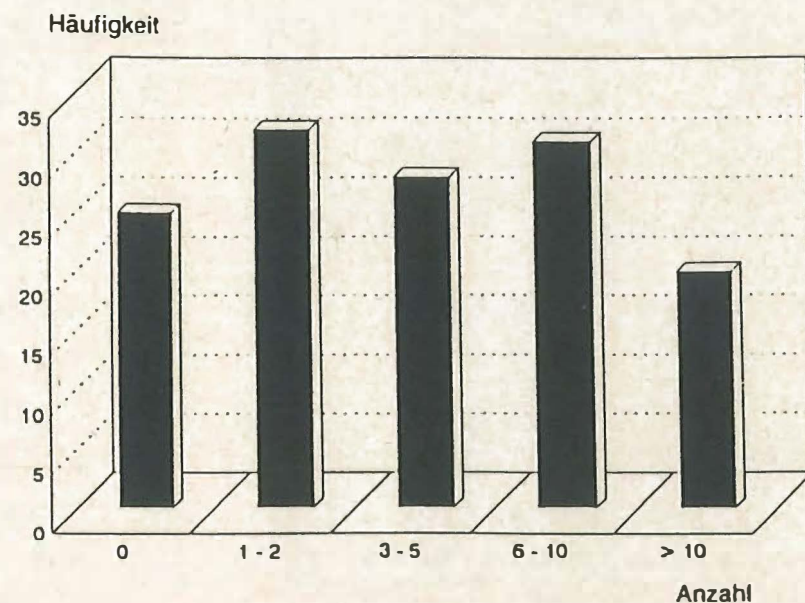


Abb. 9: Häufigkeit registrierter Suchtmittelrückfälle je Patient

betreffenden Situation bereit sein, auf seinen Verdacht zu reagieren⁵⁶, den Patienten ansprechen bzw. das Team informieren, einen Test initiieren usw. Drittens muß der Vorfall in der Krankengeschichte dokumentiert worden sein und viertens darf der Untersucher ihn bei der Evaluation nicht übersehen haben. Die dargestellte Rückfallstatistik ist auf jeden Fall ungenau und stellt möglicherweise nur die Spitze des Eisbergs dar. Dabei ist weniger anzunehmen ist, daß eine kleine Gruppe zu Unrecht als abstinent eingeschätzt wird, als daß bei manchen Patienten die tatsächliche Anzahl von Rückfällen gewaltig unterschätzt wird. Abb. 9 veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung des Merkmals "Rückfälle insgesamt". Die Statistiken der Verteilung:

$m = 5,7$ $s = 6,6$ $\min = 0$ $\max = 35$ $\text{Median} = 4$

Anträge auf Beendigung oder Vollstreckungsumkehr (Bezug: alle): Da sie ebenfalls einen problematischen Behandlungsverlauf widerspiegeln, werden Anträge auf Beendigung wegen Aussichtslosigkeit (§ 67d(5)) und solche auf Vorwegvollzug der Haftstrafe (§ 67(3)) in diesem Abschnitt über therapiebelastende Ereignisse behandelt. In einem Fünftel der Fälle ($n = 26$) wird von der Einrichtung die Beendigung der weiteren Unterbringung wegen Aussichtslosigkeit beantragt. Angesichts der Häufigkeit von Rückfällen, Entweichungen und neuen Straftaten ist dies somit eher selten der Fall. Sicherlich spielt eine Rolle, daß die gesamte Unterbringungszeit im Falle der Beendigung gem. § 67d(5) nicht auf die Strafe angerechnet wird. Die damit verbundene Härte muß die Schwelle für die Einrichtungen erhöhen, einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Von den 26 Fällen unseres Untersuchungskollektivs, bei denen die Beendigung beantragt wird, wird gut die Hälfte aufgrund dieser Vorschrift entlassen ($n = 14$; 53,8 %). In einem Fall vermeidet es die Kammer, dem Patienten die Anrechnung der Unterbringungszeit zu verweigern, indem sie die Unterbringung durch analoge Anwendung von § 64(2) aufhebt ("von vorne herein aussichtslos"). Noch weniger häufig als die Beendigung gem. § 67d(5) beantragen die Einrichtungen den Vorwegvollzug der Haftstrafe durch Vollstreckungsumkehr gemäß § 67(3). Dies ist bei 13 Patienten der Fall. Achtmal gibt die Justiz diesem Antrag statt.

4.5.3 Behandlungsbilanz, Entlassungsumstände

Diese Untersuchung ist keine Katamnese studie. Sie liefert keine Nachuntersuchungsdaten, die es erlauben, den langfristigen Nutzen der Behandlung abzuschätzen (was im übrigen auch aufgrund von Katamnese daten schwierig ist). Es wurden aber einige Merkmale erfaßt, von denen man annehmen kann, daß sie Bezug zur Effektivität der Maßnahme haben. Dies sind zum einen recht objektiv zu erhebende Aspekte der Entlassungsumstände, nämlich Wohnen, Arbeit und Nachsorge. Es sind zum anderen zwei Variablen, die das Ergebnis einer Einschätzung durch den Untersucher sind, nämlich "Behandlungsverlauf" und "Behandlungserfolg". Darüber hinaus unternehmen wir den Versuch, den Zusammenhang der Straffälligkeit und des Alkoholproblems jedes Patienten einzuschätzen. Wir wollen damit zumindest grob abschätzen, ob die Annahme des

⁵⁶) Dies ist durchaus nicht selbstverständlich. Konsequenz im Umgang mit solchen Situationen erfordert im Einzelfall viel Mut und Durchsetzungsvermögen bei MitarbeiterInnen und Einigkeit im Team. Manche Patienten üben einen ungeheuren Druck dahingehend aus, ihnen die Kränkung der Anwendung von Regeln nicht zuzumuten. Ist dann noch Alkohol im Spiel, so entstehen bedrohliche, gewaltschwangere Situationen, denen frustrierte oder erschöpfte MitarbeiterInnen sicher manchmal aus dem Weg gehen. Für das therapeutische Klima einer Abteilung erscheinen Konsequenz und erfolgreiche Selbstbehauptung des Teams in solchen Situationen allerdings sehr wichtig.

Symptomcharakters seiner Straftaten aufgrund der Behandlungsdokumentation bestätigt erscheint.

Wohnsituation nach Entlassung (Bezug: $n = 131$; unklar oder noch nicht entlassen: 5): Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Wohnsituation der Patienten nach Entlassung aus der Unterbringung. Wir sehen, daß ein Drittel der Patienten im Anschluß an die Therapie inhaftiert wird. In allen Diskussionsbeiträgen zu dieser Frage besteht Übereinstimmung darin, daß sinnvolle Therapie der Entlassung in die Freiheit vorangehen muß. Die Behandlung der im Anschluß inhaftierten Patienten kann daher kaum als erfolgreich gewertet werden.

In vier Fällen werden Patienten in Übergangwohnheime entlassen. Die Behandlungsdokumentationen vermitteln den Eindruck, daß es sich hierbei um Notlösungen gehandelt hat, wenn andere Rehabilitationsversuche zuvor gescheitert waren. Küfner et al. (1986) fanden eine besonders niedrige Abstinenzquote bei Alkoholikern, die nach der Therapie in ein Wohnheim entlassen worden waren.

Tab. 11: Wohnsituation nach Klinikentlassung

Wohnsituation	Anzahl Fälle	%
Privatwohnung allein	26	19,8
Privatwg. zusammenlebend	48	36,6
Übergangswohnheim	4	3,1
Betreute Wohngruppe	8	6,1
JVA, Strafrecht gleiche Sache	31	23,7
JVA, Strafrecht andere Sache	11	8,4
Altenheim	1	0,8
verstorben	2	1,5
unklar/ noch andauernd	5	—

Neben diese beiden Gruppen sind auch die allein Lebenden als besonders gefährdet anzusehen (weitere 19,8 %). Für Straftäter mit Suchtproblemen gilt in besonderer Weise, daß Alleinsein kaum ertragen wird und Einsamkeit schnell zur Dekompensation führen kann⁵⁷. Bei den alleinlebenden ehemaligen Patienten der Entziehungsanstalt kommt daher Nachsorgeangeboten eine besondere Bedeutung zu. Zusammenfassend kann man konstatieren, daß gut die Hälfte der Behandelten in Wohnbedingungen hinein entlassen wird, die ungünstig oder riskant erscheinen.

Nachsorge (Bezug: $n = 92$ der in die Freiheit entlassene Patienten): In der Regel tritt nach Entlassung aus der Unterbringung Führungsaufsicht ein, und dem Entlassenen wird ein Bewährungshelfer zur Seite gestellt. Man kann davon ausgehen, daß bei vielen suchgefährdeten Straftätern eine darüber hinausgehende intensivere Nachbetreuung zweckmäßig wäre. Bei zwei Dritteln der in die Freiheit entlassenen Patienten unseres Kollektivs ($n = 62$) ist es bis zur Entlassung nicht gelungen, einen speziellen Nachsorgekontakt anzubahnen. Dies scheitert erfahrungsgemäß am Widerstreben vieler Patienten gegen jede Form der Betreuung, die sie im Rahmen ihrer mißtrauischen Verarbeitungsmechanismen schnell als gegen sie gerichtete Eingrenzung und Bevormundung erleben. In immerhin dreizehn Fällen (14,1 %) haben Patienten vor

ihrer Entlassung Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufgenommen. In weiteren dreizehn Fällen ist die Nachsorge durch betreutes Wohnen gesichert (allerdings einschließlich der vier Fälle "Übergangswohnheim"). Die übrigen fünf Fälle verteilen sich auf Klinikmitarbeiter (2) sowie Beratungsstelle, ärztlicher Psychotherapeut und Diplom-Psychologe (je 1). Zum Vergleich: in ihrer Untersuchung über stationär behandelte Alkoholiker stellten Küfner et al. (1986) fest, daß zwei Drittel der Entlassenen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufgenommen hatten und etwa 40 % sie dann langfristig regelmäßig besuchten. Diese Teilgruppe der Patienten hatte eine besonders günstige Bewährungsquote.

Arbeit (Bezug: $n = 93$ der in die Freiheit entlassenen Patienten): Zwei Fünftel der in Freiheit Entlassenen haben eine Arbeitsstelle ($n = 37$; 39,8 %), knapp die Hälfte ist arbeitslos ($n = 45$; 48,8 %). Bei zehn Patienten (10,8 %) bestehen bei der Entlassung Aussichten auf eine Anstellung. Die einzige Patientin im Kollektiv ist nach der Unterbringung Hausfrau. Man würde sich natürlich eine höhere Beschäftigungsquote bei den Entlassenen wünschen. Aber die schwierige Lage auf dem Arbeitsmarkt, die gemeindeferne Lage der Kliniken und auch die Unbeständigkeit vieler Patienten machen es wohl schwer, einen größeren Anteil von ihnen vorbereitend in ein Arbeitsverhältnis zu integrieren.

Tab. 12: Behandlungsverlauf

Kategorie	Fälle	%
hochproblematisch	48	35,8
Ansätze konstruktiver Mitarbeit, nicht ohne (evtl. erhebliche) Schwierigkeiten	50	37,3
im wesentlichen konstruktiver Verlauf	36	26,9

Behandlungsverlauf (Bezug: $n = 134$): Es wurde versucht, die Behandlungsverläufe aufgrund des Gesamtbildes drei verschiedenen Kategorien zuzuordnen. Das Ergebnis ist in Tab. 12 dargestellt. Das Merkmal "Behandlungsverlauf" gehört natürlich zu den Variablen mit geringer Objektivität. Insbesondere die Fälle der mittleren Kategorie hätte man bei Anwendung strenger Maßstäbe auch ungünstig einschätzen können. "Behandlungsverlauf" ist aber deutlich mit mehreren objektiven Parametern korreliert. Die drei Kategorien des Behandlungsverlaufs

Tab. 13: Behandlungsverlauf und Vorkommnisse

Kategorie	Häufigkeit Delikte (m)	Häufigkeit Rückfälle (m)
hochproblematisch	1,1	10,7
Ansätze konstruktiver Mitarbeit, nicht ohne (evtl. erhebliche) Schwierigkeiten	0,3	4,2
im wesentlichen konstruktiver Verlauf	0,1	1,4

⁵⁷) vgl. Rauchfleisch (1981), Winnicott (1958)

unterscheiden sich hochsignifikant hinsichtlich der mittleren Häufigkeit von Straftaten ($F = 8,2$; $p < 0,001$) und Suchtmittelrückfällen ($F = 24,4$; $p < 0,001$; s. Tab. 13⁵⁸).

Behandlungserfolg (Bezug: $n = 134$, unklar: 2): In ähnlicher Weise wie "Behandlungsverlauf" wurde das Merkmal "Behandlungserfolg" eingeschätzt. Für die Einstufung stellt dabei die Epikrise bzw. der therapeutische Abschlußbericht eine wichtige Informationsquelle dar. Stellungnahmen für die Justiz zeichnen bisweilen ein recht wohlwollendes Bild vom Behandlungsergebnis, wenn die Entlassung des Patienten angestrebt wird, während die Abschlußberichte in ihren Wertungen eher realistisch sind. Tab. 14 zeigt die drei verwendeten Kategorien und ihre Häufigkeiten.

Tab. 14: Behandlungserfolg

Kategorie	n	%
keine konstruktive Beeinflussung der Problematik, ungünstige Prognose	63	46,6
in Ansätzen Entwicklung von Einsichten, Stabilisierung	46	34,1
Konstruktiver Prozeß mit Besserung der Sozialprognose	26	19,3

Auch das Merkmal "Behandlungserfolg" weist eine signifikante Korrelation mit der Häufigkeit von Straftaten ($F = 2,5$; $p < 0,05$) und von Rückfällen ($F = 9,7$; $p < 0,001$) auf. Darüber hinaus besteht, wenn man nur die in die Freiheit entlassenen Patienten betrachtet, eine hochsignifikante Beziehung zum Merkmal Beschäftigungssituation. Tab. 15 stellt die Mittelwertsunterschiede dar ("Arbeit" codiert mit: arbeitslos = 0, in Aussicht = 1, beschäftigt = 2).

Tab. 15: "Behandlungserfolg", Vorkommnisse und "Arbeit"

Kategorie	Straftaten	Rückfälle	Arbeit
ungünstig ...	0,8	9,0	0,34
in Ansätzen ...	0,3	3,5	1,07
Stabilisierung			
Konstruktiver Prozeß ...	0,2	1,9	1,74

Neben Aspekten des Behandlungsverlaufs spielt für den Eindruck vom Behandlungserfolg also das Merkmal "Arbeit" also eine Rolle. Patienten, bei denen bis zur Entlassung die Eingliederung in ein Arbeitsverhältnis gelingt, vermitteln dem Untersucher insgesamt das Bild größeren Behandlungserfolges als bei Entlassung arbeitslose. Der Befund mag trivial erscheinen und darf, da er auf einer Einschätzung beruht, natürlich nicht überbewertet werden. Es muß auch vor der kurzschlüssigen kausalen Interpretation eines solchen Zusammenhangs gewarnt werden (vgl. Albrecht 1988). Er entspricht allerdings dem Befund von Raschke & Schliehe (1985), daß der beruflichen Integration von Drogenkonsumenten große Bedeutung für ihre Rehabilitation zukommt.

⁵⁸) Der "Extremfall" mit 50 Delikten ging wieder mit dem Wert 4 in die Berechnung ein, um den Mittelwert seiner Gruppe nicht zu verzerren.

