

Andrea Kemper

Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt

Ergebnisse eines Forschungsprojekts zum Maßregelvollzug gem. § 64 StGB in NRW

Bundesweit steigende Einweisungszahlen, zunehmende Überbelegung und exorbitante Therapieabbruchquoten werfen die Frage auf, woran die Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt krankt: Wo liegen die Ursachen für die persistente »Aussichtslosigkeit« dieser kostenintensiven Maßnahmen zur stationären Behandlung drogen- und alkoholkranker Straftäter? Der Hypothese, dies sei maßgeblich auf Fehleinweisungen zurückzuführen, wird in der vorliegenden kriminologischen Studie nachgegangen. Auf der Grundlage einer Totalerhebung für den gesamten Entlassungsjahrgang 2005 des Landes Nordrhein-Westfalen konnten erstmalig verlässliche Zahlen zum tatsächlichen Umfang »irregulärer Unterbringungsverläufe« ermittelt werden. Anhand einer Analyse der Patientenakten wurde zudem nach validen Prädiktoren für Fehleinweisungen geforscht: Danach ermöglichen die Eingangsinformationen keine treffsichere Vorhersage des Behandlungsverlaufs.

Schlüsselwörter: Fehleinweisung, Maßregelvollzug, Entziehungsanstalt, Therapieerfolgsaussicht

Inappropriate Admissions to Specialist Addiction Units in Forensic Psychiatry in Germany

Results from a Research Project in North Rhine-Westphalia on the use of Section 64 of the German Penal Code

Increasing admission rates in forensic addiction units, overcrowded wards and sky-high therapy dropout rates raise the question: what is wrong with forensic addiction treatment? What are the reasons for the persistent »forlornness« of cost intensive inpatient treatment for alcohol and drug addiction? The study examines whether inappropriate admissions are the main reason for this situation. Based on all completed treatment episodes in North Rhine-Westphalia from 2005 »irregular treatment courses« are identified and potentially predictive factors for inappropriate admissions are studied. The information available at the time of admission does not provide any prognostic certainty on the course of treatment.

Key words: Forensic psychiatry, addiction, detention, prognosis, Germany

Einleitung

Seit der Neufassung der Vorschriften zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt von 1969 und 1974 – und durch die Entscheidung des BVerfG von 1994 offenbar weitgehend unbeeinflusst (SCHALAST & LEYGRAF 1999; METRIKAT 2002; GERL & BISCHOF 2001; VON DER HAAR 1995 b) – wurden aus der Praxis dramatische Entwicklungen berichtet. Insbesondere war eine stetige Zunahme der Einweisungen¹ und Unterbringungsauern mit steigender Tendenz sowie – dadurch mitbedingt – insgesamt eine gravierende Zunahme der Belegung ebenfalls mit steigender Tendenz zu beobachten. Auch wurde durch Entwicklungen wie steigende Begleitfreiheitsstrafen (in Anzahl und Höhe) und die erhebliche Zunahme der Einweisungen »ohne Trunksucht« ein permanent steigender Druck auf die Kliniken und ihre Träger wahrgenommen, was letztlich mit erheblichen Auswirkungen für Patienten und Personal in den Einrichtungen verbunden war. Wohl auch in der Folge dieser Entwicklungen wuchs die Quote der Therapieabbrüche mangels Erfolgsaussicht der Behandlung (§ 67 d Abs. 5 StGB) beständig an, während auf der anderen Seite die Bewährungsentlassungen deutlich zurückgingen.

Die offiziellen Statistiken bestätigen die Wahrnehmung aus der Praxis: Bei einem Blick in die Zahlen der Strafvollzugsstatistik, der Strafverfolgungsstatistik und der Bad Rehbürger Stichtags-erhebungen (ausf. dazu POLLÄHNE & KEMPER 2007, 13 ff.), kann man sich des Eindrucks einer sich seit langem entwickelnden Dauerkrise (vgl. MEIER 2000, 50 ff., ähnlich auch bereits KAISER 1990, 38 ff. mwN) der Maßregel des § 64 StGB kaum erwehren. Insbesondere die stetige Zunahme von Einweisung und Belegung sowie das Anwachsen der Abbruchquote hat verstärkt die Frage aufgeworfen, ob bzw. in welchem Umfang und warum es zu Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalten kommt ... verbunden mit der Hoffnung, Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie solche Fehleinweisungen vermieden oder doch jedenfalls frühzeitig erkannt werden können und in der Folge ggf. auch ein Abbruch der Unterbringung betrieben werden kann. Dieses Erkenntnisinteresse beruht nicht nur auf einem gewachsenen kriminalwissenschaftlichen Interesse an der Rechtswirk-

¹ Verdopplung der Maßregelanelordnungen zwischen 1995 und 2005 auf Bundesebene, s. dazu POLLÄHNE & KEMPER 2007, 14. Bezogen auf die Einweisungszahlen nimmt die Unterbringung gem. § 64 StGB inzwischen den ersten Rang innerhalb der freiheitsentziehenden Maßregeln ein.

lichkeit des expandierenden Maßregelsystems. Vor dem Hintergrund sprichwörtlich »leerer« Staatskassen entspricht dies zudem einem durchaus legitimen Interesse der Verantwortlichen in der Politik, bei den Trägern und in den Kliniken. Hier setzte das im Auftrag des nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugsbeauftragten durchgeführte und vom Gesundheitsministerium des Landes finanzierte Forschungsprojekt »Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)« an, welches im Untersuchungszeitraum von Oktober 2004 bis September 2006 am Bremer Institut für Kriminalpolitik (BRIK) durchgeführt wurde.

Operationalisierung des Forschungsvorhabens

Zunächst bedurfte es einer terminologischen und definitiven Präzisierung des Begriffs »Fehleinweisung«: In der Fachdebatte kursieren diverse Vorstellungen dieses Terminus, die – zumeist je nach wissenschaftlicher Disziplin ihrer Vertreter – teilweise stark divergieren können. Vorliegend wurde die Orientierung an einem primär juristischen Verständnis gewählt. Die Operationalisierung der Analysekategorie »Fehleinweisung« erfolgte anhand formaler und objektiver Kriterien, die sich einerseits an normativen Entscheidungsmerkmalen orientierten (Entlassung zur Bewährung, Abbruch der Behandlung etc.), andererseits an dem realen Verbleib des Betroffenen nach Beendigung der Maßregelvollzugstherapie (in Freiheit oder in Unfreiheit). Entscheidend war also die Betrachtung der Unterbringungsverläufe aus der Retrospektive.

Dieses Vorgehen setzt an der gesetzgeberischen Zielvorgabe für die Unterbringung nach § 64 StGB an und entspricht dem *rechtswissenschaftlichen* Forschungsansatz der vorliegenden Studie. Es ist das ausführlich erörterte und kritisch diskutierte Ergebnis intensiver Expertengespräche, die während eines vor Untersuchungsbeginn durchgeführten Experten-Workshops geführt wurden. Hier wurde insb. konsentiert, dass es nicht um die Identifizierung von Fehlurteilen (und ihnen evtl. zugrunde liegenden Fehlurteilen) gehe, sondern allenfalls um die Frage, ob und ggf. warum sich die Behandlungsprognosen des Einweisungsverfahrens in vielen Fällen als nicht tragfähig erwiesen, häufig nicht einmal die Aufnahme der Unterbringung »überlebten«. Die meisten Behandlungsprognosen stellten sich retrospektiv als Fehlprognosen heraus – auch insoweit ist der Begriff »Fehleinweisung« durchaus angebracht. Das Verständnis des Begriffs »Fehleinweisung« als Folge von »Fehlurteilen«, mangelhaften Einweisungsgutachten oder als nachträgliches Wegfallen der Unterbringungs Voraussetzungen wird – mit guten Gründen – in der Fachdebatte ebenso vertreten, träge aber nicht das vorliegende Erkenntnisinteresse. In der hier referierten Studie ging es um das Herausfiltern von Fehleinweisungs-Prädiktoren durch retrospektive quantitative Analysen der Eingangsinformationen aus den Patientenakten.²

Konstruktion der Analysekategorien »regulärer Verlauf vs. irregulärer Verlauf«

Vor diesem Hintergrund wurde die Zielvariable wie folgt konstruiert: Als »regulär« wurden Unterbringungsverläufe gewertet, die mit einer Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung³ gem. § 67 d Abs. 2 StGB⁴ oder der Entlassung in Freiheit⁵ wg. Ablaufs der Höchstfrist gem. § 67 d Abs. 4 StGB beendet wurden.

Als »irregulär«⁶ wurden Unterbringungsverläufe gewertet, die beendet wurden durch nachträgliche Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge gem. § 67 Abs. 2, 3 StGB, eine »Erledigung« gemäß § 67 d Abs. 5 StGB, die Verlegung in den Strafvollzug nach Ablauf der Höchstfrist gem. § 67 d Abs. 4 StGB, durch Erledigung analog § 67 c Abs. 2 S. 5 StGB (z. B. wegen Wegfalls der Unterbringungs Voraussetzungen), durch Überweisung in den 63er-Vollzug gemäß § 67 a StGB, oder durch das Absehen von der weiteren Vollstreckung gemäß § 456 a StPO (Abbruch; insb. im Falle einer Ausweisung).

Anhand dieser Vorgaben wurden die Akten jeweils einer Kategorie zugeordnet und die darin enthaltenen Patientendaten anschließend direkt in den Kliniken mittels hierfür entworfener Erhebungsbögen erhoben.

Methodik

Zentraler Ansatz der Studie war die Suche nach Fehleinweisungs-Prädiktoren anhand einer umfassenden Aktenanalyse. Dabei erfolgten die einzelnen Erhebungsschritte in zwei Spuren: In einer Spur wurde die Entlassungspraxis und damit zugleich das Ausmaß von »Fehleinweisungen« in ihren Dimensionen erfasst und hinsichtlich prozeduraler und materieller Charakteristika analysiert. In der zweiten Spur stand eine patientenbezogene Verlaufsanalyse im Mittelpunkt des Interesses: Ziel war die Suche nach Prädiktoren für den Behandlungserfolg, gemessen an dem Erreichen eines »regulären« Abschlusses der Unterbringung.

