

Klaus Hoffmann

Migranten im Maßregelvollzug

Der Anteil an Migranten in der forensischen Patienten-Population nimmt weiter zu. Dies zeigen neue Erhebungen aus Baden-Württemberg, Hessen und Bayern. Bei den Unterbringungen nach § 64 StGB handelt es sich überwiegend um Spätaussiedler aus den früheren GUS-Staaten. Hier stehen intensive therapeutische Bemühungen um die Integration in die deutsche Gesellschaft ganz im Vordergrund. Zum einen geht es um das Erlernen der deutschen Sprache, zum anderen auch um die Aufarbeitung der häufigen traumatischen Gewalterfahrungen sowohl in den Herkunftsfamilien als auch in dortigen Institutionen. Migranten aus anderen Ländern, seien es rechtlich Ausländer oder Deutsche, kommen überdurchschnittlich häufig in nach § 63 StGB angeordnete Behandlungen. Offensichtlich werden sie vom allgemeinspsychiatrischen und psychotherapeutischen Netz deutlich schlechter erreicht als Einheimische. Unbehandelte oder ungenügend behandelte Psychosekranken werden häufiger straffällig als korrekt Behandelte. Therapeutisch stehen hier Klärungen ausländerrechtlicher Belange an, inhaltlich geht es oft um Aufarbeitungen komplexer Familien- und Deliktgeschichten. Die Problematik wird anhand von Kasuistiken dargestellt.

Schlüsselwörter: Transkulturelle Psychiatrie, forensische Psychotherapie

Migrants in forensic psychiatric units

Compared with their proportion in the general population, migrants are over-represented in the German forensic system, according to recent surveys in Bavaria, Hesse and Baden-Württemberg. Among those detained for addiction treatment (§ 64 StGB) a large proportion of migrants originate from former Soviet states but have a German ancestry. Intensive therapeutic efforts for better integration, improving language skills and reprocessing of traumatic memories are central elements of treatment. Among those detained for treatment of mental illness (§ 63 StGB, sentenced due to serious violence and manslaughter) foreign citizens are over-represented, apparently after falling through the net of the general psychiatric system. Untreated or insufficiently treated people with psychotic disorders more often commit criminal offences. Therapy involves clarifying immigration issues and reprocessing of complex family and offence narratives. Case reports are used to illustrate common problems.

Key words: Transcultural psychiatry, forensic psychiatry, forensic psychotherapy, migration, Germany

Einleitung

Die psychiatrische, psychotherapeutische, suchtmittelmedizinische und psychosomatische Versorgung von Migranten wird in der Fachöffentlichkeit zunehmend diskutiert, für die Situation in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie werden im Folgenden die ersten aktuellen Erhebungen geschildert und bewertet. Der Migrantenanteil bei forensischen Patienten liegt höher als in der Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik, aber niedriger als im Justizvollzug und über dem Bevölkerungsanteil der Migrantenpopulation. Inhaltlich geht es in den Behandlungen oft um komplexe ausländer- und sozialrechtliche Fragestellungen, psychotherapeutisch um die Durcharbeitung migrationsspezifischer Traumatisierungen, und im pädagogischen Bereich sind häufig Unterrichtsprogramme zur Verbesserung der Sprachkompetenz auf Deutsch von großer Bedeutung. Mitpatienten wie Mitarbeiter sind Teil gesellschaftlicher Abwertungs- und Ausschließungsprozesse gegenüber Migranten, dies gilt es im Alltag zu reflektieren.

Aktuelle Grundlagen

Mit dem Inkrafttreten des Mikrozensus-Gesetzes 2005 wurde die Definition des Migrationshintergrunds vereinheitlicht. Der aktuelle Migrationsbericht (2007: 188) differenziert für Per-

sonen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne – in Übereinstimmung mit dem Statistischen Bundesamt (2008: 7) – Folgendes:

- 1 Personen mit eigener Migrationserfahrung (Zugewanderte)
 - 1.1 Ausländer
 - 1.2 Deutsche
 - 1.2.1 ohne Einbürgerung
 - 1.2.2 Eingebürgerte
- 2 Personen ohne eigene Migrationserfahrung (nicht Zugewanderte)
 - 2.1 Ausländer (zweite und dritte Generation)
 - 2.2 Deutsche
 - 2.2.1 Eingebürgerte
 - 2.2.2 Deutsche mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil
 - 2.2.2.1 mit beidseitigem Migrationshintergrund
 - 2.2.2.2 mit einseitigem Migrationshintergrund

Staatliche Grenzen werden bei dieser Definition absolut gesetzt. Wer von Schleswig-Holstein an den Bodensee migriert, zählt nicht als Migrant, wer in Grenznähe bleibt, aber aus einem Nachbarstaat migriert, hingegen schon.

2007 lebten 15,4 Millionen Menschen mit so definiertem Migrationshintergrund in Deutschland, dies sind 18,7 % der

Gesamtbevölkerung 7,3 Millionen (8,9% der Gesamtbevölkerung) besitzen keinen deutschen Pass. Personen mit Migrationshintergrund leben seltener allein (11,8% gegenüber 19,7%), die klassische Familie mit Eltern und Kindern kommt bei ihnen häufiger vor (56,2% gegenüber 34,1%). Ehepaare ohne Kinder, Alleinerziehende oder alternative Lebensformen sind bei ihnen dagegen erheblich seltener. Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich trotz gewisser Verbesserungen in den letzten Jahren weiterhin deutlich hinsichtlich der Bildungsbeteiligung von jenen ohne Migrationshintergrund; 12,6% haben keinen allgemeinen Schulabschluss und 46,0% keinen beruflichen Abschluss (Personen ohne Migrationshintergrund: 1,6% bzw. 21,2%) (Statistisches Bundesamt 2008, S. 7 f.).

Die Polizeilichen Kriminalstatistiken (PKS) stellen ebenso wie die Strafvollzugs- und Maßregelvollzugsstatistiken erst nach und nach auf diese Definitionen um. Der baden-württembergische Maßregelvollzug macht hier gerade mit der neuen landesweiten Forensischen Basisdokumentation FoDoBa einen Anfang.

