

Aus der Klinik für Forensische Psychiatrie  
Leitender Arzt: Prof. Dr. med. Detlef Schläfke

**Erkundung der  
Motivationsänderungen im Verlauf der Therapie  
im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB**

Inaugural-DISSERTATION  
Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizin  
Medizinische Fakultät  
der Universität Rostock

vorgelegt von  
Thomas Tewes

Rostock, März 2010

Dekan: Professor Dr. med. Thomas Mittlmeier

Gutachter: Professor Dr. med. D. Schläfke  
Klinik für Forensische Psychiatrie  
Universität Rostock

Gutachter: PD Dr. med. M. Lucht  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Greifswald

Gutachter: Professor D. med. habil. F. Häßler  
Zentrum für Nervenheilkunde  
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie  
im Kindes und Jugendalter  
Universität Rostock

Tag der Verteidigung: 7.12.2010

## Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	<i>b</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	<i>d</i>
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>f</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>f</i>
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Die Alkoholkrankheit</b>	<b>3</b>
2.1.1. Alkoholismus Definitionen	3
2.1.2. Epidemiologie, Symptomatik, Folgen	3
2.1.3. Einteilungen, Klassifikationen	5
<b>2.2. Alkohol und Delinquenz</b>	<b>7</b>
2.2.1. Epidemiologie	7
2.2.2. Alkohol/Drogen und Kriminalität im Deutschen Rechtssystem	8
2.2.3. Zusammenhänge von Alkohol und Kriminalität	11
2.2.4. Alkohol und Schuldfähigkeit	13
<b>2.3. Der Maßregelvollzug</b>	<b>15</b>
2.3.1. Definition und Durchführung	15
2.3.2. Rechtliche Grundlagen des Maßregelvollzugs	16
2.3.3. Zahl der Untergebrachten	21
<b>2.4. Motivation</b>	<b>22</b>
2.4.1. Der Motivationsbegriff in der Psychologie	22
2.4.2. Behandlungsmotivation	25
2.4.3. Behandlungsmotivation bei Suchtkranken	27
<b>3. Material und Methodik</b>	<b>30</b>
<b>3.1. Fragestellung und Hypothese</b>	<b>30</b>
<b>3.2. Untersuchungsanlage</b>	<b>31</b>
<b>3.3. Erhebungsinstrumente</b>	<b>31</b>
<b>3.4. Verlässlichkeit der Aussagen</b>	<b>34</b>
<b>3.5. Ausschlusskriterien und erfasste Patienten</b>	<b>35</b>
<b>3.6. Beschreibung der Einrichtung</b>	<b>35</b>
<b>4. Auswertung und Ergebnisse</b>	<b>37</b>
<b>4.1. Fragebogenbefunde</b>	<b>37</b>
<b>4.2. Interviewbefunde</b>	<b>48</b>
4.2.1. Einstellung	48
4.2.2. Therapeutisches Klima	52
4.2.3. Suchtproblematik	55
4.2.4. Therapieergebnisse	60
4.2.5. Zusammenhänge	63
<b>5. Diskussion</b>	<b>69</b>
<b>5.1. Diskussion der Methoden</b>	<b>69</b>
5.1.1. Interview und Fragebögen	69

5.1.2. Statistische Auswertung	72
<b>5.2. Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>73</b>
5.2.1. Soziodemographische Daten	75
5.2.2. Einstellung zur Maßregel	76
5.2.3. Therapeutisches Klima	77
5.2.4. Suchtproblematik	80
5.2.5. Patientenmerkmal Alter	81
5.2.6. Patientenmerkmal Intelligenz	83
5.2.7. Patientenmerkmal Aufenthaltsdauer	84
5.2.8. Zur Frage der Motivation	85
5.2.9. Zur Frage der Effektivität der Therapie	90
<b>6. Schlussfolgerungen</b>	<b>94</b>
<b>7. Zusammenfassung</b>	<b>97</b>
<b>Anhang</b>	<b>I</b>
<b>A: Literaturverzeichnis</b>	<b>I</b>
<b>B: Tabellen</b>	<b>X</b>
<b>C: Interviews und Fragebögen</b>	<b>XVIII</b>
<b>D: Auszüge aus dem Strafgesetzbuch</b>	<b>XXII</b>

Thesen

Selbständigkeitserklärung

Danksagung

Lebenslauf

**Abkürzungsverzeichnis**

a. a. O.	=	am angegebenen Ort
Abs.	=	Abschnitt
a. F.	=	alte Fassung
BGB	=	Bürgerliches Gesetzbuch
BtMG	=	Betäubungsmittelgesetz
BVerfGE	=	Bundesverfassungsgericht
BZR	=	Bundeszentralregister
bzw.	=	beziehungsweise
ca.	=	circa
DBT	=	Dialektisch Behaviorale Therapie
d.h.	=	das heißt
DMS-IV	=	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Diseases
e.V.	=	eingetragener Verein
ebd.	=	ebenda
et al.	=	et alius
ggf.	=	gegebenenfalls
Hrsg.	=	Herausgeber
ICD 10	=	International Statistical Cla sification of Diseases and Health Problems
IQ	=	Intelligenzquotient
JGG	=	Jugendgerichtsgesetz

lat.	=	lateinisch
Mio.	=	Millionen
Mrd.	=	Milliarden
MRVZ	=	Maßregelvollzug
m.W.v.	=	mit Wirkung vom
NRW	=	Nordrhein Westfalen
PKS	=	Polizeiliche Kriminalstatistik
PsychKG	=	Psychisch-Kranken Gesetz
QCT	=	quasi compulsory treatment
Rn	=	Randnummer
S.	=	Seite
SPSS	=	Statistical Package for the Social Sciences
StGB	=	Strafgesetzbuch
s. u.	=	siehe unten
THC	=	Tetrahydrocannabinol
u. ä.	=	und ähnliches
v. a.	=	von allen
vgl.	=	vergleiche
Wo.	=	Woche
z. B.	=	zum Beispiel
zit. n.	=	zitiert nach

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Heuristisches Erwartungs-Wert-Modell nach Petry .....	27
Abbildung 2: Schwächen in der Therapie.....	38
Abbildung 3: Verständnis der Therapeuten .....	39
Abbildung 4: lernen in der Therapie .....	40
Abbildung 5: Eigentliche Probleme kommen nicht zur Sprache.....	40
Abbildung 6: Mitpatienten in der Therapie.....	41
Abbildung 7: Ärger in der Therapie.....	42
Abbildung 8: Stimmungen und Probleme in der Therapie .....	43
Abbildung 9: Eigentliche Probleme in der Therapie .....	43
Abbildung 10: Selbstbewusstsein in der Therapie.....	44
Abbildung 11: Unverständnis der Therapeuten .....	45
Abbildung 12: Gespräche mit Therapeuten .....	46
Abbildung 13: Entscheidungen in der Therapie .....	46
Abbildung 14: keine richtige Therapie .....	47
Abbildung 15: Besserer Umgang mit anderen nach der Therapie.....	48
Abbildung 16: Einstellung zum § 64 StGB .....	49
Abbildung 17: Einstellung zur Behandlung.....	51
Abbildung 18: Einstellungsänderung im Therapieverlauf.....	52
Abbildung 19: Einstellung zu den Mitpatienten .....	53
Abbildung 20: Hilft die Behandlung von der Sucht weg zu kommen? .....	55
Abbildung 21: Glaube daran die Sucht zu besiegen .....	56
Abbildung 22: Ursachen für einen Rückfall .....	57
Abbildung 23: Ursachen der Abhängigkeit .....	58

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle I: Typologie des Alkoholismus nach Jellinek.....	5
Tabelle II: Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter .....	64
Tabelle III: Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Intelligenzquotienten .....	65
Tabelle IV: Zusammenhänge in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer .....	66
Tabelle V: Zusammenhänge zwischen den Abhängigen Variablen .....	68
Tabelle I: Einstellung zum Maßregelvollzug.....	X
Tabelle II: Aufklärung über den §64 StGB.....	X
Tabelle III: Erwartungen an den §64 StGB .....	X
Tabelle IV: Einstellung zur Therapie.....	XI
Tabelle V: Negative Einstellung zur Therapie.....	XI
Tabelle VI: Einstellungsänderung im Therapieverlauf.....	XI
Tabelle VII: Einstellung zu den Ärzten .....	XII
Tabelle VIII: Einstellung zu den Psychologen .....	XII
Tabelle IX: Einstellung zum Pflegepersonal .....	XII
Tabelle X: Einstellung zu den Sozialarbeitern.....	XII
Tabelle XI: Einstellung zu den Mitpatienten .....	XIII

Tabelle XII: Sinnvolle Therapiemaßnahmen.....	XIII
Tabelle XIII: Nicht sinnvolle Therapiemaßnahmen .....	XIII
Tabelle XIV: Vergleich Maßregel / JVA.....	XIV
Tabelle XV: Zeuge von Tötlichkeiten.....	XIV
Tabelle XVI: Hilft die Behandlung?.....	XIV
Tabelle XVII: Glaube Sucht zu besiegen.....	XIV
Tabelle XVIII: Rückfallursachen.....	XV
Tabelle XIX: Gefühl bei einem Rückfall.....	XV
Tabelle XX: Reaktion auf Drogen / Alkohol.....	XV
Tabelle XXI: Lockerungsstufe.....	XVI
Tabelle XXII: Gründe für die Abhängigkeit.....	XVI
Tabelle XXIII: Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Delikt.....	XVI
Tabelle XXIV: Beteiligung an der Beschaffung.....	XVII
Tabelle XXV: Konsum in der Therapie.....	XVII
Tabelle XXVI: Konsumhäufigkeit.....	XVII
Tabelle XXVII: Einstellung zu Alkohol- / Drogenkonsum in der Therapie.....	XVII



## **1. Einleitung**

Es existieren bereits zahlreiche Studien, die sich mit dem Begriff der Motivation in Bezug auf Patienten und deren Therapie befassen. Eine Sonderstellung nimmt hier sicherlich der Patient im Maßregelvollzug nach §64 StGB ein. Zum einen auf Grund der psychiatrischen Krankheitsbilder, zum anderen auf Grund der besonderen Bedingungen der Unterbringung und Dauer der Therapie. Bei der kontrovers geführten Diskussion über Sinn und Effizienz des Maßregelvollzugs stellt sich die bisher wenig beachtete Frage, wie eigentlich der Maßregelvollzug von dem betroffenen Patienten selbst erlebt und beurteilt wird. Vor allem soll hier erforscht werden, ob eben diese Einstellungen und Empfindungen sich im Verlauf des Maßregelvollzugs verändern.

Es gibt allgemein zu wenig empirisch gesicherte Informationen über spezielle Vollzugsaspekte, die eine fundierte Diskussion in- und außerhalb des Maßregelvollzugs ermöglichen würden (Freese, Born, & Müller-Isberner, 1995). Es fehlen Studien, die der internen wie externen Qualitätskontrolle dienen (Dimmeck & Duncker, 1996). Das ist angesichts der Tatsache, dass Behandlungsmaßnahmen „eine Transparenz erhalten [müssen], mit der die Arbeitsweise und die Effektivität belegt werden können“ (Diederich, 2001, S. 78), besonders bedauerlich.

Demgegenüber muss dem aus Studien hervorgegangenen wichtigen Ergebnis Beachtung geschenkt werden, dass die Patientenzufriedenheit entscheidend durch die Interaktion zwischen Arzt und Patient in der so genannten Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst wird. Qualität und Quantität der Kommunikation mit dem Arzt spielen für den Patienten dabei eine große Rolle. (Phillipsen, 2007)

Die vorliegende Arbeit versucht die Verhältnisse in der Maßregelklinik, die äußeren Umstände und die sozialen Strukturen innerhalb der Entziehungsanstalt einmal aus Sicht der sonst immer Beobachteten darzustellen. Sie soll einen Einblick geben wie die verschiedenen Therapiemaßnahmen von den Untergebrachten empfunden und bewertet werden und wie sich diese im Verlauf des Aufenthaltes verändern.

In der vorliegenden Studie wird der Schwerpunkt auf die Alkoholkrankheit gelegt. Dies geschieht aus verschiedenen Gründen. Zum einen ist dies im Vergleich zur Drogenproblematik bei den untersuchten Patienten eindeutig vorherrschend. Zum anderen gehört Mecklenburg Vorpommern nach wie vor zu den Bundesländern mit den höchsten Zah-

len an alkoholabhängigen Patienten. Schließlich geschieht es aus Gründen der Übersichtlichkeit, Vergleichbarkeit und Beurteilbarkeit. Es wird soweit möglich auch immer wieder Bezug genommen auf die Drogenproblematik und die entsprechenden Zusammenhänge. Als Grundlage für die Auswertungen und Diskussionen soll aber die Alkoholproblematik im Maßregelvollzug stehen.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

### **2.1. Die Alkoholkrankheit**

#### **2.1.1. Alkoholismus Definitionen**

Beim Alkohol handelt es sich um das älteste Rauschmittel der Welt. Im Altertum wurde es als Genussmittel gewonnen. Heute wird Alkohol vorwiegend getrunken, um Zwänge und Hemmungen zu lösen.

Alkoholismus ist ein weltweit verbreitetes Problem, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. Er erstreckt sich durch alle sozialen Schichten in allen Altersgruppen. Da es sich um ein vielschichtiges sehr komplexes Problem handelt ist es schwierig eine eindeutige Definition zu finden. Laut WHO (World Health Organisation) ist der Alkoholismus „Eine Art des Trinkens, die in ihrem Ausmaß über die traditionelle und gebräuchliche Ernährungsform oder die gesellschaftlichen Trinksitten der entsprechenden Gemeinschaft hinausgeht, ohne Rücksicht auf ätiologische Faktoren, die zu einem solchen Verhalten führen und ungeachtet des Ausmaßes, in dem derartige Faktoren von Vererbung und Konstitution oder neu entwickelten psychopathologischen und Stoffwechselbedingten Einflüssen abhängen.“

Weiter definiert die WHO Alkoholiker als "exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit, ihren menschlichen Beziehungen, ihren sozialen oder wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Vorstufen einer solchen Entwicklung". In dieser Definition spielen das soziale Umfeld und die Konsequenzen des Alkoholkonsums eine Rolle und weniger die tatsächlich getrunkene Menge an Alkohol oder die Häufigkeit des exzessiven Trinkens.

#### **2.1.2. Epidemiologie, Symptomatik, Folgen**

Ca. 3% der Bevölkerung in Deutschland sind alkoholabhängig; bei ca. 5% liegt schädlicher Gebrauch vor (Alkoholmissbrauch). In den osteuropäischen Ländern besteht eine 2-5fach höhere Prävalenz, das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt ca. 3:1, wobei man bei den Frauen eine höhere Dunkelziffer annehmen muss. Der Erkrankungsgipfel liegt im 3. - 5. Lebensjahrzehnt, die Sterblichkeit durch Alkoholfolgen in Deutschland

liegt bei 30 Männern bzw. 10 Frauen pro 100.000 Einwohner / Jahr, die häufigste Todesursache ist die Leberzirrhose. Kinder von Alkoholikern haben ein vierfach erhöhtes Risiko, eine spätere Alkoholkrankheit zu entwickeln. (Herold, 2005)

Eine Alkoholkrankheit oder -abhängigkeit, früher auch „Dipsomanie“, „Potomanie“, „Trunksucht“, „Alkoholsucht“ oder „Alkoholismus“ genannt, ist demnach eine Abhängigkeit von der psychotropen Substanz Ethanol. Es handelt sich um eine progressive Erkrankung, in deren Verlauf sich die Beschaffung und der Konsum von Alkohol zum lebensbestimmenden Inhalt entwickeln können. Typische Symptome sind der Zwang zum Konsum, fortschreitender Kontrollverlust, Vernachlässigung früherer Interessen zugunsten des Trinkens, Leugnen des Suchtverhaltens, Entzugserscheinungen bei Konsumreduktion, Nachweis einer Toleranz gegenüber Alkohol (Trinkfestigkeit) sowie der Veränderung der Persönlichkeit. Der übermäßige Konsum wird auch als Alkoholabusus oder Alkoholmissbrauch (Alkoholkonsum mit nachweislich schädlicher Wirkung) bezeichnet. Die kritische Menge wurde in der Vergangenheit immer enger gezogen. Deutsche Experten haben 30 g/Tag für Männer und 10 g/Tag für Frauen festgelegt. Die WHO hat die kritische Grenze für Alkohol reduziert auf max. 7 g/Tag für beide Geschlechter (0,2 l Bier oder 0,1 l Wein/Sekt). Der Bierkonsum in Deutschland ist 2003 auf 117,5 l/Kopf/Jahr abgesunken, der Konsum reinen Alkohols beträgt 11 Liter/Kopf/Jahr, Europarekord. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2008)

Abgesehen von den psychischen Folgen und Verhaltensstörungen, die im weiteren Verlauf noch näher erläutert werden führt der übermäßige Alkoholkonsum aber vor allem zu unmittelbaren körperlichen Folgen. Am Gastrointestinaltrakt sind dies ein desolater Zahnstatus durch Vernachlässigung und Mangelernährung, eine Refluxösophagitis, akute Gastritis, intestinale Resorptionsstörungen und das Mallory-Weiss-Syndrom.<sup>1</sup> An der Leber, dem Hauptabbauort des Alkohols im menschlichen Organismus kommt es zunächst zur alkoholischen Fettleber, die zu einer Fettleberhepatitis und schließlich zur Leberzirrhose führen kann. Zudem kann ein Zieve-Syndrom auftreten.<sup>2</sup> An der Bauchspeicheldrüse führt der Alkoholkonsum zu einer entzündlichen Reaktion (Pankreatitis). Auch das Herz-Kreislauf-System nimmt Schaden im Sinne von Herzrhythmusstörungen

---

<sup>1</sup> Längseinrisse in der Ösophagusschleimhaut mit daraus resultierenden, schlimmstenfalls lebensbedrohlichen Blutungen.

<sup>2</sup> Anämie, Hyperbilirubinämie, .....

(Holiday-Heart-Syndrome), einem erhöhtem Blutdruck und daraus resultiert ein vermehrtes Schlaganfallrisiko. Im Stoffwechsel kommt es zu einer Hypertriglyceridämie, Hypoglykämie und Folsäuremangel. Die Betroffenen sind immungeschwächt und entwickeln ein erhöhtes Risiko für Krebserkrankungen. Schließlich kann es bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu einem fetalen Alkoholsyndrom bzw. einer Alkoholembryopathie kommen, mit Wachstumsretardierung, geistiger Behinderung, Entwicklungsverzögerungen und kraniofazialen Auffälligkeiten. (Herold, 2005)

### **2.1.3. Einteilungen, Klassifikationen**

Der Alkoholismus ist seit den 60er Jahren eine anerkannte Krankheit und eine der ältesten Definitionen geht auf Jellinek zurück, der für den Alkoholismus eine bis heute gebräuchliche Typologie entwickelte. „Unter Alkoholismus versteht man jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der einem Individuum oder der Gesellschaft Schaden zufügt.“ (Jellinek, 1960)

Typologie (Jellinek 1960):

Alpha-Typ	Beta-Typ	Gamma-Typ	Delta-Typ	Epsilon-Typ
Problem- Erleichterungs-Konflikttrinker	Gelegeneheits-trinker	Süchtiger Trinker	Rauscharmer, kontinuierlicher Trinker	Episodischer Trinker
Psychische Abhängigkeit	Keine Abhängigkeit	Zuerst psychische dann physische Abhängigkeit	Psychische Abhängigkeit	Psychische Abhängigkeit
Kein Kontrollverlust aber Phasen undisziplinierten Trinkens mit Fähigkeit zur Abstinenz	Kein Kontrollverlust	Kontrollverlust mit Phasen der Abstinenz	Kein Kontrollverlust, keine Abstinenz	Kontrollverlust mit Fähigkeit zur Abstinenz

**Tabelle I: Typologie des Alkoholismus nach Jellinek**

In der ICD-10 Klassifikation (International Classification of Diseases) wird Alkoholismus in der Kategorie F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ klassifiziert. Dazu zählen sowohl körperliche als auch psychische Störungen wie z.B. depressive Episoden nach massivem Alkoholkonsum. Die Ablehnung des Konsumverhaltens

durch andere Personen oder negative soziale Folgen wie z.B. Eheprobleme stellen kein Kriterium für schädlichen Gebrauch dar. Ebenfalls eine akute Intoxikation beweist allein nicht den Gesundheitsschaden, der für die Diagnose erforderlich ist. (Schmidt, Martin H.; Dilling, H.; Mombour, W., 2006)

Die Kodierungen im amerikanischen System DMS-IV sind 303.90 für Alkoholabhängigkeit und 305.00 für Alkoholmissbrauch. Das DSM-IV-System ist multiaxial und bietet die Möglichkeit auf der Achse I das Alkoholsyndrom, auf der Achse II die Persönlichkeitsstörung, auf der Achse III die körperliche Erkrankung, auf der Achse IV die psychosozialen- und Umgebungsfaktoren und auf der Achse V das globale Funktionsniveau festzuhalten<sup>3</sup>. (American Psychiatric Association, 2000)

Die Babor Typologie des Alkoholismus beschreibt zwei Typen von Alkoholikern. Aus der Masse der Alkoholkranken heben sich statistisch einzelne Prägnanztypen heraus, die auch durch unterschiedliches Trinkverhalten charakterisiert sind. In der Praxis sind dagegen beim Einzelfall Überschneidungen evident. Die Typologie von Babor ist wegen der prognostischen Aussage in der Praxis gut verwendbar. (TF et al. 1992)

Typ A – Später Beginn (30-40 Jahre), wenig Risikofaktoren in der Kindheit, geringer Grad der Abhängigkeit, wenig körperliche und soziale Konsequenzen des Alkoholkonsums, geringe psychiatrische Komorbidität, geringe Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld, gute therapeutische Prognose

Typ B – Früher Beginn (vor 21. Lebensjahr), vermehrt Risikofaktoren in Familie und Kindheit, starke Ausprägung der Abhängigkeit, vermehrt körperliche und soziale Konsequenzen des Alkoholismus, hohe psychiatrische Komorbidität, hohe Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld, schlechte therapeutische Prognose

---

<sup>3</sup> Bezogen auf einen bestimmten Zeitraum oder Zeitpunkt auf Skalen zwischen 1 und 100

## **2.2. Alkohol und Delinquenz**

### **2.2.1. Epidemiologie**

Der Konsum, Missbrauch und die Sucht von Drogen und Alkohol stellt für den Einzelnen und die Gesellschaft eine Reihe von Problemen dar. Nicht umsonst wird Alkohol als *Volksdroge Nummer 1* bezeichnet und gerät in Diskussionen über Jugendschutz und Probleme der Kriminalität immer wieder in den Fokus der Öffentlichkeit.

Der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol hat sich seit Jahren bei ca. 10 Litern gehalten, 1999 waren es noch 10,6; 2002 waren es 10,4; 2005 waren es 10,0 und 2006 10,1 Liter/Einwohner/Jahr. Im europäischen Ländervergleich lag Deutschland im Jahre 2003 an fünfter Stelle. Mehr getrunken wird nur in den Ländern Luxemburg, Ungarn, Tschechien und Irland. Den größten Anteil daran hat der Bierkonsum mit 116 Liter/Kopf/Jahr alleine 2006, gefolgt von Wein mit 20,1 Liter (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008).

Die Prävalenz der Rauschtrinker ist bei Erwachsenen zwischen 18 und 20 am höchsten. 37,3% der Männer und 15,7% der Frauen fallen in diese Gruppe. Unmittelbar gefolgt von der Altersgruppe zwischen 21 und 24, hier sind es 29,7% der Männer und 13,5% der Frauen. Mit steigendem Alter nimmt die Prävalenz ab. Alkoholmissbrauch wurde im Jahre 2006 für 3,8% der Bevölkerung notiert (1,9 Mio.). Unter den Männern zwischen 18 und 64 sind es 6,4% und unter den Frauen der gleichen Altersgruppe 1,2%. Eine Alkoholabhängigkeit wurde 2006 für 2,4% der Bevölkerung belegt (1,2 Mio.). In der Gruppe der Männer zwischen 18 und 64 sind dies 3,4%, bei den Frauen der gleichen Altersgruppe 1,4% (Kraus, Epidemiologisches Suchtsurvey 2006).

Ein Problem der jüngeren Vergangenheit ist der steigende Alkoholkonsum unter Jugendlichen. Hier hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) interessante Zahlen vorgelegt. Demnach haben Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 im Jahre 2004 44,2 g/Wo. reinen Alkohol zu sich genommen, im Jahre 2005 waren es 34,1 g/Wo. und 2007 50,4 g/Wo.. Auch hier liegt der Konsum unter den männlichen Jugendlichen deutlich über dem der Frauen. Beispielsweise 2007 71,1 g/Wo. bei den Männern und 28,7 g/Wo. bei den Frauen.

Für das Jahr 2004 sind 290.864 Krankenhauseinweisungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum dokumentiert worden. Autounfälle mit Personenschaden die unter Alko-

holeinfluss verursacht wurden sind mit 22.548 für das Jahr 2004 notiert, dabei kamen 704 Menschen ums Leben. 2006 waren es 20.685 Unfälle mit 599 Toten. Am häufigsten wurden diese Unfälle von Männern zwischen 21 und 24 verursacht, gefolgt von Männern zwischen 18 und 20. Der Frauenanteil an den Unfällen betrug insgesamt nur 12% (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008).

Die Mortalität bedingt durch Folgen des Alkoholkonsums wird aktuell mit ca. 40.000/Jahr angegeben. Die volkswirtschaftlichen Kosten alkoholbezogener Krankheiten (ohne Kriminalität) belaufen sich auf ca. 24,4 Mrd. €/Jahr. Es kommt zu ca. 850.000 Arbeitsunfähigkeitsfällen und 5.000 Frühberentungen. Bei den Straftaten unter Alkoholeinfluss sind folgende Zahlen aufgeführt worden: Gefährliche oder schwere Körperverletzung 96.000, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung 6.000 und Tötungsdelikte 2.000 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008).

### **2.2.2. Alkohol/Drogen und Kriminalität im Deutschen Rechtssystem**

Die gesellschaftliche Tendenz zur Unterbewertung der Gefahren des Alkoholkonsums und des Alkoholmissbrauchs beruht unter anderem darauf, dass alkoholische Getränke auf Grund unserer kulturellen Tradition primär als Genussmittel, regional in unterschiedlicher Art sogar wie ein Lebensmittel eingeschätzt werden. In anderen, auch europäischen, Staaten mit stärkerer puritanischer oder mit muslimischer Tradition wird Alkohol grundsätzlich abgelehnt und der Konsum von oder Handel mit Alkohol und alkoholischen Getränken mit Kriminalstrafe bedroht. Der soziokulturelle Kontext und die kulturellen Traditionen dürfen daher bei der Auseinandersetzung mit dem Thema psychotrope Substanzen nicht außer Acht gelassen werden.

Alkohol und Kriminalität sind sehr eng miteinander verbunden, wobei Straftaten im Straßenverkehr und Gewaltdelikte mengenmäßig besonders hervorstechen. So standen beispielsweise nach einer Sonderauswertung des Jahres 1999 rund 41 % aller Tatverdächtigen ab 21 Jahren, gegen die von der Polizei wegen Totschlags ermittelt wurde, unter Alkoholeinfluss. Jedoch geht es bei der Tatentstehung selten um einfache Ursachenzusammenhänge. (Bundeskriminalamt, 2005)

Bei den illegalen Drogen ist zunächst festzuhalten, dass im Gegensatz zum Alkohol fast jede Form des Umgangs im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) mit Strafe bedroht ist. Die



polizeilich registrierten Rauschgiftdelikte im Sinne der Verstöße gegen das BtMG zeigen einen ungebrochen steigenden Trend. Im Mittel von je fünf Jahren lagen die Zahlen in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre bei rund 85.000, in der ersten Hälfte der neunziger Jahre bei rund 130.000, im letzten Zeitraum bei rund 209.000. Das Thema Drogen und Kriminalität betrifft, soweit es sich um harte Drogen handelt, vordringlich die so genannte direkte und indirekte Beschaffungskriminalität. Zur direkten Beschaffungskriminalität gehört zunächst die so genannte Verschaffungskriminalität, also beispielsweise der Diebstahl oder der Raub von Drogen selber. Ansonsten handelt es sich um Formen herkömmlicher Delikte, wie Rezeptfälschungen oder Apothekeneinbrüche. Bei der indirekten Beschaffungskriminalität verschaffen sich die Täter beispielsweise durch Diebstahl, Einbruch, Raub, Erpressung, Hehlerei oder Betrug Gegenstände, die gegen Drogen getauscht werden können, oder durch den Verkauf dieser Gegenstände Geld, mit dem sie anschließend Drogen käuflich erwerben. Allein 1999 wurden 7,5 % aller polizeilich aufgeklärten Taten (ohne Straßenverkehr und Staatsschutz) solchen (insgesamt 83.000) Personen zugeschrieben, die polizeilich bereits als Konsumenten harter Drogen bekannt waren. Bei schwerem Ladendiebstahl waren es 40 % und bei Raub zur Erlangung von Betäubungsmitteln 54 % (Bundeskriminalamt, 2005).

Das Begehen von Straftaten unter dem Einfluss von Alkohol oder illegalen Drogen ist im besonderen Teil des Strafgesetzbuchs nur an wenigen Stellen explizit erfasst. Zunächst wäre der Vollrausch zu nennen, sowie Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit.

Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel in einen Rausch versetzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn er in diesem Zustand eine rechtswidrige Tat begeht und ihretwegen nicht bestraft werden kann, weil er infolge des Rausches schuldunfähig war oder weil dies nicht auszuschließen ist. (§ 323a StGB)

Schuldunfähigkeit besteht bei Uneinsichtigkeit zum Zeitpunkt der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit. (§ 20 StGB). Bei verminderter Schuldfähigkeit ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten

Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert (§ 21 StGB). Im Allgemeinen Teil des Strafgesetzbuchs sind außer der Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen (§ 20 StGB) bzw. der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) zwei damit zusammenhängende Maßregeln der Besserung und Sicherung zu erwähnen, nämlich die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) (Dessecker, A., 1995 sowie Kerner und Dessecker bei Egg, R. & Geisler, C., 2000).

An zweiter Stelle wären die Gefährdungsdelikte im Straßenverkehr zu nennen. Wer mit einem Fahrzeug am Verkehr teilnimmt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, und dabei Leib oder Leben eines anderen Menschen oder Sachen von bedeutendem Wert konkret gefährdet, macht sich beispielsweise wegen Gefährdung des Straßenverkehrs (§ 315c StGB) strafbar. Bei folgenloser Trunkenheitsfahrt im Zustand der Fahruntüchtigkeit, die für Kraftfahrer ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 Promille unwiderleglich vermutet wird, droht eine Bestrafung wegen Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB).

Im Rahmen der Strafzumessung (§ 46 Abs. 2 StGB) kann Alkohol- oder Drogeneinfluss bei der Tat je nach den Umständen entweder als strafverschärfender oder als strafmildernder Umstand berücksichtigt werden. Herstellung, Vertrieb und Konsum von Alkohol sind darüber hinaus in Deutschland traditionell weder Bußgeld- noch Strafbewehrt, jedoch ggf. kontrolliert, insbesondere wenn es um hochprozentigen Alkohol bzw. alkoholische Getränke geht. Bei Verstoß gegen die entsprechenden Regelungen kommen vor allem Zoll- und Steuerdelikte in Betracht. Das Jugendschutzgesetz sieht spezielle Regelungen vor, um den besonderen Gefahren für Kinder und Jugendliche vorzubeugen. Je nach Schwere eines Verstoßes gegen diese Vorschriften handeln Veranstalter oder Gewerbetreibende oder Personen über 18 Jahre entweder ordnungswidrig oder machen sich strafbar (Liesching, M., 2004)

Nach den Ergebnissen umfangreicher Forschungen spielt die Alkoholisierung von Beteiligten bei der Entstehung von Straftaten im Einzelfall sowie dann bei der Ausprägung von kriminellen Karrieren vielfach eine mitursächliche, auslösende, begünstigende oder begleitende Rolle. Selten jedoch kann der Alkoholeinfluss als die einzige Ursache her-

ausgearbeitet werden (Dingwall, G., 2005). Seine Bedeutung ist lebensgeschichtlich vergleichsweise besonders hoch bei Tätern, die wiederkehrend zu freiheitsentziehenden Strafen verurteilt werden (Egg, R., 1996; Kaiser, G., 1996; Kerner H.-J., 1992; Greenfield, L.A., 1998). Für die polizeilich registrierte Kriminalität wird in der PKS (Polizeiliche Kriminalstatistik) bei der Tataufklärung erfasst, ob ein Tatverdächtiger während der Tatausführung ersichtlich unter Alkoholeinfluss stand. In tatbezogener Betrachtung ergab sich im Berichtsjahrgang 2005, dass in rund 340.000 aufgeklärten Fällen (das sind 9,7 % aller aufgeklärten Fälle) Alkoholeinfluss vorlag. Mehr als jedes vierte aufgeklärte Gewaltdelikt (29,7 %) wurde von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss begangen. Den höchsten Wert nahm, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen vieler früherer Jahre, der Zechenschlussraub ein (58, %). In täterbezogener Betrachtung gilt: Es wurden rund 261.342 Tatverdächtige registriert (das sind 11,3% aller Tatverdächtigen), die nach polizeilichem Erkenntnisstand bei der Tatausführung unter Alkoholeinfluss standen; bei den Gewalttätern waren es 30,6 % (Bundeskriminalamt, 2005)

### **2.2.3. Zusammenhänge von Alkohol und Kriminalität**

Trotz zahlreicher empirischer Untersuchungen ist immer noch umstritten, ob eine Kausalität zwischen Alkoholismus und Kriminalität besteht (Collins, 1980; Kaiser, 1988). Während die Beschaffungskriminalität chronischer Alkoholiker allgemein bekannt und nachvollziehbar ist, scheint in vielen anderen Fällen die Verflechtung zwischen Alkohol und Kriminalität äußerst komplex zu sein. Dies zeigt sich vor allem an der Tatsache, dass auch an sich sozial unauffällige Personen unter Alkoholeinfluss kriminell handeln (Kaiser, 1988).

Aufgrund seiner aggressionsfördernden- und antriebssteigernden Wirkung in Verbindung mit der Herabsetzung der Kritik- und Urteilsfähigkeit wird dem Alkohol zugesprochen zumindest potentiell kriminogen zu sein (Gerchow, 1964; Jähmig, 1979; Becker, 1979; Göppinger, 1980; Kerner, 1992; Leygraf, 1987; Sager, 1970). Kerner (1992) vermutete zudem, dass ein endgültiges Manifestwerden von Kriminalität zusätzlich vom individuellen Reaktionsmuster auf Alkohol, der vorherrschenden Situationsdynamik, sowie von kulturellen und sozialen Normen abhängt.

Eine Differenzierung des Zusammenhangs von Alkohol und Kriminalität findet sich erstmals bei Grotjahn (1923). Er gibt den Einfluss von Alkohol auf die Kriminalität als groß an, warnt aber gleichzeitig davor diesen nicht zu überschätzen. Er teilt die Alkoholtäter in fünf verschiedene Gruppen ein und unterscheidet dabei zwischen Alkohol als Ursache bzw. Begleiterscheinung: Normal veranlagte, nicht trunksüchtige Personen begehen im gelegentlichen Rausch infolge der damit einhergehenden Urteils- und Bewusstseinsstrübung Vergehen. Normal veranlagte aber trunksüchtig gewordene Personen begehen in Folge der sich im Verlauf der Trunksucht bildenden moralischen Defekte Vergehen. Psychopathisch veranlagte werden infolge ihrer Konstitution sowohl zu Verbrechen als auch Trunksüchtigen. Verbrecher aus psychopathischer Anlage werden trunksüchtig durch den Einfluss der Umwelt, in der sie leben müssen. Verbrecher normaler Anlage werden trunksüchtig durch den Einfluss der Umwelt, in der sie leben müssen.

Von Stumpf (1936) besteht eine Einteilung in Früh- und Spätkriminelle, die sich auf das Alter zur Tatzeit bezieht. Frühkriminelle werden erstmals vor dem 25. Lebensjahr auffällig, Spätkriminelle danach. Der jüngere Alkoholtäter stamme meist aus ungünstigen sozialen Verhältnissen und handle sehr impulsiv und verübe eher schwere Verbrechen wie Raub, schwere Körperverletzung und Totschlag. Der ältere Alkoholtäter komme eher aus besseren sozialen Verhältnissen und begehe eher banale Straftaten.

Diese Unterteilung wurde später bestätigt. Bei dem Vergleich von heranwachsenden und erwachsenen Straftätern, Alkoholstraftätern und Dissozialen hinsichtlich ihrer sozialen Entwicklungsdaten ergab sich, dass die Heranwachsenden aller Gruppen erheblich schlechtere soziale Entwicklungsdaten aufweisen als diejenigen, die erst im Erwachsenenalter zu Trinkern bzw. Dissozialen werden (Szewczyk, 1979). Der Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Delinquenz sei bei den Spätkriminellen sehr eng, woraus sich auch die typische Delinquenz durch die Folgen der langjährigen Sucht erklären lässt (Leygraf, 1987).

Bei Förster (2001) findet sich eine differenziertere Einteilung. Sie unterscheidet zunächst die Tatabene von der Täterebene und den Substanzeffekten. In der Tatabene differenziert er drei Situationen: Zum ersten eine Tat unter Einfluss einer akuten Intoxikation, meist Erregungs- oder Enthemmungsdelikte. Zweitens die Tat bei chronischer Al-

kohol- oder Drogenabhängigkeit, Beschaffungskriminalität. Zum dritten die Tat aus psychosozialen Folgekomplikationen chronischer Suchterkrankungen heraus, hirnorganische Veränderungen, schwere Persönlichkeitsstörungen. Auf der Tätorebene unterscheidet Förster vier verschiedene Typen.

Intoxikierte Gewalttäter ohne vorbestehende psychische Auffälligkeiten; zahlenmäßig große Gruppe in der Alkohol die weitaus wichtigste Rolle spielt – aggressive Beziehungsdelikte, Selbstbeschädigung, Körperverletzung, Tötungsdelikte

- Dissoziale intoxikierte Gewalttäter; keine eindeutige Abhängigkeitserkrankung – Menschen, die auch schon vor dem Missbrauch Gewalttaten verübt haben, zwischen Dissozialität und Substanzmissbrauch kommt es zu wechselseitigen negativen Verstärkungen
- Suchtkranke Gewalttäter; Abhängigkeit von psychotropen Substanzen – meist Beschaffungsdelikte
- Gewalttäter mit zusätzlicher psychischer Erkrankung; intoxikierte Gewalttäter mit psychotischer Erkrankung, intoxikierte Gewalttäter mit schweren Persönlichkeitsstörungen, intoxikierte Minderbegabte – überwiegend Aggressions- und Sexualdelikte

In verschiedenen amerikanischen Studien zeigt sich, dass Dissozialität den Boden sowohl für Alkoholmissbrauch als auch für kriminelles Verhalten bereite und sich daraus das häufige Zusammentreffen dieser beiden Faktoren erkläre. Reine Alkoholprobleme ohne begleitende dissoziale Störungen gehen dagegen im Gegensatz zu Drogenproblemen nicht unbedingt mit einer höheren Kriminalitätswahrscheinlichkeit einher (Abram, 1989; Mann et al., 1985; Windle, 1990).

Diese Daten zeigen, dass die Alkoholkriminalität individualisiert betrachtet werden sollte, da es nicht möglich scheint gemeingültige Gesamtzusammenhänge aufzuzeigen.