Die Durchführung erfolgte in zwei Phasen. In der ersten Erhebungsphase wurden rücklaufend ab dem 20.10.2004 alle aktuellen Abgänge⁷ erhoben, bis zwei gleich große Gruppen »regulärer« und »irregulärer« Verläufe gebildet waren, wobei die Anzahl der in der jeweiligen Klinik zu erhebenden Patientenakten an der Durchschnittsbelegung orientiert war; das Ziehen einer Stichprobe war aufgrund des Forschungsdesigns nicht notwendig. So wurden insgesamt 60 Patientenakten in den großen Therapieeinrichtungen WTZ Marsberg/Bilstein (Schwerpunkt ill. Drogen) und WK Schloss Haldem (Schwerpunkt Alkohol) und noch einmal 48 Akten in den kleineren Einrichtungen RK Viersen (Schwerpunkt Alkohol) und RK Bedburg-Hau (Schwerpunkt ill. Drogen) sowie zwölf Akten in der Fachklinik »Im Deerth« erhoben.⁸

² Untersucht wurden ausschließlich sog. »prozess-produzierte Daten« – Daten, die von den jeweiligen Organisationen im Rahmen ihrer Tätigkeiten produziert wurden und nicht nur zum Zwecke wissenschaftlicher bzw. statistischer Auswertungen gesammelt werden, vgl. auch POLLÄHNE & KEMPER 2007, 35 f.

³ Mit der Folge der Entlassung in Freiheit bzw. in Übergangseinrichtungen (Nachsorge).

⁴ Dies galt auch für den Fall, dass im Anschluss eine Ausweisung erfolgte.

⁵ Würde im Anschluss an den Maßregelvollzug noch ein Strafrest vollstreckt, wurde der Fall als »irregulär« gewertet.

⁶ Die Einordnung als irregulärer Verlauf sagt dabei ausdrücklich nichts darüber aus, ob die Behandlung aus therapeutischer Sicht dennoch als sinnvoll erachtet werden konnte. Hier wurde – wie schon mehrfach betont – ein rein normativer Maßstab angelegt.

⁷ Zumeist noch aus 2004, zum Teil aus 2003; Einweisungsdaten ab 1999, Schwerpunkt 2002/03.

⁸ Unberücksichtigt blieben lediglich weibliche Patienten, solche die wegen Schuldnfähigkeit (§ 20 StGB) keine Begleitfreiheitsstrafe zu verbüßen hatten, sowie Patienten, die gem. § 67 a StGB aus dem psychiatrischen Krankenhaus

Nach dem Herausrechnen einer sehr geringen Ausfallquote von nur zwölf Patientenakten konnten 108 Fälle und ein Datensatz von insg. mehr als 450 Variablen in die Auswertung der Phase I einbezogen werden. Die Ergebnisse aus den Analysen der ersten Erhebungsphase (ausf. dazu POLLÄHNE & KEMPER 2007, 45 ff.) wurden in die Erstellung des zweiten Aktenhebungsboogens eingebracht.

Das Herzstück der Studie stellt Phase II dar. In Kombination mit der Verlaufsanalyse konnte eine *Totalerhebung* aller Patientenabgänge aus dem nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug gem. § 64 StGB für das Jahr 2005 realisiert werden.⁹ Mit gut der Hälfte der Durchschnittsbelegung bietet sich damit – jedenfalls hinsichtlich der Basisdaten – zugleich ein *repräsentatives Abbild der aktuellen Gesamtbelegung* des § 64-Maßregelvollzuges in NRW. Für die Untersuchung wurden die Akten sämtlicher in 2005 entlassener Patienten der bereits in Phase I beteiligten Kliniken erhoben, zuzüglich derjenigen Patienten, die gem. § 64 StGB in den Allgemeinpsychiatrien in Hertent, Lengerich und Langenfeld untergebracht waren. So konnten schließlich – nach der obligatorischen Bereinigung der Daten¹⁰ – auf der Basis von 280 Patienten 74 reguläre und 206 irreguläre Behandlungsverläufe ausgewertet werden. Der Umfang der Datenmatrix erstreckte sich auf ca. 120 Variablen.

Statistisches Verfahren

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Programms SPSS (Version 12.0.1). Am Anfang der Auswertung stand eine Häufigkeitsauszählung, die nicht nur für die Basisdaten, sondern auch bei der quantitativen Bestimmung der Relevanz bestimmter Variablen von Bedeutung war. Auf dieser Grundlage wurde die Relevanz einzelner Kriterien des Aktenhebungsboogens (unabhängige Variablen) für einen regulären oder irregulären Unterbringungsverlauf (abhängige Variable) mithilfe von Kreuztabellen durch bivariate Analysen ermittelt: Die Signifikanzprüfung jedes Merkmals erfolgte anhand des Pearson- χ^2 -Tests. War eine Zelle mit weniger als fünf Fällen besetzt, wurde der konservativere »exakte Test nach Fisher« herangezogen. Entsprechend der gängigen Konvention (vgl. BACKHAUS et al. 2006, 70 f.) wurden Werte unterhalb des 5%-Niveaus (Angabe gemäß SPSS: .05) als einfach signifikant, unterhalb des 1%-Niveaus als hochsignifikant bezeichnet (gemäß SPSS: .01).

Auf Basis der Ergebnisse der bivariaten Auswertungen wurde schließlich eine logistische Regressions-Analyse durchgeführt, um multivariate Zusammenhänge unterschiedlicher Einflussfaktoren auf Unterbringungsverlauf und Therapieerfolg zu erfassen.

Entlassungsbilanz 2005

In Tabelle 1 werden die Abgänge aus der Unterbringung aufgeschlüsselt nach Entlassungsgründen einerseits und Aufenthalt nach Entlassung andererseits. Zugleich wird damit die theoretische Konstruktion der Zielvariablen »regulärer vs. irregulärer Verlauf« einzelnen Fallgruppen zugeordnet.

Demnach erfolgte in gut zwei Dritteln aller Fälle (67,1 %) eine »Erledigung«, also der Abbruch des Vollzuges mangels Erfolgs-

aussicht (gemäß § 67 d Abs. 5 StGB).¹¹ Demgegenüber war noch nicht einmal jede fünfte Entlassung (18,1 %) eine solche auf Bewährung nach § 67 d Abs. 2 StGB. Zu berücksichtigen ist hier allerdings, dass es zwischen den unterschiedlichen Kliniken deutliche Unterschiede gab. So hatte eine Klinik in ihrer Bilanz eine Erledigungsquote von knapp 80 % zu verzeichnen, dagegen aber nur rund 5 % Bewährungsentlassungen. Nach ihrer Unterbringung landeten insgesamt 90 % aller entlassenen Patienten dieser Klinik in der Justizvollzugsanstalt und wurden für die vorliegende Studie somit als »irregulär« kategorisiert.¹² Aber auch die restlichen drei großen Kliniken hatten Erledigungsquoten zwischen immerhin knapp 56 % bis gut 72 %.

Eine Entlassung nach Ablauf der Höchstfrist (§ 67 d Abs. 1 und 4 StGB) war in fast jedem zehnten Fall (8,6 %) zu verzeichnen. Demgegenüber spielten der nachträgliche Vorwegvollzug (§ 67 Abs. 3 StGB; 2,1 %) und Ausweisungen (2,9 %) praktisch keine Rolle.¹³ Schließlich führten auch Entweichungen nur in zwei Fällen unmittelbar (bzw. innerhalb weniger Wochen¹⁴) zur Erledigung.

Nimmt man den Verbleib nach der Entlassung in den Blick, fällt die Bilanz insoweit noch ungünstiger aus, als fast 70 % aller Patienten in den Justizvollzug verlegt wurden, während nur gut 20 % in Freiheit kamen (zzgl. gut 5 %, die zunächst in – zumeist stationären – Nachsorgeeinrichtungen unterkamen).¹⁵

Die Kombination beider Aspekte – Entlassungsgrund und Verbleib nach Entlassung – führte zur Grundverteilung auf die Zielvariable »regulärer vs. irregulärer Verlauf« im Verhältnis 1 : 3 (exakt: 26,4 % zu 73,6 %). Nur in einem von vier Fällen (des Entlassungsjahrgangs 2005) nahm die Unterbringung nach § 64 StGB in NRW damit einen regulären Verlauf: eine eher deprimierende Bilanz!

in eine Entziehungsanstalt verlegt worden waren. Zu den Gründen hierfür s. POLLÄHNE & KEMPER 2007, 40 ff.

⁹ Von der Untersuchung ausgeschlossen waren in dieser Phase lediglich solche Patienten, die gem. § 67 a StGB aus einem psychiatrischen Krankenhaus in eine Entziehungsanstalt verlegt wurden, weil es sich bei diesen Patienten weiterhin um Unterbrachte gem. § 63 StGB handelte.

¹⁰ Näheres zur – wiederum sehr geringen – Ausfallquote von 20 Akten (wo bei aber lediglich zwei Fälle ausschieden, die in einer Totalerhebung eigentlich hätten erfasst werden müssen) in POLLÄHNE & KEMPER 2007, 43 f.

¹¹ Dieser Wert lag gut 12 % über dem bisherigen Bundesdurchschnitt. Nach den Bad Rehbürger Stichtagserhebungen konnte allerdings für das Jahr 2005 auf Bundesebene erstmals ein Rückgang der Erledigungsquote auf rund 45 % verzeichnet werden, vgl. POLLÄHNE & KEMPER 2007, 23 f. Damit lagen die nordrhein-westfälischen Zahlen des Entlassungsjahrgangs 2005 sogar gut 22 % über dem Bundesdurchschnitt!

¹² Damit drängt sich der Eindruck auf, die jeweilige Klinik selbst sei ein entscheidender Prädiktor für das »Scheitern« der Entziehungsbehandlung.

¹³ Es ist zwar nicht auszuschließen, dass in Einzelfällen die Erledigung – zumindest informell (aus den StVK-Entscheidungen wird dies nur selten als eigentlicher Erledigungsgrund ersichtlich) – auch mit der drohenden Ausweisung begründet wurde, um ein Problem von relevanter Größenordnung handelt es sich aber offenkundig nicht, auch wenn aktuelle rechtspolitische Debatten einen anderen Eindruck erwecken.

¹⁴ Ein weiterer Fall wurde ausgeschieden, weil die Entweichung bereits vor mehreren Jahren erfolgte.

¹⁵ Die wenigen Fälle (n = 4), in denen der Abbruch mangels Erfolgsaussicht in die Freiheit (resp. in die Nachsorge) führte, sind vorrangig damit zu erklären, dass ohne Begleitstrafe kein Justizvollzug in Betracht kam.

