

**KrimZ** KRIMINOLOGISCHE  
ZENTRALSTELLE e.V.

*Astrid Heimerdinger*

# **Alkoholabhängige Täter: justizielle Praxis und Strafvollzug**

*Heimerdinger*

Alkoholabhängige Täter:  
justizielle Praxis und Strafvollzug

Argumente zur Zurückstellung der  
Strafvollstreckung bei Therapieteilnahme

Kriminologie und Praxis (KUP)  
Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Band 52

# **Alkoholabhängige Täter: justizielle Praxis und Strafvollzug**

Argumente zur Zurückstellung der  
Strafvollstreckung bei Therapieteilnahme

von

*Astrid Heimerdinger*

Wiesbaden 2006

**Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

(c) **Eigenverlag** Kriminologische Zentralstelle e.V.

**KrimZ** KRIMINOLOGISCHE  
ZENTRALSTELLE e.V.

Viktoriastrasse 35, 65189 Wiesbaden

Alle Rechte vorbehalten

Druck: Elektra GmbH, Niedernhausen

ISBN: 978-3-926371-75-1 (Druckausgabe)

ISBN: 978-3-926371-78-2 (Online-Version)

# Vorwort

Die Kriminologische Zentralstelle (KrimZ) befasst sich seit 20 Jahren mit den 1982 in Kraft getretenen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), die es drogenabhängigen Tätern ermöglichen, sich anstelle von Straftat eine Drogentherapie zu unterziehen. Die vorliegende Studie widmet sich der Frage, ob auch für alkoholabhängige Straftäter eine vergleichbare Regelung in Betracht zu ziehen ist. Ziel der Untersuchung, die im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz durchgeführt wurde, war es, durch eigene empirische Erhebungen Lücken des aktuellen Erkenntnisstandes zu füllen, um Perspektiven aufzuzeigen und empirisch gesichertes Material für kriminalpolitische Entscheidungen zur Verfügung zu stellen.

Neben der grundlegenden Frage, wie viele der inhaftierten Täter alkoholabhängig sind, war zentrales Interesse, die Situation der Betroffenen während des Strafverfahrens und im Vollzug zu erfassen. Untersucht wurde, inwieweit sich die Erkenntnisse über die Persönlichkeit des Täters, die im Laufe des gerichtlichen Verfahrens, insbesondere im Rahmen der Hauptverhandlung, gewonnen wurden, mit der Wahrnehmung der im Vollzug Tätigen während der Strafvollstreckung decken. Ferner, wie die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten für alkoholabhängige Straftäter im Vollzug eingeschätzt und welche alternativen Sanktionsformen von Vertretern der Justiz, des Vollzugs sowie von freien Therapieeinrichtungen befürwortet werden. Das Forschungsinteresse galt weiter den praktisch bedeutsamen Fragen, wie das zur Verfügung stehende Therapieangebot einzuschätzen ist und welche Nebenfolgen insbesondere Kosten und Entlastungseffekte für die Justiz im Falle der Einführung einer analogen Therapieregung zu erwarten sind.

An der Durchführung dieses Projekts waren zahlreiche Personen und Institutionen beteiligt. Mein Dank gilt allen Vertretern der Strafrechtspraxis, des Strafvollzugs sowie von Therapieeinrichtungen, die ihre Sachkenntnis im Rahmen der Erhebung in Justizvollzugsanstalten, der schriftlichen Befragungen sowie der Expertenanhörung zur Verfügung gestellt haben. Besondere Kooperationsbereitschaft zeigte der Leiter der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Mainz, Herr Leitender Oberstaatsanwalt *Puderbach*, der es ermöglichte, dass im Rahmen einer Pilotuntersuchung ein kompletter Urteilsjahrgang daraufhin untersucht werden konnte, wie häufig in Urteilen Anhaltspunkte für eine alkoholbezogene Störung beim Täter zu finden sind. Auch den Mitarbeitern der bundesweit einbezogenen Staatsanwaltschaften, die den zahlreichen Bitten um Aktenübersendung entsprachen, habe ich zu danken. Durch ihre Unterstützung und Beratung trugen die Mitgliedervertreter und Beiräte der KrimZ wesentlich

zur Projektentwicklung bei. Begleitet wurde die Studie von dem gesamten KrimZ-Team, das in allen Phasen wichtige Hilfestellung leistete. Mehrere wissenschaftliche Hilfskräfte haben bei der Auswertung von Fragebögen und Akten sowie bei der Eingabe und Auswertung von Daten mitgewirkt. Stellvertretend für alle möchte ich *Denise Wessel-Therhorn*, *Andreas Ansel* und *Jeanette Brüsch* danken, die in verschiedenen Phasen mit unterschiedlichen Aufgaben betraut waren. Herrn *Ralph Bergmann* gebührt mein Dank für die Organisation der Expertenanhörung; Frau *Gabriele Adler* danke ich für ihren Einsatz bei der Erstellung der Druckvorlage.

Auf die Unterstützung meines Ehemanns *Peter Heimerdinger* konnte ich in allen Phasen dieses Projekts vertrauen.

Ihnen allen danke ich ganz herzlich.

Berlin, im Oktober 2006

Astrid Heimerdinger

# Inhalt

Vorwort .....	5
<b>A. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>13</b>
<b>A.1 Einleitung .....</b>	<b>13</b>
<b>A.2 Alkohol und Kriminalität .....</b>	<b>14</b>
A.2.1 <i>Alkoholkonsum – Zahlen und Fakten</i> .....	14
A.2.2 <i>Alkoholismus, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit</i> <i>Begriffsbestimmungen</i> .....	15
A.2.3 <i>Alkohol im Spiegel der Statistiken</i> .....	22
A.2.4 <i>Alkoholisierte und/oder alkoholranke Straftäter –</i> <i>Gesellschaftliche und rechtliche Reaktionen</i> .....	24
A.2.4.1 <i>Kulturelle Traditionen</i> .....	25
A.2.4.2 <i>(Straf-)rechtliche Interventionsmöglichkeiten</i> ....	25
A.2.5 <i>Theorien über den Zusammenhang von Alkoholkonsum/</i> <i>Alkoholabhängigkeit und Kriminalität</i> .....	33
<b>B. Projektbeschreibung .....</b>	<b>37</b>
<b>B.1 Forschungsfragen und Methoden der Untersuchung .....</b>	<b>37</b>
B.1.1 <i>Forschungsfragen</i> .....	37
B.1.2 <i>Methoden</i> .....	38
B.1.2.1 <i>Expertenanhörung</i> .....	38
B.1.2.2 <i>Erhebung in Justizvollzugsanstalten</i> .....	38
B.1.2.3 <i>Mainzer Urteilsanalyse</i> .....	39
B.1.2.4 <i>Aktenanalyse von alkoholabhängigen</i> <i>Strafgefangenen</i> .....	40
B.1.2.5 <i>Schriftliche Befragungen (Justiz, Vollzug</i> <i>Therapieeinrichtungen)</i> .....	42
<b>B.2 Entwicklung und Durchführung der Untersuchung .....</b>	<b>43</b>
B.2.1 <i>Expertenanhörung</i> .....	43
B.2.2 <i>Erhebung in Justizvollzugsanstalten</i> .....	44
B.2.2.1 <i>Merkmale des Erhebungsbogens</i> .....	45
B.2.2.2 <i>Genehmigungsverfahren und Ablauf der</i> <i>JVA-Erhebung</i> .....	47
B.2.2.3 <i>Datenrücklauf und Repräsentativität</i> .....	48
B.2.3 <i>Mainzer Urteilsanalyse</i> .....	54

<i>B.2.4 Aktenanalyse von alkoholabhängigen Strafgefangenen</i> ....	55
B.2.4.1 Berücksichtigte Fälle .....	55
B.2.4.2 Merkmale des Erhebungsbogens .....	56
B.2.4.3 Ablauf der Aktenauswertung .....	57
B.2.4.4 Aktenrücklauf und Repräsentativität .....	58
<i>B.2.5 Befragung von Richtern, Staatsanwälten und Angehörigen des Justizvollzugs</i> .....	58
B.2.5.1 Merkmale der Erhebungsbogen .....	59
B.2.5.2 Genehmigungsverfahren und Durchführung .....	60
B.2.5.3 Datenrücklauf und Repräsentativität .....	60
<i>B.2.6 Befragung von Therapieeinrichtungen</i> .....	61
B.2.6.1 Ablauf der schriftlichen Befragung .....	61
B.2.6.2 Datenrücklauf und Repräsentativität .....	62
<b>C. Ergebnisse des Projektes</b> .....	63
<b>C.1 Prävalenz der Alkoholabhängigkeit</b> .....	63
C.1.1 Allgemeinbevölkerung .....	63
C.1.2 Verurteilte Täter (Schätzungen) .....	63
C.1.3 Strafgefangene (Schätzungen) .....	67
C.1.4 Ergebnisse der Erhebung in Justizvollzugsanstalten .....	71
C.1.4.1 Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (ärztliche Diagnose) .....	72
C.1.4.1.1 Gesamtgruppe .....	74
C.1.4.1.2 Männliche Gefangene (Freiheitsstrafe) .....	74
C.1.4.1.3 Weibliche Gefangene (Freiheits- und Jugendstrafe) .....	74
C.1.4.1.4 Jugendstrafgefangene .....	75
C.1.4.1.5 Differenzierung nach Deliktgruppen ...	77
C.1.4.1.6 Differenzierung nach Altersgruppen ...	82
C.1.4.1.7 Differenzierung nach Strafmaß .....	84
C.1.4.1.8 Differenzierung nach Vorstrafen .....	85
C.1.4.1.9 Differenzierung nach Geschlossenem vs. Offenem Vollzug .....	85
C.1.4.1.10 Differenzierung nach Bundesländern .....	86
C.1.4.2 Selbstbeurteilungsangaben der Gefangenen (CAGE-Test) .....	86
C.1.4.3 Zusammenfassung .....	90
C.1.5 Folgerungen für den Bedarf an Therapieplätzen .....	91



<b>C.4 Praktischer Anwendungsbereich und Nebenfolgen einer Therapieregung</b> .....	148
<i>C.4.1 Regelungslücke</i> .....	148
C.4.1.1 Alkoholabhängigkeit und Strafaussetzung zur Bewährung .....	148
C.4.1.2 Abgrenzung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt .....	149
C.4.1.3 Ergebnis .....	150
<i>C.4.2 Kausalzusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Straftat</i> .....	151
<i>C.4.3 Notwendigkeit von Sachverständigengutachten</i> .....	155
<i>C.4.4 Vertiefte Auseinandersetzung mit der Täterpersönlichkeit</i> .....	158
<i>C.4.5 Zuständigkeit des Gerichts des 1. Rechtszuges vs. Vollstreckungskammer</i> .....	159
<i>C.4.6 Strafmaß, Absehen von der Anklageerhebung, Vorläufige Einstellung</i> .....	159
<b>C.5 Kosten und Entlastungseffekte, Therapieangebot</b> .....	161
<i>C.5.1 Strafvollzug</i> .....	161
<i>C.5.2 Alkoholtherapie</i> .....	164
C.5.2.1 Therapieablauf / Therapieformen .....	164
C.5.2.2 Abstinenz und Legalbewährung .....	166
C.5.2.2.1 Effektivität von Alkoholtherapien .....	166
C.5.2.2.2 Ergebnisse zur Legalbewährung .....	168
C.5.2.3 Einschätzung der Erfolgsaussichten .....	170
<i>C.5.3 Therapieeinrichtungen</i> .....	173
C.5.3.1 Therapieplatzangebot .....	174
C.5.3.2 Aufnahmebereitschaft .....	176
C.5.3.3 Bedenken gegen die Nutzung vorhandener Therapieplätze .....	177
C.5.3.4 Anmerkungen und Vorschläge der Therapeuten .....	178
<i>C.5.4 Kosteneinschätzung</i> .....	179
C.5.4.1 Therapiekosten .....	179
C.5.4.2 Haftkosten .....	180
C.5.4.3 Einsparpotential .....	181
<i>C.5.5 Kostenträgerschaft</i> .....	184

	11
<b>C.6 Einstellungen zu „Therapie statt Strafe“</b>	186
C.6.1 Akzeptanz der Therapiebestimmungen des Betäubungsmittelrechts	186
C.6.2 Akzeptanz einer entsprechenden Therapieregulung für alkoholabhängige Täter	188
C.6.3 Multivariate Auswertung der Ergebnisse der Befragung in Justiz und Vollzug	189
C.6.3.1 Richter und Staatsanwälte	189
C.6.3.1.1 Faktorenanalyse	189
C.6.3.1.2 Multiple Regression	190
C.6.3.2 Angehörige des Strafvollzugs	191
C.6.3.2.1 Faktorenanalyse	191
C.6.3.2.2 Multiple Regression	192
C.6.3.3 Resümee	192
<b>C.7 Zusammenfassung und Ausblick</b>	193
<b>D. Anhang</b>	205
<b>D.1 Literaturverzeichnis</b>	205
<b>D.2 Tabellenanhang</b>	215
<b>D.3 Materialien</b>	223
D.3.1 Fragenkatalog zur Expertenanhörung	223
D.3.2 Erhebungsbogen zur Alkoholproblematik in Justizvollzugsanstalten	227
D.3.3 Erhebungsbogen zur Alkoholproblematik in Justizvollzugsanstalten(Kurzversion)	235
D.3.4 Erhebungsbogen zur Mainzer Urteilsanalyse	243
D.3.5 Erhebungsbogen zur Aktenanalyse von alkoholabhängigen Strafgefangenen	245
D.3.6 Erhebungsbogen zur Befragung von Richtern und Staatsanwälten	273
D.3.7 Erhebungsbogen zur Befragung der Angehörigen des Justizvollzugs	283
D.3.8 Erhebungsbogen zur Befragung der Angehörigen von freien Therapieeinrichtungen	291



## A. Allgemeiner Teil

### A.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der rechtspolitischen Diskussion bezüglich der Schaffung einer den §§ 35 ff. Betäubungsmittelgesetz (BtMG)<sup>1</sup> vergleichbaren Regelung für alkoholabhängige Straftäter erhielt die Kriminologische Zentralstelle (KrimZ) im Jahr 2000 vom Bundesministerium der Justiz (BMJ) den Auftrag, eine Literaturanalyse zu erstellen. Diese im Jahre 2001 vorgelegte Analyse<sup>2</sup> bereitete die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse über folgende Themen auf:

- Situation der Alkoholabhängigen im Strafvollzug,
- Zusammenhang zwischen erfolgreicher Behandlung der Alkoholabhängigkeit und Legalbewährung; Erfolgsaussicht einer Alkoholtherapie im Rahmen einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung im Hinblick auf die Legalbewährung,
- Übertragbarkeit der Begründungen, die bei der Einführung der Therapieregungen des BtMG eine Rolle spielten, auf die Situation der Alkoholabhängigen: Besonders rasche Suchtentwicklung, insbesondere bei Jugendlichen, verbunden mit hoher Sozialschädlichkeit der Abhängigkeit; daraus resultierend negative Sozialprognose, die einer Aussetzung der Strafe, des Strafrestes oder der Maßregel der Besserung und Sicherung entgegensteht, obwohl aufgrund des hohen Schutzbedürfnisses der Allgemeinheit und der schwierigen Zwangslage der Abhängigen ein dringender Resozialisierungsbedarf über – auch mit den notwendigen Druckmitteln ausgestattete – Therapiemaßnahmen besteht,
- Verhältnis einer möglichen Regelung zu den §§ 63, 64 StGB.

Die Literaturanalyse zeigte einige Befunde auf, die die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter sachlich rechtfertigen würden. Allerdings ergaben sich weit reichende Forschungsdefizite insbesondere im Hinblick auf die Situation Alkoholabhängiger im Justizvollzug. Zwischen dem BMJ und der KrimZ wurde daraufhin im November 2001 der Vertrag zum Forschungsvorhaben „§§ 35 ff. BtMG analog für alkoholabhängige Straftäter?“ geschlossen. Dieses Projekt wurde vom 01.02.2002 bis zum 31.05.2005 durchgeführt. Die Verfasserin wurde am 01.02.2002 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin für die Laufzeit des Projekts

---

1 Im Text werden zahlreiche Abkürzungen verwendet, die bei ihrer ersten Verwendung zusätzlich ausgeschrieben werden.

2 Verf. hat auch diese Literaturanalyse durchgeführt.

eingestellt und war bis zum Projektende mit der Durchführung des Forschungsvorhabens betraut.

## A.2 Alkohol und Kriminalität

### A.2.1 Alkoholkonsum – Zahlen und Fakten

Das Jahrbuch Sucht, das jährlich von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegeben wird, informiert über die wichtigsten Daten zu Suchtstoffen, Suchtformen und ihre Auswirkungen. Die folgenden Informationen wurden dem aktuellen Band 2005 entnommen.<sup>3</sup>

Deutschland liegt hinsichtlich des Alkoholkonsums im weltweiten Vergleich für das Jahr 2002 mit Rang fünf nach wie vor in der Spitzengruppe. Der Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol blieb im Jahr 2003 mit 10,2 Litern weiterhin auf hohem Niveau. Es hat sich gezeigt, dass sich die Trinkgewohnheiten in den neuen Bundesländern jenen im früheren Bundesgebiet immer mehr anpassen, d.h. leicht rückläufig sind. Eine alarmierende Verbreitung erreichten Bier- und Spirituosen-Mischgetränke (Alkopops). Neueste Studien zeigen, dass Alkopops bei Jugendlichen die am häufigsten konsumierte alkoholische Getränkegattung darstellen und die bestehende Umsetzung des Abgabeverbotes keine hinreichende Wirkung zeigt. Teenager nehmen Alkopops als ein speziell für sie gestaltetes Produkt wahr, was neben den geschmacklichen Eigenschaften einen besonderen Reiz für diese Zielgruppe darstellt. Eine besonders umfangreiche Datenbasis stellt die europäische Schülerbefragung zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)<sup>4</sup> dar, an der sich im Jahr 2003 erstmals auch sechs deutsche Bundesländer beteiligten. Im Rahmen der Studie wurde eine repräsentative Stichprobe von 11.043 Schülerinnen und Schülern<sup>5</sup> der 9. und 10. Jahrgangsstufe schriftlich befragt. Die Daten bestätigen, dass Alkopops das beliebteste alkoholische Getränk der Jugendlichen darstellt und dass selbst Spirituosen für Jugendliche problemlos im Handel erhältlich sind. Die Befunde zeigen, dass sich über das Jugendschutzgesetz allein, ohne wirksame Kontrollmaßnahmen und ohne massive Sanktionen bei entsprechenden Gesetzesverstößen, keine hinreichenden Wirkungen erzielen lassen. Der Erfolg der massenmedialen Kampagnen der Alkoholindustrie und ein Mangel an wirksamen Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen wird ebenfalls in einem

---

3 DHS (2005, 7 ff.).

4 Kraus et al. (2004).

5 Aus Platzgründen und zur sprachlichen Vereinfachung werden in der Regel nicht die weiblichen und männlichen Bezeichnungen angegeben, sondern der neutrale Oberbegriff, auch wenn er mit der männlichen Bezeichnung identisch sein sollte.

Befund der ESPAD deutlich: Die Mehrheit der Schüler gab positive Erwartungen (Spaß, Kontaktfreudigkeit, Glücksgefühle, Entspannung, Vergessen von Problemen) hinsichtlich der Auswirkungen des Alkoholkonsums an, während nur ein sehr viel kleinerer Teil mit negativen Konsequenzen (Unfähigkeit den Konsum zu kontrollieren, Probleme mit der Polizei, Gefährdung der Gesundheit etc.) rechnete.<sup>6</sup> Nach den Ergebnissen einer Hamburger Schülerbefragung<sup>7</sup> aus dem Jahr 2004 trinken 35 % der unter 18-Jährigen – also gut ein Drittel derer, die laut Jugendschutzgesetz (§ 4 Abs. 1 Nr. 1) keinen Zugriff auf diese branntweinhaltigen Getränke haben dürften –, mehrmals im Monat Alkopops, und immerhin 10 % geben sogar einen mehrmals wöchentlichen Konsum an. „Mit dem fast ‚brauseartigen‘ Geschmack wird die gleichsam natürliche Hemmschwelle, die insbesondere Kinder (noch) gegenüber der an sich eher bitteren Schärfe des Alkohols haben, aufgehoben. Besorgniserregend ist deshalb, dass – obwohl de jure für sie zwar verboten – de facto jedoch nun auch weit unter 18-Jährige auf ein für sie offenbar „maßgeschneidertes Rauschmittel“ zugreifen können: In der Peer Group absolut angesagt (...) und fast überall verfügbar bieten Alkopops die Möglichkeit, schon in sehr frühem Alter intensive Rauscherfahrungen zu machen.“ Besonders bedenklich ist dies vor dem Hintergrund von Ergebnissen der Alkoholismusforschung, die belegen, dass der Beginn des Alkoholkonsums in frühen Lebensjahren mit einem besonders hohen Risiko von späteren alkoholbedingten Problemen und Alkoholabhängigkeit einhergeht.<sup>8</sup> Der Verkauf von Alkohol an Jugendliche unter 18 Jahren soll daher nach Plänen der EU-Kommission verboten werden. Die Altersgrenze von 16 Jahren in den meisten EU-Ländern hält der zuständige EU-Kommissar *Markos Kyprianou* angesichts der Suchtprobleme bei jungen Menschen für nicht mehr tragbar.<sup>9</sup>

### A.2.2 Alkoholismus, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit – Begriffsbestimmungen

Bereits in der Literatur des 19. Jahrhunderts wird von Gebrauch, Genuss und Missbrauch alkoholischer Getränke sowie von Trunkenheit und Rausch berichtet. Im Laufe der Geschichte des Alkoholkonsums entwickelten sich weitere Begriffe wie Trunksucht, Gewöhnung, Abhängigkeit, Alkoholismus und Alkoholkrankheit. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den zuneh-

---

6 DHS (2005, 15).

7 Baumgärtner (2005, 19).

8 DHS (2005, 13) m.w.N.

9 Zit. aus *AJS Forum*, Vierteljährlicher Info-Dienst der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (AJS) Landesstelle Nordrhein-Westfalen e.V., Köln, Heft 1 (2005, 1).

menden Alkoholproblemen hat zu zahlreichen neuen Erkenntnissen geführt, die sich zum Teil mit traditionellen Vorstellungen auseinandersetzen mussten. Neue Begriffe kamen hinzu, alte wechselten ihren Inhalt, einige werden unterschiedlich interpretiert.<sup>10</sup> Eine möglichst scharfe Differenzierung der verwendeten Bezeichnungen ist vor allem für die Diagnostik von Krankheiten, aber auch in anderen Zusammenhängen für die Vermeidung von Missverständnissen von großer Bedeutung.<sup>11</sup> Der Begriff Alkoholgebrauch findet sich selten und kann mit Alkoholkonsum gleichgesetzt werden. Zwischen Gebrauch und Missbrauch gibt es fließende Übergänge. Die Abgrenzung beider Begriffe ist unscharf und nicht einheitlich, zumal sich Missbrauch nicht nur auf Menge und Häufigkeit, sondern auch auf Ort, Zeit und Person beziehen kann.<sup>12</sup> Wann Alkohol in falscher Weise gebraucht wird, wie der Konsum von Alkohol also in einer konkreten Situation zu beurteilen ist, hängt von Trinksitten und soziokulturellen Normen ab. In Abstinenzkulturen gilt bereits mäßiger Alkoholkonsum als abwegiges Verhalten und wird nicht selten als Missbrauch bezeichnet.<sup>13</sup> Der Begriff des Alkoholismus wurde bereits Mitte des 19. Jahrhunderts zur Bezeichnung körperlicher Folgeschäden von übermäßigem Alkoholkonsum geprägt.<sup>14</sup> Er ist trotz seiner begrifflichen Unschärfe schwer zu ersetzen, weil er sich inzwischen als sehr praktisch erwiesen und weltweit verbreitet hat. Eine Präzisierung wurde immer wieder versucht. Ältere Definitionen, wie die der WHO von 1952, orientierten sich an den Folgen auf körperlichem, psychischem und/oder sozialem Gebiet, die durch exzessiven Alkoholkonsum hervorgerufen werden.<sup>15</sup>

Wegen der großen Variabilität in Erscheinungsformen und Verlauf wird Alkoholismus nicht als einheitliche Störungsgruppe angesehen; zur Differenzierung können unterschiedliche Ansätze, vor allem Typologien, herangezogen werden, wobei sich eine allgemein anerkannte Typologie bislang noch nicht durchgesetzt hat.<sup>16</sup> Im klinischen Bereich am bekanntesten sind die Typologien von *Jellinek*, die eine Einteilung nach dem Trinkverhalten und eine Zuordnung nach verschiedenen Phasen der Erkrankung vornehmen. Der amerikanische Soziologe hat bereits in den 50er Jahren folgende „Typen“ beschrie-

---

10 *Schmidt* (1999, 26).