Alkohol und Straftaten: Bezugnehmend auf Befunde der Eingangdiagnostik und Behandlungsberichte haben wir versucht, die Bedeutung des Suchtproblems für die Straffälligkeit jedes Untergebrachten einzuschätzen. Die folgende Aufstellung gibt die von uns formulierten Kategorien mit den Zuordnungshäufigkeiten wieder:

1. Straftaten sind Folge des Suchtmittelhangs:	n = 70
2. Suchtprobleme und Straftaten sind Äußerungen der zugrundeliegenden Persönlichkeitsproblematik:	n = 56
3. Kriminalität / Dissozialität im Vordergrund, Suchtprobleme deutlich nachrangig:	n = 7
4. Keine Suchtprobleme, ausschließlich Kriminalität:	n = 0
5. Nicht einschätzbar:	n = 3

Auch diese Variable ist zweifellos wenig reliabel und objektiv. In Hinblick auf die im letzten Satz dieses Absatzes gezogene Schlußfolgerung lohnt sich aber eine Betrachtung. Unsere Einschätzung bezieht sich nicht nur auf das Anlaßdelikt, sondern auf die generelle dissoziale Problematik jedes Patienten. Zur Kategorie 1 gehören auch Patienten, deren kriminelle Karriere anfangs sicher unabhängig von Suchtproblemen eingesetzt hat, die inzwischen aber hochgradig abhängig sind, so daß ihre Delikte deutlich suchtgeprägt erscheinen. Kein Fall ist unseres Erachtens der Kategorie 4 (nur Kriminalität) zuzuordnen; 93 Prozent der Einschätzungen entfallen auf die Kategorien 1 und 2, fünf Prozent auf Kategorie 3. Schwer ist es dem Untersucher oft gefallen, sich zwischen Kategorie 1 und 2 zu entscheiden. Je nach Perspektive scheint einmal die Persönlichkeitsstörung, einmal das Suchtproblem im Vordergrund zu stehen. So hat man es oft mit Tätern zu tun, die in ihren Delikten eindeutig Konflikte agieren und Aggressionen ausleben. Damit entsprechende Impulse handlungswirksam werden können, muß aber der Alkohol als enthemmender Faktor hinzutreten. Neigen die Betroffenen zu regelmäßigem Alkoholmißbrauch, so wäre dies als Hang im Sinne des § 64 zu werten, auf den dann Straftaten zurückgehen. Getrunken wird aber unter Umständen nicht einfach infolge eines von den delinquenten Neigungen unabhängigen "Hangs", sondern gerade weil die Enthemmung, Euphorisierung und Erregung gewünscht wird, die aggressive Entladung und kriminelles Agieren ermöglicht. Alle Faktoren dieses Systems sind komplex determiniert, einseitige Erklärungsmodelle nicht angemessen. Zusammenfassend können wir hier jedenfalls feststellen, daß der Aspekt des Symptomcharakters der Straftaten nur wenig geeignet erscheint, fehlergewiesene Patienten zu identifizieren. Die Annahme, daß die Patienten "doch eigentlich nur kriminell" sind, wird durch die von uns inspizierten Daten nicht gestützt.

4.6 Prädiktoren für Behandlungs- und Erfolgsmerkmale

Die Probleme, die bei der Einschätzung bzw. Vorhersage der Therapiefähigkeit von Probanden auftreten, wurden bereits eingehend dargestellt. Es interessiert daher im Rahmen der Datenanalyse ganz besonders, ob Hintergrundmerkmale der Untergebrachten geeignet sind, Aspekte des Behandlungsverlaufs vorherzusagen. Das statistische Basisverfahren, mit dem wir dies untersucht haben, ist die *multiple lineare Regressionsanalyse*. Mit ihr läßt sich prüfen, ob eine Reihe von Variablen, zusammengefügt in einer linearen Regressionsgleichung, ein Kriterium überzufällig vorhersagen kann. Der Beitrag jeder Variablen zur Vorhersage des Kriteriums wird durch das Gewicht (beta) der Variablen in der Regressionsgleichung beschrieben. Für jede Variable kann geprüft werden, ob sie zur Vorhersage des Kriteriums einen statistisch signifikanten Beitrag leistet. Als mögliche Prädiktorvariablen werden in dieser Analyse berücksichtigt:

- Alter bei Aufnahme
- Familienstand
- Schulabschluß
- Berufsabschluß
- Alter bei der ersten Straftat
- Anzahl Vorstrafen
- Gesamthafterfahrung
- Ausprägung der Sucht (chronisch vs. Mißbrauch)
- Früherer Abschluß einer Entwöhnungsbehandlung
- Früherer Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung

Als Kriterien, also Verlaufsaspekte, die vorhergesagt werden sollen, gehen die folgenden Variablen in die Analysen ein:

- Anzahl Entweichungen (ohne: Ausbleiben nach Urlaub)
- Anzahl Rückfälle
- Straftaten "außerhalb"
- Einschätzung "Behandlungsverlauf"
- Einschätzung "Behandlungserfolg"

Für jedes Kriterium muß natürlich gesondert geprüft werden, ob die betrachteten Merkmale eine Vorhersage erlauben. Es werden somit fünf Regressionsanalysen gerechnet. Dargestellt wird im folgenden jeweils, welche Merkmale einen signifikanten Beitrag zur Prognose leisten. Dabei bezeichnet beta das Gewicht des Prädiktors in der Regressionsgleichung, T ist Prüfwert für die Signifikanz des Prädiktors (T-Test), R der multiple Korrelationskoeffizient bei Einbeziehung aller signifikanten Prädiktoren. F ist Prüfgröße für das Signifikanzniveau der Gesamtregression.

Die Regressionsanalyse liefert Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Hintergrund- und Verlaufsmerkmalen. Solchen Hinweisen wird anschließend in weiteren statistischen Analysen nachgegangen. Insbesondere wird dann geprüft, ob Teilgruppen des Kollektivs entsprechende Mittelwertsunterschiede aufweisen. Betrachten wir aber zuerst im Überblick die wesentlichen Ergebnisse der Regressionsanalyse.

Kriterium Entweichungen:

1. Prädiktor: Alter bei erster Straftat			
Beta = - 0,25	T = - 3,02	p <	0,01
Keine weiteren signifikanten Prädiktoren.			
R = 0,25	F = 9,10	p <	0,01

Kriterium Rückfälle:

1. Prädiktor: Früherer Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung			
Beta = 0,25	T = 3,06	p <	0,01
2. Prädiktor: Alter bei Aufnahme			
Beta = - 0,23	T = - 2,77	p <	0,01
Keine weiteren signifikanten Prädiktoren.			
R = 0,32	F = 7,67	p <	0,0001

Kriterium "Straftaten außerhalb"

1. Prädiktor: Alter bei Aufnahme			
Beta = - 0,21	T = - 2,44	p <	0,05
Keine weiteren signifikanten Prädiktoren.			
R = 0,21	F = 5,97	p <	0,05

Kriterium "Einschätzung Behandlungsverlauf"

1. Prädiktor: Familienstand			
Beta = 0,24	T = 2,92	p <	0,01
2. Prädiktor: Früherer Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung			
Beta = - 0,23	T = - 2,80	p <	0,01
3. Prädiktor: Ausprägungsgrad der Sucht			
Beta = - 0,17	T = - 2,07	p <	0,05
Keine weiteren signifikanten Prädiktoren.			
R = 0,37	F = 7,11	p <	0,0001

Kriterium "Einschätzung Behandlungserfolg"

1. Prädiktor: Alter bei der ersten Straftat			
Beta = 0,19	T = 2,22	p <	0,05
Keine signifikanten Prädiktoren.			
R = 0,19	F = 4,93	p <	0,05

Zunächst einmal kann man feststellen, daß folgende Variablen in keiner der Regressionsanalysen einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Kriteriums leisten: "Schulabschluß", "Berufsabschluß", "Anzahl Vorstrafen", "Gesamthafterfahrung", "Früherer Abschluß einer Entwöhnungsbehandlung". Dies legt u.a. nahe, daß Aspekten der kriminellen Vorgeschichte in diesem Kollektiv weniger Bedeutung für den Behandlungsverlauf zukommt, als man vielleicht erwartet hätte. Drei Merkmale tauchen jeweils zweimal als signifikante Prädiktoren für Kriterien auf, und zwar: "Alter bei Aufnahme", "Alter bei der ersten Straftat" und "Früherer Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung". Dem letzteren Merkmal kommt also tatsächlich die angenommene prognostische Bedeutung zu. Und die beiden Altersmerkmale zeigen auf, daß es junge sowie sogenannte frühkriminelle Untergebrachte sind, deren Behandlung besonders schwierig verläuft. Als allgemeines Ergebnis der Regressionsanalysen muß man aber auch konstatieren, daß sich

zwar einige hochsignifikante Zusammenhänge zwischen Merkmalen und Kriterien ergeben, daß die multiplen Korrelationen betragsmäßig aber recht niedrig bleiben. Das Quadrat des multiplen Korrelationskoeffizienten R stellt eine Schätzung dar für den Teil der Varianz der Kriteriumsvariablen, der von der Regressionsgleichung aufgeklärt wird. Die beste Gesamtvorhersage ist möglich für das Merkmal "Behandlungsverlauf", mit einem R von 0,37. Etwa 13,7 % der Varianz von "Behandlungsverlauf" werden also aufgeklärt durch eine Regressionsgleichung, in die als Prädiktoren "Familienstand", "Früherer Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung" und "Ausprägungsgrad der Sucht" eingehen. Solche Ergebnisse sind zweifellos aufschlußreich, sie sind aber weit davon entfernt, die Grundlage einer auch nur einigermaßen sicheren Vorhersage im Einzelfall liefern zu können.

Wir wollen nun die Art der Zusammenhänge zwischen Hintergrundmerkmalen und Verlaufsmerkmalen näher betrachten. Bei den im folgenden dargestellten uni- und bivariaten Varianzanalysen ergeben sich weitere signifikante Effekte, die die Regressionsanalysen nicht aufgezeigt haben⁵⁹.

Alter bei der ersten Straftat: Um prüfen zu können, wie dieses Merkmal sich auf einzelne Verlaufskriterien auswirkt, wird das untersuchte Kollektiv aufgeteilt in zwei Teilgruppen: erste Straftat bis zum 18. Lebensjahr ($n = 74$) und erste Straftat nach dem 18. Lebensjahr ($n = 59$, unklar: 3). Varianzanalytisch läßt sich nun zeigen, daß diese Gruppen sich bezüglich aller Verlaufskriterien signifikant unterscheiden. Die Gruppe mit niedrigerem Alter bei der ersten Straftat wird häufiger rückfällig, entweicht häufiger, begeht häufiger "Straftaten außerhalb" und hat ungünstigere Schätzwerte von Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg. Exemplarisch sind die Ergebnisse für das Kriterium "Entweichungen / Fahndungsersuchen" in Tab. 16 dargestellt.

Tab. 16: Häufigkeit von Entweichungen in Abhängigkeit vom Alter bei der ersten Straftat

Alter bei 1. Straftat	Anzahl Entweichungen		
	m	s	n
bis 18	2,19	2,76	72
über 18	0,85	1,61	59

$F = 11,00 \quad p < 0,01$

Frühere Therapieabbrüche: Die Annahme, daß Therapieabbrüche in der Vorgeschichte als Hinweis auf eine ungünstige Behandlungsprognose zu werten sind, wird durch das Ergebnis der Regressionsanalyse bestätigt: zur Vorhersage der Kriterien "Rückfallhäufigkeit" und "Einschätzung des Behandlungsverlaufs" leistet das Merkmal einen hochsignifikanten Beitrag. Dies haben wir varianzanalytisch näher untersucht. Bei 45 Patienten des Kollektivs fanden sich Hinweise auf den Abbruch mindestens einer Entwöhnungsbehandlung, bei 87 war das nicht der Fall (vier unklare Fälle). Diese beiden Gruppen unterscheiden sich bei der univariaten Analyse hinsichtlich der Kriterien "Rückfallhäufigkeit", "Fahndungsersuchen" und "Einschätzung Thera-

⁵⁹) Letztere sind sozusagen das strengere Prüfverfahren, weil sich jedes einzelne Merkmal in der multivariaten Analyse gegen die Konkurrenz der anderen Merkmale durchsetzen muß mit dem eigenen Beitrag zur Varianz des Kriteriums. Auch können die im folgenden erwähnten Wechselwirkungen durch eine lineare Regressionsanalyse nicht erfaßt werden.

pieverlauf". Patienten mit Therapieabbrüchen werden häufiger rückfällig, sie entweichen häufiger und haben insgesamt niedrigere Werte in der zusammenfassenden Einschätzung des Therapieverlaufs. All diese Effekte sind hochsignifikant. Tab. 17 stellt exemplarisch die Ergebnisse für das Kriterium "Rückfallhäufigkeit" dar.

Tab. 17: Therapieabbrüche in der Vorgeschichte und Rückfälle

Therapieabbrüche	Alkoholrückfälle		
	m	s	(n)
keiner	3,62	3,78	87
mindestens einer	5,93	5,42	45

$F = 8,18 \quad p < 0,01$

Ohne Kenntnis der Ergebnisse der Regressionsanalyse könnte man fragen: ist dieser Befund vielleicht darin begründet ist, daß Patienten mit Therapieabbrüchen eine ausgeprägtere Suchtproblematik haben, was dann einen problematischen Behandlungsverlauf mitbedingen könnte? Eine solche Annahme wird vom Ergebnis der folgenden Analyse widerlegt.

Ausprägungsgrad der Sucht: Durch dieses Merkmal wird das Kollektiv im wesentlichen aufgeteilt in die Gruppen "chronische Abhängigkeit" ($n = 83$) und "erheblicher Mißbrauch" ($n = 49$). Die Regressionsanalyse hat gezeigt, daß die Behandlung der als chronisch abhängig eingeschätzten günstiger verläuft. Dieser Befund wird durch die varianzanalytische Prüfung bestätigt. Die beiden Teilgruppen unterscheiden sich z.B. signifikant in der Häufigkeit von Entweichungen: die "chronisch Abhängigen" entweichen seltener. Die entsprechenden Analysewerte

Tab. 18: Häufigkeit von Entweichungen in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad der Sucht

Ausprägungsgrad der Sucht	Anzahl Entweichungen		
	m	s	n
chronisch abhängig	1,17	2,29	82 ⁶⁰
erheblicher Mißbrauch	2,10	2,40	48

$F = 4,86 \quad p < 0,05$

zeigt Tab. 18. Die Tatsache, daß "Frühere Therapieabbrüche" mit schwierigerem Behandlungsverlauf assoziiert ist, kann also nicht einfach damit erklärt werden, daß Therapieabbrüche auf größere Suchtprobleme hindeuten. Im Gegenteil: größere Suchtprobleme ("gemessen" durch unsere Einschätzung des Ausprägungsgrades der Sucht) gehen mit einem günstigeren Therapieverlauf einher. Natürlich kommt hierin auch ein Alterseffekt zum Ausdruck: die als chronisch abhängig eingeschätzten sind im Mittel deutlich älter als die Mißbrauchspatienten (vgl. Tab. 3). Und therapiebelastende Vorkommnisse sind bei jüngeren Patienten bekanntlich häufiger.

Alter: In den Regressionsanalysen ist "Alter bei der Aufnahme" zweimal als signifikanter Prädiktor aufgetreten, nämlich für "Gesamtrückfälle" und "Straftaten außerhalb". Jeweils sind es die

⁶⁰) Die Zahl der unklaren oder ausgeschlossenen Fälle kann auch beim gleichen Merkmal schwanken, je nachdem, welche weiteren Variablen in eine Analyse eingehen.

jüngeren Patienten, die durch eine größere Zahl therapiebelastender Vorkommnisse auffallen. Dies wird auch durch Varianzanalysen bestätigt (s.u., Tab. 19 bis 21). Wir haben zusätzlich bivariate Varianzanalysen gerechnet mit dem Ziel, Wechselwirkungen zwischen Alter und anderen Merkmalen zu erfassen. Die Ergebnisse werden im folgenden dargestellt.

Alter und Hafterfahrung: Daß die Gesamthafterfahrung der Untergebrachten keine Bedeutung haben soll für den Behandlungsverlauf, entspricht nicht den Erfahrungen bzw. Befürchtungen der im Maßregelvollzug Tätigen. Um ggf. einen verborgenen altersabhängigen Effekt erfassen zu können, wurden für mehrere Kriterien bivariate Varianzanalysen gerechnet. Tab. 19 stellt die Befunde für das Kriterium "Rückfälle" dar. Für die Varianzanalyse haben wir die Patienten nach Alter in zwei (bis 34, über 34) und nach Hafterfahrung in drei gleichgroße Gruppen aufgeteilt, so daß sich eine Sechsfeldertafel ergibt. Die Mittelwerte der Untergruppen (Anzahl Rückfälle) sind angegeben.