Tab. 1: Entlassungsjahrgang 2005 (Entlassungsgrund/Aufenthalt nach Entlassung)

	Privatwhg.	Nachsorge	§ 35 BtMG	JVA	Entweichung	Ausweisung	gesamt	regulär	irregulär
Aussetzung zur Bewährung	44	7					51 18,2%	51	
Ablauf der Höchstfrist	12	7		5			24 8,6%	19	5
nachträglicher Vorwegvollzug				6			6 2,1%		6
Abbruch mangels Erfolgsaussicht	3	1		182	2		188 67,1%	1	187
sonst.			3			8	11 3,9%	3	8
gesamt	59 21,1%	15 5,4%	3 1,1%	193 68,9%	2 0,7%	8 2,9%	280 100%	74 26,4%	206 73,6%
regulär	57	14	3				74 26,4%		
irregulär	2	1		193	2	8	206 73,6%		

Die Unterbringungsdauer des Entlassungsjahrgangs 2005

Die Unterbringungsdauer der Patienten des Entlassungsjahrgangs 2005 betrug im Mittel 21 Monate, der Median lag bei 15 Monaten. Bis zur vermeintlich regulären Höchstdauer von zwei Jahren (vgl. § 67 d Abs. 1 S. 1 StGB) hatten noch nicht einmal zwei Drittel der Patienten die Entziehungsanstalt verlassen – aber immerhin waren es innerhalb des ersten Jahres bereits deutlich mehr als 40 %. Jeder fünfte Patient blieb hingegen länger als drei Jahre (das Maximum lag bei mehr als sieben Jahren).

Zu einer Aussetzung zur Bewährung kam es durchweg erst nach Ablauf von zwei Jahren, in den meisten Fällen sogar erst nach Ablauf von drei Jahren (Mittel: 40 Monate; Median: 39 Monate). Das lässt sich mit den längeren Begleitstrafen allein nicht erklären: In immerhin 27 Fällen betrug die Begleitstrafe nicht mehr als 36 Monate, sodass eine Maßregel- zzgl. Reststrafenaussetzung schon vor Ablauf von zwei Jahren möglich gewesen wäre; und längere als max. vierjährige Begleitstrafen waren in der Bewährungsgruppe die Ausnahme (n = 11). Der Abgleich hat vielmehr ergeben, dass in genau der Hälfte der Fälle (n = 26) die Unterbringungsdauer nicht nur deutlich über der Zweidrittelstrafe lag, oft wurde sogar der Endstrafentermin der Begleitfreiheitsstrafe überschritten: im Durchschnitt um neun Monate! Wenn immer wieder darauf hingewiesen wird, die Untergebrachten pflegten einen »taktischen Umgang« mit der Maßregel des § 64 StGB gerade auch im Hinblick auf die jeweils noch verbleibende Dauer der Begleitstrafe, so muss hier konstatiert werden, dass die meisten Patienten diese »Taktik« entweder gar nicht beherrschten oder aber taktische Fehler begingen – naheliegender erscheint, dass jene Problemanalyse nur für wenige Untergebrachte gilt.¹⁶

Die Mehrheit der »Erledigungen« mangels Erfolgsaussicht erfolgte innerhalb des ersten Unterbringungsjahres (n = 105; knapp 56 %). Weitere 50 Patienten (26 %) brachen die Unterbringung im zweiten Jahr ab, noch einmal 18 (10 %) erst im dritten Jahr und schließlich 15 Fälle (8 %) sogar noch später. Die Annahme des BVerfG von 1994, über hinreichende Erfolgsaussichten der Entziehungsbehandlung dürfte regelmäßig innerhalb von sechs Monaten Klarheit herrschen (BVerfGE 91, 1, 34), erweist sich in der Realität offenkundig als Illusion, zumindest aber als Ausnahme: Nur in etwa jedem fünften Fall (n = 40; 21 %) erfolgte die Erledigung im ersten Halbjahr.

Allgemeines zur Population des Entlassungsjahrgangs 2005

Aus Tabelle 2 ergibt sich, dass gut ein Viertel aller in 2005 Entlassenen nicht deutscher Nationalität war.¹⁷ Weniger als 5 % der Population waren Frauen. Das Alter der Untergebrachten betrug zum Zeitpunkt der Aufnahme im Schnitt 34 Jahre (Median; Mittel: 34,8). Der Altersschwerpunkt lag zwischen 22 und 44 Jahren. Dem relativ hohen Altersschnitt entsprechend kam das Jugendstrafrecht bei der Einweisungsentscheidung kaum zur Anwendung (nur in rund 3 % der Fälle und nur gegen zum Zeitpunkt der Tat Heranwachsende).

Hinsichtlich des Schwerpunkts der Suchtdiagnostik verteilte sich die Population auf nahezu zwei Drittel im Zusammenhang

¹⁶ Zum »taktischen« Umgang mit der Maßregel vgl. allerdings auch METRIKAT 2002, 246: interessanterweise scheiterten in ihrer Untersuchung 8,8 % der eigentlich von der Klinik befürworteten Bewährungsentlassungen an einer fehlenden Einwilligung des Probanden.

¹⁷ Zur genauen Zusammensetzung der Population nach Nationalitäten POLLÄHNE & KEMPER 2007, 76.

mit illegalisierten Drogenproblemen Untergebrachte und lediglich ein gutes Drittel vorrangig wegen Alkoholproblemen untergebrachte Patienten. Ungeachtet der Verteilung auf die Zielvariable (regulärer/irregulärer Verlauf) schlug das Übergewicht der »Drogen«-Fälle hier noch stärker ins Gewicht, als es nach den bundesweiten Zahlen (dazu POLLÄHNE & KEMPER 2007, 16) ohnehin zu erwarten gewesen wäre.

Die Basisdaten erwiesen sich nach einer bivariaten Analyse mit der abhängigen Variable »regulärer vs. irregulärer Verlauf« sämtlich als nicht signifikant: Somit hatte nach der vorliegenden Studie weder das Alter der Patienten oder der Suchtmittelschwerpunkt, noch die Nationalität einen (statistischen) Einfluss auf das Gelingen bzw. Scheitern der Unterbringung.¹⁸ Im Zusammenhang mit der Nationalität wurden zudem die Merkmale »Sprachprobleme« und »sonstige Probleme wegen eines besonderen ethnischen Hintergrundes« detailliert erhoben: Eine statistische Signifikanz ergab sich jedoch auch diesbezüglich nicht, zumal diese Merkmale in der Wahrnehmung der an der Studie beteiligten Kliniken insgesamt (quantitativ) eine sehr untergeordnete Rolle spielten. Dies verdient hier auch deshalb noch einmal gesondert Erwähnung, weil insoweit die Datenbasis der vorliegenden Untersuchung breiter ist als in anderen Studien, in denen der Ausländeranteil (zum Teil deutlich) niedriger lag. Vorliegend konnte mit einem verlässlichen Signifikanztest belegt werden, dass den genannten Merkmalen – entgegen in Praxis und Politik immer wieder geäußerten »Erfahrungen« – für den Behandlungsverlauf keine Relevanz zukommt (vgl. POLLÄHNE & KEMPER 2007, 67 und 82 f.).

Tab. 2: Entlassungsjahrgang 2005 – Basisdaten

Nationalität	deutsch	207	73,9%
	andere	73	26,1%
Geschlecht ¹⁹	männlich	267	95,4%
	weiblich	12	4,3%
Alter bei Aufnahme	18–25	42	15,0%
	26–35	119	42,5%
	36–45	85	30,4%
	über 45	34	12,1%
Anwendung Jugendstrafrecht	ja	9	3,2%
	nein	271	96,8%
Abhängigkeitsproblem (Schwerpunkt)	Alkohol	102	36,4%
	ill. Drogen	178	63,6%
gesamt		280	100%

Ergebnisse der Prädiktorensuche²⁰

Im Akterhebungsbogen der zweiten Projektphase (s. dazu POLLÄHNE & KEMPER 2007 im Anhang) wurden – nicht hypothesengeleitet – detaillierte Informationen zu den Basisdaten, der Vorgeschichte der Unterbringung, zur Einweisungsentscheidung, dem Unterbringungsverlauf der ersten sechs Monate und dem Behandlungsende erfasst. Die der Klinik nach Aufnahme des Patienten (und Rechtskraft der Unterbringungsanordnung) vorliegenden Informationen aus den Dokumenten des Unterbringungsverfahrens – Gutachten und Urteil – und aus der Aufnahmeuntersuchung (Eingangsinformationen) wurden auf ihre Prädiktor-Qualität geprüft. In der hier dargestell-

ten Auswahl der Untersuchungsergebnisse soll jedoch besonderes Augenmerk auf jene Merkmale gelegt werden, die auch in den Fachdebatten immer wieder Erwähnung finden.

Persönlichkeitsstörungen

In den Diskussionen um etwaige »Fehleinweisungen« in die Entziehungsanstalt wird beharrlich auf bestimmte Fallgestaltungen hingewiesen, die einen irregulären Verlauf erwarten ließen. Regelmäßig wird die besondere Relevanz von psychiatrischen Zusatzdiagnosen, insbesondere von Persönlichkeitsstörungen, für den Therapieverlauf betont: Ausweislich der Gutachten lagen Persönlichkeitsstörungen beim Entlassungsjahrgang 2005 allerdings nur in ca. 15 % der Fälle vor (eine weitere Untergliederung nach verschiedenen Ausprägungen der Persönlichkeitsstörungen unterblieb wg. zu geringer Feldbesetzung).²¹

Tab. 3: Persönlichkeitsstörungen

	regulär	irregulär	gesamt
Persönlichkeitsstörung	8 20,0%	32 80,0%	40 100% 14,3%
keine Persönlichkeitsstörung	66 27,5%	174 72,5%	240 100% 87,7%
gesamt	74 26,4%	206 73,6%	280 100%

Ein signifikanter Zusammenhang der gutachterlichen Diagnose »Persönlichkeitsstörung« mit dem weiteren Therapieverlauf war hier nicht nachzuweisen.²² Insgesamt erwiesen sich die Aufnahmediagnosen – in jeglicher Kombination und Gruppierung²³ – durchweg als nicht signifikant.