11 *Schmidt*, a.a.O.

12 *Schmidt*, a.a.O.

13 *Schmidt*, a.a.O.; weitere Ausführungen zu kulturellen Traditionen in A.2.4.1.

14 Vgl. *Feuerlein* (2000, 56) und *Platz* (1995, 54) m.w.N.

15 *Feuerlein* (2000, 56).

16 *Küfner* (1996, 183).

ben, die er nach den ersten fünf Buchstaben des griechischen Alphabets benannt hat<sup>17</sup>:

- |               |  |
|---------------|--|
| Alphatrinker  | sind Konflikt- und Erleichterungstrinker, ohne Kontrollverlust <sup>18</sup> , bei denen die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit möglich ist. |
| Betrinker     | sind Gelegenheitstrinker mit periodischem Alkoholmissbrauch, sie sind weder psychisch noch somatisch abhängig, ein Aufhören ist möglich.             |
| Gammatrinker  | sind („süchtige“) Trinker mit psychischer und somatischer Abhängigkeit sowie Kontrollverlust.  |
| Deltatrinker  | sind Gewohnheitstrinker („Spiegeltrinker“) mit somatischer Abhängigkeit und der Unfähigkeit zu abstinieren, jedoch ohne Kontrollverlust.             |
| Epsilotrinker | sind periodische Trinker über mehrere Tage („Quartalssäufer“), die in dieser Phase unter Kontrollverlust leiden.                                     |

Es treten Überschneidungen in Einzelfällen ebenso auf wie bei ein und demselben Patienten ein „Wechsel“ innerhalb der „Jellinek-Typen“ möglich ist.<sup>19</sup> Nach *Jellinek* verläuft die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit in vier Phasen:

1. Die präalkoholische Phase, in der ein zunehmendes Erleichterungstrinken während einer Dauer von einigen Monaten bis zu zwei Jahren besteht. Diese Phase wird bei fortschreitendem Alkoholkonsum abgelöst durch
2. die Prodromalphase, die gekennzeichnet ist durch
  - zunehmende Gedächtnislücken,
  - heimliches Trinken, um nicht als Trinker identifiziert zu werden,
  - zwanghaftes Denken an Alkohol,
  - Anlegen von Alkoholvorräten,
  - Schuldgefühle,
  - gieriges Trinken der ersten Schlucke,
  - Vermeidungshaltung im Hinblick auf Gespräche über Alkohol, um

---

17 Zit. nach *Platz* (1995, 59).

18 Kontrollverlust bedeutet in diesem Zusammenhang, dass es nicht möglich ist, mit dem Trinken von Alkohol aufzuhören, wenn erst einmal damit begonnen wurde, eine auch nur kleine Menge Alkohol (z.B. eine Cognacbohne) zu konsumieren.

19 *Platz* (1995, 59 f.).

dann nach einer Dauer von etwa einem halben bis zu vier oder fünf Jahren in die

3. kritische Phase überzugehen. Hier kommt es zu

- Kontrollverlust,
- vergeblichen Versuchen zu abstinieren,
- häufigen Alkoholausreden (Alibis),
- einem Wechsel zwischen überhöhtem Selbstwertgefühl und Selbstverachtung,
- einer zunehmenden Einengung der Interessen,
- Vernachlässigung der Familie, der Arbeitstätigkeit sowie der Hobbys, mit der Folge der Isolierung und des sozialen Abstiegs,
- alkoholbedingten, somatischen Folgeschäden.

4. Die chronische Phase schließlich weist folgende Charakteristika auf:

- Trinkbeginn bereits morgens,
- ein Nachlassen der Alkoholtoleranz, mit der Folge, dass bereits geringe Alkoholmengen Trunkenheitssymptome hervorrufen können,
- Trinken billigen Alkohols oder technischer Produkte aus Geldmangel,
- soziale Kontakte bestehen meist nur noch zu anderen Alkoholabhängigen,
- somatische Folgezustände sind häufiger und stärker ausgeprägt als in der kritischen Phase, auftretende Entzugssyndrome können von generalisierten zerebralen Entzugskrampfanfällen und/oder einem Delir eingeleitet/begleitet werden.

Die diagnostischen Kriterien für Alkoholismus befinden sich noch im Stadium der Entwicklung; erschwert wird die Alkoholismusdefinition, wenn soziale Folgeschäden, die kulturell unterschiedlich akzeptiert werden, mit einbezogen werden.<sup>20</sup> Vielfach wird unter Alkoholismus ein Konstrukt verstanden, das verschiedene Phänomene erfasst, die entsprechend den Vorschlägen einer Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1977 zu trennen sind: einerseits Missbrauch (bzw. „Schädlicher Gebrauch“)

---

<sup>20</sup> Platz (1995, 60); weitere Suchttypologien beschreibt *Schalast* (2000a, 25 f.).

und andererseits Abhängigkeit von Alkohol. Davon hat das Komitee exzessives Trinken als nicht krankhaftes Verhalten abgegrenzt.<sup>21</sup>

Überlegungen über geeignete Grenzwerte und zahlreiche Studien zum Alkoholkonsum haben zu einer Einteilung in folgende Konsumgruppen geführt<sup>22</sup>:

- „Risikoarmer Konsum“ (bis 30g bzw. 40g Reinalkohol pro Tag für Männer; bis 20g für Frauen),
- „Riskanter Konsum“ (mehr als 30g bzw. 40g bis 60g Reinalkohol pro Tag für Männer; mehr als 20g bis 40g für Frauen),
- „Gefährlicher Konsum“ (mehr als 60g bis 120g Reinalkohol pro Tag für Männer; mehr als 40g bis 80g für Frauen), und
- „Hochkonsum“ (mehr als 120g Reinalkohol pro Tag für Männer und mehr als 80g Reinalkohol pro Tag für Frauen).

Neuere Diagnoseschlüssel der Psychiatrie sind um eine Präzisierung der Kriterien bemüht. International gebräuchlich sind vor allem zwei Schemata: die zehnte Fassung der im Auftrag der WHO erstellten International Classification of Diseases, die ein Kapitel über psychische Störungen enthält (ICD 10), sowie das Diagnostic and Statistical Manual der American Association of Psychiatry, das inzwischen in der vierten Fassung vorliegt (DSM IV). In beiden finden sich speziellere Abschnitte über Störungen durch psychotrope Substanzen, die jeweils ein breites Spektrum von Begleit- und Folgeerscheinungen aus medizinischer Sicht klassifizieren.<sup>23</sup>

Während früher zur Charakterisierung des Alkoholismus der körperlichen Abhängigkeit eine zentrale Bedeutung beigemessen wurde, heben die Klassifikationssysteme DSM IV und ICD 10<sup>24</sup> die Bedeutung der psychischen Abhängigkeit hervor, auch wenn deren Definition bislang nicht zufriedenstellend konkretisiert ist.<sup>25</sup>

So geht das DSM IV von einer grundsätzlichen Trennung des nicht pathologischen Substanzgebrauchs und des pathologischen Missbrauchs aus, der durch

---

21 Schmidt (1999, 29).

22 Bezeichnung der nachfolgenden Konsumentengruppen nach Bühringer et al. (2000, 48).

23 Dessecker (1996, 22).

24 Zur Entwicklung der Klassifikationssysteme und den Auswirkungen auf den diagnostischen Prozess vgl. Hiller et al. (1995).

25 Kufner (1996, 181).

vier Kriterien bestimmt wird, von denen innerhalb eines Jahres jedoch nur eines vorliegen muss<sup>26</sup>:

- Wiederholter Konsum, der zur Vernachlässigung von Pflichten bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt,
- Wiederholter Konsum in Situationen, in denen der Konsum eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer),
- Wiederkehrende rechtliche Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum,
- Fortgesetzter Konsum trotz Wissen um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches oder körperliches Problem, das durch den Konsum von Alkohol verursacht wird.

Wenn diese Probleme zusammen mit Alkoholtoleranz, Entzug oder zwanghaftem Verhalten, das in Zusammenhang mit Alkoholkonsum steht, auftreten, sollte nach der DSM IV eher die Diagnose Alkoholabhängigkeit in Erwägung gezogen werden.<sup>27</sup> An diesem Klassifikationsschema wird kritisiert, dass die Kriterien sehr allgemein und offen formuliert sind, sich beliebig kumulieren lassen und überdies im Bereich der Leistungsfähigkeit weitgehend von sozialen Definitionsprozessen abhängen; jedenfalls bei der Prüfung rechtlicher Sanktionen sei dies fragwürdig.<sup>28</sup>

Demgegenüber sind die ICD-Richtlinien mehr um eine Konzentration auf medizinisch fassbare Konsumfolgen bemüht. In der ICD 10 wurde der Begriff des Missbrauchs aufgegeben und durch den Begriff des „Schädlichen Gebrauchs“ ersetzt. Dieser wird definiert durch ein „Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt.“ Die Schädigung kann eine körperliche oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum, sein.<sup>29</sup> Soziale Folgen allein sind für die Diagnose des „Schädlichen Gebrauchs“ also nicht ausreichend, während sie bei DSM IV als Hinweis für einen Alkoholmissbrauch gelten.<sup>30</sup> Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms müssen nach ICD 10 drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres erfüllt sein<sup>31</sup>:

---

26 Nachfolgende Darstellung der Kriterien nach *Feuerlein* (2000, 56).

27 *Feuerlein et al.* (1998, 8).

28 *Dessecker* (1996, 22) m.w.N.

29 *Feuerlein et al.* (1998, 8).

30 *Bühringer et al.* (2000, 13).

31 Darstellung der Merkmale nach *Küfner* (1996, 182).

- Starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren,
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums,
- Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern,
- Körperliches Entzugssyndrom,
- Toleranzentwicklung,
- Eingeengtes Verhaltensmuster bezüglich Alkoholkonsum, Verstoß gegen sozial übliche Trinkregeln,
- Vernachlässigung früherer Interessen und Einengung auf Alkoholkonsum,
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutig negativer Folgen.

Im Kern kommt es auf die mangelnde Kontrollfähigkeit gegenüber der Droge Alkohol und die mangelnde Selbstregulation des Gesamtverhaltens an. Die Alkoholabhängigkeit lässt sich in operationaler Weise definieren als ein Trinken von Alkohol, trotz bestehender und weiter drohender Schäden im sozialen, psychischen und körperlichen Bereich.<sup>32</sup> Die beschriebenen Klassifikationen sind Hilfen für eine präzisere Diagnostik und Einschätzung der Schwere der Alkoholkrankheit. Es bleiben jedoch Verständnisfragen offen, z.B. was unter einem starken Wunsch zu verstehen ist. Überdies sind die Übergänge zwischen übermäßigem Konsum, Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit fließend. Die Diagnose alkoholbezogener Störungen lässt häufig einen individuellen Bewertungsspielraum offen, wodurch es im Ergebnis zu einer recht unterschiedlichen Einschätzung eines Alkoholkonsumenten kommen kann.<sup>33</sup>

Aufgrund der unbestimmten Reichweite des Alkoholismusbegriffs, der teilweise als Synonym für Alkoholabhängigkeit verwendet wird<sup>34</sup>, zum Teil aber auch für Alkoholmissbrauch und sonstige Erscheinungen, sind die Kategorien der ICD 10 bzw. DSM IV (Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch bzw. Schädlicher Gebrauch) für die Benennung alkoholbezogener Störungen vorzuziehen. Auch die Verwendung des Begriffs der Alkoholsucht ist mit Schwierigkeiten behaftet. Unterschiede zwischen nicht stoffgebundenen (Tätigkeitssüchte) und stoffgebundenen (Drogen) Süchten machen eine weitere Abgrenzung notwendig. Während bei den Tätigkeitssüchten, z.B. bei der Spielsucht, der Süchtige aktiv sein muss, um seine Befindlichkeit zu ändern, kann der Drogenabhängige dies allein

---

32 *Küfner* (1996, 183).

33 *Platz* (1995, 54).

34 Für diese Begriffsverwendung spricht sich *Schmidt* (1999, 29) aus.

durch Einnahme der Droge erreichen. Seine Entzugserscheinungen sind deutlicher und seine somatischen Folgeschäden ausgeprägter. Aufgrund dieser Mehrdeutigkeit des Begriffes „Sucht“ empfahl die WHO 1964, ihn im Drogenbereich durch den Begriff „Abhängigkeit“ zu ersetzen.<sup>35</sup>

### A.2.3 Alkohol im Spiegel der Statistiken

Alkoholkonsum ist eine häufige Ursache von Straßenverkehrsunfällen. Selbst geringe Mengen Alkohol führen zu gefährlichen Beeinträchtigungen des Fahrvermögens.<sup>36</sup> Das Statistische Bundesamt veröffentlicht in jährlichem Abstand relevante Daten zum Verkehrsunfallgeschehen in Deutschland in der Statistik „Verkehr: Verkehrsunfälle“ (Straßenverkehrsunfallstatistik). Im Jahr 2003 wurden ausweislich dieser Statistik 3,2 % aller unfallbeteiligten Pkw-Fahrern Alkoholeinfluss von der Polizei angelastet. Die Bedeutung dieser Unfallursache ist seit 1991 zwar deutlich zurückgegangen (gegenüber 2002 – 8,2 %)<sup>37</sup>, spielt allerdings gerade bei Unfällen mit schwerwiegenden Folgen weiterhin eine bedeutende Rolle. So beträgt der Anteil der Alkoholunfälle an Unfällen mit Personenschaden 6,8 %; bei tödlichen Verkehrsunfällen erhöht er sich auf 12,4 % (1991: 19,7 %).<sup>38</sup> Alkoholunfälle sind also durch eine überdurchschnittlich hohe Schwere gekennzeichnet: Während bei allen Unfällen mit Personenschaden 19 Getötete und 241 Schwerverletzte auf 1.000 Unfälle kamen, waren es bei den Alkoholunfällen mit Personenschaden 34 Getötete und 385 Schwerverletzte je 1.000 Unfälle.<sup>39</sup> Hinzu kommt, dass es sich bei den offiziellen Zahlen „um ein von der Polizei ausgelesenes Material handelt“, so dass von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen ist. Schätzungen zufolge ist von einer etwa bei 30 % liegenden Zahl „alkoholpositiver Toter“ auszugehen.<sup>40</sup>

Jährlich sterben ca. 42.000 Personen, deren Tod direkt (die amtliche Todesursachenstatistik weist jährlich 17.500 Todesfälle aufgrund von Abhängigkeit

---

35 Schmidt (1999, 28): Unter dem Begriff „Drogen“ sind Substanzen zu verstehen, die Funktionen im Organismus verändern und vor allem das Nervensystem beeinflussen. Zu ihnen gehören neben den illegalen Drogen auch Alkohol und Arzneimittel. Alle diese Substanzen entwickeln psychische Abhängigkeit.

36 Gerchow (1999, 508).

37 Statistisches Bundesamt, Straßenverkehrsunfallstatistik 2003 (2004, 42 f.).

38 Statistisches Bundesamt, Straßenverkehrsunfallstatistik 2003 (2004, 274); Alkoholunfälle sind Unfälle, bei denen mindestens ein Beteiligter alkoholisiert war.

39 Statistisches Bundesamt, Unfallgeschehen im Straßenverkehr 2003 (2004, 37).

40 Vgl. Grüner (2000, 578) m.w.N.

bzw. Missbrauch von Alkohol aus) oder indirekt (z.B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) in Verbindung mit Alkohol steht.<sup>41</sup> Die absolute Zahl der Alkoholstraftäter lässt sich allerdings ebenso wenig wie die Zahl der Delinquenten im Allgemeinen erfassen.<sup>42</sup> Fest steht jedoch, dass der Konsum von Alkohol bei der Begehung von Straftaten eine bedeutende Rolle spielt.

In der Bundesrepublik Deutschland registriert die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) die bei den Polizeibehörden und -dienststellen bekannt gewordenen Verbrechen und Vergehen nach Bundesrecht. Dabei sagen die Daten der PKS, die das Bundeskriminalamt jährlich veröffentlicht, nichts Verbindliches über die Kriminalitätswirklichkeit aus, sondern sind nur als – allerdings nicht unerhebliches – Teilbild von Realität zu werten.<sup>43</sup> In den Tabellen der PKS wird nachgewiesen, ein wie hoher Anteil der aufgeklärten Delikte von Personen unter Alkoholeinfluss begangen wurde und wie hoch der Anteil alkoholbeeinflusster Personen an der Gesamtheit der jeweils Tatverdächtigen im Erfassungszeitraum war. Nach den Richtlinien der PKS ist das Merkmal „Alkoholeinfluss“ zu registrieren, wenn die Polizeibeamten einen Alkoholkonsum dergestalt bemerken, dass dadurch die Urteilskraft des Täters während der Tatausführung beeinträchtigt war. Maßgeblich ist ein offensichtlicher oder nach den Ermittlungen wahrscheinlicher Alkoholeinfluss. 2003 standen in über 300.000 aller aufgeklärten Fälle die Tatverdächtigen (= 8,7 % aller Tatverdächtigen) nach polizeilicher Erkenntnis bei der Tatausführung unter Alkoholeinfluss (2002: 8,5 %). Insbesondere bei den Gewaltdelikten spielt Alkohol eine gewichtige Rolle: 42,1 % derjenigen, die des Totschlags verdächtigt waren, 34,7 % der Personen, gegen die der Tatverdacht bestand, eine Körperverletzung mit tödlichem Ausgang begangen zu haben sowie 27,6 % derjenigen, die der Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung verdächtig waren, standen nach Auffassung der Polizei unter Alkoholeinfluss. Ausweislich der PKS 2003 wurde jedes vierte (27,6 %) aufgeklärte Gewaltdelikt von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss begangen.<sup>44</sup> Aus der Justizpraxis berichtet *Rebsam-Bender*, dass der Anteil alkoholisierter Straftäter bei allen Deliktgruppen, insbesondere bei den Aggressionstaten, zwischen 35 % und 60 % liege.<sup>45</sup> Nach Einschätzung von *Hanreich*, langjähriger Vorsitzender des Schwurgerichts des Landgerichts München I, sind die Hälfte bis zwei Drittel aller Tö-

---

41 *Bühringer et al.* (2000, 151).

42 Vgl. *Platz* (1995, 24); *Rebsam-Bender* (2000, 255).

43 *Kerner* (1992, 109).

44 *Bundeskriminalamt*, PKS 2003, (2004, 71 und 126).

45 *Rebsam-Bender* (2000, 254 f.) m.w.N.

tungsdelikte mit einer Alkoholproblematik verbunden.<sup>46</sup> Was dabei genau unter einer Alkoholproblematik – in Abgrenzung zur „bloßen“ Alkoholisierung – zu verstehen ist, wird allerdings nicht näher präzisiert.

Die vorgenannten Zahlen sagen daher nichts über den Anteil alkoholabhängiger Täter an den Gewalttätern, den Straßenverkehrstätern oder den Straftätern insgesamt aus. Systematisch erfasst werden Alkoholmissbrauch (bzw. Schädlicher Gebrauch) und Alkoholabhängigkeit in keiner der bekannten Rechtspflegestatistiken. Auch aus den Auszügen des Bundeszentralregisters (BZR) lassen sich Rückschlüsse auf eine Alkoholproblematik des Täters nicht entnehmen. Zwar wird die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB in das BZR eingetragen; offensichtlich ist jedoch, dass nicht bei jedem alkoholabhängigen Täter die weiteren Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen. Überdies sind die Begriffe Alkoholabhängigkeit und der in § 64 StGB geforderte Hang, alkoholische Getränke im Übermaß zu konsumieren, nicht deckungsgleich.<sup>47</sup> Hinsichtlich der Prävalenz<sup>48</sup> der Alkoholabhängigkeit gibt es daher anders als beim Alkoholeinfluss keine periodisch wiederkehrende Statistik im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen und/oder Straftaten.

#### *A.2.4 Alkoholisierte und / oder alkoholranke Straftäter – Gesellschaftliche und rechtliche Reaktionen*

Der gesellschaftliche Umgang mit Alkohol ist eingebettet in die kulturellen Traditionen und Orientierungen eines Landes. Das gilt insbesondere für den Zusammenhang von (Straf-)Recht und Alkohol.<sup>49</sup> So unterliegt die strafrechtliche Beurteilung von Tätern, die unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen oder einer Sucht Straftaten begangen haben, international erheblichen Schwankungen: der Alkohol- und Drogeneinfluss kann mildernd oder erschwerend bei der Strafzumessung berücksichtigt werden.<sup>50</sup>

---

46 Hanreich (2000, 44).

47 Siehe Fn. 58.

48 Als Prävalenz bezeichnet man die vorliegende Zahl von Fällen einer bestimmten Erkrankung oder eines Symptoms innerhalb einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die auf einen bestimmten Zeitraum bezogene Prävalenz heißt Periodenprävalenz, vgl. Definition unter [www.diabetes.de/view.asp](http://www.diabetes.de/view.asp).

49 Kerner (2001, 22).

50 Platz (1995, 9); weitere Ausführungen dazu in C.3.1.

#### A.2.4.1 Kulturelle Traditionen

*Kerner*<sup>51</sup> schildert verschiedene kulturelle Traditionen und gesellschaftliche Reaktionen auf Alkohol sowie die Wirkungen der Tradition auf die Strafrechtspflege. Beispielsweise lehnt die muslimische Tradition den Alkohol prinzipiell ab. Außerdem gibt es die uns näherliegende christlich-puritanische Tradition, bis heute am stärksten ausgeprägt in den Vereinigten Staaten von Amerika und in den skandinavischen Ländern. In den USA wird der Alkohol grundsätzlich als Feind betrachtet und ist ähnlich negativ besetzt wie andere Drogen. Die USA hatten bis vor wenigen Jahren in der Bundes- wie in der Staatengesetzgebung das Alkoholverbot dergestalt ausgeprägt, dass schon der Besitz von Alkohol in der Öffentlichkeit oder das leichte Alkoholisiertsein bzw. das demonstrative Trinken in der Öffentlichkeit ein Straftatbestand an sich war. Obwohl dies zum Teil jetzt modifiziert wurde, ist gleichwohl die Grundeinstellung geblieben. Konsequenterweise werden Alkoholproduktion und -import strikt kontrolliert und gegebenenfalls kriminalisiert. Restaurants, die Alkohol ausschenken möchten, benötigen z.B. eine entsprechende behördliche Erlaubnis. Auch der Alkoholkonsum wird kontrolliert und unter bestimmten Voraussetzungen kriminalisiert. Für einen jungen Menschen unter 25 Jahren steht in den USA beispielsweise das Mitführen von Alkohol im Kraftfahrzeug unter Strafe. Im Hinblick auf das Strafrecht bewirkt diese Tradition bei der Einzelanwendung, dass tendenziell der Alkohol bei Straftaten als verschärfendes Element gilt. Die Überlegung, Alkoholisierung als entlastenden oder strafmildernden Faktor gelten zu lassen, ist in dieser Kultur nicht ausgeprägt. Am zurückhaltendsten in der Kontrolle ist die jüdisch-katholische Tradition: Alkoholproduktion und -import sind allenfalls grob reguliert, hauptsächlich über Steuern, Zoll und gewisse Restriktionen. Der Alkoholkonsum wird in der Öffentlichkeit überwacht, allerdings mit deutlichen und rational sehr viel leichter nachvollziehbaren Elementen, insbesondere Jugendschutz in der Öffentlichkeit sowie im Zusammenhang mit Sicherheitsbereichen aller Art, etwa im Straßenverkehr oder im Arbeitsfeld. In der Regel aber wird der Alkoholkonsum nicht kriminalisiert. In der Strafrechtsanwendung wird diese Linie fortgesetzt, indem der Alkohol bei Straftaten tendenziell mildernd berücksichtigt wird.<sup>52</sup>

#### A.2.4.2 (Straf-)Rechtliche Interventionsmöglichkeiten

Das deutsche Strafrecht ist nach Auffassung von *Kerner* in der Grundfrage, was die Gesellschaft dem Alkoholisierten bzw. dem Alkoholabhängigen bei

---

51 *Kerner* (2001, 22 f.).