#### **2.2.4. Alkohol und Schuldfähigkeit**

Im Gegensatz zum § 63 StGB, der nur bei Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder verminderter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) angewendet werden kann, erfolgt die Anordnung

einer Unterbringung nach § 64 StGB unabhängig von der Beurteilung der Schuldfähigkeit. Im Allgemeinen handelt es sich bei den zu einer Unterbringung nach § 64 StGB führenden alkoholassoziierten Straftaten um Straftaten unter Alkoholeinfluss, so dass im Rahmen des Erkennungsurteils auch zur Schuldfähigkeit Stellung genommen werden muss (Ermer-Externbrink, 1991). Unter Voraussetzung der Willensfreiheit und eigenverantwortlicher Selbstbestimmung geht die Rechtsprechung von einer grundsätzlichen Schuldfähigkeit des Menschen aus. Die Schuldfähigkeit kann jedoch unter bestimmten krankhaften Bedingungen beeinträchtigt sein, wodurch ein Täter teilweise oder ganz exkulpiert (von Schuld befreit) sein kann (§§ 20, 21 StGB)<sup>4</sup>. Dabei handelt es sich um Rechtsbegriffe, d.h. nicht um Begriffe, die einer medizinischen Krankheitsystematik entnommen worden sind.

Zu den vielfältigen Krankheitszuständen, die zu einer der Exkulpierungsvoraussetzungen führen können, zählt auch der Alkohol- und Drogenrausch. Dieser kann im Rahmen einer exogen induzierten Psychose zu einer krankhaften seelischen Störung im Sinne der §§ 20, 21 StGB führen, die dann eine Minderung bzw. Aufhebung der Schuldfähigkeit zur Folge haben kann. Es gibt auf Grund großer individueller Unterschiede bezüglich der Reaktion auf Alkohol aber keine festgelegten Blutalkoholwerte, ab denen eine Schuldunfähigkeit angenommen werden könnte. Da bei einem Teil der Straftaten durch spätere Festnahme des Täters gar keine Feststellung des Alkoholisierungsgrades erfolgen kann, wird in diesen Fällen die retrospektive Einschätzung des Alkoholeinflusses erschwert.

Neben der Blutalkohol- und Rauschmittelkonzentration ist der psychopathologische Befund mit der Einschätzung des Rauschzustandes zur Tatzeit ausschlaggebend. Es ist zu prüfen, ob ein einfacher, komplizierter oder pathologischer Rausch vorgelegen hat, da erhebliche qualitative Unterschiede des Rauschzustandes unabhängig von der Blutalkoholkonzentration bestehen können. Ein pathologischer Rausch kann auch bereits bei niedrigen Alkoholkonzentrationen im Blut bei entsprechender Disposition (z.B. Schä-

---

<sup>4</sup>§ 20 StGB. Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen. Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinnens oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach der Einsicht zu handeln.

§ 21 StGB. Verminderte Schuldfähigkeit. Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

delhirntrauma) ausgelöst werden. Als Anzeichen gelten ungesteuerte Triebentlastung, Desorientiertheit und Amnesie<sup>5</sup>

Mit dem Begriff drogenbedingte Kriminalität werden vier Kategorien von Straftaten bezeichnet: Straftaten, die unter dem Einfluss von Drogen begangen werden; Straftaten, die begangen werden, um den Drogenkonsum zu finanzieren; Straftaten, die im Rahmen illegaler Drogenmärkte begangen werden; Straftaten in Form von Verstößen gegen die Drogengesetzgebung. Wird eine dieser Straftaten unter Einfluss von Drogen oder einem nachweisbaren oder drohenden Zustand des Drogenentzugs begangen, kann dies ebenfalls zur Strafmilderung führen.

Trotz einer Exkulpierung nach § 20 StGB kann ein Alkoholtäter bestraft werden, wenn er sich nach § 323a StGB *vorsätzlich* oder *fahrlässig* berauscht hat<sup>6</sup>. Diese Handlung wird ihm dann als bewusstes Handeln mit Inkaufnahme oder Billigung der Folgen zu Lasten gelegt und es erfolgt eine Vorverlegung der Schuldhaftigkeit bei Schuldfreiheit zum eigentlichen Tatzeitpunkt.

Die Frage der Schuldfähigkeit ist für den zu Verurteilenden von großer Bedeutung. Sie wirkt sich zum einen auf die Höhe des Strafmaßes aus, zum anderen wirkt sich die Dauer der Freiheitsstrafe wiederum auf den Ablauf der Maßregel aus. Eventuelle Rückverlegungen in den Strafvollzug nach der Therapie im Maßregelvollzug wären die Konsequenz eines erhöhten Strafmaßes und damit einer längeren Reststrafe. All dies wiederum nimmt Einfluss auf die Therapiemotivation (s.u.).

## **2.3. Der Maßregelvollzug**

### **2.3.1. Definition und Durchführung**

Im Maßregelvollzug werden Straftäter behandelt, die an psychiatrischen Krankheiten wie Schizophrenie, depressiven Psychosen, Neurosen und schweren Persönlichkeitsstörungen leiden. Manche Patienten sind in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit von Geburt an oder durch Erwerb im Verlauf des Lebens durch beispielsweise einen Unfall erheblich eingeschränkt. Außerdem sind im Maßregelvollzug drogen- oder alkoholranke

---

<sup>5</sup> Der Begriff des pathologischen Rausches wird in der Literatur hinsichtlich Ein- und Ausschlusskriterien uneinheitlich definiert und diskutiert (vgl. Konrad und Rasch, 1992).

<sup>6</sup> Gesetzestext zum § 323a StGB (Vollrausch) nachzulesen im Anhang.

Straftäter untergebracht. Entgegen verbreiteter Vorstellungen, dass im Maßregelvollzug hauptsächlich Sexualstraftäter untergebracht sind macht diese Personengruppe nur einen geringen Teil der betroffenen Klientel aus. Die übrigen Patienten haben sehr unterschiedliche Straftaten begangen, wie z.B. Brandstiftung, Körperverletzung, Raub oder Tötungsdelikte. Der Anteil der Frauen im Maßregelvollzug liegt bei ca. 5%.

Genau wie in Strafvollzugsanstalten sollen Maßregelvollzugsanstalten die Straftäter zum Schutz der Bevölkerung sicher bewahren. Es gibt jedoch bedeutende Unterschiede zum Strafvollzug. In erster Line soll der Maßregelvollzug den Patienten durch ein Therapieangebot ein in Zukunft straffreies Leben ermöglichen und sie dadurch wieder in die Gesellschaft eingliedern. Im Verlauf der Therapie kann der Gemaßregelte in den Genuss von Lockerungen gelangen. Vom begleiteten Ausgang über Langzeitbeurlaubung bis hin zur Entlassung auf Bewährung. Diese Lockerungen sind in ein Stufensystem eingeteilt und werden nicht automatisch nach Ablauf bestimmter Zeiten gewährt, sondern hängen ausschließlich von den Therapiefortschritten des Einzelnen und von der notwendigen Belastungserprobung ab, die regelmäßig auch von Gutachtern beurteilt werden. Zudem muss der zu Therapierende diese Lockerungen selber beantragen und kann sie auch bei Verschlechterungen im Rahmen der Therapie wieder entzogen bekommen. Knapp acht Prozent aller seelisch gestörten Täter (gemäß § 63 StGB) bleiben für immer hinter Klinikmauern, da sie mit heutigen Methoden nicht behandelt werden können.

Im Maßregelvollzug werden die Insassen von weiblichen und männlichen Therapeuten, Ärzten, Pflegern und Sozialarbeitern betreut. Bei der Behandlung kommen verschiedene Therapieformen wie Einzelgespräche, Gruppengespräche, Arbeits-, Beschäftigungs- und Sporttherapie zum Einsatz. Außerdem ist es Ziel der Therapie, dass die Patienten die Grundregeln sozialen Verhaltens, die Gestaltung des Alltages durch Arbeit und sinnvolle Freizeit, die gewaltfreie Konfliktbewältigung und den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen neu erlernen.

### **2.3.2. Rechtliche Grundlagen des Maßregelvollzugs**

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gehört zu den im sechsten Titel des Strafgesetzbuches definierten Maßregeln der Besserung und Sicherung. Grundsätzlicher Zweck der Maßregel ist die Gefahrenabwehr, die Verhütung weiterer erheblicher



rechtswidriger Handlungen. (vgl. Kammeier, MRV-Recht, Rn B7) In das Strafgesetzbuch eingeführt wurde das Maßregelrecht – nach jahrzehntelanger Reformdiskussion – mit dem „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ vom 24.11.1933, wobei die Nationalsozialisten gegenüber den zuvor diskutierten Gesetzentwürfen Verschärfungen vorgenommen hatten. (ebd., Rn A21)

Die Verurteilung zu einer (Freiheits-)Strafe setzt im deutschen Strafrecht schuldhaftes Verhalten voraus. Das Maßregelrecht gibt dem Strafrichter die Möglichkeit, eine freiheitsentziehende Maßnahme auch bei Tätern anzuordnen, deren Schuldfähigkeit bei Begehung der Tat aufgehoben war. Dabei darf die Anordnung einer Unterbringung nur erfolgen, wenn vom Verurteilten Gefahren für die Allgemeinheit ausgehen, also erhebliche rechtswidrige Handlungen drohen. Der Zweck einem Täter Hilfe zuteil werden zu lassen rechtfertigt eine Unterbringung nicht. (vgl. Hanack, LK, § 64 Rn 3-5)

Straftäter, die wegen einer psychischen Störung nicht oder nur vermindert schuldfähig sind, werden nach § 63 StGB in den psychiatrischen Maßregelvollzug eingewiesen, wenn aufgrund ihrer Störung weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sind. Die Unterbringung dauert so lange, wie das Rückfallrisiko besteht. Wenn das Delikt aufgrund einer Substanzabhängigkeit verübt wurde, erfolgt die Unterbringung nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt, juristischer Begriff des Hanges<sup>7</sup>. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB soll dann angeordnet werden, wenn beim Täter der Hang besteht, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Zwischen rechtswidriger Tat und Hang muss ein Symptomm Zusammenhang dergestalt festgestellt werden können, dass die Tat im Rausch begangen worden oder auf den Hang zurückzuführen ist. Weiterhin muss die Gefahr bestehen, dass

---

<sup>7</sup> Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

Vorschrift neu gefasst durch das Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt vom 16.7.2007 m.W.v. 20.7.2007.

der Täter infolge seines Hanges weitere erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, und es muss eine hinreichend konkrete Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung des Hanges bestehen. Im Gegensatz zu § 63 StGB ist eine sichere Feststellung der Aufhebung bzw. Verminderung der Schuldfähigkeit bei § 64 StGB jedoch nicht erforderlich (Volckart/Grünebaum, 2003.).

Die Fortdauer der Therapie wird bei Suchtkranken vom Gericht überprüft, allerdings in halbjährlichen Abständen. Im Gegensatz zu § 63 StGB ist eine Höchstfrist der Unterbringung von zwei Jahren festgelegt. Sie kann sich aber verlängern, wenn neben der Maßregel eine Freiheitsstrafe verhängt, die Maßregel vorher vollzogen und anteilig auf die Freiheitsstrafe angerechnet wird (Schaumburg, 2003).

Der unter die *Maßregeln der Besserung und Sicherung* subsumierte § 64 StGB trat damit die Nachfolge des bis dato geltenden § 42 a. F. StGB an. Zur Betonung des therapeutischen Charakters der neu gefassten Maßregeln wurde im Gegensatz zu vorher (*Maßregeln der Sicherung und Besserung*) der Begriff der *Besserung der Sicherung* vorangestellt (Venzlaff, 1977).

Im 23. Strafrechtänderungsgesetz (StrÄndG) vom 01.05.1986 wurde festgehalten, dass bei fehlender Motivation seitens der Unterbrachten bzw. einem sinnlos Erscheinen der Therapie eine Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge zur Motivationsförderung möglich ist. Dies meint eine zeitweilige Zurückverlegung in den Strafvollzug (§ 67 Abs. 2 StGB). Sollte nach einem Jahr Aufenthalt in der Unterbringungsanstalt festgestellt werden, dass eine Therapie aussichtslos erscheint, so kann die angeordnete Maßregel aufgehoben werden (§ 67 Abs. 5 StGB), dann kann die verbrachte Zeit in der Unterbringung jedoch nicht mehr auf die Gesamtstrafe angerechnet werden (§ 67 Abs. 4 StGB). Im Gegensatz zum Vakanzprinzip, welches besagt, dass die Therapie grundsätzlich vor der Freiheitsstrafe stattfinden muss kann durch die Änderung die Freiheitsstrafe teilweise oder vollständig vor die Maßregel gezogen werden. Zusätzlich ist eine Anrechnung der Maßregelzeit nur noch möglich, bis 2/3 der Strafe erledigt sind, also 1/3 *Reststrafe* offen bleiben (§ 67 Abs. 4 StGB).

Durch diese Änderungen sahen sich die Einrichtungen dem Vorurteil bzw. Ruf ausgesetzt, dass sie mangelnder Mitarbeit seitens der Patienten mit schweren Strafen begegneten. Somit entstanden Konflikte zwischen den Therapierenden und Einrichtungen, die

negativen Einfluss auf den Therapieverlauf nahmen. Um weiteren Konflikten aus dem Weg zu gehen wurden teilweise Patienten mit Gutachten aus der Therapie „gelobt“ oder ohne Therapie auf gesonderten Stationen verwahrt.

Diese Änderungen sollten den Entziehungsanstalten eigentlich mehr Handlungsspielraum geben und bei den Untergebrachten therapiefördernd wirken. Sie wurden jedoch zumeist als „Aufweichung“ (Hoffmann und Feest, 1986) bzw. „erheblicher Einbruch“ (Boetticher, 1991) des Vakiierungssystems gesehen, welche die Handlungsfähigkeit der Therapieeinrichtungen bedrohen. (Schalast, 1994)

Somit kam es am 16.03.1994 zu einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts betreffend die Unterbringung in der Entziehungsanstalt (BVerfGE 91,1). Sie bezog sich auf den Zweck der Maßregel die Bevölkerung zu schützen und Therapie zu bieten und besagte, dass die Heilbehandlung für einen für die Allgemeinbevölkerung ungefährlichen Täter nicht in der Maßregel erfolgen dürfe und ebenso die Maßregel nur angewandt werden dürfe, wenn konkrete Aussichten auf einen Behandlungserfolg bestehen. „Die Anordnung der Unterbringung und ebenso ihr Vollzug müssen von Verfassung wegen an die Voraussetzung geknüpft sein, dass eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewissen Zeitspanne vor dem Rückfall zu bewahren.“

Dessecker & Egg (1995) postulierten, dass die Zahl der Unterbringung nach § 64 StGB deutlich abnehmen werden, da aussichtslose Fälle bereits im Vorfeld erkannt würden, statt im Verlauf der Therapie. Auch die Anträge auf Beendigung einer Therapie müssten durch die neue Verordnung frühzeitig erfolgen (Wolff, 1997). Trotzdem stellt sich im § 64 StGB-Bereich häufig die Frage nach Fehleinweisung (Seifert & Leygraf, 1999). Etwa 50 % der Untergebrachten beenden die Therapie nicht regulär, sondern werden aufgrund einer pessimistischen Erfolgseinschätzung zur Verbüßung der Freiheitsstrafe in die Haft zurückgeschickt, da die Therapie gescheitert ist (§ 67 d Abs. 5 StGB). Um Fehleinweisungen zu verhindern, kommt den Sachverständigengutachten im Erkenntnisverfahren eine besondere Aufgabe zu, denen diese aber nicht immer gerecht werden. Besonders problematisch ist es, wenn überhaupt kein Gutachten erstellt wird. In einer bundesweiten Stichtagserhebung aus dem Jahr 1994 wurde dies bei 15 % der untersuchten 727 Maßregelvollzugpatienten festgestellt (von der Haar, 1995).

Im Zuge der Diskussion um Fehleinweisungen ist von besonderer Bedeutung, dass in über 50 % der Gutachten die Behandlungsaussicht nicht dargelegt wird. Dabei hat das Bundesverfassungsgericht am 16.03.1994 gerade diese Unterbringungs Voraussetzung verschärft (Schalast et al., 2005). Es muss nun eine positive Behandlungsprognose vorliegen, d. h., es ist eine hinreichend konkrete Erfolgsaussicht gefordert (Meier & Metrikat, 2003). Weiter muss der Vollzug abgebrochen werden, wenn der Zweck der Unterbringung aus Gründen, die in der Person des Untergebrachten liegen, nicht (mehr) erreicht werden kann. Der Abbruch ist nun nicht mehr an eine Jahresfrist gebunden (Meier & Metrikat, 2003). Dies ist gedacht als Entlastung der Kliniken im Sinne einer Verstärkung eines positiven therapeutischen Klimas durch Abbau der Subkultur Therapieunwilliger.

Wenn man von Fehleinweisungen spricht darf man aber nicht den Fehler machen jeden Therapieabbruch als vorangegangene Fehleinweisung zu deuten. Eine 70 %-ige Erfolgsaussicht wäre sicher als eine „hinreichend konkrete“ Erfolgchance anzusehen. Würde eine Gruppe von Patienten mit einer jeweils 70 %-igen Erfolgsaussicht untergebracht, so wäre in dieser Gruppe in 30 % der Fälle mit einem ungünstigen Verlauf zu rechnen. Diese Patienten wären nicht primär fehleingewiesen, sondern würden die ursprüngliche prognostische Einschätzung bestätigen (vgl. Urbaniok 2004). Schalast, Dessecker und von der Haar (2005) sehen das Grundproblem nach wie vor in der Anordnungspraxis, da viele negative Faktoren wie mangelnde Deutschkenntnisse, fehlende Behandlungsmotivation etc. trotz der restriktiveren Fassung nicht grundsätzlich gegen eine Unterbringung sprechen. Sie machen deutlich, dass sich die Klientel nach der Neufassung nicht wesentlich geändert hat, der Anstieg der Therapieabbrüche (auf 60 %) aber erheblich ist. Dies kann sich negativ auf die Therapiemotivation der Verbleibenden auswirken, wenn der Therapiemisserfolg zum Regelfall wird. Es kann zu einer Risikoverschiebung kommen, da höchst problematische Straftäter nun ihre meist kurzen Restfreiheitsstrafen im Strafvollzug ohne weitere Intervention absitzen. Schalast, Dessecker und von der Haar (2005) befürchten einen lähmenden Effekt für die Therapie und eine Überforderung der forensischen Einrichtungen. Das Bundesverfassungsgericht hatte mit seinem Urteil vom 16.03.1994 die Voraussetzungen einer Unterbringung strenger fassen wollen, um Anordnungen in wenig aussichtsreichen Fällen zu verhindern. Dieser Zweck wurde eindeutig verfehlt: der Anteil der Patienten, bei dem mangels Aussicht auf einen

Behandlungserfolg eine Beendigungsentscheidung erfolgte, ist auf ein Mehrfaches angestiegen und liegt derzeit (2006) bundesweit bei etwa 45 % (von der Haar 2006).

Im Rahmen der Maßregelrechtsreform – genauer dem „Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt“ – vom 16.7.2007 (BGBl. I. 1327, in Kraft seit dem 20.7.2007; vgl. ausf. Schneider 2008) nahm man sich dieser Problematik an. Der § 64 StGB wurde nicht nur zur Soll-Vorschrift umgestaltet, sondern auch den verfassungsrechtlichen Vorgaben angepasst: Das Bundesverfassungsgericht hatte festgestellt, dass als Voraussetzung für eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt eine konkrete Erfolgsaussicht bestehen muss (BVerfGE 91, 1, 30f). Diese, bis dahin nur in einer Fußnote zum Text des § 64 Abs. 2 StGB enthaltene Voraussetzung, wurde Gesetz: Absatz 2 ist entfallen zugunsten eines neuen Satz 2 in Absatz 1, wonach die „hinreichend konkrete Aussicht“ bestehen muss, „die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen“. Lediglich geringe Chancen der Besserung genügen zur Erfüllung dieser Voraussetzung nicht mehr. (Schnoor, K. und Kemper, A. 2007)

### **2.3.3. Zahl der Untergebrachten**

Bedenkt man, welche Bedeutung dem Alkohol und anderen Rauschmitteln im Kontext mit Kriminalität zugeschrieben wird, so wurde von der Möglichkeit einer Unterbringung gemäß § 42 c StGB a.F. anfangs sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht. In den Jahren 1934 bis 1937 wurden insgesamt 414 Personen untergebracht. Zum Zeitpunkt der Ablösung des § 42 c a.F. StGB am 31.01.1975 waren 183 Straftäter (davon 153 wegen Alkohol) in den Entziehungsanstalten untergebracht. Seitdem wachsen die Zahlen kontinuierlich an, 1980 waren 644 (460) und 1990 1160 (845), im Jahr 2000 waren 1774 (985) und 2008 waren 2656 (1063) suchtkranke Straftäter nach § 64 StGB verurteilt worden. (Statistisches Bundesamt, Maßregelstatistik 2007/2008)

Die Versorgung der forensischen Patienten ist in Mecklenburg-Vorpommern in drei etwa gleich großen Einrichtungen organisiert, und zwar in Stralsund (72 Betten) und Ueckermünde (55 Betten) gemäß § 63 StGB, in Rostock (80 Betten) gemäß § 64 StGB

und § 7 JGG. Die insgesamt 207 Regelbetten (Stand 2009) unterliegen seit 1993 einem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), das die Durchführung des Maßregelvollzugs auf Landesebene regelt.

Im Jahre 2007 waren 2603 Straftäter in deutschen Maßregelvollzugsanstalten untergebracht. In Mecklenburg-Vorpommern waren 72 Personen, welche nach § 64 StGB verurteilt worden waren am 1.01.2007 untergebracht. Davon 43 mit Trunksucht. Im Verlauf des Jahres wurden 41 Patienten verurteilt, davon 19 mit Trunksucht. Entlassen wurden 24 Patienten (17 mit Trunksucht). Somit ergab sich am 31.12.2007 ein Bestand von 71 Patienten in den Maßregelvollzugsanstalten in Mecklenburg-Vorpommern, von denen 36 unter Trunksucht litten. (Statistisches Bundesamt, Maßregelstatistik 2007/2008)

## **2.4. Motivation**

### **2.4.1. Der Motivationsbegriff in der Psychologie**

Motivation (von lat. *Motus*, „Bewegung“) bezeichnet in den Humanwissenschaften sowie in der Ethologie einen Zustand des Organismus, der die Richtung und die Energetisierung des aktuellen Verhaltens beeinflusst. Mit der Richtung des Verhaltens ist insbesondere die Ausrichtung auf Ziele gemeint. Energetisierung bezeichnet psychische Kräfte, die das Verhalten antreiben. Ein Synonym von Motivation ist „Verhaltensbereitschaft“.

In den Verhaltenstheorien der Allgemeinen Psychologie stellt der Begriff Motivation eine hypothetische Größe dar, die neben anderen Faktoren – Lernen/Erfahrung, Situation, Fähigkeiten – Verhalten determiniert. Motivation bestimmt vor allem den Aktivierungsgrad, Intensität und Beständigkeit des Verhaltens sowie seine Ausrichtung (Nuttin 1976).

Als erste Motivationskonzepte können Ansätze angesehen werden, die die zentralen Antriebskräfte in Instinkten und Trieben sehen. In der Freudschen Psychoanalyse stellen Libido und Aggression oder der Todestrieb solche Antriebsquellen dar. Auch in den frühen psychologischen Verhaltenstheorien sind es die primären Bedürfnisse und An-

triebe – Hunger, Durst usw. -, aus denen sich durch Lern- und Konditionierungsprozesse komplexere Motive als Antriebskräfte des Verhaltens entwickeln. (z.B. Hull 1943)

In einer vom Individuum wahrgenommenen Situation kann eine Handlung unternommen oder unterlassen werden. Dabei besteht eine subjektive Erwartung darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Handlung ein bestimmtes Ergebnis hat. Weiterhin besteht eine Erwartung dahingehend, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Ergebnis zu langfristigen Folgen führt. Bedeutsam für die Handlungstendenz ist zudem noch die subjektive Erwartung darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis eintritt, ohne das handelnd eingegriffen wird. Schließlich spielen noch die Bewertung des Ergebnisses und der Folgen eine entscheidende Rolle. Ist die Situation so unangenehm, dass gehandelt werden muss? Sind die Folgen so attraktiv, dass sich Handeln lohnt?<sup>8</sup>

In der Suchttherapie wird häufig das Motivationsmodell von Heckhausen und Rheinberg zu Grunde gelegt. Es besteht aus vier Grundbausteinen, durch die sich untersuchen lässt wann eine Person handeln wird um ein bestimmtes Ziel zu erreichen.

- Die wahrgenommene *Situation*
- die mögliche *Handlung*
- das *Ergebnis* dieser Handlung
- die *Folgen*, die aus der Handlung mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit resultieren

Die *Situations-Ergebnis-Erwartung* ist die Annahme einer bestimmten Person, wie das Ergebnis ausfallen wird, wenn sie in einer bestimmten Situation nicht handelnd eingreift. Die *Handlungs-Ergebnis-Erwartung* ist die Annahme, mit welcher Wahrscheinlichkeit das eigene Handeln zu dem gewünschten Ergebnis führt. Das Besondere an Heckhausens Theorie ist der vierte Baustein. Denn nicht nur das Ergebnis ist wichtig, sondern auch der Glaube daran, ob das Ergebnis auch relevante Folgen nach sich zieht (die *Ergebnis-Folge-Erwartung*). Als Beispiel nehmen wir einen Schüler, der in einer Woche eine wichtige Matheklausur schreiben wird. Er weiß, dass er eine schlechte Note schreiben wird, wenn er nicht für diese Klausur lernt (*Situations-Ergebnis-Erwartung*). Wenn er jeden Tag eine halbe Stunde lernt, glaubt er eine gute Note erreichen zu kön-

---

<sup>8</sup> Schalast, Norbert: Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB, S. 35f

nen (*Handlungs-Ergebnis-Erwartung*). Die gute Note wird dazu führen, dass er das Schuljahr auf jeden Fall schaffen wird (*Ergebnis-Folge-Erwartung*).

Von grundlegender Bedeutung ist die Gegenüberstellung von intrinsischer (von innen heraus) und extrinsischer (von außen her) Motivation (Heckhausen, 1989). Diese Gegenüberstellung berücksichtigt die wesentlichen Wechselwirkungen zwischen innerer Bedürfnisstruktur und äußerer Anreizsituation.

Hieraus hat sich die etwas differenziertere Betrachtung intrinsischer und extrinsischer Motivation entwickelt:

#### Intrinsisch motivierte Verhaltensweisen

- Intrinsisch motivierte Verhaltensweisen gelten als Prototyp selbstbestimmten Verhaltens. Das Handeln stimmt mit der eigenen Auffassung überein. Man ist bestrebt, eine Sache voll und ganz zu beherrschen.
- Intrinsische Motivation beinhaltet Neugier, Spontaneität, Exploration und Interesse an den unmittelbaren Gegebenheiten der Umwelt.
- Primär sind interessenbestimmte Handlungen zu erkennen, deren Aufrechterhaltung keine externen oder intrapsychischen Anstöße, wie Versprechungen oder Drohungen, benötigt. Diese Motivation nimmt allerdings ab, wenn man Versuchspersonen extrinsische Belohnungen wie z. B. Geld oder Auszeichnungen für eine ursprünglich intrinsische Aktivität anbietet.

#### Extrinsisch motivierte Verhaltensweisen

- Extrinsisch motivierte Verhaltensweisen treten in der Regel nicht spontan auf, sie werden vielmehr durch Aufforderungen in Gang gesetzt, deren Befolgung eine (positive) Bekräftigung erwarten lässt, oder die auf andere Weise instrumentelle Funktion besitzen, wie z. B. Ranglisten oder Noten.
- Handlungen, die mit instrumenteller Absicht durchgeführt werden, um eine von der Handlung separierbare Konsequenz zu erlangen, zielen auf Sicherheit und Anerkennung in unserer Gesellschaft.
- Extrinsische Motivatoren, die in den Handlungsablauf einer eigentlich *intrinsisch* motivierten Tätigkeit eingeführt werden, unterminieren das Gefühl der Selbstbestimmung.

(nach Edward L. Deci und Richard M. Ryan, 1985)



Laut dem empirisch belegten Korrumpierungseffekt (deCharms, 1968) führen extrinsische Bekräftigungen zu einer Verminderung der intrinsischen Motivation, also nimmt die Beliebtheit einer inneren Tätigkeit durch Hinzufügen eines äußeren Anreizes ab. Außerdem hängt intrinsische Motivation davon ab in wie weit sich ein Individuum als selbst bestimmt betrachtet und sich nicht von äußeren Einflüssen bestimmt sieht. Hinzu kommt die Frage in welchem Ausmaß eine Übereinstimmung zwischen dem eigenen Handeln und dessen Zielen besteht.

### **2.4.2. Behandlungsmotivation**

Schon Freud bezeichnet das Leiden des Patienten und den daraus entspringenden Heilungswunsch als einen Motor der Therapie. Widerstände, vor allem aber der so genannte sekundäre Krankheitsgewinn, stellen eine entgegengesetzte Kraft dar. (Freud 1940, 477) Leidensdruck ist im psychoanalytischen Schrifttum das zentrale Element der Behandlungsmotivation. Das erste psychodynamische Modell wurde 1913 von Freud entwickelt. Dem zu Folge führen die mit einer psychischen Störung verbundenen Einschränkungen zu einem emotionalen Leidensdruck, der als eigentliche Therapiemotivation zum Heilungswunsch führt. Um eine Veränderung zu bewirken muss jedoch der Leidensdruck größer sein, als die sich durch die Erkrankung ergebenden Vorteile, also der sekundäre Krankheitsgewinn.

Eine Differenzierung, die in Bezug auf die Klientel des Maßregelvollzugs große Bedeutung hat, findet sich z.B. bei König (1978). Er unterscheidet das Leiden eines Menschen an sich selbst und das Leiden an den Reaktionen, die er in seiner Umwelt hervorruft. Im ersten Fall werden Probleme in der eigenen Person lokalisiert, im zweiten Falle ist die Aufmerksamkeit auf das Verhalten der Anderen gerichtet. Eine starke Tendenz, Probleme zu externalisieren, ist kennzeichnend für Menschen mit unreifem Strukturniveau, zu denen viele Suchtkranke zu rechnen sind (Hempfling 1993). Die internale Lokalisierung von Problemen gilt als wesentliche Voraussetzung einer psychoanalytischen Behandlung. Dollard und Miller (1950) definierten die Behandlungsmotivation als *Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt*.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Dieses Konzept geht ursprünglich auf Kurt Lewin zurück und meint die Tendenz sich einem positiv bewerteten Ziel zu nähern bzw. ein negativ bewertetes Ziel zu vermeiden.

Einen Kernaspekt älterer Motivationskonzepte stellte das Anerkennen der Alkoholkrankheit dar. Verbreitet war die Auffassung, dass der Süchtige erst einen absoluten Tiefpunkt erreicht haben muss, um therapeutisch fassbar zu sein (Rock-Bottom-Hypothese). Er soll sozusagen vor den Folgen des Missbrauchs kapituliert haben, Motivationsentwicklung wurde als krisenhafter Konfrontationsprozess verstanden. Die zunehmende Konfrontation mit negativen Konsequenzen des Trinkens, so wird angenommen, stärkt motivationale Gegenkräfte. Daher wurde auch in der Konfrontation die zentrale Motivierungsstrategie gesehen.

Viele verschiedene Einflussgrößen können ein Abstinenzverhalten unabhängig von einer Therapie bewirken. Folgeerkrankungen, gerichtliche Auflagen, religiöse Orientierung, Ersatzabhängigkeiten und soziale Unterstützung, vor allem Partnerschaft. Berücksichtigt man dieses, so erscheint eine Therapie nicht mehr als die alleinige Lösung zur Überwindung einer Sucht, sondern erhält eine nur relative Bedeutung. Therapeutische Angebote wenden sich an bestimmte Teilpopulationen der Betroffenen, bei denen ansatzweise eine Änderungsbereitschaft besteht, deren persönliche Ressourcen und soziale Netzwerke alleine für einen Ausstiegsprozess jedoch nicht ausreichen.

Ein kognitives Modell zur Behandlungsmotivation wurde von Krause (1966) entwickelt, welches an ein Kosten-Nutzen-Modell angelehnt ist und drei Erwartungsmuster von Patienten als notwendige Bedingung für eine Therapie beschreibt:

- der Patient müsse ohne Inanspruchnahme eines Therapieangebotes seine derzeitige Situation als unerträglich empfinden, daraus ergeben sich der Leidensdruck und der Hilfewunsch.
- der Patient müsse überzeugt sein, dass die angebotene Therapie bei der Bewältigung seiner Probleme erfolgreich ist, woraus sich die Erfolgserwartung ergibt.
- Die Behandlung darf subjektiv vom Patienten nicht als eine zu starke Belastung wahrgenommen werden, was sich auf die materiellen, persönlichen und sozialen Kosten einer Behandlung bezieht, welche als motivationale Barrieren anzusehen sind.

Ein wichtiger Antriebsfaktor für eine Therapie scheinen die vitalen, unmittelbaren körperlichen Beeinträchtigungen durch den Konsum von Alkohol und Drogen zu sein. Am

deutlichsten zeigte sich dies bei alkoholbedingten Magenleiden. Ein Drängen von Angehörigen hatte auf die eigentliche Therapieentscheidung wenig Einfluss, brachte die Betroffenen aber häufig in Vorbereitungsgruppen. (Blasius 1991)

Alkoholiker, die zu einer Therapie bereit sind beantworten Fragen nach alkoholtypischen Problemen und Symptomen eher mit Ja, zeigen mehr Krankheitseinsicht und empfinden sich mehr als hilflos. Sie bejahen aber auch die Vorteile von Abstinenz und haben eine höhere Erfolgserwartung bezüglich einer Therapie. (Brenk-Schulte und Pfeiffer 1987) Smart und Gray haben 1978 herausgefunden, dass eher Patienten mit mittlerer Ausprägung von Leidensdruck und subjektiver Beeinträchtigung eine stabile Mitarbeit in Therapien zeigen, als Patienten mit extremer Ausbildung dieser Merkmale. Diese Ergebnisse sprechen klar gegen die Rock-Bottom-These.

Bezogen auf die Suchtproblematik wurde von Petry (1993) ein Konfliktmodell zur Behandlungsmotivation entwickelt. Es soll die intrapsychischen Prozesse erfassen, die erklären warum ein abhängiger Patient sich das Ziel einer Behandlung setzt, wie sich die Bereitschaft, dieses Ziel zu erreichen verändert und von welchen Bedingungen die Umsetzung der Behandlungsabsicht beeinflusst wird. Petry postulierte, dass eine Sucht-tendenz als Ergebnis aus einer Einstiegs-motivation und einer Ausstiegs-motivation gebildet wird. Als Einstiegs-motivation bezeichnete er vorhandene Trinkmotive, Wirkungserwartungen und Befriedigungswerte. Als Ausstiegs-motivation wiederum vorhandene Leidensmotive, an eine Bewältigungsmaßnahme gebundene Lösungserwartungen und die langfristig zu erreichenden Ersatzwerte. Daraus ergeben sich bei Überwiegen der Einstiegs-motivation eine Fortsetzung des Substanzkonsums und die Vermeidung einer Behandlung, bei einem Überwiegen der Ausstiegs-motivation die Inanspruchnahme einer Therapie. Ein heuristisches Erwartungs-Wert-Modell zur Suchtentwicklung beim Alkoholismus (Petry, 1993):

$$ST = (M_t * E_w * W_b) - (M_l * E_l * W_e)$$

$$ST = \text{Sucht-Tendenz} \quad M_t = \text{Trinkmotiv} \quad M_l = \text{Leidensmotiv}$$

$$E_w = \text{Wirkungserwartung} \quad E_l = \text{Lösungserwartung}$$

$$W_b = \text{Befriedigungswert} \quad W_e = \text{Ersatzwert}$$

**Abbildung 1: Heuristisches Erwartungs-Wert-Modell nach Petry**

### **2.4.3. Behandlungsmotivation bei Suchtkranken**

Dahle hat 1995 ein komplexes kognitives Motivationsmodell überprüft. Dieses orientiert sich am oben (S.27) dargestellten Motivationsmodell nach Heckhausen und Rheinberg. Die Hauptelemente des Modells sind wiederum Situation, Handlung, Ergebnis und Folge sowie die subjektive Erwartungen über die Verknüpfung dieser Elemente.

- Situation – in diesem Kontext die Haftsituation
- Handlung – Äußerung des Therapiewunsches und eigenes Bemühen um Therapie
- Ergebnis – Beginn einer Behandlung, Auswirkungen einer bereits begonnenen Behandlung
- Folge – erwartete Auswirkungen auf persönliche Probleme, Änderung der Vollzugssituation
- Handlungs-Ergebnis-Erwartung – Erwartung aus der gegenwärtigen Situation in eine Therapiesituation zu gelangen
- Ergebnis-Folge-Erwartung – Erwartung von Effektivität und Erfolg der Behandlung sowie Einflüsse auf die Haftsituation
- Situations-Ergebnis-Erwartung – in dieser konkreten Situation die Erwartung in wie weit persönliche Vorstellungen von Therapie im Gefängnis realisierbar sind; bei Heckhausen und Rheinberg die Erwartung ohne Handlung zum gewünschten Ziel zu kommen
- Situations-Handlungs-Erwartung – entspricht dem inneren Vergleich des Selbstbildes mit dem *idealen Klienten*
- eine notwendige Erweiterung des Modells besteht in den wahrgenommenen Alternativen, die vom Selbstkonzept des Gefangenen bezüglich seiner Kompetenzen und Fähigkeiten abhängen. Man nimmt an, dass eine mittlere Ausprägung am meisten zur Therapiemotivation beisteuert.

Das Modell verdeutlicht die Komplexität der Willensbildung bezüglich therapeutischer Behandlungsangebote und zeigt noch einmal, dass eindimensionale Motivationskonzepte hier nicht ausreichen. Laut Dahle (1995) sei Motivation nicht als Voraussetzung für

eine Behandlung zu betrachten. Wecken und Stärken von Motivation müsse Bestandteil der eigentlichen Therapie sein. Dafür sei jedoch wiederum eine Voraussetzung, dass der Adressat zumindest einen Teil der Probleme in sich selbst begründet sehe.

Ein weiteres Problem stellt die Beeinflussung der zu Therapierenden untereinander dar. In einer Einrichtung zum Maßregelvollzug befinden sich motivierte sowie unmotivierte Patienten, woraus sich eine schwer zu beeinflussende Gruppendynamik ergibt. Laut Marneros et al. (1993, 157) besteht „... verheerende Wirkung der Überzahl unmotivierter untergebrachter Alkoholkranker auf die Motivierten und auf die Gesamteffektivität der therapeutischen Einrichtungen“, es kämen „... überwiegend alkoholranke Straftäter in die Entwöhnungseinrichtungen, die eine negative Selektion von Alkoholabhängigen darstellen, da sie vorwiegend die Indikatoren für einen ungünstigen Therapieverlauf aufweisen.“ Eine positive Selektion im Vorfeld, zu Gunsten der motivierten Patienten könnte eine Lösung darstellen. Ein Großteil der Patienten sei *frühkriminell*. Diese Patienten sehen sich selber nicht als alkoholabhängig an, sie haben die Folgen des Alkoholkonsums subjektiv noch nie als belastend oder schädlich empfunden und sehen aus dieser Situation heraus logischerweise nicht ein, gänzlich auf Alkohol zu verzichten. (Zollmann 1995)

Bei suchtkranken Patienten muss man von einer großen Konflikthaftigkeit zwischen widerstreitenden Tendenzen zur Aufrechterhaltung und Überwindung der Suchtproblematik mit einer daraus resultierenden zwiespältigen Haltung gegenüber der Therapie ausgehen. „Dies hängt mit dem für Suchtkranke zentralen Problemen der unmittelbaren Gratifikation zusammen, wonach Suchtverhalten zunächst zu einer unmittelbaren Entlastung bei der Bewältigung von Lebensproblemen, langfristig jedoch zu negativen Konsequenzen führt, während eine alternative, suchtmittelfreie Lebensweise zunächst mit einer verstärkten Stressbelastung einhergeht, die erst längerfristig abgebaut werden kann.“ (Petry, 1993).