¹⁸ Vgl. POLLÄHNE & KEMPER 2007, 46 ff. und 76 ff.; für eine weitere Analyse der Merkmale Geschlecht und Anwendung von Jugendstrafrecht waren die Gruppen zu klein.

¹⁹ Hier fehlt die Einordnung des Geschlechts für eine Person (0,4 %), die aufgrund der Anonymisierung der Unterlagen auch im Nachhinein nicht mehr zu ermitteln war.

²⁰ Nachfolgend werden Ergebnisse aus der Totalerhebung des *Entlassungsjahrgangs 2005* mitgeteilt. Zu den Ergebnissen aus der ersten Projektphase sowie zum Abgleich der vorliegenden Ergebnisse mit den Vergleichsdaten des bisherigen Forschungsstandes s. POLLÄHNE & KEMPER 2007.

²¹ Zwar waren in 25 Fällen dissoziale Persönlichkeitsstörungen verzeichnet, die in der Gruppe »irregulärer Verlauf« leicht überrepräsentiert waren, dies erwies sich allerdings nicht als signifikant.

²² Ähnlich SCHALAST et al. 2004, 42 (diff. für *dissoziale* Persönlichkeitsstörungen, vgl. auch aaO S. 66, 96 f.), welche die Diagnosen jedoch nicht über die Einweisungsgutachten ermittelten, sondern im Rahmen ihrer Nachuntersuchung u. a. die Einschätzungen bzw. Zuschreibungen der Bezugstherapeuten heranzogen.

²³ Erhoben wurde die ICD-Codierung sowohl der Suchtdiagnose als auch weiterer psychiatrischer Diagnosen, wie z. B. der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen, »Borderline«, Hirnschädigungen etc. sowie der vom Gutachter gesehene Schwerpunkt. Insgesamt ergaben sich daraus 31 verschiedene Antwortkombinationen (z. B. Polytoxikomanie/Borderline oder auch Alkoholabhängigkeit/dissoziale Persönlichkeitsstörung; ausf. Ergebnisse dazu in POLLÄHNE & KEMPER 2007, 55 ff. und 87 ff.).

20 Therapieerfolgsaussichten (lt. Gutachten)

Weiterhin sollten die Aussagen der Sachverständigen zu den Erfolgsaussichten einer Behandlung eigentlich von zentraler Bedeutung für die Analyse von »Fehleinweisungen« sein. Ausweislich der vorliegenden Zahlen hatte die gutachterliche Einschätzung für den weiteren Verlauf der Behandlung jedoch kaum eine Bedeutung. Noch immer wurde in fast jedem fünften Fall (18,2 %) darauf abgestellt, die Entziehungsbehandlung sei »nicht aussichtslos«²⁴, während in mehr als einem Viertel aller Fälle überhaupt keine Aussagen zu den Erfolgsaussichten verzeichnet waren. In immerhin elf Fällen, die schließlich zur Unterbringung geführt haben, hatte der Gutachter Erfolgsaussichten sogar explizit verneint (4,2 %). Zwar fällt auf, dass die Fälle, in denen bereits der Sachverständige die Erfolgsaussichten verneinte, fast durchweg einen irregulären Verlauf nahmen (knapp 82 %, aber immerhin mit zwei Ausnahmen). Im Übrigen war es jedoch ohne Belang, ob er solche Aussichten bejahte, eine Behandlung bloß nicht für aussichtslos hielt oder ob er sich gar nicht dazu äußerte – rund drei Viertel dieser Fälle nahmen einen irregulären Verlauf. Nach diesen Erkenntnissen boten die gutachterlichen Äußerungen zum Therapieverlauf keine validen Anhaltspunkte zu dessen Vorhersage.

Therapieerfolgsaussichten (lt. Urteil)

Ganz ähnlich verhielt es sich mit der Stellungnahme des Gerichts zur Erfolgsaussicht: In jeder siebten Entscheidung (15,8 %) fanden sich dazu überhaupt keine Angaben. Immerhin ging kein Gericht so weit, die Erfolgsaussichten explizit zu verneinen und dennoch eine Unterbringung anzuordnen. Eher deprimierend aber, dass in einem Drittel aller Fälle auch rund zehn Jahre nach der o. g. Entscheidung des BVerfG (mit Gesetzeskraft! exempl. dazu MÖLLER & BIER-WEIß 1995, MÜLLER-DIETZ 1995 und MÜLLER-GERBES 1996) noch immer auf die »Aussichtslosigkeit« abgestellt wurde, welche offenbar nur verneint werden musste (33,5 %). Schließlich wurde nur in jedem zweiten Fall ausdrücklich festgestellt, es lägen hinreichende Erfolgsaussichten für die Entziehungsbehandlung vor (50,7 %).²⁵ Ähnlich wie dies bei den Gutachten zu beobachten war, waren somit auch die richterlichen Aussagen zu den Therapieaussichten ohne Belang für den weiteren Behandlungsverlauf: Kurioser Weise nahmen die Unterbringungen gerade dann am (relativ) häufigsten einen regulären Verlauf, wenn sich das Urteil überhaupt nicht zu den Erfolgsaussichten geäußert hatte, und am ehesten dann einen irregulären Verlauf, wenn jene Aussichten explizit bejaht wurden. Signifikant war aber auch das nicht.

Einweisungsdelikte

Auch die Art der Straffälligkeit spielt in den anhaltenden Diskussionen um Fehleinweisungen eine besondere Rolle. Für den Entlassungsjahrgang NRW 2005 konnte diesbezüglich jedoch kein signifikanter Zusammenhang mit einem regulären oder irregulären Behandlungsverlauf nachgewiesen werden. Während Sexualdelikte mit einem Anteil von 6,4 % keine herausragende Rolle spielten (insb. im Unterschied zur Unterbringung nach § 63 StGB), lagen die Schwerpunkte bei Raubdelikten (33,9 %) und anderen Gewaltdelikten (Verletzungs- und Tötungsdelikte insges. 21,4 %). Auch reine BtM-Delikte (17,1 %)

fielen nicht sonderlich ins Gewicht: Selbst in der Gruppe der vorrangig wegen ill. Drogenprobleme Eingewiesenen war nur rund jeder Vierte (27,0 %) »bloß« wegen eines BtM-Delikts untergebracht.

Tab. 4: Einweisungsdelikte

	Alkohol	Drogen	regulär	irregulär
Raubdelikte	20 21,2%	75 78,9%	19 20,0%	76 80,0%
Sexualdelikte	14 77,8%	4 22,2%	2 11,1%	16 88,9%
Gewaltdelikte*	47 78,3%	13 21,7%	21 35,0%	39 65,0%
Eigentumsdelikte	10 24,4%	31 75,6%	14 34,1%	27 65,9%
BtM-Delikte	0 0%	48 100%	12 25,0%	36 75,0%
andere	11 61,1%	7 38,9%	6 33,3%	12 66,7%
gesamt	102 36,4%	178 63,6%	74 26,4%	206 73,6%

* Tötungs-/Verletzungsdelikte

Aus Tabelle 4 ergibt sich – neben der Darstellung der Verteilung auf die Zielvariable »regulärer vs. irregulärer Verlauf« – die Verteilung der Einweisungsdelikte auf den Abhängigkeitschwerpunkt: Während Alkoholiker deutlich häufiger Tötungs- und Körperverletzungsdelikte sowie Sexualdelikte jeder Ausprägung (sexueller Missbrauch von Kindern, sexuelle Gewaltdelikte, etc.) und sonstige Delikte wie z. B. Brandstiftungen begingen, konzentrierten sich die Werte bei den drogenabhängigen Patienten vor allem auf Raub und sonstige Eigentumsdelikte sowie selbstverständlich die Betäubungsmittelstraftaten (eine offenbar übliche Verteilung, vgl. SCHALAST 2000 a, 66 f.; METRIKAT 2002, 184 ff.; KURZE 1995, 87 f.; DESSECKER 1996, 90). Diese Verteilung war statistisch hoch signifikant, es gab also einen starken Zusammenhang zwischen dem Abhängigkeitsschwerpunkt und dem Delikt.

Ein bivariater Abgleich der einzelnen Delikte bzw. Deliktgruppen mit der jeweiligen Restpopulation ergab jedoch keine Signifikanz. Die Deliktsart konnte demnach in keinen Zusammenhang mit einem regulären oder irregulären Verlauf der Unterbringung gebracht werden. Zwar verzeichnete die (relativ große) Gruppe der wegen eines Raubdelikts Unterbrachten etwas mehr irreguläre Verläufe (80 %) als die Restgruppe derjenigen, die wegen anderer Delikte untergebracht waren (70,3 %). Der Zusammenhang war aber statistisch – wenn auch knapp – nicht signifikant. Nicht einmal die Einzelanalyse der Gewaltdelinquenten – eine Gruppe die sich aus Raubdelikten, Gewaltdelikten i. e. S. (Verletzungs- und Tötungsdelikte), se-

²⁴ Zur Bedeutung der Prognose vor dem Hintergrund der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung (»hinreichend konkrete Aussicht auf Erfolg«) vgl. auch MÖLLER & BIER-WEIß 1995, 634 ff.

²⁵ Ähnliche Werte erhielt METRIKAT 2002, 197, die sich ausschließlich mit der Umsetzung der Vorgaben durch die BVerfGE 91, 1 nach 1994 auseinandersetzte.

xualisierten Gewaltdelikten und Vollrauschdelikten mit Gewaltanteil zusammensetzt – ergab einen solchen Zusammenhang.²⁶

Eine Verteilung der nach einem Sexualdelikt Untergebrachten auf die Zielvariable wich zwar auffällig von der Normalverteilung ab (88,9 % irreguläre Verläufe). Dies war aber zum einen nicht signifikant, zum anderen darf das Resultat auch nicht überbewertet werden: bereits die Verschiebung von nur zwei Fällen hätte bei dieser sehr kleinen Gruppe (6,4 % der Gesamtgruppe) zur Normalverteilung geführt. Keinesfalls dürfte allein hieraus der Schluss gezogen werden, Verurteilungen wegen eines Sexualdelikts machten einen »Fehleinweisungs«-Verlauf wahrscheinlicher, als andere Delikte.

Insgesamt bleibt letztlich festzuhalten, dass das jeweilige Einweisungsdelikt im Hinblick auf den regulären Abschluss der Behandlung keine Prädiktor-Qualität erlangte.