52 Vgl. Ausführungen in C.3.1.

der Begehung von Straftaten durchgehen lassen will, ambivalent.<sup>53</sup> So ermöglicht z.B. § 46 Abs. 2 Strafgesetzbuch (StGB) im Rahmen der Strafzumessung, eine Alkoholisierung beispielsweise bei den Umständen der Tat, den Beweggründen oder dem Vorleben schärfend oder mildernd zu berücksichtigen. Hinter § 323a StGB (Vollrausch) wiederum steht der Gedanke, dass Alkohol zwar vielfach entlastend wirken kann, man aber diejenigen, die alkoholisiert gegen das Strafgesetz verstoßen, dann an den Konsequenzen einer Straftat im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum (trotz erwiesener Schuldunfähigkeit) festhalten will, wenn es für sie absehbar war oder absehbar hätte sein müssen, dass sie unter Einfluss von Alkohol eine Straftat begehen. In ähnliche Richtung weist auch die Figur der „actio libera in causa“<sup>54</sup>, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Täter zur Tatzeit schuldunfähig ist, gleichwohl aber strafrechtlich haftet, weil er vorab in verantwortlichem Zustand das Tatgeschehen in Gang gesetzt hat.

Das spezialpräventiv ausgerichtete Sanktionenrecht berücksichtigt Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Stoffen in differenzierter Weise. Die Spannbreite reicht von Weisungen bis zu einer unbestimmten Freiheitsentziehung.<sup>55</sup> Daneben gibt es verschiedene Interventionsmöglichkeiten außerhalb des Strafrechts. Im Folgenden werden diese rechtlichen Grundlagen im Überblick dargestellt<sup>56</sup>, um die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach §§ 35 ff. BtMG in diesen Zusammenhang einzuordnen.

Bereits auf der untersten Stufe einer formellen strafrechtlichen Reaktion, der Verwarnung mit Strafvorbehalt, kann das Gericht eine Weisung aussprechen, sich einer ambulanten Entziehungskur zu unterziehen (§ 59a Abs. 2 S. 1 Nr. 4 StGB). Dafür ist einerseits die Einwilligung der verwarnten Person erforderlich; andererseits sieht das Gericht von einer solchen Weisung vorläufig ab, wenn diese entsprechende Zusagen für ihre künftige Lebensführung macht und zu erwarten ist, dass sie sich daran halten wird (§§ 59a Abs. 2 S. 3, 56c Abs. 3 und 4 StGB). Allerdings hält sich die praktische Bedeutung dieser Sanktionsform in Grenzen; Verwarnungen werden insgesamt eher selten verhängt.

Bei der (Primär-)Aussetzung einer Freiheitsstrafe zur Bewährung wie auch bei der Strafrestausssetzung beschränkt sich die entsprechende Weisung nicht mehr auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten, sondern kann sich auch auf

---

53 Kerner (2001, 23 f.).

54 Zu Einzelheiten der alic vgl. Fischer (2004) § 20 Rn. 49 ff.

55 Zu den Möglichkeiten, bereits zu Beginn des Strafverfahrens therapeutische Maßnahmen einzuleiten, vgl. Egg (1999, 402 f.).

56 Darstellung nach Dessecker (1996, 15 ff.).

einen stationären Aufenthalt in einer geeigneten Therapieeinrichtung beziehen. Hier ist allerdings ebenfalls eine Einwilligung des Verurteilten erforderlich. Zudem wird die Weisung bei glaubhafter Zusage in der Regel entbehrlich (§§ 56c Abs. 3 und 4; 57 Abs. 3 S. 1 und 57a Abs. 3 S. 2 StGB). Für solche Weisungen besteht wegen der quantitativen Bedeutung von Straf- und Strafrestaussetzungen ein recht breites Anwendungspotential. Inwieweit die Strafrechtspraxis von dieser Möglichkeit tatsächlich Gebrauch macht, wird unter Punkt C.3.4 näher beleuchtet.

Wird eine Freiheitsstrafe nicht zur Bewährung ausgesetzt, so besteht im Strafvollzug ein Behandlungsanspruch, jedenfalls bei Diagnose einer Abhängigkeit (§ 58 StVollzG). Zusätzlich zur Therapie kommt auch eine Verlegung in eine andere Vollzugsanstalt, ein Anstaltskrankenhaus oder ein Krankenhaus außerhalb des Strafvollzugs in Betracht (§ 65 StVollzG). Doch bestehen im Bereich der Abhängigkeitskrankheiten nur unzureichende Behandlungsmöglichkeiten.<sup>57</sup>

Grundsätzlich unabhängig von einer Strafe ist zu prüfen, ob eine Suchttherapie in einer Einrichtung des Maßregelvollzugs in Betracht kommt, die das Strafgesetzbuch „Entziehungsanstalt“ nennt.

Die Landesgesetze, die den Vollzug der Unterbringung regeln, sprechen meist allgemein von „Einrichtungen“ (so § 2 MRVG Hessen), von „psychiatrischen Krankenhäusern“ (z.B. Art. 19 Unterbringungsgesetz Bayern) oder von „Suchtfachabteilungen und -kliniken“ (§ 30 PsychKG Thüringen). Hier geht es um eine spezifische Maßregel der Besserung und Sicherung, die auf Straftäter mit einer Suchtproblematik – das Gesetz spricht von einem „Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“ (§ 64 Abs. 1 StGB) – zugeschnitten ist. „Hang i.S.v. § 64 StGB verlangt eine chronische, auf körperlicher Sucht beruhende Abhängigkeit oder zumindest eine eingewurzelte, auf psychischer Disposition beruhende oder durch Übung erworbene intensive Neigung, immer wieder Alkohol oder andere Rauschmittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Im Übermaß bedeutet, der Täter nimmt berauschende Mittel in einem solchen Umfang zu sich, dass seine Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit dadurch erheblich beeinträchtigt wird.“<sup>58</sup> Der Hangbegriff ist also keineswegs identisch mit dem Begriff der Abhängigkeit i.S.d. ICD 10 oder DSM IV. Die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt setzt weiter voraus, dass die Gefahr<sup>59</sup> besteht, dass

---

57 *Dessecker* (1996, 16) m.w.N.; zur Situation alkoholkranker Straftäter im Strafvollzug siehe Ausführungen in C.2.

58 Zur aktuellen Rechtsprechung des BGH *Detter* (2005, 148).

59 Für die Gefahrprognose sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Urteilsfindung maßgeblich, vgl. *Detter* (2005, 148).

der Täter infolge seines Hangs erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, § 64 Abs. 1 StGB. Darüber hinaus darf diese Maßregel nur „dann angeordnet werden, wenn die hinreichend konkrete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Es reicht nicht (...) aus, dass die Entziehungskur nicht von vornherein aussichtslos erscheint.“<sup>60</sup>

Die Höchstdauer einer stationären Behandlung im Maßregelvollzug beträgt nach § 67d Abs. 1 S. 1 StGB zwei Jahre, verlängert sich aber bei Vorwegvollzug der Maßregel vor einer Freiheitsstrafe aus demselben Verfahren. Auch die Maßregel kann zugleich mit ihrer Verhängung zur Bewährung ausgesetzt werden (§ 67b StGB). Der Blick in eine weitere amtliche Rechtspflegestatistik gewährt einen Eindruck von der Bedeutung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Jährlich erscheint die – ebenfalls vom Statistischen Bundesamt herausgegebene – Statistik „Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.“ (Strafvollzugsstatistik), die relevante Daten zu Strafgefangenen, Sicherungsverwahrten und Untergebrachten im Maßregelvollzug aufweist. Die Strafvollzugsstatistik verdeutlicht die langfristige Entwicklung der Belegung im Maßregelvollzug seit Anfang der 60er Jahre. Während die Unterbringungszahlen, die jährlich zu einem Stichtag erhoben werden, bis etwa 1975 auf einem niedrigen Stand zwischen 100 und 300 Personen lagen, findet seit der Strafrechtsreform von 1975 eine ziemlich stetige Zunahme statt. Im Frühjahr 1997 befanden sich mehr als 1.300 Verurteilte im Maßregelvollzug nach § 64 StGB, schätzungsweise etwa 250 Maßregelpatienten zusätzlich in den östlichen Bundesländern.<sup>61</sup> Die gegenwärtigen Belegungszahlen liegen so hoch wie nie zuvor: 2003 etwa 15mal so hoch wie vor 30 Jahren.<sup>62</sup> Nach der aktuellen Strafvollzugsstatistik waren am 31.03.2004 mehr als 2.400 Verurteilte in einer Entziehungsanstalt im früheren Bundesgebiet untergebracht.<sup>63</sup> Ausweislich der Statistik waren darunter 1.379 „Entziehungsfälle ohne Trunksucht“<sup>64</sup>, also Täter, die den Hang haben, nicht Alkohol, sondern andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Damit waren mehr als 1.000 Verurteilte mit dem Hang, alkoholische Getränke im Übermaß zu sich zu nehmen, zu diesem Zeitpunkt gemäß § 64 StGB untergebracht. Die Maßregel kommt bereits in Verfahren gegen jugendliche Straftäter in Betracht (§§ 7, 93a JGG).

---

60 *Detter* (2005, 148).

61 *Dessecker* (2000, 181 f.).

62 *Dessecker* (2005, 23); die Steigerungsrate ist auch deutlich höher als die der Einweisung psychisch kranker Rechtsbrecher gemäß § 63 StGB in ein psychiatrisches Krankenhaus, vgl. *Dunker* (2004, 28).

63 *Statistisches Bundesamt*, Strafvollzugsstatistik 2004 (2005, 26).

64 *Statistisches Bundesamt*, a.a.O.

Aber auch unterhalb stationärer Sanktionen berücksichtigt das Jugendstrafrecht eine Alkoholproblematik. So kennt es die Weisung, sich einer Entziehungskur zu unterziehen (§ 10 Abs. 2 JGG), die auch bei Aussetzung einer Jugendstrafe zur Bewährung in Betracht kommt (§ 23 Abs. 1 S. 4 JGG).<sup>65</sup> Nach ihrer Eingriffsintensität am oberen Ende des Spektrums steht die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB), die auf unbestimmte Zeit angeordnet wird. Sie stellt die allgemeine präventive Sanktion des Strafrechts dar, die für vermindert schuldfähige und schuldunfähige<sup>66</sup> Straftäter in Betracht kommt, wenn von diesen auf Grund einer psychischen Störung erhebliche Rechtsgutsverletzungen zu erwarten sind. Das Verhältnis zu der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wird von der Rechtsprechung in wechselhafter Weise und nicht immer eindeutig bestimmt.

Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes (BGH) kann „Alkoholsucht ... nur unter besonders engen Voraussetzungen zur Anordnung der Maßregel des § 63 StGB führen. In Fällen, in denen die erhebliche Verminderung der Schuldfähigkeit nicht allein durch einen länger andauernden geistigen Defekt, sondern letztlich durch Alkoholgenuss bewirkt wurde, ist § 63 StGB nur dann anwendbar, wenn der Täter an einer krankhaften Alkoholsucht leidet oder in krankhafter Weise alkoholüberempfindlich ist.“<sup>67</sup>

Der kleinste gemeinsame Nenner dürfte in der Aussage liegen, dass die Maßregel nach § 63 StGB bei Abhängigkeitskrankheiten nur in Ausnahmefällen in Betracht kommt.<sup>68</sup> Sind sowohl die Voraussetzungen des § 63 StGB als auch des § 64 StGB erfüllt und kann der Maßregelzweck schon durch die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erreicht werden, so ist nach § 72 Abs. 1 S. 2 StGB nur diese Maßregel anzuordnen, wenn sie den Angeklagten weniger beschwert.<sup>69</sup>

Außerhalb des Strafrechts und unabhängig von den Voraussetzungen einer Straftat können suchtmittelabhängige Personen bei Bestehen einer konkreten Gefahr für andere oder erheblicher Selbstgefährdung nach den landesrechtlichen Gesetzen über die Hilfen für die Unterbringung psychisch Kranker in

---

65 Zur praktischen Bedeutung dieser Weisung siehe Ausführungen in C.3.4.

66 Allerdings entschied der BGH mit Beschluss vom 08.01.2004, dass bei einer Verurteilung nach § 323a StGB die Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus trotz uneingeschränkt schuldhaften Sich-Berausens jedenfalls dann in Betracht kommt, wenn der Täter andernfalls in der Sicherungsverwahrung untergebracht werden müsste, *BGH* (NJW 2004, 960).

67 *Detter* (2005, 148).

68 *Hanack* (1991) Rn. 67 ff. zu § 63 StGB.

69 *BGH*, StV (1998, 72).

eine geschlossene Einrichtung eingewiesen werden. Dagegen ist eine Abhängigkeitserkrankung oder Sucht im Text der Unterbringungsvorschrift des Betreuungsrechts (§ 1906 Abs. 1 BGB) nicht ausdrücklich genannt. Eine zivilrechtliche Unterbringung Suchtkranker ist dadurch nicht ausgeschlossen, da sich Sucht als psychische Krankheit definieren lässt. Bei beiden nichtstrafrechtlichen Unterbringungsmöglichkeiten bemühen sich Rechtsprechung und juristische Literatur jedoch um einschränkende Auslegungen.<sup>70</sup>

Speziell für Straftäter, die von illegalen Drogen im Sinne des Betäubungsmittelrechts abhängig sind, greifen die Regelungen über die Zurückstellung der Strafvollstreckung zugunsten einer stationären oder ambulanten Drogentherapie ein (§§ 35 ff. BtMG), die Bezugspunkt dieses Forschungsvorhabens sind. Sie gelten bei Freiheitsstrafe bzw. einem noch zu verbüßenden Strafrest von bis zu zwei Jahren, wobei auch die Vollstreckung einer parallelen strafrechtlichen Unterbringung nach § 64 StGB zurückgestellt werden kann. Die Aufenthaltszeit in einer staatlich anerkannten Einrichtung wird bis zur Erledigung von zwei Dritteln der Strafe auf diese angerechnet, wobei es nicht darauf ankommt, ob die Therapie regulär abgeschlossen wird. Diese Regelung wird bei drogenabhängigen Tätern recht häufig angewandt<sup>71</sup>: 1986 wurde die Strafe bei über 1.000 verurteilten Tätern zurückgestellt, im Jahr 2003 bereits bei mehr als 6.000 Personen (Abb. 1). An diesem kontinuierlichen Anstieg lässt sich klar ablesen, dass diese – zunächst bei Justiz und Therapieeinrichtungen wenig akzeptierten – Regelungen sich in der Praxis bewährt und von einer Alternative zu der dominierenden Form justiziell bedingter Therapieeinleitungen entwickelt haben. Über die sog. „Zurückstellungslösung“ werden heute offensichtlich auch vielfältigere Behandlungsmöglichkeiten genutzt.<sup>72</sup> Alle zum gegenwärtigen Zeitpunkt möglichen strafrechtlichen Interventionen, die zur Verfügung stehen, um einen erwachsenen suchtmittelabhängigen Straftäter im Falle einer Verurteilung in eine Therapieeinrichtung zur Behandlung seiner Abhängigkeit zu vermitteln, werden in Abb. 2 dargestellt. Die in Kursivdruck abgebildeten BtMG-Regelungen gelten nur für betäubungsmittelabhängige Täter.

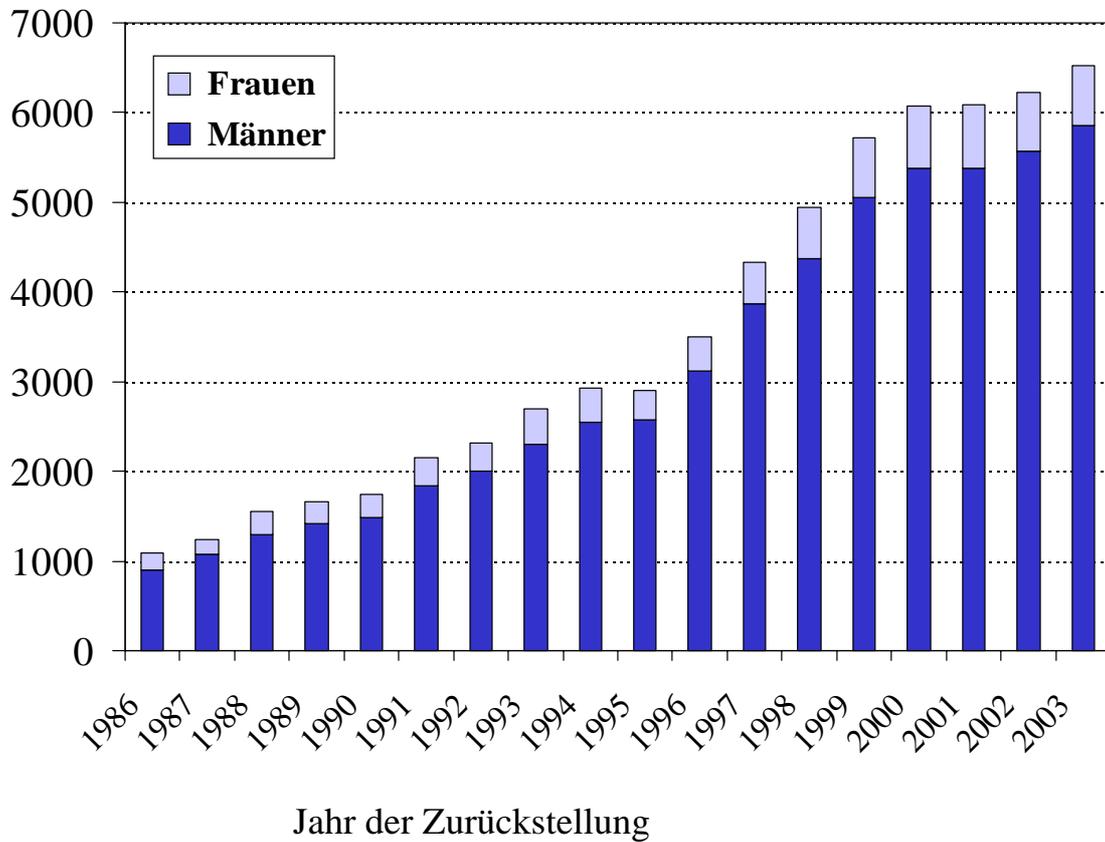
---

70 Nachweise bei *Dessecker* (1996, 17).

71 Vgl. *Kurze* (1995, 79); *Kurze* (1994, 28 ff.).

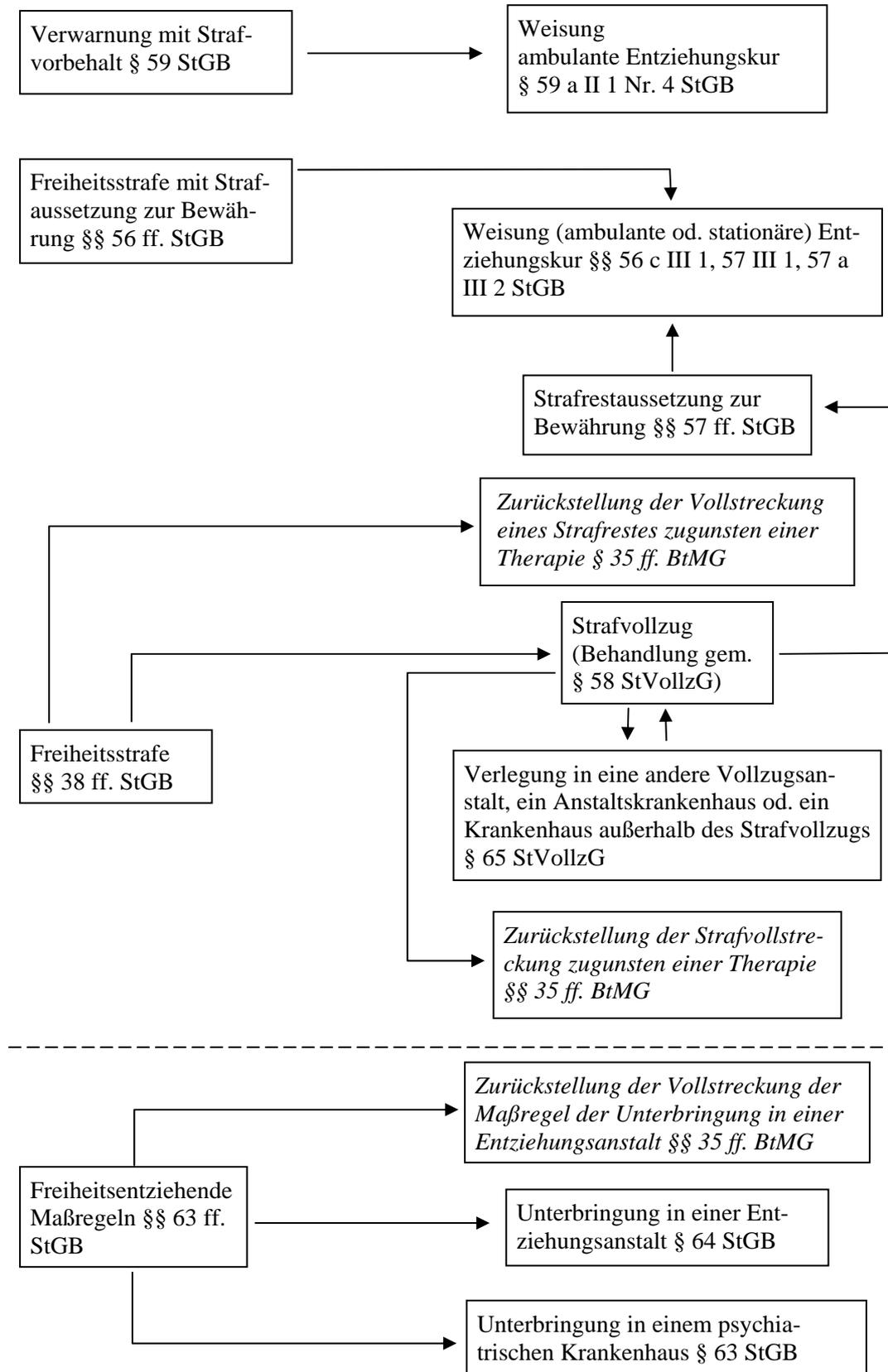
72 Nachweise der wichtigsten Untersuchungen zu Praxis und Bewährung der geltenden Therapieeregungen vgl. *Albrecht* (2005, 213 ff.).