Ausländer

Der Anteil von Nicht-Deutschen an dem in der PKS erfassten Kriminalitätsaufkommen ist überproportional hoch: Bei einem Ausländeranteil von unter 10% besaßen 2007 in Deutschland 490 278 = 21,4% aller ermittelten Tatverdächtigen nicht die deutsche Staatsangehörigkeit, wobei dieser Anteil bei ähnlichem Bevölkerungsanteil 1984 noch 16,6%, 1993 allerdings 33,6% betragen hatte (PKS 2007: 9).

Die PKS erfasst die von der Polizei bearbeiteten rechtswidrigen Taten einschließlich der vom Zoll bearbeiteten Rauschgiftdelikte. Es handelt sich um eine reine Tatverdächtigenzählung, die keine Aussage darüber trifft, ob und wie die Taten später abgeurteilt werden. Nicht enthalten sind in der PKS Ordnungswidrigkeiten, Staatsschutz- und die forensisch durchaus relevanten Verkehrsdelikte. Ein Vergleich der tatsächlichen Kriminalitätsbelastung der nichtdeutschen Wohnbevölkerung wird weiterhin dadurch relativiert, dass tatverdächtige Ausländer, die sich illegal oder nur kurzfristig in Deutschland aufhalten, in der Bevölkerungsstatistik nicht erfasst, in der PKS jedoch als Tatverdächtige gezählt werden.

Die hohen Tatverdächtigenanteile von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bei Straftaten gegen Ausländer- und Asylverfahrensgesetze sowie bei Urkundenfälschung hängen mit illegaler Einreise und dem Aufenthaltsstatus zusammen. Die seit Langem in Deutschland lebenden und beruflich integrierten Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit spielen im Kriminalitätsgeschehen Deutschlands eine eher geringe Rolle (PKS 2007, S. 9).

Nichtdeutsche Tatverdächtige weisen soziodemografische Unterschiede (z. B. geringere berufliche Qualifikation, höhere Arbeitslosigkeitsquoten etc.) auf und werden häufiger angezeigt; schon deshalb ist eine erhöhte registrierte Kriminalität zu erwarten.

Soweit als Tatverdächtige ermittelt, fallen Asylbewerber und Illegale insbesondere durch Verstöße gegen Ausländerrecht

sowie durch Ladendiebstahl auf. Touristen und Sonstige werden neben diesen Bagatelldelikten und Verstößen gegen das Ausländerrecht häufiger auch des Drogenhandels und schweren Diebstahls verdächtigt.

Bei der Strafzumessung (§ 46 StGB) darf weder von einer stärkeren Strafeempfindlichkeit von Ausländern ausgegangen werden noch davon, dass Ausländer wegen des Missbrauchs des Gastrechts besonders hart zu bestrafen sind (FISCHER 2008 § 46 StGB Rn. 43).

§§ 53–55 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) (letzte Änderung am 22.12.2008), das am 1.1.2005 das Ausländergesetz ablöste, regeln die »zwingende Ausweisung« (§ 53), die »Ausweisung im Regelfall« (§ 54) sowie die »Ermessensausweisung« (§ 55).

Zwingend wird insbesondere ausgewiesen (§ 53 AufenthG), wer

1. »wegen einer oder mehrerer vorsätzlicher Straftaten rechtskräftig zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt worden ist oder wegen vorsätzlicher Straftaten innerhalb von fünf Jahren zu mehreren Freiheits- oder Jugendstrafen von zusammen mindestens drei Jahren rechtskräftig verurteilt oder bei der letzten rechtskräftigen Verurteilung Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist oder
2. wegen einer vorsätzlichen Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz, wegen Landfriedensbruches ... rechtskräftig zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und die Vollstreckung der Strafe nicht zur Bewährung ausgesetzt worden ist oder ...«

In der Regel wird u. a. ausgewiesen (§ 54 Nr. 1 AufenthG), wer »wegen einer oder mehrerer vorsätzlicher Straftaten rechtskräftig zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und die Vollstreckung der Strafe nicht zur Bewährung ausgesetzt worden ist« (zu Fällen eines besonderen Ausweisungsschutzes z. B. bei anerkannten Asylberechtigten vgl. § 56 AufenthG).

Für verurteilte Ausländer im Straf- wie im Maßregelvollzug gilt der § 456 a StPO: »Die Vollstreckungsbehörde kann von der Vollstreckung einer Freiheitsstrafe, einer Ersatzfreiheitsstrafe oder einer Maßregel der Besserung und Sicherung absehen, wenn der Verurteilte wegen einer anderen Tat einer ausländischen Regierung ausgeliefert oder wenn er aus dem Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes ausgewiesen wird.« Die Strafvollstreckung in Deutschland gegen Ausländer, die nicht in Deutschland ansässig sind und daher schnell ausgeliefert oder ausgewiesen werden sollen, wird unter den Gesichtspunkten der Resozialisierung und der Sicherung vor gefährlichen Straftätern auch als wenig sinnvoll angesehen.

Patienten, die wegen Vorliegens von Schuldunfähigkeit gemäß § 20 StGB in den Maßregelvollzug eingewiesen werden, sind von den §§ 53 bis 55 AufenthG in der Regel nicht betroffen, da sie für die ihnen nachgewiesenen Taten nicht bestraft werden. Einweisungen wegen eingeschränkter Schuldfähigkeit gemäß § 21 StGB schützen hingegen vor Ausweisung nicht, da nicht nur die forensische Unterbringung, sondern auch eine Strafe ausgesprochen wird.

Wollen ausländische forensische Patienten im Rahmen ihrer Behandlung in ihr Heimatland zurück, müssen sie dies selbst bei der Justiz beantragen. Dann prüft die Strafvollstreckungsbehörde, ob dort eine gleichartige Behandlung möglich ist. Bei einem unserer Fälle führte die Abklärung dazu, dass der Patient es vorzog, in Deutschland rehabilitiert zu werden, da die forensische Versorgung in seinem Heimatland keine offene rehabilitative Behandlung ermöglicht und deutlich seltener überprüft wird:

Kasuistik 1

Seit mehr als fünf Jahren äußerte der 1959 geborene Herr C. aus Süditalien, der seit 1994 nach einem versuchten Totschlag und schwerer Körperverletzung, begangen an seinem Hausarzt, unter den Voraussetzungen des § 20 StGB nach § 63 StGB forensisch behandelt wurde, intensiv den Wunsch, in seine Heimat zurückzukehren.