Begleitfreiheitsstrafe

Schließlich wird auch die besondere Bedeutung der Begleitstrafe – insb. deren Länge – in der Diskussion immer wieder hervorgehoben: Während einerseits »zu kurze« Begleitstrafen für das Scheitern einer Entziehungsbehandlung verantwortlich gemacht werden, wird zugleich eine »zu lange« Strafe verdächtigt, einen irregulären Verlauf zu indizieren.

In der vorliegenden Studie war zunächst auffällig, dass nur fünf Patienten der Gesamtpopulation keine Begleitfreiheitsstrafe erhielten: Das mag überraschen vor dem Hintergrund, dass immerhin 17 Patienten als schuldunfähig eingestuft wurden, erschließt sich aber dadurch, dass zwar für die Begehung des Haupteinweisungsdelikts ein Fall der Schuldunfähigkeit zum Tatzeitpunkt angenommen wurde, dies aber in den meisten Fällen nicht für andere mitabgeurteilte Taten galt, für die deshalb Strafen ausgeworfen wurden.

Bei einer Rangweite von fünf bis 144 Monaten lag der Mittelwert der in den vorliegenden Einweisungsentscheidungen ausgerichteten Begleitfreiheitsstrafen bei 41, der Median bei 36 Monaten. Kurze Begleitstrafen waren deutlich unterrepräsentiert: max. einjährige Strafen in nicht einmal jedem zehnten Fall (8,7 %), max. zweijährige Strafen in insg. gut einem Viertel der Fälle (26,5 %). Demgegenüber war in nahezu der Hälfte aller Fälle eine mehr als dreijährige Strafe verhängt worden (47,3 %): Das erscheint von besonderer Bedeutung vor dem Hintergrund der mittlerweile erfolgten Änderung des § 67 Abs. 2 StGB, wonach in all diesen Fällen zukünftig in der Regel zumindest ein Teilvorwegvollzug stattfinden soll (vgl. POLLÄHNE 2007, 393 f.).

In der Zuordnung der Begleitstrafenlänge zum Abschluss der Behandlung als regulär bzw. irregulär ergab sich ein uneinheitliches Bild: Zwar waren die Strafen von mittlerer Dauer (13 bis 36 Monate) etwas häufiger in der Gruppe der regulären Verläufe vertreten, eine statistische Signifikanz ergab sich daraus jedoch noch nicht. Nur wenn zwei Gruppen gebildet wurden – kürzere (bis zu vier Jahre) vs. längere Strafen (über vier Jahre) – konnte ein signifikanter Zusammenhang hergestellt werden: Während bei kürzeren Begleitstrafen »nur« gut 70 % irreguläre Verläufe zu verzeichnen waren, waren dies bei län-

geren Strafen deutlich über 80 %, oder in absoluten Zahlen: Von 69 Untergebrachten mit Begleitstrafen von mehr als vier Jahren beendeten nur zwölf Patienten die Unterbringung regulär. Damit scheint sich die Praxiserfahrung, dass jedenfalls deutlich längere als dreijährige Begleitfreiheitsstrafen einen ungünstigen Behandlungsverlauf indizieren, zumindest nach der bivariaten Analyse zu bestätigen.

Vorwegvollzug der Begleitfreiheitsstrafe

Ein Vorwegvollzug der Begleitstrafe (oder eines Teils davon) hatte – ausweislich des Urteils²⁷ – nur in 22 Fällen stattgefunden (7,9 %); Fälle, in denen die Unterbringungsanordnung im Anschluss an den Vorwegvollzug gar nicht mehr vollstreckt wurde, sind hier selbstverständlich nicht erfasst. Kam es hingegen im Anschluss an einen Vorwegvollzug der Strafe noch zu einem Anschlussvollzug der Maßregel, verlief diese Unterbringung in fast allen Fällen irregulär (90,9 %; signifikanter Zusammenhang). In diesen Fällen hätte man wohl auf den Anschlussvollzug der Maßregel verzichten sollen: In allein 16 der 22 Fälle (73 %) wurde der weitere Vollzug gemäß § 67 d Abs. 5 StGB abgebrochen, in drei Fällen wurde die Höchstfrist erreicht, in zweien kam es zur Ausweisung und nur in einem einzigen Fall zur Bewährungsentlassung gemäß § 67 d Abs. 2 StGB.²⁸

Vorhafterfahrung

Rund zwei Drittel aller Patienten hatten bereits vor der Unterbringung Freiheitsstrafen verbüßt. Dabei wies die Gruppe der Patienten ohne Vorstrafen einen schwach signifikant besseren Behandlungsverlauf auf: Hier fand immerhin ein Drittel der Behandlungen ein reguläres Ende²⁹ (Tab. 5).

Von den Patienten mit Vorverbüßungen hatten zwei Drittel Freiheitsstrafen von insg. mehr als vier Jahren verbüßt (das sind 42 % aller Patienten des Entlassungsjahrgangs). Bei einer Rangweite von 1 bis 300 Monaten (25 Jahre) lag der Mittelwert bei gut 51 Monaten, der Median bei exakt 34 Monaten. Getrennt nach regulärem bzw. irregulärem Abschluss der Behandlung ergab sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen, die im Median exakt 34 Monate Vorhafterfahrung aufwiesen.

²⁶ Von den alkoholabhängigen Patienten begingen 75 % Gewaltdelikte, die Drogenabhängigen hatten dagegen eine Quote von gut 50 % mit Gewalt begangene Anlassdelikte. Auch nach Abhängigkeitsproblem sortiert ergab sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang mit dem Abschluss der Behandlung als regulär oder irregulär; weiterhin konnte keinerlei Zusammenhang mit dem Gelingen oder Scheitern der Unterbringung ermittelt werden, wenn man sich ausschließlich die Gruppe der »Gewalttäter« anschaut und diese nach Abhängigkeitsproblem trennt: Alkoholranke Gewalttäter hatten zu 70 % einen irregulären Verlauf, Gewalttäter mit Drogenproblemen zu 78 % (vgl. POLLÄHNE & KEMPER 2007, 93 f.).

²⁷ Die Klinikangaben zum Vorwegvollzug erwiesen sich als unzuverlässig: Zum Teil wurde nicht klar zwischen einem solchen und Untersuchungs- oder Organisationshaft, oder auch dem Vorwegvollzug von Strafen aus anderen Verfahren unterschieden; demgegenüber erschien die rechtskräftige Anordnung des Vorwegvollzuges gemäß § 67 Abs. 2 StGB im Urteil als relativ verlässlich.

²⁸ Möglicherweise ein Beleg für den »Unfug« der Neuregelung? Vgl. dazu auch POLLÄHNE & KEMPER 2007, 28.

²⁹ Ähnlich LEYGRAF 1995, 162, der »geringe Zusammenhänge« von Vorstrafenbelastung und Hafterfahrung mit dem Behandlungsverlauf feststellte; keinen Zusammenhang stellte SCHALAST 2000 a, 183 fest.

Tab. 5: Vorheriger Strafvollzug (in anderer Sache)

	regulär	irregulär	gesamt
vorheriger Strafvollzug	42 23,0%	141 77,0%	183 100% 65,4%
kein vorheriger Strafvollzug	32 33,0%	65 67,0%	97 100% 34,6%
gesamt	74 26,4%	206 73,6%	280 100%

[signifikant; p=0,048 – exakter Test nach Fisher]

Etwas anderes ergab sich jedoch, wenn die Dauer des vorherigen Strafvollzugs unterschiedlich gruppiert wurde. Die Gruppe der Untergebrachten mit weniger als vier Jahren Vorhafterfahrung verzeichnete signifikant häufiger einen regulären Verlauf als die Patientengruppe, die mehr als vier Jahre vorherige Haftstrafen verbüßt hatte. Ein regulärer Abschluss der Behandlung wurde bei den Untergebrachten mit mehr als vier Jahre dauernder Vorhafterfahrung bereits zur großen Ausnahme (nur jeder Siebte).³⁰

Eine Veränderung durch die Gewichtung nach Abhängigkeitschwerpunkt ergab sich indes nicht. Drogenabhängige Patienten wiesen zwar im Median mit 38 Monaten (Mittelwert gut 51 Monate) eine deutlich höhere vorherige Haftdauer auf, als alkoholabhängige Untergebrachte mit im Median genau 30 Monaten (im Mittel ebenfalls gut 51), der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Interessant ist hier vor allem, dass sich das Verhältnis im Gegensatz zur ersten Erhebungsphase umgekehrt hatte: Während die Vorhafterfahrung im Median für die Drogenabhängigen in beiden Erhebungsphasen bei 38 Monaten lag, hatten die Alkoholiker laut der ersten Erhebungsphase zuvor 42 Monate (Median) im Strafvollzug verbracht, nun jedoch 30 Monate (auch das frühere Ergebnis war nicht signifikant). Das Ergebnis der zweiten Erhebungsphase lässt sich nicht mit den Werten früherer Untersuchungen in Einklang bringen, in denen grundsätzlich eine längere Vorhafterfahrung aufseiten der Alkoholiker festgestellt wurde (vgl. SCHALAST 2000 a, 69; ähnlich GERL & BISCHOF 2001, 140). Eine Erklärung hierfür ist nicht ersichtlich.

Therapievorverfahren

Die Bewertung therapeutischer Vorverfahren spielt in den gutachterlichen Äußerungen zu den Erfolgsaussichten und in den gerichtlichen Entscheidungen zu § 64 Abs. 2 StGB a. F. eine zentrale Rolle (Tab. 6).

Nur knapp die Hälfte aller in 2005 aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten hatte bereits einschlägige suchttherapeutische Erfahrungen. Demnach war bei der Mehrheit der Untergebrachten ausgerechnet die Maßregel des § 64 StGB die erste suchttherapeutische Intervention, was verwundern muss, aber in anderen Untersuchungen Bestätigung findet (vgl. METRIKAT 2002, 132 f.; SCHALAST 2000 a, 70 f.; SEIFERT & LEYGRAF 1999, 451).