### **3. Material und Methodik**

#### **3.1. Fragestellung und Hypothese**

Ziel der vorliegenden Studie war die Erforschung der Motivation und subjektiven Einstellung zur Therapie von alkoholkranken Straftätern, untergebracht nach § 64 StGB, sowie die Veränderungen in den Einstellungen des Patienten zur Therapie über die Zeit. Anhand der Ergebnisse sollen Schlussfolgerungen für eine Verbesserung der *Zwangstherapie* sowie eine mögliche Verstärkung der motivierenden Aspekte diskutiert werden.

Ein weiteres Ziel der von uns durchgeführten Untersuchung war die Erforschung des *Innenlebens*, also den der sozialen Strukturen in einer Maßregelanstalt für Suchtkranke und der Dynamik innerhalb der großen Gruppe der alkoholkranken Straftäter. Es sollte ermittelt werden wie der Maßregelvollzug von den Untergebrachten erlebt und beurteilt wird.

Die Motivation zur Therapie muss als ein zentraler Aspekt für den Erfolg der Maßregel angesehen werden. Hier wiederum spielen verschiedene Faktoren eine Rolle.

Es wird das therapeutische Klima untersucht um eine Aussage über die Patientenzufriedenheit treffen zu können. Hierzu werden die Einstellung des Patienten zum Maßregelvollzug, Einstellung des Patienten zum betreuenden Personal sowie die Einstellung des Patienten zur eigenen Krankheit und die jeweilige Veränderung der Einstellungen im Verlauf der Therapie betrachtet.

**Hierbei wird von der Hypothese ausgegangen, dass die Motivation in einem hohen Maße von der Patientenzufriedenheit abhängig ist, zum anderen von der Interaktion zwischen Patienten und Betreuenden sowie Patienten untereinander.**

Es wird zugleich angenommen, dass die Patientenzufriedenheit von bestimmten Patientenmerkmalen abhängig ist. Im Einzelnen werden hier die Merkmale wie Alter, Intelligenz und Aufenthaltsdauer in der Therapieeinrichtung bezüglich ihres Einflusses auf die Motivation untersucht.

**Es wird angenommen, dass je älter ein Patient ist, umso höher ist auch die Therapiemotivation bzw. je besser das Ergebnis der Therapie.**

**Auch wird angenommen, dass ein Patient mit einem höheren IQ eher Krankheitseinsicht zeigt und Therapiemotivation entwickelt als ein Patient mit niedrigerem IQ.**

**Des Weiteren wird postuliert, dass die Motivation mit steigender Therapiedauer zunimmt.**

Schließlich soll eine Aussage über die Effektivität der Therapie getroffen werden und das Outcome der untersuchten Patienten unter den zuvor genannten Aspekten betrachtet werden.

### **3.2. Untersuchungsanlage**

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Aspekte der Motivation und Motivationsveränderung sowie der eigenen Einstellung zur Therapie bei 45 Patienten während ihres Aufenthaltes im Maßregelvollzug evaluiert, unabhängig davon, in welchem Therapieabschnitt sie sich gerade befanden. Hierzu wurde die Gruppe in drei Untergruppen unterteilt. In der ersten Gruppe befanden sich jene Patienten, deren Therapie gerade am Anfang stand, also alle Patienten, die sich noch nicht länger als 6 Monate in der Einrichtung befanden. In der zweiten Gruppe befanden sich alle Patienten, die in ihrem Therapieverlauf bereits die 6 Monate überschritten hatten, jedoch nicht länger als 18 Monate in Behandlung waren. In der dritten Gruppe schließlich fanden sich die Patienten, welche bereits mehr als 18 Monate in der Klinik verbracht hatten.

Alle Patienten waren durch eine Verurteilung nach § 64 StGB in die Forensisch-psychiatrische Klinik der Universität Rostock (Einrichtung des Maßregelvollzuges) eingewiesen worden.

### **3.3. Erhebungsinstrumente**

Für die vorliegende Untersuchung wurden zwei Methoden der Sozialforschung ausgewählt, um die Motivation der Patienten zu erkunden: Erstens eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen und zweitens eine mündliche Befragung auf der Grundlage eines standardisierten Interviews. Dabei wurde jeder Patient einzeln befragt und vom

Interviewer um die Bearbeitung der Fragebögen gebeten, so dass jeder Patient mündlich und schriftlich seine Meinung kundtun konnte.

Die Befragung lässt sich in zwei Abschnitte gliedern. Zum einen in ein Interview, welches sich hauptsächlich mit der Situation und Motivation des Patienten befasst. Also seine Einstellungen zur Therapie und Therapeuten sowie sein Bewusstsein über die eigene Situation abklären sollte. Der zweite Abschnitt der Befragung befasste sich mehr mit der Sucht als solche und behandelt Fragen nach dem eigenen Suchtverhalten, Reaktionen auf den jeweils konsumierten Stoff und den Umgang mit Rückfällen oder anderen Kontakten zu Suchtstoffen innerhalb der Therapie. Anschließend wurde die Aufenthaltsdauer in Abschnitte eingeteilt und somit die Befragten nachträglich gruppiert. So ergab sich die Möglichkeit verschiedene Therapiestadien miteinander zu vergleichen um eine mögliche Änderung der Motivation des Patienten an bestimmten Zeitintervallen, Ereignissen oder äußerlichen Veränderungen festmachen zu können. Im Rahmen des Interviews wurden soziodemographische und sozioökonomische Daten erhoben.

Die Durchführung und Auswertung der Interviews basiert auf einem semistandardisierten Fragebogen mit den Sektionen wie Bewertung der eigenen Suchtproblematik, Umstände der Maßregelverhängung, Motivation und subjektive Einstellung zur Therapie und zum § 64 StGB, Suchtmittelkonsum in der Unterbringungseinrichtung, Häufigkeit, Umstände und Gründe für Entweichungen.<sup>10</sup> Zusätzlich zu der Befragung in Form eines halb strukturierten Interviews wurden die Probanden gebeten zwei Fragebögen auszufüllen. Die Fragebögen sind von Dr. Norbert Schalast, Institut für Forensische Psychiatrie Essen erstellt worden und erfragen zum einen „Erfahrungen in der Therapie“ und zum anderen die „Erfolgserwartung“. Die Aussagen zur „Erfahrung in der Therapie“ können in fünf Stufen von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ bewertet werden.<sup>11</sup>

Nach Umsetzung der freien Antworten in ein speziell konzipiertes Kategoriensystem erfolgte die Auswertung mittels des Programmpaketes SPSS 12.0.

Anhand der beiden Erhebungsinstrumente ergeben sich unabhängige und abhängige Variablen. Als unabhängige Variable werden behandelt:

---

<sup>10</sup> Interview im Anhang

<sup>11</sup> Fragebogen im Anhang



- Alter der Patienten
- Intelligenzquotient der Patienten
- Verweildauer in der Einrichtung zum Zeitpunkt der Befragung

Als abhängige Variable werden behandelt:

- Einstellung zur Maßregel
- Einstellung zur angebotenen Therapie
- Einstellung zum betreuenden Personal
- Einstellung zur eigenen Erkrankung
- Einstellungsänderung im Therapieverlauf

Die erhobenen Daten werden mit dem Statistikprogramm SPSS 12,0 (Statistical Package for the Social Sciences) bearbeitet. Die skaliert vorliegenden Antworten der ausgefüllten Fragebögen werden direkt einer Häufigkeitsermittlung zugänglich gemacht. Die Interviewprotokolle sind in Umfang und Qualität unterschiedlich ausgefallen, es wurden nicht immer alle Fragen beantwortet und so muss eine unterschiedlich hohe Anzahl fehlender Antworten aufgelistet werden. Die protokollierten Antworten werden nach häufig angesprochenen Themenbereichen geordnet. Daraus erfolgt die Bildung von Antwortkategorien. Die pro Frage am häufigsten genannten Kategorien werden einer Häufigkeitsermittlung zugeführt. Für die dichotomen Fragen des Interviews wird anhand der Ja/Nein-Antwort eine Häufigkeitszählung durchgeführt.

Die unabhängigen Variablen werden hinsichtlich ihrer zentralen Tendenzen untersucht. Danach wird auf Zusammenhänge zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen geprüft. Dieser Untersuchungsschritt bildet ab, von welchen Patientenmerkmalen die Einstellungen der Patienten abhängen. Dazu werden statistische Testverfahren angewandt, bei deren Auswahl das Skalenniveau der Variablen zu beachten ist.

Die Messniveaus Nominalskala und Ordinalskala lassen nur nichtparametrische statistische Tests oder nichtparametrische Korrelationsmaße zu. Um den Zusammenhang zwischen jeweils zwei Variablen auf Ordinalskalenniveau zu bestimmen, wird der nichtparametrische Korrelationskoeffizient nach Kendall-Tau verwendet.

Zur Bestimmung des Zusammenhanges von zwei Variablen auf Nominalskalenniveau wird der Chi-Quadrat-Test eingesetzt.

Der Zusammenhang zwischen Variablen unterschiedlichen Skalenniveaus wird mit dem Chi-Quadrat-Test berechnet. Im letzten Schritt wird nach Zusammenhängen zwischen den ordinalskalierten abhängigen Variablen untersucht, dazu wird der Korrelationskoeffizient Kendall-Tau zur Berechnung herangezogen.

Die Signifikanzniveaus sind wie folgt definiert:

$p < 0,05$  statistisch signifikanter Zusammenhang

$p < 0,01$  statistisch hochsignifikanter Zusammenhang

Die Patienten hatten bei mehreren Fragen die Möglichkeit mehrere Antworten anzugeben, im Text wird für die jeweilige Frage darauf hingewiesen. Für die Ergebnisse resultiert eine gesonderte tabellarische Darstellung sowie Prozentwerte, die für die jeweilige Frage in ihrer Summe ungleich 100% sind.

### **3.4. Verlässlichkeit der Aussagen**

Als eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Gewinnung von verlässlichen und offenen Aussagen der Patienten wurde von Anfang an der Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Patienten und Interviewern angesehen. Zu diesem Zweck absolvierte der Interviewer eine sechswöchige Famulatur in der Klinik und nahm am Tagesablauf, Gruppentherapien und Freizeitgestaltung der Patienten teil mit dem Ziel Bekanntschaften zu schließen und eine Vertrauensbasis zu schaffen. Es bestand die Hoffnung, dass dieser in seiner Eigenschaft als Medizinstudent aufgrund seines Status, Alters und Auftretens für die Unterbrachten nicht mit der Gruppe der Ärzte, Psychologen oder Angestellten der Maßregelklinik gleichgesetzt würde. Um möglichst objektive Aussagen machen zu können wurden alle Interviews vom Referenten geführt und ausgewertet.

Darüber hinaus wurde den Patienten garantiert, dass die bei den Interviews erhaltenen Informationen anonym ausgewertet werden und nicht an die Klinikleitung oder behandelnden Therapeuten weitergegeben werden

Bei der vorliegenden Untersuchung spielt die Glaubwürdigkeit der Aussagen eine große Rolle. Es wurde kein Patient zum Interview „überredet“, um Verfälschungen durch das dabei vorhandene Misstrauen des Patienten bei der Brisanz der einzelnen Fragen zu vermeiden.

Deshalb wurden zunächst Interviews mit den Patienten geführt, die der Studie offen und positiv gegenüberstanden und froh schienen, in einem anonymen Interview ihre Sichtweise der Situation zu erläutern. Diese konnten dann bei den übrigen Patienten Misstrauen abbauen, indem sie über Ablauf und Inhalt des Gesprächs berichteten. Ein weiterer Anhaltspunkt für die Glaubwürdigkeit waren die nicht aktenkundigen Eingeständnisse der Patienten über etwaige Rückfälle und die Offenheit in Bezug auf den Suchtmittelmissbrauch innerhalb der Klinik.

### **3.5. Ausschlusskriterien und erfasste Patienten**

Die Klinik hatte zum Zeitpunkt der Befragung eine Belegung von 75 Patienten. Hierin waren auch die 10 Therapieplätze der Jugendstation (Gemaßregelte unter 18 Jahren) enthalten, welche aus der Studie ausgeschlossen wurden, da eine Maßregel in diesem jungen Alter doch anders und gesondert betrachtet werden muss. Zudem wurde festgelegt, dass die Befragten einen IQ von 70 nicht unterschreiten sollten. Des Weiteren fielen die Patienten, die nach § 63 StGB ebenfalls in der Klinik untergebracht sind aus der Gruppe der Probanden heraus.

Insgesamt wurden 62 Patienten gezielt nach einem Interview gefragt, wovon 45 (72,6%) sich bereit erklärten an der Studie teilzunehmen.

### **3.6. Beschreibung der Einrichtung**

Die Forensische Klinik des Universitätsklinikums Rostock ist in Gehlsdorf, einem Stadtteil von Rostock gelegen. Aufgenommen werden hier Patienten, die nach dem § 64

StGB verurteilt worden sind. Therapiert werden können hier alkoholranke Menschen sowie drogenabhängige Personen. Die Einrichtung verfügt über 80 Betten, aufgeteilt auf 6 Stationen, wobei Station 1 die Aufnahmestation ist, die der Patient nach spätestens 3 Monaten verlässt. Station 6 ist die Rehabilitationsstation, auf welcher der Patient die letzten Wochen bis Monate seines Klinikaufenthalts verbringt. Eine Sonderstellung nimmt noch die Station 5, eine Jugendstation für Straftäter unter 18 Jahren ein.

Die Einrichtung ist ein moderner Hochsicherheitstrakt. Hierdurch wird der Bevölkerung in der Umgebung die nötige Sicherheit gewährleistet, sowie das Personal der Klinik vor möglichen Übergriffen geschützt.

Die Stationen werden teamorientiert geleitet und bieten verschiedene tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Therapieangebote. Außerdem gibt es noch eine angegliederte Außenwohngruppe für die Übergangszeit zwischen Klinikaufenthalt und neuer Eigenständigkeit.

Der Behandlungsablauf ist abgesehen von stationsbedingten Unterschieden grundsätzlich sehr ähnlich strukturiert. Zunächst wird der Patient auf die Station 1 aufgenommen, wo ein Diagnostik- und Therapieplan erstellt wird und er mit den Regeln und Konzepten des Hauses vertraut gemacht wird. Nach 6 bis 12 Wochen erfolgt die Aufnahme auf eine der größeren Therapiestationen im Haus. Von hier aus nimmt er an Beschäftigungs- und Arbeitstherapien teil, wird Gruppentherapien zugewiesen und führt regelmäßig Einzelgespräche mit Therapeuten und Bezugspflegerinnen. Zusätzlich hat er die Möglichkeit an Sport- und Entspannungstherapien teilzunehmen. Im weiteren Verlauf erfolgt ein soziales Kompetenztraining und im Rahmen der Lockerungen macht der Patient therapeutische Ausgänge. Um in dem Lockerungssystem von 0 bis 10 hoch gestuft werden zu können muss der Patient sich an die Regeln der Klinik halten, seine Therapien aktiv absolvieren und die nächst höhere Lockerungsstufe selbständig begründet beantragen. Am Ende der Therapie steht dann die Entlassung aus dem Maßregelvollzug oder die Abbüßung der Reststrafe in einer Justizvollzugsanstalt.

## **4. Auswertung und Ergebnisse**

In dieser Studie wurden 45 Patienten im Maßregelvollzug interviewt. Davon waren 42 Männer und 3 Frauen. Der älteste Patient war zum Zeitpunkt der Befragung 53 Jahre alt, der Jüngste war 21. Das Durchschnittsalter war 29 Jahre. Der höchste Intelligenzquotient betrug 127, der niedrigste 70 wobei der Mittelwert bei 93,64 lag.

Von den Befragten waren 38 (84,4%) ledig und 4 (8,8%) verheiratet. Zwei Patienten waren geschieden (4,4%) und einer verwitwet (2,2%).

13 (28,9%) der Patienten hatten keinen Schulabschluss, 10 (22,2%) einen Hauptschulabschluss und 7 (15,6%) einen qualifizierenden Schulabschluss, 7 (15,6%) haben mit der mittleren Reife abgeschlossen und 5 (11,1%) die polytechnische Oberschule beendet. Lediglich 3 (6,7%) hatten einen Sonderschulabschluss.

Eine Berufsausbildung hatten 22 (48,9%) abgeschlossen und noch in der Ausbildung befanden sich zwei (4,4%). Die Ausbildung abgebrochen hatten acht (17,4%) der Befragten und 13 (28,9%) hatten keine Ausbildung bzw. waren nur angelernt.

### **4.1. Fragebogenbefunde**

Um einen Eindruck vom Klima in der Klinik zu bekommen bekamen die ausgewählten Patienten einen Fragebogen, der von Norbert Schalast vom Institut für forensische Psychiatrie in Essen entwickelt wurde. Die Patienten wurden gebeten anzugeben, ob die Fragestellungen auf Ihre Therapie in den letzten 3 Monaten „gar nicht“, „wenig“, „etwas“, „ziemlich“ oder „völlig“ zutreffen.

Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang wieder.

#### **Hier in der Therapie fühle ich mich trotz meiner Schwächen akzeptiert.**

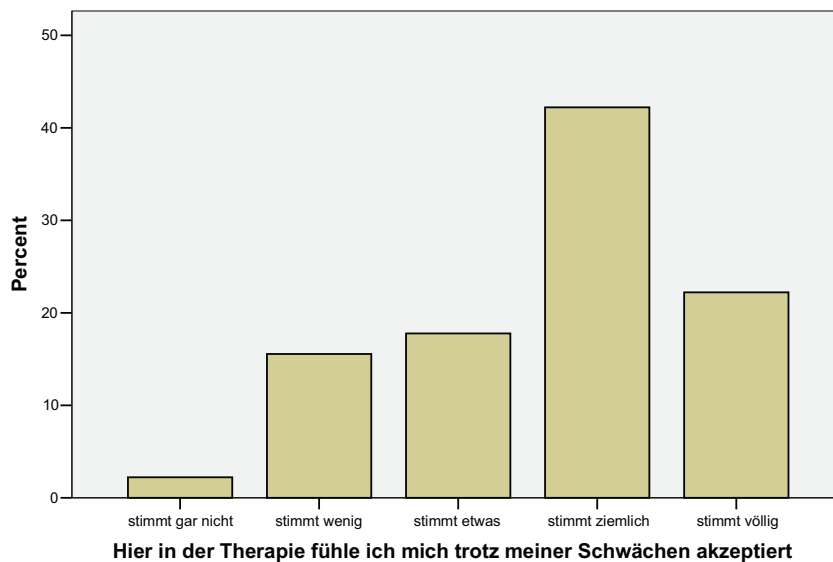
Nur ein Befragter (2,2%) gab an, dass diese Aussage „gar nicht“ stimmt, 7 (15,6%) sagten es stimme „wenig“. Für 8 (17,8%) stimmte diese Aussage „etwas“ und für 19 (42,8%) „ziemlich“. „völlig“ traf die Aussage für 10 (22,2%) zu.

Insgesamt fühlen sich die Patienten innerhalb der Klinik sehr gut akzeptiert.

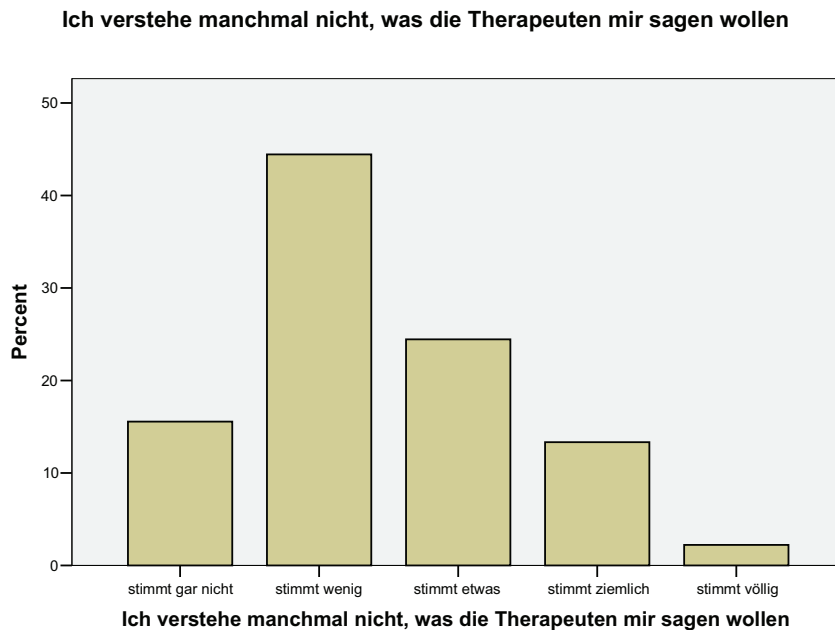
**Ich verstehe manchmal nicht, was die Therapeuten mir sagen wollen**

7 Befragte (15,6%) gaben an, dass diese Aussage für sie „gar nicht“ stimmt, bei 20 (44,4%) traf diese Aussage „wenig“ zu. Für 11 (24,4%) stimmt die Aussage „etwas“, auf 6 (13,3%) trifft sie „ziemlich“ zu. Nur einer (2,2%) saget, dass diese Aussage „völlig“ auf ihn zutreffen würde.

Der Großteil der Patienten versteht die Aussagen der Therapeuten demnach gut. Allerdings haben 40% der Befragten Probleme in der Kommunikation mit den Therapeuten.

**Hier in der Therapie fühle ich mich trotz meiner Schwächen akzeptiert**

**Abbildung 2: Schwächen in der Therapie**



**Abbildung 3: Verständnis der Therapeuten**

### **Ich lerne hier viel über mich selbst**

Für einen der Patienten (2,2%) stimmt diese Aussage „gar nicht“, „etwas“ traf die Aussage für 6 (13,3%) zu. 18 (40%) sagten die Aussage sei „ziemlich“ zutreffend und für 20 (44,4%) stimmte sie völlig.

Reflektierend gab nur ein sehr geringer Teil der Patienten an nichts über sich selbst zu lernen.

### **Meine eigentlichen Probleme kommen gar nicht zur Sprache**

Dass diese Aussage „gar nicht“ stimmt sagten 21 (46,7%) der Befragten Patienten. Nur „wenig“ war diese Aussage für 9 (20%) zutreffend. Für 7 (15,6%) stimmte diese Aussage „etwas“ und für 5 (11,1%) „ziemlich“. Völlig zutreffend war die Aussage für 3 (6,7%).

Für mehr als 32% der Befragten kamen ihrer Meinung nach ihre wahren Probleme nicht oder nur wenig zur Sprache. Der größere Teil fühlte sich gut verstanden.

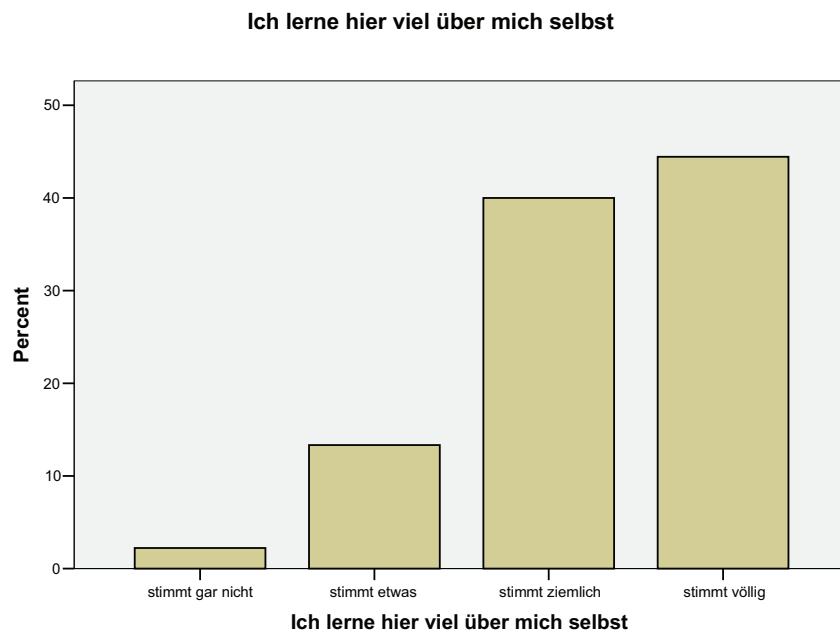


Abbildung 4: lernen in der Therapie

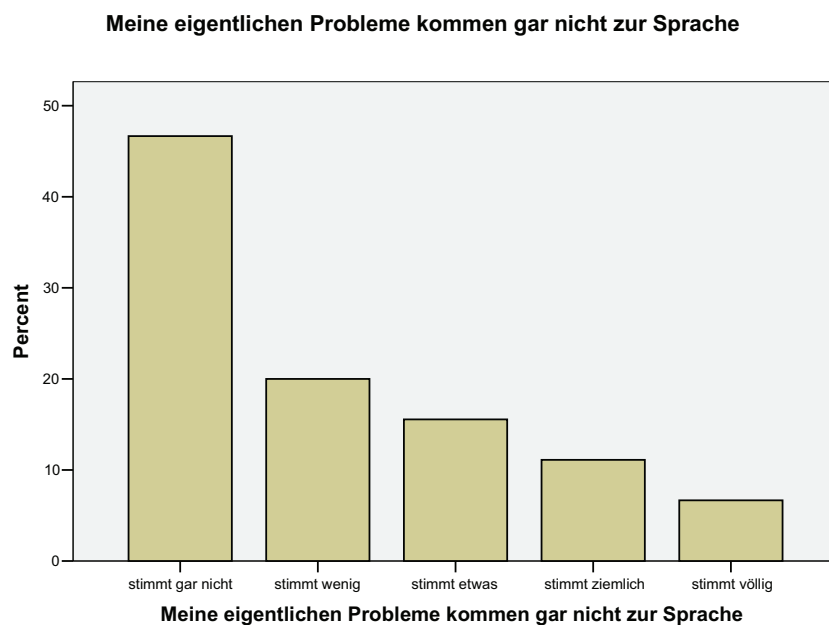


Abbildung 5: Eigentliche Probleme kommen nicht zur Sprache

### Mit vielen Mitarbeitern verstehe ich mich gut

Für einen (2,2%) der Befragten stimmt diese Aussage „gar nicht“, für 3 (6,7%) trifft die Aussage nur „wenig“ zu. Bei 5 (11,1%) ist die Aussage als „etwas“ zutreffend bewertet



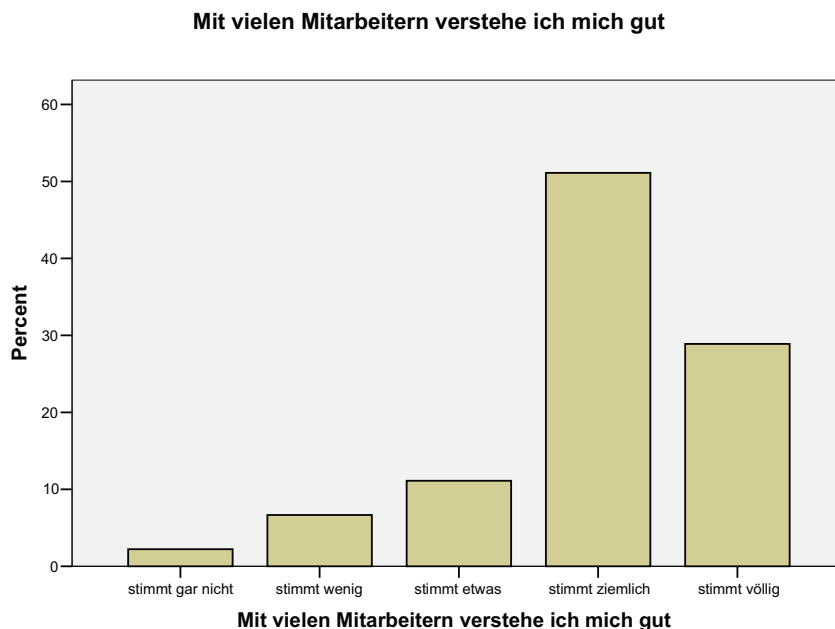
worden. Für 23 (51,1%) stimmte die angegebene Aussage „ziemlich“, bei 13 (28,9%) sogar völlig.

Mehr als  $\frac{3}{4}$  der befragten Patienten betrachteten ihr Verhältnis zu den Mitarbeitern als gut. Dies stimmt auch mit den Aussagen und Bewertungen der einzelnen Personalgruppen im Interview überein.

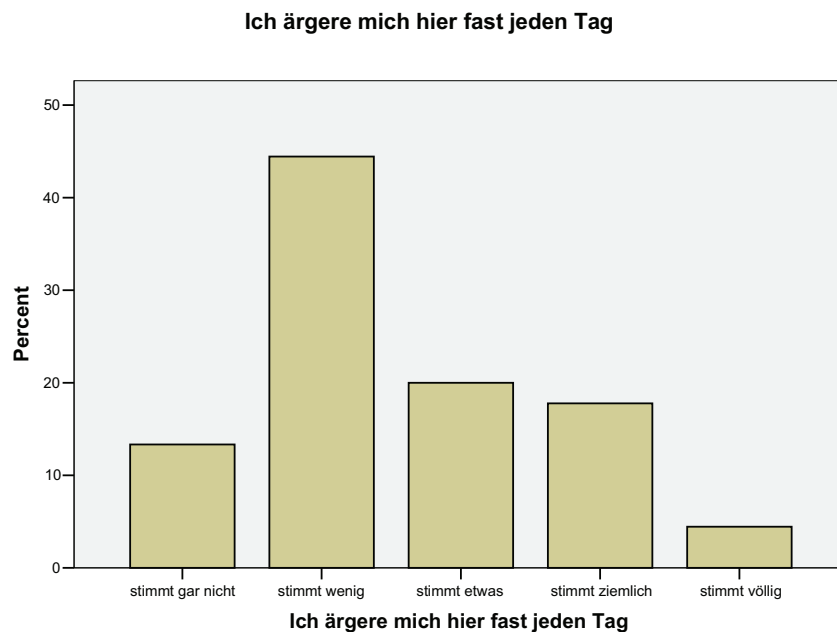
### **Ich ärgere mich hier fast jeden Tag**

Für 6 Befragte (13,3%) stimmt diese Aussage „gar nicht“, für 20 (44,4%) ist die Aussage „wenig“ zutreffend. 9 (20%) der Patienten sagten die Aussage würde „etwas“ für sie stimmen und 8 (17,8%) sagten die Aussage stimme „ziemlich“. Für 2 (4,4%) der Befragten war die Aussage sogar „völlig“ zutreffend.

Bei dieser Aussage werden die Befragten nahezu zweigeteilt. Für knapp 58% stimmt es „gar nicht“ oder nur „wenig“, dass sie sich täglich ärgern, die übrigen haben das Gefühl, es gäbe nur wenige Tage ohne Ärgernisse.



**Abbildung 6: Mitpatienten in der Therapie**



**Abbildung 7: Ärger in der Therapie**

### **Ich lerne hier mit Stimmungen und Problemen besser umzugehen**

Für einen (2,2%) der Befragten stimmte diese Aussage „gar nicht“, 3 (6,7%) sagten die Aussage stimme „wenig“. Als „etwas“ zutreffend bezeichneten 8 (17,8%) die Aussage und 17 (37,8%) sagten sie stimme „ziemlich“. Als „völlig“ zutreffend empfanden 16 (35,6%) die Aussage.

### **Meine Mitpatienten sprechen nicht über ihre eigentlichen Probleme**

Für 6 (13,3%) trifft diese Aussage „gar nicht“ zu, für 10 (22,2%) stimmt die Aussage nur „wenig“. 17 (37,8%) der Patienten waren der Ansicht, dass die Aussage für sie „etwas“ zutreffend sei, für 7 (15,6%) sei sie „ziemlich“ zutreffend. Lediglich 4 (8,9%) der Patienten werteten die Aussage für sich als „völlig“ stimmig. Eine Person (2,2%) machte keinerlei Aussage.

Es scheint als wenn die Patienten ihrer Meinung nach nicht über ihre wahren Probleme sprechen. Daraus ergibt sich ein Widerspruch mit der Aussage, dass die eigentlichen Probleme der Patienten nicht zur Sprache kommen. Diese Aussage wurde nur von wenigen als zutreffend bezeichnet. Eine Ursache des Widerspruches könnte darin begründet sein, dass sich letztere Aussage auf die Gespräche mit Ärzten und Therapeuten bezieht und Erstere auf die Kommunikation der Patienten untereinander.

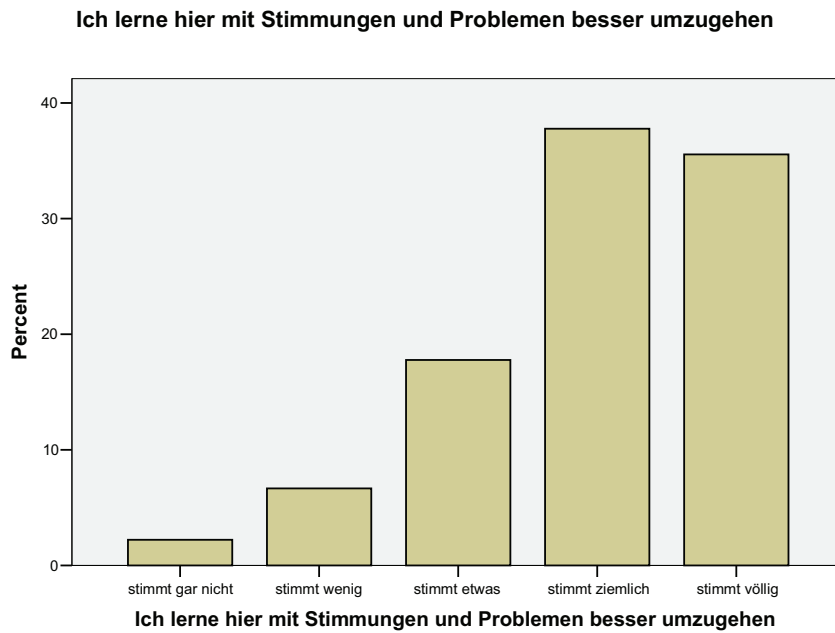


Abbildung 8: Stimmungen und Probleme in der Therapie

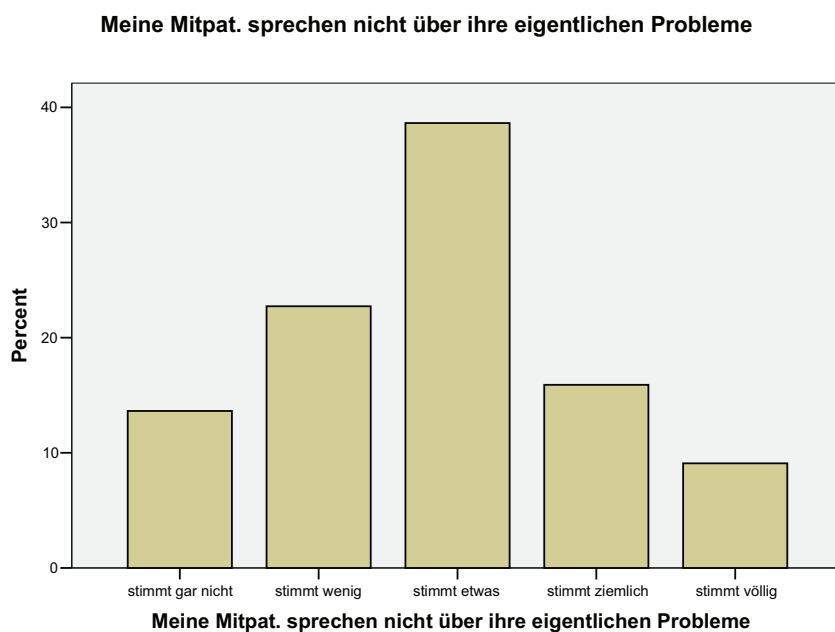


Abbildung 9: Eigentliche Probleme in der Therapie

### Ich werde durch die Therapie selbstbewusster

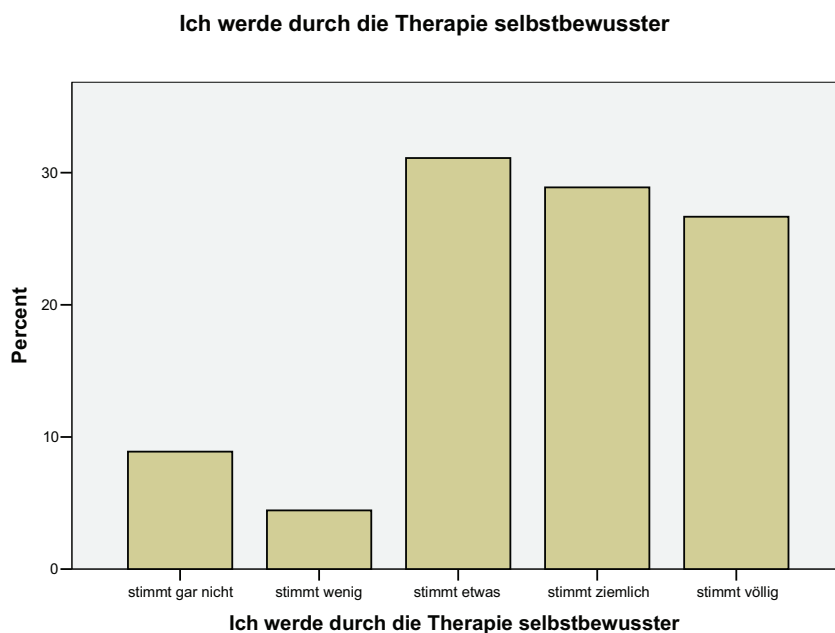
Für 4 (8,9%) ist die Aussage „gar nicht“ zutreffend, für 2 (4,4%) der Befragten trifft sie „wenig“ zu. Als „etwas“ zutreffend bezeichneten 14 (31,1%) der Patienten die Aussage,

13 (28,9%) befanden sie als „ziemlich“ zutreffend. Für 12 (26,7%) war die Aussage sogar „völlig“ stimmig.

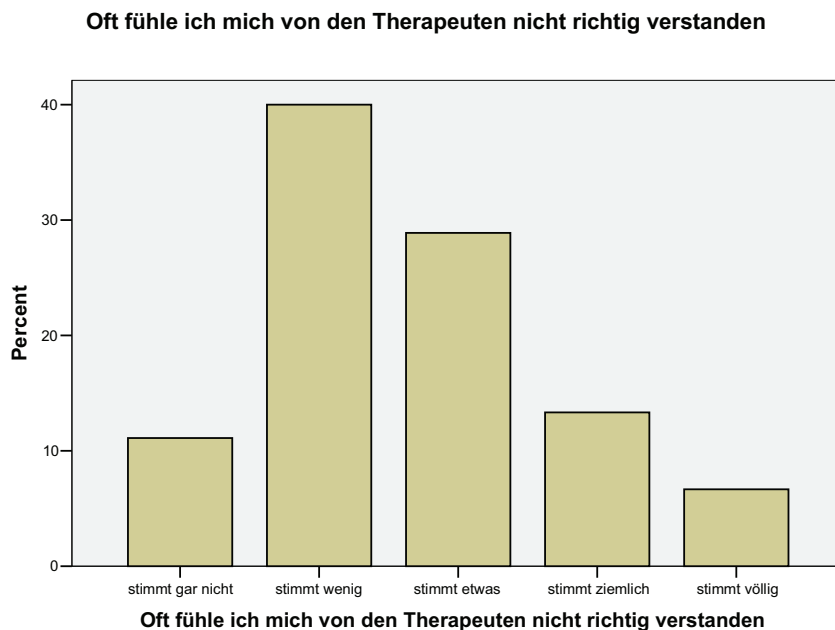
### **Oft fühle ich mich von den Therapeuten nicht richtig verstanden**

Für 5 (11,1%) stimmte diese Aussage „gar nicht“, für 18 (40%) der Befragten nur „wenig“. Als „etwas“ stimmig bewerteten 13 (28,9%) die Aussage, als „ziemlich“ 6 (13,3%). Für „völlig“ zutreffend hielten nur 3 (6,7%) die Aussage.