Herr C. ist das zweite von insgesamt acht Kindern einer süditalienischen Familie und wuchs bei einer Tante dort auf, da seine Eltern zur Arbeitsaufnahme nach Deutschland zogen. Mit guten Leistungen schloss er in einer Kleinstadt in Italien die Realschule ab, schildert sich als leistungsorientiert, aber zurückgezogen. Auch um dem Militär zu entgehen, folgte er seinen Eltern im Alter von neunzehn Jahren nach Deutschland. Ab dem Alter von 23 Jahren erfolgten wegen einer psychotischen Erkrankung insgesamt dreizehn stationäre Behandlungen. Die Diagnosen lauteten Katatonie, Depression und Suizidalität. Bereits bei der ersten Behandlung wurden akustische Halluzinationen und aggressive Gespanntheit beschrieben. Mit 32 Jahren heiratete er. Im selben Jahr wurde die ältere Tochter geboren, die im Alter von sechs Monaten starb. Die zweite Tochter wurde zwei Jahre später geboren, drei Jahre später ließ sich seine Frau von ihm scheiden. Als wesentliche Ursache für die Trennung wurden Tötlichkeiten des Patienten gegen seine Ehefrau sowie größere Zerstörungen von Mobiliar in der Wohnung durch ihn beschrieben. In der Krankengeschichte wird die lange Zeit völlig fehlende Krankheitseinsicht des Patienten erwähnt.

Im Alter von 35 Jahren, zur selben Zeit, als die Ehefrau sich von ihm trennte, verletzte Herr C. seinen Hausarzt in der Praxis schwer, weil er ihn für den Tod seiner einen und die nicht zu bessernde Krankheit seiner anderen Tochter verantwortlich machte.

In der forensischen Behandlung wiederholten sich zunächst die Erfahrungen aus der Allgemeinpsychiatrie. Schwerste Ein- und Durchschlafstörungen, gefördert durch exzessiven Kaffee-Konsum, Gespanntheit, Verschlussheit, Schwierigkeiten mit der Psychopharmaka-Einnahme und eher einsilbige Gespräche über alltägliche Probleme bestimmten den Verlauf. Das Regierungspräsidium verfügte bald nach dem Urteil die Ausweisung des Patienten, gegen die er keinen Widerspruch einlegte, da er nach Italien zurück wollte. Intensive Beratungen mit einem externen italienischen Sozialarbeiter führten zu dem Ergebnis, die juristisch mögliche Abschiebung in eine italienische Forensik nicht vorzunehmen, sondern die Behandlung in unserer Abteilung so weit durchzuführen, bis die Psychopathologie des Patienten eine Übernahme in den ambulanten allgemeinpsychiatrischen Dienst in Italien gestatte. Sein Bruder und seine

Mutter äußerten die Bereitschaft, den Patienten trotz seines Delikts, seiner Erkrankung und seiner Arbeitsunfähigkeit aufzunehmen, sofern er finanziell nicht auf sie angewiesen sei und er seine Medikamente nehme.

Die Gespräche mit dem externen italienischen Sozialarbeiter und einem Rechtsanwalt waren in den ersten Jahren intensiver als diejenigen mit dem Therapeuten oder der Bezugspflege. Auch in der Gruppenpsychotherapie schwieg der Patient meist, außer wenn er mit italienischen Mitpatienten kurze italienische Sätze wechselte. Regelmäßig dekompenzierte er vor den jährlich stattfindenden Anhörungen durch die Strafvollstreckungskammer psychotisch, sodass ihm bescheinigt wurde, noch nicht in der Lage zu sein, in ein offenes Setting nach Italien ausreisen zu können. Eine spürbare Entlastung bedeutete die Berentung wegen seiner Erkrankung. Dies ermöglichte ihm Unabhängigkeit in Italien sowie großzügige Geschenke an seine Tochter.

Erst in einer über drei Jahre konstanten Einzel- und Gruppenpsychotherapie wurden die Inhalte seiner Lebens-, Krankheits- und Deliktgeschichte so verknüpft, dass über eine langsame stufenweise Rehabilitation eine Ausreise zu seinen Angehörigen möglich wurde. Vor allem in der Einzelpsychotherapie, gelegentlich auch in der Gruppenpsychotherapie, schilderte er, dass seine Krankheit, die Psychose, wie er sie selbst benannte, sein Arbeitsleben und seine Liebesbeziehung mit seiner Frau zerstörte. Er verkräftete den medizinisch ungeklärten Tod seiner ersten Tochter nicht. Sie lag einfach tot im Bett, nachdem er mit ihr einen Tag zuvor wegen einer Infektion beim Arzt gewesen war. Intensiv fragte er wochenlang Mitpatienten in der Gruppe, wie das Schicksal ihrer Partnerinnen und Kinder verlaufen sei. Ins Wahnhafte gingen immer seine Vermutungen, wer mit wem auf der Station eine sexuelle Beziehung habe. In der Einzelpsychotherapie schilderte er dann, wie anfangs seine Familie gegen die Beziehung mit seiner Partnerin gewesen sei. Er war langsam und schüchtern gegenüber Mädchen gewesen, aber sie hatte sich trotzdem auf ihn und sein Werben eingelassen. Sprachlich wie kulturell war er in Deutschland fremd geblieben, immer wieder äußerte er sein Bedauern darüber, was er dem Arzt angetan habe. Dieser habe vermutlich keinen Kunstfehler bei seiner Tochter gemacht, der Patient wollte aber auf keinen Fall eine Klärung im Nachhinein, betonte aber, er habe ihn auch sprachlich gar nicht verstanden. Nachfragen nach seinem konkreten psychotischen Erleben beantwortete er erleichtert lächelnd mit einer abwiegelnden Handbewegung, es sei vorbei, ebenso wie die fremdaggessiven Handlungen, die schon schlimm waren. Beides war wohl traumatisch für ihn, die Therapie half ihm, einen Frieden in einer Welt vorzubereiten und schließlich zu finden, die er wegen der Anforderungen des Wehrdienstes einmal verlassen hatte und in der er als Rentner wieder leben kann.

Wir leiteten die Arbeitsaufnahme in einer Werkstatt für Behinderte ein, wo der Patient insgesamt 18 Monate arbeitete. Ferner lebte er im Rahmen des § 63 StGB in einem offenen Heim, trainierte Grundfertigkeiten des Haushalts (Einkaufen mit geringen finanziellen Mitteln, Kochen, Hygiene, Betten machen) und hatte fast zwei Jahre freien Ausgang auch außerhalb des Klinikgeländes.