Tab. 19: Häufigkeit von Rückfällen in Abhängigkeit von "Alter bei Aufnahme" und "Gesamthafterfahrung"

Alter	Hafterfahrung		
	bis 16 Mo.	17 – 59 Mo.	über 60 Mo.
bis 34	6.00 (n = 27)	8.93 (n = 29)	5.17 (n = 12)
ab 35	3.59 (n = 17)	4.00 (n = 16)	5.03 (n = 33)
Gesamt:	F = 2,70,	p < 0,05	
Alter:	F = 4,88,	p < 0,05	
Hafterfahrung:	F = 1,11,	n.s.	
Wechselwirkung:	F = 1,33,	n.s.	

Wir sehen, daß auch bei Unterscheidung nach Alter dem Merkmal "Hafterfahrung" keine große Bedeutung für den Behandlungsverlauf zukommt. Ähnliche Ergebnisse liefern entsprechende Analysen für die Kriterien "Straftaten außerhalb" und "Behandlungsverlauf": jeweils kein signifikanter Wechselwirkungseffekt mit "Alter". Nur für das Kriterium "Einschätzung des Behandlungs-

Tab. 20: "Eingeschätzter Behandlungserfolg" in Abhängigkeit von "Gesamthafterfahrung" und "Alter bei Aufnahme"

Alter	Hafterfahrung		
	bis 16 Mo.	17 – 59 Mo.	über 60 Mo.
bis 34	1,70 (n = 27)	1,62 (n = 29)	1,17 (n = 12)
ab 35	2,00 (n = 17)	2,13 (n = 16)	1,73 (n = 33)
Gesamt:	F = 4,56,	p < 0,01	
Alter:	F = 10,7,	p < 0,01	
Hafterfahrung:	F = 3,71,	p < 0,05	
Wechselwirkung:	F = 0,35,	n.s.	

erfolgs" ergibt sich ein signifikanter Effekt: vor allem bei jungen Patienten mit viel Hafterfahrung haben wir die Behandlung als wenig erfolgreich eingeschätzt. Tab. 20 zeigt die Daten der

Varianzanalyse (in den Feldern die Mittelwerte des Merkmals "Behandlungserfolg", min = 1, max = 3).

Alter und frühere Therapieabbrüche: Es wurde untersucht, wie die Merkmale "Alter" und "Therapieabbruch in der Vorgeschichte" sich gemeinsam auf Verlaufsmerkmale auswirken. Tab. 21 stellt die Ergebnisse für das Kriterium "Entweichungen" dar. Es ergeben sich hochsignifikante Einzeleffekte: Patienten "ohne Therapieabbrüche" entweichen seltener als die "mit Therapieabbrüchen", und ältere Patienten entweichen seltener als jüngere. Darüber hinaus gibt es eine ebenfalls hochsignifikante Wechselwirkung: vor allem bei jüngeren Patienten sind frühere Therapieabbrüche Prädiktoren für einen schwierigen Behandlungsverlauf. Dies verwundert nicht: jüngere Menschen, bei denen bereits vergeblich Behandlungsmaßnahmen ergriffen wurden und bei denen die Anordnung des § 64 recht früh erfolgt, stellen natürlich eine besonders schwierige Problemgruppe dar. Für das Kriterium "Alkoholrückfälle" sind die Ergebnisse ganz ähnlich und ebenfalls hochsignifikant.

Tab. 21: Entweichungshäufigkeit in Abhängigkeit von "Alter bei Aufnahme" und "Therapieabbrüchen in der Vorgeschichte (unklar: n = 4)"

	Therapieabbrüche	
	keiner	mind. einmal
bis 34	1,44 (n = 45)	3,96 (n = 24)
ab 35	1,12 (n = 42)	0,90 (n = 21)
Gesamt:	F = 8,66,	p < 0,001
Alter:	F = 7,90,	p < 0,01
Hafterfahrung:	F = 9,17,	p < 0,01
Wechselwirkung:	F = 9,75,	p < 0,01

Alter und Vorstrafen: Varianzanalytisch wurde auch die gemeinsame Bedeutung von "Alter bei Aufnahme" und "Anzahl von Vorstrafen" für Behandlungskriterien geprüft. Das Ergebnis ähnelt dem gerade beschriebenen. Das Alter der Patienten zeigt einen deutlicheren Zusammenhang mit Verlaufsmerkmalen als die Vorstrafenbelastung. Für vier Verlaufskriterien ("Rückfälle", "Anzahl Fahndungsersuchen", "Behandlungsverlauf", "Behandlungserfolg") wird wieder der signifikante Alterseffekt bestätigt, während die Vorstrafenbelastung nur einmal einen statistisch erheblichen Effekt hat (p < 0,001), nämlich beim Kriterium "Behandlungsverlauf". Eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Merkmalen "Alter" und "Anzahl Vorstrafen" ist hier nicht nachweisbar. Das heißt, es ist nicht so, daß der Alterseffekt abhängig ist von der Vorstrafenbelastung, daß z.B. nur die stärker vorbestraften jungen Patienten einen problematischen Behandlungsverlauf aufweisen.

Zusammenfassend können wir feststellen: jüngere Patienten zeigen einen tendenziell schwierigeren Behandlungsverlauf. Demgegenüber ist der Effekt der kriminellen Karriere in unserem Kollektiv nicht so deutlich, wie man es erwartet hätte.

Art der Sucht: Patienten, die ausschließlich Alkohol als Suchtmittel konsumieren und solche, bei denen auch Medikamentenmißbrauch festgestellt worden ist, zeigen keine erkennbaren Unterschiede in Merkmalen des Behandlungsverlaufs. Bei Patienten, die als polytoxikoman eingeschätzt werden, die also neben Alkohol und Medikamenten auch illegale Drogen konsumiert haben, verläuft die Unterbringung dagegen besonders schwierig. Sie entweichen signifikant häufiger, fallen deutlich häufiger durch Rückfälle auf und haben schlechtere Werte bei der Einschätzung von Behandlungsverlauf und -erfolg. Tab. 21 stellt exemplarisch die Ergebnisse für das Kriterium "Rückfallhäufigkeit" dar. Bei polytoxikomane Patienten wurden im Mittel dreimal häufiger Rückfälle registriert als bei den Alkoholabhängigen bzw. Alkoholabhängigen mit Medikamentenmißbrauch, und sie entweichen im Mittel etwa doppelt so häufig. Die Aussagekraft des Ergebnisses wird dadurch etwas geschwächt, daß nur 17 Patienten als polytoxikoman eingestuft wurden. Die Stichprobe ist klein, der Effekt aber sehr ausgeprägt, so daß die Schlußfolgerung berechtigt erscheint: bei polytoxikomanen Patienten, die in den Entziehungsanstalten für Alkoholabhängige behandelt werden, handelt es sich um eine besonders problematische Patientengruppe.

Tab. 22: Suchttyp und Anzahl festgestellter Rückfälle

Suchttyp	Rückfälle (m)	n
Alkohol	4,8	81
Alkohol und Medikamente	3,9	38
Polytoxikomanie ohne Morphintyp	14,9	10
Polytoxikomanie mit Morphintyp	12,1	7

F = 12,92; p < 0,001

Frühere Behandlungen im Maßregelvollzug: Für das Merkmal "Wiederholte Aufnahme gemäß § 64" läßt sich ein signifikanter Effekt nicht nachweisen. Die Tatsache, daß ein Patient zum zweiten Mal gemäß § 64 eingewiesen worden ist (aufgrund erneuter Anordnung oder eines Bewährungswiderrufes), geht in der von uns untersuchten Gruppe nicht mit einem besonders schwierigen Verlauf der Behandlung einher. Entsprechende Effekte, untersucht für "Entweichungen" und "Alkoholrückfälle", sind weder signifikant, noch liegen sie tendenziell konsistent in der Richtung, die man erwartet hätte.

5. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

5.1 Merkmale der Untergebrachten

Das Ergebnis der Erhebung von Patientenmerkmalen läßt sich vereinfacht auf die Formel bringen: die in den Entziehungsanstalten Untergebrachten entsprechen in vieler Hinsicht der Population der in Haftanstalten einsitzenden Strafgefangenen. Deutlich unterscheiden sie sich von der Klientel freier stationärer Therapieeinrichtungen für Alkoholiker. Dies gilt für ihren sozioökonomischen Status, ihr Bildungsniveau, ihre berufliche Qualifikation und ihren Familienstand. Im Unterschied zu den Klienten freier Behandlungsstätten – und in ungefährer Übereinstimmung mit Strafgefangenen – verfügt nur ein Drittel von ihnen über eine abgeschlossene Berufsausbildung, und weniger als die Hälfte hat zumindest den Hauptschulabschluß. Sie sind fast alle vorbestraft, und zwar im Mittel (Median) siebenmal⁶¹. Etwa drei Viertel von ihnen haben vor dem Unterbringungsverfahren bereits in anderer Sache Straftat verübt. Bei der Aufnahme zur Behandlung in der Entziehungsanstalt verfügen dann 90 % über Haft Erfahrung, und zwar von im Mittel (Median) 32 Monaten⁶².

Leygraf (1987) fand in seiner bundesweiten Erhebung einen Frauenanteil von 2,7 % in den 'Alkoholentziehungsanstalten' gemäß § 64⁶³. Das Ergebnis der vorliegenden Studie ist praktisch identisch. In den vier berücksichtigten Kliniken wurden 1988 nur vier alkoholabhängige Frauen gemäß § 64 aufgenommen. Nur eine konnte in der Erhebung berücksichtigt werden. Der Frauenanteil ist damit viel geringer als in freien Suchtkliniken, wo Frauen etwa ein Viertel der Klientel stellen. Er ist auch wesentlich niedriger als der Anteil von Frauen an der allgemeinen Kriminalität und etwas niedriger als der Anteil von Frauen unter Inhaftierten (vgl. Leygraf 1988). Es gibt Gründe für die Annahme, daß alkoholabhängige Frauen eher Opfer schwerer Straftaten werden, als daß sie selbst als Täterinnen in Erscheinung treten.

Aus den Hintergrundmerkmalen der Patienten läßt sich folgern, daß sie eine insgesamt ungünstige Sozial- und Behandlungsprognose haben. Aus kriminologischer Sicht ist allein die Suchtproblematik in Verbindung mit rezidivierender Straffälligkeit schon ein Faktor, der für eine schlechte Bewährungsquote nach freiheitsentziehenden Maßnahmen spricht (vgl. S. 13). Auch aus Ergebnissen der Suchtforschung läßt sich eine ungünstige Einschätzung der Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten unserer Patienten ableiten. Bei ihrer Suche nach Prädiktoren für Behandlungserfolg stellten Küfner et al. (1986) fest, daß der Faktor "genau eine Arbeitsstelle in den letzten beiden Jahren" den stärksten positiven Effekt hatte: das stabile Eingebundensein in ein Arbeitsverhältnis geht mit einer hohen Bewährungsquote einher. Die Patienten unseres Kollektivs sind aber zu 90 % vor ihrer Festnahme bzw. Aufnahme in die Unterbringung arbeitslos gewesen, so daß von einer weitgehenden beruflichen Desintegration gesprochen werden kann. Das gleiche gilt für ihre familiäre Situation: während in der Normalbevölkerung über die Hälfte aller Personen verheiratet ist, leben weniger als 10 % der Untergebrachten vor der Aufnahme mit einer Ehepartnerin zusammen. Über die Hälfte ist ledig, fast ein Drittel geschieden. Bei den Klienten freier Suchtheilstätten finden sich Verhältnisse ähnlich der Normalbevölkerung bei

⁶¹) Arithmetisches Mittel der 131 Vorbestraften: 9,2 Vorstrafen.

⁶²) Arithmetisches Mittel des Gesamtkollektivs: 52,7 Monate.

⁶³) StGB, vgl. Fn 3

erhöhtem Anteil Geschiedener (vgl. S. 24). Eine stabile Partnerschaft gehört aber ebenfalls zu den prognostisch günstigen Faktoren bei Alkoholikern.

Im Rahmen der Evaluation wurde versucht, den zeitlichen Beginn eines erheblichen Suchtmittelmißbrauchs unserer Patienten einzuschätzen. Bei 60 % von ihnen fanden sich Hinweise auf einen erheblichen Mißbrauch vor dem 21. Lebensjahr, bei gut 20 % sogar vor dem 17. Lebensjahr (Median der Verteilung: 20). Bei den Patienten freier Suchtkliniken liegen die Werte deutlich höher: nur gut ein Viertel der von Küfner et al. (1986) erfaßten Gruppe begann den Alkoholmißbrauch vor dem 21. Lebensjahr.

Noch früher liegt im Durchschnitt bei den Untergebrachten der Beginn delinquenter Auffälligkeit, der durch Strafregistereintragen recht objektiv geschätzt werden kann. Der Median der Verteilung dieses Merkmals ist 18: fast die Hälfte der Patienten wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahres erstmals registriert straffällig und von einem Gericht ermahnt oder bestraft. Nimmt man, in Anlehnung an Leygraf (1987), das 30. Lebensjahr als Grenzwert, so sind 86,7 % unseres Kollektivs als früh kriminell auffällig zu bezeichnen. Leygraf stellte das bei 77,6 % der von ihm erfaßten Fälle fest. Die Differenz entspricht dem Trend, daß stärker dissozial geprägte Patienten in die Entziehungsanstalten kommen. Gegenüber der von Leygraf untersuchten Population liegt der Anteil von Gewalttätern in unserem Kollektiv etwa 5 % höher (vgl. S. 42).

Ein Modell, das die Straffälligkeit der Untergebrachten als Folge suchtbedingter Desintegration erklärt, wird der überwiegenden Zahl der Patienten nicht gerecht. Der größere Teil von ihnen war nie im eigentlichen Sinne sozial integriert, hat früh eine Affinität zu Suchtmittelmißbrauch entwickelt und ist ebenfalls früh und im weiteren Verlauf rezidivierend straffällig geworden.

Die Praxis der freien Suchtkrankenhilfe kann für die therapeutische Arbeit mit einer solchen Klientel nur ganz begrenzt eine Orientierung darstellen. Insofern muß Volckart (1991) und anderen Autoren deutlich widersprochen werden, wenn sie Aussagen zur angemessenen Länge der Unterbringung aus den Erfahrungen der freien Suchtarbeit ableiten. Wenn Volckart davon spricht, daß "der stationäre Teil der aufdeckenden psychotherapeutischen Behandlung einer Alkoholabhängigkeit nach etwa sechs Monaten abgeschlossen (sei)" (a.a.O. S. 138), so ist dem entgegenzuhalten: die therapeutische Arbeit mit den Untergebrachten muß auf Nachreife und den Ausgleich der enormen Sozialisationsdefizite ausgerichtet sein. Ein Konzept des Aufdeckens von Persönlichkeitskonflikten orientiert sich eher an der Problematik von Mittelschichtklienten, die über einen stabilen sozialen Hintergrund verfügen. Unter den desolaten Voraussetzungen, die viele Untergebrachte kennzeichnen, muß für eine effektive Behandlung daher eine relativ lange stationäre Therapiedauer veranschlagt werden. Küfner et al. (1988) zeigten, daß bei prognostisch ungünstigen Patienten eine lange Behandlungszeit zweckmäßig ist. Darüber hinaus haben für die Rehabilitation der Untergebrachten Maßnahmen der beruflichen Förderung und der Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung (Rauchfleisch 1990) große Bedeutung. Auf diesem Hintergrund erscheint die Praxis der westfälischen Kliniken sehr sinnvoll, die Entlassung von Patienten im Rahmen eines betreuten Langzeiturlaubs vorzubereiten.

5.2 Merkmale der Gutachten

Im Rahmen unserer Untersuchung konnten 104 schriftlich vorbereitete Gutachten evaluiert werden⁶⁴. In zwölf Fällen (8,8 %) war die Unterbringung ohne Anhörung eines Sachverständigen angeordnet worden, 17 mal erfolgte eine Begutachtung nur in mündlicher Form (12,5 %). Die Quote der entgegen § 246 a StPO ohne Begutachtung Untergebrachten liegt damit niedriger als von Externbrink (1991) und Leygraf (1987) berichtet.