Diese Frage weist erneut eine ungefähre Zweiteilung der Befragten auf. Es muss aber bedacht werden, dass es sich bei der Bewertung der Aussagen durch die Patienten um eine Momentaufnahme und subjektive Angaben handelt. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Ziele der Patienten unter Umständen innerhalb der Therapie andere sind als die der Therapeuten. Somit kann es natürlich zu zahlreichen Missverständnissen kommen.



**Abbildung 10: Selbstbewusstsein in der Therapie**



**Abbildung 11: Unverständnis der Therapeuten**

### **Mit meinem Therapeuten spreche ich gern**

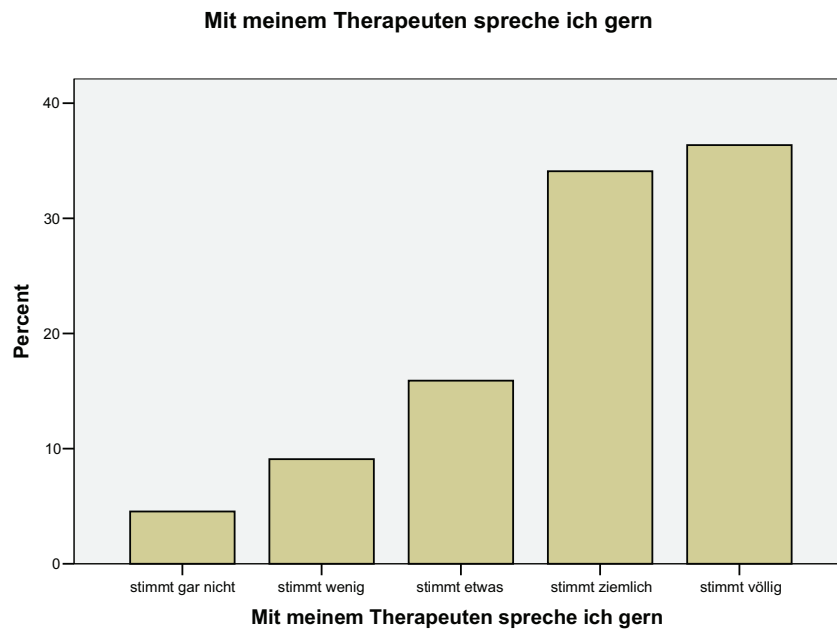
Diese Aussage war für 2 (4,4%) der Befragten „gar nicht“ zutreffend, für 4 (8,9%) stimmte sie nur „wenig“. 7 (15,6%) der Patienten hielten die Aussage für „etwas“ zutreffend, 15 (33,3%) bezeichneten die Aussage als „ziemlich“ zutreffend. Als „völlig“ stimmig wurde die Aussage von 16 (35,6%) der Befragten bewertet. Einer (2,2%) machte keine Angaben zu dieser Aussage.

Der größte Teil der Patienten spricht gerne mit seinen Therapeuten. Dies deckt sich auch mit den Aussagen, die im Interview gemacht wurden. Zum einen in der Bewertung der einzelnen Mitarbeitergruppen in der die Ärzte und Psychologen meist positiv bewertet wurden und zum anderen in den Aussagen zu sinnvollen Therapiemaßnahmen, in denen die Einzeltherapie meist gut bewertet wurde.

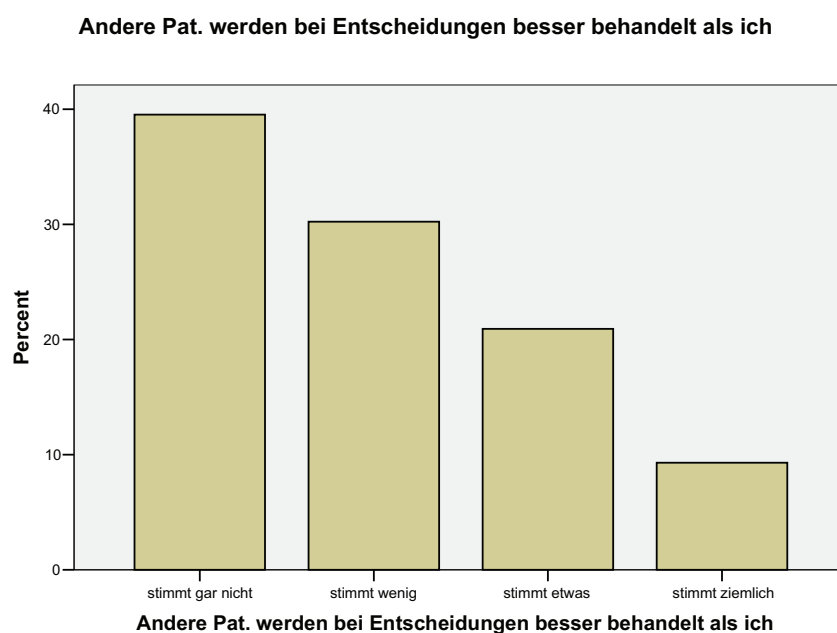
### **Andere Patienten werden bei Entscheidungen besser behandelt als ich**

17 (37,8%) der Befragten gaben an, dass für sie die Aussage „gar nicht“ stimmt, für 13 (28,9%) stimmt sie nur „wenig“. Aus der Sicht von 9 (20%) der Patienten war die Aussage „etwas“ zutreffend, für 4 (8,9%) war die Aussage „ziemlich“ stimmig. 2 (4,4%) der befragten Patienten machten zu dieser Aussage keine Angaben.

Der größte Teil der Patienten fühlt sich nicht oder nur wenig benachteiligt. Gerade bei dieser Frage ist es wichtig zu bedenken, dass alle Angaben Momentaufnahmen sind, da im Klinikalltag täglich mehrere Entscheidungen mit und über die Patienten getroffen werden.



**Abbildung 12: Gespräche mit Therapeuten**



**Abbildung 13: Entscheidungen in der Therapie**

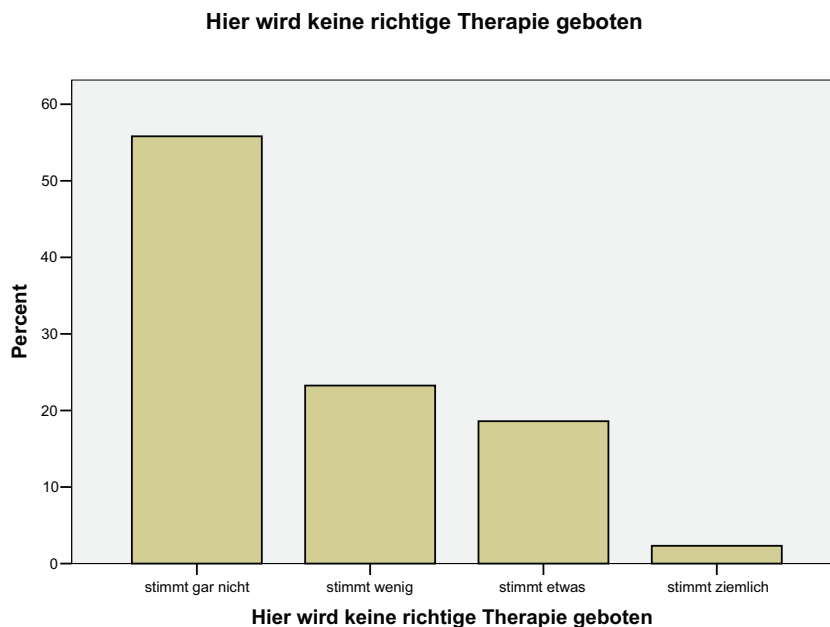
### Hier wird keine richtige Therapie geboten

Für 24 (53,3%) war diese Aussage „gar nicht“ zutreffend, was also bedeutet, dass über die Hälfte der Befragten Patienten mit dem Therapieangebot subjektiv zufrieden ist. Für 10 (22,2%) war die Aussage „wenig“ zutreffend, für 8 (17,8%) „etwas“. Nur 1 (2,2%) der Befragten empfanden die Aussage als „ziemlich“ zutreffend.

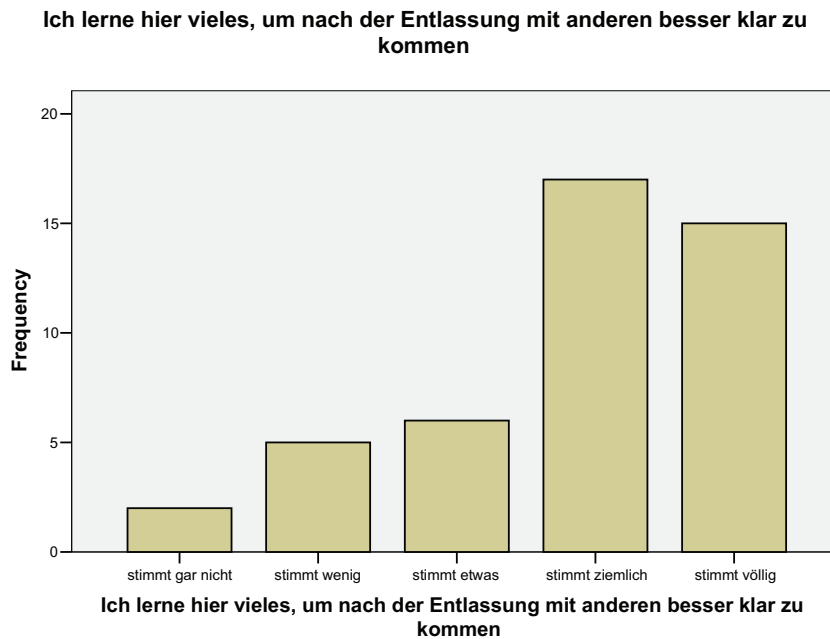
Wiederum machten 2 (4,4%) der Patienten zu dieser Aussage keine Angaben.

### Ich lerne hier viel um nach der Entlassung besser zurecht zu kommen

Für 2 der Befragten (4,4%) trifft diese Aussage „gar nicht“ zu, für 5 (11,1%) „wenig“. 6 (13,3%) Befragte nehmen die Aussage für sich „etwas“ an, für 17 (37,8%) trifft sie „ziemlich“ zu, als „völlig“ zutreffend empfinden 15 (33,3%) der Befragten die Aussage. Über 60% der Patienten sehen in der Therapie hiernach eine Hilfestellung für die eigene Zukunft.



**Abbildung 14: keine richtige Therapie**



**Abbildung 15: Besserer Umgang mit anderen nach der Therapie**

## **4.2. Interviewbefunde**

Die vollständige Häufigkeitsanalyse zeigen die Tabellen 1 bis 26 im Anhang, im Folgenden sollen nur die wichtigsten Ergebnisse dargestellt werden.

### **4.2.1. Einstellung**

Man muss davon ausgehen, dass die Einstellung zur Therapie und zum Zwang der Unterbringung schon durch die Art und Weise der Verhängung der Maßregel entscheidend geprägt wird. Die Patienten wurden deshalb nach ihren Einstellungen bezüglich des § 64 StGB sowie nach ihren Erwartungen und der persönlichen Bewertung der im Vorfeld erfolgten Aufklärung über die wichtigsten Bestimmungen der Maßregel befragt.

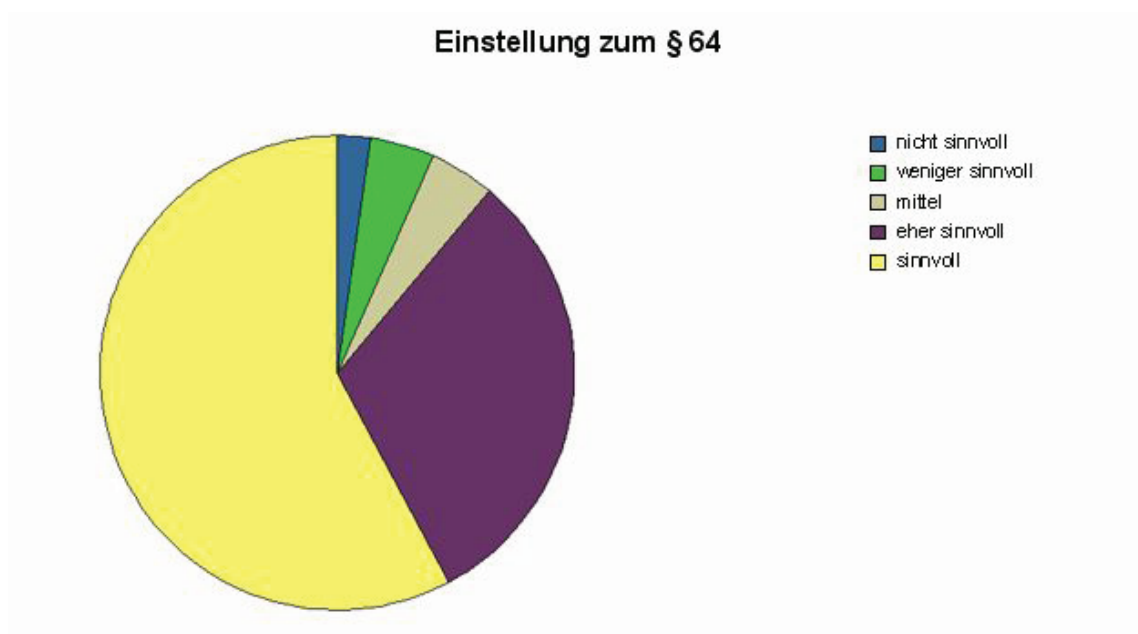
#### **Einstellung zum Maßregelvollzug**

Auf die Frage „Wie ist ihre Einstellung zum § 64 StGB?“ erhielten wir folgende Antworten. 26 (57,8%) der Befragten hielten den Paragraphen für „sinnvoll“, 14 (31,1%) für „eher sinnvoll“. Jeweils 2 (4,4 %) stuften ihn als „mittel“ oder „weniger sinnvoll“



ein und ein Befragter (2,2 %) als „nicht sinnvoll“. Es zeigt sich, dass der Paragraph unter den befragten Patienten eine breite Zustimmung genießt.

Auch in den einzelnen Gruppen bestätigt sich dieses Verteilungsmuster. Gruppe 1, 6 (40%) „sinnvoll“ und 8 (53,3%) „eher sinnvoll“. Gruppe 2, 10 (66,7%) „sinnvoll“ und 2 (13,3%) „eher sinnvoll“. Gruppe 3, 10 (66,7%) „sinnvoll“ und 4 (26,7%) „eher sinnvoll“. Der Anteil der Patienten, die ihre Therapie als weniger sinnvoll einstufen ist im ersten und zweiten Therapieabschnitt gleich hoch. Im dritten Abschnitt verschiebt sich die Bewertung zum nicht sinnvoll. Insgesamt wird die Therapie in der mittleren Gruppe am schlechtesten bewertet.



**Abbildung 16: Einstellung zum § 64 StGB**

### **Aufklärung über den § 64 StGB**

Die Patienten wurden dahingehend befragt, ob im Vorfeld eine Aufklärung über den § 64 StGB erfolgt ist (durch Anwalt, Gericht, etc.) und wie diese von Ihnen empfunden wurde. 12 (26,7%) der Patienten gaben an nicht aufgeklärt worden zu sein. 16 (35,56%) empfanden ihre Aufklärung als „unzureichend“. Für 4 (8,89%) erschien die Aufklärung „ausreichend“ und für 13 (28,89%) „umfassend“. Eine negative Bewertung der Aufklärung überwiegt.

In der Gruppe 1 kehrt sich das Bild um, „umfassend“ befanden die Aufklärung 7 (46,7%). In der Gruppe 2 überwiegt wieder eine negative Bewertung (4 (26,7%) „gar nicht“, 6 (40%) „unzureichend“). Gruppe 3 (6 (40%) „gar nicht“ 7 (46,7%) „unzureichend“) bewertet am schlechtesten.

### **Erwartungen an den § 64 StGB**

Ebenfalls wichtig erschien uns die Frage nach den Erwartungen der einzelnen Patienten an den § 64 StGB. In diesem Punkt stand für 36 (80%) der Patienten die „Therapiemöglichkeit“ im Vordergrund. 5 (11,1%) sahen eine „Haftmilderung“ als wichtigsten Aspekt für sich an. 3 (6,7%) erwarteten eine „Zwangsverwahrung“. 1 (2,2%) konnten keinerlei Erwartungen benennen.

In den einzelnen Gruppen stellt sich das Verteilungsmuster ähnlich dar. (Vgl. Tabelle 3)

### **Einstellung zur Therapie**

Zur Frage nach der Einstellung zur Behandlung gaben 34 (75,5%) eine positive Bewertung ab 15 (33,3%) „positiv“; 19 (42,2%) „eher positiv“. Als „mittel“ stuften 6 (13,3%), als „eher negativ“ und „negativ“ 3 (6,7%) bzw. 2 (4,4%) der Patienten ihre Einstellung ein.

In der ersten Gruppe überwiegt die positive Bewertung 4 (26,7%) „positiv“, 8 (53,3%) „eher positiv“. In der zweiten Gruppe ist die Einstellung zur Therapie am schlechtesten 5 (33,3%) „positiv“, 4 (26,7%) „eher positiv“, 3 (20%) „mittel“, 2 (13,3%) „eher negativ“, 1 (6,7%) „negativ“. In der dritten Gruppe ist die positive Bewertung am deutlichsten 6 (40%) „positiv“, 7 (46,7%) „eher positiv“.



**Abbildung 17: Einstellung zur Behandlung**

### **Negative Einstellung zur Therapie**

Auf die Frage nach den Gründen für eine negative Einstellung gaben 2 (50%) dieser betreffenden Patienten an, dass ihnen keine richtige Therapie geboten würde. Ein Befragter (25%) begründete seine negative Einstellung damit, dass er den Therapeuten und Mitarbeitern kein Vertrauen schenken würde. Der verbleibende Befragte (25%) gab andere Gründe, wie Enttäuschungen innerhalb des Therapieverlaufs oder Alkoholkonsum anderer Patienten innerhalb des Vollzugs an. Insgesamt betraf dies aber nur 4 (8,9%) der Patienten, die übrigen 41 (91,1%) hatten sich nicht negativ geäußert.

Eine negative Einstellung zur Therapie wurde nur in den Gruppen 1 und 2 geäußert. In der dritten Gruppe wurden keine negativen Einstellungen zur Behandlung angegeben.

### **Einstellungsänderung im Therapieverlauf**

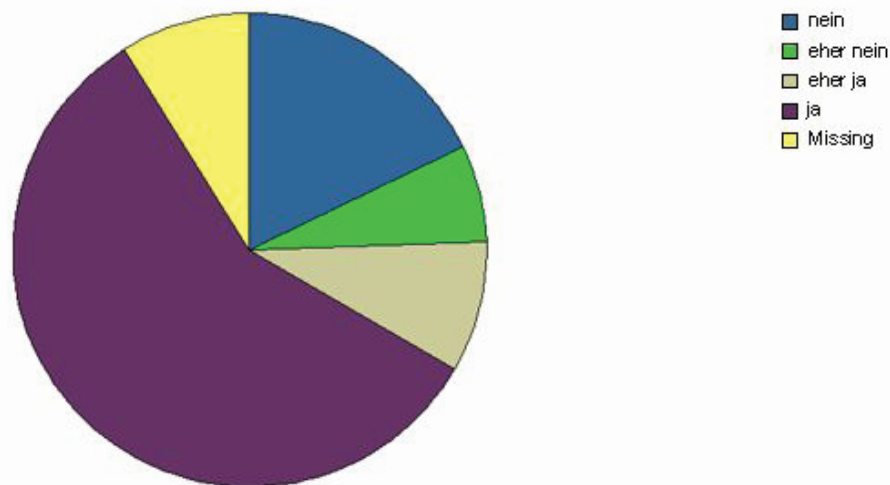
Die Frage ob sich die Einstellung zur Behandlung im Verlauf der Therapie geändert habe wurde nur 41 Patienten gestellt. Die übrigen 4 (8,9%) Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung auf der Aufnahmestation und somit noch am Anfang der Therapie, so dass sie diese Frage nicht beantworten konnten.

26 (57,8%) der Probanden gaben eine klare Änderung in ihrer Einstellung an, 4 (8,9%) beantworteten die Frage mit „eher ja“. Zu dem Ergebnis „eher nein“ kamen 3 (6,7%), „nein“ sagten 8 (17,8%).

Als Auslöser für eine Änderung der Einstellung wurden Rückfälle, Stationswechsel und Probleme mit Angehörigen während der Zeit des Vollzugs genannt.

Aus der ersten Gruppe gab ein Großteil der Befragten eine Änderung an 7 (46,7%) „ja“, 1 (6,7%) „eher ja“. Es waren dies die Patienten, die wenigstens ein halbes Jahr oder länger in Therapie waren. Aus der zweiten Gruppe zeigt sich ein ausgeglichenes Bild 5 (33,3%) „nein“, 2 (13,3%) „eher nein“ bzw. „eher ja“, 6 (40%) „ja“. In der dritten Gruppe stellt sich das deutlichste Ergebnis dar 13 (86,7%) „ja“. Es zeigt sich deutlich, dass nach einem längeren Therapieverlauf eine Änderung in der Einstellung zur Behandlung mit höherer Wahrscheinlichkeit eintritt.

**Einstellungsänderung im Therapieverlauf?**



**Abbildung 18: Einstellungsänderung im Therapieverlauf**

#### **4.2.2. Therapeutisches Klima**

Die Einstellung zu Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegepersonal war beim überwiegenden Teil der Befragten positiv. (Vgl. Tabellen 7-10) Einzig bei der Einstellung zu den Mitpatienten ergab sich ein etwas differenzierteres Bild.

### Einstellung zu den Mitpatienten

Bei dieser Frage muss bedacht werden, dass jeder Befragte alle seine Mitpatienten berücksichtigen sollte und somit einen Mittelwert angegeben hat.

15 (33,3%) „positiv“, 13 (28,9%) „eher positiv“. In ihrer Einstellung zu Mitpatienten als „mittel“ sahen sich 14 (31,3%) der Befragten. Der Hauptgrund hierfür war die Tatsache, dass sie mit einigen ihrer Mitpatienten ein gutes Verhältnis pflegten und andere Mitpatienten wiederum eher mieden. Zu einer „eher negativen“ oder „negativen“ Einstellung kamen 2 (4,4%) bzw. 1 (2,2%) der Befragten. Diese Patienten sagten, dass jeder seine eigene Therapie mache, sie nichts mit den Sorgen der anderen zu tun haben wollen und sie deshalb den Umgang mit den Mitpatienten auf das Nötigste reduzieren.

Von Gruppe 1 bis zu Gruppe 3 verschiebt sich die Bewertung in Richtung „positiv“.



**Abbildung 19: Einstellung zu den Mitpatienten**

### Welche Therapiemaßnahmen sind sinnvoll

Bei dieser Frage konnten die Patienten aus 9 vorgegebenen Möglichkeiten auswählen, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Für sinnvoll hielten 24 (53,5%) die Einzeltherapie, 17 (37,7%) die Gruppentherapie, 19 (42,2%) die Arbeitstherapie, 10 (22,2%) die Beschäftigungstherapie und 13 (28,8%) die Sporttherapie. 1 (2,2%) der Probanden hielten keine der ihnen gebotenen Therapiemöglichkeiten für sinnvoll.

In der ersten Gruppe hielten 7 (46,7%) die Sporttherapie, jeweils 5 (33,3%) Einzeltherapie, Gruppentherapie oder Beschäftigungstherapie für sinnvoll. Die Arbeitstherapie nannten 9 (26,7%). Von 1 (6,7%) der Befragten wurde keine Therapieform genannt. In der zweiten Gruppe erhielten Einzel- und Arbeitstherapie jeweils 9 Stimmen (60,0%), die Gruppentherapie 5 (33,3%), die Sporttherapie 3 (20,0%), die Beschäftigungstherapie 2 (13,3%). In der dritten Gruppe bewerteten 10 (66,7%) die Einzeltherapie als sinnvoll, 7 (46,7%) die Gruppentherapie. 6 (40,0%) die Arbeits- und jeweils 3 (20,0%) die Beschäftigungstherapie und Sporttherapie.

### **Welche Therapiemaßnahmen sind nicht sinnvoll**

Die Einzeltherapie hielten 2 (4,4%) für nicht sinnvoll, die Gruppentherapie 12 (26,7%), die Arbeitstherapie 1 (2,2%), die Beschäftigungstherapie 2 (4,4%), die Sporttherapie 3 (6,7%). 20 (44,4%) der Patienten gaben keine Therapieform als nicht sinnvoll an, 2 (4,4%) machten keine Angaben. Sonstige Therapieangebote wurden von 3 (6,7%) angegeben, hier wurde auf „Stationsrunden“ und „therapeutische Ausgänge“ verwiesen. In den einzelnen Gruppen wurde mehrheitlich die Gruppentherapie für am wenigsten sinnvoll erachtet. Gruppe 1 5 (33,3%), Gruppe 2 2 (13,3%), Gruppe 3 5 (33,3%).

### **Vergleich der Unterbringung im Maßregelvollzug mit der Unterbringung in der Justizvollzugsanstalt**

Die Befragten wurden gebeten ihre Unterbringung in der Einrichtung mit einer Unterbringung in der Justizvollzugsanstalt zu vergleichen. Hier gaben 17 (37,8%) jeweils an, dass es „besser“ oder „eher besser“ als in der JVA sei. Dies wurde mit mehr Freiheiten und mehr Selbstbestimmung begründet. Kein Unterschied bestand für 6 (13,3%) und 3 (6,7%) empfanden ihre Unterbringung als „eher schlechter“. Grund hierfür war die Zwangstherapie. 2 Patienten (4,4%) machten zu dieser Frage keine Aussage.

Auch in den Einzelgruppen wurde die Klinik durchweg als die bessere Alternative empfunden. Gruppe 1: 7 (46,7%) „besser“, 2 (13,3%) „eher besser“, Gruppe 2: 2 (13,3%) „besser“, 9 (60%) „eher besser“ Gruppe 3: 8 (53,3%) „besser“, 6 (40%) „eher besser“.

### **Tätlichkeiten unter Mitpatienten**

Hier wurden die Probanden daraufhin befragt, ob sie im Laufe ihres Aufenthaltes schon einmal Zeuge von Tätlichkeiten unter Mitpatienten geworden sind. Um eine höhere Zu-

verlässigkeit der Aussagen zu haben, wurden die Patienten absichtlich nicht nach einer Eigenbeteiligung an Tötlichkeiten gefragt.

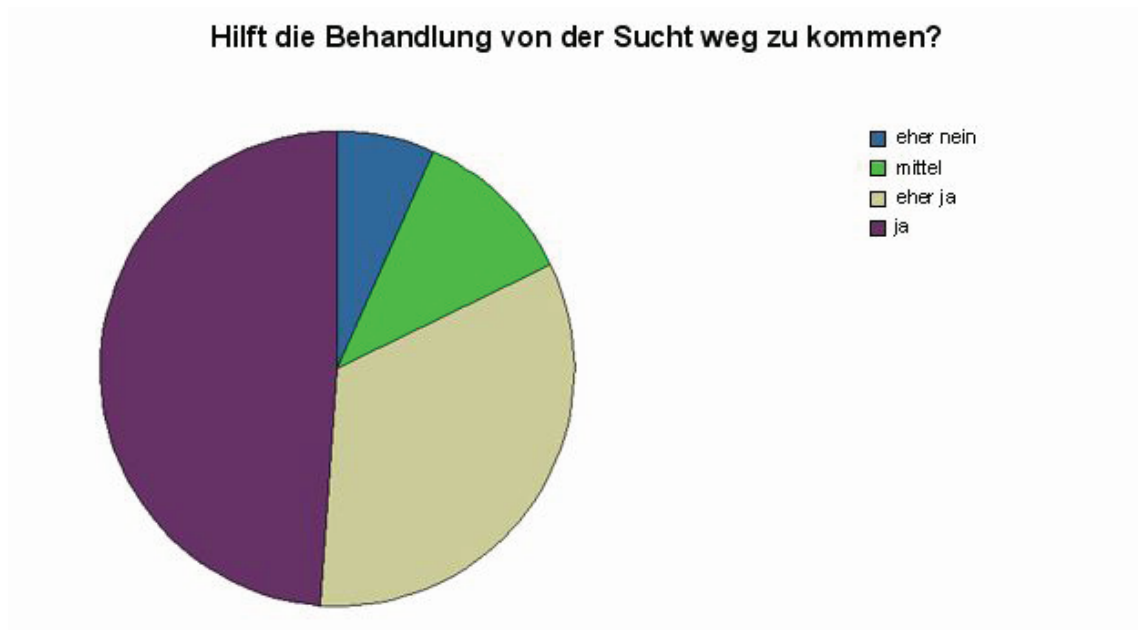
Von den Befragten gaben 14 (31,1%) an schon mal Tötlichkeiten miterlebt zu haben, 31 (68,9%) verneinten dieses.

In Gruppe eins gaben 2 (13,3%) an Zeuge von Tötlichkeiten gewesen zu sein und 13 (86,7%) sagten, sie hätten keine Tötlichkeiten bei ihren Mitpatienten beobachtet. In der zweiten Gruppe waren 4 (26,7%) Zeugen von Tötlichkeiten unter ihren Mitpatienten, 11 (73,3%) waren es nicht. In der dritten Gruppe sahen 8 (53,3%) Tötlichkeiten, 7 (46,7%) verneinten dies.

### **4.2.3. Suchtproblematik**

#### **Hilft die Behandlung von der Sucht loszukommen**

22 (48,9%) der Patienten beantworteten diese Frage mit „ja“, 15 (33,3%) mit „eher ja“. Die Antwort „mittel“ gaben 5 (11,1%) und „eher nein“ sagten 3 (6,7%) der Befragten. Auch in den Einzelgruppen ist der Glaube an den Erfolg der Therapie sehr hoch, am höchsten in der dritten Gruppe 10 „ja“ (66,7%).



**Abbildung 20: Hilft die Behandlung von der Sucht weg zu kommen?**

### Glaube daran, die Sucht zu besiegen

Diese Frage sollte zeigen in wie weit die Patienten selber daran glauben in ihrem weiteren Leben suchtfrei leben zu können.

15 (33,3%) der Probanden beantworteten die Frage mit „ja“, 26 (57,8%) mit „eher ja“. Immer mit dem Hinweis, dass es sehr schwer sei über einen so langen Zeitraum im Voraus etwas zu sagen. Meist setzten die Probanden den Glauben daran mit ihrem Willen gleich. Lediglich 4 (8,9%) gaben „mittel“ als Antwort an. Keiner der Befragten äußerte ein „eher nein“ oder ein „nein“.

In dieser Frage ist erstaunlicherweise die zweite Gruppe am zuversichtlichsten 11 (73,3%) „eher ja“ und 4 (26,7%) „ja“.



**Abbildung 21: Glaube daran die Sucht zu besiegen**

### Gründe für einen Rückfall

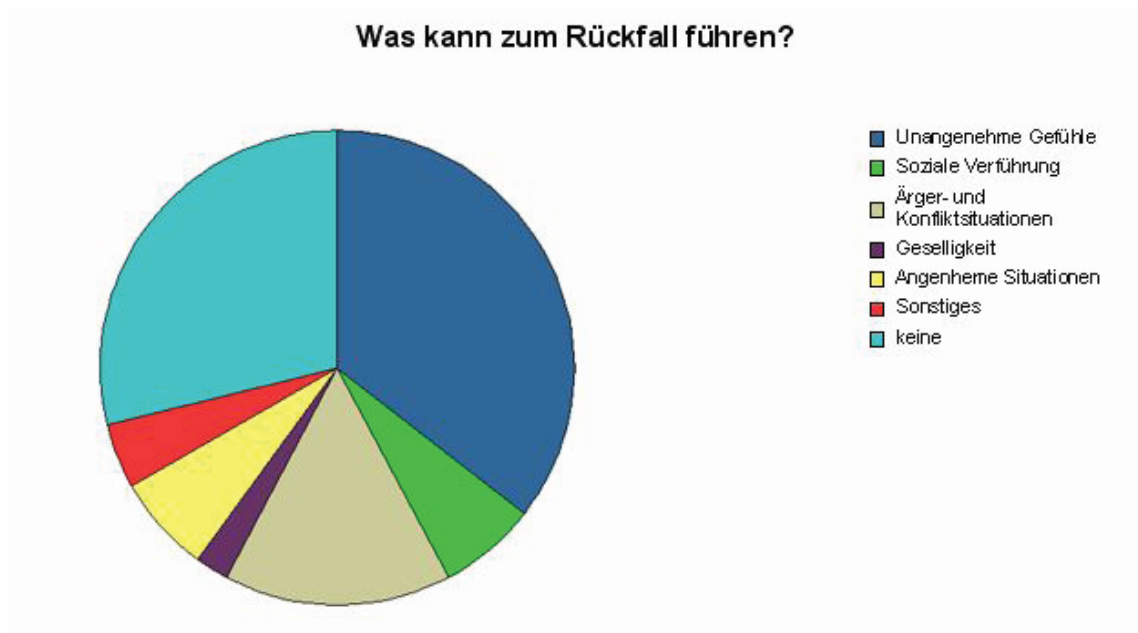
Hier sollten die Patienten Angaben dazu machen, welche Kriterien für sie selbst zu einem Rückfall führen könnten. Unabhängig davon, ob sie während des Aufenthaltes einen hatten oder nicht.

„Unangenehme Gefühle“ kamen für 16 (35,6%) als Grund für einen Rückfall in Frage, 3 (6,7%) gaben „soziale Verführung“ an. „Ärger und Konfliktsituationen“ erschienen 7 (15,6%) der wichtigste Risikofaktor für einen Rückfall zu sein. Einen Rückfall aus „Ge-



selligkeit“ oder durch „Angenehme Situationen“ konnten sich 1 Patient (2,2%) bzw. 3 Patienten (6,7%) vorstellen. Dass es keine Gründe für einen Rückfall geben könne sagten 13 (28,9%). Für 2 (4,4%) der Probanden kamen andere Gründe in Frage.

In den Einzelgruppen wird die Dominanz der „negativen Gefühle“ als Ursache noch deutlicher. Gruppe 1: 4 Befragte (26,7%), Gruppe 2 und 3 jeweils 6 Patienten (40%).



**Abbildung 22: Ursachen für einen Rückfall**

### **Gefühl nach einem Rückfall**

Diese Frage wurde ebenfalls suggestiv, unabhängig von einem stattgehabten Rückfall gestellt. Die Patienten, die angaben noch nie einen Rückfall gehabt zu haben wurden gebeten, sich eine solche Situation vorzustellen.

Die Angabe sich dann „schlecht“ zu fühlen machten 13 (28,9%) der Befragten, 15 (33,3%) sagten sie würden sich „eher schlecht“ fühlen. Für 11 (24,4%) wäre das Gefühl „unverändert“ gewesen. „eher gut“ würden sich 4 (8,9%) fühlen. Diese gaben aber die Wirkung der Droge als Ursache für dieses Gefühl an. Keine Angabe zu dieser Frage machten 2 (4,4%).

Die negative Bewertung eines Rückfalls wird in der zweiten Gruppe am deutlichsten „eher schlecht“ 8 (53,3%), „schlecht“ 3 (20%).

### Gründe für die Abhängigkeit

In diesem Punkt ging es hauptsächlich darum die Gründe für die eigene Abhängigkeit als external oder internal einzustufen.

Für einen (2,2%) der Patienten waren die Gründe „external“, für 13 (28,9%) „eher external“. Hier wurden Gründe wie bereits trinkende Eltern, Gruppenzwang oder Arbeitslosigkeit sowie Beziehungsprobleme angeführt. 9 (20%) der Befragten sahen in beiden Kategorien die Gründe für ihre Abhängigkeit. „eher internal“ bewerteten 12 (26,7%) die Gründe für ihre Erkrankung, „internal“ 8 (17,8%). Einzelne Gründe waren mangelndes Selbstbewusstsein, Langeweile und die Flucht vor den eigentlichen Problemen.

Keine Angabe zu dieser Frage machten 2 (4,4%) der Patienten. In der ersten Gruppe zu Therapiebeginn gaben noch die meisten Befragten die Gründe als von außen bestimmt an („eher external“ 7 (40%), „external“ 1 (6,7%)). Bis zur dritten Gruppe kehrt sich das im Verlauf der Therapie dann um und die Patienten sehen die Gründe für ihre Abhängigkeit bei sich selbst („eher internal“ 3 (20%), „internal“ 5 (33,3%))

Wo liegt die Ursache der Abhängigkeit?

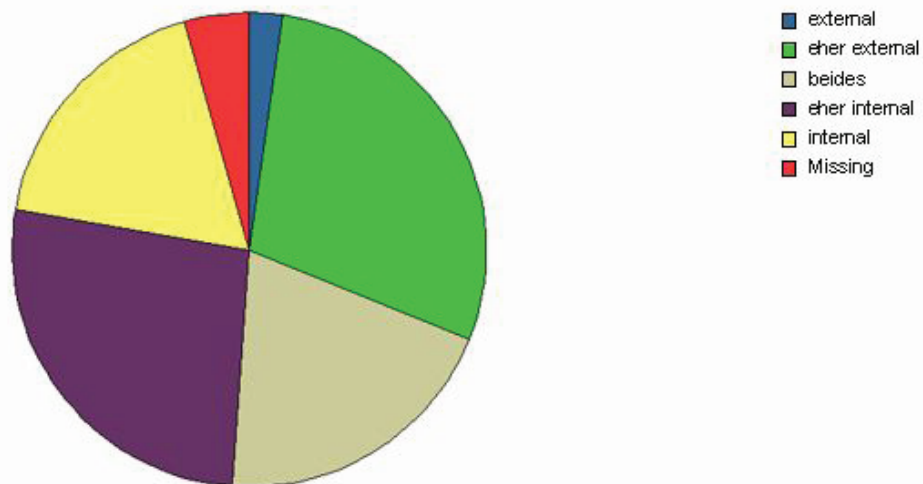


Abbildung 23: Ursachen der Abhängigkeit

### **Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Delikt**

Die Befragten sollten beurteilen, ob sie die ihnen angelasteten Vergehen auch ohne eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit begangen hätten oder ob ein Zusammenhang zwischen Straftat und Abhängigkeit für sie klar ersichtlich ist.

Mit „ja“ beantworteten die Frage nach dem Zusammenhang 37 (82,2%) der Befragten, 5 (11,1%) sagten „eher ja“. Einen Zusammenhang sahen „eventuell“ 1 (2,2%) der Patienten und 2 (4,4%) sagten „eher nein“.

Auch in den Einzelgruppen ist das Ergebnis ähnlich deutlich („ja“ Gruppe 1: 12 (80%), Gruppe 2: 13 (86,7%), Gruppe 3: 12 (80%))

### **Drogen und Alkohol in der Therapie**

Wenn man davon ausgeht, dass es möglich ist innerhalb der Maßregel illegal Drogen und Alkohol zu konsumieren, stellt dies einen wichtigen Einflussfaktor für den Verlauf und Erfolg der Therapie dar. Zum einen für denjenigen Patienten, der selbst rückfällig wird durch den Konsum von Drogen oder Alkohol, als aber auch für diejenigen Patienten, die davon erfahren oder es mitbekommen. Es nimmt also Einfluss auf den Einzelnen als auch auf die Gruppendynamik.