**Abb. 1: Entwicklung der Zurückstellung gem. § 35 BtMG  
– Verurteilte mit mind. 1 Zurückstellung –**



Quelle: Der Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof (1986 ff.)

**Abb. 2: Behandlung verurteilter suchtmittelabhängiger Straftäter**  
– strafrechtliche Interventionsmöglichkeiten –



### A.2.5 Theorien über den Zusammenhang von Alkoholkonsum / Alkoholabhängigkeit und Kriminalität

Überlegungen, inwieweit Alkoholkonsum und insbesondere alkoholbezogene Störungen mit dem Entstehen und der Verfestigung von Kriminalität im Leben von Straftätern einhergehen, begleiten die Kriminologie mit ihren Grund- und Bezugswissenschaften seit Beginn ihrer eigentlichen Existenz als Wissenschaft. Alkohol und Kriminalität als Makrophänomen gehören schließlich zum Standardrepertoire der Forschung, zu den sog. sozialen Problemen und speziell zur Sozialpathologie der modernen Gesellschaft.<sup>73</sup>

Wie bereits oben dargestellt<sup>74</sup>, zeigt die PKS, dass viele Straftaten eng mit Alkoholkonsum verknüpft sind. Ob indes eine Straftat auf die enthemmende Wirkung des Alkohols zurückgeführt werden kann, ob sich Alkohol und Kriminalität wechselseitig bedingen oder verstärken, ob Alkoholkonsum bei Straftaten nicht eine tatbedingende, sondern eine tatbegleitende Funktion erfüllt, oder ob es sich hierbei um scheinbare Zusammenhänge handelt, ist nicht generell zu beantworten.<sup>75</sup> Bei der Beziehung zwischen Alkohol und Kriminalität handelt es sich um ein Problem, dem vielschichtige Bedingungsbeziehungen zugrunde liegen. Als Erklärungsansätze bieten sich im wesentlichen vier Theoriemodelle an<sup>76</sup>:

#### (1) Enthemmende Wirkung des Alkohols:

Dieser Ansatzpunkt hat besonders bei der Beziehung zwischen Gewaltdelikten und Alkohol Bedeutung. Unter Alkoholeinfluss verliert der Täter an Selbstkontrolle, seine Aggressionsbereitschaft wächst. Dass manche sonst zurückhaltende Menschen unter Alkoholeinfluss zu verbalen und tätlichen Ausfälligkeiten neigen, kann oft beobachtet werden. Diese Wirkung des Alkohols ist jedoch auch davon abhängig, welche kulturellen und sozialen Erwartungen vorherrschen.

So weist *Kerner*<sup>77</sup> darauf hin, dass es keine biologisch-psychologisch fest determinierten Alkoholwirkungen dergestalt gibt, dass nach dem Trinken von Alkohol bestimmte Verhaltensweisen natürlich wären. Sie sind vielmehr „...kulturell überformt, weswegen etwa der gleiche Alkoholisierungsgrad mit einer voraussagbaren Sicherheit im Kontext der japanischen Gesellschaft im

---

73 *Kerner* (1992, 107).

74 Vgl. Ausführungen zu Punkt A.2.3.

75 *Kerner* (1992, 107); vgl. auch *Kreuzer* (1998) § 3 Rn. 279 ff.

76 Zit. nach Kaiser (1996, 621 f.) m.w.N.

77 *Kerner* (2001, 25).

Zweifel eher zu friedlichem Verhalten und in einer kontinental-europäischen Gesellschaft eher zu einem ausufernden Verhalten führen wird. Ob eine enthemmende Wirkung des Alkohols eintritt oder nicht, ist natürlich schon von den biochemischen, biopsychologischen Reaktionen des Alkohols prädeterniniert. Dies ist jedoch lediglich die Vorbereitungswirkung. Ob diese tatsächlich zur Wirkung kommt, ist kulturell determiniert.“<sup>78</sup>

(2) Gemeinsame Ursache:

Alkoholkonsum und Kriminalität werden nicht als voneinander abhängig angesehen, sondern eine gemeinsame Ursache, wie z.B. Schwierigkeiten in der Kindheit, wird sowohl für die Kriminalität als auch für die Alkoholprobleme des Täters als maßgeblich betrachtet.

(3) Gegenseitiges Bedingen:

Alkohol und Kriminalität sind Faktoren, die sich – zusammen mit anderen Sozialfaktoren – wechselseitig bedingen. So kann starkes Trinken zur Arbeitslosigkeit und sonstigem sozialen Kompetenzverlust führen, was ein Abgleiten in die Kriminalität begünstigt. Auf der anderen Seite kann Alkohol als Fluchtmittel aus sozialen Konflikten eingesetzt werden, die durch Kriminalität und Sanktionen (mit Haft, Verlust von Beziehungen, Wohnung und Arbeitsplatz) entstanden sind.

(4) Scheinzusammenhang:

Schließlich kann in Frage gestellt werden, ob überhaupt eine kausale Beziehung besteht. So ist es möglich, dass sich Alkoholiker leichter überführen lassen und daher überrepräsentiert sind. Kriminalität kann durch Alkohol sichtbar werden, ebenso wie umgekehrt auch der Alkoholkonsum durch die Begehung von Straftaten sichtbar gemacht wird. Für die Behauptung, dass bei der Begehung von Straftaten relativ häufig Alkoholeinfluss vorliegt, wären daher genauere Erkenntnisse über das Trinkverhalten der Bevölkerung notwendig, um Vergleiche ziehen zu können.

---

78 Kerner, a.a.O.

*Kerner* gliedert den Problembereich Alkohol und Kriminalität in fünf Hauptbereiche, die einander überschneiden, aber zu analytischen Zwecken getrennt gehalten werden sollten<sup>79</sup>:

(1) Alkohol als in sich kriminalisiertes Verhalten

Der erste Bereich ist bis heute relevant vor allem in Staaten mit puritanischer Tradition, in denen (chronische) Trunkenheit an sich schon als schwere soziale Verfehlung gilt.

(2) Straffälliges Verhalten chronischer Alkoholiker

Die Gesamtheit der Betroffenen dieses Bereichs ist in der Regel recht hoch mit Vorstrafen belastet; die Quote überschreitet nach Reihenuntersuchungen gelegentlich sogar die 40 %-Grenze.

(3) Alkoholismus bei chronisch Straffälligen (sog. Rezidivisten)

Hier lässt sich anhand vieler Untersuchungen eine enge, sich gleichsinnig verstärkende Beziehung zwischen (chronisch) erhöhtem Alkoholkonsum und Verstrickung in die Kriminalität feststellen: Mit wachsender Vorstrafenbelastung steigt zugleich der Anteil der generell alkoholisch belasteten sowie speziell zur Tatzeit alkoholbeeinflussten Täter. Alkoholismus und Rückfälligkeit sind in funktionaler Betrachtung als gleichwertige Symptome einer gestörten Interaktion zwischen Bestraftem und Gesellschaft einzustufen.

(4) Entstehungsbedingungen der eigentlichen Alkoholstraftaten (Rauschtaten)

Der vierte Hauptbereich der Analyse umfasst die Entstehungsbedingungen der eigentlichen Alkoholstraftaten im Grenzbereich der Zurechnungsfähigkeit. Es geht vor allem um die sog. Rauschtaten gemäß § 323a StGB sowie um die psychiatrisch relevanten Zustände der Alkoholintoleranz bei Hirngeschädigten und die des sog. pathologischen Rausches.

(5) Wirkungen der Alkoholbeeinflussung bei der großen Masse der alltäglichen strafbaren Handlungen

Der letzte Hauptbereich ist der quantitativ gewichtigste; hierzu ist das gesicherte Wissen noch gering. Immerhin steht fest, dass durchweg bei allen möglichen Deliktarten eine hohe bis sehr hohe Quote von Tätern gefunden wird, die unmittelbar vor der Tat nicht unerhebliche Alkoholmengen getrunken haben. Das besagt noch wenig über unmittelbare Kausalität, gerade wenn man die weite Verbreitung des Trinkens allgemein und noch dazu speziell bedenkt, dass nach einigen Untersuchungen die Tatopfer z.T. noch stärker unter Alko-

---

<sup>79</sup> Zit. nach *Kerner* in: *Kaiser et al.* (1993, 5 ff.).

holeinfluss gestanden haben sollen als die Täter. Es ist sinnvoll, den Alkohol als mitgestaltenden Faktor der tatauflösenden Situation zu betrachten.

Sucht- und Kriminalitätskarrieren sind jedenfalls nicht zwangsläufig; keine Droge führt an sich zu Kriminalität. Das gilt gleichermaßen für Alkohol wie für Cannabis, Kokain, Heroin und andere Suchtstoffe, unabhängig davon, ob sie dem BtMG unterstehen oder nicht.<sup>80</sup> Auch wenn empirische Untersuchungen Licht in die vielfältigen Beziehungen zwischen Alkohol und Kriminalität gebracht haben, und Strukturmerkmale eine begrenzte Typologisierung gestatten, bleiben die ausgewiesenen oder vermeintlichen Beziehungen noch weiter der theoretischen Vertiefung und Interpretation bedürftig.<sup>81</sup> Sollte eine den §§ 35 ff. BtMG vergleichbare Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter eingeführt werden, müsste sich der potentielle Adressatenkreis jedenfalls auf die nach der Einteilung von *Kerner* unter (2) und (3) genannten Personengruppen beschränken, also auf jene Täter, bei denen zum Tatzeitpunkt (ggf. neben einer Alkoholisierung) eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, bei denen also nicht nur der Konsum von Alkohol das maßgebliche Kriterium ist. Die Unterscheidung von lediglich alkoholbeeinflussten Tätern und alkoholabhängigen Straftätern ist angesichts der Vielzahl möglicher kausaler Verknüpfungen zwischen Alkohol und Kriminalität sowie der fließenden Übergänge von gewöhnlichem über riskanten oder missbräuchlichen Alkoholkonsum bis zur Alkoholabhängigkeit unabdingbar. Allerdings lassen sich in der Literatur immer wieder Aussagen über mögliche Zusammenhänge zwischen Alkoholstrafaten und Kriminalität finden, ohne dass klar erkennbar wäre, ob damit auf Delikte von – lediglich – alkoholbeeinflussten Tätern Bezug genommen wird oder ob es um die Kriminalität von alkoholkranken Straftätern gehen soll.

---

80 *Kreuzer* (1998) § 3 Rn. 279 ff.

81 *Kaiser* (1996, 622).

## **B. Projektbeschreibung**

### **B.1 Forschungsfragen und Methoden der Untersuchung**

#### *B.1.1 Forschungsfrage*

Neben der grundlegenden Frage, wie hoch die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei (inhaftierten) Straftätern ist, interessiert vor allem die Situation der Betroffenen während des Strafverfahrens und im Vollzug. Decken sich die Erkenntnisse über die Persönlichkeit des Täters, die im Laufe des gerichtlichen Verfahrens insbesondere im Rahmen der Hauptverhandlung gewonnen wurden, mit der Wahrnehmung der im Vollzug Tätigen während der Strafvollstreckung? Wie werden die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten für alkoholabhängige Straftäter im Vollzug eingeschätzt, und welche alternativen Sanktionsformen werden von Vertretern der Justiz, des Vollzugs sowie von freien Therapieeinrichtungen befürwortet? Zentrales Interesse der Studie ist es darüber hinaus, den potentiellen Adressatenkreis näher zu bestimmen: welche Anforderungen müssten neben dem Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit positiv festgestellt werden? Welche Nebenfolgen insbesondere Kosten und Entlastungseffekte für die Justiz sind im Falle der Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter zu erwarten? Schließlich wird auch das zur Verfügung stehende Therapieangebot einzuschätzen sein. Ziel der Untersuchung ist es, empirisch gesichertes Material für kriminalpolitische Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. So war unter anderem zu prüfen,

- wie häufig, unter welchen Umständen und zu welchem Zeitpunkt die Strafgerichte Alkoholmissbrauch (Schädlichen Gebrauch) und -abhängigkeit des Angeklagten wahrnehmen,
- inwieweit die Gerichte sich mit einem möglichen Zusammenhang zwischen begangener Straftat und Alkoholproblematik auseinandersetzen,
- ob und in welcher Weise juristische Entscheidungen von festgestellten alkoholbezogenen Störungen beeinflusst werden,
- welche Gesichtspunkte aus der Sicht von Richtern und Staatsanwälten, Angehörigen des Justizvollzugs sowie von freien Therapieeinrichtungen für oder gegen die Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sprechen,
- bei welchen Tätergruppen der praktische Anwendungsbereich einer solchen Regelung liegen könnte.

### B.1.2 Methoden

Die angewandten Forschungsmethoden ergaben sich größtenteils bereits aus dem Projektvertrag zwischen BMJ und KrimZ, der Grundlage dieser Studie ist. Darüber hinaus wurden einige zusätzliche Untersuchungen durchgeführt, um bestimmte Teilaspekte näher zu beleuchten.

#### B.1.2.1 Expertenanhörung

In dem Projekt-Vertrag war als Forschungsmethode die Durchführung einer Expertenanhörung zum möglichen praktischen Anwendungsbereich und zu (Neben-)Folgen einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter bestimmt, ferner zu deren Situation und Behandlung im Justizvollzug. Die Anhörung diente dabei vor allem dem Zweck, Informationen über die unterschiedlichen Sichtweisen und Standpunkte von Vertretern der Justiz, des Vollzugs, freier Therapieeinrichtungen und sonstigen mit der Thematik befassten Personen zu sammeln und um die aufgeworfenen Probleme und Erkenntnisdefizite bei der weiteren Projektplanung zu berücksichtigen.

#### B.1.2.2 Erhebung in Justizvollzugsanstalten

Der Projekt-Vertrag hat weiter als Forschungsmethode die Durchführung einer Erhebung in repräsentativ ausgewählten Justizvollzugsanstalten zur Abschätzung der Anzahl der Personen vorgesehen, für die eine den §§ 35 ff. BtMG vergleichbare Regelung in Betracht kommt. Durch eine systematische, in mehreren Bundesländern durchgeführte Zugangsuntersuchung (siehe hierzu B.2.2) in Justizvollzugsanstalten (Erwachsenen- und Jugendstrafvollzug) konnte ein genaueres Wissen über Umfang, Struktur und spezifische Problematik dieser Teilpopulation des Strafvollzugs gesammelt werden.

Neben der grundlegenden Frage, wie hoch die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unter Strafgefangenen insgesamt, aber auch innerhalb verschiedener Teilgruppen ist (z.B. Jugendliche, Frauen, Gewalttäter), interessierte vor allem die Situation der betroffenen Gefangenen im Vollzug. Die Behandlungsmöglichkeiten für alkoholabhängige Straftäter im Vollzug wurden daher ebenso erhoben wie frühere Therapieerfahrungen. Schließlich sollten auch erste Erkenntnisse gewonnen werden hinsichtlich der Frage, wie häufig bei Strafgefangenen Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit *zum Tatzeitpunkt* vorliegen.

Letztlich ist vor allem von großem Interesse, wie hoch der Bedarf an Therapieplätzen im Falle einer gesetzlichen, den §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Regelung wäre. Aus diesem Grunde war von besonderer Bedeutung, Erkennt-

nisse nicht nur über die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei Strafgefangenen zu gewinnen, sondern darüber hinaus auch über die Prävalenz gleichzeitiger Abhängigkeit von illegalen Drogen (sog. Polytoxikomanie). Für die mehrfachabhängigen Straftäter besteht bereits nach der geltenden Gesetzeslage die Möglichkeit, einen Antrag auf Zurückstellung der Strafvollstreckung zu stellen. Dementsprechend wurde im Rahmen der JVA-Erhebung auch untersucht, wie viele der alkoholabhängigen Gefangenen daneben auch von Betäubungsmitteln abhängig sind.

### B.1.2.3 Mainzer Urteilsanalyse

Nach dem Projekt-Vertrag war ferner die Durchführung einer Aktenanalyse zu der Frage festgelegt, in wie vielen Verurteilungen (insbesondere bei Aggressions- und Straßenverkehrsdelikten) eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verhängt und eine Aussetzung zur Bewährung abgelehnt wurde, weil wegen der Alkoholabhängigkeit eine positive Sozialprognose nicht möglich war.

Nach der Fragestellung kam es also darauf an, eine hinreichend große Anzahl von Straftaten verurteilter alkoholabhängiger Straftäter im Hinblick auf die gerichtlichen Erwägungen im Zusammenhang mit der Strafaussetzung zur Bewährung zu untersuchen. Dabei galt es folgende Schwierigkeiten zu überwinden:

- a) Alkoholabhängige Täter werden nicht systematisch erfasst, insbesondere nicht in den Auszügen des BZR.

In das BZR, das von der Bundesanwaltschaft geführt wird und dessen Aufgabenstellung im BZRG geregelt ist, werden u.a. die rechtskräftigen Entscheidungen eingetragen, durch die ein deutsches Gericht im Geltungsbereich dieses Gesetzes wegen einer rechtswidrigen Tat

1. auf Strafe erkannt,
2. eine Maßregel der Besserung und Sicherung angeordnet,
3. jemanden nach § 59 des Strafgesetzbuchs mit Strafvorbehalt verwarnt oder
4. nach § 27 des Jugendgerichtsgesetzes die Schuld eines Jugendlichen oder Heranwachsenden festgestellt hat (§ 4 BZRG).

In das Register werden neben den rechtskräftigen strafgerichtlichen Verurteilungen auch die damit in Zusammenhang stehenden nachträglichen Entscheidungen wie die Aussetzung einer Strafe, eines Strafrestes oder einer Maßregel der Besserung und Sicherung eingetragen, ebenso der Widerruf der genannten Entscheidungen (§ 12 BZRG). Aus welchen Gründen der Widerruf z.B. eines

Strafrestes erfolgt ist, wird aus dem BZR-Auszug dagegen nicht ersichtlich. Wird die Vollstreckung einer Strafe, eines Strafrestes oder der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 35 – auch in Verbindung mit § 38 – des Betäubungsmittelgesetzes zurückgestellt, so ist dies in das Register einzutragen (§ 17 Abs. 1 BZRG). Wird auf Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren erkannt und hat das Gericht festgestellt, dass der Verurteilte die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so ist diese Feststellung in das Register einzutragen; dies gilt auch bei einer Gesamtstrafe von nicht mehr als zwei Jahren, wenn der Verurteilte alle oder den ihrer Bedeutung nach überwiegenden Teil der abgeurteilten Straftaten auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat (§ 17 Abs. 2 BZRG).

Über das BZR können allenfalls Stichproben von Straftätern gezogen werden, bei denen die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB angeordnet wurde. Dass diese jedoch nur eine kleine Teilgruppe der Täter mit einer Alkoholproblematik ausmachen, liegt auf der Hand. Dass darüber hinaus der Hangbegriff in § 64 StGB nicht identisch ist mit dem Begriff der Abhängigkeit, wurde bereits ausgeführt (siehe A.2.4.2).

b) Nach der Recherche einschlägiger Literatur sowie den Erkenntnissen aus der durchgeführten Expertenanhörung war davon auszugehen, dass in nicht wenigen Fällen eine bestehende Alkoholabhängigkeit während des gerichtlichen Verfahrens gar nicht erkannt und damit auch nicht im Urteil erfasst wird. Daher stand zu befürchten, dass sehr viele Urteile untersucht werden müssten, um eine ausreichende Anzahl Akten von alkoholabhängigen Straftätern zur Verfügung zu haben.

Aus diesem Grunde beschloss die KrimZ, zunächst im Rahmen einer Pilotuntersuchung einen kompletten Urteilsjahrgang einer Staatsanwaltschaft allein daraufhin zu untersuchen, wie häufig in Urteilen Anhaltspunkte dafür zu finden sind, dass bei dem Täter eine alkoholbezogene Störung (also Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol) vorliegt.

#### B.1.2.4 Aktenanalyse von alkoholabhängigen Strafgefangenen

Die KrimZ beschloss, darüber hinaus die Straftaten der im Rahmen der JVA-Erhebung als (wahrscheinlich) alkoholabhängig eingestuften Gefangenen – deren Einwilligung vorausgesetzt – von den Staatsanwaltschaften anzufordern und zu untersuchen. Die Frage, wie häufig eine Aussetzung der Strafe (oder eines Strafrestes) zur Bewährung abgelehnt wird, weil wegen der Alkoholabhängigkeit eine positive Sozialprognose nicht möglich war, konnte so zumindest für die Teilgruppe jener Gefangenen untersucht werden, die zu einer Strafe von nicht mehr als 2 Jahren verurteilt worden waren, die also von den sons-

tigen Voraussetzungen eine Bewährungschance hätten erhalten können. Ferner, aus welchen weiteren Gründen die Gerichte eine Bewährung bei diesen Tätern abgelehnt hatten. Umgekehrt konnte bei jenen Inhaftierten, deren Strafe (bzw. ein Strafrest) zur Bewährung ausgesetzt worden war, letztlich es jedoch zu einem Widerruf der Straf(rest)aussetzung kam, nach den Gründen der Gerichte bzw. dem Einfluss der Alkoholproblematik auf diese Entscheidung gefragt werden. Darüber hinaus bot sich die Strafaktenanalyse dieser Personen an, um weitere Erkenntnisse über Tatumstände und den möglichen Zusammenhang zwischen Straftat und Abhängigkeit sowie die diesbezüglich erfolgten Ermittlungen und Reaktionen der Strafverfolgungsorgane zu gewinnen. Juristischer Anknüpfungspunkt ist der in § 35 BtMG festgelegte Kausalzusammenhang zwischen der (BtM-)Abhängigkeit und der Straftat, der nur dann zu bejahen ist, wenn die Ursache (also die Drogenabhängigkeit) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass die Straftat als Folge entfielen. Eine vergleichbare Regelung für alkoholabhängige Straftäter würde sicherlich ebenso – schon um den potentiellen Adressatenkreis einzugrenzen – eine kausale Verknüpfung zwischen Alkoholabhängigkeit und Straftat voraussetzen.

Strafakten setzen sich in der Regel aus der Hauptakte und Nebenakten zusammen. Die Hauptakte beinhaltet die von den aktenführenden Stellen für erheblich erachteten Informationen von der Einleitung des Ermittlungsverfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens. Neben den obligatorischen Schriftstücken – in den hier untersuchten Fällen, in denen es zu einer Verurteilung gekommen ist, z.B. Beschuldigtenvernehmung, Anklage, Eröffnungsbeschluss, Hauptverhandlungsprotokoll und Urteil – enthält fast jede Akte weitere Dokumente. Welche dies im Einzelfall sind, ist vor allem abhängig von der staatsanwaltlichen Ermittlungstätigkeit und der gerichtlichen Beweiserhebung; der Erkenntnisgewinn ist dementsprechend von Fall zu Fall sehr unterschiedlich.<sup>82</sup> Dies gilt ebenso für die Nebenakten, meist Bewährungs- und/oder Vollstreckungshefte, in denen das Vollstreckungsverfahren dokumentiert wird. Dass die Strafakten „nicht notwendig den tatsächlichen Geschehens- und Entscheidungsablauf vollständig wiedergeben, sondern Lücken [...] enthalten können [...] und damit eine Realität eigener Art“ darstellen, hat *Steffen*<sup>83</sup> dargelegt. Die durch das Verfahren ermittelte „Wirklichkeit“ wird vor einem „weitgehend von kriminalistisch-juristischen Erwägungen geprägten Hintergrund“<sup>84</sup> von den Beteiligten konstruiert. „Insofern mag eine Studie, deren Ziel es ist, die Definitions- und Selektionsentscheidungen im Rahmen eines Strafverfahrens zu untersuchen, auf eine Aktenanalyse nachge-

---

82 Ausführlich zu den Vorzügen und Nachteilen der Aktenanalyse *Elz* (2002, 64 ff. ).

83 *Steffen* (1977, 91).