Die ausgewerteten Gutachten haben im Mittel (Median) einen Umfang von 23 Schreibmaschinenseiten. Sie bewegen sich damit im unteren Bereich dessen, was für eine substantielle Stellungnahme noch ausreichend sein kann. Wir müssen aber konstatieren, daß die wenigsten Gutachten auf einer vollständigen und sorgfältigen Datenerhebung aufbauen. Auch bei Anlegung bescheidener Maßstäbe stellen wir fest, daß nur in 27 Gutachten (26 % der 104 Fälle) eine insgesamt vollständige Anamnese (allgemeine, Sucht- und forensische Anamnese) erhoben wird. In Einzelfällen, wir haben dies an Beispielen dargestellt, informieren sich die Sachverständigen nicht über den Verlauf früherer Behandlungen von Probanden, fehlt bei Sexualstraftätern eine Sexualanamnese oder wird auf medizinische Untersuchungen verzichtet, wenn erhebliche Verdachtsmomente auf forensisch relevante körperlich-neurologische Schäden hinweisen.

Ein mindestens ebenso unbefriedigendes Bild liefern die Gutachten unter inhaltlichen Aspekten. Gutachten, die der Entscheidung über eine Unterbringung gemäß § 64 dienen, sollten sich zu folgenden Fragen auf jeden Fall äußern: (1) Liegt ein Hang vor, Suchtmittel im Übermaß zu konsumieren? (2) Gehen die inkriminierten Taten auf diesen Hang zurück? (3) Sind weitere erhebliche rechtswidrige Taten aufgrund des Hangs zu befürchten? (4) Ist eine Behandlung nicht aussichtslos?

Genau dreizehn der 104 schriftlichen Gutachten nehmen zu jeder dieser vier Fragen in nachvollziehbarer Weise Stellung. Häufig enthalten die Gutachten zu einigen Punkten knappe Feststellungen, die sich sprachlich an den gesetzlichen Bestimmungen orientieren. Damit nehmen Sachverständige Urteilsformulierungen gewissermaßen vorweg und sorgen für eine reibungslose Kommunikation im Gerichtssaal. Zwischen Gerichten und "erfahrenen Gerichtspsychiatern", die sich einer solchen Sprache bedienen, gibt es natürlich keine Verständigungsprobleme. Aber streng genommen überschreiten Gutachter ihre Kompetenz, wenn sie mit Rechtsbegriffen operieren (Witter 1983, Krasney 1977). Völlig fragwürdig wird ein solches Arrangement zwischen Psychiatrie und Justiz dann, wenn die Stellungnahmen des Sachverständigen nicht auf einer nachvollziehbar abgeleiteten psychiatrischen Beurteilung fußen, sondern kaum begründete Ermessensentscheidungen darstellen. Gerne werden diese mit Floskeln wie "Aus ärztlicher Sicht" oder gar "Aus fachpsychiatrischer Sicht" eingeleitet. Auch "Fachpsychologen" sind über solche Kritik nicht unbedingt erhaben.

So stellt ein Sachverständiger am Ende seiner zwar 31 Seiten langen, aber eher nichtssagenden Ausführungen über den 27-jährigen Angeklagten fest: "Es kann erwartet werden, daß K. infolge seines Hangs weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Diese Gefahr kann ärztlicherseits nur durch eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt abgewendet werden, was bedeutet, daß die Voraussetzungen zur Anwendung des § 64 StGB ärztlicherseits vorliegen, falls das Gericht diese Maßnahme als gemäß ansieht." Mit der wesentlichen Frage der Behandlungsprognose setzt sich der Sachverständige nicht auseinander.

⁶⁴) Dreimal fehlte in den ausgewerteten Unterlagen die schriftliche Gutachtenausfertigung.

Das Phänomen, daß die "sachverständigen" Ausführungen keineswegs spezifischen Sachverstand vermitteln, daß vielmehr an die Stelle der sogenannten Alltagstheorien des Richters die Alltagstheorien des Gutachters treten (Pfäfflin 1978), begegnet uns in vielfältiger Form.

So charakterisiert ein Sachverständiger einen 29-jährigen Angeklagten in folgender Weise: "Von jeher war er Einzelgänger, eigenbrödlisch, ging seinen eigenen Weg und vermied Kontakte und Beziehungen zu anderen Menschen. Dementsprechend hat er keinen Kontakt zu seinen Geschwistern und nur einen oberflächlichen zu seinen Eltern. ... Er lebte zwar zwei Jahre mit einer älteren Frau zusammen. Hierbei handelte es sich jedoch um eine Bardame, die selbst Suchtmittelmißbrauch betrieb." Die moralische Wertung in der Schilderung eines problematischen Persönlichkeitszuges des Probanden fällt unangenehm auf. Zur "Erklärung" der Straftat, einer versuchten sexuellen Nötigung in Tateinheit mit räuberischer Erpressung, stellt der Gutachter dann fest: "Möglicherweise hat er schon alleine aufgrund seiner Beziehungs- und Kommunikationsstörung exhibitionistische Tendenzen, die bei Übermüdung und zusätzlichem Alkoholeinfluß zum Tragen kommen können."

Viele Gutachten vermitteln eine übermäßig kritisch-reservierte Haltung dem Probanden gegenüber, aus der heraus die Entwicklung eines plastischen Bildes der Betroffenen kaum möglich erscheint. Entsprechend stellte Ermer-Externbrink (1989) bei ihrer Untersuchung an Bremer Sachverständigengutachten fest, daß sie in Einzelfällen aufgrund von Gutachten Personen nicht wiedererkannte, die ihr als Patienten vertraut gewesen waren.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, daß die in den Kliniken meist sorgfältig durchgeführten und dokumentierten Eingangsuntersuchungen ein ganz anderes Bild vermitteln, daß sie Interesse am Patienten zum Ausdruck bringen und eine gute Grundlage für die Therapieplanung darstellen. Gute Hinweise auf therapeutische Ansatzpunkte liefert die in den westfälischen Kliniken übliche differenzierte psychologische Testdiagnostik.

Natürlich haben wir im Rahmen unserer Erhebung eine ganze Reihe von aufschlußreichen Gutachten gefunden, die bestimmte Aspekte der Fragestellung angemessen behandeln. Eine zusammenfassende Wertung der Sachverständigengutachten wäre ohne eine kritische Auseinandersetzung mit der Problematik des gutachterlichen Auftrags bzw. der gutachterlichen Fragestellung unvollständig. Die Frage, ob beim Angeklagten ein Hang zum Suchtmittelmißbrauch im Übermaß vorliegt, erscheint dabei recht unproblematisch, trotz (oder gerade wegen?) der unscharfen juristischen Definition des Begriffs. In unserer Erhebung zeigte sich, daß dieser Punkt von vielen Sachverständigen nachvollziehbar behandelt worden ist und auch im Nachhinein kaum Zweifel daran aufkommen, daß die Untergebrachten zu erheblichem Suchtmittelmißbrauch neigen.

Ebenso wirft der Aspekt der **Gefährlichkeitsprognose** nur geringe Probleme auf, obwohl die Vorhersage von Gefährlichkeit als besonders schwierige kriminologische Aufgabe gilt. Bei Straftätern mit dem Hang zum Suchtmittelmißbrauch drängt sich die ungünstige Prognose häufig auf. Wenn in früheren Delikten eine dissoziale Handlungsbereitschaft offensichtlich geworden ist, dann bietet der Suchtmittelhang gewissermaßen die Gewähr dafür, daß gute Vorsätze des Betroffenen nicht von Bestand sind und er im Rausch mit recht hoher Wahrscheinlichkeit destruktiven Handlungsimpulsen nachgibt. Wenn trotzdem in einigen Fällen unseres Kollektivs die Unterbringung unverhältnismäßig erscheint, weil vom Untergebrachten keine für die Allgemeinheit gefährlichen Handlungen drohen, so liegt das nicht an einer fehlerhaften Prognose. Vielmehr war den Verfahrensbeteiligten nicht klar, welcher Erheblichkeitsmaßstab an die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anzulegen ist. Sie sind vermutlich nach dem Prinzip verfahren:

ren: da eine Freiheitsstrafe jetzt nicht ganz unverhältnismäßig wäre, kann die Unterbringung es erst recht nicht sein. Diese Sichtweise ist falsch.

Der dritte wichtige Aspekt der gutachterlichen Fragestellung ist der des **Symptomcharakters** der Straftaten: sie sollen durch den Hang zum Suchtmittelmißbrauch zumindest mitverursacht sein (vgl. S. 5). Diese Voraussetzung stellt sozusagen die "Existenzgrundlage" der Entziehungsanstalt dar. Sie leitet sich aus der Annahme ab, daß Suchtprobleme in die Straffälligkeit führen können und Suchtbehandlung dementsprechend die Gefahr krimineller Rückfälligkeit vermindern kann. Wie von uns in Abschnitt 2.1 dargestellt, wird diesem Postulat der Kriminogenität des Alkohols von wissenschaftlicher Seite mit gewichtigen Argumenten widersprochen. Betrachten wir das von uns erfaßte Kollektiv, so sind bei der Mehrzahl der Untergebrachten Kriminalität und Suchtentwicklung ganz offensichtlich weitgehend parallel verlaufende Prozesse. Wir können sogar annehmen, daß viele Patienten schon Straftaten begingen und bestraft wurden, bevor ein Hang zum Suchtmittelkonsum manifest wurde. Also widersprechen auch die Verhältnisse in unserer Gruppe der Annahme, daß die Straftaten solcher Menschen im wesentlichen auf Suchtprobleme zurückgehen. Vielmehr erscheint ein Modell gemeinsamer Ursachen viel angemessener: sowohl die Neigung zu Dissozialität als auch die zum Suchtmittelabusus kann auf die desolaten Lebensverfassung vieler Untergebrachten und ihre beträchtlichen Sozialisationsdefizite zurückgeführt werden. Bei einer engen Auslegung der Voraussetzung des Symptomcharakters hätten viele Patienten nicht untergebracht werden dürfen. Wir teilen aber Leygrafs (1987) Auffassung, daß in der Unterscheidung zwischen "süchtigen Kriminellen" und "kriminellen Süchtigen" (Gerow 1983) kein Indikationskriterium für Behandlung zu sehen ist. Rasch & Stemmer-Lück (1985) stellten zum Beispiel bei einer Untersuchung an Strafgefangenen fest, daß ein knappes Viertel von ihnen sowohl behandlungsbedürftig als auch -motiviert erschien. Die Tatsache, daß bei einem Patienten auch eine 'echte' dissoziale oder kriminelle Verhaltensbereitschaft besteht, schließt nicht aus, daß er hilfsbedürftig und behandlungsfähig ist und daß die Entziehungsanstalt für einen Behandlungsversuch der richtige Ort ist.

Wenn der Aspekt des Symptomcharakters von Straftaten als zweifelhaftes Konstrukt erscheint, nimmt es nicht wunder, daß er in den Gutachten nur unbefriedigend behandelt wird. Zwar finden sich in knapp der Hälfte der Gutachten nachvollziehbare Überlegungen zu dieser Frage. Aber im Grunde wird dabei oft umschrieben, was sowieso offensichtlich ist ("Unter Alkoholeinfluß folgt der Angeklagte inneren Impulsen und Antrieben"). Daß Gutachter sich eingehender mit dem inneren Motivationsprozeß von Straftaten und mit speziellen Rauschwirkungen auseinandersetzen, ist in den Gutachten die große Ausnahme.

Der vierte und unseres Erachtens zentrale Aspekt der gutachterlichen Fragestellung ist die **Behandlungsprognose** in Hinblick auf § 64(2): die Unterbringung soll nicht angeordnet werden, wenn eine Entwöhnungsbehandlung von vorne herein aussichtslos erscheint. Mit dieser Frage setzen sich nur wenige Sachverständige angemessen auseinander. Nur gut ein Drittel der Gutachten macht zur Behandlungsprognose nachvollziehbare Aussagen, die über kurze Feststellungen hinausgehen. Wir haben insgesamt keineswegs den Eindruck gewonnen, daß das Begutachtungsverfahren eine geeignete Eingangsschwelle errichtet, um die Unterbringung von Patienten in aussichtslosen Fällen zu unterbinden. Eine Ursache ist darin zu sehen, daß viele Sachverständige die Methoden, Schwierigkeiten und Grenzen von Sozialtherapie nicht kennen. Sie stellen sich vor, daß mit den Untergebrachten irgendwie fachpsychiatrisch streng verfahren wird, daß sie mit

ihrem schlechten Charakter hart konfrontiert und in die Schranken gewiesen werden. Daß es in der Therapie z.B. darum geht, Menschen einen inneren Halt, Selbstvertrauen und lebenspraktische Kompetenzen zu vermitteln, das kommt in solchen Gutachten nicht zum Ausdruck. Aus den Fehleinschätzungen von Therapie resultieren naturgemäß Fehleinweisungen.

Ein anders gelagertes Problem der Behandlungsprognose ist darin zu sehen, daß die Einschätzung der längerfristigen therapeutischen Ansprechbarkeit eines Probanden aufgrund eines Untersuchungsquerschnitts kaum möglich erscheint, insbesondere, wenn die Ausgangsbedingungen so ungünstig sind wie bei den meisten Untergebrachten. Die im gutachterlichen Gespräch geäußerten Einsichten und Vorsätze erlauben nur ganz eingeschränkt eine Aussage über die längerfristige Mitarbeit in einer therapeutischen Gruppensituation. Hierauf werden wir in den Abschnitten 5.5 und 5.6 noch näher eingehen.

5.3 Unterbringungsurteile

Im untersuchten Kollektiv wird die Unterbringung zu gleichen Teilen von Amtsgerichten und Landgerichten angeordnet. Die Urteilsausfertigungen der Amtsgerichte haben einen wesentlich kürzeren Umfang als die von Landgerichten (Median: 5 vs. 15). Die Begründung des kürzesten Amtsgerichtsurteils unfalt eine halbe Schreibmaschinenseite. Es sind auch nur Amtsgerichte, die auf die Anhörung von Sachverständigen verzichten, in zwölf der 65 Fälle.

Die Suchtprobleme der Untergebrachten gehen aus dem meisten Urteilsbegründungen schlüssig hervor. Betrachtet man dagegen die Aspekte "Symptomcharakter der Tat", "Gefährlichkeit infolge des Hanges" und "Behandlungsprognose", so bietet sich ein weniger günstiges Bild. Nur in zwanzig Urteilen (15 % des Kollektivs) finden sich zu allen drei Aspekten Ausführungen, die über knappe Statements hinausgehen.

Nun haben wir bei der Diskussion der Gutachten gerade gezeigt, daß die Kriterien "Gefährlichkeit" und "Symptomcharakter" die weniger problematischen Unterbringungs-voraussetzungen darstellen. Auch bei den Unterbringungsurteilen sehen wir den entscheidenden Mangel in einer unzureichenden Auseinandersetzung mit der Behandlungsfähigkeit. Nur in einem Viertel der Urteile finden sich hierzu nähere Ausführungen. Dabei können Gerichte diesen Aspekt natürlich kaum in befriedigender Weise behandeln, wenn schon die Sachverständigen ihm nicht gerecht werden.

Einige Urteile lassen das Bemühen von Gerichten erkennen, den Angeklagten in der Hauptverhandlung von der Notwendigkeit einer therapeutischen Maßnahme zu überzeugen. Dies ist insbesondere dann verständlich, wenn die Ausführungen des Sachverständigen dem Gericht nicht zu einer sicheren Einschätzung der Behandlungsaussichten verholfen haben, was wohl häufiger der Fall ist. Die Situation in foro ist jedoch besonders wenig geeignet, die längerfristige Behandlungsbereitschaft eines Angeklagten einzuschätzen. In der Verhandlung ist dieser in der Regel bemüht, die ihm bezeugenden Autoritäten versöhnlich zu stimmen und seine Situation nicht durch renitentes Verhalten zu verschlechtern. Dem aufgeschlossenen Gericht gegenüber wird er leicht Einsicht zeigen und diese auch empfinden können. Ob sie im Rahmen einer therapeutischen Situation Bestand hat, hängt von vielen Faktoren ab. Allgemein neigen Menschen dazu, unverarbeitete konfliktträchtige Beziehungsmuster, die ihre frühe Entwicklung bestimmten, in Alltagssituationen zu reinszenieren. Das bedeutet in der Therapie mit Dissozialen, daß Patien-

ten Machtkämpfe provozieren, hartnäckig gegen vorgegebene Regeln trotzen und letztendlich Beziehungsangebote bis über die Grenze des Tragbaren hinaus belasten. Dies charakterisiert die Dynamik des therapeutischen Prozesses. In der Hauptverhandlung kommen solche Übertragungsbereitschaften zumeist noch nicht zum Tragen. Daher ist, um dies zu wiederholen, die in der Hauptverhandlung geäußerte Behandlungsbereitschaft keine ausreichende Basis für die Einschätzung der Behandlungsfähigkeit.