### **Drogen oder Alkoholkonsum innerhalb der Klinik**

Die Probanden wurden direkt danach gefragt ob sie selber innerhalb der Maßregel schon einmal Drogen oder Alkohol zu sich genommen haben, also rückfällig geworden sind. 7 (15,6%) beantworteten diese Frage mit „ja“, 38 (84,4%) mit „nein“. Aus den Akten geht hervor, dass nur bereits bekannte Rückfälle im Rahmen der Studie von den Patienten angegeben worden sind.

Die Frage nach dem Konsummittel beantworteten die 7 (15,6%) der Befragten, die zuvor einen Rückfall angegeben hatten, mit THC (Tetrahydrocannabinol). Diese Frage ist etwas differenzierter zu betrachten, da eine Bejahung dem Eingeständnis eines Rückfalls gleichzusetzen ist.

In den Einzelgruppen zeigt sich, dass mit der Aufenthaltsdauer die Wahrscheinlichkeit für das konsumieren von Alkohol oder Drogen, welches mit einem Rückfall gleichzusetzen ist, steigt. Gruppe 1: 0 „ja“ (0%), Gruppe 2: 1 Patient „ja“ (6,7%), Gruppe 3: 6 Befragte „ja“ (40%).

### **Einstellung zum Drogen- / Alkoholkonsum in der Klinik**

Abschließend wurden die Patienten dahingehend befragt, wie sie den Alkohol- / Drogenkonsum innerhalb der Klinik für sich selbst bewerten.

„Negativ“ betrachteten dies 13 (28,9%) der Probanden, 12 (26,7%) als „eher negativ“. Gründe für diese Einschätzung waren Verführung zum Konsum durch die Tatsache der gegebenen Möglichkeit, Bestrafung der gesamten Gruppe für den Drogen- oder Alkoholkonsum des Einzelnen und eine Einschränkung in der eigenen Therapie. Die übrigen 20 (44,4%) bewerteten den Drogen- / Alkoholkonsum in der Klinik als „gleichgültig“. Sie machten Angaben, dass jeder für den Erfolg der Therapie selber verantwortlich sei und es deshalb für sie selber irrelevant sei ob ein Mitpatient was konsumiert. Als „positiv“ oder „eher positiv“ wurde der Konsum innerhalb der Klinik von keinem der Befragten bewertet.

In den Gruppen zeigt sich eine hohe Gleichgültigkeit gegenüber dem Drogen- oder Alkoholkonsum im Rahmen der Therapie. Gruppe 1: 9 Patienten (60%), Gruppe 2: 4 Befragte (26,7%), Gruppe 3: 7 Probanden (46,7%).

#### **4.2.4. Therapieergebnisse**

Von den in dieser Studie befragten Patienten wurden bis zur endgültigen Auswertung der Daten 44 von 45 entlassen. 25 (55,6%) Patienten wurden auf Bewährung entlassen, davon 12 Patienten aus der zweiten Gruppe eingeteilt nach Therapiedauer (erste Gruppe unter 6 Monate, zweite Gruppe über 6 Monate bis unter 18 Monate, dritte Gruppe über 18 Monate Therapiedauer), 8 aus Gruppe 3 und 5 aus Gruppe 1. 4 (8,9%) hatten die Höchstfrist vollständig hinter sich gebracht, von diesen entstammten 2 der dritten Gruppe und jeweils einer aus den anderen beiden Gruppen. Bei 12 (26,7%) Patienten erfolgte die Entlassung nach Erledigung der Strafe, sie wurde also entweder seitens des Patienten oder seitens der Einrichtung abgebrochen und im Anschluss in einer JVA fortgeführt. Dies war in Gruppe 1 bei 7 Patienten der Fall, in der dritten Gruppe bei 5 Patienten. Aus der zweiten Gruppe ergaben sich keine Erledigungen. Bei 2 (4,4%) Patienten erfolgte eine Zwischenvollstreckung bzw. eine Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge. Dies waren jeweils ein Patient aus Gruppe 1 und ein Patient aus Gruppe 2. Sie verließen den Maßregelvollzug ebenfalls in eine Justizvollzugsanstalt. Bei einem Patienten aus

der zweiten Gruppe (2,2%) war eine Reststrafe oder Strafe wegen anderer Sache der Entlassungsgrund, aus der ersten Gruppe befindet sich noch ein Patient in Behandlung.

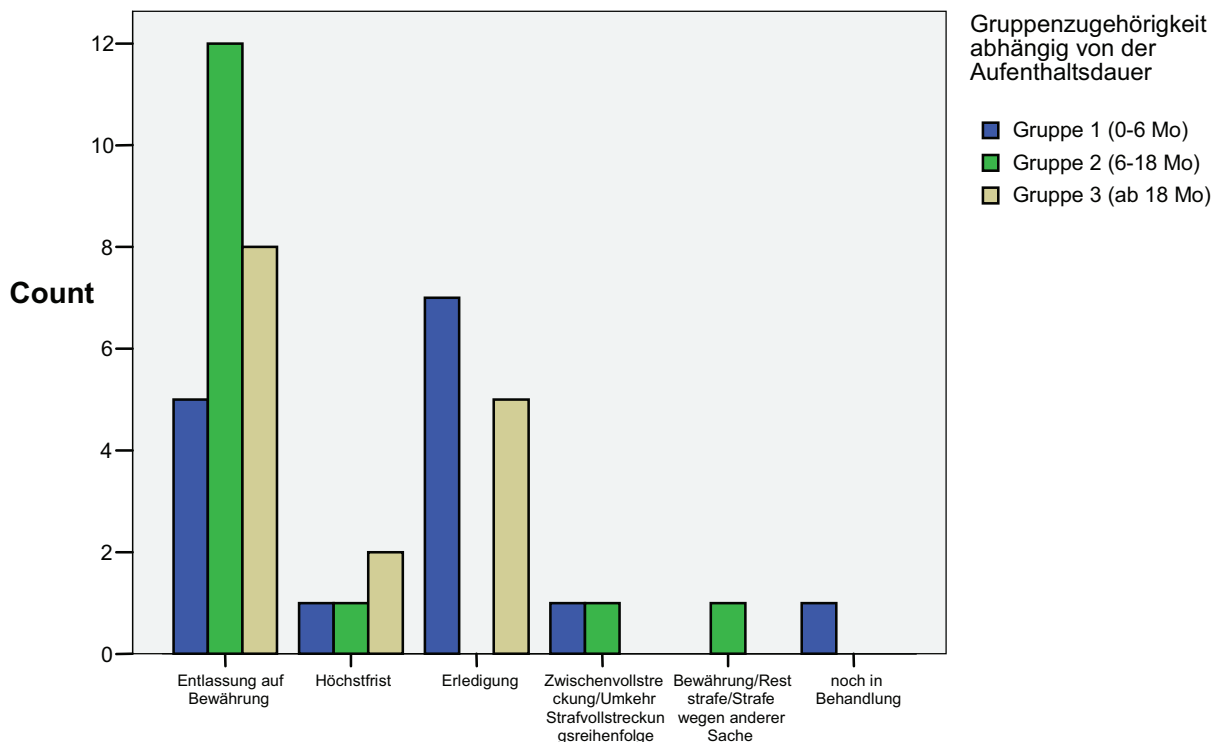


Abbildung 24: Entlassungsart

Nach der Entlassung aus der Maßregel fanden sich 13 Patienten (28,9%) in der Häuslichkeit wieder, dies traf auf 4 Patienten der ersten, 7 der zweiten Gruppe und 2 Patienten der dritten Gruppe zu. 14 Patienten (31,1%) mussten noch eine Reststrafe in der JVA absolvieren. Es waren dies 8 aus der ersten Gruppe, einer aus Gruppe 2 und 5 aus der dritten Gruppe. Eine Nachsorge wurde bei 17 Patienten (37,7%) eingeleitet. Davon entstammten 2 Patienten der ersten Gruppe, 7 der zweiten Gruppe und 8 der dritten Gruppe.

Von den entlassenen Patienten hatten 16 (35,6%) einen aktenkundigen Rückfall bezüglich ihres Suchtverhaltens, 2 aus der ersten Gruppe, 5 aus der zweiten Gruppe und 9 aus der dritten Gruppe. Dies ist sicherlich durch die Dauer der Abstinenz erklärbar, da ja die

Patienten der dritten Gruppe im Regelfall die längste Trockenperiode hinter sich hatten. Ein strafrechtlicher Rückfall ist bei 9 Patienten (20%) aktenkundig, hier ist die Häufigkeitsverteilung ähnlich. Zwei Patienten entstammen der ersten Gruppe, drei der zweiten Gruppe und vier Patienten waren in der dritten Gruppe nach Dauer der Therapie. Hier lässt sich ebenso die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls mit dem Anwachsen der verstrichenen Zeit als Erklärung heranziehen.

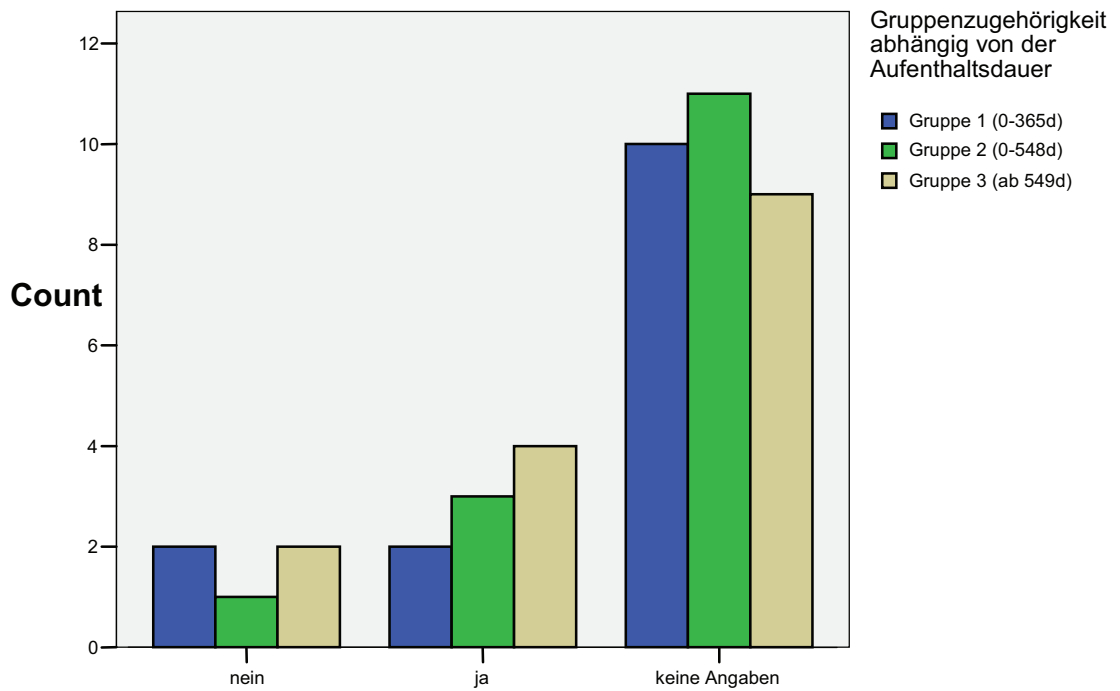


Abbildung 25: Rückfall strafrechtlich

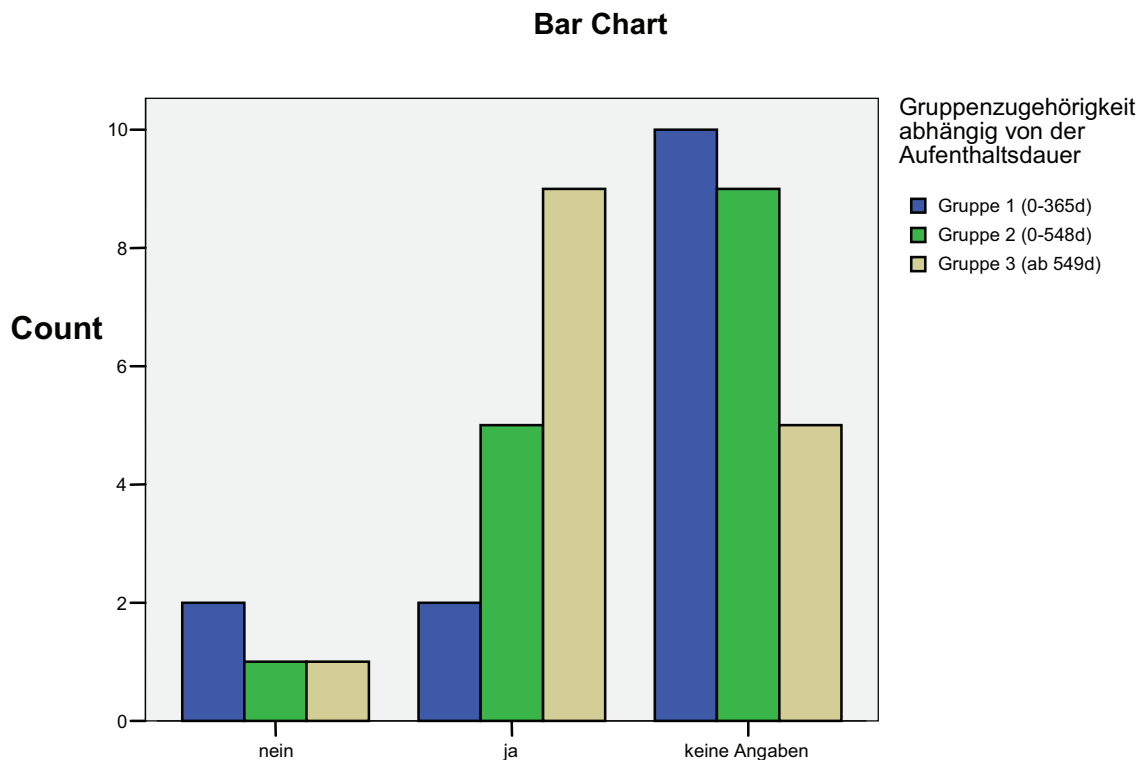


Abbildung 26: Rückfall Sucht

#### **4.2.5. Zusammenhänge**

Die unabhängigen Variablen „Alter“, „Intelligenzquotient“ und „Aufenthaltsdauer“ sind ordinal skaliert und somit einer Häufigkeitsanalyse zugänglich und lässt zusätzlich die Bestimmung von Median und Mittelwert zu, was bereits bei der Vorstellung der Stichprobe erfolgte.

Im Folgenden werden die skaliert Vorliegenden Antworten aus dem Interview auf ihre Zusammenhänge mit den unabhängigen Variablen hin mittels geeigneter statistischer Tests untersucht.

#### **Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter**

In der folgenden Tabelle wird die Abhängigkeit der Patientenmeinungen in Abhängigkeit vom Alter veranschaulicht.

Alter (ordinal)	Skalenniveau	Kendall Tau Wert =	Pearson R =	Chi- Square Chi =	Chi- Square Sig. =
Einstellung zur Be- handlung	ordinal	0,065	0,021	-	-
Einstellungsänderung im Therapieverlauf	nominal	-	-	7,887	0,247
Hilft die Behandlung von der Sucht loszu- kommen	nominal	-	-	8,927	0,178
Glaube daran die Sucht zu besiegen	nominal	-	-	1,438	0,837
Ursache der Abhän- gigkeit	ordinal	0,035	0,035*	-	-
Zusammenhang zwi- schen Abhängigkeit und Delikt	nominal	-	-	11,578	0,072*

\* Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

#### **Tabelle II: Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter**

Die Einstellung zur Behandlung scheint nicht vom Alter der Probanden abzuhängen. Die Gruppe der jüngsten Patienten bewertet die Therapie zwar am positivsten, aber insgesamt ergeben sich keine nachweisbaren Zusammenhänge.

Wenn es darum geht ob die Behandlung hilft die eigene Sucht zu besiegen könnte man vermuten, dass die älteren Patienten das anders betrachten als die jüngeren. Die Aussagen sind recht ähnlich und lassen keinerlei nachweisbaren Zusammenhang zum Alter des Probanden erkennen.

Bei der Frage nach der Ursache für die Abhängigkeit lässt sich ein Zusammenhang zwischen Alter und eigener Einschätzung vermuten, wenn man davon ausgeht, dass Lebenserfahrung und ähnliche Faktoren Einfluss auf die Beantwortung einer solchen Frage nehmen. Allerdings ist ein Zusammenhang nur schwach nachweisbar und es ergeben sich nur mäßig signifikante Korrelationskennziffern.

#### **Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Intelligenzquotient**

In der folgenden Tabelle wird die Abhängigkeit der Patientenmeinungen in Abhängigkeit vom Intelligenzquotient veranschaulicht.



Intelligenzquotient (ordinal)	Skalenniveau	Kendall-Tau Wert =	Pearson R =	Chi-Square Chi =	Chi-Square Sig.
Einstellung zur Behandlung	ordinal	0,037	0,074*	-	-
Einstellungsänderung im Therapieverlauf	nominal	-	-	0,688	0,709
Hilft die Behandlung von der Sucht loszukommen	nominal	-	-	3,722	0,714
Glaube daran die Sucht zu besiegen	nominal	-	-	1,097	0,708
Ursache der Abhängigkeit	ordinal	0,170	0,195	-	-
Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Delikt	nominal	-	-	5,908	0,434

\* Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

**Tabelle III: Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Intelligenzquotienten**

Der Intelligenzquotient der Probanden scheint einen schwach signifikanten Einfluss auf die Einstellung zur Behandlung zu haben. Die Antworten lagen allerdings unabhängig von der IQ-Höhe zumeist im positiv bewertenden Bereich. Unabhängig vom IQ geben die Befragten mehrheitlich an, dass ihnen die Therapie bei der Suchtbewältigung hilft.

Allerdings hat hier die IQ-Schwächste Gruppe eine mehr zum negativen hin tendierende Meinung als die übrigen Probanden. Insgesamt glauben die Patienten mehrheitlich daran, dauerhaft von der Sucht loszukommen, unabhängig von ihrem Intelligenzquotienten.

In der Frage nach der Ursache der Abhängigkeit besteht zwar kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bewertung und dem Intelligenzquotienten, aber es ergibt sich trotzdem ein interessantes Ergebnis. Trotz einer recht gleichmäßigen Verteilung der Antworten mit einem Überwiegen der internalen Ursachenzuschreibung fällt doch auf, dass die IQ-Schwächste Gruppe die Ursache ihrer Probleme zu 43,8% external sieht.

Einen Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Delikt scheinen die Probanden auch unabhängig von ihrem IQ zum Großteil wahrzunehmen. Für den Faktor Intelligenz ergeben sich insgesamt also kaum nachweisbare Zusammenhänge mit der Motivation. Die Korrelations-Koeffizienten sind sehr gering.

### Zusammenhänge in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer

In der folgenden Tabelle wird die Abhängigkeit der Patientenmeinungen in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in der Therapie veranschaulicht.

Aufenthaltsdauer (ordinal)	Skalenniveau	Kendall Tau Wert =	Pearson R =	Chi-Square Wert=	Chi-Square Sig.=
Einstellung zur Behandlung	ordinal	0,112	0,154	-	-
Einstellungsänderung im Therapieverlauf	nominal	-	-	9,215	0,162
Hilft die Behandlung von der Sucht loszukommen	nominal	-	-	8,709	0,191
Glaube daran die Sucht zu besiegen	nominal	-	-	7,085	0,131
Ursache der Abhängigkeit	ordinal	0,234	0,275	-	-
Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Delikt	nominal	-	-	4,654	0,589

**Tabelle IV: Zusammenhänge in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer**

Es zeigt sich, dass sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer in der Klinik auch die Einstellung zur Behandlung verbessert. Die Bewertung „positiv“ nimmt von Gruppe zu Gruppe stetig zu. Die Ergebnisse lassen es allerdings nicht zu den Sachverhalt zu verallgemeinern, da kein signifikanter Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und Einstellung zur Behandlung besteht.

Im Punkt der Einstellungsänderung im Therapieverlauf ergibt sich jedoch ein deutlicheres Ergebnis. Die Gruppe der Befragten, welche sich zum Zeitpunkt des Interviews bereits am längsten in der Klinik aufhielten, gaben mehrheitlich eine Änderung in ihrer Einstellung zur Therapie an. In den Gruppen mit einer geringeren Aufenthaltsdauer hatte dieser Wandel in der Einstellung noch eher wenig stattgefunden.

In der Frage ob die Behandlung helfe von der Sucht loszukommen zeigte sich, dass die Patienten diese Aussage mit steigender Aufenthaltsdauer mehr und mehr bestätigten. Allerdings lag die Bewertung auch unabhängig von der Aufenthaltsdauer im positiven Bereich, aber die zunehmenden Aussagen in diesem Bereich sind in den Gruppen zwei und drei klar erkennbar.

Zu der Frage, ob sich die Patienten perspektivisch dazu in der Lage sehen die Abhängigkeit zu besiegen ergab sich ein eher unerwartetes Ergebnis. Die zweite Gruppe, welche in der Häufigkeitsanalyse eher ein Motivationstief bot, erscheint hier am optimistischsten.

Allerdings ist es ebenfalls erstaunlich, dass in keiner Gruppe eine negative Äußerung getan wurde. Auch die Gruppe eins, die ihre Therapie gerade erst begonnen hat scheint zuversichtlich bezüglich der dauerhaften Alkohol- und Drogenabstinenz.

In der Frage nach der Ursache der Abhängigkeit ergibt sich ebenfalls eine Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer. Die Kreuztabelle zeigt, dass die Patienten der Gruppe 1 ihre Abhängigkeit zu 7,1% external (die anderen Gruppen gar nicht) und zu 42,9% eher external begründet sehen. Im Gegensatz dazu ergibt sich, dass 35,7% der Patienten der Gruppe 3 ihre Abhängigkeit internal und 21,4% sie eher internal verursacht sehen. Die zweite Gruppe macht zu 33,3% beide Einflussfaktoren für ihre Abhängigkeit verantwortlich.

In der Frage ob ein Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Delikt besteht sind sich die Gruppen sehr einig und beantworten diese Aussage in allen Therapieabschnitten zu 80% oder mehr mit Ja.

Insgesamt lässt sich über den Faktor der Aufenthaltsdauer in der Klinik also sagen, dass er offensichtlich einen gewissen Einfluss auf die Motivation der Patienten hat. Auf Grund der kleinen Stichprobe ergeben sich leider kaum hohe Korrelationen, aber die Tendenz ist meist gut ablesbar und lässt durchaus den Schluss zu, dass hier große Einflüsse bestehen.

### **Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen**

Die Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen zeigt die folgende Tabelle. Zur Darstellung der Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen wird jede abhängige Variable allen anderen abhängigen Variablen gegenübergestellt. Daher erscheint jede Variable und jedes Ergebnis zweifach in der Tabelle. Trotz der Wiederholung wird dies aus Gründen der Vollständigkeit so belassen.

Kendall Tau / Sign.	Einstellung zur Behandlung	Einstellungsänderung im Therapie-verlauf	Hilft Behandlung von Sucht loszukommen	Glaube Sucht zu besiegen	Ursache der Abhängigkeit	Zusammenhang Abhängigkeit / Delikt
Einstellung zur Behandlung	-	-0,012 / 0,933	0,229 / 0,082*	-0,211 / 0,119	0,040 / 0,756	-0,146 / 0,286
Einstellungsänderung im Therapie-verlauf	-0,012 / 0,933	-	0,128 / 0,369	0,078 / 0,593	0,052 / 0,708	0,039 / 0,289
Hilft Behandlung von Sucht loszukommen	0,229 / 0,082*	0,128 / 0,369	-	0,045 / 0,742	0,093 / 0,484	0,020 / 0,885
Glaube Sucht zu besiegen	-0,211 / 0,119	0,078 / 0,593	0,045 / 0,742	-	-0,197 / 0,147	-0,077 / 0,590
Ursache der Abhängigkeit	0,040 / 0,756	0,052 / 0,708	0,093 / 0,484	-0,197 / 0,147	-	0,007 / 0,959
Zusammenhang Abhängigkeit / Delikt	-0,146 / 0,286	0,039 / 0,289	0,020 / 0,885	-0,077 / 0,590	0,007 / 0,959	-

**Tabelle V: Zusammenhänge zwischen den Abhängigen Variablen**

\* Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

Als statistisch signifikanter Zusammenhang kann angesehen werden, dass je positiver die Einstellung zur Behandlung ist auch der Glaube daran die Sucht endgültig zu besiegen größer ist.

Die dargestellten Zusammenhänge gelten ebenso in umgekehrter Weise, die Ausformulierung erübrigt sich daher. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine positive Antwort auf eine Frage mit weiteren positiven Antworten auf andere Fragen als Ausdruck von Motivation einhergeht. Die statistischen Berechnungen ergeben zugleich, dass Unmotiviertheit in einem Aspekt der Therapie einhergeht mit Unmotiviertheit in anderen Aspekten.

## **5. Diskussion**

### **5.1. Diskussion der Methoden**

#### **5.1.1. Interview und Fragebögen**

Vor der Durchführung einer Patientenbefragung muss zwischen unterschiedlichen methodischen Mitteln ausgewählt werden, geprägt wird diese Auswahl vor allem von ökonomischen Überlegungen. Am häufigsten eingesetzt werden Fragebögen, nach Arnold und Lang (1994) der klassische Ansatz.

Der Einsatz eines Fragebogens mit bereits vorgegebenen Antworten ist eine Form der schriftlichen Befragung, die folgende Vorteile aufweist: Ein Fragebogen ermöglicht durch einen geringen Zeit- und Personalaufwand eine ökonomische Datenerhebung (Aust, 1994; Neugebauer & Porst, 2001). Die Antworten können als unabhängig vom Untersucher angesehen werden, da die Fragebögen alleine ohne Beisein desselben bearbeitet werden können. Es ist lediglich von einem latenten Einfluss durch das Wissen um die Befragung selbst auszugehen.

Es besteht jedoch auch folgender Nachteil: Nicht beantwortete Fragen können wegen der fehlenden Möglichkeit des Nachfragens nicht ergänzt werden, es ist daher mit einem Teil unbeantworteter Fragen zu rechnen.

Nicht ganz so häufig werden Interviews eingesetzt, die sich in die Formen offen, standardisiert und halbstandardisiert einteilen lassen. Nachfolgend sollen nach Lamnek (1993) wichtige Merkmale der verschiedenen Interviewformen benannt werden: Interviews erfordern gegenüber Fragebogenerhebungen durch ihre mündliche Form wesentlich mehr Zeit für die Durchführung, auch die Auswertung gestaltet sich komplizierter, was in der Regel einen höheren finanziellen Aufwand mit sich bringt. Die verschiedenen Interviewformen unterscheiden sich auch untereinander hinsichtlich des zeitlichen und finanziellen Aufwandes, die standardisierte Form ist am ökonomischsten einzustufen.

Ebenso unterscheiden sich die genannten Interviewformen hinsichtlich Breite und Tiefe der Antworten. Das offene Interview hat den Vorteil, detaillierte und vollständige Informationen zu erheben, daher sind die Antworten breit und tief. Jedoch ist das offene

Interview in einem hohem Maße vom Können und der Person des Interviewers abhängig. Die Antworten eines standardisierten Interviews sind in Breite und Tiefe eingeschränkt, durch die Antwortvorgaben ist aber eine bessere Vergleichbarkeit der Antworten gegeben. Durch die mündliche Form sind weniger fehlende Antworten zu erwarten, da Nachfragen möglich sind.

Das von uns für diese Studie gewählte halbstandardisierte Interview hat folgende Vorteile: Die Fragen werden offen gestellt und die Befragten können sich relativ frei zu den angesprochenen Themen äußern, womit Breite und Tiefe der durch die Antworten gegebenen Informationen groß sind.

Außerdem kann bei mündlichen Befragungen der Patient von der Möglichkeit Gebrauch machen, bei Nichtverstehen einer Frage noch einmal nachzufragen, so dass nicht verstandene Fragen nicht unbeantwortet bleiben müssen.

Zusätzlich kann natürlich auch der Interviewer bei aus seiner Sicht nicht ausreichend beantworteten Fragen nachfragen oder zu einer detaillierten Antwort motivieren. Zudem besteht die Möglichkeit, falsche Antworten zu korrigieren bzw. zu vermeiden und somit für ein vollständiges Beantworten der Fragen Sorge zu tragen (Pock, 2000).

Als Nachteilig ist zu nennen: Die unter den Vorteilen genannte Möglichkeit des Nachfragens durch den Interviewer nimmt auf der anderen Seite einen erhöhten Einfluss des Interviewers auf das Antwortverhalten des Befragten in Kauf.

Neugebauer und Porst (2001) führen an, dass Patientenantworten in schriftlichen Befragungen kritischer ausfallen. Nach Walker und Ware (1978) wird in einer mündlichen Befragung durch den direkten Kontakt zwischen Interviewer und Patient die Bereitschaft zur Äußerung von Kritik herabgesetzt (beides zit. n. Wüthrich-Schneider, 1998). Aust (1994) verweist auf die Auswirkungen der Erhebungsmethode auf das Ergebnis und geht dabei auf die Antwortvorgaben ein. Ihrer Ansicht nach führen formulierte Antwortvorgaben beispielsweise bei Fragebogenerhebungen zu kritischeren Antworten.

Zu der Auswahl des methodischen Mittels kommt die Formulierung der Fragen. Bereits „die Formulierung der Fragen hat bei emotional belasteten Themen, wozu natürlich Gesundheit und Krankheit gehören, einen starken Einfluss auf die Antwort“ (Williams & Calnan, 1991; zit. n. Arnold & Lang, 1994, S. 14). So können die Fragen positiv oder negativ formuliert werden, wobei negative Formulierungen als geeignet empfohlen

werden, um gewissen Antworttendenzen entgegen zu wirken (Arnold & Lang, 1994). „Um dem Problem des Acquiescence-Response-Set zu begegnen“, wird empfohlen, die zur Bewertung stehenden Aussagen (Items) „je zur Hälfte positiv und negativ“ zu formulieren (Langewitz et al., 1995, S. 353), denn deren „alternierende Auflistung“ (.....) „wird ein gedankenloses stereotypes Antwortverhalten erheblich erschweren“ (Neugebauer & Porst, 2001, S. 24).

Eher selten findet sich in der Literatur eine Auseinandersetzung zur Unterscheidung der Fragestellung nach „rating und reporting“, obgleich mit diesen verschiedenen Arten der Fragestellung und Antwortvorgaben mehr oder weniger gearbeitet wird. Beim „rating“ (beurteilen, bewerten) werden Antwortmöglichkeiten in verschiedenen Abstufungen angeboten, wodurch differenzierte Antworten ermöglicht werden (Wüthrich-Schneider, 1998). Häufig eingesetzt werden Likert-Skalen, die sich in fünf Abstufungen bewährt haben. Auch in der vorliegenden Studie wurde diese Art der Fragestellung eingesetzt. Nachteilig beim „rating“ ist die Beteiligung von emotionalen Reaktionen des Befragten. Dagegen werden beim „reporting“ (Bericht erstatten) Ja/Nein-Fragen gestellt, die im Falle einer negativen Antwort häufig eine Zusatzfrage (z. B. Was war nicht gut?) erforderlich machen, was wiederum die Auswertung erheblich erschweren und verlängern kann. Allerdings sollen auf diesem Wege Problemstellen einfacher zu identifizieren sein. Nach Wüthrich-Schneider (1998) ist daher die Methode des „ratings“ vorzuziehen. Segelke (1997) empfiehlt bei Fragen, die auf die Einstellungen der Befragten abzielen, mehrere Fragen zu einem Thema zu stellen. Auf diese Art und Weise könne ein genaueres Meinungsbild erzielt werden.

Zur Datenerhebung können mehrere bereits vorformulierte Antworten zur Auswahl stehen oder die Möglichkeit zur offenen Antwort bestehen. Die Skalierung der Antwortvorgaben, also ob vier oder fünf oder sechs Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, soll nach Ware und Hays (1988; zit. n. Arnold & Lang, 1994) ohne Bedeutung sein. Ein methodisch schwieriges Problem ist die Erkundung der Patientenmotivation hinsichtlich Information und Aufklärung. Verallgemeinernde Fragen behindern hier eine genaue Analyse, es ist wichtig bei der Erkundung der Motivation mit Information und Aufklärung detaillierte Fragen zu formulieren (Aust, 1994). Stoßberg (1994) weist darauf hin, dass die Informationsbedürfnisse der Patienten groß sind, jedoch werden diese häufig

nicht artikuliert. Als Gründe dafür führt er insbesondere institutionelle Rahmenbedingungen an. Diese versteckten Informationsbedürfnisse erschweren die Erkundung der Informations- und Aufklärungszufriedenheit.

Um Ergebnisse von Patientenbefragungen angemessen zu interpretieren, ist es erforderlich, einige Besonderheiten des Antwortverhaltens der Patienten zu berücksichtigen.

Zunächst muss die Rolle der Patienten im gesamten System der ärztlichen Versorgung und des Gesundheitswesens Beachtung finden, d. h., die Interpretation muss im Rahmen des Zusammenspiels von Erwartungs- und Verhaltensmustern der Patienten stattfinden (Siegrist, 1995; zit. n. Pock 2000).

Allgemein bekannt ist die Tendenz zu positiven Urteilen bei sozialwissenschaftlichen Untersuchungen (Aust, 1994). Ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit ist häufig und dafür können verschiedene Ursachen angeführt werden: Sozial verträgliches Verhalten zwischen Hilfesuchenden (Patienten) und Helfenden (medizinischem Personal, v.a. Ärzte) bedeutet für viele Patienten, keine oder nur abgeschwächt Kritik äußern zu können (Neugebauer & Porst, 2001). Außerdem sehen Hilfesuchende die Begegnung mit dem medizinischen Personal in der Situation der Hilfeerfahrung in zu positivem Licht (Langewitz et al., 1995). Sie empfinden Erleichterung über die Gesundheitsprozesse (Aust, 1994) und lassen sich so zu einem milden Urteil verleiten, was auch als Tendenz zur Milde bezeichnet werden kann (Arnold & Lang, 1994). Diese Sachverhalte sind nur bedingt auf den Patienten im Maßregelvollzug übertragbar.

### **5.1.2. Statistische Auswertung**

Die statistische Sicherheit der berechneten Werte bei vergleichenden Betrachtungen der unterschiedlichen Patientengruppen ist teilweise mit Einschränkung zu bewerten, da die Fallzahlen in einigen aufgeführten Bereichen relativ gering ausgeprägt waren. Es lassen sich somit neben statistisch gesicherten Aussagen teilweise erst Tendenzen aufweisen, die durch Erhöhung der Fallzahlen in den nächsten Jahren belegt werden könnten. Es könnte sich somit jedoch neben der eigentlichen Thematik der Arbeit auch die Möglichkeit ergeben, Veränderungen von statistischen Aussagen bei steigenden Fallzahlen aufzuzeigen und somit die Notwendigkeit entsprechender starker Fallgruppen zum Erlangen statistisch sicherer Aussagen verdeutlichen. Zusätzlich dazu sind die Katamnese-



zeiträume wie in vergleichbaren Studien meist zu kurz. Sicherlich ließen sich bessere Aussagen treffen, wenn die Probanden auch noch nach der Therapie über einen längeren Zeitraum beobachtet würden.

Neben der Größe der Stichproben ergibt sich häufig ein Problem daraus, dass meist nur Daten von Patienten erhoben werden, welche die Therapie regulär zu Ende bringen. In der vorliegenden Studie wurden die Befragungen ausschließlich im Verlauf der Therapie vorgenommen und unabhängig vom individuellen Ausgang der Therapie für den jeweiligen Patienten wurden die Daten in die Ergebnisermittlung aufgenommen.

Ein weiteres Problem ergibt sich durch die ungenaue Konzeptualisierung von Outcome, Zwang und Motivation. Zudem kann unterschiedlichen Zielgruppen für therapeutische Interventionen nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Schließlich sind die sich aus der Studie ergebenden Ergebnisse und Aussagen beim fehlen einer Kontrollgruppe kritisch zu beurteilen.

## **5.2. Diskussion der Ergebnisse**

Die Befragten wurden gerichtlich zu einer Therapie verurteilt. Jedoch nicht gegen Ihren Willen, was eine gewisse Motivation zur Therapie erwarten lässt.

Motivation zur Therapie wie wir sie verstehen würde bedeuten, dass der Betroffene seine Alkohol- bzw. Drogenprobleme in den Griff bekommen möchte, was gleichbedeutend ein Bruch mit seinem bisherigen Leben ist. Motivation zur Therapie kann aber ebenso gut bedeuten, dass die Patienten sich in der Therapie gut führen, um möglichst schnell wieder in die Freiheit zu gelangen.

Insgesamt ist die Motivation in dieser Befragung hoch und steigert sich zusätzlich mit der Verweildauer in der Therapie.

Ein wichtiger Grund für die positiven Urteile der Patienten dürfte in der allgemeinen Formulierung der Fragen liegen. Formulierungen wie „Welche Einstellung haben sie zur Therapie?“ und „Wie ist ihre Einstellung zu den Ärzten, Psychologen, etc.?“ begünstigen nicht nur positive Urteile, sondern drängen die Patienten zu einem positiven Statement, denn sie haben sicherlich Hilfe in ihrer Therapie erfahren. Allgemein formu-

lierte Fragen zeigen Tendenzen der Patientenmotivation, aber zur Konkretisierung der Motivation in den verschiedenen Dimensionen sind auf Details zielende Fragen die notwendige Ergänzung dazu. In dieser Untersuchung wurden daher die Patienten im halbstandardisierten Interview nach konkreten Erfahrungen im Behandlungsprozess gefragt, um Details der Therapie zu beleuchten.

Zusätzlich zu beachten ist, dass das asymmetrische Arzt-Patient-Verhältnis häufig kritische Auseinandersetzungen der Patienten mit den Akteuren der medizinischen Dienstleistungen behindert. Patienten befürchten Nachteile für ihren Therapieverlauf bzw. ihre Stellung innerhalb der Gruppe der Mitpatienten, wenn sie Kritik äußern bzw. es nicht tun. Außerdem ist das Thema Therapiemotivation und Abhängigkeit ein emotional belastendes Thema für die Befragten. Auf diesen Wegen werden Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit begünstigt, sozial erwünscht sind positive Antworten. Gleichzeitig können Patienten durch Bewertungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit ihre kognitive Dissonanz reduzieren, nämlich die Diskrepanz zwischen Erwartung und tatsächlich erlebter Situation (Aust, 1994). Zu der hohen Zufriedenheit bezüglich Therapieeinrichtung und dem Therapieangebot kann in dieser Erkundung sozial erwünschtes Antwortverhalten beigetragen haben.

Als Ergänzung zu den allgemeinen Fragen der Fragebögen wurde im Interview auf persönliche Erfahrungen, positiv wie negativ, in der Therapie eingegangen.

Dies ist mit einigen Problemen verbunden, da für die Befragten hier emotional sehr belastende Themen angesprochen wurden. Alles was mit ihrer Abhängigkeit und den damit verbundenen Delikten im Zusammenhang steht ist für die Patienten sehr persönlich und emotional. Für das Personal, also die Therapeuten, Ärzte und Pfleger tritt hier eine Art Alltagsroutine ein, es treffen also zwei völlig unterschiedliche emotionale Dimensionen aufeinander. Hier zeichnet sich ab, dass ein bestimmtes Konfliktpotential zwischen Patienten und medizinischem Personal vorhanden ist und die gegenseitigen Erwartungen sich unterscheiden.