Ebenfalls zwei Jahre lang besuchte er regelmäßig seine Schwester, die in einer deutschen Kleinstadt ein gut gehendes Geschäft

betreibt, sowie seine Tochter, die von der ehemaligen Ehefrau vorher zur Schwester gebracht wurde.

Etwa sechs Monate vor der Ausreise liierte er sich mit einer Mitpatientin in der Werkstatt für Behinderte, in der er über ein Jahr meist zuverlässig tätig war. Dies führte jedoch nicht dazu, dass er seine Ausreisewünsche änderte.

In regelmäßigen Gesprächen mit der Schwester wurde die Ausreise vorbereitet. Eine italienisch sprechende Mitarbeiterin unserer Abteilung sprach in Italien persönlich mit seinem Bruder und seiner Mutter, ferner mit dem sozialpsychiatrischen Dienst und dem Hausarzt. Die beiden begleiteten ihn schließlich auch nach Italien. Einen Urlaub zur Vorbereitung dort hatte die Staatsanwaltschaft abgelehnt. Die Abschiebung erfolgte im Verzicht auf den Vollzug der Maßregel nach § 456 a StPO, da aus ärztlicher Sicht die Entlassung in die Freiheit nach Italien verantwortet werden konnte. Die Mitteilungen von ihm selbst und von seinen Angehörigen deuten darauf hin, dass es ihm bis zum heutigen Tag (fünf Jahre nach der Ausreise) psychisch gut geht und er nicht mehr delinquierte.

Spätaussiedler und ihre Angehörigen

Eine seit einigen Jahren stärker ins Blickfeld geratene Gruppe der epidemiologischen wie kriminologischen Migrationsforschung stellen die Spätaussiedler dar, deutsche Volkszugehörige im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes (GG) aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion sowie anderer (meist osteuropäischer) Staaten wie Polen und Rumänien, ferner ihre mit ausreisenden Familienangehörigen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Zwischen 1990 und 2007 reisten fast 2,5 Millionen Menschen im Rahmen des (Spät-)Aussiedlerzuzugs nach Deutschland ein, die meisten 1990 (397 073). Seit 1994 (222 591) nimmt die jährliche Immigration deutlich ab, 2000 lag sie mit 95 615 erstmals seit 1988 unter 100 000, 2007 waren es noch 5 792 Aussiedler und ihre Angehörigen (Migrationsbericht 2007, S. 46f.).

Die Aussiedler der ersten Zuwanderungswellen galten ähnlich wie die Heimatvertriebenen in den 1940er- und 1950er-Jahren als jung, fleißig, bescheiden und motiviert. Die Integration gelang in der Regel. Als zentrale Integrationshindernisse stellen sich in den letzten zehn Jahren mehr und mehr Sprachdefizite und Probleme der schulisch-beruflichen Ausbildung dar. Obwohl seit 1996 ein Sprachtest Bestandteil des Aufnahmeverfahrens ist, reist häufig lediglich ein ›Russlanddeutscher‹ mit mehreren russischen Angehörigen aus (BANNENBERG & BALS 2006).

Spätaussiedler leben als Deutsche unter Deutschen und doch in einem fremden Land. Oft prallen die Hoffnungen vor der Ausreise und die Realität in Deutschland, vor allem die hohe Arbeitslosigkeit und eine häufig vorhandene Skepsis gegenüber Migranten, krass aufeinander (HOFFMANN 2007a). Für viele könnte es leichter sein, als Fremde in der Fremde denn als Fremde im eigenen Land zu leben. Ihre Integration wurde materiell erleichtert durch den direkten Einschluss in alle Leistungsbereiche der Sozial- und Rentenversicherung entsprechend dem Fremdrentengesetz sowie zumindest in den vergangenen Jahren durch erhebliche Eingliederungshilfen. So wurden die Spätaussiedler zu einer im Vergleich zur zugewanderten

Ausländerbevölkerung materiell privilegierten Minderheit. Die Einwanderungssituation wurde andererseits psychologisch erschwert durch die Überschätzung der vermittelnden Kraft ethno-nationaler Bindewirkungen. Die Spätaussiedler sind in der einheimischen Bevölkerung deutlich weniger willkommen als die Heimatvertriebenen nach dem Zweiten Weltkrieg. Statistiken über Hilfsbedürftigkeit, sozialen Abstieg und Straffälligkeit sprechen eine deutliche Sprache, bergen aber auch die Gefahr in sich, dass Opfer als Täter erscheinen, allgemeine Vorurteile nur weiter bestärkt werden und aus dem Blick gerät, dass die Eingliederung der Aussiedler bislang insgesamt ohne größere gesellschaftliche Brisanz verlaufen ist, trotz Massenerwerbslosigkeit, »Getto-Bildung« und reduzierten Eingliederungshilfen (BADE & OLTMER 1999).

In den letzten Jahren fiel speziell der hohe Anteil von Drogenkrankungen unter jungen Aussiedlern auf. Eine mangelnde Wahrnehmung von Therapieangeboten und die Unerfahrenheit im Umgang mit Heroin, wie beispielsweise hohe Dosierungen unter Beikonsum von Alkohol, dürften als wesentliche Ursachen für die große Anzahl von Drogentoten in Betracht kommen. Mittlerweile werden große Anstrengungen im präventiven Bereich unternommen. Der Trend, dass insbesondere heroinsüchtige Aussiedler schon sehr jung an einer Überdosis sterben, konnte aufgehalten werden. Ihre Anzahl ging von 142 im Jahr 2001 auf 132 im Jahr 2006, schließlich auf 121 im Jahr 2007 zurück (Drogen- und Suchtbericht 2008, S. 79).