84 *Elz* (2002, 66).

rade angewiesen sein. Problematischer ist ein Ansatz, der (auch) täter- und tatbezogene Merkmale ermitteln will.“<sup>85</sup> Bezogen auf die vorliegende Untersuchung wird die Problematik an folgendem Beispiel klar:

Art und Schwere der Alkoholprobleme kann bei jenen verurteilten Tätern näher untersucht werden, die von einem Sachverständigen zur Prüfung der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB und/oder des § 64 StGB begutachtet wurden. Dies geschieht jedoch einerseits nur in relativ wenigen Verfahren<sup>86</sup>; andererseits wird der Täter im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens immer abwägen, was er im Hinblick auf eine bestehende Alkoholproblematik mitteilt, verschweigt oder übertrieben darstellt. Auf der einen Seite könnte er in den Genuss einer nach §§ 21, 49 StGB geminderten Strafe kommen, evtl. hofft er auf die Chance, eine Therapie machen zu können (im Rahmen der Strafaussetzung zur Bewährung), auf der anderen Seite muss er womöglich die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB fürchten.<sup>87</sup>

Über das tatsächliche Ausmaß der alkoholbezogenen Störungen und den Umgang der Täter (außerhalb des Verfahrens) mit dieser Problematik kann die Aktenanalyse daher kaum Auskunft erteilen, wohl aber über die damit zusammenhängenden Erkenntnis- und Entscheidungsprozesse der Gerichte.

Die Verknüpfung der Ergebnisse der JVA-Erhebung mit den Erkenntnissen aus der durchgeführten Aktenanalyse soll dazu beitragen, Unterschiede in der Wahrnehmung von Alkoholproblemen und Folgeerscheinungen im strafgerichtlichen Verfahren und im Kontext einer Justizvollzugsanstalt aufzuzeigen.

#### B.1.2.5 Schriftliche Befragungen (Justiz, Vollzug, Therapieeinrichtungen)

Der Projekt-Vertrag sah ferner die Befragung von Richtern, Staatsanwälten und Angehörigen des Justizvollzugs zum möglichen praktischen Anwendungsbereich und zu (Neben-)Folgen einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter vor, weiter zur Situation alkoholkranker Strafgefangener und deren Behandlung im Justizvollzug. Dabei war unter anderem zu prüfen, wie groß die Akzeptanz bzw. Ablehnung der genannten Berufsgruppen in Bezug auf die Erweiterung der Therapieregulungen des BtMG für alkoholabhängige Täter ist. Von Interesse war auch, welche Aspekte aus Sicht der Befragten für eine solche Ausweitung sprechen, welche Gesichtspunkte eher dagegen.

---

85 *Elz*, a.a.O.

86 Vgl. dazu Ausführungen in C.3.2.

87 Auf die Ambivalenz des deutschen Strafrechts in Bezug auf alkoholisierte und/oder alkoholabhängige Täter wurde in A.2.4.2 bereits hingewiesen.

Darüber hinaus entschied sich die KrimZ, Therapeuten aus freien Therapieeinrichtungen zu Fragen der Erfolgsaussichten einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Bestimmung schriftlich zu befragen, ebenso zum Interesse wie zu den Möglichkeiten der Einrichtungen, Patienten im Rahmen einer solchen Regelung künftig aufzunehmen.

## **B.2 Entwicklung und Durchführung der Untersuchung**

### *B.2.1 Expertenanhörung*

Die KrimZ hat die Anhörung zum möglichen praktischen Anwendungsbereich und zu (Neben-)Folgen einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter, ferner zu deren Situation und Behandlung im Justizvollzug, am 01. und 02.07.2002 im Hessischen Ministerium der Justiz durchgeführt. Teilgenommen haben:

1. Dagmar Gütebier, Staatsanwaltschaft bei dem LG Mainz
2. Dr. Michael von der Haar, Fachabteilung Bad Reburg
3. Dr. Oskar Katholnigg, ehem. BMJ
4. Martin Köhler, Bundesministerium für Gesundheit
5. Prof. Dr. Norbert Konrad, Justizvollzugskrankenhaus Berlin
6. Dr. Heinrich Kufner, IFT München
7. Dr. Martin Kurze, Fachhochschule des Bundes
8. Thomas Maiwald, Sozialarbeiter, JVA Meppen
9. Jörg C. Rathert, Psychologe, JVA Bielefeld-Senne
10. Christine Rebsam-Bender, Vorsitzende Richterin am LG Stuttgart
11. Dr. Helmut Roos, Hessisches Ministerium der Justiz
12. Dr. Norbert Schalast, IFP (Universität Essen)
13. Oliver Wessels, Stellv. Leiter der JVA Meppen
14. Dr. Hermann Westendarp, Klinik Brilon

Kurzfristig abgesagt haben:

15. Uwe Diehl, Bewährungshilfe bei dem LG Mainz
16. Prof. Dr. Hans-Jürgen Kerner, Universität Tübingen
17. Dr. Harald Körner, Staatsanwaltschaft bei dem OLG Frankfurt am Main

Seitens des Auftraggebers nahmen an der Anhörung Herr Dr. *Richard Blath* und Frau Dr. *Ursula Schneider* teil.

Vorab wurde den Teilnehmern im Mai 2002 zur Vorbereitung auf die Anhörung der im Anhang unter D.3.1 aufgeführte Fragenkatalog mit der Bitte übersandt, sich in ihrer Stellungnahme auf jene Fragen zu beziehen, die den eigenen beruflichen Wirkungsbereich berühren.

### *B.2.2 Erhebung in Justizvollzugsanstalten*

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde u.a. die methodische Vorgehensweise im Zusammenhang mit der geplanten Erhebung in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten erörtert. Vorab waren BMJ und KrimZ darin übereingekommen, dass eine Umfrage in Justizvollzugsanstalten zur Abschätzung der Anzahl alkoholabhängiger Täter nicht genügen würde. Stattdessen sollten die Ergebnisse auf Untersuchungen von Strafgefangenen in den beteiligten Anstalten basieren. Im Rahmen der Expertenanhörung wurde über die Frage diskutiert, ob es sinnvoll sei, die Erhebung mit der anstaltsärztlichen Eingangsuntersuchung zu verbinden und die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit durch die Anstaltsärzte vornehmen zu lassen. Es wurde darauf hingewiesen, dass diese üblicherweise Allgemeinmediziner und keine Alkoholismusexperten seien und insoweit im Justizalltag die Begriffe Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nicht klar voneinander abgegrenzt würden. Es empfehle sich daher, die diagnostischen Kriterien so genau wie möglich vorzugeben, um valide Ergebnisse zu erzielen. Die im Einzelfall zu treffende Diagnose den Anstaltsärzten vorzubehalten, erschien unter dem Gesichtspunkt, dass sie diejenigen sind, welche die im Strafvollzugsgesetz festgelegten Aufnahme- bzw. Behandlungsuntersuchungen der Inhaftierten durchzuführen haben, am meisten praktikabel.

Die Durchführung einer Stichtagserhebung schied wegen des damit verbundenen unverhältnismäßig hohen Arbeitsaufwandes von vornherein aus. Um Doppelzählungen von Gefangenen nach Möglichkeit zu vermeiden, wurde festgelegt, dass in den Vollzugsanstalten für jeden Inhaftierten, der innerhalb des zweimonatigen Erhebungszeitraums eine Freiheits- oder Jugendstrafe *antritt*, ein Erhebungsbogen ausgefüllt und an die KrimZ weitergeleitet wird. Darüber hinaus wurde der Datenschutzbeauftragte des Bundes über die Erhebung informiert und in die konkrete Ausgestaltung der Untersuchung einbezogen. Dieser regte aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken einige Änderungen in dem Erhebungsbogen an, die von der KrimZ vollständig umgesetzt wurden.

### B.2.2.1 Merkmale des Erhebungsbogens

Für die Erhebung in den Justizvollzugsanstalten wurde von der KrimZ ein weitgehend standardisierter Erhebungsbogen<sup>88</sup> entwickelt, der sich aus folgenden Teilen zusammensetzt:

- Allgemeine Angaben (zum Täter und zur abgeurteilten Tat)
- Einschätzung der Alkoholproblematik durch den anstaltsärztlichen Dienst
- Informationsblatt für den Gefangenen (inkl. Einwilligungserklärungen und gegebenenfalls eigenen Angaben zum Umgang mit Alkohol).

Für die Erfassung der Straftatbestände wurden in Anlehnung an die PKS folgende sechs Deliktgruppen gebildet:

#### **1. Straßenverkehrsdelikte**

- Unerlaubtes Entfernen vom Unfallort (§ 142 StGB)
- Gefährliche Eingriffe in den Straßenverkehr (§ 315b StGB)
- Gefährdung des Straßenverkehrs (§ 315c StGB)
- Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB)
- Fahren ohne Fahrerlaubnis (§ 21 StVG)

#### **2. Gewaltlose Eigentums- und Vermögensdelikte** (alle Straftatbestände des 19. und 22. Abschnitts des StGB)

#### **3. Nicht-sexuelle Gewaltdelikte**

- Tötungsdelikte (§§ 211, 212, 213, 216 StGB)
- Körperverletzungsdelikte (§§ 224 – 227 StGB)
- Raubdelikte (249 – 252, 255 StGB)
- Erpresserischer Menschenraub (§ 239a StGB)
- Geiselnahme (§ 239b StGB)
- Räuberischer Angriff auf Kraftfahrer (§ 316a StGB)
- Angriff auf den Luft- und Seeverkehr (§ 316c StGB)

#### **4. Sexuelle Gewaltdelikte** (§§ 177, 178 StGB);

#### **5. Sonstige Sexualdelikte** (Verbleibende Straftatbestände des 13. Abschnitts);

#### **6. Sonstige Delikte** (des StGB und nach Nebengesetzen).

Innerhalb der Deliktgruppen wurde das jeweils schwerste Delikt – maßgeblich ist hier der abstrakte Strafraum – erfasst, also maximal sechs Straftatbestände je Täter.

---

88 Im Anhang unter D.3.3 aufgeführt.

Der Erhebungsbogen beinhaltete den Empfehlungen entsprechend, die bei der Expertenanhörung geäußert wurden, den Kriterienkatalog der ICD 10. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass die beteiligten Anstaltsärzte dieselben Diagnosekriterien verwenden, um die Validität der gewonnenen Daten sicherzustellen. Der durch den Ärztlichen Dienst zu bearbeitende Teil enthielt neben Fragen zur möglichen Alkoholproblematik auch biografische, auf therapierelevante Vorerfahrungen abstellende Merkmale (z.B. zu früheren Alkoholtherapien sowie zur Therapiemotivation). Diese Angaben sollten vor dem Hintergrund der – ggf. stattgefundenen – ärztlichen Untersuchung und/oder anhand der Krankenakten und/oder der Befragung des Betroffenen ermittelt werden. Die täter- und strafverfahrensrelevanten Daten (Vorstrafen, Delikte, Strafmaß usw.) waren dagegen durch Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes anhand der Gefangenenpersonalakten zu erheben.

Der Erhebungsbogen umfasst auch einen Teil, in dem die Betroffenen selbst Fragen über ihren Umgang mit Alkohol beantworten konnten.<sup>89</sup> Hintergrund dafür ist zunächst einmal der Umstand, dass es für die Diagnostik alkoholbezogener Störungen generell sinnvoll ist, mehrere Informationsquellen, u.a. auch Selbstbeurteilungsangaben, heranzuziehen.<sup>90</sup> Darüber hinaus schien es angemessen, die Inhaftierten über das Forschungsvorhaben zu informieren und um ihre Mitwirkung zu werben. Nicht zuletzt wegen der geplanten Verknüpfung dieser Erhebung mit der anschließenden Analyse der Strafakten derjenigen, die aufgrund der ärztlichen Einschätzung und/oder der eigenen Angaben mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig sind, war es wichtig, von möglichst vielen Inhaftierten diesbezüglich eine schriftliche Einwilligungserklärung zu erlangen. Lag diese vor, sollte seitens der JVA in den Erhebungsbogen auch die aktenführende Staatsanwaltschaft sowie das Aktenzeichen eingetragen werden. Ein weiteres Informationsblatt für die Anstalten enthielt darüber hinaus Vorschläge zum konkreten Ablauf der Untersuchung sowie Hinweise zu bestimmten problematischen Situationen (z.B. Umgang mit minderjährigen Gefangenen) enthielt. So wurde z.B. festgelegt, dass bei minderjährigen Gefangenen generell davon auszugehen sei, dass eine wirksame Einwilligung (1. eigene Angaben zur Alkoholproblematik, 2. Weitergabe des staatsanwaltschaftlichen Aktenzeichens an die KrimZ) ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten nicht vorliegen könne. Da es zu aufwändig erschien, diese um ihre Zustimmung zu bitten, sollte der Einfachheit halber daher von Minderjährigen grundsätzlich der Selbstbeurteilungsteil nicht ausgefüllt werden. Entsprechend sollte auch das staatsanwaltschaftliche Aktenzei-

---

89 Zum sog. CAGE-Test siehe C.1.4.2.

90 *Feuerlein* (2000, 57).

chen nicht im Erhebungsbogen eingetragen werden, da eine Strafaktenanalyse wegen der genannten rechtlichen Bedenken von vornherein nicht in Betracht zu ziehen war. Die gleiche Vorgehensweise empfahl die KrimZ auch in den Fällen, in denen eine Verständigung zwischen Mitarbeitern der JVA und ausländischen Gefangenen nicht möglich sein sollte.

#### B.2.2.2 Genehmigungsverfahren und Ablauf der JVA-Erhebung

Insgesamt war beabsichtigt, die Alkoholproblematik von ca. 2.500 inhaftierten Strafgefangenen beiderlei Geschlechts (auch Jugendliche und Heranwachsende) zu erfassen. Zum einen sollte auf diese Weise eine hinreichende Datenbasis geschaffen werden, um verlässliche Daten über die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei bundesdeutschen Strafgefangenen zur Verfügung zu stellen. Zum anderen schien die Erhebung in dieser Größenordnung aber auch wegen der skizzierten Verknüpfung dieser Untersuchung mit der nachfolgenden Strafaktenanalyse erforderlich.

Die Untersuchung sollte in fünf Bundesländern unter Einbeziehung aller in diesen Ländern bestehenden Justizvollzugsanstalten, in denen Freiheits- und/oder Jugendstrafen vollstreckt werden, durchgeführt werden. Im Hinblick auf die Repräsentativität der Ergebnisse wurde bei der Auswahl der Länder berücksichtigt, dass eines der Neuen Bundesländer vertreten ist, ebenso ein Stadtstaat und dass darüber hinaus nördliche und südliche Bundesländer etwa gleichermaßen repräsentiert sind. Schließlich wurden die Landesjustizverwaltungen der Länder Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt um Genehmigung und Beteiligung der in Frage kommenden Anstalten an dieser Untersuchung gebeten. Die uneingeschränkte Durchführung der Erhebung in allen in Frage kommenden Justizvollzugsanstalten des jeweiligen Bundeslandes genehmigten die Justizverwaltungen der Länder Baden-Württemberg, Hessen und Sachsen-Anhalt. Aus Niedersachsen konnte nur vor dem Hintergrund einer Beschränkung der Untersuchung auf 7 Justizvollzugsanstalten eine Genehmigung erzielt werden. Seitens der Berliner Justizbehörde wurde eine Beteiligung – zunächst – gänzlich abgelehnt, da sich die dortigen Justizvollzugsanstalten aus personellen und organisatorischen Gründen nicht in der Lage sahen, den mit der Untersuchung verbundenen Arbeitsaufwand zu leisten. Daraufhin wurden insgesamt mehr als 50 Justizvollzugsanstalten in Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt angeschrieben und um Beteiligung und Durchführung der Untersuchung gebeten. Für alle Inhaftierten, die innerhalb des auf 2 Monate festgelegten Erhebungszeitraums eine Freiheits- oder Jugendstrafe angetreten haben, sollte jeweils ein Erhebungsbogen ausgefüllt und zur Auswertung an die KrimZ übersandt werden.

Mehr als die Hälfte aller angeschriebenen Anstalten sahen jedoch von einer Beteiligung an dieser Untersuchung sofort oder in der Folgezeit ab. Zur Begründung, die in Einzelfällen gänzlich unterblieben ist, wurde zumeist ausgeführt, dass aus personellen und organisatorischen Gründen der erforderliche Arbeitsaufwand in der Anstalt nicht geleistet werden könne. Vor allem die Beteiligung der Anstaltsärzte stellte bisweilen eine nicht zu überwindende Hürde dar. In nicht wenigen Anstalten werden Honorarkräfte beschäftigt, die nur für einige Stunden in der Woche dort tätig sind. Diese Ärzte sahen sich häufig außerstande, innerhalb der knapp bemessenen Arbeitszeit neben den üblichen Tätigkeiten für jeden Strafantritt den Erhebungsbogen der KrimZ auszufüllen. Daneben wurde häufig der Einwand vorgebracht, man habe bereits verschiedene andere Forschungsprojekte zu bedienen, so dass die personellen Ressourcen – auch aus diesem Grunde – restlos erschöpft seien. Aus weiteren drei Justizvollzugsanstalten erfolgte die Rückmeldung, dass während des Erhebungszeitraums keine Strafantritte erfolgt seien. Wegen der vorgeannten Schwierigkeiten lagen der KrimZ im Sommer 2003 daher lediglich ca. 600 Erhebungsbögen vor, wobei etwa jeder vierte Bogen unvollständig war, d.h. keine medizinische Einschätzung enthielt. Hinsichtlich der Hauptfrage der Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unter Strafgefangenen konnten daher zunächst nur 450 Erhebungsbogen ausgewertet werden. Um die Datenmenge zu erhöhen, wurde im August 2003 ein stark verkürzter Erhebungsbogen von der KrimZ ausgearbeitet, um in einem zweiten Anlauf möglichst viele weitere Daten – insbesondere aus Berlin – zu gewinnen. Es gelang auch tatsächlich, diese Kurzversion<sup>91</sup> in den Monaten November und Dezember 2003 in Berliner Justizvollzugsanstalten sowie in einer hessischen JVA einzusetzen.

Die Übertragung der Daten aus diesen wie allen anderen Erhebungsbögen in die EDV erfolgte anhand speziell erstellter Eingabemasken mit Hilfe des SPSS/PC+ Zusatzmoduls Data Entry II. Für die rechnerische Auswertung wurde das Statistik-Programmpaket SPSS (Version 11.5) eingesetzt.

### B.2.2.3 Datenrücklauf und Repräsentativität

Die Untersuchung wurde in allen beteiligten Anstalten jeweils für zwei Monate (zwischen Februar und Dezember 2003) durchgeführt. Der KrimZ wurden bis März 2004 insgesamt 866 Erhebungsbogen aus 32 Anstalten übersandt. Hinsichtlich der medizinischen Einschätzung konnten davon 639 analysiert und ausgewertet werden (sog. Diagnosegruppe). Soweit eine medizinische Einschätzung der Alkoholproblematik nicht abgegeben wurde, begründete der Ärztliche Dienst dies häufig damit, dass sie im Falle einer fehlenden Mitwir-

---

91 Im Anhang unter D.3.4 aufgeführt.

kung seitens des Gefangenen davon ausgehen müssten, von der ärztlichen Schweigepflicht nicht entbunden zu sein und damit keine Auskünfte geben dürften. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass die Erhebungsbögen ohne Namensangaben an die KrimZ übermittelt würden, da die Möglichkeit der Identifizierung anhand der erhobenen Daten (z.B. der internen Fallnummer) bestünde. Aus einer Justizvollzugsanstalt wurden allein über 100 Bogen übermittelt, die sämtlich zur entscheidenden Frage, wie der Ärztliche Dienst die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit bei dem Gefangenen einschätzt, keine Angaben enthielten. Auf Nachfrage konnte lediglich in Erfahrung gebracht werden, dass der Ärztliche Dienst vor Ort zu der Überzeugung gelangt sei, zur Frage der Alkoholabhängigkeit im Aufnahmeverfahren generell keine gesicherte Aussage abgeben zu können. Insgesamt wurden aus Baden-Württemberg 292 Erhebungsbogen an die KrimZ übersandt, aus Berlin 194, aus Hessen 56, aus Niedersachsen 136 und aus Sachsen-Anhalt 188. Angesichts des deutlich geringeren Rücklaufs stellte sich die Frage, ob die gewonnenen Daten hinreichend repräsentativ für die Grundgesamtheit aller im Bundesgebiet einsitzenden Strafgefangenen sind. Denkbar wäre, dass durch den Ausfall ganzer Anstalten bestimmte Teilgruppen nunmehr unter- oder überrepräsentiert sind. Aus diesem Grund wird zunächst die Struktur der 866 in die JVA-Erhebung einbezogenen Strafgefangenen anhand der wesentlichen Merkmale dargestellt und der Grundgesamtheit aller Strafgefangenen in der Bundesrepublik Deutschland gegenübergestellt. Für den notwendigen Abgleich zwischen Grundgesamtheit und Erhebungsgruppe wurden die Stichtagsergebnisse der Strafvollzugsstatistik 2003<sup>92</sup> herangezogen.

#### a) Geschlecht

Am 31. März 2003 befanden sich insgesamt 62.288 Strafgefangene in einer bundesdeutschen Justizvollzugsanstalt, darunter 59.513 Männer (95,5 %) und 2.775 Frauen (4,5 %).<sup>93</sup> Unter den 866 Personen der Erhebungsgruppe befanden sich dagegen 762 Männer (88 %) und 104 Frauen (12 %). In der Diagnosegruppe, d.h. unter jenen 639 Gefangenen, für die neben den vollzuglichen Angaben auch eine ärztliche Einschätzung der Alkoholproblematik abgegeben wurde, ist die Frauenquote mit 16 % noch höher (n = 102). In der Erhebungsgruppe sind die weiblichen Gefangenen folglich erheblich überrepräsentiert. Dieser Umstand wird bei der Darstellung der Prävalenz der Alkoholabhängigkeit zu berücksichtigen sein.

---

92 *Statistisches Bundesamt*, Strafvollzugsstatistik 2003 (2004, 6 ff.).

93 *Statistisches Bundesamt*, Strafvollzugsstatistik 2003, a.a.O.

## b) Vollzugsart

55.012 Inhaftierte verbüßten am 31. März 2003 eine Freiheitsstrafe (88,3 %) und 7.276 eine Jugendstrafe (11,7 %).<sup>94</sup> In der Erhebungsgruppe insgesamt verbüßen ca. 30 % eine Jugendstrafe, unter den 639 Gefangenen mit ärztlicher Diagnose immerhin noch 21,6 % (n = 138). Demnach sind auch die Jugendstrafgefangenen in der Untersuchung deutlich überrepräsentiert.

## c) Geschlossener vs. offener Vollzug

Nach der Strafvollzugsstatistik befanden sich am 31.03.2003 11.467 Personen, d.h. ca. 81,6 % aller Strafgefangenen in einer Einrichtung des geschlossenen Vollzugs, 18,4 % waren im offenen Vollzug untergebracht, wobei weibliche Inhaftierte dort etwas häufiger als Männer zu finden waren.<sup>95</sup> Die Erhebungsgruppe insgesamt ebenso wie die Diagnosegruppe spiegelt dieses Verhältnis zwischen geschlossenem und offenem Vollzug in etwa wider, d.h. in der JVA-Erhebung ist die offene Vollzugsform mit knapp 21 % etwas überrepräsentiert.