Bei der Interpretation der Erfahrungsberichte der Patienten gibt es folgenden Punkt zu bedenken. Die konkreten Erfahrungen der Patienten im Verlauf der Therapie beruhen auf unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen an die Therapie, welche dann die Grundlage der Beurteilung bilden. Unterschiedliche Bedürfnisse und Erwartungen sind

von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren der Patienten abhängig, wie auch in dieser Erkundung Einflüsse von Patientenmerkmalen konstatiert und nachfolgend noch diskutiert werden.

### **5.2.1. Soziodemographische Daten**

Die vorliegende Studie zeigt in den soziodemographischen Daten große Übereinstimmungen mit den angeführten Untersuchungen von alkoholkranken Straftätern des Maßregelvollzugs. Die von uns untersuchten Patienten sind größtenteils zu den „Frühkriminellen“ zu zählen (vgl. Leygraf 1987).

Das Durchschnittsalter unserer Patienten beträgt 29 Jahre, ebenso wie in anderen Untersuchungen ist die Altersverteilung typisch, der überwiegende Teil der Befragten gehört zur Altersgruppe der 26 bis 40 jährigen (Koch 1988, Marneros et al. 1993, Penners 1987). Sie sind also deutlich älter als die drogenabhängigen Straftäter (Altersmaximum 21-25) und weisen eine längere Suchtdauer auf, sind häufiger vorbestraft und haben längere Hafterfahrung (Leygraf 1987).

Das schulische und berufliche Ausbildungsniveau der Befragten bewegte sich auf einer sehr niedrigen Ebene. 35,6% der Patienten hatten keinen oder nur einen sehr niedrigen Schulabschluss (niedriger als Hauptschule). Dies entspricht den Ergebnissen von Leygraf (1987) und Rodewald (1991), von deren Patienten 35% bzw. 34,5% keinen Hauptschulabschluss besaßen. 46,3% der Befragten hatten keine Ausbildung oder sie abgebrochen. In anderen Untersuchungen lag dieser Wert höher, zwischen 56% und 62% (Koch 1988, Leygraf 1987, Marneros et al. 1993, Rodewald 1991). Ein Grund hierfür kann die niedrigere Zahl der Befragten in der vorliegenden Studie sein. Zudem wurde in dieser Befragung die Altersgruppe unter 18 Jahren ausgespart, was ebenfalls Einfluss auf dieses Ergebnis hat.

Auch ein typisches Merkmal für Alkoholranke scheint die Unfähigkeit zu langfristigen Beziehungen zu sein. In der vorliegenden Erhebung waren 84,4% ledig und 4,4% getrennt. Dies deckt sich mit anderen Untersuchungen (Koch 1988, Penners 1987). Auch berichteten die Befragten über gescheiterte Beziehungen in der Vergangenheit und den hohen Stellenwert einer funktionierenden Partnerschaft, um die eigenen Probleme zu bewältigen und die Alkoholabhängigkeit zu besiegen. Hier besteht also eine Diskrepanz

zwischen dem streben nach einer funktionierenden Partnerschaft und dem tatsächlichen Erleben darin in den meisten Fällen zu scheitern.

### **5.2.2. Einstellung zur Maßregel**

Über 90% der Befragten sahen den Paragraphen 64 StGB grundsätzlich als sinnvoll an. Diese Einstufung überrascht ein wenig, wenn man den Zwangscharakter berücksichtigt. Das eigentliche Therapieangebot wurde allerdings als weitgehend negativ bewertet. Zusammen mit den Angaben über die Aufklärung über den §64 StGB ergibt sich aus den Angaben der Befragten, dass ein Teil der Patienten zur Erlangung der Maßregel eine gewisse Therapiebereitschaft vorgeschoben hat (vgl. Koch 1988). Koch stellte fest, dass ein Teil Ihrer Patienten die Maßregel erst in der Berufungsinstanz erhalten hätten und führte dies auf das Bestreben der Verteidigung zurück, die zu verhängende Freiheitsstrafe möglichst gering zu halten und die effektive Strafzeit durch das Durchlaufen des Maßregelvollzugs mit der Möglichkeit der frühzeitigen Entlassung bei Erreichen der Halbstrafe zu verkürzen.

Auch die vorangehende Aufklärung über den §64 StGB nimmt deutlichen Einfluss auf die Einstellung zur Maßregel. Es zeigt sich in der vorliegenden Arbeit, dass die Patienten, die schon länger in Therapie waren ihre vorausgegangene Aufklärung über den §64 StGB als schlechter empfanden als jene Patienten, die noch nicht so lange in Therapie waren. Gruppe 1 „umfassend“ 7 Befragte (46,7%); Gruppe 3 „gar nicht“ 6 (40%), „unzureichend“ 7 (46,7%).

Grund dafür kann zum einen sein, dass die zu beurteilende Aufklärung länger zurück liegt. Zum anderen kann es aber auch an der Tatsache liegen, dass sie im Laufe der Therapie mehr über den Paragraphen erfahren haben als in der vorherigen Aufklärung und sie aufgrund dessen die Aufklärung rückwirkend als negativ bewerten. Eine dritte Möglichkeit wäre, dass die Betroffenen Erwartungen an den Paragraphen geknüpft haben, die sie im Therapieverlauf nicht erfüllt sahen und von dem Standpunkt aus dann die vorangegangene Aufklärung als negativ empfinden. Insgesamt stehen die Patienten zu Anfang der Maßregel sehr skeptisch und misstrauisch gegenüber, was angesichts der kriminellen Vergangenheit sowie der eigenen Suchtproblematik eher unangemessen erscheint. Man muss aber auch davon ausgehen, dass diese Entscheidung für den Voll-

zug in einer belastenden Situation getroffen werden muss, in der für die Befragten zu dem Zeitpunkt kaum Alternativen bestehen.

Die Umstände der Maßregelverhängung scheinen einen wesentlichen Einfluss auf die Therapiemotivation des Betroffenen zu haben und sind in diesem Zusammenhang bisher zu wenig berücksichtigt worden. Des Weiteren kann eine Verurteilung nach § 64 StGB nicht unbedingt als Zwangsverurteilung angesehen werden, da die Maßregel in vielen Fällen mit dem Gericht ausgehandelt wird bzw. seitens der Anwaltschaft den Mandanten als das „kleinere Übel“ dargestellt wird. Auch werden in diesem Zusammenhang oftmals die Informationen über die Maßregel nur unzureichend gegeben, die Therapiebereitschaft des Betroffenen spielt hier ebenfalls nur eine untergeordnete Rolle. Dies alles führt dazu, dass sich die Verurteilten oft betrogen fühlen, wenn sie über die Nichtanrechnung der im MRVZ verbrachten Zeit bei Aufhebung und Umkehr der Maßregel, über die langjährige Führungsaufsicht unterrichtet werden. Hierdurch wird die so wichtige initiale Therapiemotivation (vgl. Schalast, 2000) ernsthaft gefährdet. Ob dieser Umstand durch die neuen Verordnungsvoraussetzungen von 07.2007 in denen lediglich geringe Chancen auf Besserung nicht mehr zur Verhängung der Maßregel ausreichen, positiv beeinflusst und verändert werden kann bleibt abzuwarten.

### **5.2.3. Therapeutisches Klima**

Das therapeutische Programm ist am Störungsbild orientiert (Bühringer, 1995). Die medikamentöse Behandlung spielt bei Suchtkranken eine untergeordnete Rolle (Schaumburg, 2003). Psychotherapie dagegen nimmt einen großen Raum ein und ist wie andere Therapiemodule (Ergo-, Kunst- und Sporttherapie aber auch schulqualifizierende Maßnahmen) häufig in einem Stufenprogramm organisiert. Nach Diagnostik und Motivationsüberprüfung bzw. Motivierungsarbeit (insbesondere Vermittlung von therapiebezogener Hoffnung und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung) wird an suchtspezifischen und sozialdevianten Einstellungen und Verhaltensmustern gearbeitet. Aufbau einer Tagesstruktur, Entwicklung und Stärkung von sozialen Kompetenzen, Befähigung zur Verantwortungsübernahme, Umgang mit Rückfallgefährdung und Rückfälligkeit usw. werden im Einzel- bzw. Gruppensetting vermittelt und bearbeitet. Die 3. Phase beinhaltet die eigentliche soziale Wiedereingliederung (Pfaff, 1998). Häufig kommt es

gerade in diesem Therapieabschnitt zu Krisen, die ein Wiedereintauchen in frühere Therapiephasen erfordern können (Meyer, 1995). Daher nimmt die intensive Vorbereitung auf die Entlassung viel Raum in Anspruch. Grundsätzlich müssen aber für die Gewährung von Lockerungen – unabhängig vom Stufensystem – individuelle Gefährlichkeitsprognosen erstellt werden. Das Erreichen von höheren Stufen kann nicht mit einem automatischen Lockerungszugewinn gekoppelt sein (Leygraf, 1995).

In der durchgeführten Patientenbefragung fällt die Einstellung der Patienten zu Ärzten, Therapeuten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern durchweg positiv aus. 86,6% bewerteten beispielsweise das Pflegepersonal als positiv und eher positiv. Auch die wenigen Negativäußerungen nehmen im Therapieverlauf ab. Hierfür gibt es mehrere Gründe. Zum einen muss man das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut oder Pfleger als Abhängigkeitsverhältnis betrachten. Zum anderen entwickelt sich über die ausgesprochen lange Dauer der Therapie eine persönliche Beziehung zwischen Betreuenden und Betreuten. Zuletzt spielt noch die Angst eine Rolle, durch eine negative Äußerung nachteilig behandelt zu werden. Die Interviews wurden zwar von nicht im System arbeitenden Personen durchgeführt und die Daten anonymisiert, aber Bedenken bei den Befragten konnten sicher nur bis zu einem gewissen Maße ausgeräumt werden.

Es fällt auf, dass die Patienten der ersten Gruppe ihren Mitpatienten mit der negativsten Einstellung unter den Befragten gegenüberstehen. 13,4% „negativ“ und „eher negativ“. Dies lässt sich aber durch den frühen Abschnitt der Therapie erklären. Die betroffenen Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung neu in der Klinik und mussten sich in das Umfeld einfügen, sich an neue Umstände und Regeln gewöhnen und eine Vielzahl neuer Menschen kennen lernen. Da sie um eine intensivere Auseinandersetzung mit den oben aufgeführten Mitarbeitern der Klinik nicht umhin kommen, versuchen viele sich zumindest von den Mitpatienten etwas abzukapseln um auch mit den eigenen Problemen besser klar zu kommen. Dies kann die Ursache für eine anfänglich negativere Einstellung den Mitpatienten gegenüber sein. Zudem spielt es sicherlich eine Rolle, dass die Befragten ja in diesem Punkt eine Meinung über die Gesamtheit der Patienten bilden sollten. Also Mitpatienten die sie mögen und solche mit denen sie weniger gut zurechtkommen mussten gleichzeitig berücksichtigt werden.

Befragt nach ihren Einschätzungen bewerten Patienten in der Therapie die Gruppen- und Einzelspsychotherapie, Ergo- und Sporttherapie positiv (Bischoff-Mews, 1998). Auch die Unterstützung bei der Arbeitssuche wird als wichtiges Element anerkannt. Bei Schalast (2000) werden insbesondere therapeutische Einzelgespräche, aber auch konkrete Resozialisierungsmaßnahmen (z. B. Schuldenregulierung) als bedeutsam von Patienten hervorgehoben.

In der vorliegenden Studie ergeben sich bei der Einstufung der angebotenen Therapiemaßnahmen interessante Ergebnisse. So nimmt im Verlauf der Therapie das Interesse an der Einzeltherapie stetig zu, während am Anfang für die Patienten die Sporttherapie im Vordergrund steht und zum Ende der Therapie hin stetig abnimmt. Dies kann dadurch erklärt werden, dass zu Beginn der Therapie der Patient beim Sport mit seinen Gedanken alleine ist und sich damit auseinandersetzen kann. Bei der Einzeltherapie werden diese Gedanken dann im Gespräch be- und verarbeitet, was zu Beginn der Therapie schwerer fällt. Unbeliebt bei den Befragten sind jegliche Formen der Gruppentherapie. 26,7% bewerten diese als „nicht sinnvoll“. Dies mag damit zusammenhängen, dass man sich in der Einzeltherapie nur dem Therapeuten oder Bezugspfleger gegenüber öffnen muss. Dieser wird dabei als stabil betrachtet. Im Verlauf der Therapie führt man immer wieder mit den gleichen Therapeuten Gespräche, die Beziehung kann sich festigen und das Vertrauensverhältnis über einen langen Zeitraum aufgebaut werden. In der Gruppentherapie sind zwar auch weitestgehend immer die gleichen Personen anwesend, jedoch haben die Befragten selber keinen Einfluss auf die Zusammensetzung der Gruppen. Somit ist es also auch möglich, dass sich in der Gruppe Mitpatienten befinden zu denen ein eher schlechtes Verhältnis besteht oder denen gegenüber man sich nicht öffnen und mitteilen möchte.

Der im Interview angesprochene Vergleich der Unterbringung in der Therapie mit der Unterbringung in der JVA nimmt ebenfalls einen interessanten Verlauf. Zum Ende der Therapie hin wird die Klinik wesentlich besser bewertet als am Anfang und im frühen Verlauf. In Gruppe 1 „besser“ und „eher besser“ 9 Befragte (60%), in Gruppe 3 sind es 14 Befragte (93%). Sicherlich liegt dies an Erfahrungen, die über die Zeit in der Klinik gemacht werden. Zudem spielt die Erwartungshaltung eines jeden Befragten eine Rolle in diesem Punkt. Zuletzt muss hier noch die Tatsache benannt werden, dass der Aufenthalt in der JVA durch die zeitliche Entfernung mehr in Vergessenheit gerät.

Zusammengefasst kann man das therapeutische Klima als gut bezeichnen, mit der Einschränkung, dass sich im Verhältnis der Patienten in der Gruppe untereinander die deutlichsten Probleme zeigen.

#### **5.2.4. Suchtproblematik**

Die Suchtproblematik im Maßregelvollzug wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt. Einerseits wird die Auffassung vertreten, dass bei fehlender therapeutischer Zugänglichkeit zumindest eine „Zwangsabstinenz“ für die Zeit der Unterbringung bestünde (Göppinger, 1980). Zum anderen wird davon ausgegangen, dass Suchtmittelkonsum in allen geschlossenen Institutionen an der Tagesordnung ist (Boetticher, 1991). Die Patienten der vorliegenden Studie bestätigten letzteren Sachverhalt. In diesem Zusammenhang scheint bedeutsam, dass der Großteil der Patienten des Maßregelvollzuges den Frühkriminellen zuzuordnen ist, bei denen neben der Dissozialität in der Regel eher ein Alkoholmissbrauch als eine Abhängigkeit vorliegt (Koch, 1988; Platz, 1992; Rodewald, 1991). Diese Patienten empfinden sich selbst nicht als abhängig und sehen daher auch nicht ein, warum sie gänzlich auf Alkohol verzichten sollen. Diese fehlende Krankheitseinsicht führt entweder zu einer oberflächlichen Anpassung mit heimlichem Suchtmittelkonsum oder zu einer offenen Therapieablehnung, jeweils mit negativem Einfluss auf Motivation und Klima.

Der letzte Teil des Interviews behandelte die persönlichen Einstellungen und Erwartungen eines jeden Einzelnen an seinen eigenen Werdegang sowie den Konsum und das Verhältnis zu Suchtmitteln innerhalb der therapeutischen Einrichtung.

Die Frage danach ob die Therapie helfe von der Sucht loszukommen wurde im Verlauf der Therapie vermehrt mit „ja“ oder „eher ja“ beantwortet. In Gruppe 1 „ja“ 3 Befragte (20%), in Gruppe 3 sind es 10 Patienten (67%). Dies mag sicherlich auch an Zwischenergebnissen und Veränderungen der eigenen Einstellungen durch die Therapie liegen. Die Tatsache innerhalb der Therapie abstinent zu sein, Lockerungsstufen zu erreichen, eine langsame Wiedereingliederung in den sozialen Alltag zu erfahren, bestärkt natürlich den eigenen Glauben an die Wirksamkeit der Therapie.

Bei der Frage nach der eigenen Zuversicht die Sucht dauerhaft besiegen zu können zeigt sich eine genau umgekehrte Entwicklung der Antworten im zeitlichen Verlauf.



Dass die Antwort „ja“ im Therapieverlauf in ihrer Häufigkeit abnimmt (nimmt von Gruppe 1 47% auf 27% in Gruppe 3 ab) liegt an der Einsicht, dass diese Frage nur sehr schwer völlig absolut zu beantworten ist. Hier wird nach einem Sachverhalt gefragt, der sich über das restliche Leben erstreckt und somit nur prospektiv beantwortet wird. Es ist anzunehmen, dass die Einsicht über die eigenen Probleme und evtl. eigene Rückfälle oder Rückfälle von Mitpatienten Einfluss auf die Beantwortung dieser Frage hat. Zudem ist der Großteil der Patienten noch sehr jung und hat vermutlich bei einer solchen Frage auch deshalb Probleme hier eine eindeutige Antwort zu geben.

Die Einsicht über den Zusammenhang zwischen der eigenen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit und den begangenen Straftaten steigt offensichtlich im Verlauf der Therapie. Dies ist sicherlich durch Lerneffekte innerhalb der Therapie zu erklären. Die Patienten werden regelmäßig in den Einzel- und Gruppentherapien dazu angehalten, die zur Inhaftierung führende Situation von allen Standpunkten aus zu beleuchten. Auch die Tatsache, dass diese Situation unter Einfluss von Alkohol oder Drogen entstanden ist wird hier nicht außer Acht gelassen. Zudem dürften hier auch nahe stehende Menschen einen gewissen Einfluss ausüben, die den Patienten häufig versuchen vor Augen zu führen, welch immensen Einfluss die Substanzabhängigkeit auf ihr Leben hat. Nicht zuletzt wird die Tatsache der eigenen Abstinenz innerhalb der Therapie die Sicht auf die Dinge verändern.

Die dem Drogenkonsum in der Klinik gegenüber empfundene Gleichgültigkeit wurde in allen drei Gruppen damit begründet, dass jeder für sich selbst verantwortlich sei und seine eigene Therapie mache. Negative Bewertungen beruhten auf Gruppenbestrafungen oder dem Gefühl der erschwerten Therapiebedingungen, wenn die Möglichkeit zum Drogen- / Alkoholkonsum besteht.

### **5.2.5. Patientenmerkmal Alter**

In der Forschung zur Patientenzufriedenheit wird altersabhängiges Antwortverhalten immer wieder konstatiert und diskutiert. Als Gründe für die Unterschiede zwischen den Generationen können folgende Punkte geäußert werden: Erstens dürften jüngere Patienten die medizinische Versorgung ausgeprägter als Dienstleistung verstehen, welcher gegenüber Ansprüche geltend gemacht werden. Werden diese Ansprüche nicht erfüllt,

üben jüngere Patienten häufiger Kritik. Zweitens sind ältere Patienten stärker geprägt von der sozialen Distanz zum Arzt, welchem gegenüber keine Kritik geäußert werden sollte und dürften daher häufiger im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten. (Philipsen 2007). Diese Tendenz drückt sich in höherer Zufriedenheit der älteren Patienten auch in dieser Erkundung aus.

Aufgrund der sich vollziehenden Generationenwechsel stellt sich die Frage, ob die Befragten mit zunehmendem Alter höhere Zufriedenheit angeben oder ob alterspezifische Unterschiede im Antwortverhalten zukünftig geringer ausfallen.

Auch in der vorliegenden Studie ergeben sich kaum signifikante Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und der Motivationsmerkmale bzw. –Entwicklung. Die Einstellung zur Therapie und auch die Veränderung dieser im Verlauf stellten sich in dieser Erkundung als unabhängig vom Alter der Patienten dar. Dies mag damit zusammenhängen, dass der Einstieg in die Therapie auch über die Altersklassen hinweg weitestgehend unter gleichen Bedingungen stattfindet. Zwar fanden sich unter den Befragten auch ältere Patienten, die bereits Therapien durchlaufen hatten, bei einem Neueintritt in den Maßregelvollzug standen sie zunächst jedoch trotzdem mit den anderen Patienten auf einer Stufe. Warum sich die Entwicklung der Motivation im Verlauf der Therapie vom Alter unbeeinflusst darstellt, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Es liegt nahe, dass hier Lernprozesse und Erfahrungen eine Rolle spielen, die völlig unabhängig vom Alter sind. Ein junger Mensch kann schon deutlich mehr erlebt haben als ein älterer Mensch. Zudem ist die Zielsetzung in einer solchen Therapie sehr individuell und lässt sich nicht nur mit dem Alter einer Person begründen.

Ein Zusammenhang konnte aber für das Alter der Probanden und deren eigene Position zur Ursache der Abhängigkeit und zum Einfluss der Sucht auf die eigene Kriminalität nachgewiesen werden. Dass die älteren Befragten die Ursache Ihrer Probleme mehr in der eigenen Person begründet sehen als die jüngeren hängt sicherlich mit der Lebenserfahrung zusammen. Ein junger Mensch betrachtet seine eigene Person im Gefüge der Gesellschaft anders als ein älterer Mensch, der schon länger in diesem Gefüge lebt, Erfahrungen gesammelt hat und die eigene Position besser kennt.

Die postulierte Hypothese, dass die Motivation und Einstellung des Patienten vom Alter abhängig ist kann also nur bedingt bestätigt werden. Es scheint tatsächlich keine Frage

des Alters zu sein wie hoch die Motivation eines Patienten ist bzw. wann sie einsetzt. Die Einstellung zu Alkohol/Drogen und zur eigenen Erkrankung sowie der begangenen Straftaten zeigt sich aber durch das Alter des Patienten beeinflusst. In höherem Alter wird das Suchtverhalten und die daraus resultierende Kriminalität mehr als eigenes Fehlverhalten wahrgenommen und nicht mehr als von außen bestimmtes Handeln angesehen.

### **5.2.6. Patientenmerkmal Intelligenz**

Die Intelligenz des Menschen hat sicherlich Einfluss auf jeden Lebensbereich. So auch auf die Ergebnisse von Tests, Fragebögen und Interviews. Insgesamt finden sich in der Literatur aber nur sehr wenige Daten zur Frage des Intelligenzniveaus von Maßregelpatienten und dessen Einfluss auf die Therapie. Ein Unterschied zwischen Alkoholpatienten und Drogenpatienten scheint aber zu bestehen. Während Alkoholiker in unteren Niveaustufen zu finden sind, ist dies nur bei wenigen Drogenabhängigen der Fall. Entsprechend deutlich werden die oberen Begabungsklassen von Drogenabhängigen bestimmt, während Alkoholiker v. a. in der untersten Klasse führend vertreten sind. (Bezzel, 2008)

In der vorliegenden Erhebung wurde hier nicht unterschieden, da nur eine sehr kleine Anzahl von rein Drogenabhängigen Patienten verbucht wurde. Der höchste Intelligenzquotient betrug 127, der niedrigste 70 wobei der Mittelwert bei 93,64 lag. Diese Studie erweckt den Eindruck, dass die Ergebnisse durch die Intelligenz beeinflusst sind, sie jedoch nicht maßgeblich von ihr geprägt werden. Die Motivation zur Therapie erweist sich als weitestgehend unabhängig von diesem Merkmal. Dies mag daran liegen, dass sich die Motivation aus mehreren Ebenen zusammensetzt (s. Einleitung). Zudem ergibt sich die spezielle Therapiemotivation für jeden Einzelnen der Befragten aus unterschiedlichen Motiven. Sie scheint sehr stark von Erlebnissen und Erfahrungen abhängig zu sein, das geht aus den Antworten hervor, die die Befragten zur Einstellung und Einstellungsänderung geben. Diese Erfahrungen und deren Umsetzung in Motivation oder eben nicht findet demnach auf einer nicht rein rationalen Ebene statt und entwickelt sich wahrscheinlich eher emotional. Auch die von den Patienten genannten Einflussfaktoren wie Stationswechsel, enge Vertraute außerhalb des Vollzugs und persönliche Rückfälle

bzw. Rückfälle anderer sprechen dafür, dass die Entwicklung der Therapiemotivation auf einer Ebene stattfindet, die von Intelligenz wie wir sie verstehen weitestgehend unabhängig ist.

Die Aussage, dass die Motivation der Patienten und die Motivationsänderung intelligenzabhängig sind kann also nicht belegt werden. Ein Einfluss der Intelligenz des Einzelnen auf die Motivation und ihre Entstehung ist nicht widerlegbar, einen ausschlaggebenden Faktor stellt sie in diesem Zusammenhang jedoch nicht dar.

### **5.2.7. Patientenmerkmal Aufenthaltsdauer**

Ein durchgängiger Befund der Behandlungsforscher ist, dass die Länge einer Behandlung und der „reguläre Behandlungsabschluss“ positiv dem späteren Behandlungserfolg assoziiert ist (Raschke & Schliehe 1985, EISS 2003 u.a.m). In der Literatur wird eine „kritische Grenze“ der Therapiedauer diskutiert, unterhalb derer eine stabile Änderung selten erreicht wird (Gossop et al. 2005), wobei es allerdings nicht um Zeiträume geht, wie sie im § 64-Maßregelvollzug üblich sind. Die Schlussfolgerung, dass die besseren Verläufe der regulär Entlassenen eine direkte Folge des längeren Aufenthaltes in der Therapie seien, erscheint dabei aber voreilig.

Die Aufenthaltsdauer in der Therapie spielt eine große Rolle, da es sich um eine Langzeittherapie handelt. Die Ergebnisse zeigen, dass dies wohl der Faktor mit dem größten Einfluss auf die Motivation ist.

Das erklärt sich zum einen aus der Tatsache, dass die Befragten innerhalb der Therapie mehr oder minder abstinent sind. Je länger das so ist, umso mehr erfahren sie an sich selber die Vorteile eines Lebens ohne Drogen/Alkohol. Rein körperlich stellen sich positive Veränderungen ein, die eindeutig auf den Substanzverzicht zurückzuführen sind.

Dann ist das innere soziale Gefüge in der Therapie zu nennen. Die Befragten leben zusammen wie in Wohngemeinschaften. Sie müssen miteinander auskommen, sich versorgen und als Gruppe funktionieren. Hier entsteht mit der Zeit eine Art Mikrokosmos. Die Patienten lernen voneinander, sind sich, bewusst oder unbewusst gegenseitig Therapeuten. In den Gruppentherapiesitzungen werden diese inneren Strukturen häufig sehr deutlich. Die Frage danach ob die Motivation aus der Gruppe entsteht oder Ausdruck einer Emanzipation von ihr ist muss offen bleiben.

Als wichtigster Faktor sind aber sicherlich die Erfahrungen und Erlebnisse zu nennen, die während des Aufenthaltes gemacht werden. Erkenntnisse, die von den Befragten aus den Therapien gezogen werden aber auch Erfahrungen, die sie mit sich selber machen und auch alleine verarbeiten. In den Einzel- und Gruppentherapien werden die Patienten dazu angeregt ihr Verhalten von außen zu betrachten, es wieder und wieder durchzuspielen um sich darüber klar zu werden wie es von Außenstehenden wahrgenommen wird und ob es Alternativen gibt. Durch diese stetige Beschäftigung mit dem Thema der Abhängigkeit und den sich daraus jeweils entwickelnden Delikten kann ein gewisser Lerneffekt angenommen werden und aus der Selbsterkenntnis wiederum kann Therapiemotivation erwachsen.

Natürlich stellt sich aber auch die Frage ob die Patienten nicht innerhalb der Therapie einfach nur lernen, was sie sagen oder tun müssen um möglichst reibungslos ihre Zeit im Vollzug zu überstehen. Man könnte ein solches Verhalten beispielsweise als eine Art erlernte Motivation bezeichnen. Gänzlich ausschließen lässt es sich nicht, aber die Tatsache, dass die vorliegende Erkundung unabhängig vom Therapieprogramm der Befragten stattgefunden hat spricht zumindest dagegen. Die Befragung fand nicht im Rahmen eines Therapiegespräches statt und wurde auch nicht vom Personal der Klinik durchgeführt.

Die Hypothese, dass die Aufenthaltsdauer in der Klinik maßgeblich an der Bildung von Motivation und deren Veränderung beteiligt ist kann nach den vorliegenden Daten bestätigt werden. In dem befragten Kollektiv gaben Patienten, die sich bereits länger in Therapie befanden (Gruppe 2 und 3) ein höheres Maß an Motivation zu Protokoll als die Patienten, welche sich noch am Beginn der Therapie befanden.

### **5.2.8. Zur Frage der Motivation**

In der allgemeinen Suchtbehandlung werden unterschiedliche Rahmenbedingungen genutzt bzw. angestrebt, „um Suchtverhalten zu beeinflussen oder zu verändern“ (Günthner, 2001, S. 611). Die therapeutische Aufgabe besteht in der Beeinflussung des substanzabhängigen Verhaltens, das Ziel ist Abstinenz. Neuere Vorgehensweisen lassen in der Alkoholismusbehandlung auch moderaten Substanzgebrauch – unter dem Stichwort kontrolliertes Trinken bekannt geworden – v. a. bei exzessiven Trinkern ohne Abs-

tinenzmotivation zu. Auch die bisher als unabdingbar geltende Änderungsmotivation wird nun nicht mehr als Voraussetzung, sondern als Ziel der Therapie gesehen. Man spricht von einem „Paradigmenwechsel“ (a. a. O., S. 612). Sichtweisen, Einstellungen und emotionale Bewertungen des Patienten bezüglich des Substanzkonsums werden in der Therapie berücksichtigt, verschiedene Stadien des Veränderungsprozesses werden akzeptiert. In der Entwöhnungstherapie rücken motivationale und gesprächstherapeutische Interventionen in den Vordergrund, das familiäre Umfeld wird verstärkt mit einbezogen, kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle und soziotherapeutische Maßnahmen werden eingesetzt.

Auch die forensische Entwöhnungstherapie betont die Motivationsarbeit als wesentliche therapeutische Aufgabe (Koch, 1988). Dabei ist eine zumindest latent vorhandene Behandlungsbereitschaft von Nöten, um einen anhaltenden Behandlungserfolg erzielen zu können. Die im Erkenntnisverfahren vorgetragene Motivation stellt sich häufig als gering bzw. zielgerichtet heraus und fällt im Laufe der Therapie in sich zusammen; Koch (1988) erkennt in ihrer Alkoholikerstichprobe (N = 97) bei 30 % eine nur oberflächliche Therapiemotivation. Allerdings untersucht sie nur Patienten mit erfolgreichem Therapieabschluss, d. h., der reale Anteil derer mit motivationalen Defiziten wird in der Gesamtgruppe höher sein. Einige Patienten versuchen, der Haft zu entgehen und erhoffen sich leichtere Lebensbedingungen in der Therapie. Änderungsbereitschaft oder gar Abstinenzmotivation sind zu diesem Zeitpunkt nicht vorhanden. Hier stellt sich die Frage, ob diese Patienten tatsächlich die vom Gesetzgeber verschärfte Unterbringungs Voraussetzung bezüglich feststellbarer positiver Behandlungsprognose erfüllen oder im Maßregelvollzug fehlplaziert sind. Schalast (2000) stellt eine Motivationsstudie vor, in der 83 alkoholranke und drogenabhängige Probanden aus vier Kliniken zu drei Messzeitpunkten bzgl. ihrer Therapiemotivation untersucht werden. Als bedeutsame Motivationsdimensionen werden zuversichtliche Kooperationsbereitschaft und Problembewusstsein herausgestellt. Hoffnungslosigkeit dagegen kann eine trotzigere Verweigerungshaltung fördern, ein geringes Problembewusstsein hängt mit fehlenden therapiebezogenen Erwartungen zusammen. Unklare Abstinenzvorsätze zu Behandlungsbeginn können im Laufe der Therapie häufig nicht gefestigt werden. Schalast betont als ein Resümee seiner Arbeit die Bedeutung positiver Aspekte in der Behandlung und die Förderung von Therapiehoffnung. Es sei eine Substanziierung und Individualisierung der Therapiepla-

nung nötig, um den Patienten in seiner Ambivalenz verstehen und akzeptieren zu können. In mehreren Untersuchungen wurde festgestellt, dass ein Teil der Absolventen suchtherapeutischer Maßnahmen sich hinsichtlich wichtiger Einstellungs- und Verhaltensparameter nicht verbessert, sondern verschlechtert (Moos 2005). Dabei ist unter anderem der Ausprägungsgrad der Störung ein Risikofaktor für negative Auswirkungen von Therapie.

Über eine aufwändige Untersuchung des Nutzens von Therapien mit strafrechtlichem Hintergrund (QCT = quasi compulsory treatment) berichten Stevens et al. (2006). Ziel dieser multizentrischen Studie war es, den Ertrag eben solcher und „freiwilliger“ Therapien zu vergleichen. Unter beiden Bedingungen wurden jeweils über 400 Klienten bei Antritt der Therapie sowie sechs, zwölf und 18 Monate später eingehend interviewt. Für beide Gruppen fand sich ein starker Rückgang des (selbst berichteten) Drogenkonsums bei allen Nachuntersuchungsterminen. Ebenso war das kriminelle Verhalten in beiden Gruppen erheblich reduziert, wobei allerdings der Level für die QCT-Klienten durchgängig geringfügig höher lag. Ein enger Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und Behandlungsmotivation wurde nicht festgestellt. 78 % der QCT- und 65 % der „freiwilligen“ Patienten gaben an, die Behandlung subjektiv unter äußerem Zwang angetreten zu haben. QCT ist, so die Schlussfolgerung, nicht weniger effektiv (aber auch nicht effektiver) als Behandlung auf freiwilliger Basis.

In der vorliegenden Studie fällt auf, dass in der Gruppe der am längsten therapierten Patienten die Behandlung nicht mehr als „negativ“ oder „eher negativ“ eingestuft wird. Dies ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass diese Patienten den längsten Überblick über ihre eigene Therapie haben. Die Patienten der Gruppe 1 standen noch am Anfang der Therapie und stuften sie aus Mangel an Therapieerfahrung als „negativ“ oder „eher negativ“ ein.

Im Interview geben die Befragten mehrheitlich an, ihre Einstellung gegenüber der Therapie habe sich im Verlauf geändert. Unter Berücksichtigung der Erfahrungen der Patienten („konkrete eigene positive und negative Erfahrungen der Patienten“) kann angenommen werden, dass diese ein Korrelat für die Meinungsveränderung bildet. Die in ihrer Häufigkeit höheren positiven Erfahrungen machen die zumeist positiven Meinungsveränderungen verständlich. Die Patienten verknüpfen in ihren Antworten Erfah-

rungen und Meinungsveränderungen, daher ist grundsätzlich davon auszugehen, dass einer positiven Veränderung der Meinung gegenüber der Therapie positive Erfahrungen zugrunde liegen und einer negativen Veränderung negative Erfahrungen. Die Gründe für die Einstellungsveränderungen der Befragten können also anhand der Erfahrungen der Patienten erschlossen werden.

Durch negative Erfahrungen der Patienten können zum einen die negativen Einstellungsveränderungen als auch die unveränderten Meinungen der Patienten erklärt werden. Bei der im Fragebogen und im Interview angegebenen Verneinung einer Einstellungsveränderung stellt sich auch die Frage, ob aus Gründen der sozialen Erwünschtheit die Neutralantwort gewählt wurde. Diese gibt die Möglichkeit eine negative Einstellungsänderung zu verdecken. Auch die weitere Entwicklung der Meinungsbildung ist aus einer neutralen Antwort nicht ersichtlich. Die Ermittlung von Einstellungsveränderungen sollte für die Neutralantwort das Ausgangsniveau -in diesem Falle positiv oder negativ- berücksichtigen. Hinter der Verneinung einer Einstellungsveränderung kann sich eine negative Meinung gegenüber der Therapie verbergen.

In der Frage danach ob sich diese Einstellungsänderung auf einen konkreten Auslöser zurückführen lässt oder eine allmähliche Entwicklung dieser Änderung zugrunde liegt ergibt sich ein ausgewogenes Verhältnis. Die Auslöser werden von den Patienten klar benannt mit Stationswechseln oder Rückfällen bzw. Rückfällen von Mitpatienten. Die allmähliche Änderung mag dafür sprechen, dass ein konkreter Auslöser nicht mehr innerlich ist. Genauso könnte es aber dafür sprechen, dass sich die Befragten erstmalig aus dem Anlass des Interviews über diese Fragen Gedanken machen. Ob die Einstellungsänderung nach einer der beiden Optionen nachhaltiger ist lässt sich in dieser Erkundung nicht belegen.

Wie bereits Koch (1988) haben wir festgestellt, dass bei einem Teil der Patienten die anfangs nicht vorhandene Therapiemotivation im Laufe der Zeit durch therapeutische Interventionen geschaffen werden konnte. Genauso gibt es aber einen Teil Patienten, die eine Maßregel aus niederen Motiven wie Haftmilderung und Umgehung des Strafvollzugs angetreten haben und therapeutisch nur sehr schwer bis gar nicht erreichbar sind.

Es zeigte sich, dass die unterschiedlichen Einstellungen zu einer Polarisierung innerhalb der Gruppe führen. Die Gruppe von Patienten welche nur ihre Zeit „absitzen“, scheinen



einen persönlichen Nutzen daraus zu ziehen den übrigen Teil der Gruppe zu unterwandern. Diese scheinbar nicht therapierbaren Patienten versuchen die durchaus motivierten Patienten umzustimmen, mit eigenen Rückfällen zu verführen oder ihnen das Gefühl zu vermitteln, sie seien schwach weil sie sich von der Therapie „einlullen“ lassen. Dies beeinflusst auch die Gruppentherapien, die von Misstrauen und Argwohn geprägt sind. Schließlich spielt noch die Hafterfahrung vieler Patienten mit den dort angenommenen Verhaltensweisen und Hierarchien eine Rolle bei der Entwicklung dieser Gruppendynamik.

Die beschriebene Gruppendynamik führt dazu, dass ein Teil der Patienten sich nur oberflächlich therapiekonform verhält, um die Vorteile des Maßregelvollzugs nutzen zu können, Lockerungen zu erhalten und vor Gericht eine erfolgreiche Therapie vorweisen zu können. Rasch (1985) konnte zeigen, dass diejenigen Patienten, die sich dieser Dynamik verweigern und einen echten Therapiewillen zeigen im Endeffekt benachteiligt werden. Zum einen werden sie von der Gruppe der Unmotivierten ausgegrenzt, zum anderen müssen sie bei Rückfällen, die sie ehrlich eingestehen Bestrafungen in Kauf nehmen und somit hinter den Mitpatienten zurückstecken. Durch diese Entwicklungen reduziert sich die Zahl der motivierten Patienten erneut. Des Weiteren wird dieser Circulus vitiosus dadurch gefördert, dass es keine Möglichkeit gibt die Therapie im Maßregelvollzug ohne Hinnahme von Nachteilen zu verlassen.

Eine sinnvollere Vorgehensweise wäre also eine positive Selektion. Eine Trennung der motivierten Patienten von den Unmotivierten. Dadurch würde für die Motivierten die Situation entstehen, dass sie ernsthaft einer Therapie nachgehen können, ohne sich vor gruppendynamischen Konsequenzen fürchten zu müssen. Andererseits sollten auch den weniger motivierten Patienten sowie den vielen suchtkranken Straftätern des Strafvollzugs angemessene Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des Strafvollzugs geboten werden. Strafvollzug und Maßregelvollzug sollten sich gegenseitig ergänzen, eine Vorauswahl für den Maßregelvollzug sollte möglich sein und im Strafvollzug müsste ebenfalls Behandlung möglich sein, so dass Patienten, die zu langjährigen Haftstrafen verurteilt sind nicht durch die desillusionierenden Umstände des Strafvollzugs im eigenen Fehlverhalten bestärkt werden.