Nach wie vor gibt es keine bundesweiten Statistiken zur Aussiedlerkriminalität. 2008 wurde die erste bundesweite Übersicht veröffentlicht (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2008). In Baden-Württemberg waren im Jahr 2006 18,6 % der unter 21 Jahre alten deutschen Tatverdächtigen bei Gewaltkriminalität Aussiedler, bei den Straftaten insgesamt lag der Anteil bei 11,6 % (Landeskriminalamt Baden-Württemberg 2007: 6). 2001 waren 18,7 % der Gefangenen im baden-württembergischen Jugendstrafvollzug russisch sprechende Aussiedler. Die meisten von ihnen kamen im Alter zwischen elf und sechzehn Jahren nach Deutschland (WALTER 2003). Da aber der Anteil der Spätaussiedler und ihrer Angehörigen in diesen Altersgruppen ohnehin über 15 % der Gesamtbevölkerung liegt, kann nicht per se von einer statistischen Häufung von Gewaltdelikten in dieser Gruppe ausgegangen werden.

Wesentlich für die psychosoziale Integration im Immigrationsland ist Sprachkompetenz, die den Zugang ins Arbeitsleben wie in die Kultur vor Ort erleichtert. In einer Erhebung im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück zwischen 1993 bis 1996 kamen Aussiedler mit guten Deutschkenntnissen signifikant später erstmals in stationäre psychiatrische Behandlung und blieben signifikant kürzer dort als Aussiedler mit schlechten oder gar keinen Deutschkenntnissen (RIECKEN 1999). Bei sechzig im Strafvollzug inhaftierten und dreißig in Freiheit lebenden Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion lag die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei den inhaftierten Aussiedlern bei 60 % (überwiegend antisozial und Borderline), bei den nicht straffällig Gewordenen bei 17 %. Für die subjektiv erlebte Stressbelastung spielten die Sprachkenntnisse eine entscheidende Rolle (Ross et al. 2004).

Kasuistik 2

Herr Z. wurde wegen Handeltreibens mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge und Polytoxikomanie (Heroin, Cocain, Cannabis) untergebracht. Im Alter von dreizehn Jahren reiste er mit seiner Familie aus Kirgistan nach Deutschland aus, zunächst gegen seinen Willen, er musste eben dem Vater gehorchen. Die deutsche Sprache war ihm durch seine Großmutter und durch die Schule rudimentär vertraut. Die ersten Schuljahre dort schildert er als schön. Alkohol lernte er schon in der Kindheit kennen, bei Problemen erhielt er von seinem Vater selbst gebrannten Schnaps zur Beruhigung, trank auch schon in der Grundschulzeit mit Freunden oder in seiner Familie Bier und Wodka.

Wohl fühlte Herr Z. sich in Deutschland erst, als er sich in eine Clique russland-deutscher Jugendlicher integrierte. Sehr bald nach der Übersiedlung begannen in dieser Gruppe sein Drogenmissbrauch sowie seine zunächst kleinkriminelle Karriere samt Beschaffungskriminalität. Zwei Hauptschulen musste er wegen Schlägereien verlassen, den Hauptschulabschluss absolvierte er schließlich im Justizvollzug. Zwei Entwöhnungsbehandlungen brach er ab und wurde jeweils sofort danach wieder rückfällig.

Herr Z. sprach von seinen Landsleuten, den Russlanddeutschen, als Russen. Sehr deutlich dominieren in dieser Gruppe die Alten über die Jungen, die staatlichen Organe sind die Feinde. In einer Therapie-Einrichtung verführten ihn ältere »Russen« zum Diskothek-Besuch, er ging mit, man meinte, mit dem russland-deutschen Zivildienstleistenden dort könne man bei der Rückkehr dann schon reden. Entsetzt waren alle Beteiligten, dass doch Kontrollen angesagt und die Rückfälligen einschließlich des Patienten entlassen wurden. In der Justizvollzugsanstalt nahm er mit einem anderen »Russen« Heroin. Der Mitgefangene verabreichte sich eine Überdosis und wurde bewusstlos. Damit es »keine Probleme gab« und er nicht des Konsums überführt wurde, holte der Patient keine Hilfe und »behandelte« den komatösen Mitgefangenen vier Stunden lang »wie in Russland« mit Injektionen von Kochsalzlösungen. Erst dann holte er Hilfe und beschuldigte später die Gefängnisbeamten, den Bewusstlosen einfach hilflos liegen gelassen zu haben, bevor nach dreißig Minuten der Notarzt kam, der den Mitgefangenen nicht mehr retten konnte.

Ähnlich wie sein ebenfalls drogenabhängiger Bruder zerstörte der Patient jahrelang therapeutische Ziele, das Gericht sprach einmal davon, er sei kein Therapiefall mehr, sondern ein Verwahrfall. In der Gruppenpsychotherapie redete er offen über diese Themen, herausgefordert vor allem von den »deutschen« Mitpatienten. Er bekam mit, wie sich Mitpatienten mit freiem Ausgang in Frauen verlieben, teilte sein Leiden daran mit, nur kurze Liebesbeziehungen mit Frauen oder Prostituiertenkontakte erlebt zu haben. Dieser Mangel untermauerte er seinen Wunsch, auch mit freiem Ausgang drogenfrei zu leben und doch vertrauensvoller als in früheren Institutionen mit uns zusammenzuarbeiten.

In der Gruppenpsychotherapie schilderte er bewegt, wie er im Patienten-Café für andere Patienten russischen Salat zubereitete. Das habe er von seiner Mutter gelernt. Auf dem Bauernhof, den die Eltern besaßen, habe er sich vor allem an seiner Mutter orientiert. Er verstehe überhaupt nicht, weshalb die

Eltern sich zur Ausreise nach Deutschland entschlossen hätten, zumal die Kinder den Hof hätten erben können. Er selbst war ein sehr guter Turner und wurde für die Sporthochschule in Moskau vorgeschlagen. Unvermittelt kam dann der Hinweis, der Vater habe gesagt, wenn man in Russland bleibe, drohten Verhaftung und Verbannung. Auf Hinweise in der Gruppenpsychotherapie, Herr Z. könne doch die Widersprüche direkt mit seinen Eltern klären, begann ein telefonischer Kontakt des Patienten mit seinen Eltern, der zu einer vertiefteren biografischen Klärung führte.