## d) Staatsangehörigkeit

In der Erhebungsgruppe insgesamt sind ca. 18 % ausländische oder staatenlose Inhaftierte. Dieselbe Quote ergab sich auch für die Diagnosegruppe. Es ist also nicht etwa so gewesen, dass aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten eine medizinische Einschätzung der Alkoholproblematik bei ausländischen Gefangenen seltener abgegeben wurde. Vielmehr ist davon auszugehen, dass für jene Gefangenen, mit denen eine Kommunikation kaum möglich ist, von vornherein kein Erhebungsbogen ausgefüllt wurde. So lässt sich auch erklären, dass der Ausländeranteil in der vorliegenden Erhebung gegenüber dem Anteil von 22,3 % Ausländern oder Staatenlosen an der Grundgesamtheit aller Strafgefangenen gemäß der Strafvollzugsstatistik 2003<sup>96</sup> etwas unterrepräsentiert ist.

## e) Alter

Die nachstehende Tabelle zeigt, dass die Altersverteilung der Gesamt-Erhebungsgruppe gegenüber der Grundgesamtheit aller Strafgefangenen einen

---

94 *Statistisches Bundesamt*, Strafvollzugsstatistik 2003, a.a.O.

95 *Statistisches Bundesamt*, Strafvollzugsstatistik 2003 (2004, 8).

96 *Statistisches Bundesamt*, Strafvollzugsstatistik 2003 (2004, 9).

Überhang der relativ jungen Gefangenen aufweist. Dies liegt daran, dass – wie bereits unter b) ausgeführt – die Jugendstrafgefangenen in dieser Erhebung überrepräsentiert sind. Dieser Effekt ist in der Diagnosegruppe aber bereits deutlich abgeschwächt, so dass sich hier die Altersstruktur der Grundgesamtheit etwa widerspiegelt.

**Tabelle 1: Altersstruktur der Strafgefangenen**

Altersgruppe von ... bis unter ... Jahren	Grundgesamtheit 2003 <sup>97</sup> (N = 62.288)	Gesamt-Erhebungsgruppe 2003 (N = 866) / Diagnosegruppe (n = 639)
14 – 18	822 (1,3 %)	18 (2,1 %) / 6 (0,9 %)
18 – 21	3.709 (6,0 %)	104 (12,0 %) / 54 (8,4 %)
21 – 30	20.933 (33,6 %)	334 (38,6 %) / 227 (35,5 %)
30 – 40	19.793 (31,8 %)	210 (24,2 %) / 182 (28,5 %)
40 – 50	11.243 (18,1 %)	131 (15,1 %) / 110 (17,2 %)
50 und mehr	5.788 (9,3 %)	64 (7,4 %) / 56 (8,8 %)
Keine Angabe	./.	5 (0,6 %) / 4 (0,6 %)
Summe	62.288 (100 %)	866 (100 %) / 639 (100 %)

#### f) Strafmaß / Voraussichtliche Vollzugsdauer

Aus Gründen der Praktikabilität wurde in dem Erhebungsbogen nicht die voraussichtliche Vollzugsdauer – wie in der Strafvollzugsstatistik – erhoben, sondern das Strafmaß in Bezug auf die abgeurteilte Tat, die zur aktuellen Inhaftierung führte. Das heißt, bei den in diese Erhebung einbezogenen Strafgefangenen wurde die Dauer der erkannten Strafe festgehalten, ohne eine evtl. bereits verbüßte Untersuchungshaft abzuziehen. Im Hinblick auf die maßgeblich interessierende Prävalenz der Alkoholabhängigkeit war der Erfassung des Strafmaßes den Vorzug zu geben, um zu überprüfen, ob die Dauer der erkannten Strafe mit der ärztlichen Diagnose korreliert. Im Rahmen der Expertenanhörung wurde hinsichtlich der Frage des Bedarfs an Therapieplätzen im Falle der Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung die Einschätzung geäußert, dass die Suchtbelastung unter den Inhaftierten mit mittelhohem Strafmaß (zwei bis fünf Jahre) eher gering sei. Die Hauptzielgruppe für eine Zurückstellung der Strafvollstreckung seien daher die Gefangenen, deren Strafmaß zwei Jahre nicht übersteige.

<sup>97</sup> Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik 2003 (2004, 10).

Tabelle 2 zeigt, dass sowohl in der Gesamt-Erhebungsgruppe als auch in der Diagnosegruppe diejenigen Personen mit einer Freiheitsstrafe von über 5 Jahren sowie einer lebenslangen Freiheitsstrafe gegenüber der Strafvollzugsstatistik stark unterrepräsentiert sind. Hingegen sind jene, die zu einer Strafe bis zu einem Jahr verurteilt wurden, mit einem Anteil von 55,5 % bzw. 56,7% stärker vertreten als es der Strafvollzugsstatistik 2003 entspricht (42,5 %). Auch hier schlägt sich zum einen die Überrepräsentativität der jungen Strafgefangenen nieder, die durchschnittlich kürzere Haftzeiten verbüßen als die Erwachsenen. Zum anderen ergibt sich aus der Strafvollzugsstatistik weiter, dass die voraussichtliche Vollzugsdauer bei weiblichen Strafgefangenen ebenfalls durchschnittlich erheblich kürzer ist als bei den Männern. So haben 54,2 % aller weiblichen Strafgefangenen lediglich eine voraussichtliche Haftzeit bis einschließlich 1 Jahr zu verbüßen (n = 1.504), während dieser Anteil bei den männlichen Strafgefangenen lediglich 41,9 % beträgt (n = 24.931). Die sich aus der Tabelle ergebenden Differenzen lassen sich daher mit den überproportional hohen Quoten von jungen Strafgefangenen und Frauen in der Erhebungsgruppe erklären. Darüber hinaus werden die Zahlen der Strafvollzugsstatistik – anders als bei der vorliegenden JVA-Erhebung – mittels einer Stichtagserhebung gewonnen, so dass Gefangene mit langen Haftzeiten regelmäßig überrepräsentiert sind.

**Tabelle 2: Voraussichtliche Vollzugsdauer bzw. Strafmaß**

Vorauss. Vollzugsdauer (Statistik) bzw. aktuelles Strafmaß (JVA-Erhebung)	Grundgesamtheit 2003 <sup>98</sup> (N = 62.288)	Gesamt-Erhebungsgruppe 2003 (N = 866) / Diagnosegruppe (n = 639)
Bis unter 6 Monate	13.323 (21,4 %)	192 (22,2 %) / 157 (24,6 %)
Bis einschl. 1 Jahr	13.112 (21,1 %)	288 (33,3 %) / 205 (32,1 %)
Bis einschl. 2 Jahre	12.226 (19,6 %)	187 (21,6 %) / 118 (18,5 %)
Bis einschl. 5 Jahre	15.598 (25,0 %)	156 (18,0 %) / 124 (19,4 %)
Bis einschl. 15 Jahre	6.255 (10,0 %)	26 (3,0 %) / 23 (3,6 %)
Lebenslang	1.774 (2,9 %)	3 (0,3 %) / 3 (0,5 %)
Unbekannt	./.	14 (1,6 %) / 9 (1,4 %)
Summe	62.288 (100 %)	866 (100 %) / 639 (100 %)

98 Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik 2003 (2004, 10 f.).

## g) Vorstrafen

Aus Tabelle 3 ergibt sich, dass in der Erhebungsgruppe nur etwa jeder Fünfte keine Vorstrafe hat, wohingegen nach der Strafvollzugsstatistik ca. 38 % aller Strafgefangenen nicht vorbestraft sind. Auch der Anteil derjenigen, die 5 und mehr Vorstrafen ausweisen, ist in der untersuchten Gruppe gegenüber der Grundgesamtheit deutlich höher. Diese Abweichung könnte möglicherweise daran liegen, dass diejenigen, bei denen von den Justizvollzugsanstalten keine Feststellungen über die Vorstrafenbelastung getroffen wurden (immerhin mehr als 13 %), tatsächlich nicht vorbestraft sind und folglich in die entsprechende Gruppe einbezogen werden müssten. Zum anderen sind aber auch Abweichungen hinsichtlich der Erfassung der Vorstrafen gegenüber der Strafvollzugsstatistik nicht auszuschließen. Der Umstand, dass in der Erhebungsgruppe sowohl weibliche als auch jugendliche Strafgefangene (männliche und weibliche) überrepräsentiert sind, hätte der Strafvollzugsstatistik zufolge nämlich den gegenteiligen Effekt haben müssen, also eine vergleichsweise geringere Vorstrafenbelastung in der Erhebungsgruppe.

**Tabelle 3: Vorstrafenbelastung der Strafgefangenen**

Anzahl der Vorstrafen	Grundgesamtheit 2003 <sup>99</sup> (N = 62.288)	Gesamt-Erhebungsgruppe 2003 (N = 866) / Diagnosegruppe (n = 639)
Nicht vorbestraft	23.390 (37,6 %)	190 (21,9 %) / 119 (18,6 %)
1-mal	10.106 (16,2 %)	120 (13,9 %) / 74 (11,6 %)
2-mal	6.081 (9,8 %)	68 (7,9 %) / 53 (8,3 %)
3-mal	4.641 (7,5 %)	58 (6,7 %) / 45 (7,0 %)
4-mal	3.574 (5,7 %)	49 (5,7 %) / 41 (6,4 %)
5-10-mal	10.706 (17,2 %)	165 (19,1 %) / 133 (20,8 %)
11-mal und öfter	3.790 (6,1 %)	100 (11,5 %) / 86 (13,5 %)
Unbekannt	./.	115 (13,3 %) / 88 (13,8 %)
Summe	62.288 (100 %)	450 (100 %)

## h) Zwischenergebnis

Die Erhebungsgruppe ist als Gesamtgruppe ebenso wie die Diagnosegruppe mit Ausnahme der jeweils deutlich überhöhten Anteile an Jugendstrafgefangenen und weiblichen Inhaftierten hinreichend repräsentativ für die Grundge-

<sup>99</sup> Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik 2003 (2004, 14 f.).

samtheit aller Strafgefangenen. Bei der Ergebnisdarstellung<sup>100</sup> wird daher in Bezug auf die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nicht nur die gesamte Diagnosegruppe analysiert; auch für verschiedene Teilgruppen (z.B. weibliche Gefangene sowie Jugendstrafgefangene) wird die jeweilige Prävalenzrate ermittelt.

### *B.2.3 Mainzer Urteilsanalyse*

Um herauszufinden, in wie vielen Verurteilungen (insbesondere bei Aggressions- und Straßenverkehrsdelikten) eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verhängt und eine Aussetzung zur Bewährung abgelehnt wurde, weil wegen der Alkoholabhängigkeit eine positive Sozialprognose nicht möglich war, hat die KrimZ bei mehreren Staatsanwaltschaften angefragt, ob die Analyse eines Urteilsjahrgangs möglich sei. Dabei stellte sich heraus, dass dort nicht immer die Möglichkeit der EDV gegeben war, Straftaten nach bestimmten Kriterien zu sortieren, z.B. nach dem Strafmaß. Des Weiteren bestand die Überlegung, einen Landgerichtsbezirk auszuwählen, der die durchschnittliche Kriminalitätsbelastung in den verschiedenen Regionen Deutschlands in etwa abbilden würde. Aus diesem Grunde schied Frankfurt am Main aus, da dort überproportional hohe Quoten in spezifischen Deliktbereichen, z.B. im Bereich der Verstöße gegen das BtMG, zu erwarten waren. Bei der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Wiesbaden konnte die Urteilsanalyse aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt werden, wohingegen Mainz den vorgenannten Kriterien entsprach. Nicht zuletzt aufgrund der Kooperationsbereitschaft des Leiters der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Mainz und des Umstandes, dass die Straftaten sehr zügig zur Verfügung gestellt werden konnten, entschied sich die KrimZ, die Urteilsanalyse bei der Staatsanwaltschaft Mainz durchzuführen. Die Untersuchung fand vor Ort im Mai 2002 statt.

Grundlage der Untersuchung waren die Hauptakten der Strafverfahren, die im Jahr 1998 bei der Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht Mainz anhängig wurden und die mit einer Verurteilung zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe von bis zu zwei Jahren rechtskräftig endeten. Dass der Zeitpunkt der Anhängigkeit und nicht der Verurteilung das maßgebliche zeitliche Kriterium darstellt, hängt damit zusammen, dass die Staatsanwaltschaften bei der EDV-Erfassung der Verfahrensdaten auf diesen Zeitpunkt abstellen und es einen erheblichen Mehraufwand bedeutet hätte, einen kompletten Urteilsjahrgang zusammenzustellen. Im Hinblick auf die Forschungsfrage bedeutete diese Vorgehensweise auch keinen Nachteil. Es gelang, fast alle Hauptakten zu den mit Hilfe der EDV ermittelten Aktenzeichen einzusehen. Lediglich in einigen

---

100 Siehe dazu C.1.4.

wenigen Fällen waren die Akten nicht entbehrlich, entweder im Zusammenhang mit einer noch laufenden Vollstreckung oder weil sie in einem neuen laufenden Verfahren beigezogen wurden. Die Ausfälle betrug allerdings weniger als 4 %, so dass von einer hinreichenden Repräsentativität auszugehen ist.

Für die Urteilsanalyse wurde von der KrimZ ein standardisierter Erhebungsbogen<sup>101</sup> entwickelt; andere Aktenteile als das Urteil wurden nicht berücksichtigt.

Für die insgesamt 273 Täter (aus 252 Strafverfahren) wurde jeweils Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, die angewendeten Straftatbestände<sup>102</sup> sowie die Sanktion erfasst, insbesondere auch eine evtl. Strafaussetzung der Strafe. Ferner wurde erhoben, inwieweit Alkohol in den Ausführungen des Urteils eine Rolle spielte, insbesondere

- ob der Täter vor der Tat Alkohol konsumiert hatte,
- ob § 20 StGB diskutiert oder § 21 StGB erörtert bzw. angewendet wurde,
- ob die Blutalkoholkonzentration (BAK) zum Tatzeitpunkt ermittelt wurde und schließlich,
- ob Hinweise auf ein Alkoholproblem des Täters vorlagen.

#### B.2.4 Aktenanalyse von alkoholabhängigen Strafgefangenen

##### B.2.4.1 Berücksichtigte Fälle

Insgesamt wurden die Akten von 113 (zum Zeitpunkt der JVA-Erhebung) inhaftierten Tätern untersucht. Tabelle 4 zeigt, dass bei etwa der Hälfte dieser Täter sowohl nach der ärztlichen Einschätzung als auch nach den Angaben des Gefangenen selbst davon auszugehen war, dass eine Alkoholabhängigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt. Bei jedem Dritten beruhte die Annahme, dass es sich wahrscheinlich um einen Alkoholabhängigen handelt, allein auf der ärztlichen Diagnose und bei etwa jedem siebten Täter allein auf den Angaben des Gefangenen im Rahmen des CAGE-Tests<sup>103</sup> (eine ärztliche Einschätzung lag in diesen Fällen entweder nicht vor oder der Anstaltsarzt ging nicht von einer hohen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit bei dieser Person aus).

---

101 Im Anhang unter D.3.5 aufgeführt.

102 Die Straftat(en) wurden – wie bei der JVA-Erhebung – in Deliktgruppen erfasst, siehe B.2.2.1.

103 Siehe dazu C.1.4.2.

**Tabelle 4: Aktenanalyse – Zusammensetzung der untersuchten Fälle**

Ärztliche Einschätzung und CAGE-Test	Häufigkeit	Prozent
Alkoholabhängigkeit des Inhaftierten ist anzunehmen aufgrund ärztlicher Einschätzung + Angaben des Inhaftierten	56	49,6 %
Alkoholabhängigkeit des Inhaftierten ist „nur“ aufgrund ärztlicher Einschätzung wahrscheinlich	41	36,3 %
Alkoholabhängigkeit des Inhaftierten ist nur aufgrund der Angaben des Inhaftierten (CAGE-Test) wahrscheinlich	16	14,2 %
Summe	113	100,0 %

#### B.2.4.2 Merkmale des Erhebungsbogens

Für die an die Erhebung in den Justizvollzugsanstalten anknüpfende Aktenanalyse wurde von der KrimZ ebenfalls ein weitgehend standardisierter Erhebungsbogen entwickelt, der im Anhang unter D.3.6 aufgeführt ist. Der Erhebungsbogen wurde zunächst im Rahmen eines Pretests eingesetzt. Freundlicherweise stellte der Leiter der Staatsanwaltschaft Mainz hierfür nochmals 10 Strafakten zur Verfügung. Es handelte sich dabei um Verfahren, die bereits im Rahmen der Mainzer Urteilsanalyse ausgewertet worden waren. Bei diesen Verfahren gab es damals nach den untersuchten Urteilen Hinweise darauf, dass der Täter ein Alkoholproblem haben könnte, so dass die Akten sehr gut für einen Pretest geeignet waren. Einige Details des Erhebungsbogens konnten im Zuge der Auswertung dieser 10 Probeakten überarbeitet werden. Der Bogen setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- Merkmale des Täters, insbesondere seine Belastung mit Vorstrafen sowie frühere Therapieerfahrungen;
- Sammlung aller Hinweise auf den Umgang des Täters mit Alkohol;
- Merkmale der abgeurteilten Tat(en)<sup>104</sup>, insbesondere Rauschmitteleinfluss und Anwendung der §§ 20, 21 StGB;
- Merkmale des Verfahrensverlaufs, insbesondere Begutachtungen des Täters im Hinblick auf die Alkoholproblematik;
- Merkmale des Urteils, insbesondere Feststellungen zur Alkoholproblematik sowie Begründung einer eventuellen (Primär-)Bewährung und entsprechende gerichtliche Entscheidungen über Auflagen und Weisungen;

---

104 Siehe B.2.2.1.

- Merkmale der Bewährung, insbesondere Erfüllung von Auflagen und Weisungen, Probleme der Bewährung einschließlich erneuter Straftaten sowie Widerruf der Straf(rest-)aussetzung.

#### B.2.4.3 Ablauf der Aktenauswertung

Grundsätzlich kann eine Einsichtnahme in Strafakten zum Zwecke wissenschaftlicher Auswertung nur mit Genehmigung der jeweiligen Landesjustizbehörden bzw. den jeweiligen Staatsanwaltschaften erfolgen. Alle diesbezüglichen Anfragen wurden positiv beantwortet. Den Anfragen an die Staatsanwaltschaften wurde die Forschungskonzeption und das Datenschutzkonzept<sup>105</sup> beigelegt. Mit der Anforderung der Akten und deren Auswertung in den Räumen der KrimZ wurde im März 2004 begonnen. 27 Staatsanwaltschaften übersandten die Akten zu 113 Straftätern (durchschnittlich etwa 4 Verfahren je StA, von einer StA wurden Akten aus 16 Verfahren übersandt). Die Verteilung der untersuchten Akten wird in Tabelle 5 dargestellt.

**Tabelle 5: Verteilung der Akten nach Bundesländern**

Bundesland	Anzahl der Verfahren	Prozent
Baden-Württemberg	25	22,1
Bayern	2	1,8
Berlin	23	20,4
Hessen	5	4,4
Niedersachsen	26	23,0
Nordrhein-Westfalen	2	1,8
Sachsen-Anhalt	30	26,5
Insgesamt	113	100

Neben der Projektleiterin war eine wissenschaftliche Hilfskraft mit der Auswertung befasst. Ein einheitliches Verständnis des Erhebungsbogens war dadurch gewährleistet, dass (fast) jede Akte von beiden Juristen ausgewertet wurde. Unstimmigkeiten konnten in einem Gespräch der Beteiligten geklärt werden. Die Auswertung der Strafakten wurde im Januar 2005 abgeschlossen.

<sup>105</sup> Im Anhang aufgeführt unter D.3.7.

#### B.2.4.4 Aktenrücklauf und Repräsentativität

Ausfälle bei der Einsichtnahme in die Strafakten ergaben sich unter zwei Gesichtspunkten. Zum einen konnten in einigen Fällen die von den Justizvollzugsanstalten mitgeteilten Aktenzeichen von der zuständigen Staatsanwaltschaft keinem Verfahren zugeordnet werden. Zum anderen konnten einige Strafakten nicht an die KrimZ übersandt werden, weil sie – meist im Zusammenhang mit einer noch laufenden Vollstreckung – nicht entbehrlich waren. Teilweise gelang es, die Akten durch eine erneute Anforderung zu einem späteren Zeitpunkt doch noch zu erhalten und auszuwerten. Insgesamt konnten etwa 92 % der angeforderten Hauptakten eingesehen und ausgewertet werden. Damit ist von einer hinreichenden Repräsentativität auszugehen. Allerdings wurden von den Staatsanwaltschaften teilweise überhaupt keine Nebenakten bzw. lediglich einige Blätter in Kopie zur Verfügung gestellt. Diese Problematik ergab sich hauptsächlich vor dem Hintergrund, dass in vielen Fällen die Vollstreckung noch nicht abgeschlossen war und die Staatsanwaltschaften daher allenfalls die Hauptakten zur Versendung freigaben. Daher sind Feststellungen im Zusammenhang mit dem Vollstreckungsverfahren weit seltener möglich als dies für das Ermittlungs- und Erkenntnisverfahren gilt.

#### *B.2.5 Befragung von Richtern, Staatsanwälten und Angehörigen des Justizvollzugs*

Wegen des unterschiedlichen beruflichen Erfahrungshorizonts hat die KrimZ bei der Befragung der Richter und Staatsanwälte – teilweise – andere inhaltliche Schwerpunkte gesetzt als bei der Befragung der Angehörigen des Justizvollzugs<sup>106</sup>. So schien es beispielsweise sinnvoll, allein letztere zu den Behandlungsmöglichkeiten alkoholabhängiger Gefangener im Vollzug zu befragen. Andererseits genügte es, die Vertreter der Justiz zu Fragen der konkreten juristischen Ausgestaltung einer potentiellen Regelung heranzuziehen.

---

106 Wegen des unterschiedlichen professionellen Zugangs zur Problematik wurden Mitarbeiter aus folgenden Arbeitsbereichen in die Befragung einbezogen: 1. Anstaltsleitung, 2. Vollzugsleitung/Abteilungsleitung, 3.(externe) Drogenberatung, 4. Sozialdienst, 5. Psychologischer Dienst, 6. Ärztlicher Dienst.

### B.2.5.1 Merkmale der Erhebungsbögen

Es wurden daher zwei unterschiedliche Erhebungsbögen<sup>107</sup> konzipiert. Neben den o.a. Forschungsfragen sollte die Befragung folgende Ziele erreichen:

1. Einschätzung der gegenwärtigen Situation alkoholabhängiger Angeklagter während des Strafverfahrens durch Justizangehörige, und
2. Überprüfung, ob und inwieweit die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter von diesen Berufsgruppen erwünscht, akzeptiert oder aber abgelehnt wird, und schließlich
3. damit zusammenhängend: Schätzung, wie häufig die Gerichte diese Therapieregung mutmaßlich anwenden würden.

Ausgangspunkt der in den Erhebungsbögen zusammengestellten Thesen waren die Erkenntnisse und Einschätzungen, die im Rahmen der Expertenanhörung zusammengetragen wurden. Von Interesse war, inwieweit die dort vertretenen Auffassungen von einer größeren Anzahl von Richtern und Staatsanwälten geteilt werden.

Beide Fragebögen waren so konzipiert, dass die Bearbeiter zunächst gebeten wurden, anzugeben, wie sinnvoll aus Ihrer Sicht die geltenden Regelungen für BtM-Abhängige gemäß §§ 35 ff. BtMG sind (1. Einstiegsfrage) bzw. die Einführung einer entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Täter wäre (2. Einstiegsfrage). Die befragten Personen sollten hier wie bei (nahezu allen) folgenden Fragen ihre Einstellung auf einer 5-Punkte-Skala zum Ausdruck bringen.<sup>108</sup> Hier konnten sie zwischen folgenden Möglichkeiten wählen: sehr sinnvoll, eher sinnvoll, teils/teils, eher nicht sinnvoll, überhaupt nicht sinnvoll. Die weiteren Items bezogen sich auf Einschätzungen der Befragten zur praktischen Anwendbarkeit einer entsprechenden Regelung sowie zu Nebenfolgen, die mit der Einführung einer Therapiebestimmung für Alkoholabhängige einhergehen könnten. Darüber hinaus wurden die Beteiligten um geschätzte Angaben zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei verschiedenen Tätergruppen gebeten.