Tab. 6: Therapievorverfahren (inkl. Abbrüche)

	regulär	irregulär	gesamt
keine Therapievorverfahren	37 25,3%	109 74,7%	146 100% 52,3%
Abbruch	23 22,5%	79 77,5%	102 100% 36,6%
kein Abbruch	14 45,2%	17 54,8%	31 100% 11,1%
gesamt	74 26,5%	205 73,5%	279 100% 100%

[signifikant; p=0,04 – chi-Quadrat nach Pearson]

Das Merkmal »Abbruch vorheriger Therapien« wurde in unterschiedlichen Kombinationen berechnet.³¹ Daraus ergab sich Folgendes: Wer überhaupt Therapien im Vorfeld der Unterbringung aufzuweisen hatte, verzeichnete in der Regel auch Therapieabbrüche (knapp 77 %) – nur 31 Patienten (gut 23 % bzw. 11 % der Gesamtpopulation), hatten im Vorfeld Therapien ohne Abbruch absolviert. Bei gesonderter Betrachtung letzterer Gruppe ergab sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang: Die 31 Patienten, die eine Behandlung ohne Abbruch durchlaufen hatten, schlossen die Unterbringung in 14 Fällen regulär, in 17 Fällen irregulär ab. Von den Untergebrachten, die zuvor jedoch bereits eine therapeutische Maßnahme abgebrochen hatten, beendeten auch die Unterbringung nur 22,5 % (n = 23) regulär, 77,5 % (n = 79) hatten einen irregulären Abschluss. Daraus ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erfolg bisheriger Therapiemaßnahmen und dem Abschluss der Unterbringung. Allerdings galt dies nur in einer Richtung: Wer frühere Therapien nicht abgebrochen hatte, wies relativ seltener einen irregulären Unterbringungsverlauf auf. Der Umkehrschluss traf hingegen nicht zu. Für den oft vermuteten Zusammenhang zwischen dem Abbruch früherer Therapien und einem erfolglosen Behandlungsverlauf konnte die vorliegende Untersuchung keinen Nachweis erbringen. Die diversen Berechnungen zur Therapievorverfahren erbrachten zwar einige signifikante Teilergebnisse zur Relevanz vorheriger Therapien und Abbrüche, für die Vorhersage eines irregulären Verlaufs konnten sie jedoch nichts beitragen.³²

30 Ebenso SCHALAST et al. 2004, 41, welche für ihre Gruppe der »eher günstigen Verläufe« einen Median von drei Monaten vorheriger Hafterfahrung ermittelten, für die Gruppe der »eher problematischen Verläufe« dagegen einen Median von knapp 30 Monaten.

31 So wurden z. B. ausschließlich diejenigen, die vor der Unterbringung eine Therapie durchlaufen hatten, in »Abbrecher« und »Nicht-Abbrecher« unterteilt; auch wurden die »Abbrecher« allen übrigen Untergebrachten gegenübergestellt sowie die (sehr kleine) Gruppe herausgefiltert, die innerhalb ihrer Therapievorverfahren keinen Abbruch zu verzeichnen hatte und »vs. alle anderen« berechnet.

32 So ergab insb. die Kontrollrechnung »Abbrecher vs. alle anderen Fälle« keinen signifikanten Zusammenhang.

Klinikinterne Einschätzung der Erfolgsaussichten zu Beginn der Behandlung

Eine erhebliche Relevanz wurde hingegen für die klinikinterne Einschätzung der Therapieerfolgsaussichten zu Beginn der Behandlung ermittelt, die für fast alle Untergebrachte schriftlich in der Patientenakte festgehalten war.

Tab. 7: Therapieerfolgsaussichten (Klinikeinschätzung)

	regulär	irregulär	gesamt
eher hoch	52 43,7%	67 56,3%	119 100% 43,0%
eher gering	20 12,7%	138 87,3%	158 100% 57,0%
gesamt	72 26,0%	205 74,0%	277 100%

[hoch signifikant; $p = 0.000$ – chi-Quadrat nach Pearson]

Die Verteilung auf die Ausprägungen der Zielvariable erwies sich erwartungsgemäß als hoch signifikant, und doch überrascht das Ergebnis im Detail. Während sich die Einschätzung »eher gering« als relativ treffsicher herausstellte (87 %) und es »nur« – oder, je nach Perspektive: »immerhin« – 20 Patienten trotzdem zu einem regulären Abschluss brachten (13 %), lagen die Kliniken mit der Einschätzung der Aussichten als »eher hoch« deutlich seltener richtig (44 %), vielmehr kam es auch hier bei der Mehrheit der Fälle (56 %) zu einem irregulären Verlauf. Wertet man die interne Einschätzung als Behandlungsprognose, beträgt die Rate der falschen Vorhersagen immerhin 31 % (im Vergleich zu vielen anderen Prognose-Modellen freilich ein guter Wert), wobei sich der deutlich höhere Anteil »richtiger« Vorhersagen (69 %) aber letztlich auf die Gruppe der irregulären Verläufe reduziert (allein 50 % Treffer) – umgekehrt formuliert: Hätte man die Erfolgsaussichten in allen Fällen als »eher gering« eingeschätzt, wäre die Fehlerquote mit 26 % noch geringer ausgefallen.³³

Motivationsphase

Die Veranlassung einer speziellen Motivationsphase vor Einstieg in die reguläre Entwöhnungsbehandlung (dies wird weder in Terminologie noch konzeptionell einheitlich gehandhabt³⁴) hing offenbar mit der vorgenannten Einschätzung zusammen. In gut einem Drittel der Fälle wurde eine solche Motivationsphase für notwendig erachtet (37,5 %), oder vielleicht sollte man formulieren: Ohne eine solche Therapievorbereitung für (noch) nicht hinreichend Motivierte wäre die spezifische Entziehungsbehandlung nach Einschätzung der Klinik gänzlich »aussichtslos« gewesen. Die Bilanz war aber eher deprimierend. Nur in knapp jedem fünften Fall kam es in der Folge einer solchen Motivation tatsächlich zu einem regulären Verlauf (und nur in ganzen acht Fällen – knapp 8 % – zu einer Bewährungs-entlassung). Der Zusammenhang war signifikant. Der weitere Verlauf war zwar in den Fällen ohne Motivationsphase noch immer mehrheitlich irregulär, der Anteil der regulären Verläufe (mit 30,6 %) aber deutlich höher. Wie bereits angedeutet – und auch erwartungsgemäß – korrelierte die Anordnung einer

Motivationsphase signifikant mit der internen Einschätzung: In gut zwei Dritteln dieser Fälle (67,3 %) wurden die Aussichten zunächst eher gering eingeschätzt.

Multivariate Kontrolle

Die aufgrund der bivariaten Analysen als signifikant identifizierten unabhängigen Variablen wurden einer multivariaten Kontrolle unterzogen, um gegenseitige Interaktionen und Scheinkorrelationen sichtbar zu machen und sicherzustellen, dass das entsprechende Merkmal tatsächlich einen (statistischen) Einfluss auf den Unterbringungsverlauf als »regulär« bzw. »irregulär« hat. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Modelle gerechnet.

In die multivariate Analyse zum Entlassungsjahrgang 2005 wurden Variablen aufgenommen, die sich zum einen in der bivariaten Analyse als signifikant herausgestellt hatten und zum anderen im Hinblick auf ihr prognostisches Gewicht inhaltlich plausibel erschienen. Merkmale die zwar signifikant waren, aber eine zu geringe Fallzahl bzw. Felderbesetzung aufwiesen (wie z. B. der Vorwegvollzug), mussten außer Betracht bleiben.

Einbezogen wurden dementsprechend letztlich der vorher verbüßte Strafvollzug, die klinikinterne Einschätzung der Therapieerfolgsaussicht und die Motivationsphase. Hinzugenommen wurden zudem die Begleitfreiheitsstrafe (in zwei Gruppen) – hier konnte zumindest nach einer Dichotomisierung in »bis vier Jahre« und »mehr als vier Jahre« ein leicht signifikanter Wert erzeugt werden. Zusätzlich wurde das Merkmal »Raubdelikte vs. andere Delikte« in die multivariate Analyse aufgenommen, weil diese Berechnung der Anlassdelikte sich als nur knapp nicht signifikant erwies, dagegen in der Diskussion aber immer wieder auf die Relevanz dieses Merkmals hingewiesen wird. Zudem wurden diese in unterschiedlichster Zusammensetzung gerechneten multivariaten Modelle immer wieder mit dem Merkmal »Klinikfaktor« konfrontiert, um auszuschließen, dass sämtliche signifikanten Merkmale auf die in mehrfacher Hinsicht abweichende Klinik zurückzuführen waren.

Im Ergebnis blieb nach der logistischen Regressions-Analyse jedoch festzuhalten, dass ausschließlich die klinikinterne Einschätzung der Erfolgsaussicht ihre überragende Prädiktor-Qualität behielt, während auch sonst nur klinikspezifische Merkmale eine gewisse Bedeutung erlangten. Inhaltliche Kriterien (Diagnosen, Delikte, Vorstrafen etc.) erwiesen sich hingegen statistisch sämtlich als ungeeignet, den Abschluss der Behandlung als »regulär« oder »irregulär« vorherzusagen.

Besonderheiten der Gruppe der »Früherlediger«?

Die Ergebnisse wurden noch einmal hinsichtlich der Gruppe der »Früherlediger« überprüft. Vor dem Hintergrund der BVerfG-Entscheidung von 1994, derzufolge innerhalb von

³³ Die klinikinterne Einschätzung behielt übrigens auch nach einer teilweise erfolgten Revision – i. d. R. nach ca. 32 Wochen – ihre hohe Signifikanz.