Bisherige Erhebungen zu Migranten als Patienten im Maßregelvollzug

In den 1980er-Jahren waren im Westfälischen Zentrum für Psychiatrie in Lippstadt-Eickelborn (Westfalen) (SCHUMANN 1987) sowie im Zentrum für Psychiatrie Weissenau (Baden-Württemberg) (MISSENHARDT 1990) 4 % der Patienten Ausländer. Für Hessen wurde im selben Zeitraum ein Ausländeranteil von 5 % und für Berlin von 0 % (!) beschrieben (DESSECKER 1997). Aus einer Stichtagserhebung über alle 245 am 1.1.1993 in Hessen untergebrachten Maßregelpatienten wurde ein Anteil an »aus fremden Kulturkreisen stammenden Patienten« von 9 % berichtet (JÖCKEL & MÜLLER-ISBERNER 1996). Im Rahmen einer Stichtagserhebung in den forensischen Kliniken Bayerns ergab sich 2004 ein Ausländeranteil in Höhe von rund 15 % – es wurden keine Aussiedler erfasst, allerdings deren Angehörige, sofern sie nicht deutsche Staatsbürger sind (HAUSNER et al. 2006, S. 70). Ebenfalls 2004 erfolgte eine Stichtagserhebung in den zwölf psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz. Mit 27,2 % wurden die meisten Patienten mit Migrationshintergrund in den forensischen Abteilungen behandelt (KOCH et al. 2007).

In einer eigenen Erhebung (HOFFMANN 2006) wurden alle 865 Patienten untersucht, die zwischen dem 1.1.1990 und dem 31.12.1999 in den drei badischen forensischen Abteilungen Wiesloch, Emmendingen und Reichenau nach §§ 126 a, 453 c StPO, 63, 64 StGB aufgenommen wurden. Der Ausländeranteil der in diesem Zeitraum aufgenommenen forensischen Patienten lag in Baden mit 17,1 % deutlich über dem Ausländeranteil in der Bevölkerung (12,2 % in Baden-Württemberg im Jahr 2000), allerdings deutlich unter dem Anteil an Strafgefangenen im Justizvollzug (26,9 % in Baden-Württemberg in diesen zehn Jahren). Der Aussiedleranteil lag mit 6,2 % ebenfalls über dem Aussiedleranteil in der Bevölkerung von 3 bis 4 % und deutlich unter dem bisheriger Erhebungen im Strafvollzug von 10 %. Ausländer- und Aussiedleranteil im Maßregelvollzug sind deutlich höher als in der Allgemeinpsychiatrie, eindeutig höher als in der Bevölkerung und deutlich niedriger als im Strafvollzug. Der Maßregelvollzug befindet sich mit diesen Zahlen zwischen stationärer Psychiatrie und Strafvollzug.

Bei der Herkunft der Ausländer lagen im Unterschied zu früheren allgemeinpsychiatrischen Erhebungen aus Frankfurt am Main (HOLZMANN et al. 1994) und Reichenau (BECK & HOFFMANN 1997) die Patienten aus der Türkei weit vorne. Dies entspricht zwar ihrem mit Abstand ersten Rang in der Bevölkerungsstatistik, kontrastierte aber deutlich mit deren geringerer

Inanspruchnahme stationärer allgemeinspsychiatrischer Dienste. Die weitere Rangreihenfolge der Nationalitäten deckt sich nicht mit derjenigen der Migranten-Bevölkerung: Die zweitstärkste ausländische Bevölkerungsgruppe, die Migranten aus Italien, stehen in dieser Erhebung auf Platz 4, sie sind in den Erhebungen aus der Allgemeinpsychiatrie aber stark vertreten. Die in der Bevölkerungsstatistik an fünfter Stelle stehenden Polen folgen in unserer Erhebung nach den Türken auf Platz 2. Bei ihnen handelt es sich ähnlich wie bei Migranten aus anderen Ländern des ehemaligen Warschauer Paktes oft um nicht-deutsche Angehörige deutscher Spätaussiedler. Die Unterschiede der Rangreihe bei der Länder-Reihenfolge zur Situation in der Bevölkerung legt den Schluss nahe, dass die italienischen Mitbürger deutlich besser in das psychosoziale Netz integriert sind als die türkischen und die polnischen.

Bei den *Einweisungsparagrafen* fiel der niedrigere Ausländeranteil bei den Einweisungen nach § 64 StGB auf (21,6% gegenüber 32,3% bei den Einheimischen). Offensichtlich rührt er daher, dass drogen- und alkoholranke schuldfähige ausländische Täter häufig abgeschoben werden. Der höhere Anteil von Einweisungen nach § 64 StGB bei den Aussiedlern (33,3%) entspricht der größeren Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen in dieser Gruppe. Bezogen auf die reale Morbidität liegt der Anteil im Maßregelvollzug allerdings niedrig. Auch dieser Gruppe wird die Therapiefähigkeit wegen mangelnder Deutschkenntnisse und vielleicht der höheren Gewaltbereitschaft eher abgesprochen.

Ähnlich wie in der PKS begingen in den Maßregelvollzug eingewiesene Ausländer signifikant mehr *Delikte* gegen Leib und Leben sowie Betäubungsmitteldelikte, andererseits deutlich weniger Sexualdelikte gegen Kinder, Diebstähle, Betrugsdelikte und Brandstiftungen. Dieses Deliktumuster weist im Zusammenhang mit dem hohen Anteil an ausländischen Psychosekranken auf gravierende psychosoziale Versorgungsmängel hin. Bis auf die italienischen Mitbürger nehmen ausländische psychotische Patienten seltener das ambulante wie stationäre psychosoziale Hilfesystem in Anspruch. Gerade schwer psychotische Patienten werden auf der anderen Seite ohne adäquate Behandlung häufiger straffällig (NEDOPIL 2007). Aussiedler fielen zahlreicher mit Körperverletzungsdelikten auf.

Bei den Hauptdiagnosen waren innerhalb der ausländischen Klientel im Maßregelvollzug Psychosen mit 56,1% hoch signifikant häufiger als innerhalb der deutschen Klientel (29,5%). Umgekehrt gilt bei Persönlichkeitsstörungen, Minderbegabung und Alkoholabhängigkeit. Der relativ geringere Anteil von Persönlichkeitsstörungen bei Ausländern und Aussiedlern kann durch unterschiedliche Begutachtungen verursacht sein. Bei diesen Personengruppen werden diese Diagnosen trotz relevanten Vorliegens möglicherweise seltener gestellt oder führen bei Stellung dieser Diagnose seltener zur Dekulpierung.