---

107 Im Anhang aufgeführt unter D.3.8 (Richter und Staatsanwälte) bzw. D.3.9 (Angehörige des Justizvollzugs).

108 Einstellungsmessung mit der sog. Likert-Technik, vgl. *Diekmann* (2000), S. 209.

### B.2.5.2 Genehmigungsverfahren und Durchführung

Planmäßig wurde die schriftliche Befragung in den vier Bundesländern Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen durchgeführt. Nachdem der KrimZ entsprechende Unterstützungsschreiben aus den Landesjustizverwaltungen vorlagen, wurden aus jedem Bundesland die Behördenleiter von

- a) zwei Amts- und zwei Landgerichten,
- b) den beiden Staatsanwaltschaften bei den betreffenden Landgerichten<sup>109</sup>, ferner von
- c) sechs Justizvollzugsanstalten (Strafanstalten, Jugendanstalten)

angeschrieben, die mittels einer Zufallsauswahl ermittelt wurden. Alle Behördenleiter wurden in der Zeit von Dezember 2003 bis Januar 2004 über das Projekt informiert sowie darum gebeten, die beigefügten Fragebögen an die dort tätigen Straf- und Jugendrichter, Staatsanwälte oder JVA-Mitarbeiter verteilen zu lassen sowie für eine möglichst hohe Beteiligung zu werben.<sup>110</sup> In der Folgezeit fragten einige Staatsanwaltschaften bei der KrimZ an, ob die Fragebogen nicht auch an die dort tätigen Amtsanwälte verteilt werden sollten. Dies wurde seitens der KrimZ befürwortet, wobei darum gebeten wurde, die an die Amtsanwälte ausgegebenen Bögen entsprechend kenntlich zu machen.

### B.2.5.3 Datenrücklauf und Repräsentativität

Die KrimZ rechnete bei der Befragung der Richter und Staatsanwälte mit einer Rücklaufquote zwischen 20 und 30 %, bei den JVA-Mitarbeitern mit einer 50 %-igen Beteiligung. Dementsprechend sollten von jeder Berufsgruppe wenigstens 50 ausgefüllte Erhebungsbögen, insgesamt also 150 Bögen zur Auswertung vorliegen. Tatsächlich wurden bis Anfang Mai 2004 über 570 Erhebungsbögen an die KrimZ übermittelt, davon 87 Fragebögen von Richtern, 258 Bögen von Staatsanwälten sowie zusätzlich 27 Bögen von Amtsanwälten. Aus den Justizvollzugsanstalten wurden 204 ausgefüllte Erhebungsbögen übersandt (zur Rücklaufquote siehe Tab. 6).

---

109 In Hamburg gibt es nur ein Landgericht, so dass dort zwei Amtsgerichte, das Landgericht Hamburg sowie die StA Hamburg ausgewählt und angeschrieben wurden.

110 In Bayern wurden die Anschreiben und Fragebögen durch das Bayerische Ministerium der Justiz an die jeweiligen Behörden weitergeleitet.

**Tabelle 6: Datenrücklauf bei der schriftlichen Befragung (Justiz und Vollzug)**

Befragte	Verteilt wurden ca. ... Bögen	Bearbeitet wurden	Rücklauf Quote ca.
Straf- und Jugend- richter (AG, LG)	300	87	30 %
Staatsanwälte (inkl. Amtsanwälte)	560	285	50 %
JVA-Mitarbeiter	265	204	75 %
Insgesamt	1125	576	50 %

Aufgrund der relativ hohen Beteiligung ist auch hier von einer hinreichenden Repräsentativität der Ergebnisse auszugehen.

### B.2.6 Befragung von Therapieeinrichtungen

Die KrimZ beschloss, im Hinblick auf Fragen des Therapieangebotes freie Therapieeinrichtungen zu befragen. Sollte eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Regelung für alkoholabhängige Straftäter in Kraft treten, stellt sich die Frage, ob die vorhandenen Kapazitäten ausreichen und ob die freien Therapieeinrichtungen auch zur Aufnahme dieser Klientel bereit sind. Daneben war die Einschätzung von Leitern stationärer Therapieeinrichtungen bzw. den dort tätigen Therapeuten zu Chancen und Risiken einer „Therapie statt Strafe“-Regelung für alkoholabhängige Täter von Interesse.

#### B.2.6.1 Ablauf der schriftlichen Befragung

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden alle im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe „buss“ eingetragenen Einrichtungen, die (auch) mit der Behandlung alkoholabhängiger Patienten befasst sind, als Stichprobe gezogen und angeschrieben (83). Dahinter stand die Überlegung, dass mit der Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Täter wohl in erster Linie die stationären Einrichtungen als Anbieter in Frage kämen.

Der von der KrimZ hierfür konzipierte Erhebungsbogen<sup>111</sup> wurde im Dezember 2004 an die Leiter der Therapieeinrichtungen übersandt, verbunden mit der Bitte, an der schriftlichen Umfrage teilzunehmen. Der Erhebungsbogen umfasst im Wesentlichen Fragen

<sup>111</sup> Im Anhang aufgeführt unter D.3.10.

1. zum Therapieangebot der Einrichtung,
2. zu Dauer und Kosten der verschiedenen Therapieangebote,
3. zur Akzeptanz der geltenden Therapieregungen des BtMG sowie einer analogen Regelung für alkoholabhängige Straftäter,
4. zu den voraussichtlichen Erfolgsaussichten einer Therapieregung bei alkoholabhängigen Tätern,
5. zum Interesse der freien Therapieeinrichtungen, alkoholabhängige Straftäter im Rahmen einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung zu behandeln sowie
6. zur Möglichkeit der Einrichtungen, (ohne Ausweitung der vorhandenen Kapazitäten) Patienten im Rahmen einer solchen Regelung aufzunehmen, und ferner
7. zu den voraussichtlichen Kosten einer solchen Therapie.

#### B.2.6.2 Datenrücklauf und Repräsentativität

Von den insgesamt 83 angeschriebenen Einrichtungen haben 2 mitgeteilt, stationäre Alkoholtherapie nicht bzw. nur ganz ausnahmsweise anzubieten. Diese beiden Institutionen wurden daher aus der Stichprobe herausgenommen; die Erhebungsbögen blieben bei der Auswertung entsprechend unberücksichtigt. Aus der Stichprobe von nunmehr 81 Therapieeinrichtungen haben sich 51 an der Umfrage beteiligt. Da die Rücklaufquote von 63 % recht hoch für eine solche Umfrage ist, kann von einer hinreichenden Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden.

## C. Ergebnisse des Projektes

### C.1 Prävalenz der Alkoholabhängigkeit

#### C.1.1 Allgemeinbevölkerung

Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt 3,1 % für die Altersgruppe der 18-59-Jährigen. Das entspricht insgesamt 1,5 Mio. alkoholabhängigen Menschen. Dabei sind etwa viermal so viele Männer betroffen wie Frauen (4,5 % vs. 1,3 %).<sup>112</sup> Die Zahl der Personen mit aktuellem Alkoholmissbrauch wird auf 2,7 Mio. und die Zahl der Personen, die früher einmal einen Alkoholmissbrauch betrieben hatten, auf 8 Mio. geschätzt.<sup>113</sup> Darüber hinaus ist das Problem der Mehrfachabhängigkeit oder Polytoxikomanie<sup>114</sup> zu berücksichtigen. Darunter versteht man die gleichzeitige und/oder abwechselnde Abhängigkeit von verschiedenen Drogen. Dabei wird unterschieden zwischen

- polytoxikomanen Gebrauchsmustern, die mehr mit der jeweiligen Verfügbarkeit von Drogen zusammenhängen als mit einer Mehrfachabhängigkeit,
- echter Mehrfachabhängigkeit, bei welcher ein Abhängigkeitssyndrom für mehr als eine Art von Drogen festzustellen ist.

In der vorliegenden Untersuchung wird Polytoxikomanie im Sinne einer echten Mehrfachabhängigkeit verstanden.<sup>115</sup> Besteht zum Tatzeitpunkt eine Betäubungsmittelabhängigkeit neben einer Abhängigkeit von Alkohol, so ist von einer BtM-Abhängigkeit in Form einer Polytoxikomanie auszugehen; selbst wenn am Tattag der Schwerpunkt des Missbrauchs beim Alkohol liegt, ist die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG in solchen Fällen möglich.<sup>116</sup>

#### C.1.2 Verurteilte Täter (Schätzungen)

Wie groß ist nun aber die Anzahl der Personen, für die eine den §§ 35 ff. BtMG vergleichbare Regelung in Betracht kommt? D.h. wie groß ist der Kreis der Verurteilten, die a) alkoholabhängig sind (und auch bei Tatbegehung waren) und bei denen b) feststeht (z.B. aufgrund des Urteils), dass zwischen der Alkoholabhängigkeit und der Tat ein unmittelbarer Kausalzusammenhang vorliegt? Dass aus der Justizpraxis berichtet wird, dass der Anteil alkoholisier-

---

112 DHS (2005, 133) m.w.N.

113 Bühringer et al. (2000, 151).

114 Vgl. hierzu Kreuzer (1998) Rn. 7.

115 In der Praxis dürfte die Unterscheidung zu polytoxikomanen Gebrauchsmustern allerdings häufig recht schwierig sein.

116 Körner (2001) § 35 Rn. 44 m.w.N.; Berghof (1995, 215) m.w.N.

ter Straftäter in allen Deliktsgruppen zwischen 35 % und 60 % liegen soll, wurde bereits dargelegt.<sup>117</sup> Wie viele dieser alkoholisierten Täter auch alkoholabhängig sind, ist allerdings unbekannt; ebenso ist unklar, wie häufig bei alkoholabhängigen Straftätern ein Kausalzusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Straftat anzunehmen ist.

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde der Anteil alkoholkranker Straftäter in der Bewährungshilfe-Praxis diskutiert. Trotzdem der eingeladene Vertreter der Bewährungshilfe aus Krankheitsgründen ganz kurzfristig abgesagt hatte, konnten im Rahmen der Anhörung einige Erkenntnisse zu diesem Themenkreis gewonnen werden. So berichtete eine Richterin die Ergebnisse einer Untersuchung des Bewährungshilfevereins Stuttgart. Dabei handelt es sich um eine Bedarfserhebung für das Jahr 2000, die die soziale Situation und den Betreuungsbedarf der Probanden in diesem Landgerichtsbezirk beleuchtet. Die Auswertung der Daten stützte sich auf eine Fragebogenaktion, an der 69 % der Bewährungshelfer des Stuttgarter Bezirks teilgenommen hatten. Insgesamt wurden dadurch 2.831 Probanden erfasst, davon 130 alkoholabhängige Probanden in der Bedarfsgruppe „Alkohol und Straftat“ (das entspricht 4,6 % der Gesamtgruppe). Bei 49 Personen (38 % der Bedarfsgruppe) hatte das erkennende Gericht die Aussetzung zur Bewährung mit der Weisung verbunden, sich einer Alkoholtherapie zu unterziehen. Nach Einschätzung der Bewährungshelfer bestand dagegen bei 66 Personen (also 51 % der Bedarfsgruppe) Therapiebedarf. Die Untersuchung ergab weiter, dass der Anteil der Probanden mit Hafterfahrung in der Gruppe „Alkohol und Straftat“ mit 63 % höher lag als in der Gesamtgruppe (52 %). Die Altersverteilung der Personen in der Bedarfsgruppe lag im Schwerpunkt zwischen 28 und 55 Jahren. Die Erhebung ergab ferner, dass die seit Jahren angebotene Gruppenarbeit zu „Alkohol und Straftat“ stark frequentiert wird, was nicht zuletzt daran liegt, dass am Ende der Gruppenabende die Möglichkeit besteht, sich mit einem Vertreter des Technischen Überwachungsvereins bezüglich der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis auseinander zu setzen. Gegenüber der Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung von 3,1 % wird die Quote bei Klienten der Bewährungshilfe mit 4,6 % also etwas höher eingeschätzt.

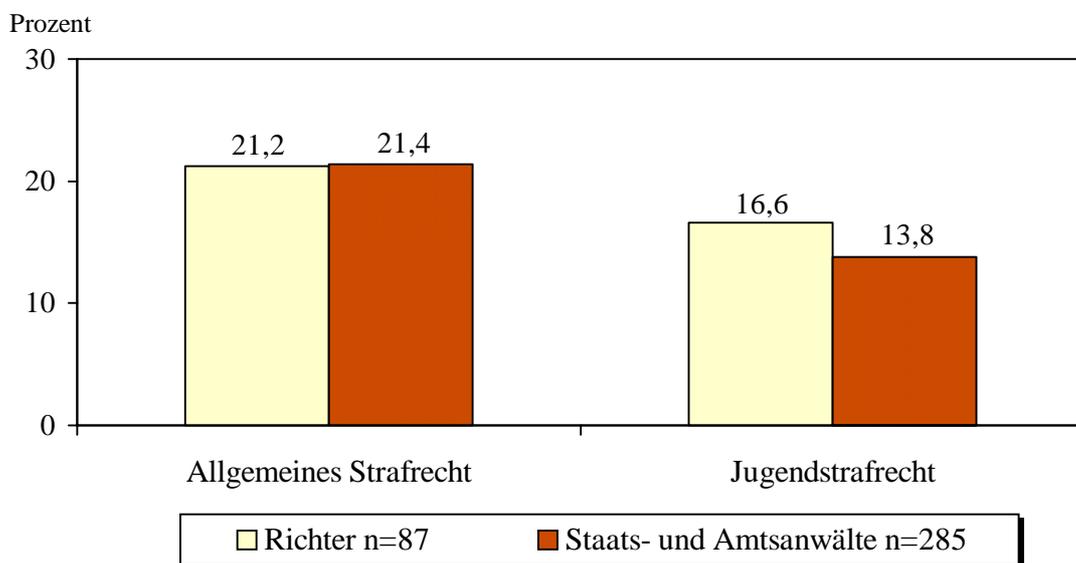
Um die Anzahl der Personen, für die eine den §§ 35 ff. BtMG vergleichbare Regelung in Betracht kommt, näher einzugrenzen, wurden hierzu Richter und Staatsanwälte schriftlich befragt. Die Vertreter der Strafrechtspraxis wurden um die Einschätzung gebeten, wie viele von hundert Angeklagten, deren Verfahren mit einer Verurteilung zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe endet, (laut Urteil) von den erkennenden Gerichten als alkoholabhängig eingeschätzt werden. Dabei sollte nicht nach Deliktbereichen differenziert werden, wohl aber nach Tätern, auf die allgemeines Strafrecht angewendet wird, und jenen jun-

---

117 Siehe A.2.3.

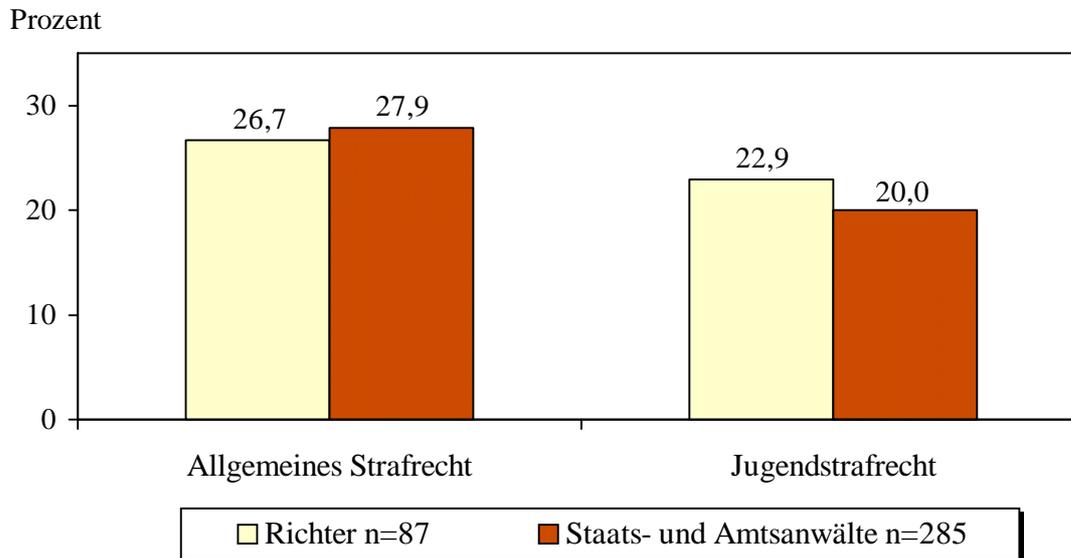
gen Tätern, auf die das Jugendstrafrecht Anwendung findet. Etwa 64 % der befragten Richter und Staatsanwälte haben für die Täter, auf die allgemeines Strafrecht angewendet wird, einen Wert zwischen 0 und 20 angegeben. Der Minimalwert liegt bei 0, der Maximalwert bei 90. Der Mittelwert beträgt bei beiden Berufsgruppen ca. 21. Bei den Tätern, auf die das Jugendstrafrecht Anwendung findet, ergibt sich als Mittelwert bei den Staatsanwälten knapp 14, bei den Richtern fast 17.

**Abb. 3: Geschätzte Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei zu Freiheits- oder Jugendstrafe verurteilten Tätern**



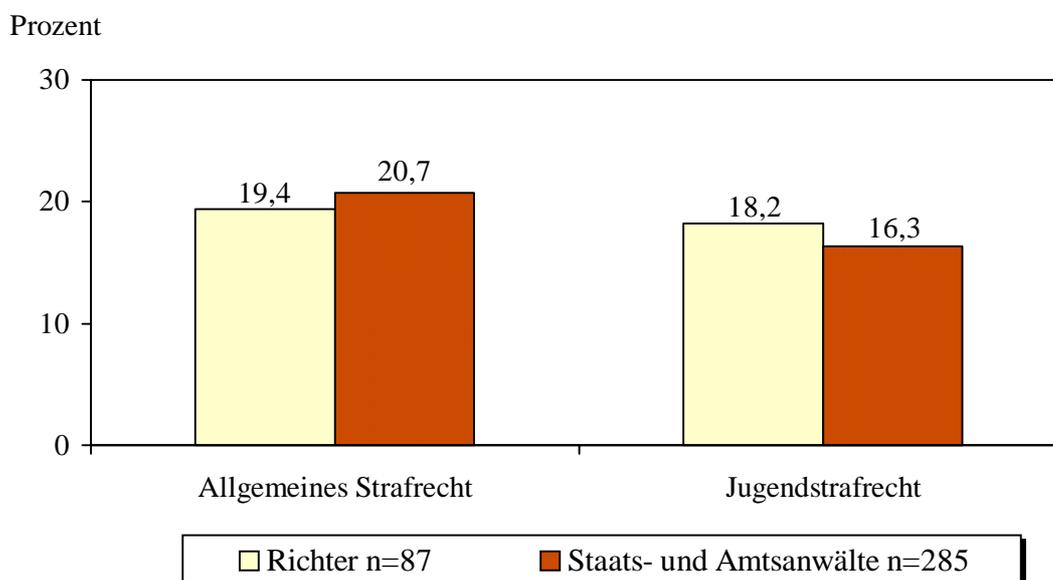
Danach befragt, wie viele von hundert Angeklagten nach Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter von den erkennenden Gerichten (voraussichtlich) als alkoholabhängig eingeschätzt würden, erhöhte sich der Mittelwert bei den Erwachsenen auf knapp 26 (Richter) bzw. auf 28 (Staatsanwälte). Bei jenen Tätern, auf die Jugendstrafrecht angewendet wird, erhöhte sich der Mittelwert auf 20 (Staatsanwälte) bzw. 23 (Richter). Weshalb die Richter und Staatsanwälte die – wahrgenommene – Prävalenz der Alkoholabhängigkeit mit Einführung einer Therapieregung signifikant höher einschätzen (Erhöhung beträgt bis zu 38 %) als in der gegenwärtigen Gesetzeslage, muss im Zusammenhang mit den weiteren Ergebnissen der Befragung interpretiert werden.

**Abb. 4: Geschätzte Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei Einführung einer Therapieregung für alkoholabhängige Täter**



Schließlich sollten die Befragten noch schätzen, bei wie vielen dieser Angeklagten nicht nur die Einschätzung als alkoholabhängig erfolgen, sondern darüber hinaus das erkennende Gericht auch die Anwendung der neu geschaffenen Therapieregung befürworten würde. Abb. 5 zeigt, dass hier der Mittelwert für die erwachsenen Täter 19 (Richter) bzw. knapp 21 (Staatsanwälte) beträgt, bei jenen Tätern, auf die Jugendstrafrecht Anwendung findet, 18 (Richter) bzw. 16 (Staatsanwälte).

**Abb. 5: Positives Votum für die Anwendung der Therapieregung**



Als Zwischenergebnis bleibt festzuhalten, dass die Vertreter der Justiz etwa 20 % der Täter, die zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe verurteilt werden und bei denen das allgemeine Strafrecht angewendet wird, für alkoholabhängig halten. Bei den jüngeren Tätern, auf die das Jugendstrafrecht Anwendung findet, schätzen sie die Prävalenzrate auf etwa 15 %. Die Richter und Staatsanwälte gehen im Falle einer Einführung einer Therapieregung für alkoholabhängige Täter davon aus, dass diese Werte um ca. 30 % erhöht wären. Danach befragt, bei wie vielen Tätern die neu geschaffene Regelung auch angewendet würde, verringern sich die geschätzten Werte wiederum und entsprechen in etwa dem (geschätzten) Ausgangsniveau. Die Justizvertreter gehen also davon aus, dass etwa 15 - 20 % der Straftäter, die zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe verurteilt werden, zum potentiellen Adressatenkreis einer Therapieregung zu rechnen sind. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass im Rahmen dieser Befragung nicht zwischen „Nur-Alkoholabhängigen“ und polytoxikomanen Alkoholabhängigen differenziert wurde, so dass der Anteil der mehrfachabhängigen Täter, die bereits nach den geltenden Therapiebestimmungen des BtMG einen Antrag auf Zurückstellung der Strafvollstreckung stellen können, herausgerechnet werden müsste (siehe dazu C.1.3 und C.1.4).

### C.1.3 Strafgefangene (Schätzungen)

Über Dringlichkeit und Schwere der Alkoholproblematik im Strafvollzug ist viel geschrieben worden, ohne dass genaue Zahlen über den Anteil Alkoholabhängiger in den Justizvollzugsanstalten bekannt sind.<sup>118</sup> 1993 wurden die Ärzte und Ärztinnen in den Justizvollzugsanstalten von Baden-Württemberg gebeten, in ihrer jeweiligen Anstalt den Anteil der Alkoholgefährdeten an den Gefangenen zu schätzen. Als Mittelmaß für alle Anstalten ergab sich, dass rund 30 % der erwachsenen Strafgefangenen alkoholgefährdet in dem Sinne sind, dass sie häufig „übermäßig“ und unkontrolliert Alkohol konsumieren.<sup>119</sup> Dagegen wurden zum gleichen Zeitpunkt nur bei 12 % der in den Jugendvollzug Aufgenommenen Alkoholprobleme festgestellt.<sup>120</sup> Nach *Kaiser*<sup>121</sup> schwanken die Angaben zum Anteil der Alkoholiker unter Strafgefangenen zwischen 2 und mehr als 30 %. Ein geschätzter Anteil von alkoholabhängigen Strafgefangenen im baden-württembergischen Strafvollzug wird mit 36 % angegeben.<sup>122</sup> *Quensel* hat 1984 den Anteil der Strafgefangenen mit einem anamnestisch er-

---

118 *Küfner et al.* (2000, 234).