In gut 80 % der Urteile, die auch eine Freiheitsstrafe anordnen, wird der Aspekt der Vollstreckungsfolge von Strafe und Unterbringung nicht erwähnt. Dies ist vor allem dann ein gravierendes Versäumnis, wenn auf eine lange Strafe erkannt worden ist und der Patient nach einer angemessenen Behandlungszeit nicht in die Freiheit entlassen werden kann. Es gibt Hinweise darauf, daß von Gerichten die Möglichkeit des Vorwegvollzugs eines Teils der Strafe inzwischen angemessener gehandhabt wird (vgl. S. 47). Andererseits sind in der Klinik Schloß Haldem inzwischen zwei Patienten untergebracht, bei denen neben der Unterbringung auf lebenslange Freiheitsstrafe erkannt wurde, ohne die Anordnung eines teilweisen Vorwegvollzugs. Dies ist natürlich eine deprimierende Ausgangsbedingung für sozialtherapeutische Arbeit.

Die Frage der Verhältnismäßigkeit einer Unterbringung gemäß § 64 wird in 129 der 134 ausgewerteten Urteile nicht erwähnt. In der Mehrzahl der Fälle ist darin kein gravierendes Versäumnis zu sehen, da sowohl Anlaßtat als auch frühere Delikte der Betroffenen von einiger Erheblichkeit sind. In einer Reihe von Fällen erscheint es aber mehr als fraglich, daß vom Verurteilten Straftaten drohen, die *erheblich* sind im Sinne des § 64. Wir haben dies an Beispielen dargestellt (vgl. S. 48). Die Tatsache, daß eine Freiheitsstrafe für eine Straftat nicht unverhältnismäßig ist, rechtfertigt noch keineswegs die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Rasch (1991) hat vorgeschlagen, hier noch klarere Grenzen zu ziehen und nur solche drohenden Taten als Voraussetzung der Unterbringung zu akzeptieren, die auch eine Unterbringung gemäß § 63 rechtfertigen könnten.

Die Frage der Verhältnismäßigkeit hat noch einen Aspekt, der in den juristischen Betrachtungen zum Thema nicht zum Tragen kommt: die Unterbringung gemäß § 64 ist ja nicht einfach irgendeine andere Möglichkeit des Vollzugs, sondern inzwischen eine teure sozialtherapeutische Spezialbehandlung in personell gut ausgestatteten psychiatrischen Abteilungen. Die Kosten einer Unterbringung liegen bei über 100.000 DM pro Jahr. Es erscheint gesamtgesellschaftlich unverträglich, Mittel in einer solchen Größenordnung zur Verfügung zu stellen, wenn von einem 'Straftäter' das alkoholisierte Führen eines Fahrrads droht. Solche Überlegungen kommen in den Urteilen, die im Rahmen dieser Studie ausgewertet wurden, natürlich nicht zum Ausdruck. Sie sind dem Denken des Strafrichters wohl in gewisser Weise wesensfremd, der ja damit lebt, daß die Kosten eines Strafverfahrens nicht selten in keinem Verhältnis zur Höhe des angerichteten Schadens stehen.

5.4 Unterbringungsverlauf

In Kap. 3 haben wir unserer Untersuchung u.a. die Frage vorangestellt, ob die vielfach beklagten Probleme der Maßregelvollzugsdurchführung und die schwierige Situation der Mitarbeiter sich in Merkmalen des Behandlungsverlaufs widerspiegeln. Hierzu können wir ganz einfach feststellen: nach den 136 Patienten unseres Kollektivs wird im Laufe ihrer Behandlung 329 mal gefahndet und in den Krankengeschichten sind 774 nachgewiesene Suchtmittelrückfälle dokumentiert; gegen ein Viertel der Untergebrachten wird im Laufe der Therapie wegen einer neuen Straftat außerhalb der Einrichtung ermittelt. Diese Zahlen objektivieren das Erleben vieler Mitarbeiter, daß ihr Dienst in hohem Maße durch das Reagieren auf Vorkommnisse bestimmt ist und für therapeutisches Arbeiten im eigentlichen Sinne wenig Zeit und Energie bleibt. Und sie beseitigen jeden Zweifel daran, daß die Mitarbeiter in vielen Bereichen "unter ungeheurem Druck stehen" müssen (Rasch 1991).

Die Verhältnisse relativieren sich allerdings, wenn wir die jeweils unproblematischere Hälfte des Kollektivs betrachten (Teilung beim Median): nach 70 der 136 Patienten wird nämlich insgesamt nur 22 mal gefahndet und 67 Patienten fallen während der ganzen Therapie zusammen nur 78 mal durch Rückfälle auf. Dies sind erträglichere Zahlen; sie sprechen dafür, daß bei einem nicht geringen Teil der Untergebrachten ein therapeutischer Arbeitskontakt hergestellt werden kann. Und umgekehrt machen 302 Fahndungsersuchen bei 66 Patienten deutlich, daß viele Untergebrachte überhaupt nicht in ein Arbeitsbündnis einzubinden sind.

Betrachten wir zusammengefaßt einige weitere statistische Kenngrößen des Unterbringungsverlaufs: Die Dauer der Unterbringung beträgt im Mittel anderthalb Jahre (Median: 18 Monate, $m = 19,7$)⁶⁵. Nur bei der Hälfte der Patienten endet die Unterbringung in der erwünschten Weise, nämlich durch Aussetzung zur Bewährung gemäß § 67d(2). Die Unterbringungsdauer dieser zur Bewährung Entlassenen liegt unter dem Durchschnitt der Gesamtgruppe, beträgt nämlich $m = 17,5$ Monate. Genauso lang sind die 14 Patienten untergebracht gewesen, deren Unterbringung wegen Aussichtslosigkeit beendet wird ($m = 17,7$ Monate). De facto werden die Beendigungsfälle damit aber deutlich länger stationär behandelt als die zur Bewährung Entlassenen. Denn von den letzteren waren immerhin zwei Drittel vor der Entlassung für längere Zeit aus der Klinik beurlaubt, im Mittel dreißig Wochen lang. Die Kliniken wenden offensichtlich für Patienten, die nicht in die Therapie einzubinden sind, mehr Zeit und Mühe auf als für diejenigen, die in der Behandlung kontinuierlich mitarbeiten. Und es gelingt keineswegs, die Unterbringung im Falle erwiesener Aussichtslosigkeit nach einem Jahr zügig zu beenden. Dies hat vor allem zwei Gründe. Erstens wehren sich Patienten heftig gegen eine Beendigung gemäß § 67d(5), da ihnen im Falle einer solchen Entscheidung die Anrechnung der Unterbringungszeit auf die Strafe versagt wird. Insbesondere legen sie Rechtsmittel ein, die aufschiebende Wirkung haben. Zweitens ist es aus Sicht der Therapeuten nach einem Jahr die Aussichtslosigkeit weiterer Therapie nicht immer sicher einschätzbar. Bemühen sie sich dann weiter um den Patienten, so treffen diese die nachteiligen Folgen einer Beendigung allerdings umso härter. Der Rollenkonflikt der Mitarbeiter ist hier eklatant. Wenn sie sich monatelang mit einem Patienten befaßt und in bestimmten Behandlungsphasen vielleicht seine ernsthaften, aber vergebliche Bemühungen miterlebt haben,

⁶⁵) Mit den Zahlen wird die Unterbringungsdauer letztendlich unterschätzt, da einige Patienten in Unterbrechung der laufenden Unterbringung inhaftiert wurden (vgl. S. 51).

widerstrebt es ihnen natürlich zutiefst, den Patienten für sein Scheitern durch einen Antrag auf Beendigung zu bestrafen, und zwar mit einem langen Haftaufenthalt! Nur so ist angesichts der Vielzahl therapiebelastender Vorkommnisse zu erklären, daß bei nicht mehr als einem Fünftel der Untergebrachten die Beendigung beantragt wird. Und von den 26 Patienten, die ein solcher Antrag betrifft, werden nur 14 auf dieser Rechtsgrundlage aus der Unterbringung entlassen. Ein Antrag auf Umkehr der Vollstreckungsfolge, also den Vorwegvollzug der Haftstrafe, wird bei dreizehn Patienten gestellt und hat achtmal den entsprechenden Erfolg. Vermutlich wird hierin bisweilen das kleinere Übel gesehen: man will dem Patienten noch einmal eine Chance geben. Daß die Weiterbehandlung nach vorübergehendem Haftaufenthalt eine günstigere Prognose hat, erscheint allerdings wenig wahrscheinlich. W. Schmitz (1989) leitet aus den dargestellten Schwierigkeiten die Empfehlung ab, eine eventuelle Erfolglosigkeit der Therapie zum frühestmöglichen Zeitpunkt festzustellen, einen Antrag auf Beendigung dann konsequent zu verfolgen und eine gewisse diagnostische und prognostische Unsicherheit ggf. in Kauf zu nehmen. Dies ist sicherlich eine zweckmäßige Devise, die den Rollenkonflikt der Mitarbeiter aber nicht aufzulösen vermag.

Bei zwei Dritteln der in die Freiheit entlassenen Patienten gelingt es nicht, im Vorfeld der Entlassung einen Nachsorgekontakt aufzubauen. Gerade dreizehn Patienten (14,1 %) haben vor der Entlassung Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufgenommen. Bei einer Gruppe von Alkoholkern, die aus freier Entwöhnungstherapie entlassen wurden, stellten Küfner et al. (1986) dies in zwei Dritteln der Fälle fest.

Wir haben versucht, aufgrund von Behandlungsdokumentation und Epikrise den Unterbringungsverlauf und -erfolg der Patienten zusammenfassend zu bewerten. Dabei kommen wir zu der Feststellung, daß bei über einem Drittel der Patienten die Unterbringung ausschließlich hochproblematisch und in keinsten Weise konstruktiv verläuft, während andererseits bei einem Fünftel der Untergebrachten ein positiver Effekt der Behandlung deutlich erkennbar ist. Diese Einschätzung ist nur als eine grobe Orientierung zu verstehen und stellt kein abgesichertes wissenschaftliches Faktum dar. Letztlich kann die Effektivität der Maßnahme nur durch Langzeitkatamnesen abgeschätzt werden. Unsere Merkmale "Behandlungsverlauf" und "Behandlungserfolg" weisen in den statistischen Analysen allerdings eine Reihe interessanter Korrelationen auf, die für ihre Validität sprechen. In Abschnitt 5.5 werden die Zusammenhänge noch einmal erörtert.

Hinsichtlich der Verteilung therapiebelastender Ereignisse sind in unserem Kollektiv systematische Trends erkennbar. Folgende Merkmale sind mit einer hohen Zahl solcher Vorkommnisse (Entweichungen, Rückfällen und neuen Straftaten) assoziiert:

- niedriges Alter bei der Aufnahme,
- niedriges Alter bei der ersten Straftat,
- Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung in der Vorgeschichte, vor allem bei jüngeren Patienten,
- geringer Ausprägungsgrad der Sucht ("erheblicher Mißbrauch" gegenüber "chronisch abhängig").

Hafterfahrung und Vorstrafenbelastung weisen dagegen nur geringe Zusammenhänge mit dem Verhalten in der Behandlung auf. Dies kann darin begründet sein, daß lange Hafterfahrung und

hohe Vorstrafenbelastung mit höherem Alter assoziiert sind, was den vermuteten therapiewidrigen Effekt einer kriminellen Karriere u.U. kompensiert. Insgesamt legen diese Befunde die folgende Schlußfolgerung nahe: es sind eher Aspekte der Persönlichkeitsstörung, vor allem bei jüngeren, früh auffälligen "Impulsivtätern" (vgl. Wieser 1964), die erhebliche Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf mit sich bringen; das Ausmaß der Suchtproblematik ist für den Verlauf der Behandlung von vergleichsweise geringer Bedeutung. Patienten mit überdurchschnittlichem Aufnahmealter, die zwar chronisch abhängig sind, aber keine dissoziale Entwicklung aufweisen, stellen eine eher unproblematische Gruppe des Kollektivs dar. Unsere Beobachtungen decken sich mit Befunden aus der forensischen Drogentherapie: es wurde festgestellt, daß die Behandlungsergebnisse bei Klienten eher ungünstig sind, die früh mit dem regelmäßigen Konsum harter Drogen begonnen haben, während die absolute Länge der Drogenkarriere geringere prognostische Bedeutung hat (Melchinger & Schulzke 1986, vgl. W. Schmitz 1989).

Wir können aus diesen Feststellungen keine Aussagen über die Behandlungsmöglichkeiten im Einzelfall ableiten. Wenn sich auch signifikante Trends nachweisen lassen, so besitzen die Verlaufsmerkmale doch in allen Teilgruppen eine beträchtliche Varianz. Und die Tatsache, daß eine Unterbringung frei von therapiebelastenden Vorkommnissen verläuft und der Patient sich anpaßt, besagt ja nicht, daß die Behandlung erfolgreich ist (vgl. u.a. Rasch 1984, Fabricius 1991).

Wie begegnen die Einrichtungen der hohen Belastung durch therapiewidrige Vorkommnisse? Auf der Ebene der Institution wird versucht, durch eine Binnengliederung den verschiedenen Patientengruppen gerecht zu werden. Wenn die Rahmenbedingungen es erlauben, werden Bereiche mit unterschiedlichem Sicherungsgrad und unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtung geschaffen. Rasch (1986b) schlug einmal vor, Patienten, die in einen therapeutischen Arbeitskontakt nicht einzubinden sind, bei fortwährendem Kontaktangebot zumindest vorübergehend auf einer sogenannten "Parkstation" gesichert unterzubringen, um damit auch die Belastung anderer Therapiebereiche zu vermindern. Eine solche Station hat sich in Haldem allerdings "zum größten Sorgenkind entwickelt" (K. Schmitz 1989) und als derart problemträchtig erwiesen, daß dieses Konzept nun aufgegeben wird. Man hofft, die Situation besser zu bewältigen, indem die schwierigsten Patienten auf vorhandene geschlossene Stationen verteilt werden.

Auf der Ebene der Einstellung zur therapeutischen Aufgabe gibt es verschiedene Wege, der Belastung durch therapiewidriges Agieren zu begegnen. W. Schmitz (1989) versucht, die Vorkommnisse in einem anderen Sinnzusammenhang zu sehen: *"Viele Rückfälle sind 'Unfälle' auf dem langen Weg zur Wiedereingliederung, ihre Existenz macht vorangegangene Therapiefortschritte keineswegs selbstverständlich zunichte, ihre Analyse und Bearbeitung mit dem Patienten oder Klienten stellt sich viel mehr als früher als eine zentrale therapeutische Aufgabe dar."* Dem ist zuzustimmen, allerdings mit der Einschränkung, daß beim Patienten ein grundsätzliches Interesse vorhanden sein muß, auf das Therapieziel Abstinenz hinzuarbeiten. Wenn eine solche Bereitschaft im Laufe einiger Behandlungsmonate nicht ansatzweise geweckt werden kann, sind therapeutische Bemühungen sinnlos. Und das zeichnet sich bisweilen nach kurzer Zeit in der Unterbringung ab. Man muß auch befürchten, daß bei manchen Patienten ein schwacher, ambivalenter Abstinenzvorsatz trotz aller therapeutischen Bemühungen durch den forensischen Behandlungsrahmen zunichte gemacht wird. Das gefängnisartige System, so stellte Rasch (1989) einmal fest, fordere heraus, es durch Drogen- und Alkoholkonsum oder andere Regelwidrigkeiten zu unterlaufen. Wenn man die große Häufigkeit von Rückfällen der Unterbrachten in

solchen Zusammenhängen sieht, so sind sie einfach das, als was wir sie in der Erhebung registriert haben: "therapiebelastende Vorkommnisse", die an der Motivation aller Beteiligten zehren.