³⁴ Vgl. auch STETTER 2002, 166 ff. m. w. N.; allg. zur Bedeutung der Motivation in der Entziehungsbehandlung SCHLÄFKE et al. 2004, 17 f., STOLPMANN 2001, 111 f. sowie FRANGOS 1983 zu unterschiedlichen patientenbezogenen Motivationstypen.

sechs Monaten Klarheit über die Erfolgsaussichten der stationären Entziehungsbehandlung herrschen sollte, aber auch aufgrund zahlreicher Diskussionen im Rahmen dieses Forschungsprojekts, erschien es angebracht, die Gruppe der »Früherlediger« gesondert zu untersuchen, da nicht auszuschließen war, dass sich einige der erwarteten, durch die bisherige Untersuchung aber nicht belegten Prädiktoren (z. B. Persönlichkeitsstörung, Polytoxikomanie, Gewaltdelikt, Vorstrafen, Ausländereigenschaft etc.) wenigstens für diese Untergruppe als signifikant erweisen könnten. Als Früherlediger in diesem Sinne galten alle Patienten, deren Maßregel innerhalb des ersten Unterbringungsjahres³⁵ gemäß § 67 d Abs. 5 StGB für erledigt erklärt wurde (und die danach ausnahmslos in die JVA verlegt wurden). Sie wurden verschiedenen Kontrollgruppen gegenübergestellt – einzig sachgerecht schien letztlich aber nur der Abgleich mit der bisherigen Gruppe »regulärer Verlauf«.³⁶

Hinsichtlich der meisten Eingangsinformationen (insb. Delikt, Diagnose etc.) ergaben sich auch hier keine signifikanten Zusammenhänge. Kriterien, denen bereits in der Gesamtuntersuchung die stärkste Erklärungskraft zukam, erwiesen sich jedoch weiterhin als signifikant, insb. die interne Einschätzung und der Klinikfaktor. Die interne Einschätzung der Erfolgsaussichten als »eher gering« deckte sich in den weitaus meisten Fällen mit einem irregulären Verlauf (hoch signifikant), wenn auch nicht ganz so stark ausgeprägt wie in der Gesamtgruppe; dafür schlug der Klinikfaktor hier eher noch stärker zu Buche, da eine Klinik allein mehr als die Hälfte aller Früherledigungen des Entlassungsjahrgangs 2005 verzeichnete.³⁷

Eine Besonderheit stellte sich jedoch bzgl. der Begleitfreiheitsstrafe heraus. Sowohl die Früherlediger, die eine Unterbringungsdauer von bis zu einem Jahr aufwiesen, als auch die Gruppe der Früherlediger, die bereits nach einem halben Jahr die Unterbringung abbrachen, hatten signifikant kürzere Begleitstrafen (unter drei Jahren) zu verbüßen, als die Gruppe »regulärer Verlauf«. Dies steht in einem gewissen Widerspruch zu den Ergebnissen der Gesamtuntersuchung, wonach gerade die *längeren* Begleitstrafen auf einen irregulären Verlauf hindeuteten, und mag als weiterer Beleg für die These gewertet werden, Früh- und Späterlediger in der Analyse zu trennen. Darüber hinaus könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass gerade in der Anfangsphase der Unterbringung im 64er-Maßregelvollzug ein taktischer Umgang mit der Rechtslage gepflegt wird: Je kürzer die Begleitfreiheitsstrafe, umso eher droht dem Untergebrachten ein längerer Gesamtfreiheitsentzug, wenn er nicht beizeiten die Erledigung betreibt – über die »eigentlichen« Erfolgsaussichten einer stationären Entziehungsbehandlung sagt dies denkbar wenig aus ... Im Großen und Ganzen hat sich die Vermutung, die Gruppe der Früherlediger würde sich von anderen Patienten signifikant unterscheiden, jedoch nicht bestätigt.

Diskussion

Abseits von wenig validen und zumeist nicht zutreffenden Alltagsvorstellungen von den Ursachen für Fehleinweisungen, ergaben sich aus empirischen Untersuchungen in der Vergangenheit diverse Merkmale die als Indikatoren für irreguläre Behandlungsverläufe gelten könnten. Dazu gehören beispielsweise ein niedriges Alter bei Einstieg in die Sucht und/oder Kriminalität und insb. bei Eintritt in den Maßregelvollzug (MARNEROS et al. 1994, LEYGRAF 1995, SCHALAST 2000 b,

vgl. auch GERL & BISCHOF 2001), das Vorliegen einer zusätzlichen (insb. dissozialen) Persönlichkeitsstörung³⁸, die strafrechtliche Vorbelastung³⁹, oder die Eigenschaft »Ausländer«.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse ließ sich – im Unterschied zu einigen anderen Studien – kein *Bild* des »typischen Erledigers« zeichnen (MARNEROS et al. 1994, LEYGRAF 1995, SCHALAST 2000 b, vgl. GERL & BISCHOF 2001, SCHALAST et al. 2004).⁴⁰ Soweit dabei in einigen Studien Kriterien genannt werden, die in den hier mitgeteilten Auswertungen außer Betracht blieben, handelt es sich nicht – wie beim vorliegend gewählten methodischen Ansatz – um aktenmäßige prozessproduzierte Eingangsinformationen, sondern entweder um Verlaufsdaten (z. B. Suchtrückfälle während Unterbringung, SCHALAST et al. 2004) oder um nachträglich zusätzlich erhobene Daten (z. B. Bildungsniveau)⁴¹ bzw. Einschätzungen (z. B. Kooperationsbereitschaft, Impulsivität: MARNEROS et al. 1994, SCHALAST 2000 b und DERS. et al. 2004, ähnlich GERL & BISCHOF 2001). »Griffige Kriterien« wären wünschenswert, die von Rasch bereits 1986 geäußerten Zweifel an der Erfüllbarkeit dieses Wunsches haben hier jedoch einmal mehr Bestätigung gefunden (RASCH 1986, 85).

Zusammenfassend muss aufgrund der vorliegenden Studie konstatiert werden, dass kein valides Vorhersagemodell generiert werden konnte: Die Eingangsinformationen (Delikt, Diagnose, Begleitstrafe, Vorstrafen, Therapieerfahrungen etc.) ergaben kein auch nur annähernd treffsicheres Modell zur Prognose des Therapieverlaufs (also weder für einen regulären noch für einen irregulären Verlauf). Die herausragende Bedeutung der »internen Einschätzung« in beiden Untersuchungsphasen legt zwar die Vermutung nahe, sie repräsentiere (und verdränge) gewissermaßen andere »eigentlich« signifikante Eingangsinformationen. Multivariate Kontrolluntersuchungen konnten jedoch entsprechende Zusammenhänge auch nach einem Abgleich mit solchen – wie beispielsweise dem Anlassdelikt, der Nationalität oder dem Alter bei Einweisung – nicht nachweisen. Die den internen Einschätzungen zugrunde liegenden Beurteilungskriterien bleiben ebenfalls im Dunkeln (lassen sich mit den vorliegenden Daten jedenfalls nicht erhellen).

³⁵ Sämtliche Berechnungen erfolgten auch für die Patientengruppe, deren Unterbringung bereits nach sechs Monaten für erledigt erklärt wurde. Diese Gruppe war aber für valide Signifikanzberechnungen zu gering besetzt, weshalb zur Kontrolle die hier erwähnte Ein-Jahres-Gruppierung herangezogen wurde.

³⁶ Damit wurde praktisch die Gruppe der »Späterlediger«, die sowohl unter dem Aspekt »Fehleinweisung« als auch in der Gegenüberstellung »regulärer vs. irregulärer« Verlauf schwer einzuordnen ist, aus dieser Analyse ausgeklammert.

³⁷ Demgegenüber fiel auf, dass in einer anderen Klinik eher die »Späterledigung« die Regel war (68 % vs. 32 %).

³⁸ LEYGRAF 1995, GERL & BISCHOF 2001, ähnlich MARNEROS et al. 1994, diff. SCHALAST et al. 2004 und 2005; Ähnliches gilt für die Diagnose »Polytoxikomanie« (dazu SCHALAST 2000 b). Anzumerken ist, dass in anderen Untersuchungen (zum Teil deutlich) höhere Anteile von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gefunden wurden; dort wurde zumeist jedoch nicht auf die Einweisungsdiagnose Bezug genommen (wie in der vorliegenden Studie), sondern auf die häufig klinikintern nachgebesserte Diagnostik (insb. SCHALAST et al. 2004 und DEMMERLING 2006).

³⁹ LEYGRAF 1995, SCHALAST 2000 a und DERS. et al. 2004 (diff. DERS. 2000 b), vgl. auch GERL & BISCHOF 2001 – die Terminologie (kriminelle Karriere, Vorstrafen, Hafterfahrung etc.) ist aber bisweilen diffus.

⁴⁰ Eher skeptisch im Hinblick auf die Prognostizierbarkeit des Therapieerfolgs aber auch bereits RASCH 1986, 85 und BÜHRINGER et al. 1992, 150 f. m. w. N.

⁴¹ Da sich solche Informationen nur zum Teil in den Gutachten fanden, wurde auf eine dahingehende Auswertung verzichtet.

Ausblick

Vor dem Hintergrund der hier präsentierten empirischen Ergebnisse drängt sich die Schlussfolgerung auf, § 64 stelle sowohl im Strafgesetzbuch als auch im psychosozialen und suchttherapeutischen Versorgungssystem eine kriminalpolitische Fehlentscheidung dar. Das »Scheitern« so vieler »Einzelfälle« muss zumindest auch im System angelegt sein und strukturellen Schwächen angelastet werden: Wenn der »irreguläre Verlauf« zur Regel und der »reguläre« zur Ausnahme wird, läuft etwas grundsätzlich schief (ähnlich LEYGRAF 2007, 293).

Unter anderem dieser Umstand bewegte kürzlich auch den Gesetzgeber zu einigen Änderungen (in Kraft seit dem 20.7.2007). Ohne an dieser Stelle auf Einzelheiten eingehen zu können⁴², sei zumindest folgendes kurz erwähnt: So ist § 64 Abs. 2 StGB entfallen, § 64 StGB wurde zur Soll-Vorschrift umgewandelt und verlangt nunmehr auch gesetzesoffiziell das Vorliegen hinreichend konkreter Erfolgsaussichten.⁴³ Neben einer geringen Erleichterung bei der Bewährungsaussetzung (vorherige Begutachtung ist bei weniger schwerwiegenden Taten in Zukunft nicht mehr zwingend erforderlich) sollen zudem zusätzliche Anreize geschaffen werden, das »Risiko« der bedingten Entlassung zu wagen (vgl. POLLÄHNE 2007, 406): Zum einen durch die Einführung einer »befristeten Wiedereinvolzugsetzung« als Maßnahme der »Krisenintervention« nach Aussetzung zur Bewährung, etwa wenn bei der aus dem Vollzug entlassenen Person »ein Rückfall in ihr Suchtverhalten eingetreten« und die Maßnahme erforderlich ist, um »einen Widerruf nach § 67 g zu vermeiden« (§ 67 h StGB-neu, krit. dazu POLLÄHNE 2007, 415 f.). Zum anderen durch punitive und observative Verschärfungen der Führungsaufsicht: So kann der Verstoß gegen eine explizite Abstinenz- und/oder Suchtmittelkontroll-Weisung (§ 68 b Abs. 1 S. 1 Nr. 10 StGB-neu)⁴⁴ nun mit bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe belegt werden (§ 145 a StGB-neu) – ein besonders abwegiges Vorhaben!⁴⁵

Ob diese Änderungen zu einer spürbaren Senkung des Belegungsdrucks⁴⁶ und zur Reduzierung tatsächlicher oder vermeintlicher »Fehleinweisungen« führen werden⁴⁷, steht dahin. Nicht auszuschließen, dass die Steuerungsfähigkeit gesetzlicher Normierung über- und die Kraft informeller Rechtskulturen unterschätzt wird.⁴⁸

Für manchen Verurteilten mag die längerfristige stationäre Unterbringung als vermeintliche oder reale »Alternative« zum Strafvollzug eine Chance sein, vielleicht sogar seine »letzte«. Es bleibt aber die offenbar noch immer nicht hinreichend treffsicher zu beantwortende Frage: für welchen Verurteilten? Sicher ist der Hinweis berechtigt, dass auch der »irreguläre Verlauf« (hier als Kategorisierung der Fehleinweisung) nicht per se »sinnlos« ist bzw. gewesen sein muss.⁴⁹ Dies mag im Einzelfall mit dem Untergebrachten im therapeutischen Alltag ausgehandelt werden – eine schlüssige kriminalpolitische und therapeutische Konzeption lässt das aber nicht erkennen!