Aber auch bei einer Gruppenspaltung ergeben sich wieder Probleme. Die vorliegende Studie zeigt zwar, dass sich auch bei anfangs unmotivierten Patienten im Laufe der Zeit durchaus eine gewisse Motivation einstellen kann. Ob diese dann gezeigte Motivation aber auch echt und authentisch ist bleibt offen. Es ist durchaus denkbar, dass die Patienten im Laufe der Zeit lernen, eine gewisse Motivation zu zeigen. Sie geben in Gesprächen mit Therapeuten entsprechende Antworten und zeigen sich in Gruppentherapien kooperativ um weiteren Problemen aus dem Weg zu gehen. In gewisser Weise könnte man ein solches Verhalten als den Weg des geringsten Widerstandes bezeichnen. Diese Patienten von ehrlich motivierten Patienten abzugrenzen dürfte äußerst problematisch sein.

#### **5.2.9. Zur Frage der Effektivität der Therapie**

Eine bundesweite Analyse der Bundeszentralregisterauszüge (BZR) von 249 gemäß § 64 StGB-Untergebrachten gibt Kerndaten dieser Patientengruppe wieder (Dessecker, 1995). Meist wird in der Bezugsentscheidung eine verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) festgestellt, anlassdeliktisch führen schwerer Diebstahl, Raub bzw. räuberische Erpressung sowie Drogendelikte die Deliktliste an. Im Einzelnen war bei der Stichtags-erhebung des Jahres 2006 die Verteilung der Anlassdelikte wie folgt: Tötungsdelikt 15,4%, Körperverletzung 38%, Sexualdelikt 12,7%, Brandstiftung 6,3% und Eigentumsdelikte mit und ohne Gewalt 20,8%. (vgl. Von der Haar 2006) Bei über 40 % der untersuchten Fälle der BZR-Studie von Dessecker (1995) ordnen die Gerichte eine Therapie an, obwohl sich der Sachverständige nicht dazu geäußert oder sie zumindest nicht befürwortet hat. Isolierte Maßregelanordnungen sind selten, über 50 % der Patienten bekommen parallel eine Freiheitsstrafe über 18 Monaten ausgesprochen. Ebenso gering ist der Anteil der primären Aussetzungen zur Bewährung und der Anordnung von Vorwegvollzug eines Teils der Freiheitsstrafe. In der Dessecker-Studie wurde auch kontrolliert, wie viele Patienten die Therapie regulär beenden können. Bei knapp 3/4 wird die Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt, 16 % kommen in den Strafvollzug (wegen Erledigung, wegen Aussichtslosigkeit, Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge, Erreichen der Höchstfrist).

Die Therapie dauert im Median 21 Monate; in anderen Studien liegt die mittlere Unterbringungsdauer darunter, wobei die tatsächliche stationäre Therapie ohne die sich anschließende lange Beurlaubungszeit bei etwa einem Jahr liegt (Leygraf, 1995). Bei über 50 % kommt es während des Aufenthaltes zu Zwischenfällen (v. a. kurzzeitige Entweichungen im Sinne eines Lockerungsmissbrauches, Alkoholrückfälle), über 20 % verüben eine neue Straftat. Zunehmend stärker wird die Gruppe ausländischer Patienten; Türkei, Libanon, Italien sind die Hauptherkunftsländer (a. a. O.). Diagnostisch ist in den letzten Jahren eine Verschiebung innerhalb der Suchtformen festzustellen, auch wenn Alkoholranke mit 2/3 nach wie vor die größte Gruppe sind (Seifert & Leygraf, 1999). Tendenziell nehmen polytoxikomane Abhängigkeitsformen zu. Auch kommen mehr Konsumenten von Ecstasy, Designer- und Partydrogen in Therapie. Bei 75% wird neben der Suchterkrankung eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt, meist aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen (Gerl, 2000; von der Haar, 1995).

Die größte Gruppe der Alkoholabhängigen ist bei Anordnung der Maßregel zwischen 26-45 Jahre alt, wobei es zunehmend mehr jugendliche Alkoholabhängige gibt (Koch, 1988). Nach dem 45. Lebensjahr verliert die Maßregel an Bedeutung (Bischoff-Mews, 1998). Persönlichkeitsstörungen und Minderbegabung sind bei Alkoholikern häufige Zweitdiagnosen (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988). Bei Frauen werden auch Angststörungen diagnostiziert (Römer, Klopff, Weinlich, Jenner, & Rainer, 2002). Hinter der Alkoholabhängigkeit steht meist eine multifaktorielle Genese. Der Beginn ist sehr früh (um das 15. Lebensjahr). Nach der Jellinekschen Einteilung handelt es sich häufig um Gamma-Alkoholiker mit einer extremen physischen und psychischen Abhängigkeit (Bischoff-Mews, 1998). Drogen, meist Haschisch, werden nur sporadisch konsumiert. Trotz der lang andauernden Suchtproblematik sind nur wenige vorbehandelt. In der Studie von Bischoff-Mews (1998) mit 53 Alkoholabhängigen haben lediglich 38 % Therapieerfahrung. Es handelt sich dann auch weniger um abgeschlossene Entwöhnungstherapien, sondern um Entgiftungen oder abgebrochene Therapieversuche (Koch, 1988). Abstinenzzeiten finden sich entsprechend selten.

Suchtkranke sind zu 90 % vorbestraft, häufig mehrfach (Meier & Metrikat, 2003).

Der Delinquenzbeginn ist früh, einige Patienten werden bereits vor dem 21. Lebensjahr inhaftiert (Koch, 1988). Suchtmittel spielen auch in der forensischen Vorgeschichte eine

Rolle. Eigentumsdelikte führen in beiden Suchtgruppen (Alkohol und Drogen) die Liste der Vordelikte an, wobei Drogenabhängige eine deutliche Steigerung der Delikthäufigkeit wie -schwere in ihrer Straftatentwicklung aufweisen (Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999). Haben 1984 Verstöße gegen das BtMG 70 % der Einweisungsdelikte ausgemacht, sind es 1999 nur 29 %. Der Anteil von Gewaltdelikten ist dagegen dreimal höher (Seifert & Leygraf, 1999). Da bei den Drogenabhängigen viele mit gewaltsamen Vermögensdelikten in den Maßregelvollzug kommen, ist in dieser Gruppe die gleichzeitig ausgesprochene Freiheitsstrafe im Median höher als bei Alkoholikern: 33,5 Monate vs. 18 Monate (Meier & Metrikat, 2003).

Resümierend kann man bei suchtkranken Maßregelvollzugspatienten überwiegend von Frühkriminellen sprechen: Delinquenzbeginn vor dem 30. Lebensjahr, Häufung von Körperverletzungen und Eigentumsdelikten, eine insgesamt erhebliche strafrechtliche Vorbelastung (Bischoff-Mews, 1998). Anlassdeliktisch überwiegen Eigentumsdelikte, gefolgt von Körperverletzungen (Bischoff-Mews, 1998; Koch, 1988; Seifert & Leygraf, 1999).

Gericke & Kallert (2007) berücksichtigten 277 Patienten, in 48 % der erfassten Fälle war eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgt, 9 % waren erst nach Erreichen der Höchstfrist entlassen worden. Pollähne & Kemper (2007) stellen die Ergebnisse einer Erhebung über 280 Patienten dar, die im Laufe des Jahres 2005 aus Einrichtungen des § 64-Maßregelvollzugs in NRW entlassen worden waren. Die Quote der „Erledigungen“ nach § 67d Abs. 5 StGB, also Therapieabbrüche mangels Erfolgsaussicht, war in diesem Kollektiv mit fast 74 % der Fälle enorm hoch. Der Anteil der nach Erreichen der Höchstfrist Entlassenen lag, wie in der vorgenannten Untersuchung, ebenfalls bei 9 %.

In der vorliegenden Erhebung konnte gezeigt werden, dass von den untersuchten Patienten 64,5 einen erfolgreichen Therapieabschluss erreichen konnten (25,6% Bewährung, 8,9% Höchstfrist). Eine Beendigung der Therapie aufgrund von Aussichtslosigkeit (Erledigung) wurde bei 12 Patienten (26,7%) vorgenommen. Trotz der kleinen Zahl an Klienten ist das Ergebnis vergleichbar mit den Zahlen aus größeren Studien, wobei der Anteil an Erledigungen in der vorliegenden Studie etwas geringer ausfällt. Im Rahmen der Untersuchung der Einzelgruppen nach Aufenthaltsdauer ergab sich, dass aus der

mittleren Gruppe die meisten Patienten auf Bewährung entlassen wurden, aus der Gruppe der Therapieanfänger resultierten die meisten Erledigungen. Man muss aber annehmen, dass die Anzahl der Klienten zu gering ist um aus diesen Angaben Schlüsse ziehen zu können, da ja auch alle Patienten jeden Therapieabschnitt durchlaufen wenn es nicht vorher zu einer Erledigung kommt. Bemerkenswert ist aber, dass die Zahl der Rückfälle nach der Therapie, sei es strafrechtlich oder bezogen auf den Suchtmittelkonsum, jeweils in der dritten Gruppe nach Therapiedauer am höchsten ist. Dies lässt sich am ehesten darauf zurückführen, dass bei diesen Patienten die längste Abstinenzperiode bzw. deliktfreie Zeit vorliegt und somit die rein rechnerische Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls am größten ist.

Aus der Einteilung nach dem Alter der Patienten ergibt sich, dass bei den älteren die Rückfallrate höher ist als bei den jüngeren Probanden. Dies ist erstaunlich, weil ja der Erfahrungsschatz bezüglich solcher Erlebnisse höher ist und somit eine gewisse Einsicht zu erwarten wäre. Möglich ist aber auch, dass die Ernüchterung angesichts des eigenen Versagens vorherrscht.

Teilt man die Klienten nach ihrem Intelligenzquotienten ein so ergibt sich, dass tatsächlich die Probanden mit dem höchsten IQ die geringste Rückfallquote in Bezug auf Rauschmittelkonsum bieten. Angesichts der geringen Probandenzahl und dem zuvor beschriebenen Stellenwert des Intelligenzquotienten im Rahmen dieser Studie kann dieses Phänomen nicht verallgemeinert werden.

## **6. Schlussfolgerungen**

**Wie bereits vermutet konnte die Studie zeigen, dass die Aufenthaltsdauer einen großen Einfluss auf die Therapiemotivation hat. Im Verlauf der Therapie im Maßregelvollzug nimmt die Therapiemotivation deutlich zu.** Hier kommen eigene Erkenntnisse, Erfahrungen in der Therapie und Rückfälle der Patienten zum tragen. Auch ein Lerneffekt, der eine echte Motivation vortäuscht kann angenommen werden. Bezüglich des Outcomes fällt auf, dass Rückfälle sowohl auf der Ebene des Suchtverhaltens als auch krimineller Natur in der Gruppe der am weitesten in der Therapie fortgeschrittenen Patienten am ehesten eintreten.

**Das Alter nimmt wie angenommen ebenfalls Einfluss auf die Therapiemotivation. Je älter die Patienten sind, desto mehr bewerten sie die eigene Suchtproblematik als internal begründet. Ein echter Zusammenhang zwischen Alter und Motivationsanstieg konnte nicht gezeigt werden.** Es fällt auf, dass die Klienten mit steigendem Alter eine höhere Rückfallrate aufweisen. Im Gegensatz hierzu berichten Gossop et al. (2005) über katamnestische Befunde bei 1075 Suchttherapie-Klienten in England. Während im Jahr vor der Therapie 34 % der Stichprobe mindestens einmal wegen einer Straftat verurteilt worden waren, war dies im fünften Jahr nach der Behandlung bei 18 % der Fall. Der Rückgang betraf sowohl Beschaffungs- als auch Gewaltkriminalität. Er war assoziiert mit einer stabilen Wohnsituation, Rückgang des Heroingebrauchs und mit dem Alter der Probanden. Hier waren jedoch ausschließlich drogenabhängige Patienten einbezogen worden, zudem kann aufgrund der Größe der Studie kein direkter Vergleich zur vorliegenden Untersuchung gezogen werden.

**Die Annahme, dass der Intelligenzquotient einen maßgeblichen Einfluss auf die Therapiemotivation hat konnte nicht bestätigt werden.** Jedoch zeigte sich, dass Rückfälle mit steigendem Intelligenzquotient abnehmen. Kann dies in größeren Studien belegt werden ergibt sich hieraus ein Anhalt dafür, dass man im Rahmen der Entwöhnungstherapie mit Bildungsprogrammen über Folgen der Sucht einen Teil der Klienten erreichen kann. Auch für frühe Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Schulbildung u. ä. hat diese Erkenntnis Bedeutung.

Es gibt viele Belege, die vor allem auch deutlich machen, dass kriminelle Rückfallrisiken durch geeignete suchttherapeutische Maßnahmen gesenkt werden können (EISS

2003). Insgesamt erscheint dies jedoch für drogenabhängige Straftäter besser untersucht als für alkoholabhängige.

Ein Kernproblem scheint nach wie vor der Zwangscharakter des Maßregelvollzugs zu sein. Neben zahlreichen Studien die gute Ergebnisse dieser Therapieform ausweisen (Gossop, 2005; Gericke und Kallert, 2007) könnte allerdings auch eine Reihe von Beiträgen angeführt werden, die hinsichtlich angeordneter Therapien bei süchtigen Straftätern eine skeptische Bilanz ziehen (vgl. EISS 2003). Klag et al. (2005) bewerten die Datenlage zu Therapien unter justiziellem Zwang als eher dürftig. Viele Publikationen hätten keine empirische Basis; bei den empirischen Studien fehlten meist adäquate Kontrollgruppen, und Katamnesezeiträume seien häufig kurz. In der Praxis wird durchaus auch beklagt, dass ein hoher Anteil von Klienten mit justizieller Therapieauflage das Klima in einer Einrichtung ungünstig beeinflussen könne (Stevens 2006). In der vorliegenden Studie können daher zwar Aussagen für die Klientel in der betreffenden Einrichtung gemacht werden, aufgrund der geringen Stichprobe und dem Fehlen einer Kontrollgruppe sind diese Ergebnisse jedoch nur bedingt zu verallgemeinern.

Unsere Studie gibt Hinweise darauf, dass eine längere Therapiedauer auch bessere Ergebnisse zeigt. Die Schlussfolgerung, dass die besseren Verläufe der regulär Entlassenen eine direkte Folge des längeren Aufenthaltes in der Therapie seien, erscheint dabei jedoch voreilig. Therapieabbrüche erfolgen eher bei Patienten mit schwerwiegenderen Problemen, schlechteren Ressourcen und ausgeprägteren Persönlichkeitsstörungen. „Therapieabbrecher“ stellen also eine systematisch ungünstigere Selektion aus der Ausgangspopulation dar. Ähnliche Patientenmerkmale sind mit längerem Verbleib in der Behandlung einerseits und günstigerem Outcome andererseits assoziiert (Anglin & Hser 1990, Vogt 2000). Auch die Kosten einer längeren Therapie müssen an dieser Stelle berücksichtigt werden. Der Nutzen einer Behandlungsmaßnahme lässt sich nicht allein schon damit belegen, dass die regulären Absolventen einen günstigeren Verlauf haben als die Abbrecher. Seit einiger Zeit versucht man hier mit der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) anzusetzen, die Mitte der 80er Jahre von M. Linehan entwickelt wurde um zunächst vorwiegend bei Borderline-Störungen eingesetzt zu werden (vgl. Linehan, 1996) und seit 2000 in abgewandelter Form auch in der Forensik eingesetzt wird kann (McCann, Ball, Ivanhoff, 2000). In jüngster Zeit versucht man vermehrt mit dieser und anderen Therapiemethoden bei Maßregelpatienten und Strafgefangenen eine bessere

Behandlungseffektivität zu erzielen. Auch in der Rostocker Einrichtung wird derzeit diese Therapie angewandt, die Ergebnisse sind noch abzuwarten.

Auch in der vorliegenden Studie wird deutlich, dass eine völlige Abstinenz innerhalb der Therapie nahezu unmöglich scheint. Die Möglichkeiten einer abstinenzorientierten Therapie unter den Bedingungen des Strafvollzugs werden allgemein eher ungünstig beurteilt (Preusker 2002). Doch wird international durchaus über viele Behandlungsangebote für Strafgefangene berichtet. So wird versucht, so genannte drogenfreie Bereiche oder „Abstinenzprobungsabteilungen“ für Gefangene zu organisieren, die Unterstützung bei der Bewältigung ihres Suchtverhaltens wünschen (vgl. Stöver 2002). Dabei wirft die Ausgrenzung einer Gruppe von Klienten aus dem Gesamtkollektiv einer Haftanstalt Probleme auf, und Drogenfreiheit einer Abteilung kann durch die Vollzugsorganisation kaum sichergestellt werden. Auch stoßen entsprechende Angebote auf eine subkulturelle Gegenpropaganda (Preusker 2002, Kreuzer 2002). Das Prinzip erscheint angesichts der nachgewiesenen Zusammenhänge von Sucht und Kriminalität dennoch ausgesprochen sinnvoll.

Abschließend kann gesagt werden, dass die Therapiemotivation, wie postuliert, einer der wichtigsten Faktoren im Maßregelvollzug ist. Sie sollte aber nicht ausschließlich als Voraussetzung zur Therapie sondern ebenso als Therapieziel betrachtet werden. Die hier nachgewiesene Zunahme der Motivation im Therapieverlauf ist als Ergebnis und Erfolg der durchgeführten Therapiemaßnahmen zu werten. Gleichzeitig sollte überlegt werden, ob andere Therapiekonzepte diesen Motivationszuwachs noch steigern können.



## **7. Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit hat die Motivation der Patienten und ihre Veränderung im Verlauf einer Langzeittherapie vor dem Hintergrund der gesetzlichen Strukturen des Maßregelvollzugs erkundet. Darüber hinaus sind mit detaillierten Fragen einzelne Dimensionen der Patientenmotivation beleuchtet worden und auf diesem Weg ist Unmotiviertheit und Motiviertheit bezüglich Details der Ausführung der Maßregel aufgezeigt worden. Dazu wurden mittels eines Fragebogens und eines halbstandardisierten Interviews 45 erwachsene Patienten der Universitätsklinik für Forensische Psychiatrie in Rostock befragt. Die Patienten sind in Abhängigkeit von der Therapiedauer in drei Gruppen unterteilt worden. In der ersten Gruppe befanden sich jene Patienten, deren Therapie gerade am Anfang stand, also alle Patienten, die sich noch nicht länger als 6 Monate in der Einrichtung befanden. In der zweiten Gruppe befanden sich alle Patienten, die in ihrem Therapieverlauf bereits die 6 Monate überschritten hatten, jedoch nicht länger als 18 Monate in Behandlung waren. In der dritten Gruppe schließlich fanden sich die Patienten, welche bereits mehr als 18 Monate in der Klinik verbracht hatten.

Schließlich ist eine Bewertung des Outcome der befragten Patienten vorgenommen worden. Die Ergebnisse sind mit denen anderer Untersuchungen verglichen worden.

Die Auswertung des Fragebogens zeigt, dass die Patienten sich in der Klinik gut verstanden fühlen. Trotz ihrer Schwächen akzeptiert fühlten sich beispielsweise 82,8% der Befragten, 86,7% gaben an durch die Therapie an Selbstbewusstsein zu gewinnen. Sie bewerteten ihr Verhältnis zu den sie betreuenden Therapeuten und Ärzten als gut. Aus ihrer Sicht blieben aber auch immer Fragen offen bzw. sie fühlten sich in bestimmten Punkten unverstanden. So gaben 33,4% der Klienten an dass ihre eigentlichen Probleme nicht zur Sprache kämen oder 42,2% der Befragten, dass sie sich fast täglich in der Therapie ärgern. Hier wird genauso wie im Interview schnell deutlich, dass das Verhältnis der Patienten untereinander das größte Konfliktpotential bietet und die Interaktion mit dem Personal der Klinik nicht unbedingt ausschlaggebend ist für Befinden und Motivation der Patienten. So empfanden 28,9 % der Patienten, dass Mitpatienten besser behandelt würden als sie selbst.

Im persönlichen Interview bestätigt sich das gute Klima, welches der Fragebogen ausgewiesen hat. Die Befragten bewerteten Pflegepersonal, Therapeuten und Ärzte durch-

weg sehr positiv. 86,6% bewerteten beispielsweise das Pflegepersonal als positiv und eher positiv. Hervorzuheben ist jedoch, dass auch hier das Zusammenleben mit den anderen Patienten als problematisch zu sehen ist und am kritischsten bewertet wurde. So stuften 31,1% der Probanden ihr Verhältnis zu den Mitpatienten als „mittel“ ein, in Gruppe zwei waren es sogar 40%.

Suchtproblematik und eigene Einstellungen zur Kriminalität sowie zum Drogen- und Alkoholkonsum variieren in den einzelnen Therapieabschnitten und erscheinen zum Ende der Therapie am differenziertesten. So gaben zu Beginn der Therapie 86,7% der Befragten einen Zusammenhang zwischen Sucht und Kriminalität an, im letzten Therapieabschnitt waren es 100%. In frühen Therapieabschnitten verwiesen die Patienten noch viel auf Einflüsse von Außen (46,7%), die für ihre Abhängigkeit und letztendlich die Einweisung in die Maßregel verantwortlich waren. Am Ende der Therapie steht eher die Einsicht, dass es im eigenen Handeln und Verhalten liegt ob man die Suchtproblematik und ihre Folgen überwinden kann (53,3%). Diese gewonnenen Erkenntnisse sind als Therapieerfolg zu werten

Ein Großteil der Befragten sah im Maßregelvollzug eine Möglichkeit zur Therapie (88,8%). Für einen kleinen Teil der Interviewten war die Umgehung oder Verkürzung des angedrohten Strafvollzugs das Hauptmotiv für den Maßregelvollzug. Zudem beklagten die meisten Patienten die mangelnde Aufklärung über die Bestimmungen des Maßregelvollzugs im Voraus durch Gericht und Rechtsanwälte. 62,3% empfanden sich als mangelhaft im Vorfeld informiert. Unwissen und falsche Erwartungen an die Maßregel führten zu einer Ernüchterung über den tatsächlichen Ablauf und die Dauer der Maßregel und wirkten sich negativ auf die Therapiemotivation aus.

Die eigentliche Therapiemotivation kann als insgesamt hoch betrachtet werden. Auch verbessert sie sich noch im Verlauf der Maßregel. Zu Beginn der Therapie stehen 80% der Probanden der Therapie positiv gegenüber, im letzten Therapieabschnitt sogar 86,7%. Dies steht im Kontrast zu allgemeinen Annahmen über Möglichkeiten und Erfolge des Maßregelvollzugs sowie zu Daten der Literatur.

Nur ein geringer Teil der Patienten äußerte eine negative Einstellung zur Therapie (11,1%). Die Gründe hierfür waren mangelndes Vertrauen in die Therapeuten oder der Umstand, dass aus Ihrer Sicht keine „richtige Therapie“ geboten werde. In der Bewer-

tung der einzelnen Therapiemaßnahmen schnitt die Gruppentherapie am schlechtesten ab (26,7% insgesamt, in den Einzelgruppen bis 33%), Grund hierfür scheint die Befangenheit gegenüber den Mitpatienten zu sein.

Der Glaube an das Besiegen der eigenen Sucht ist durchweg sehr hoch (insgesamt 91%). Im Verlauf der Therapie ist aber eine Verschiebung von „positiv“ zu „eher positiv“ zu verzeichnen. Angesichts der Therapiedauer, den persönlichen Erfahrungen und den Umstand die Suchtkarrieren der Mitpatienten zu erfahren, entspricht dies einer eher realistischen Einschätzung der eigenen Abstinenzchancen.

Die Möglichkeit zum Suchtmittelkonsum scheint zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Klinik zu bestehen. 16% der Patienten gibt an, bereits einmal oder mehrfach rückfällig geworden zu sein. Im letzten Therapieabschnitt haben 40% bereits einen Rückfall erlitten. Die Einstellung zum Suchtmittelkonsum in der Therapie ist zum überwiegenden Teil gleichgültig und spiegelt die Problematik der Patienten und ihren Umgang mit der eigenen Abhängigkeit wider.

Die Aussicht auf Therapieerfolg wird zudem durch gruppendynamische Prozesse, die zu einer Diskriminierung therapiemotivierter Patienten durch die Gruppe der Nichtmotivierten führt, gemindert. Dies führt zu einem Anpassungsverhalten bei einem Teil der Patienten, um trotz mangelnder Motivation in den Genuss der Vorzüge des Maßregelvollzugs zu kommen.

Die Motivation der Patienten kann die Compliance und das Behandlungsergebnis verbessern, da ein motivierter Patient bessere Langzeitergebnisse erzielt und die Rückfallquote somit vermindert werden kann.

In der vorliegenden Untersuchung sind Einflüsse von Patientenmerkmalen auf das Antwortverhalten der Patienten zu konstatieren. Wie in anderen Untersuchungen hat auch in dieser Erkundung das Alter Einfluss auf die Antworten der Patienten; ältere Befragte gaben vermehrt an für ihre Probleme selbst verantwortlich zu sein während jüngere Patienten die Ursachen für Sucht und Kriminalität eher von Außen bestimmt sahen.

Als bemerkenswert zu erwähnen ist die Tatsache, dass die Persönlichkeitseigenschaft Intelligenz als Patientenmerkmal zwar einen Einfluss auf das Antwortverhalten der Patienten hat, dieser jedoch eher als unspezifisch einzustufen ist. Ein Zusammenhang zwi-

schen Intelligenz der Patienten und Motivation bzw. einem besseren Therapieergebnis stellte sich nicht dar.

Ein positiver Therapieabschluss konnte für 64,5% der Patienten nachgewiesen werden. Dieser Wert entspricht trotz der kleinen Stichprobe in etwa den Angaben aus vergleichbaren Erhebungen. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall mit der Therapiedauer zunimmt.

Die Hauptthese, dass die Aufenthaltsdauer einen großen Einfluss auf die Motivation ausübt konnte in dieser Erhebung eindeutig bestätigt werden. Die Patienten, die am längsten in der Therapie sind zeigen die höchsten Werte für Motivation und Krankheitseinsicht. Patienten am Anfang ihres Klinikaufenthaltes zeigen sich eher unmotiviert, unzufrieden mit den gegebenen Rahmenbedingungen der Maßregel und hinsichtlich ihrer Erwartungen enttäuscht. Neben den persönlichen Erfahrungen in der Therapie darf hier ein Lerneffekt hinsichtlich der Verhaltensweisen gegenüber Therapeuten und Mitpatienten angenommen werden, der eine Motivation nur vortäuscht. Trotz dieser Erkenntnisse ist anzunehmen, dass eine weitere Verlängerung der Therapie keinen weiteren positiven Einfluss auf die Motivation der Patienten hat. Therapieabbrüche sind zu meist durch schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen und mangelnde soziale Ressourcen bedingt und könnten somit durch eine Verlängerung der Therapie nicht positiv beeinflusst werden.

Welchen Einfluss aktuelle Gesetzesänderungen aus dem Jahr 2007, welche die Einweisungsvoraussetzungen konkretisieren sollen und neue therapeutische Ansätze wie die Dialektisch-Behaviorale-Therapie in der Forensik auf die Motivation und den Maßregelvollzug als solches haben bleibt abzuwarten.

## **Anhang**

### **A: Literaturverzeichnis**

- Abram, KM. (1989) - The effect of Co-Occuring Disorders on Criminal Careers: Interaction of Antisocial Personality, Alcoholism and Drug Disorders Int. J Law Psychiatrie
- American Psychiatric Association (2000) - DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C. 4th edition, Text Revision
- Anglin MD und Hser, Y. (1990) - Criminal justice and the drug-abusing offender: Policy issues of coerced treatment. Behavioral Sciences and the Law, 9, 243-267
- Arnold K., Lang E. (1994) - Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie Jungjohann, Neckarsulm und andere
- Aust B. (1994) - Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. 94 – 201
- Becker, W. (1979) - Alkoholbedingte Jugendkriminalität, Therapie der Gegenwart. 1631-1646
- Bezzel, Adelheid (2008) - Therapie im Maßregelvollzug - und dann? Eine Verlaufsunter-suchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). Dissertation Uni-versität Regensburg 2008, 197
- Bischoff-Mews, A. (1998) - Perspektiven des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB. Katamnestische Untersuchungen an alkoholkranken Straftätern im Maßregelvollzug. Dissertation: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Blasius, J. (1991) - Alkoholismus und Therapieteilnahme. Neuland Hamburg. Sucht.
- Boetticher, A. (1991) - Zu den Schwierigkeiten der Handhabung der Vorschriften über die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB. Der Strafver-teidiger 2. 75 – 79
- Brenk-Schulte, Elisabeth; Pfeiffer, Wolfgang (1987) - Therapiemotivation in der Behandlung des Alkoholismus. München: Röttger. 85-186
- Bühringer (1995) - Beurteilungskriterien für die Unterbringung von Alkoholkranken im Maßregelvollzug unter therapeutischen Gesichtspunkten. Wiesbaden: Krimino-logische. In A. Dessecker & R. 45-49
- Bundeskriminalamt (2005) - Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) - Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004-2007, Kurzbericht, Köln
- Collins, JJ (1980) - Alcohol: Use and Criminal Behavior. In Research Triangle Institute North Carolina. North Carolina
- Dahle, Klaus-Peter (1995) - Therapiemotivation hinter Gittern: Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug. Regensburg: Roderer. Berlin, FU, Diss., 1995: Theorie und Forschung ; 367 : Psychologie ; 124
- deCharms, R. (1968) - Personal Causation. Academic Press, NY
- Deci, Edward L.; Ryan, Richard M. (1985) - Intrinsic motivation and self determination in human behaviour. New York: Plenum
- Dessecker, A. (1995) - Die Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Rechtliche, empirische und praktische Aspekte. Wiesbaden
- Dessecker, A. (2000) - Die strafrechtliche Unterbringung von Alkoholtätern. KrimZ Bd. 30 In: Egg, R. und Geissler, C., Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. 181-201
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2008) – Alkoholabhängigkeit. München Suchtmedizinische Reihe der DHS.
- Diederich, M. (2001) - Maßregelvollzug und soziotherapeutische Justizvollzugsanstalten – Stärker im Miteinander. Recht und Psychiatrie 19. 78-81
- Dimmeck, B. und Duncker, H. (1996) - Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzugs. Recht und Psychiatrie 14. 50-56
- Dingwall, G. (2005) - Alcohol and Crime. Uffculme
- Dollard, J. and Miller, N.E. (1950) - Personality and Psychotherapy. New York, McGraw Hill
- EISS (2003) - QCT Europe Summary Literature Review: The international literature on drugs, crime and treatment. European Institute of Social Services. Download: [www.kent.ac.uk/eiss/projects/qct%20europe/](http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qct%20europe/)
- Ermer-Externbrink, M. (1991) - Das psychiatrische Gutachten zur Unterbringung nach §64 StGB. Maschr Krim 74. 106-112
- Förster, K. (2001) - Forensisch-psychiatrische Aspekte bei der Beurteilung von Alkohol-Delikten. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York. In Schied, Heimann und Mayer: Der chronische Alkoholismus. 239-244

- Freese, R., Born, P. und Müller-Isberner, R. (1995) - Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§63 StGB). *Nervenarzt* 66. 542-549
- Freud, Sigmund (1940) - Zur Einleitung der Behandlung. In: *Gesammelte Werke* Band 8. Imago London. 454-478
- Gerchow (1964) - Über die Bedeutung des Alkohols für die allgemeine Kriminalität In: *Alkohol und Alkoholismus*. Hohenbeck-Verlag, Hamm 27. Internationaler Kongress Frankfurt/M. 232
- Gerl (2000) - Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB – Voraussetzungen und Behandlungsverläufe unter besonderer Berücksichtigung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses nach §§ 64 Abs. 2, 67 d Abs. 5 S. 1, 67 Abs. 4 S. 2 StGB vom 16.03.1994. Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München
- Göppinger, H. (1980) – *Kriminologie* Beck, München.
- Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J (2005) - Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend*, 79(3). 295-302.
- Greenfield, L.A. (1998) - *Alcohol and Crime. An Analysis of national data on the prevalence of alcohol involvement in crime*. Washington D.C.
- Grotjahn, A. (1923) - *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene*. Springer, Berlin
- Günthner (2001) - Psychotherapie der Sucht. *Psycho*, 27. 611-614.
- Haar, M. von der (1995) - Zum Zusammenspiel von Justiz und Einrichtung während der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt gemäß §64 StGB. Wiesbaden Kriminologische Zentralstelle. In A. Dessecker und R. Egg: *Die Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - rechtliche, praktische und empirische Aspekte*. 154-157
- Haar, M. von der (2006) - Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach §64 StGB – 2006. Eigenverlag:Nieders. LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg.
- Hanke, M.; U. John (2003) - Tabak- oder Alkohol-Attributable stationäre Behandlungen Gesthacht, Netherlands. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Jg. 128(2003)
- Hanack EW. (1985) - *Strafgesetzbuch, Leipziger Kommentar*, 10. Aufl. Berlin. vor §61 Rz.17
- Heckhausen, H. (1989) - *Motivation und Handeln*. Springer, Berlin.

- Hempfling, Friedhold (1993) - Suchttherapie und Sozialtherapie: psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht. In Klaus W. Bilitza: Ich-Psychologie, Selbst-Psychologie und Objektbeziehungs-Theorie. Ein Überblick zur psychoanalytischen Theoriebildung nach Sigmund Freud
- Herold, Gerd et al. (2005) - Innere Medizin. Köln, Germany. Arzt und Information. Alkoholkrankheit
- Hoffmann, H.; Feest, J. (1986) - Die Wende im Maßregelrecht? Anmerkungen zur Neuregelung der §§ 67 ff. StGB. Recht und Psychiatrie. 3 - 6
- Hull, C. (1943) - Principles of Behaviour. New York Appleton-Century-Crofts
- Jähnig, HU (1979) - Verlaufsuntersuchungen von jugendlichen und heranwachsenden Alkoholstraftätern. In: der Alkoholiker. VEB Gustav Fischer, Jena
- Jellinek, E.M. (1960) - The disease context of alcoholism. New Haven. College and University Press. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
- Kaiser, G. (1988) – Kriminologie. Müller Heidelberg
- Kaiser, G. (1996) - Kriminologie - Ein Lehrbuch. Müller Heidelberg
- Kammeier (2002) - Maßregelvollzugsrecht. Kommentar, 2. Auflage. Berlin New York.
- Kerner, H.J. (1992) - Alkohol und Kriminalität. Zur Bedeutung von Alkoholkonsum bei einzelnen Straftaten und bei der Ausprägung krimineller Karrieren. Berlin Heidelberg. In: Frank C., Harrer G., Kriminalprognose. Alkoholbeeinträchtigung - Rechtsfragen und Begutachtungsprobleme. Forensia-Jahrbuch, Bd. 3 Springer-Verlag.
- Kerner, H.J. (2000) - Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentrale Wiesbaden. In: Egg, R. und Geissler, C., Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. 11-26
- Klag, St., O'Callaghan, F., Creed, P. (2005) - The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research. Substance Use & Misuse, 40. 1777-1795
- Koch, G. (1988) - Katamnesen bei suchtkranken Straftätern nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Inaug.-Dissertation, Hannover
- König, R. (1978) - Die Familie der Gegenwart. München. In: Beck, dritte erweiterte Auflage.



- Konrad N., Rasch W. (1992) - Zur psychiatrischen Beurteilung forensisch relevanter Rauschzustände. Berlin Heidelberg. In: Frank C., Harrer G., Kriminalprognose. Alkoholbeeinträchtigung - Rechtsfragen und Begutachtungsprobleme. Forensia Jahrbuch Bd. 3. 167-177
- Kraus, L. (2006) - Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht. Hamm Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Kraus, L. (2008) - Epidemiologisches Suchtsurvey 2006. Sucht Jahrgang/Volume 54. Sonderheft 1
- Krause, M.S. (1966) - A Cognitive Theory of Motivation of Treatment. Journal of General Psychology. 9 - 19
- Kreuzer, A. (2002) - Bedingungen der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen. Freiburg: Lambertus. In: Gaßmann R, Suchtprobleme hinter Mauern. 35-63
- Lamnek S. (1993) - Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union Band 2. Methoden und Techniken, 2. überarbeitete Auflage
- Langewitz, W.; Keller A.; Denz, M.; Wössmer-Buntschu, B. und Kiss, A. (1995) Patientenzufriedenheits-Fragebogen: Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt- Patient- Beziehung? Stuttgart, Georg Thieme, PpM, Psychotherapie Psycho-somatik med. Psychologie, 45. 351 - 357
- Leygraf (1995) - Praxis der Vollstreckung strafrechtlicher Unterbringungen gemäß §64 StGB Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. In. A. Dessecker und R. Egg: Die Straf-rechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - rechtliche, praktische und empirische Aspekte. 159-162
- Leygraf, N. (1987) - Alkoholabhängige Straftäter: Zur Problematik der Unterbringung nach §64 StGB. Fortschr. Neurol. Psychiat. 231-237
- Leygraf, N. (1988) - Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des Maßregelvollzugs. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- Liesching, M. (2004) - Jugendschutz: Jugendschutzgesetz, Jugendmedienschutz Staatsvertrag etc. Kommentar. München
- Linehan, M. M. (1996) - Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
- Mann, RE.; Vingilis, ER.; Adlaf, EM.; Kijewski, K.; De Genova, K. (1985) - A comparison of young drinking offenders with other adolescents. Drug Alcohol Depend. 181-191

- Marneros A, Zolldann D, Balzer H, Rohde A, Fischer J, Schmitz K. (1993) - Motivation und subjektive Einstellung zur Therapie von alkoholkranken Straftätern, untergebracht nach §64 StGB. 169-176
- McCann, R., Ball, E.M., Ivanoff, A. (2000) - The effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing burnout among forensic staff. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7. 447-456
- Meier, B.-D. und Metrikat, I. (2003) - Verbessert, aber nicht umgestaltet. Zu den Auswirkungen der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom 16. März 1994 (BVerfGE 91,1) für die Maßregel nach §64 StGB. *Monatsschrift Kriminologie* 86 (2). 117-126
- Meyer (1995) - Unterbringung von Drogenabhängigen im Verhältnis zur Zurückstellung der Straf- und Maßregelvollstreckung gemäß §§ 35 ff. BtMG und zu anderen Therapiemöglichkeiten. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. In: A. Dessecker und R. Egg: Die Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - rechtliche, praktische und empirische Aspekte. 65-76
- Moos, RH (2005) - Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100. 595-604
- Neugebauer B., Porst R. (2001) - Patientenzufriedenheit, ein Literaturbericht. ZUMA Zentrum für Umfragen, Methoden, Analysen – Mannheim. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001
- Nuttin, J.R. (1976) - The motivational induction method (M.I.M.) and the motivational inventory. *Studia Psychologica University Leuven, Dept. Of Psychology, Research Center of Motivation and Time Perspective. Human Motivation and Time Perspective Part II. Pre-publication Manuscript.*
- Penners, BM (1987) - Zum Begriff der Aussichtslosigkeit einer Entziehungskur nach §64 Abs.2 StGB. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- Petry, Jörg (1993) - Behandlungsmotivation: Grundlagen und Anwendungen in Suchttherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Pfaff (1998) - Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie nach Entziehungstherapie Nervenarzt, 69. In: Egg, Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - rechtliche, praktische und empirische Aspekte. 568-573.
- Philipsen, T. (2007) - Erkundung der Patientenzufriedenheit mit der Medizinischen Versorgung. Dissertationsschrift zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Medizin

- Platz, WE (1992) - Alkoholriminalität. Eine vergleichende Untersuchung zwischen nach Absatz 2 § 64 StGB untergebrachten und freiwillig aufgenommenen alkoholabhängigen Patienten eines Landeskrankenhauses. Habilitationsschrift zur Gewinnung der Venia legendi für das Fach forensische Psychiatrie an der freien Universität Berlin.
- Pock, Ch. (2000) - Untersuchung zur Patientenzufriedenheit: Die Interaktion zwischen Patient und Personal an einer orthopädischen Universitätsklinik. Dissertation Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.
- Pollähne, H. und Kemper, A. (2007) - Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§64 StGB). Berlin: LIT-Verlag. Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik Bd. 10.
- Preusker, H. (2002) - Suchtprobleme im Justizvollzug. Freiburg: Lambertus, In: Gaßmann R. Suchtprobleme hinter Mauern. 123-129
- Rasch, W. (1985) - Die Prognose im Maßregelvollzug als kalkuliertes Risiko. DeGruyter Berlin, New York. In: Schwindel HD, Festschrift für Günter Blau zum 70. Geburtstag
- Raschke, P., Schliehe, F. (1985) - Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Düsseldorf, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
- Rodewald, H. (1991) - Bedeutung des frühen Trinkens bei Patienten im Maßregelvollzug nach §64 StGB. Nervenheilkunde 10. 219 - 223
- Sager, H. (1970) - Alkohol - Wesen, Wirkung, Abwehr aus pädagogischer Sicht. Neuland, Hamburg.
- Schalast, Dessecker, von der Haar (2005) - Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf Recht und Psychiatrie 23(1). 3-10
- Schalast, N. (1994) - Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Probleme der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter - Argumente für eine Vollzugslösung. Recht & Psychiatrie 12. 2-12
- Schalast, Norbert (2000) - Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß §64 StGB Fink- Wilhelm: 1. Grundlagen – Therapiemotivation.
- Schaumburg (2003) - Basiswissen Maßregelvollzug. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Schmidt, Martin H.; Dilling, Horst; Mombour, Werner (2006) - ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Huber Haus 4. Auflage. F10.0 - F10.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol.