Von den im Berichtszeitraum aufgenommenen 865 Patienten wurden in diesem Zehn-Jahres-Zeitraum 436 wieder entlassen, dies entspricht 50,4% der Aufnahmen. 47 (31,8%) der 148 aufgenommenen Ausländer wurden ins Inland entlassen, 32 (21,5%) wurden ausgewiesen. Dieser Prozentsatz liegt deutlich niedriger als im Strafvollzug – dort wurden (Stand September 2001) 70% der ausländischen Gefangenen abgeschoben, überwiegend nach Verbüßung der Halbstrafe (Drucksache 13/426 des Landtages von Baden-Württemberg, S. 4).

In einer späteren Erhebung wurden in der Reichenauer Abteilung von 2000 bis 2005 die Abbruchquoten der nach in diesem Zeitraum gemäß § 64 StGB aufgenommenen 16 Aussiedler einschließlich ihrer nicht-deutschen Familienangehörigen mit der gesamten Abbruchquote verglichen (HOFFMANN 2007 b). In diesen sechs Jahren wurden insgesamt 89 Patienten aufgenommen, elf Patienten brachen die Behandlung ab (12,36%), darunter drei Aussiedler (18,75%). Die kleinen Fallzahlen erlauben keine statistisch signifikante Aussage, deuten aber darauf hin, dass die Aussiedler ähnlich gut auf die Behandlung ansprechen wie die Einheimischen.

Große Erhebungen im britischen Straf- und Maßregelvollzug zeigen, dass vor allem Migranten aus Afrika und der Karibik dort deutlich überrepräsentiert sind (COID et al. 2002).

Forensische Behandlung von Migranten

Kulturelle Differenzen sind Teil des Alltags einer forensischen Station. Einheimische, Aussiedler und Ausländer leben als Patienten wie auch als Mitarbeiter im Maßregelvollzug eng zusammen, begegnen sich in der Arbeitstherapie, beim Essen, wo spezielle kulturell und religiös begründete Diäten auffallen, und in der Gruppentherapie. Ethnozentrische Identifizierungen und Vorurteile prallen aufeinander, nicht ganz selten führten Delikte mit fremdenfeindlichem Hintergrund zur forensischen Einweisung. Gesellschaftliche Machtverhältnisse und Vorurteile spiegeln sich in multikulturellen Gruppen wider, wie sie in der forensischen Psychotherapie Realität sind. Besonders die gegenwärtige Arbeitslosigkeit mit ihren Folgen für die erschwerte psychosoziale Rehabilitation verleitet einheimische Patienten zu ausländerfeindlichen Äußerungen und Handlungsweisen. Internalisierte nationale Stereotypen zeigen sich zwischen Mitarbeitern und Patienten bei Beziehungen und Rollenverteilungen zwischen den Geschlechtern. Mit Verweis auf ihre Kultur verweigern ausländische Patienten Küchen- und Putzdienst, andere lassen sich als Männer von Frauen als Mitarbeiterinnen nichts sagen.

Das psychoanalytische Konzept der konkordanten und komplementären Gegenübertragung (RACKER 2002) bedeutet in der transkulturellen forensischen Psychotherapie die Auseinandersetzung mit Ethnozentrismus und der Reaktion darauf bei Therapeuten und Pflegenden. Auch sie werden nach ihrer deutschen oder ausländischen Identität gefragt. Mitarbeiter aus Italien, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Aussiedler sind in vielen forensischen Abteilungen tätig und können sprachliche wie kulturelle Dolmetscherdienste leisten. Das Erleben des »Containens« feindseliger Projektionen und das Verbot, fremdenfeindliche Äußerungen zu verwenden, resultieren in einer tragfähigeren multikulturellen Abteilungskultur und einer immer wieder hart zu erkämpfenden Toleranz für kulturelle Besonderheiten im Alltag.

Ist der Einsatz von Dolmetschern bei Begutachtungen oft zwingend, so leuchtet uns der Einsatz von Dolmetschern in Psychotherapien, vor allem in Gruppenpsychotherapien, im Unterschied zu anderen Autoren (RÖDER 1995) nicht ein, da dies der multikulturellen Vernetzung im Alltag widerspricht. Die Lebensperspektive nach der Entlassung bei praktisch allen Aussiedlern und den meisten ausländischen Patienten (71,9% in unserem Kollektiv; HOFFMANN 2006) besteht in einem Leben

in Deutschland. Die Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie Reichenau beschäftigt beispielsweise einen Lehrer, der auch spezielle Unterrichtseinheiten zur Verbesserung der deutschen Sprachkompetenz anbietet.

Die Ausweisungsrate ausländischer Patienten von 28,1 % in unserem Kollektiv (HOFFMANN 2006) unterstreicht die Notwendigkeit individueller ausländerrechtlicher Beratung sowie einer engen Zusammenarbeit mit den Ausländer- und Justizbehörden. Dies ist oft sehr aufwendig und schließt Kontakte mit ausländischen psychiatrischen Einrichtungen und Behörden ein, um auch dort sinnvolle und erforderliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen zu organisieren, nachdem die Klärungen der Lebensperspektiven erfolgt sind. Die Ausweisung bei gravierenderen Delikten kann oft nicht abgewandt werden. Dennoch kann es gelingen, aus dem Akzeptieren des Unvermeidlichen einen Neuanfang mit Chancen herauszuarbeiten.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Der aktuelle Forschungsstand bestätigt die Multimorbidität forensischer Patienten mit den daraus resultierenden komplexen Anforderungen an Behandlung und Rehabilitation. Gerade die Behandlung von Migranten im Maßregelvollzug erfordert in verstärktem Maß spezifische Angebote. Hierzu zählen die psychotherapeutische Aufarbeitung migrationspezifischer Traumatisierungen ebenso wie schulische und sprachliche Trainingsprogramme.

Die Erhebungen bestätigen bisherige Aussagen aus der Allgemeinpsychiatrie wie auch der Psychosomatik, dass die Versorgung der Migranten dort verbesserungswürdig ist. Korrekt behandelte psychisch Kranke delinquieren seltener schwerwiegend, und der hohe Anteil psychosekranker Ausländer in der Forensik weist auf einen Nachholbedarf hin.

Die begonnenen Anstrengungen, suchtkranke Aussiedler mit speziellen Programmen zu behandeln und zu beraten, kamen im Erhebungszeitraum bei den Zahlen der nach § 64 StGB Untergebrachten noch nicht zum Tragen (Drogen- und Suchtbericht 2008, S. 107 f.). Man kann davon ausgehen, dass diese Programme zumal bei der hohen Komorbidität mit Suchtkrankheiten in dieser Gruppe die forensischen Einweisungen verringern können.