Was bleibt ist die empirisch abgesicherte Erschütterung von »Alltagsannahmen« und die erfahrungswissenschaftliche Relativierung des in der Praxis und bei Gutachtern verbreiteten Erfahrungswissens. Vor dem Hintergrund der dargelegten Differenzen zu anderen einschlägigen Untersuchungen und in Anbetracht weiterhin offener Fragen ist jedenfalls weitere Forschung angezeit.

Literatur

- BACKHAUS K, ERICHSON B, PLINKE W & WEIBER R (2006) Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung. 11. Aufl. Berlin: Springer Verlag
- BÜHRINGER G, HERBST K & KÜFNER H (1992) Therapie von Drogenabhängigen in stationären Einrichtungen – Charakteristika und Trends, in: EGG (Hg.) Die Therapieregeln des Betäubungsmittelrechts – deutsche und ausländische Erfahrungen. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 139 ff.
- DAHLE K-P (1997) Begutachtung der Schuldfähigkeit sowie der Therapieindikation (-motivation) unter justitiellem Zwang – Ein 34-jähriger drogenabhängiger Straftäter, in: KUBINGER (Hg.) Psychologische Diagnostik und Intervention in Fallbeispielen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 189 ff.
- DEMMERLING R (2006) Persönlichkeitseigenschaften, Persönlichkeitsstörungen und Alkoholmissbrauch bei Gewalttätern. Hamburg: Kovac
- DESSECKER A (1996) Suchtbehandlung als strafrechtliche Sanktion. Eine empirische Untersuchung zur Anordnung und Vollstreckung der Maßregel nach § 64 StGB. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle
- FRANGOS L (1983) Klinische Therapie von Drogendelinquenten im Rahmen des Maßregelvollzugs. Suchtgefahren, 133 f.
- GERL S & BISCHOF H-L (2001) Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 16.3.1994 auf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) bei Alkoholabhängigen und Polytoxikomanen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 138 ff.
- KAHLERT D (1997) Stationäre Drogentherapie, in: BOSSONG et al. (Hg.) Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt/New York: Campus Verlag GmbH, 178 ff.
- KAISER G (1990) Befinden sich die kriminalrechtlichen Maßregeln in der Krise? Heidelberg: C. F. Müller
- KURZE M (1995) Zurückstellung oder Unterbringung drogenabhängiger Straftäter? Zur Anwendung der §§ 35 ff. BtMG und § 64 StGB anhand ausgewählter Merkmale der Betroffenen, in: DESSECKER & EGG (Hg.) Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 77 ff.
- ⁴² Zu den (auch vollstreckungsrechtlichen) Neuregelungen und Änderungen ausf. POLLÄHNE & KEMPER 2007, 25 ff.
- ⁴³ Ob dies – im Gegensatz zu den in der vorliegenden Untersuchung gemachten Erfahrungen (s. o.) – nun endlich auch Berücksichtigung bei den Gerichten und Gutachtern findet, bleibt wohl abzuwarten.
- ⁴⁴ Bezieht sich nur auf Suchtmittelkontrollen, die »nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind«; für invasive Kontrollen gilt auch weiterhin das Freiwilligkeitsprinzip (§ 68 b Abs. 2 S. 4 StGB-neu iVm § 56 c Abs. 3 StGB).
- ⁴⁵ Dadurch kann künftig auch Alkohol- und Suchtmittelkonsum unmittelbar unter (erhebliche) Strafe gestellt werden! Berechtigte Kritik bei SCHALAST 2006, vgl. auch POLLÄHNE 2007, 409.
- ⁴⁶ Immerhin können nach der Neufassung des § 67 a Abs. 2 S. 2 StGB nicht nur – wie bisher – Sicherungsverwahrte in die Entziehungsanstalt überwiesen werden, sondern auch Strafgefangene, gegen die Sicherungsverwahrung bereits angeordnet ist, aber noch nicht vollstreckt wird (wobei allerdings – verwirrend – auf §§ 20, 21 StGB abgestellt wird).
- ⁴⁷ So aber die Erwartung der Gesetzentwürfe (BT-Drs 16/1110 S. 9 f. und 16/1344 S. 10), vgl. auch POLLÄHNE 2007, 3907 f.
- ⁴⁸ Dies gilt erst recht für die minimale Änderung der Begutachtungsregelung in § 246 a StPO, wonach ein Sachverständiger nurmehr dann in der Hauptverhandlung zu vernehmen ist, wenn das Gericht »erwägt, die Unterbringung des Angeklagten in einer Entziehungsanstalt anzuordnen«.
- ⁴⁹ Es wird häufig darauf verwiesen, dass auch bei Abbrechern die Therapieerfolgsquote mit zunehmender Verweildauer zunehme, vgl. DAHLE 1997, 191 f. und KAHLERT 1997, 184 ff.

- LEYGRAF N (1995) Praxis der Vollstreckung strafrechtlicher Unterbringungen gemäß § 64 StGB, in: DESSECKER & EGG (Hg.) Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, 159 ff.
- LEYGRAF N (2007) Die Maßregeln der Besserung und Sicherung – Anmerkungen aus psychiatrischer Sicht, in: KRÖBER et al. (Hg.) Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd. 1 (Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie). Darmstadt: Steinkopff, 289 ff.
- MARNEROS A, PIERSCHKALLA U, ROHDE A, FISCHER J & SCHMITZ K (1994) Die Vorgeschichte alkoholkranker Straftäter, untergebracht nach § 64 StGB. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 13 ff.
- MEIER B-D (2000) Der Maßregelvollzug und seine Reform, in: Marneros et al. (Hg.) Psychiatrie und Justiz. München: Zuckschwerdt, 48 ff.
- METRIKAT I (2002) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB – Eine Maßregel im Wandel? Frankfurt/M. et al.: Peter Lang
- MÖLLER AA & BIER-WEIß I (1995) Die Rauschmittelentwöhnung im Maßregelvollzug – zur Bedeutung der Prognose aufgrund neuester verfassungsgerichtlicher Rechtsprechung zum § 64 StGB. Rechtsmedizin, 63 f.
- MÜLLER-DIETZ H (1995) Unterbringung in der Entziehungsanstalt und Verfassung. Juristische Rundschau, 353 ff.
- MÜLLER-GERBES S (1996) Auf dem Prüfstand des BVerfG: das Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Strafverteidiger, 633 ff.
- POLLÄHNE H (2007) Effektivere Sicherheit der Bevölkerung und schärfere Kontrolle der Lebensführung. Zur Reform des Maßregelrechts und der Führungsaufsicht. Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft, 386 ff.
- POLLÄHNE H & KEMPER A (2007) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zum nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug – Entlassungsjahrgang 2005. Berlin: Lit Verlag
- RASCH W (1986) Die Unterbringungs Voraussetzungen nach § 64 StGB. Forum Psychiatrische Praxis, 81 ff.
- SCHALAST N (2000 a) Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe. München: Wilhelm Fink Verlag
- SCHALAST N (2000 b) Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Sucht, 111 ff.
- SCHALAST N (2006) Anmerkungen zum Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums zur Neuregelung der Führungsaufsicht. Recht & Psychiatrie, 59 ff.
- SCHALAST N & LEYGRAF N (1999) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Auswirkungen des Beschlusses des BVerfG (NStZ 1994, 478). Neue Zeitschrift für Strafrecht, 485 ff.
- SCHALAST N, MUSHOFF S & DEMMERLING R (2004) Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Unveröffentlichter Projekt-Zwischenbericht, Essen
- SCHALAST N, MUSHOFF S & DEMMERLING R (2005) Wie sind Patienten des § 64-Maßregelvollzuges kriminologisch einzuordnen? Bewährungshilfe, 15 ff.
- SCHLÄFKE D et al. (2004) »Drinnen und Draußen«: Möglichkeiten und Grenzen von therapeutischer Einflussnahme im Maßregelvollzug, in: 14. Bad Rehbürger Fachtagung zur Unterbringung gem. § 64 StGB. Rehbürg-Loccum, 8 ff.
- STETTER F (2002) Therapie und Prognose der Alkoholintoxikation und -abhängigkeit, in: SCHNEIDER & FRISTER (Hg.) Alkohol und Schuldfähigkeit. Berlin et al.: Springer, 159 ff.
- STOLPMANN G (2001) Psychiatrische Maßregelbehandlung. Eine Einführung, Göttingen et al.: Hans Huber Verlag
- VON DER HAAR M (1995 b) Zum Urteil des BVerfG über die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB vom 16.3.1994 (NStZ 1994, 578) aus klinischer Sicht. Neue Zeitschrift für Strafrecht, 315 ff.

Anzeige

**LWL-Zentrum für
Forensische Psychiatrie Lippstadt**

**Zukunftswerkstatt
Maßregelvollzug**

5. bis 7. März 2008

23. Eickelborner Fachtagung zu Fragen
der Forensischen Psychiatrie

Eickelbornstr. 21 · 59556 Lippstadt
Tel. 0 29 45-9 81-02
www.lwl-forensik-lippstadt.de

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Anschrift der Verfasserin

Bremer Institut für Kriminalpolitik (BRIK)
Universität Bremen – Fachbereich 6
Universitätsallee, GW 1
28359 Bremen
kemper@uni-bremen.de