5.5 Das Prognoseproblem

Im vorangehenden Kapitel wurde bereits dargestellt, welche Prädiktoren für Merkmale des Unterbringungsverlaufs unsere Datenanalyse aufgezeigt hat. Im Durchschnitt verläuft die Behandlung bei jüngeren Patienten schwieriger als bei älteren. Auch läßt ein früher Beginn krimineller Auffälligkeit einen problematischeren Behandlungsverlauf erwarten. Besonders negativ ist die Prognose, wenn in der Vorgeschichte bereits Behandlungsmaßnahmen gescheitert sind. Nun wird niemand daraus die Forderung ableiten, bei solchen jüngeren Tätern auf weitere therapeutische Maßnahmen zu verzichten, um erst einmal einige Jahre dissozialer Entwicklung abzuwarten. Auch kann aus unseren Daten keine Aussage darüber abgeleitet werden, was die Behandlung in der Entziehungsanstalt bei kooperativeren Patienten langfristig erreicht. Grundsätzlich sind die Zusammenhänge nicht geeignet, eine einigermaßen verlässliche Vorhersage für den Einzelfall zu liefern. Wir haben gesehen, daß unsere Regressionsanalysen zwar hochsignifikante Ergebnisse erbringen, daß aber die aufgezeigten Korrelationen betragsmäßig nicht hoch sind, so daß auch bei Einbeziehung mehrerer Prädiktoren kaum mehr als zehn Prozent der Varianz von Merkmalen vorhergesagt werden kann. Unter Berücksichtigung der Meßfehlerbelastung der beteiligten Variablen müssen die zugrundeliegenden Zusammenhänge zwar durchaus erheblich sein. Das ändert nichts daran, daß für den Einzelfall immer nur eine Wahrscheinlichkeitsaussage gemacht werden kann.

Hanacks Feststellung (vgl. S. 13), daß der Gesetzgeber den Stand der Prognoseforschung überschätzt habe, ist hinzuzufügen: unter den derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen ist eine befriedigende Anordnungspraxis auch bei verbesserten Möglichkeiten der psychologisch-psychiatrischen Prognose kaum denkbar (vgl. a. Frisch 1992). Angesichts der erheblichen Sozialisationsmängel der Klienten der Entziehungsanstalten wird es wohl dabei bleiben müssen, daß man die therapeutischen Möglichkeiten im Einzelfall zwar eher ungünstig einschätzt, aber ein Behandlungsversuch oft nicht aussichtslos erscheint. Eine Kritik des derzeitigen Unterbringungsverfahrens, die sich auf eine Gutachterschelte beschränkt, verfehlt den Kern des Problems.

5.6 Schlußfolgerungen

Betrachtet man unsere Befunde zum Unterbringungsverlauf, so stellt sich zwangsläufig die Frage, ob die Behandlung in Entziehungsanstalten unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen sinnvoll ist, bzw. ob Aufwand und Nutzen in einem erträglichen Verhältnis zueinander stehen. Natürlich muß angesichts des ungünstigen Hintergrundes der Patienten mit Behandlungsproblemen, Rückfällen und ähnlichem gerechnet werden. Solche Vorkommnisse können im Einzelfall kein Anlaß sein, gleich das Handtuch zu werfen und weitere Bemühungen aufzugeben. Es ist aber schon erschreckend, wenn nur jeder fünfte Patient im Laufe der Unterbringung *nicht* durch Suchtmittelkonsum auffällt. Küfner et al. (1986) haben gezeigt, daß Rückfälle während der Behandlung auch Indikatoren für ein höheres Rückfallrisiko nach der Entlassung sind. In unserer Erhebung haben wir festgestellt, daß sie mit einem ungünstigen Behandlungsausgang assoziiert sind.

Behandlungsatmosphäre: Etliche wissenschaftliche Diskussionsbeiträge der letzten Jahre wehren sich jedoch gegen die These, Therapie unter Zwang sei sinnlos (vgl. Grote 1981) und vertreten recht einhellig die Auffassung, daß unter forensischen Rahmenbedingungen eine effektive Entwöhnungsbehandlung möglich sei (vgl. Duncker 1988, W. Schmitz 1989, Müller & Feit 1990, Externbrink 1990, Externbrink & Schmitz 1991, Duncker & Müller 1992). Häufig beziehen die Autoren sich auf die psychoanalytischen Verständniskonzepte von Borderlinepathologie und narzißtischer Persönlichkeitsstörung. Dem Aufbau verlässlicher therapeutischer Beziehungen wird entscheidende Bedeutung zugemessen. Viele Beiträge bringen einen hohen Anspruch an das Reflexionsvermögen, die Toleranz und das Engagement der Mitarbeiter zum Ausdruck.

So heißt es bei Externbrink (1990, S. 81): "Nur konstante Beziehungen ermöglichen die Bearbeitung der süchtigen und delinquenten Persönlichkeitsanteile. (...) Es ist wichtig, den Patienten zu vermitteln, daß sie nicht mehr in ihrem vertrauten, alten Erfahrungsfeld stehen, in dem die Zuwendung immer ein Ende hatte, spätestens wenn sie sich auffällig genug verhalten hatten."

Es wird die Möglichkeit suggeriert, daß die in der frühen Entwicklung zumeist nicht erlebte Verlässlichkeit unter den Rahmenbedingungen forensischer Behandlung therapeutisch-korrektiv vermittelt werden könne. Dies muß verwundern angesichts der Tatsache, daß jedem Patienten bei Regelverletzungen letztendlich die Verlegung in den Strafvollzug droht. Über jedem Patienten schwebt konkret als "gesetzlich festgeschriebene Drohgebärde" die Beendigung gemäß § 67d(5) (vgl. S. 7). Hier deutet sich ein Anspruch an, der mit den realen Gegebenheiten kollidiert.

Die Therapeuten der Entziehungsanstalt geben sich große Mühe, den repressiven Aspekt ihrer Tätigkeit durch hohes Engagement zu kompensieren. Aus den Veröffentlichungen spricht, um es psychoanalytisch zu formulieren, das Bemühen, gegen alle Widrigkeiten doch zu guten Objekten der Patienten zu werden. Im Zentrum der Reflexionen stehen dabei Überlegungen zur Gestaltung eines therapeutischen Behandlungsklimas. Es soll die emotionale Erfahrung eines Haltes und, im Zusammenwirken mit spezifischer Therapie, die Nachreifung von Ich-Funktionen ermöglichen. Externbrink & Schmitz (1991, S. 111) sprechen vom Ziel, "ein therapeutisches Grundmilieu in einer warmen und für alle Patienten akzeptablen Atmosphäre herzustellen". Duncker (1988, S. 74) fordert, es müsse ein Klima in der Einrichtung geschaffen werden, das dem Patienten hilft, Hoffnung zu schöpfen. Daher müsse sie sich zunächst total auf die Seite des Patienten stellen! Der Patient müsse Hoffnung schöpfen auf ein Leben in Freiheit und in Würde, ein Leben, das interessant ist und Befriedigung bietet.

Über einen bei der Aufnahme 21-jährigen Patienten, der fast ohne Hafterfahrung zur Unterbringung kommt, dokumentiert das Behandlungsteam: "Auf unsere Frage, wie er auf der Station in der Gruppe der Mitpatienten klar- komme, antwortet er: Ich fühle mich ausgestossen, nicht ernstgenommen. Jeder versucht, mit etwas zu erzählen. Meinen sie wüßten alles besser, weil sie älter sind als ich. Ich fresse alles in mich rein. Man pinkelt sogar in mein Bett."

Es mag etwas zynisch erscheinen, die Zitate und das Fallbeispiel aufeinander folgen zu lassen. Aber die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit läßt sich nicht besser veranschaulichen. Die zitierten Autoren haben recht, wenn sie die Notwendigkeit eines freundlichen und emotional stützenden emotionalen Klimas in den Einrichtungen betonen. Doch trotz ihres personellen Aufwandes und Engagements scheinen die Entziehungsanstalten ziemlich weit davon entfernt, ein solches Klima im Stationsalltag zu verankern. Es ist wohl ein Merkmal der dis- sozialen Problematik, daß ein harmonisches, entspanntes Miteinander kaum ertragen werden kann, weil es mit dem tief verwurzelten Mißtrauen vieler Patienten und ihren negativen Interna-

lisierungen unvereinbar ist, die auf frühe Erfahrungen zurück gehen (vgl. Blanck & Blanck 1978). Rückfälle, Entweichungen und das therapiebelastende Agieren insgesamt können auch verstanden werden als Mittel, die Situation entsprechend den eigenen intrapsychischen Verhältnissen zu kontrollieren und der Einrichtung zu beweisen, daß sie im Kern doch repressiv und lieblos ist.

Dafür, daß viele Patienten sich mit den therapeutischen Bemühungen der Behandlungsteams nicht identifizieren können und wollen, gibt es zahlreiche Belege. Auf einer Tagung der Psychia- trischen Universitätsklinik Bonn am 26.6.92 berichtete ein Student von seiner Hospitation auf einer Maßregelvollzugsstation. Er habe den Eindruck gehabt, daß etwa zwei Drittel der Unter- gebrachten die Therapie ablehnten und daß die für Therapie aufgeschlossenen Patienten wegen ihrer Haltung Anfeindungen ausgesetzt seien.

Über einen mehrfach wegen Diebstählen bestraften Patienten, der aber ohne Hafterfahrung in die Unterbringung kommt, heißt es in der Dokumentation: "Sein durchaus kritisches Hinterfragen eigenen Trinkverhaltens und entspre- chende Umsetzungen im Verhaltensbereich – sichtbar im Stationsalltag – führten bei Mitpatienten offensichtlich zur Etikettierung Herrn H.'s als Streber. Dieser Ruf belastet den Patienten."

Über einen Bauern, der untergebracht ist, weil er angetrunken mit dem Trecker ein Verkehrszeichen beschädigt hatte, wird festgestellt: "In den Gruppenstunden gibt er sich viel Mühe, ein therapeutisches Gespräch in Gang zu bringen. Dafür, daß er sich um Therapie bemüht, wird er von seinen Mitpatienten beschimpft."

Es ist sicherlich kein Zufall, daß es in den letzten drei Fallbeispielen jeweils eher "brave" Patien- ten mit wenig Hafterfahrung sind, die von Mitpatienten angefeindet werden und unter Druck geraten. Der hohe Personalbedarf der Entziehungsanstalten ist nicht nur in ihrem Sicherungsauf- trag begründet. Eine gute pflegerische und therapeutische Besetzung ist auch einfach erforderlich, um destruktive gruppensdynamische Prozesse in gewissem Grade auffangen und kompensieren zu können und schwächeren Patienten einen Schutz zu gewähren. Eine einzelne Pflegekraft ist auf sich alleine gestellt überfordert, diese Funktion in einer Wohngruppe von acht Patienten wahr- zunehmen.

Mitarbeiter in der Defensive: Aus Veröffentlichungen spricht eine enorme Bereitschaft, thera- piebelastendes Agieren von Patienten verständnisvoll zu begleiten.

So stellt Externbrink (1990, S. 75) fest: "Es kommt darauf an, daß wir dem Patienten vermitteln, daß wir sein Sym- ptom, d.h. die Art und Weise, mit der er versucht, einen Konflikt zu bewältigen bzw. mit einer Situation umzugehen, respektieren." Speziell auf die Rückfallproblematik bezogen formuliert Willumeit (1990, S. 138): "(Die Rückfall- bearbeitung) ist damit auch davon abhängig, wie die Mitarbeiter im therapeutischen Team das Krankheitssymptom, wenn es wieder auftritt, verkraften."

Die Fähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Entziehungsanstalten, Rückfälle und andere Vorkommnisse zu verkraften, ist unter den gegenwärtigen Umständen sehr gefordert, das zeigen unsere Ergebnisse. Rückfälle und Entweichungen sind dabei eher oberflächliche Indika- toren der Belastung im Arbeitsalltag. Wir zitierten bereits Rauchfleisch (1991), der von einer "aggressiv getönten Unersättlichkeit" dieser Patienten spricht. Mit ihr sind die Mitarbeiter auf verschiedenen Ebenen konfrontiert. Eine davon ist der Bereich der Körperlichkeit. Es ist enorm, wie es den Untergebrachten gelingt, Mitarbeiter mit ihren Beschwerden und Unpäßlichkeiten in Beschlag zu nehmen. Fachärztliche Konsile gehören bei manchen Patienten zum Wochenpro- gramm. Pflegerische und ärztliche Mitarbeiter sehen sich mit hartnäckigen Forderungen nach Medikamenten für Kopfschmerzen und andere Beeinträchtigungen konfrontiert. Natürlich sind diese Verhaltensweisen als Äußerungen zentraler Persönlichkeitsdefizite verstehbar. Und natür-

lich finden wir in Veröffentlichungen entsprechende Appelle an die Geduld und Toleranz der Mitarbeiter (vgl. Kersting & Seidel 1990).

Qua Psychosomatik eröffnen die Patienten jedoch einen wichtigen "Nebenkriegsschauplatz" (neben dem Kampf um Lockerungen vor allem), der Energie absorbiert und unter forensischen Rahmenbedingungen kaum therapeutisch zu handhaben ist. Während es unter freien Behandlungsbedingungen nicht schwerfällt, im Einzelfall entsprechende Grenzen zu setzen, riskieren die Mitarbeiter des Maßregelvollzugs mit einem 'Nein' Beschwerden, Strafanzeigen und wütenden Protest. Der institutionelle Zwangsrahmen, in dem die Patienten sich abhängig erleben, fördert regressives Verhalten und lädt dazu ein, Erfahrungen von Vernachlässigung auf die Verantwortlichen zu projizieren.

Ähnliche Schwierigkeiten, therapeutisch angemessen zu reagieren, ergeben sich im problematischen Bereich der "Suchtverlagerungen". Bei vielen Patienten ist offensichtlich, daß an die Stelle des während der Behandlung nur selten genossenen Alkohols vorübergehend Ersatzgewohnheiten treten: exzessive sportliche Betätigung, Nikotinabusus, Kaffeekonsum, abendliche Freßorgien. Viele Untergebrachte führen quasi ein Leben neben der Kaffeetasche, so wie sie in Freiheit die Bierflasche stets in Reichweite hatten. Dem Beobachter vermittelt sich eine reduzierte, resignative Lebensverfassung, die auf Mitpatienten sicherlich ansteckend wirkt. Auch hier haben forensische Entziehungsanstalten kaum Möglichkeiten, therapeutisch Einfluß zu nehmen. Darauf abzielende Regelungen könnten als Eingriffe in Grundrechte gewertet werden und sind in einer Patientengruppe, die sich nicht mehrheitlich mit einer therapeutischen Zielsetzung identifiziert, auf Dauer auch nicht durchsetzbar.

Mit der letzten Feststellung ist ein Kernproblem der Behandlung gemäß § 64 angesprochen. Es liegt im Wesen der dissozialen Problematik, daß auf Reglementierung mit großer Sensibilität reagiert wird. Für viele Patienten ist Anpassung mit Erfahrungen demütigender Unterwerfung assoziiert. Das gefängnisartige System der Entziehungsanstalten fordert heraus, es zu unterlaufen (s.o., Rasch 1989). Es ist paradox, daß Therapeuten, hinter denen die Staatsgewalt steht, dem Treiben ihrer Patienten doch in vieler Hinsicht ohnmächtig gegenüberstehen. Die große Toleranz für therapiewidriges Verhalten, die in den Veröffentlichungen zum Ausdruck kommt, kann als Identifikation mit der Ohnmacht gedeutet werden.