Die 2002 vom Referat Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) veröffentlichte Sonnenberger Erklärung mit Empfehlungen zur Verbesserung der transkulturellen psychiatrischen Versorgung würde bei besserer Umsetzung wohl zu geringeren Zuweisungen von Migranten in die Forensik führen und kann die Behandlung forensisch untergebrachter Migranten in der Umsetzung verbessern:

1. »Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz;
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeitern mit

Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz;

3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren »Face-to-Face« oder als Telefondolmetscher;
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen;
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen;
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiater, Psychotherapeuten und Allgemeinärzte;
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen;
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien;
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung;
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil-, Asyl- und Sozialrecht;
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen;
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migranten und deren Behandlung.« (MACHLEIDT 2002).

Die individuell sehr unterschiedlichen Schicksale der in der Forensik behandelten Migranten erfordern ein intensives Eingehen auf Lebensgeschichten, von denen auch die Einheimischen profitieren, da solche Veränderungen weltweit häufiger werden: Wechsel von agrarischen zu industriellen und zu Dienstleistungsstrukturen, Wechsel von stark autoritär geprägten Familienmustern hin zu demokratischeren Lebensformen, Wechsel von stark illegal geprägten Strukturen schwach gewordener postkommunistischer Staaten hin zu stärker an Sinn und Buchstaben von Gesetzen orientierten westlichen Staaten. So kann ein therapeutisch strukturierter Maßregelvollzug der Integration psychisch krank und delinquent gewordener Migranten dienen – im Interesse aller Patienten wie auch der Sicherheit der Gesellschaft (HOFFMANN 2007 a).

Literatur

- BADE K, OLTMER J (1999) Vorwort. In: BADE K, OLTMER J (Hg.) (1999) Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa. Osnabrück: Rasch, 7–8
- BANNENBERG B, BALS N (2006) Integration von jugendlichen Spätaussiedlern. Universität Bielefeld

- BECK A, HOFFMANN K (1997) Ausländische PatientInnen im Zentrum für Psychiatrie Reichenau. In: HOFFMANN K, MACHLEIDT W (Hg.) Psychiatrie im Kulturvergleich. Berlin: vwb, 345–363
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008) Kriminalität von Aussiedlern. Eine Bestandsaufnahme
- Bundeskriminalamt (Hg.) (2008) Polizeiliche Kriminalstatistik 2007
- Bundesministerium des Innern, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008) Migrationsbericht 2007
- COID J, PETRUCKEVITCH A, BEBBINGTON P, BRUGHA T, BHUGRA D, JENKINS R, FARRELL M, LEWIS G, SINGLETON N (2002) Ethnic Differences in Prisoners. 1: Criminality and Psychiatric Morbidity. In: *British Journal of Psychiatry* 181: 473–480
- DESSECKER A (1997) Straftäter und Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung zur Praxis der Maßregel nach § 63 StGB im Vergleich mit der Maßregel nach § 64 StGB und sanktionslosen Verfahren. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008) Drogen- und Suchtbericht 2008
- FISCHER T (2008) Strafgesetzbuch und Nebengesetze. 55. Auflage. München: C. H. Beck
- HAUSNER H, WITTMANN M, CORDING C (2006) Forensische Psychiatrie im Wandel. In: *Krankenhauspsychiatrie* 17: 68–73
- HOFFMANN K (2006) Migranten als Patienten im Maßregelvollzug. In: *Der Nervenarzt* 77: 50–57
- HOFFMANN K (2007 a) Spätaussiedler und ihre Angehörigen als Patienten im Maßregelvollzug. In: *Psychiatrische Praxis* 34: 320–324
- HOFFMANN K (2007 b) Suchtkranke delinquente Aussiedler – ist eine schlechte Prognose unabwendbar? In: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 9: 151–157
- HOLZMANN TH, VOLK S, GEORGI K, PFLUG B (1994) Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsauftrag. In: *Psychiatrische Praxis* 21: 106–108
- JÖCKEL D, MÜLLER-ISBERNER R (1996) Problemverhalten von Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In: *Krankenhauspsychiatrie* 7: 151–154
- KOCH E, HARTKAMP N, SCHOULER-OCAK M (2007) Patienten mit Migrationshintergrund – eine Umfrage zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung. In: *Psychiatrische Praxis* 34: 361–362
- Landeskriminalamt Baden-Württemberg (2007) Jugendkriminalität und Jugendgefährdung in Baden-Württemberg. Jahresbericht 2006. Stuttgart: Landeskriminalamt Baden-Württemberg
- MACHLEIDT W (2002) Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. In: *Der Nervenarzt* 73: 1208–1209
- MISSENHARDT H (1990) Psychisch kranke Straftäter im Maßregelvollzug. Eine retrospektive Analyse. Diss. Ulm
- NEDOPIL N (2007) Forensische Psychiatrie. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme
- RACKER H (2002) Übertragung und Gegenübertragung. 6. Auflage. München: Ernst Reinhardt
- RIECKEN A (1999) Migration und psychiatrische Erkrankungen. Aussiedler und Spätaussiedler im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück 1990–1996. Universität Osnabrück: Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie
- RÖDER F (1995) Gruppenpsychotherapie für Türken in Zusammenarbeit mit einem Dolmetscher. Kommentierte Schilderung der ersten, konstituierenden Sitzung. In: *Psychiatrische Praxis* 22: 135–139
- ROSS T, MALANIN A, POKORNY D, PFÄFFLIN F (2004) Stressbelastung und Persönlichkeitsstörungen bei strafgefangenen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 87: 22–36
- SCHUMANN V (1987) Psychisch kranke Rechtsbrecher. Eine Querschnittsuntersuchung im Maßregelvollzug. Stuttgart: Enke
- Statistisches Bundesamt (2008) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden
- WALTER J (2003) Junge russischsprachige Aussiedler als Klientel in den Justizvollzugsanstalten. In: DBH-Bildungswerk (ed.) (2003) Spätaussiedler – Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst. Mönchengladbach: Forum, 87–120

Anschrift des Verfassers

Feursteinstraße 55
78479 Reichenau
k.hoffmann@zfp-reichenau.de