- Schneider, U. (2008) - Die Reform des Maßregelrechts. Neue Zeitschrift für Strafrecht. 68 - 73
- Schnoor, K.; Kemper, A. (2007) - Rechtliche Grundlagen der Unterbringung im Maßregelvollzug unter Berücksichtigung der Änderungen durch die Reform des Maßregelrechts aus dem Jahr 2007. unveröffentlicht
- Segelke, V. (1997) - Wichtige Aspekte zur Evaluation der Patientenzufriedenheit: Analyse einer Fragebogenuntersuchung. Dissertation, Technische Hochschule Aachen.
- Seifert, D. und Leygraf, N. (1999) - Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug, Ergebnisse einer Querschnittserhebung. Nervenarzt 70. 450-456
- Siegrist, J. (1995) - Medizinische Soziologie, 5. Auflage. München, Urban & Schwarzenberg.
- Smart, Reginald G.; Gray, Gaye (1978) - Multiple Predictors of Dropout from Alcoholism Treatment. Arch Gen Psychiatry 3. 363 - 367
- Statistisches Bundesamt (2007 / 2008) - Strafverfolgung Fachserie 10, Reihe 3.
- Stevens, A. (2006) - Alternatives to Imprisonment: Do they work? Findings from the QCT Europe Study. Download:  
[www.kent.ac.uk/eiss/documents/qcteuropa/Brussels-11May06.ppt](http://www.kent.ac.uk/eiss/documents/qcteuropa/Brussels-11May06.ppt)
- Stoßberg, M. (1994) - Medizinsoziologische Ansätze zur Verbesserung der Arzt-Patient-Verhältnisse. Referat der 6. Informationsmedizinische Tage in Hamburg 1994, Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8, Stuttgart Ferdinand Enke In: E. Lang und K. Arnold, Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. 66 - 75
- Stöver, H. (2002) - DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. Suchttherapie 2002, 3. 135–145
- Stumpfl, F. (1936) - Ursprünge des Verbrechens. Leipzig
- Szewczyk (1979) - Ursachen und Entwicklungsbedingungen des Alkoholmissbrauchs – Zum Problem der sozialen Fehlentwicklung. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena. Der Alkoholiker
- TF et al. (1992) - Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry 49 Types of alcoholics I. 599 – 569
- Urbaniok (2004) - Validität von Risikokalkulationen bei Straftätern – Kritik an einer methodischen Grundannahme und zukünftige Perspektiven. Fortschr Neurol Psychiat, 72. 260-269

- Venzlaff, U. (1977) - Der psychisch kranke Rechtsbrecher im psychiatrischen Krankenhaus. Spektrum 6. Mrz 14
- Vogt, I. (2000) - Gender differences in help seeking behaviour of Heroin Users in Germany. Innsbruck: Studienverlag. In: Springer, A., Uhl, A. (eds.) Illicit Drugs. Patterns of Use – Patterns of Response. 261-274
- Volckart, B. und Grünebaum, R. (2003) - Maßregelvollzug, das Recht der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. Münschen, Neuwied: Luchterhand 6. Auflage
- WHO (1993) - Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch Diagnostische Leitlinien 2. Auflage Ber, Huber 1993
- Windle, M. (1990) - A longitudinal study of antisocial behaviors in early adolescence as predictors of late adolescent substance abuse: gender and ethnic group differences. J. Abnorm Psychol
- Wolff, M. (1997) - Das Ende der actio libera in causa. Neue Juristische Wochenschrift, 50. 2032-2032
- Wüthrich-Schneider, E. (1998) - Qualitätsmanagement in Spitälern. Ein Modell zur Patientenzufriedenheit. Dissertation, Universität St. Gallen.
- Zolldann, Dirk (1995) - Motivation und subjektive Einstellung zur Therapie von alkoholkranken Straftätern, untergebracht nach §64 StGB. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn

**B: Tabellen**

## Einstellung zum Maßregelvollzug

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nicht sinnvoll	1	2,2	0	0	0	0	1	6,7
weniger sinnvoll	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
mittel	2	4,4	0	0	2	13,3	0	0
eher sinnvoll	14	31,1	8	53,3	2	13,3	4	26,7
sinnvoll	26	57,8	6	40	10	66,7	10	66,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

**Tabelle VI: Einstellung zum Maßregelvollzug**

## Aufklärung über den §64 StGB

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
gar nicht	12	26,7	2	13,3	4	26,7	6	40,0
unzureichend	16	35,6	3	20,0	6	40,0	7	46,7
ausreichend	4	8,9	3	20,0	0	0	1	6,7
umfassend	13	28,9	7	46,7	5	33,3	1	6,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

**Tabelle VII: Aufklärung über den §64 StGB**

## Erwartungen an den §64 StGB

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	1	2,2	0	0	1	6,3	0	0
Zwangsverwahrung	3	6,7	0	0	2	12,5	1	5,6
Haftmilderung	5	11,1	2	12,5	0	0	4	22,2
Therapiemöglichkeit	36	80,0	13	87,5	12	81,3	10	72,2
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

**Tabelle VIII: Erwartungen an den §64 StGB**

## Einstellung zur Therapie

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
negativ	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
eher negativ	3	6,7	1	6,7	2	13,3	0	0
mittel	6	13,3	1	6,7	3	20,0	2	13,3
eher positiv	19	42,2	8	53,3	4	26,7	7	46,7
positiv	15	33,3	4	26,7	5	33,3	6	40,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle IX: Einstellung zur Therapie

## Negative Einstellung zur Therapie

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine richtige Therapie	2	4,4	1	6,7	1	6,7
kein Vertrauen	1	2,2	1	6,7	0	0
Sonstiges	1	2,2	0	0	1	6,7
Summe	4	8,9	2	13,4	2	13,4
Fehlend	41	91,1	13	86,6	13	86,6
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle X: Negative Einstellung zur Therapie

## Einstellungsänderung im Therapieverlauf

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nein	8	17,8	3	20,0	5	33,3	1	6,7
eher nein	3	6,7	0	0	2	13,3	0	0
eher ja	4	8,9	1	6,7	2	13,3	1	6,7
ja	26	57,8	7	46,7	6	40,0	13	86,7
Summe	41	91,1	11	73,4	15	100,0	15	100,0
Fehlend	4	8,9	4	26,7	0	0	0	0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XI: Einstellungsänderung im Therapieverlauf

## Einstellung zu den Ärzten

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
negativ	1	2,2	0	0	0	0	1	6,7
eher negativ	3	6,7	0	0	2	13,3	1	6,7
mittel	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
eher positiv	12	26,7	4	26,7	4	26,7	4	26,7
positiv	27	60,0	10	66,7	8	53,3	9	60,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XII: Einstellung zu den Ärzten

## Einstellung zu den Psychologen

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
eher negativ	2	4,4	0	0	1	6,7	1	6,7
mittel	3	6,7	0	0	3	20,0	0	0
eher positiv	12	26,7	5	33,3	3	20,0	4	26,7
positiv	28	62,2	10	66,7	8	53,3	10	66,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XIII: Einstellung zu den Psychologen

## Einstellung zum Pflegepersonal

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
eher negativ	2	4,4	0	0	0	0	2	13,3
mittel	4	8,9	2	13,3	0	0	2	13,3
eher positiv	11	24,4	4	26,7	2	13,3	5	33,3
positiv	28	62,2	9	60,0	13	86,7	6	40,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XIV: Einstellung zum Pflegepersonal

## Einstellung zu den Sozialarbeitern

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
eher negativ	2	4,4	0	0	2	13,3	0	0
mittel	4	8,9	2	13,3	2	13,3	0	0
eher positiv	8	17,8	3	20,0	2	13,3	5	20,0
positiv	31	68,9	10	66,7	9	60,0	10	80,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XV: Einstellung zu den Sozialarbeitern



## Einstellung zu den Mitpatienten

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
negativ	1	2,2	1	6,7	0	0	0	0
eher negativ	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
mittel	14	31,1	3	20,0	6	40,0	5	33,3
eher positiv	13	28,9	6	40,0	5	33,3	2	13,3
positiv	15	33,3	4	26,7	3	20,0	8	53,3
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XVI: Einstellung zu den Mitpatienten

## Sinnvolle Therapiemaßnahmen

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Einzeltherapie	24	53,3	5	33,3	9	60,0	10	66,7
Gruppentherapie	17	37,8	5	33,3	5	33,3	7	46,7
Arbeitstherapie	19	42,2	4	26,7	9	60,0	6	40,0
Beschäftigungstherapie	10	22,2	5	33,3	2	13,3	3	20,0
Sporttherapie	13	28,8	7	46,7	3	20,0	3	20,0
Keine Therapie	1	2,2	1	6,7	0	0	0	0
Gesamt	84	186,7	27	180,0	28	186,7	29	193,3

Tabelle XVII: Sinnvolle Therapiemaßnahmen

## Nicht sinnvolle Therapiemaßnahmen

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Einzeltherapie	2	4,4	0	0	1	6,7	1	6,7
Gruppentherapie	12	26,7	5	33,3	2	13,3	5	33,3
Arbeitstherapie	1	2,2	0	0	0	0	1	6,7
Beschäftigungstherapie	2	4,4	1	6,7	0	0	1	6,7
Sporttherapie	3	6,7	0	0	2	13,3	1	6,7
Keine Therapie	20	44,4	7	46,7	7	46,7	6	40,0
Keine Meinung	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
Sonstiges	3	6,7	1	6,7	2	13,3	0	0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XVIII: Nicht sinnvolle Therapiemaßnahmen

## Vergleich Maßregel / JVA

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
eher schlechter	3	6,7	2	13,3	1	6,7	0	0
kein Unterschied	6	13,3	3	20,0	2	13,3	1	6,7
eher besser	17	37,8	2	13,3	9	60,0	6	40,0
besser	17	37,8	7	46,7	2	13,3	8	53,3
Summe	43	95,6	14	93,3	14	93,3	15	100,0
Fehlend	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XIX: Vergleich Maßregel / JVA

## Zeuge von Tötlichkeiten

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	14	31,1	2	13,3	4	26,7	8	53,3
Nein	31	68,9	13	86,7	11	73,3	7	46,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XX: Zeuge von Tötlichkeiten

## Hilft die Behandlung von der Sucht loszukommen?

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
eher nein	3	6,7	2	13,3	1	6,7	0	0
mittel	5	11,1	3	20,0	1	6,7	1	6,7
eher ja	15	33,3	7	46,7	4	26,7	4	26,7
Ja	22	48,9	3	20,0	9	60,0	10	66,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXI: Hilft die Behandlung?

## Glaube Sucht zu besiegen

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
mittel	4	8,9	3	20,0	0	0	1	6,7
eher ja	26	57,8	5	33,3	11	73,3	10	66,7
Ja	15	33,3	7	46,7	4	26,7	4	26,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXII: Glaube Sucht zu besiegen

## Rückfallursachen

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Unangenehme Gefühle	16	35,6	4	26,7	6	40,0	6	40,0
Soziale Verführung	3	6,7	1	6,7	0	0	2	13,3
Ärger- und Konfliktsituationen	7	15,6	2	13,3	4	26,7	1	6,7
Geselligkeit	1	2,2	0	0	0	0	1	6,7
Angenehme Situationen	3	6,7	2	13,3	0	0	1	6,7
Sonstiges	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
Keine	13	28,9	5	33,3	4	26,7	4	26,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXIII: Rückfallursachen

## Gefühl bei Rückfall

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Schlecht	13	28,9	6	40,0	3	20,0	4	26,7
Eher schlecht	15	33,3	3	20,0	8	53,3	4	26,7
Unverändert	11	24,4	4	26,7	3	20,0	4	26,7
Eher gut	4	8,9	2	13,3	0	0	2	13,3
Summe	43	95,6	15	100,0	14	93,3	14	93,3
Fehlend	2	4,4	0	0	1	6,7	1	6,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXIV: Gefühl bei einem Rückfall

## Reaktion auf Drogen/Alkohol

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Euphorie	23	51,1	4	26,7	8	53,3	9	60,0
Aggression	33	73,3	11	73,3	13	86,7	9	60,0
Ruhe	21	46,7	5	33,3	7	46,7	11	73,3
Depression	7	15,6	2	13,3	4	26,7	1	6,7
Keine	1	2,2	1	6,7	0	0	0	0
Gesamt	85	188,9	23	153,3	32	213,3	30	200,0

Tabelle XXV: Reaktion auf Drogen / Alkohol

## Lockerungsstufe

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	13	28,9	8	53,3	5	33,3	0	0
1	7	15,6	2	13,3	4	26,7	1	6,7
2	6	13,3	0	0	3	20,0	3	20,0
3	3	6,7	0	0	1	6,7	2	13,3
4	3	6,7	0	0	0	0	3	20,0
5	2	4,4	0	0	1	6,7	1	6,7
6	6	13,3	0	0	1	6,7	5	33,3
Summe	40	88,9	10	66,6	15	100,0	15	100,0
Fehlend	5	11,1	5	33,3	0	0	0	0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXVI: Lockerungsstufe

## Gründe der Abhängigkeit

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
external	1	2,2	1	6,7	0	0	0	0
eher external	13	28,9	7	40,0	4	26,7	3	20,0
beides	9	20,0	1	6,7	5	33,3	3	20,0
eher internal	12	26,7	5	33,3	4	26,7	3	20,0
internal	8	17,8	1	6,7	2	13,3	5	33,3
Summe	43	95,6	14	93,3	15	100,0	14	93,3
Fehlend	2	4,4	1	6,7	0	0	1	6,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXVII: Gründe für die Abhängigkeit

## Zusammenhang Abhängigkeit und Delikt

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
eher nein	2	4,4	1	6,7	1	6,7	0	0
eventuell	1	2,2	1	6,7	0	0	0	0
eher ja	5	11,1	1	6,7	1	6,7	3	20,0
Ja	37	82,2	12	80,0	13	86,7	12	80,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXVIII: Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Delikt

## Beteiligung an der Beschaffung

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Personal	1	2,2	1	6,7	0	0	0	0
Mitpatienten	4	8,9	1	6,7	1	6,7	2	13,3
Außenstehende	6	13,3	4	26,7	2	13,3	0	0
Sonstige	7	15,6	1	6,7	3	20,0	3	20,0
Alle	9	20,0	2	13,3	6	40,0	1	6,7
Summe	27	60,0	9	60,1	12	80,0	6	40,0
Fehlend	18	40,0	6	39,9	3	20,0	9	60,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXIX: Beteiligung an der Beschaffung

## Eigener Konsum innerhalb der Therapie

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	7	15,6	0	0	1	6,7	6	40,0
Nein	38	84,4	15	100,0	14	93,3	9	60,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXX: Konsum in der Therapie

## Häufigkeit des Konsums

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1	3	6,7	1	6,7	2	13,3
2	2	4,4	0	0	2	13,3
3	1	2,2	0	0	1	6,7
4	1	2,2	0	0	1	6,7
Summe	7	15,6	1	6,7	6	40,0
Fehlend	38	84,4	14	93,3	9	60,0
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXXI: Konsumhäufigkeit

## Einstellung zum Alkohol- / Drogenkonsum in der Therapie

Antwortkategorie	Gesamtgruppe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
negativ	13	28,9	3	20,0	6	40,0	4	26,7
eher negativ	12	26,7	3	20,0	5	33,3	4	26,7
gleichgültig	20	44,4	9	60,0	4	26,7	7	46,7
Gesamt	45	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0

Tabelle XXXII: Einstellung zu Alkohol- / Drogenkonsum in der Therapie

**C: Interviews und Fragebögen****Interview zur Motivation**

Nr.:	Frage:	Items:	Bemerkungen:
1.	Wie lange sind sie insgesamt hier?		
2.	Wie lange sind sie schon hier? (Dauer / seit wann)		
3.	Wie ist ihre Einstellung zum §64?	nicht sinnvoll weniger sinnvoll mittel eher sinnvoll sinnvoll	
4.	Wie sind sie über den §64 aufgeklärt worden?	gar nicht unzureichend ausreichend umfassend Keine Meinung	
5.	Was für Erwartungen verbinden sie mit dem §64? (Mehrfachnennung möglich)	Keine Zwangsverwahrung Haftmilderung Therapiemöglichkeit Sonstiges	
6.	Welche Einstellung haben sie zur Behandlung?	positiv eher positiv mittel eher negativ negativ Keine richtige Therapie Zwangscharakter Kein Vertrauen Suchtmittelkonsum von Mitpatienten Kein Therapiewunsch Sonstiges	
7.	Hat sich diese Einstellung im Laufe der Therapie geändert?	nein eher nein eher ja ja	Durch einen Auslöser Allmählich Durch einen Auslöser Allmählich Durch einen Auslöser Allmählich Durch einen Auslöser Allmählich
8.	Welche Einstellung haben sie zu den Ärzten?	negativ eher negativ mittel eher positiv positiv	
9.	Welche Einstellung haben sie zu den Psychologen?	negativ eher negativ mittel eher positiv positiv	

10.	Welche Einstellung haben sie zum Pflegepersonal?	negativ	
		eher negativ	
		mittel	
		eher positiv	
		positiv	
11.	Welche Einstellung haben sie zu den Sozialarbeitern?	negativ	
		eher negativ	
		mittel	
		eher positiv	
		positiv	
12.	Welche Einstellung haben sie zu den Mitpatienten?	negativ	
		eher negativ	
		mittel	
		eher positiv	
		positiv	
13.	Welche Therapiemaßnahmen halten sie für sinnvoll? (Mehrfachnennung möglich)	Einzeltherapie	Gruppentherapie
		Arbeitstherapie	Beschäftigungstherapie
		Sporttherapie	Bewegungstherapie
		Keine Therapie	Keine Meinung
14.	Welche Therapiemaßnahmen halten sie für nicht sinnvoll? (Mehrfachnennung möglich)	Einzeltherapie	Gruppentherapie
		Arbeitstherapie	Beschäftigungstherapie
		Sporttherapie	Bewegungstherapie
		Keine Therapie	Keine Meinung
15.	Wie schätzen sie die Unterbringung hier im Vergleich zur JVA ein?	schlechter	
		eher schlechter	
		keinen Unterschied	
		eher besser	
		besser	
16.	Waren sie schon einmal Zeuge von Tötlichkeiten zwischen Mitpatienten?	ja	
		nein	
17.	Hilft ihnen die Behandlung vom Alkohol / den Drogen weg zu kommen?	nein	
		eher nein	
		mittel	
		eher ja	
		ja	
18.	Glauben sie, dass sie es schaffen werden vom Alkohol / den Drogen wegzukommen?	nein	
		eher nein	
		mittel	
		eher ja	
		ja	
19.	Welche Situationen führen zum erneuten trinken? (Mehrfachnennungen möglich)	Unangenehme Gefühle (Langeweile, Trauer)	
		Soziale Verführung (Kumpels fordern auf)	
		Ärger- und Konfliktsituationen	
		Geselligkeit	
		Angenehme Situationen (Feiern, Erfolge)	
		Sonstiges	
20.	Wie fühlen sie sich, wenn sie rückfällig geworden sind?	schlecht	
		eher schlecht	
		unverändert	
		eher gut	
		gut	
21.	Wie reagieren sie auf Alkohol / Drogen?		
22.	Welche Lockerungsstufe haben sie zu Zeit?	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23.		external	

	Wo sehen sie die Ursachen für ihre Abhängigkeit begründet?	eher external	
		beides	
		eher internal	
		internal	
24.	Sehen sie einen Zusammenhang zwischen ihrer Abhängigkeit und ihren Strafdelikten?	nein	
		eher nein	
		eventuell	
		eher ja	
		ja	

### **Interview zur Alkohol und Drogenbeschaffung in der Klinik**

Nr.:	Frage:	Items:	Bemerkungen:
1.	Welche Drogen / Alkohol können in der Klinik beschafft werden?		
2.	Wer ist an der Beschaffung beteiligt?	Personal	
		Mitpatienten	
		Außenstehende	
		Sonstige	
3.	Haben Sie schon Alkohol oder Drogen in der Klinik konsumiert?	nein	
		ja	
		Wenn ja, was?	
		Wie viel?	
4.	Haben Sie hier Kontakt mit für Sie neuen Drogen gehabt?	nein	
		ja	
		Wenn ja, welche?	
5.	Wie viele Patienten konsumieren Ihrer Meinung nach in der Klinik Drogen / Alkohol?	%	
6.	Wie ist Ihre Einstellung zu Drogenkonsum in der Klinik?	negativ	
		eher negativ	
		gleichgültig	
		eher positiv	
		positiv	



### **Erfahrungen in der Therapie**

Im Folgenden finden Sie Fragestellungen zu Erfahrungen, die man in der Therapie machen kann. Bitte lesen Sie diesen Fragebogen durch und geben Sie an, ob die Fragestellungen auf Ihre Therapie in den letzten 3 Monaten **gar nicht, wenig, etwas, ziemlich oder völlig** zutreffen. Antworten Sie spontan, ohne lange nachzudenken. Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Kästchen an und beantworten Sie möglichst alle Fragen.

Nr.	Frage:	stimmt:				
		Gar nicht	wenig	etwas	ziemlich	Völlig
1.	Hier in der Therapie fühle ich mich trotz meiner Schwächen akzeptiert					
2.	Ich verstehe manchmal nicht, was die Therapeuten mir sagen wollen					
3.	Ich lerne hier viel über mich selbst					
4.	Meine eigentlichen Probleme kommen gar nicht zur Sprache					
5.	Mit vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verstehe ich mich gut					
6.	Ich ärgere mich hier fast jeden Tag					
7.	Ich lerne hier mit Stimmungen und Problemen besser umzugehen					
8.	Meine Mitpatienten sprechen nicht über ihre eigentlichen Probleme					
9.	Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Therapie selbstbewusster werde					
10.	Oft fühle ich mich von den Therapeuten oder anderen Mitarbeitern nicht richtig verstanden					
11.	Mit meinem Therapeuten / meiner Therapeutin spreche ich gern					
12.	Andere Patienten werden bei Entscheidungen besser behandelt als ich					
13.	Hier wird keine richtige Therapie geboten					
14.	Ich lerne hier vieles, um nach der Entlassung mit anderen Menschen besser klar zu kommen					

## **D: Auszüge aus dem Strafgesetzbuch**

### **§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen**

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

### **§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit**

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

### **§ 46a Täter-Opfer-Ausgleich, Schadenswiedergutmachung**

Hat der Täter

1. in dem Bemühen, einen Ausgleich mit dem Verletzten zu erreichen (Täter-Opfer-Ausgleich), seine Tat ganz oder zum überwiegenden Teil wiedergutmacht oder deren Wiedergutmachung ernsthaft erstrebt oder
2. in einem Fall, in welchem die Schadenswiedergutmachung von ihm erhebliche persönliche Leistungen oder persönlichen Verzicht erfordert hat, das Opfer ganz oder zum überwiegenden Teil entschädigt,

so kann das Gericht die Strafe nach § 49 Abs. 1 mildern oder, wenn keine höhere Strafe als Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bis zu dreihundertsechzig Tagessätzen verwirkt ist, von Strafe absehen.

### **§ 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus**

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung

in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

#### **§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt**

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

#### **§ 67 Reihenfolge der Vollstreckung**

(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 und 64 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, dass die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird. Bei Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer zeitigen Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Dieser Teil der Strafe ist so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Entscheidung nach Absatz 5 Satz 1 möglich ist. Das Gericht soll ferner bestimmen, dass die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn die verurteilte Person vollziehbar zur Ausreise verpflichtet und zu erwarten ist, dass ihr Aufenthalt im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe beendet wird.

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 nachträglich treffen, ändern oder aufheben, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen. Eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 kann das Gericht auch nachträglich treffen. Hat es eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 getroffen, so hebt es diese auf, wenn eine Beendigung des Aufenthalts der verurteilten Person im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe nicht mehr zu erwarten ist.

(4) Wird die Maßregel ganz oder zum Teil vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet, bis zwei Drittel der Strafe erledigt sind.

(5) Wird die Maßregel vor der Strafe oder vor einem Rest der Strafe vollzogen, so kann das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes unter den Voraussetzungen des § 57 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 zur Bewährung aussetzen, wenn die Hälfte der Strafe erledigt ist. Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

#### **§ 67d Dauer der Unterbringung**

(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Hanges erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche

die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.

### **§ 315c Gefährdung des Straßenverkehrs**

(1) Wer im Straßenverkehr

1. ein Fahrzeug führt, obwohl er

a) infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel oder

b) infolge geistiger oder körperlicher Mängel

nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, oder

2. grob verkehrswidrig und rücksichtslos

a) die Vorfahrt nicht beachtet,

b) falsch überholt oder sonst bei Überholvorgängen falsch fährt,

c) an Fußgängerüberwegen falsch fährt,

d) an unübersichtlichen Stellen, an Straßenkreuzungen, Straßeneinmündungen oder Bahnübergängen zu schnell fährt,

e) an unübersichtlichen Stellen nicht die rechte Seite der Fahrbahn einhält,

f) auf Autobahnen oder Kraftfahrstraßen wendet, rückwärts oder entgegen der Fahrtrichtung fährt oder dies versucht oder

g) haltende oder liegen gebliebene Fahrzeuge nicht auf ausreichende Entfernung kenntlich macht, obwohl das zur Sicherung des Verkehrs erforderlich ist,

und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 ist der Versuch strafbar.

(3) Wer in den Fällen des Absatzes 1

1. die Gefahr fahrlässig verursacht oder

2. fahrlässig handelt und die Gefahr fahrlässig verursacht,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

### **§ 316 Trunkenheit im Verkehr**

(1) Wer im Verkehr (§§ 315 bis 315d) ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 315a oder § 315c mit Strafe bedroht ist.

(2) Nach Absatz 1 wird auch bestraft, wer die Tat fahrlässig begeht.

### **§ 323a Vollrausch**

(1) Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel in einen Rausch versetzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn er in diesem Zustand eine rechtswidrige Tat begeht und ihretwegen nicht bestraft werden kann, weil er infolge des Rausches schuldunfähig war oder weil dies nicht auszuschließen ist.

(2) Die Strafe darf nicht schwerer sein als die Strafe, die für die im Rausch begangene Tat angedroht ist.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag, mit Ermächtigung oder auf Strafverlangen verfolgt, wenn die Rauschtat nur auf Antrag, mit Ermächtigung oder auf Strafverlangen verfolgt werden könnte.

### **§ 7 JGG Maßregeln der Besserung und Sicherung**

(1) Als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts können die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt, die Führungsaufsicht oder die Entziehung der Fahrerlaubnis angeordnet werden (§ 61 Nr. 1, 2, 4 und 5 des Strafgesetzbuches).

(2) Sind nach einer Verurteilung zu einer Jugendstrafe von mindestens sieben Jahren wegen oder auch wegen eines Verbrechens

1. gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit oder die sexuelle Selbstbestimmung oder

2. nach § 251 des Strafgesetzbuches, auch in Verbindung mit § 252 oder § 255 des Strafgesetzbuches,

durch welches das Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt oder einer solchen Gefahr ausgesetzt worden ist, vor Ende des Vollzugs dieser Jugendstrafe Tatsachen erkennbar, die auf eine erhebliche Gefährlichkeit des Verurteilten für die Allgemeinheit hinweisen, so kann das Gericht nachträglich die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung anordnen, wenn die Gesamtwürdigung des Verurteilten, seiner Tat oder seiner Taten und ergänzend seiner Entwicklung während des Vollzugs der Jugendstrafe ergibt, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit erneut Straftaten der vorbezeichneten Art begehen wird.

(3) Ist die wegen einer Tat der in Absatz 2 bezeichneten Art angeordnete Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 67d Abs. 6 des Strafgesetzbuches für erledigt erklärt worden, weil der die Schuldfähigkeit ausschließende oder vermindernde Zustand, auf dem die Unterbringung beruhte, im Zeitpunkt der Erledigungsentscheidung nicht bestanden hat, so kann das Gericht nachträglich die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung anordnen, wenn

1. die Unterbringung des Betroffenen nach § 63 des Strafgesetzbuches wegen mehrerer solcher Taten angeordnet wurde oder wenn der Betroffene wegen einer oder mehrerer solcher Taten, die er vor der zur Unterbringung nach § 63 des Strafgesetzbuches führenden Tat begangen hat, schon einmal zu einer Jugendstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt oder in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht worden war und
2. die Gesamtwürdigung des Betroffenen, seiner Taten und ergänzend seiner Entwicklung während des Vollzugs der Maßregel ergibt, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit erneut Straftaten der in Absatz 2 bezeichneten Art begehen wird.

(4) Für das Verfahren und die Entscheidung über die nachträgliche Anordnung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nach den Absätzen 2 und 3 gelten § 275a der Strafprozessordnung und die §§ 74f und 120a des Gerichtsverfassungsgesetzes sinngemäß. Die regelmäßige Frist zur Prüfung, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung zur Bewährung auszusetzen ist (§ 67e des Strafgesetzbuches), beträgt in den Fällen der Absätze 2 und 3 ein Jahr.



## **Thesen zur Dissertation**

1. Ziel der Arbeit war die Analyse der Motivationsänderung innerhalb der Therapie im Maßregelvollzug in der Klinik für forensische Psychiatrie in Rostock sowie die Erkundung verschiedener Einflussgrößen auf die Motivation.
2. 45 Alkohol- oder Drogenabhängige Patienten, die nach dem § 64 StGB im Maßregelvollzug waren wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten der Therapie im Sinne einer Stichtagserhebung interviewt und zur Auswertung in drei Gruppen, gestaffelt nach der Aufenthaltsdauer (erste Gruppe unter 6 Monate, zweite Gruppe über 6 Monate bis unter 18 Monate, dritte Gruppe über 18 Monate Therapiedauer), unterteilt.
3. Ein Fragebogen zur Motivation und zum therapeutischen Klima kam zur Anwendung. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem SPSS 12.0 (Statistical Package for the Social Sciences).
4. Die soziodemographischen Daten mit Geschlechterverteilung, Familienstand, Bildung und Alkohol- bzw. Drogenkarriere bestätigen die Daten der Literatur. Das Durchschnittsalter unserer Patienten beträgt 29 Jahre, ebenso wie in anderen Untersuchungen ist die Altersverteilung typisch, der überwiegende Teil der Befragten gehört zur Altersgruppe der 26 bis 40 jährigen (Koch 1988, Marneros et al. 1993, Penners 1987). Das schulische und berufliche Ausbildungsniveau der Befragten bewegte sich auf einer sehr niedrigen Ebene. 35,6% der Patienten hatten keinen oder nur einen sehr niedrigen Schulabschluss (niedriger als Hauptschule).
5. Die Auswertung des Fragebogens wies ein positives therapeutisches Klima aus, zudem zeigte er Konfliktpotential im Verhältnis der Patienten untereinander.
6. Im persönlichen Interview bestätigt sich die Problematik im Zusammenleben der Patienten miteinander sowie die positive Bewertung des therapeutischen Teams. 86,6% bewerteten beispielsweise das Pflegepersonal als positiv und eher positiv. 31,1% der Probanden stuften ihr Verhältnis zu den Mitpatienten als „mittel“ ein, in Gruppe zwei waren es 40%.
7. Ein Großteil der Befragten sah im Maßregelvollzug eine Möglichkeit zur Therapie (88,8%), nur für wenige war die Umgehung oder Verkürzung des angeordneten Strafvollzugs das Hauptmotiv für den Maßregelvollzug.

8. 62,3% empfanden sich als im Vorfeld unzureichend aufgeklärt über den Inhalt des § 64 StGB, durch Unwissen resultierende falsche Erwartungen führten zur Ernüchterung über den tatsächlichen Ablauf und die Dauer der Maßregel und minderten die Therapiemotivation.
9. Der größte Teil der Patienten zeigt sich im Gegensatz zu vorherigen vergleichbaren Studien motiviert, zudem ermittelten wir bei einem Großteil der Patienten eine Änderung der Motivation zum positiven im Verlauf der Therapie, begründet durch eigene Erfahrungen, Rückfälle und Stationswechsel. Zu Beginn der Therapie stehen 80% der Probanden der Therapie positiv gegenüber, im letzten Therapieabschnitt 86,7%.
10. Nur wenige Patienten äußerten eine negative Einstellung zur Therapie (11,1%), begründet durch mangelndes Vertrauen in die Therapeuten oder den Umstand, dass aus Ihrer Sicht keine „richtige Therapie“ geboten werde.
11. Von den einzelnen Therapiemaßnahmen schnitt die Gruppentherapie wie bereits in anderen Studien am schlechtesten ab (26,7% insgesamt, in den Einzelgruppen bis 33%), Grund hierfür kann die Befangenheit gegenüber den Mitpatienten sein.
12. Der Aufenthalt im Maßregelvollzug wurde durchweg besser bewertet als jener in der Justiz-Vollzugsanstalt.
13. Suchtproblematik und eigene Einstellung zur Kriminalität sowie zum Drogen- und Alkoholkonsum variiert in den einzelnen Therapieabschnitten. Zu Beginn der Therapie geben 86,7% der Befragten einen Zusammenhang zwischen Sucht und Kriminalität an, im letzten Therapieabschnitt sind es 100%.
14. In frühen Therapieabschnitten verweisen die Patienten noch auf Einflüsse von Außen (46,7%), die für ihre Abhängigkeit und letztendlich die Einweisung in die Maßregel verantwortlich sein sollen, am Ende der Therapie steht die Überzeugung, dass die Überwindung der Suchtproblematik im eigenen Handeln und Verhalten liegt (53,3%).
15. Der Glaube an das Besiegen der eigenen Sucht ist durchweg sehr hoch (insgesamt 91%).
16. Einen Rückfall gestehen 16% der Patienten ein, im letzten Therapieabschnitt entspricht dies 40% der Gruppe, Die Einstellung zum Suchtmittelkonsum in der Therapie ist zum überwiegenden Teil gleichgültig.

17. Die Aussicht auf Therapieerfolg wird durch gruppendynamische Prozesse, die zu einer Diskriminierung therapiemotivierter Patienten durch die Gruppe der nichtmotivierten führt, gemindert, daraus resultiert möglicherweise ein Anpassungsverhalten bei einem Teil der Patienten, um trotz mangelnder Motivation in den Genuss der Vorzüge des Maßregelvollzugs zu kommen.
18. Wie bereits in anderen Untersuchungen konnte ein Einfluss des Alters auf den Therapieverlauf gezeigt werden; ältere Befragte zeigen sich einsichtiger bezüglich ihrer Krankheit und den daraus resultierenden Straftaten.
19. Für den Einfluss des Intelligenzquotienten konnten bemerkenswerterweise keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden, es scheint aber so zu sein, dass Patienten mit einem höheren Intelligenzniveau seltener rückfällig werden.
20. Für 64,5% der Patienten konnte ein positiver Therapieabschluss nachgewiesen werden, vergleichbare Erhebungen weisen ähnliche Werte aus, zudem konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall mit der Therapiedauer zunimmt.
21. Die These, dass die Aufenthaltsdauer einen großen Einfluss auf die Motivation ausübt, konnte eindeutig bestätigt werden. Patienten mit langer Therapiedauer zeigen die höchsten Werte für Motivation und Krankheitseinsicht, Patienten am Anfang ihres Klinikaufenthaltes zeigen sich unmotiviert, unzufrieden mit den gegebenen Rahmenbedingungen und hinsichtlich ihrer Erwartungen enttäuscht.
22. Trotz dieser Erkenntnisse ist anzunehmen, dass eine weitere Verlängerung der Therapie keinen weiteren positiven Einfluss auf die Motivation der Patienten hat, Therapieabbrüche sind zumeist durch schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen und mangelnde soziale Ressourcen bedingt und könnten somit durch eine Verlängerung der Therapie nicht positiv beeinflusst werden.
23. Einflüsse durch aktuelle Gesetzesänderungen zur Verhängung der Maßregel sowie neue Therapieansätze (DBT) auf die Motivation sowie die Therapieergebnisse bleiben abzuwarten.

Selbständigkeitserklärung

## **Selbständigkeitserklärung**

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und ohne fremde Hilfe verfasst habe, keine außer den von mir angegebenen Hilfsmitteln und Quellen dazu verwendet habe und die den benutzten Werken inhaltlich und wörtlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Rostock, 09.03.2010

Thomas Tewes

Danksagung

## **Danksagung**

An erster Stelle gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. med. Detlef Schläfke, der mir ein Thema empfohlen hat, welches mein Interesse geweckt hat und dessen Bearbeitung mir große Freude bereitete. Seiner engagierten Unterstützung konnte ich mir jederzeit sicher sein. Seine Denkanstöße, Diskussionen und Anregungen brachten mich stets weiter und verhalfen mit immer wieder dazu einen anderen Blickwinkel zu beleuchten.

Ganz besonders danken möchte ich Herrn Christian Dette für die persönliche Unterstützung und Anleitung bei der Durchführung des praktischen Teils dieser Arbeit.

Des Weiteren möchte ich mich bei den Mitarbeitern des Instituts für forensische Psychiatrie der Universität Rostock für die freundliche Unterstützung bedanken. Sie ließen mich am Klinikalltag teilhaben und standen mir mit Rat und Tat zur Seite. Insbesondere möchte ich mich hier bei Frau Ramona Müller bedanken, die mich mit zahlreichen Daten versorgte und jederzeit behilflich war wenn es um den Umgang mit Patientendaten ging.

Auch möchte ich mich hier ausdrücklich bei den Patienten bedanken, die sich für diese Studie zur Verfügung gestellt haben. Ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Besonderen Dank schulde ich meinen Eltern Hugo und Rita Tewes sowie Margret Tewes für die stetige Unterstützung in jeglicher Hinsicht. Ich danke Ihnen für ihr Interesse beim Entstehen dieser Arbeit, ihre Mut machenden Worte und ihre außerordentlich große Geduld.

Nicht zuletzt möchte ich meinem Lebenspartner Guido Bartz danken, der mich immer unterstützt und mehr als einmal davon abgehalten hat die Arbeit an dieser Dissertation zu beenden. Ohne den Rückhalt durch ihn, sein Verständnis, seine Geduld und seine stetige Ermutigung wäre es mir sicherlich nicht möglich gewesen diese Arbeit erfolgreich zu beenden.

Danke!