Die Entziehungsanstalten abschaffen? Man könnte angesichts der dargestellten Schwierigkeiten zu der Einschätzung kommen, sozialtherapeutische Entwöhnungsbehandlung im Maßregelvollzug sei sinnlos; behandlungsmotivierte Straftäter sollten auf die Angebote der freien Suchtkrankenhilfe verwiesen werden. Doch es ist unwahrscheinlich, daß diese dort die ihrer Problematik gemäße Hilfe finden. Die erheblichen Unterschiede zwischen der Klientel freier Behandlungseinrichtungen und forensischer Entziehungsanstalten haben wir dargestellt. Der folgende, in einer Krankengeschichte dokumentierte Erfahrungsbericht veranschaulicht, welche Konflikte zu erwarten sind.

Der 35-jährige, mehrfach vorbestrafte Patient ist wegen Diebstahls in besonders schwerem Fall neben der Unterbringung zu zwei Jahren Freiheitsstrafe verurteilt worden. In einem therapeutischen Einzelgespräch berichtet er von seinen Erfahrungen in einer Fachklinik: "Also die ersten vier Wochen waren ganz gut. Die ganze Umgebung, die Aufnahme usw., ganz herzlich, man konnte reden. Aber auch nicht über die Sachen, die ich da hatte. Weil das alles Leute sind, die privat viel Geld haben, Firmen besitzen usw. Also da sind keine Leute, die total vorbestraft sind wie ich. Also, ich kam da nicht klar. Ich habe es lange versucht bis zum vierten Monat und dann habe ich einen Selbstmordversuch gemacht in der Therapie. Ich habe mir die Arme aufgeschnitten, und wie es dazu kam weiß ich nicht."

Ich glaube, ich hatte eine Meinungsverschiedenheit mit dem Leiter. Also da waren so Gruppen mit Gruppengesprächen. Die erzählten dann soviel von sich und ich erzählte überhaupt nichts. Ich hörte mir das nur an, weil ich ja nicht aus mir rauskonnte. Und dann hat mir der Klinikleiter erzählt, ich sollte mitmachen. Und dann habe ich ihm erzählt, daß ich das nicht kann. Und dadurch ist es wohl gekommen, daß ich den Selbstmordversuch gemacht habe. Nach dem Selbstmordversuch habe ich vier oder fünf Rückfälle gebaut. (...) Und am 5.5.87 habe ich die Kur abgebrochen. (...) Also der Klinikleiter hat mir das auch schon gesagt: daß ich eine Langzeittherapie von zwei oder drei Jahren machen sollte. Weil das bei mir in drei oder vier Monaten nicht zu bewältigen ist. (...) Also in der Therapie in X, da war ich wie ein Ausgestossener. Da habe ich auch kein Vertrauen zu denen gehabt."

Im Unterschied zu den Behandlungsangeboten von Fachkliniken braucht die Klientel der Entziehungsanstalten

- eine längere Behandlungsdauer,
- mehr Einzeltherapie,
- mehr schulisch-berufliche Förderung,
- eine stärkere Einbeziehung des sozialen Umfeldes bzw. Hintergrundes,
- gestufte Maßnahmen der sozialen Eingliederung

(vgl. u.a. Duncker et al., undatiert; Leygraf & Windgassen 1988, Weber 1989, Rauchfleisch 1991). Das heißt, insgesamt kommt dem Element der Sozialtherapie mehr Gewicht zu als dem der reinen Entwöhnungstherapie.

Die zitierten Veröffentlichungen aus dem Bereich des Maßregelvollzugs machen deutlich, daß die Problematik der Patienten durchaus angemessen reflektiert wird. Die Entziehungsanstalten mit ihrer qualitativ und quantitativ guten personellen Ausstattung stellen eine wertvolle gesellschaftliche Ressource dar, die allerdings unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen kaum effektiv genutzt werden kann. Wesentliches Hindernis hierfür ist, daß eine Entlassung beziehungsweise umgehende Verlegung von Patienten in den Strafvollzug auch nach gravierenden Regelverstößen und schwerem therapiewidrigem Agieren nicht möglich ist. In unserem Kollektiv gelang die Beendigung der Unterbringung wegen Aussichtslosigkeit im Durchschnitt nach anderthalb Jahren. Die Versagung der Anrechnung der langen Unterbringung auf die Freiheitsstrafe führt im Falle einer solchen Entscheidung regelmäßig zu krisenhaften Zuspitzungen, die mit großen Belastungen für Patienten und Mitarbeiter einhergehen. Daher schrecken die Kliniken bei problematischen Verläufen vor Anträgen auf Beendigung gemäß § 67d(5) zurück. Schon im Vorfeld müssen sie eine beträchtliche, letztlich untherapeutische Toleranz für therapiebelastendes Agieren entwickeln. Die Absicherung eines positiven, emotional warmen Behandlungsklimas, dem in Veröffentlichungen so viel Gewicht beigemessen wird, ist im Vollzugsalltag nur unzureichend und auf manchen Stationen gar nicht möglich. Unter den gegenwärtigen Bedingungen sind die kooperativen Patienten den Anfeindungen der wenig motivierten Untergebrachten ausgesetzt.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang ein Befund der Studie von Küfner et al. (1986). Sie haben u.a. versucht, Merkmale von Behandlungseinrichtungen zu identifizieren, deren Patienten eine besonders hohe Abstinenzquote aufweisen. Dabei hat sich gezeigt, daß die erfolgreicheren Einrichtungen im Durchschnitt härter auf Alkoholrückfälle reagieren und ihre Patienten meist nach dem ersten Rückfall entlassen. Im Einzelfall stellt dies natürlich eine Härte dar. Das Vorgehen ist aber an dem Ziel orientiert, für Suchtkranke, deren Abstinenzmotivation immer zwiespältig ist, eine sichere Umgebung zu schaffen, in der eine Neuorientierung sich stabilisieren

kann. In gewisser Weise demonstrieren die Entziehungsanstalten, welche Folgen es hat, wenn die Rahmenbedingungen dies bei einer schwierigen Klientel gänzlich unmöglich machen.

Konsequenzen: Rasch, der als Institutionsberater einer Entziehungsanstalt mit diesen Problemen vertraut ist, hat auf der bereits erwähnten Tagung in Bonn (s.S. 75) eine Art Vollzugslösung für die Behandlung suchtkranker Straftäter empfohlen. Bemerkenswert ist dabei, daß er sich viele Jahre für die Maßregellösung der Sozialtherapeutischen Anstalt – § 65 StGB – eingesetzt hatte (vgl. Rasch 1985b). Dabei gehörte zu den wichtigsten Argumenten: (1) Nur eine Maßregellösung, die die Anordnung der Maßnahme durch das erkennende Gericht ermöglicht, zwingt die Verwaltungen zur Einrichtung einer ausreichenden Zahl von Behandlungsplätzen. (2) Nur eine Maßregellösung zwingt die Anstalten, Therapieverfahren zu entwickeln, die sich an den Bedürfnissen der Klienten orientieren; eine Vollzugslösung ermöglicht es ihnen, sich die ihren therapeutischen Fähigkeiten entsprechenden Patienten auszusuchen.

Was das erste Argument betrifft, hat die Maßregellösung des § 64 ihren Zweck sicherlich noch nicht erfüllt. Etwa tausend Behandlungsplätze, die in den letzten zwanzig Jahren neu geschaffen wurden, können den Bedarf an Behandlungsplätzen für Straftäter mit Suchtproblemen noch nicht abdecken. Angesichts des Aufnahmedrucks ist aber davon auszugehen, daß die Behandlungskapazitäten in den nächsten Jahren noch erweitert werden. Bezüglich des zweiten Arguments ist tatsächlich davon auszugehen, daß im Falle einer Vollzugslösung ein beträchtlicher Teil der Aufgenommenen nach einiger Zeit in den Regelvollzug zurückverlegt würde. Eine Quote von 50 %, die auch im Bereich des Sozialtherapeutischen Strafvollzugs erreicht wird (vgl. Kahlau & Otten 1991), erscheint dabei durchaus realistisch. Wir sehen aber Grund zu der Hoffnung, daß mit der verbleibenden Hälfte der motivierbaren Aufgenommenen wesentlich effektiver gearbeitet werden könnte und in der Endbilanz ein größerer Anteil der Untergebrachten von der Behandlung profitierte.

Man darf in der Diskussion auch Kostengesichtspunkte nicht außer acht lassen: die Betreuung und Sicherung der Patienten, die in die Therapie nicht einzubinden sind, ist nur mit beträchtlichem personellen Aufwand zu leisten, ohne daß dies einen erkennbaren therapeutischen Nutzen hat. Diese Aufgabe absorbiert unter den derzeitigen Bedingungen mehr Personalkapazität als die therapeutische Arbeit mit den Patienten, die zu beständiger Mitarbeit bereit und fähig sind.

Die Alternative zu einer Vollzugslösung bestünde in einer deutlichen Senkung der Mindestbehandlungsdauer. Gemäß § 67d(5) kann die Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erst angeordnet werden, wenn die Unterbringung mindestens ein Jahr vollzogen worden ist. Die Anrechnung der Unterbringungszeit auf die Haftstrafe wird in diesem Fall versagt. Die Bestimmung ist deutlich daran orientiert, daß eine Behandlung in der Entziehungsanstalt im Regelfall erfolgreich sein müsse, wenn dem Patienten andernfalls nur ausreichend schlimme Konsequenzen drohen. Dies ist jedoch eine Fehleinschätzung. Angesichts der ausgeprägten Persönlichkeitsproblematik vieler Untergebrachter, ihrer erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich des Realitätsbezugs und Anpassungsvermögens, die oft bis in's Kindergartenalter zurückverfolgt werden können, stoßen Behandlungsmöglichkeiten auf ihre Grenzen. Eine Mindestbehandlungsdauer von sechs Wochen kann im Einzelfall völlig ausreichend sein, um die Aussichtslosigkeit weiterer Bemühungen festzustellen. Zu einem so frühen Zeitpunkt ist es auch noch möglich, einen Behandlungsversuch zu beenden, ohne ein weiteres entmutigendes Trauma zu setzen. Eine Behandlungsdauer von

einem bis anderthalb Jahren stellt in solchen Fällen eine schwere Belastung für alle Beteiligten dar, an deren Ende Kränkung und tiefe Enttäuschung unvermeidbar sind.

Den Patienten für einen Mißerfolg dadurch zu bestrafen, daß die Anrechnung der Unterbringungszeit auf die Haftstrafe entfällt, ist mit therapeutischem Denken gänzlich unvereinbar. Die Regelung verschärft den Rollenkonflikt des Therapeuten enorm. Angesichts des oft insuffizienten Einweisungsverfahrens ist es unvertretbar, jedem Patienten die Verantwortung für eine Fehleinschätzung seiner Behandlungsfähigkeit aufzubürden. Wir hegen die Hoffnung, daß die von Volckart initiierte Verfassungsbeschwerde Erfolg haben wird (vgl. S. 7). Dies würde in den Einrichtungen insofern zu einer leichten Entspannung führen, als viele Patienten eine solche Konsequenz aus einem fehlgeschlagenen Behandlungsversuch dann gelassener hinnehmen könnten. Das entscheidende Problem, nämlich die unangemessen hohe Mindestbehandlungsdauer, wäre damit aber nicht ausgeräumt. Sie blockiert therapeutische Ressourcen und hindert die Einrichtungen daran, das notwendige konstruktive Behandlungsklima auf ihren Stationen mit therapeutisch angemessenen Entscheidungen sicherzustellen.

6. ZUSAMMENFASSUNG

1) Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse einer Studie über das Unterbringungsverfahren und die Behandlung alkoholabhängiger Straftäter im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB dar. Untersucht wurden Aufnahmeunterlagen und Behandlungsdokumentationen des Aufnahmejahrgangs 1988. Mit 136 Fällen konnten fast 90 % aller Aufgenommenen berücksichtigt werden.

2) Hinsichtlich Hintergrundmerkmalen wie Sozialstatus, schulischer und beruflicher Qualifikation sowie Familienstand stellen die Untergebrachten eine sozial randständige Gruppe dar, die mit dem Durchschnitt von Strafgefangenen weit mehr Ähnlichkeit aufweist als mit alkoholabhängigen Klienten freier stationärer Behandlungseinrichtungen.

3) Mehrere Merkmale sprechen für eine ungünstige Sozial- und Behandlungsprognose vieler Untergebrachter. Dazu gehören die weitgehende berufliche und familiäre Desintegration, die Verknüpfung von Suchtproblemen und Straffälligkeit, das niedrige Alter bei Beginn des Suchtmittelmißbrauchs und der dissozialen Entwicklung.

4) Bei vielen Untergebrachten muß daran gezweifelt werden, daß die Straftaten im engen Sinne symptomatisch für die Suchtprobleme sind, die Straftaten also ursächlich auf den Suchtmittelhang im Sinne des § 64 zurückgehen. Ein Modell gemeinsamer Ursachen erscheint angemessener: sowohl Straftaten als auch Suchtprobleme sind auf die Sozialisationsdefizite und die desolaten Lebensumstände vieler Patienten zurückzuführen.

5) Damit kann den Untergebrachten eine Behandlungsbedürftigkeit aber nicht abgesprochen werden. Aus den ausgewerteten Unterlagen geht hervor, daß bei fast allen Patienten ein ausgeprägter Hang zum Suchtmittelmißbrauch im Übermaß besteht. Suchtprobleme tragen entscheidend dazu bei, daß Versuche der Patienten, in der Gesellschaft Fuß zu fassen, immer wieder scheitern.

6) Die gemäß § 246a StPO vorgeschriebene Begutachtung durch einen Sachverständigen erfolgte in einem Fünftel der Fälle entweder nur in Form einer mündlich vorgetragenen Stellungnahme oder gar nicht. Die 104 schriftlich vorbereiteten Gutachten, welche ausgewertet werden konnten, weisen überwiegend erhebliche Mängel auf. Nur knapp 20 % der Gutachten gehen nachvollziehbar auf die Unterbringungs Voraussetzungen *Symptomcharakter* des Delikts und *Behandlungsprognose* i.S.v. § 64(2) ein. Manche Sachverständige haben keinerlei Erfahrung mit Psycho- und Sozialtherapie und schätzen deren Möglichkeiten und Grenzen falsch ein.

7) Auch zu den Unterbringungsurteilen ist anzumerken, daß diese meist nur in knapper Form auf die Unterbringungs Voraussetzungen eingehen. Wie bei den Gutachten besteht ein entscheidender Mangel darin, daß die Frage einer Aussichtslosigkeit der Behandlung nicht angemessen reflektiert wird. In einigen Fällen der Verurteilung durch Amtsgerichte ist das Prinzip der Verhältnismäßigkeit verletzt, weil vom Verurteilten keine Straftaten von ausreichender *Erheblichkeit* drohen.

8) Der Behandlungsverlauf des Gesamtkollektivs ist von einer beträchtlichen Zahl therapiebelastender Vorkommnisse geprägt. Nach knapp der Hälfte des Kollektivs wird im Laufe der Unterbringung insgesamt 302 mal gefahndet. Auch Suchtmittelrückfälle werden oft festgestellt: bei fast achthundert dokumentierten Rückfällen muß von einer erheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden.

9) Die Veröffentlichungen aus dem Bereich des Maßregelvollzug haben in den letzten Jahren große Bemühungen erkennen lassen, angemessene Behandlungskonzepte zu entwickeln.

10) Unter den gegebenen Rahmenbedingungen gelingt es den Kliniken jedoch nicht, die in vielen Veröffentlichungen geforderte positive Behandlungsatmosphäre im Stationsalltag zu verankern. Kooperative, für die Behandlung aufgeschlossene Patienten scheinen vielmehr den Anfeindungen anderer Untergebrachter ausgesetzt zu sein. Ein entscheidendes Hindernis muß darin gesehen werden, daß die Einrichtungen sich auch dann mit Patienten mehr als ein Jahr lang arrangieren müssen, wenn die Aussichtslosigkeit der Behandlung sich bald herausstellt. Dies zwingt die Behandlungsteams in die Defensive. Veröffentlichungen lassen eine große Bereitschaft erkennen, therapiebelastendes Agieren verstehend zu begleiten, und können gedeutet werden als Identifikation mit der Ohnmacht.

11) Daß dem Untergebrachten im Falle einer Beendigung gemäß § 67d(5) die Anrechnung der Therapiezeit auf die Strafe versagt wird, verschärft den Rollenkonflikt des Therapeuten und macht es noch schwerer, aus therapiewidrigem Verhalten angemessene Konsequenzen zu ziehen. In Hinblick auf das insuffiziente Zuweisungsverfahren ist es untragbar, jedem Patienten für eine Fehleinschätzung seiner Behandlungsfähigkeit die Verantwortung aufzubürden.

12) Eine effektive Nutzung der Möglichkeiten der Entziehungsanstalten erfordert eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dabei kommen alternativ eine Vollzugslösung oder eine Maßregellösung mit erheblich reduzierter Mindestbehandlungsdauer in Betracht.

7. LITERATUR

- Albrecht, H.-J. (1985): Alkohol und Kriminalität – Theoretische Verknüpfungen und empirische Befunde. *BewHi*, 345–357.
- Albrecht, H.-J. (1988): Kriminell weil arbeitslos? Arbeitslos weil kriminell? Der Stand der Forschung zum Zusammenhang von Kriminalität und Arbeitslosigkeit. *BewHi*, 133–147.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. T., Bonta, J., Gendreau, Paul & Cullen, F.T. (1990). Does Correctional Treatment Work? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis. *Criminology*, 28(3), 369–397.
- Becker, B.-M. (1985): Drogenklinik Frohnau, Erfahrungsbericht fünfjähriger Arbeit (1980–85). Unveröffentlichter Bericht, Berlin.
- Benton, A. L. (1982): Der Benton-Test. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Beutel, P., Küffner, H. & Schubö, W. (1980): Statistik-Programm-System für die Sozialwissenschaften (nach N.H. Nie & C.H. Hull), 3. Aufl. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blasius, J. (1991): Alkoholismus und Therapieeinahme. *SUCHT*, 37(4), 215–228.
- Crefeld, W. & Schulte, B. (1987): Das Recht der Hilfen und Zwangsmaßnahmen für psychisch Kranke. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Duncker, H. (1988): Die totale Institution zwischen Therapie und Terror. *Fragmente*, 22, 70–81.
- Duncker, H. & Müller, G. (1992): Psychoanalytische Behandlungsstrategien bei persönlichkeitsgestörten Straftätern. In M. Hermer (Hrsg.): Wege zu einer klinischen Psychotherapie. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 173–198.
- Dunker, H., Gabriel, T., Rasch, W. & Roderfeld, W. (undatiert): Westfälische Klinik Schloß Haldem, Therapiekonzept.
- Egg, R. (1990): Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. *MschKrim*, 73(6), 358–368.
- Erdmann, W. & Link, E. (1988): Hilfen, Schutzmaßnahmen und Maßregelvollzug bei psychischen Krankheiten in Nordrhein-Westfalen. Köln: Deutscher Gemeindeverlag.
- Ermer-Extembrink, M. (1989): Das psychiatrische Gutachten zur Unterbringung nach § 64 StGB – Eine Untersuchung der Begutachtungspraxis in Bremen zwischen 1972 und 1986. Lübeck: Dissertation.
- Ermer-Extembrink, M. (1991): Das psychiatrische Gutachten zur Unterbringung nach § 64 StGB – Eine Untersuchung der Begutachtungspraxis in Bremen zwischen 1972 und 1986. *MschKrim*, 74(2), 106–112.
- Extembrink, D. (1989): Forderung der klinischen Praxis zu gutachterlichen Entscheidungen und vollstreckungsrechtlichen Voraussetzungen. In: Westfälische Klinik Schloß Haldem (Hrsg.): Rechtliche und psychiatrische Aspekte der Anordnung und Durchführung der Maßregel gemäß § 64 StGB (Tagungsbericht), Sternwede.
- Extembrink, D. (1990): Konzepte zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen im Maßregelvollzug. In: Freunde der Fachabteilung (Hrsg.): 1. Bad Rehburger Fachtagung – Standortbestimmung. 3056 Rehburg 3: Fachabteilung für Suchtkranke, 67–86.
- Extembrink, D. & Schmitz, K. (1991): Maßregelvollzug nach § 64 StGB. In F. Reimer (Hrsg.): Maßregelvollzug im psychiatrischen Krankenhaus. Reihe Forum Medizin. Neuss: Janssen GmbH, 111–128.
- Fabricsius, D. (1991): Mindestanforderungen an eine "resozialisierende Sozialtherapie". *MschKrim*, 74(4), 197–209.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Göttingen: Hogrefe.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. & Antons, K. (1979): Münchner Alkoholismustest. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Frisch, Wolfgang (1992): Prognostisch fundierte Entscheidungen im Strafrecht. *Recht & Psychiatrie*, 10. Jg., Heft 4, 110–123.

- Gabriel, T. (1989): Zusammenfassung der Diskussion. In Westf. Klinik Schloß Haldem (Hrsg.): Rechtliche und psychiatrische Aspekte der Anordnung und Durchführung der Maßregel gem. § 64 StGB (Tagungsbericht), Sternwede.
- Gerchow, J. (1983): Sucht und Delinquenz – unter Berücksichtigung ihrer Bedeutung in der Persönlichkeitsentwicklung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Delinquenz – Rechtsfragen und therapeutische Möglichkeiten. Hamm: Hoheneck, 11–28.
- Glatzel, J. (1985): Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Enke.
- Göppinger, H. (1980): Kriminologie. München: Beck.
- Grote, D. (1981): Wie freiwillig muß Drogentherapie sein? *Krim.päd.Prax.*, 78, 25–30.
- Heigl-Evers, A. & Standke, G. (1989): Sachbericht zum Forschungsprojekt Selbsterleben und Objektbeziehungen von Alkoholkranken. *Suchtgefahren*, 35(3), 191–201.
- Held, H. R. v. (1987): Impulsiv-dissoziale Borderline-Persönlichkeiten – Psychogenese, Regression, Therapie, Begutachtung. *Psychother. med. Psychol.*, 37, 389–393.
- Hinz, S. (1986): Gefährlichkeitsprognose im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 122–126.
- Hoffmann, H. & Feest, J. (1986): Die "Wende" im Maßregelrecht? *Recht & Psychiatrie*, 62–65.
- Jacobsen, H.-F. (1985): Führungsaufsicht und ihre Klientel: Intentionen und Realitäten einer Maßregel. Köln: Heymann.
- Kahlau, F. & Otten, C. (1991): Vorläufiger Abschlußbericht zur Datenerhebung im Forschungsprojekt "Effizienzkontrolle sozialtherapeutischer Maßnahmen" in NRW. *ZfStrVo*, 67–71.
- Keller, U. (1969): Praxis und Erfolg der Unterbringung seelisch gestörter Delinquenten nach § 42b und 42c StGB (erläutert am Beispiel von 217 ehemals in den Heil- und Pflegeanstalten Emmendingen und Reichenau Unterbrachten). Freiburg i. Br.: Dissertation.
- Kersting, A. & Seidel, H.-G. (1990): Der Umgang mit psychosomatischen Störungen bei Suchtkranken im Maßregelvollzug. In: Freunde der Fachabteilung Bad Rehburg (Hrsg.): 1. Bad Rehburger Fachtagung – Standortbestimmung. 3056 Rehburg 3: Fachabteilung für Suchtkranke, 184–187.
- Kober, E. M. (1986): Bewährungshilfe und Ursachen des Widerrufs. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Koch, G. (1988): Katamnesen bei suchtkranken Straftätern nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Hannover: Dissertation.
- Konrad, N. (1991): Fehleinweisungen in den psychiatrischen Maßregelvollzug. *NStZ*, 315–321.
- Krasney, O.-E. (1977): Juristische Erwägungen. In R. M. A. Suchenwirth (Hrsg.): Neurologische Begutachtung. Stuttgart, New York: Gustav Fischer, 1–26.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (1986): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32, 1–85.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157–272.
- Leygraf, N. (1987): Alkoholabhängige Straftäter: Zur Problematik der Unterbringung nach § 64 StGB. *Fortschr.Neurol.Psychiatr.*, 35, 231–237.
- Leygraf, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter (Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs). Berlin: Springer.
- Leygraf, N. (1990): Standortbestimmung. In: Freunde der Fachabteilung (Hrsg.): 1. Bad Rehburger Fachtagung. 3056 Rehburg 3: Fachabteilung für Suchtkranke, 9–43.
- Leygraf, N. & Windgassen, K. (1988): Betreuung oder Überwachung – Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs? *BewHi*, 341–351.
- Lipton, D., Martinson, R. & Wilks, J. (1975): The Effectiveness of Correctional Treatment (A Survey of Treatment Evaluation Studies). New York, Washington, London: Praeger Publ.
- Mannheim, H. & Wilkins, L. T. (1955): Prediction Methods in Relation to Borstal Training. Vol. I of "Studies in the Causes of Delinquency and the Treatment of Offenders". London: Her Majesty's Stationary Office.

- Maul, H. & Lauven, D. (1986): Die Vollstreckungsreihenfolge von Strafe und Maßregel gemäß § 67(2) StGB nach der neueren Rechtsprechung des BGH. *NStZ*, 397–400.
- Melchinger, H. & Schulzke, M. (1986): Wissenschaftliche Begleitung der Fachklinik Brauel (Zwischenbericht). Hannover: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung.
- Moser, T. (1971): *Repressive Kriminalpsychiatrie* (2. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Müller, G. & Feit, U. (1990): Stationsalltag und Milieugestaltung in der Therapie mit Suchtkranken. In: *Freunde der Fachabteilung Bad Rehbürg* (Hrsg.): 1. Bad Rehbürger Fachtagung – Standortbestimmung. 3056 Rehbürg 3: Fachabteilung für Suchtkranke, 151–160.
- Palmer, T. (1991): The Effectiveness of Intervention: Recent Trends and Current Issues. *Crime and Delinquency*, 37(3), 330–346.
- Penners, B.-M. (1987): Zum Begriff der Aussichtslosigkeit einer Entziehungskur nach § 64 Abs. 2 StGB. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pfäfflin, F. (1978): Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter. *Beiträge zur Sexualforschung* Bd. 57, Stuttgart: Enke.
- Quensel, E. (1984): Kritische Betrachtungen zur Behandlung im Strafvollzug. In: I. Eisenbach-Stangl & W. Stangl (Hrsg.), *Grenzen der Behandlung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 103–120.
- Rasch, W. (1984): Zur Praxis des Maßregelvollzugs: Verhalten in der Institution als Basis der Prognosebeurteilung. In: I. Eisenbach-Stangl & W. Stangl (Hrsg.): *Grenzen der Behandlung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 128–138.
- Rasch, W. (1985a): Die Prognose im Maßregelvollzug als kalkuliertes Risiko. In: *Festschrift für Günter Blau zum 70. Geburtstag*. Berlin: Walter de Gruyter, 309–325.
- Rasch, W. (1985b): Nachruf auf die sozialtherapeutische Anstalt. *Bewährungshilfe*, 32, 319–329.
- Rasch, W. (1986a): *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.
- Rasch, W. (1986b): Die Unterbringungs Voraussetzungen nach § 64 StGB. *Psychiat. Praxis*, 13, 81–87.
- Rasch, W. (1988): Probleme des Maßregelvollzugs – Gefährlichkeit, Risikobereitschaft, Verhältnismäßigkeit. In: F. Böcker & W. Weig (Hrsg.): *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 413–420.
- Rasch, W. (1989): Sozialtherapie im Maßregelvollzug – Die psychiatrische Lösung. *MschKrim*, 72(2), 115–121.
- Rasch, W. (1991): Voraussetzungen der Unterbringung nach § 64 StGB aus psychiatrischer Sicht, Gründe für die Bestimmung der Vollstreckungsreihenfolge gemäß § 67 StGB, § 67d(5) StGB. *Recht & Psychiatrie*, 109–114.
- Rasch, W. & Stemmer-Lueck, M. (1985): Crime, Personality, and Treatment Needs in German Prisoners. In: D. P. Farrington & J. Gunn (Hrsg.): *Reactions to Crime: the Public, the Police, Courts and Prisons*. London: John Wiley & Sons Ltd, 157–182.
- Raschke, P. & Schliehe, F. (1985): Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten (Langzeitstudie am Beispiel des "Hammer Modells"). Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Rauchfleisch, U. (1981): Dissozial (Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (1990): Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für die Psychotherapie von Borderline-Patienten auf "niederen Strukturniveau". *Forum Psychoanal.*, Heft 6, 175–186.
- Rauchfleisch, U. (1991): Psychodynamik und Psychotherapie von Alkoholabhängigen mit dissozialen Tendenzen. *SUCHT*, 37, 289–299.
- Rost, W.-D. (1986): Konzeption einer psychodynamischen Diagnose und Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Suchtgefahren*, 32, 221–233.
- Rotthaus, K. P. (1985): Die gesetzliche Regelung des Maßregelvollzugs im Lande Nordrhein-Westfalen. *NStZ*, 441–444.
- Schalast, N. (1992): Zur Bedeutung von Frustration in der forensischen Sozialtherapie. In: A. Kühne (Hrsg.): *Aktuelle Beiträge zur Rechtspsychologie*. (1. Deutscher Psychologentag Dresden 1991, Kongreßbericht). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

- Scheller, R., Prinz, M. & Hättich, A. (1989): Zur Problematik der Quantifizierung von Behandlungsergebnissen – Fünfjahreskatamnese stationär behandelter Abhängiger. *Zeitschr. klin. Psychol.*, XVIII(2), 159 – 165.
- Schewe, G. (1983): Rechtliche Ausgangssituation bei Alkoholdelinquenz und anderen berauschenden Mitteln. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.): *Sucht und Delinquenz* (Rechtsfragen und therapeutische Möglichkeiten). Hamm: Hoheneck, 43–54.
- Schmitz, K. (1989): Behandlungskonzept der Westfälischen Klinik Schloß Haldem für alkoholranke und medikamentenabhängige Maßregelpatienten. In: *Westfälische Klinik Schloß Haldem* (Hrsg.): *Rechtliche und psychiatrische Aspekte der Anordnung und Durchführung der Maßregel gemäß § 64 StGB* (Tagungsbericht). Stewwede, 19–26.
- Schmitz, W. (1989): Besondere Aspekte der Therapie betäubungsmittelabhängiger Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. In: *Westfälische Klinik Schloß Haldem* (Hrsg.): *Rechtliche und psychiatrische Aspekte der Anordnung und Durchführung der Maßregel gemäß § 64 StGB* (Tagungsbericht). Stewwede, 39–63.
- Schorsch, Eberhard (1991): Kurzer Prozeß? Ein Sexualstraftäter vor Gericht. Hamburg: Klein-Verlag.
- Streitbürger, G. & Trampe, W. (1991): Pflege im Maßregelvollzug. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 349–353.
- Volckart, B. (1984): *Maßregelvollzug*. Darmstadt, Neuwied: Luchterhand.
- Volckart, B. (1988): Wie ist die Stellungnahme des Maßregelkrankenhauses gegenüber der Strafvollstreckungskammer rechtlich einzuordnen? *Recht & Psychiatrie*, 9–10.
- Volckart, B. (1991): *Maßregelvollzug* (3. Auflage). Neuwied, Berlin, Krefeld: Luchterhand.
- Weber, F. (1989): Das Konzept der entwicklungsbedingt strukturellen Ich-Störungen – Ein Bezugsrahmen für die Arbeit mit extrem randständigen Patienten? *Psychother. med. Psychol.*, 39, 390–396.
- Wieser, S. (1964): Zur Persönlichkeit des Alkoholtäters. In: T. Württemberg & J. Hirschmann (Hrsg.): *Kriminalbiologische Gegenwartsfragen*, Heft 6. Stuttgart: Enke.
- Willumeit, C. (1990): Rückfallarbeit im Maßregelvollzug ... In: *Freunde der Fachabteilung* (Hrsg.): 1. Bad Rehbürger Fachtagung – Standortbestimmung. 3056 Rehbürg 3: Fachabteilung für Suchtkranke, 132–142.
- Winnicott, D. W. (1958/59): Über die Fähigkeit, allein zu sein. *Psyche*, 12, 344–352.
- Witter, H. (1983): Richtige oder falsche psychiatrische Gutachten? *MschKrim*, 66, 253–266.