119 *Dolde* (1996, 118).

120 *Dolde*, a.a.O.

121 *Kaiser* (1997, 343).

122 *Frießem* (1993, 54).

heblichen Alkoholabusus sogar auf 60 % geschätzt.<sup>123</sup> *Andersen* zufolge beziffern internationale Studien die Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (zumeist wird nicht weiter differenziert) auf bis zu 65 %.<sup>124</sup> Nach einer neueren Untersuchung des Kriminologischen Dienstes Nordrhein-Westfalen<sup>125</sup> zur Quantifizierung des Drogenproblems im Justizvollzug gibt es bei etwa 8 % der Neuzugänge Anzeichen für eine akute Alkoholabhängigkeit.<sup>126</sup> Dass das Alkoholproblem in den neuen Ländern noch größer als in den alten Bundesländern ist, berichtet *Preusker*. Rund 30 % der Insassen in den dortigen Justizvollzugsanstalten haben massive langjährige Alkoholprobleme und mindestens noch einmal so viele gelten als entsprechend gefährdet.<sup>127</sup> Besonders viele Alkoholiker befinden sich nach Angaben von *Göppinger* unter den Rückfalldelinquenten. Die Zahlen liegen hier in den einzelnen Untersuchungen zwischen 35 und 84 %.<sup>128</sup>

Die recht große Bandbreite der berichteten Prävalenzraten ist zum einen mit Unterschieden im methodischen Zugang (z.B. bei der Auswahl der Probanden und der Messinstrumente) zu erklären; zum anderen wird das Ausmaß des Drogenproblems in verschiedenen Ausformungen gemessen (Alkoholgefährdung, Alkoholabusus, Alkoholabhängigkeit). Abgesehen davon besteht wohl Einigkeit darüber, dass drogen- und alkoholsüchtige Gefangene heute das Sicherheitsproblem Nr. 1 des Justizvollzugs darstellen<sup>129</sup>. Trotz gegenläufig ausgerichteter sicherheitspolitischer Bestrebungen ist der Konsum sowohl illegaler als auch legaler Drogen für Inhaftierte in den letzten 20 Jahren zur Alltagsrealität von Strafvollzug geworden – und zwar mit steigender Tendenz.<sup>130</sup>

Auch im Rahmen der Expertenanhörung wurde über den Anteil alkoholkranker Straftäter im Strafvollzug diskutiert und in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass methodisch fundierte Studien zur Prävalenz psychischer Störungen im Strafvollzug in Deutschland fehlen. Es existiert ferner auch keine Studie, die an einer repräsentativen Stichprobe von Verurteilten die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit bestimmt und gleichzeitig einen Zusammenhang zwischen Sucht und Tat nachweist. Dagegen gibt es vereinzelte Schätzungen und Untersuchungen, die sich mit einer hochausgelesenen Klientel befassen. *Konrad* berichtete von einer gerade abgeschlossenen (inzwischen ver-

---

123 Zit. nach *Breuer-Kreuzer* (1997, 93).

124 *Andersen* (2004, 27).

125 *Wirth* (2002, 104 ff.).

126 *Wirth* (2002, 108).

127 *Preusker* (2000, 220) m.w.N.

128 *Göppinger* (1972) zit. nach *Breuer-Kreuzer* (1997, 93).

129 *Preusker* (2000, 220).

130 Vgl. *Feest* (2000) vor § 56 Rn. 27 m.w.N. sowie *Wirth* (2002, 104 ff.).

öffentlichen) Studie zur Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen. Die Untersuchung wurde an einer Zufallsstichprobe von 100 Probanden erhoben: es ergab sich eine Prävalenz der Alkoholabhängigkeit gemäß ICD-10 von 57 %.<sup>131</sup>

Nach den Ergebnissen des Forschungsprojektes des Kriminologischen Dienstes Nordrhein-Westfalen<sup>132</sup> müsse man mit mehr als 4.000 alkoholabhängigen Gefangenen im bundesdeutschen Strafvollzug rechnen. Unter den inhaftierten Straftätern mit mittelhohem Strafmaß (zwei bis fünf Jahre) sei die Suchtbelastung eher gering. Dies hänge damit zusammen, dass bei den Langstrafengefangenen die schwer dissozialen Personen und bei den Kurzstrafengefangenen vor allem die wegen Verkehrsdelikten Verurteilten mit Alkoholproblemen zu finden seien. In den Neuen Bundesländern werde das Alkoholproblem inzwischen etwa die gleiche quantitative Dimension wie das Drogenproblem in den Alten Bundesländern besitzen.

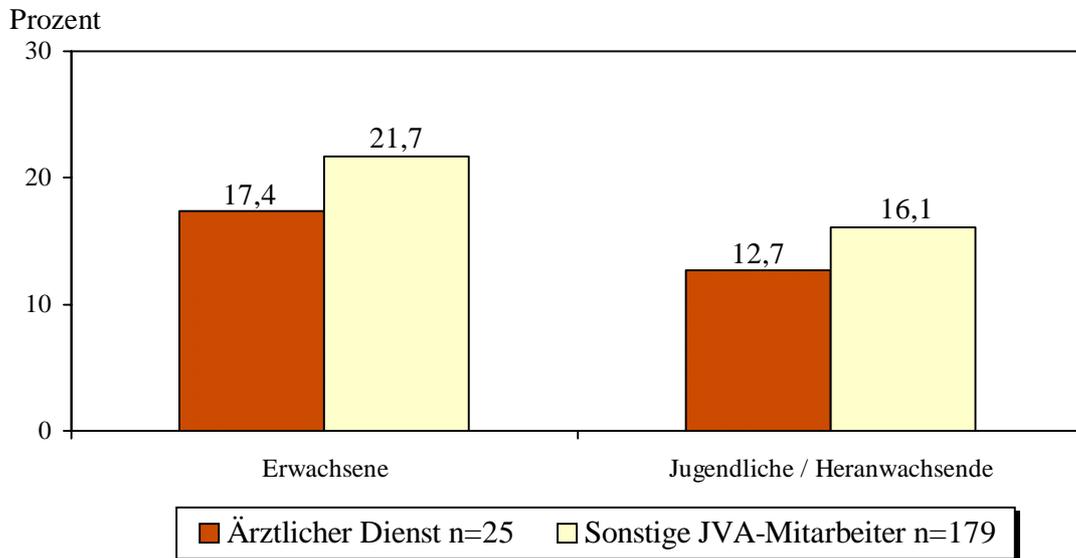
Schließlich wurden auch die Mitarbeiter der Justizvollzugsanstalten zum Ausmaß der Alkoholproblematik im Strafvollzug befragt. Sie sollten schätzen, wie viele von hundert Strafgefangenen in der jeweiligen Anstalt alkoholabhängig sind, wobei einerseits danach differenziert werden sollte, ob es sich um erwachsene oder um jugendliche bzw. heranwachsende Gefangene handelt und andererseits danach, ob die Inhaftierten „nur“ von Alkohol oder aber auch von illegalen Drogen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, abhängig sind. Für die erwachsenen Inhaftierten gaben zwei Drittel der Vollzugsbediensteten einen Wert zwischen 0 und 20 in Bezug auf die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit ohne gleichzeitige Abhängigkeit von Betäubungsmitteln an. Der Mittelwert beträgt ca. 17 bei den befragten Anstaltsärzten, knapp 22 bei den sonstigen Mitarbeitern des Strafvollzugs. Für die jugendlichen und heranwachsenden Strafgefangenen wurden geringere Werte genannt; hier beträgt der Mittelwert knapp 13, legt man die Angaben der Ärztlichen Dienste zugrunde, bzw. 16 bei den sonstigen JVA-Mitarbeitern (vgl. Abb. 6).

---

131 *Konrad* (2003, 217).

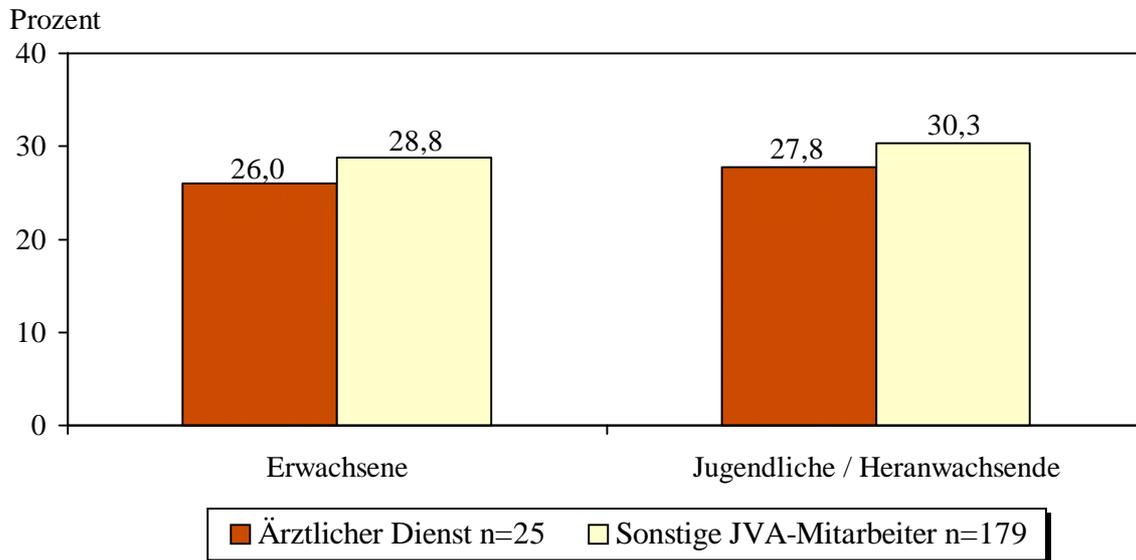
132 *Wirth*, a.a.O.

**Abb. 6: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei Strafgefangenen – ohne Mehrfachabhängige – (JVA-Schätzung)**



Die Angehörigen des Strafvollzugs schätzen die Prävalenz der Mehrfachabhängigkeit i.S. einer Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, noch weitaus höher ein. Der von den Anstaltsärzten geschätzte Mittelwert bei den erwachsenen Inhaftierten ist 26 bzw. knapp 28 bei den jugendlichen und heranwachsenden Tätern. Die sonstigen JVA-Mitarbeiter schätzen diese Werte im Mittel auf 29 bzw. 30 und liegen hier ziemlich nahe bei den Schätzwerten der Anstaltsärzte (vgl. Abb. 7).

**Abb. 7: Prävalenz der Mehrfachabhängigkeit bei Strafgefangenen [Betäubungsmittel und Alkohol] (JVA-Schätzung)**



Summiert ergeben die geschätzten Prävalenzraten einen Wert von 40-50 %, bei jungen ebenso wie bei erwachsenen Gefangenen, d.h. nach Auffassung der Angehörigen des Strafvollzugs ist annähernd jeder zweite Insasse (auch) von Alkohol abhängig.<sup>133</sup>

#### C.1.4 Ergebnisse der Erhebung in Justizvollzugsanstalten

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, die auf der Zugangsuntersuchung in 32 Justizvollzugsanstalten basieren. Da die Strafgefangenen von den jeweiligen Anstaltsärzten diagnostisch eingeschätzt wurden, ergibt sich gegenüber den oben genannten Schätzwerten ein differenzierteres Bild der Lage. Insbesondere ist die Analyse für bestimmte Teilgruppen des Vollzugs möglich. Zunächst werden die Prävalenzraten dargestellt, die auf den Angaben der Ärztlichen Dienste beruhen, anschließend werden die Selbstbeurteilungsangaben der Inhaftierten ausgewertet.

<sup>133</sup> Auch *Duncker* (2004, 28) berichtet, dass die Inhaftierten mit Alkoholproblemen in der Vorgeschichte und im Tatzusammenhang mit 50 % und mehr – je nach Justizvollzugsanstalt – beziffert werden.

## C.1.4.1 Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (ärztliche Diagnose)

## C.1.4.1.1 Gesamtgruppe

Aus Tabelle 7 ergibt sich, dass nach Einschätzung des ärztlichen Dienstes bei zwei von drei Strafgefangenen nur eine sehr geringe oder geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt. Eine mittlere Wahrscheinlichkeit wurde bei ca. 8 % der Betroffenen angenommen, eine hohe oder sehr hohe Wahrscheinlichkeit bei 17 % aller Gefangenen. In etwa 10 % der Fälle konnte der Ärztliche Dienst diesbezüglich keine Diagnose feststellen oder machte keine Angaben.

**Tabelle 7: Ärztliche Einschätzung der Alkoholproblematik (N = 639) (JVA-Erhebung)**

Wahrscheinlichkeit bzgl. Alkoholabhängigkeit	Häufigkeit	Prozent
Sehr gering	279	43,7
Gering	134	21
Mittel	53	8,3
<b>Hoch</b>	54	<b>8,5</b>
<b>Sehr hoch</b>	54	<b>8,5</b>
Nicht feststellbar	57	8,9
Ohne Angabe	8	1,3
Summe	639	100

Differenzierte Angaben zu Folgeschäden, Merkmalen von physischer und/oder psychischer Abhängigkeit etc. waren in der Kurzversion des Erhebungsbogens nicht enthalten, so dass die folgenden Angaben und Prozentwerte bezogen sind auf 473 Erfassungsbögen in der Vollversion. Danach benannten die Anstaltsärzte alkoholbedingte Folgeschäden bei 39 Gefangenen (8,2 %), wobei alkoholassoziierte Leberschäden am häufigsten angegeben wurden (27), gefolgt von neurologischen Folgeschäden (9), alkoholbedingten Pankreaserkrankungen (5) und chronischer Gastritis (3). Anzeichen, die auf eine körperliche Abhängigkeit von Alkohol hinweisen können (aber nicht müssen), fanden die Ärzte bei 72 Gefangenen (15,2 %). Hier wurden am häufigsten genannt: Schlafstörungen (44), Unruhezustände (43), Schweißausbrüche (36), Tremor der Hände (32), Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen (24) und depressive Verstimmungen (17). Eine psychische Abhängigkeit von Alkohol hielten die Ärzte bei 39 Inhaftierten für sicher (8,2 %), bei weiteren 42 für wahrscheinlich (8,9 %).

Von den 108 Personen, die nach Auffassung der Ärzte mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig sind, ist voraussichtlich annähernd jede dritte polytoxikoman, d.h. neben Alkohol auch von Betäubungsmitteln i.S.d. BtMG abhängig (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8: Ärztliche Einschätzung der Mehrfachabhängigkeit (n = 108) (JVA-Erhebung)**

Wahrscheinlichkeit bzgl. Mehrfachabhängigkeit	Häufigkeit	Prozent
Sehr gering	42	38,9
Gering	18	16,7
Mittel	6	5,6
<b>Hoch</b>	7	<b>6,5</b>
<b>Sehr hoch</b>	25	<b>23,1</b>
Nicht feststellbar	5	4,6
Ohne Angabe	5	4,6
Summe	108	100

Eine Alkoholberatung oder -therapie hielten die Ärzte bei drei von vier Gefangenen (für die der Ärztliche Dienst die Vollversion des Bogens ausgefüllt hat) nicht für ratsam, zumeist, weil kein Alkoholproblem vorliege. Bei ca. 10 % von ihnen empfahlen sie eine Alkoholberatung (49), bei weiteren 11 % der Inhaftierten eine Alkoholtherapie (52). Die tatsächliche Möglichkeit, im Strafvollzug eine Alkoholtherapie durchzuführen, bestünde allerdings nur für 6 dieser 101 Inhaftierten; immerhin 81 Personen könnten eine Alkoholberatung (meist durch interne oder externe Suchtberater) in Anspruch nehmen. 14 Personen aus dieser Gruppe könne in dieser Richtung nichts angeboten werden. Die Ärzte empfahlen einerseits nur vier von fünf Gefangenen, die ihrer Einschätzung nach alkoholabhängig sind, eine Alkoholberatung oder -therapie<sup>134</sup>, andererseits über diese Gruppe hinaus weiteren 41 Inhaftierten, die sie wohl nicht für abhängig hielten, jedoch als alkoholgefährdet eingeschätzt haben.

Bei 59 Gefangenen aus der Gruppe der 108 mutmaßlich Alkoholabhängigen gab es den Ärzten zufolge Hinweise auf das Bestehen der Abhängigkeit zum Tatzeitpunkt (ca. 55 %); Anhaltspunkte hierfür lieferten zumeist die Gefange-

<sup>134</sup> Ausführungen zum Behandlungsbedarf der alkoholabhängigen Inhaftierten sowie zu den verfügbaren Angeboten im Vollzug in C.2.3.4.

nen selbst, seltener ergaben sich Hinweise aus den vorliegenden Krankenakten. Das bedeutet nun keineswegs, dass bei den anderen 49 Alkoholabhängigen davon auszugehen ist, dass sich die Erkrankung erst nach der Tat entwickelt hat. Vielmehr war es den Ärzten schlicht unmöglich, hierzu eine Einschätzung abzugeben, z.B. weil sich die Gefangenen hierzu nicht geäußert hatten.

Insgesamt 33 von 473 Gefangenen (7,3 %) hatten vor der aktuellen Inhaftierung schon einmal eine Alkoholtherapie begonnen, 9 davon bereits mehrfach. Dabei brach fast jeder Zweite diese Alkoholtherapie(n) ab, beendete sie also nicht erfolgreich (14). Auch bei der Beantwortung dieser Fragen waren die Ärzte meist auf Angaben der Inhaftierten angewiesen.

Hinsichtlich der Bestimmung des potentiellen Adressatenkreises einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung kann vorläufig festgehalten werden, dass nach ärztlicher Einschätzung etwa 12 % aller Strafgefangenen mit hoher bzw. sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig und nicht polytoxikoman sind. Bei der Mehrheit dieser Abhängigen bestand die Suchtproblematik nach Einschätzung der Ärzte bereits zum Tatzeitpunkt.

#### C.1.4.1.2 Männliche Gefangene (Freiheitsstrafe)

Von den 414 männlichen Gefangenen, die eine Freiheitsstrafe verbüßen, sind nach Auffassung der anstaltsärztlichen Dienste 16,9 % mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig (70). Insofern ergibt sich gegenüber der Gesamtgruppe keine signifikante Abweichung. Auffällig ist dagegen, dass hier im Unterschied zur Gesamtgruppe nur bei etwa jedem Sechsten eine Mehrfachabhängigkeit anzunehmen ist (12). Daraus ergibt sich, dass insgesamt etwa 14 % aller männlichen Gefangenen, die eine Freiheitsstrafe verbüßen, mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig, aber nicht polytoxikoman sind.

Die Ärzte hielten bei ca. 13 % der männlichen Gefangenen mit Freiheitsstrafe eine Alkoholberatung (38), bei 10 % (29) eine Alkoholtherapie für angeraten. Für die Mehrheit sei immerhin eine Alkoholberatung möglich (54).<sup>135</sup> Frühere Therapieerfahrungen wurden etwas häufiger, alkoholbedingte Folgeschäden sowie Anzeichen für eine psychische Abhängigkeit von Alkohol dagegen genau so häufig wie in der Gesamtgruppe berichtet.

#### C.1.4.1.3 Weibliche Gefangene (Freiheits- und Jugendstrafe)

Von den insgesamt 102 weiblichen Gefangenen sind nach Auffassung der anstaltsärztlichen Dienste 19,6 % mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit

---

<sup>135</sup> Zu den Alkoholabhängigen speziell siehe auch C.2.3.4.

alkoholabhängig (20). Insofern ergibt sich gegenüber der Gesamtgruppe schon eine signifikante Abweichung nach oben.<sup>136</sup> Bemerkenswert ist dabei vor allem, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit fast jede Zweite dieser mutmaßlich Alkoholabhängigen auch von illegalen Drogen abhängig ist (9). Daraus ergibt sich, dass insgesamt nur 10,8 % aller weiblichen Strafgefangenen mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig, aber nicht polytoxikoman sind.

Die Ärzte hielten bei einer weiblichen Gefangenen eine Alkoholberatung, bei 7 Inhaftierten eine Alkoholtherapie für angeraten. Allen 8 Frauen könne nur eine Beratung angeboten werden.<sup>137</sup> Frühere Therapieerfahrungen wurden in nur 3 Fällen und damit deutlich seltener berichtet, alkoholbedingte Folgeschäden (7) sowie Anzeichen für eine psychische Abhängigkeit von Alkohol (12) dagegen ähnlich häufig wie in der Gesamtgruppe berichtet.

Betrachtet man nun allein die weiblichen Gefangenen, die eine Freiheitsstrafe verbüßen (n = 87), ergibt sich mit 21,8 % eine noch höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (19). Fast jede Zweite ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch von illegalen Drogen abhängig (9). Dementsprechend sind ca. 11,5 % der weiblichen Gefangenen mit Freiheitsstrafen alkoholabhängig und nicht polytoxikoman (10). Hinsichtlich der alkoholbedingten Folgeschäden unterscheiden sich die Werte gegenüber den männlichen Gefangenen mit Freiheitsstrafen nur geringfügig, ebenso bei den Anzeichen einer psychischen Abhängigkeit. Im Vergleich zu den Männern hatten allerdings nur etwa halb so viele Frauen bereits Erfahrungen mit einer Alkoholtherapie gemacht (4,4 % vs. 8,3 %).

Über die Teilgruppe der weiblichen Jugendstrafgefangenen sind keine validen Aussagen möglich, da insgesamt nur für 15 Personen Angaben des Ärztlichen Dienstes vorliegen.

#### C.1.4.1.4 Jugendstrafgefangene

Von den insgesamt 138 Inhaftierten, die eine Jugendstrafe verbüßen, sind nach Auffassung der anstaltsärztlichen Dienste 13,8 % mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig (19). Dieser recht hohe Prozentsatz auch unter vergleichsweise jungen Gefangenen verdeutlicht, dass sich eine Alkoholabhängigkeit durchaus innerhalb weniger Jahre entwickeln kann. Die Prävalenzrate erhöht sich auf 14,6 %, betrachtet man allein die männlichen Inhaftierten. Unter den 15 weiblichen Jugendstrafgefangenen befand sich nur eine mutmaßlich Alkoholabhängige. Bei 7 von 116 Jugendstrafgefangenen wurden sogar alkoholbedingte Folgeschäden festgestellt (6,0 %), davon in

---

<sup>136</sup>  $\chi^2$  nach Pearson = 12,43,  $p < 0,05$ .

<sup>137</sup> Siehe auch C.2.3.4.

4 Fällen alkoholassoziierte Leberschäden, in einem Fall neurologische Folgeschäden und in zwei Fällen chronische Magenprobleme. Auch dieser Befund weist auf die Möglichkeit einer schnell fortschreitenden Alkoholproblematik hin, wenngleich die Quote im Vergleich zu den Gefangenen mit Freiheitsstrafen geringer ausfällt. Allerdings hat sich bei der ärztlichen Einschätzung der psychischen Abhängigkeit von Alkohol bei dieser Teilgruppe sogar ein gegenüber der Gesamtgruppe leicht erhöhter Wert ergeben; bei 22 Jugendstrafgefangenen hielten die Ärzte eine psychische Abhängigkeit für wahrscheinlich oder sicher (ca. 19 %).

Auffällig ist bei den Jugendstrafgefangenen (wie bei den Frauen), dass mehr als jeder Zweite wahrscheinlich auch von illegalen Drogen abhängig ist (11 von 19). Daraus ergibt sich, dass insgesamt nur 5,8 % der Jugendstrafgefangenen mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig, aber nicht polytoxikoman sind (8).

Die Ärzte hielten bei 116 Jugendstrafgefangenen in 17 Fällen eine Alkoholtherapie für angeraten (14,7 %), in weiteren 10 Fällen (8,6 %) eine Alkoholberatung (siehe auch C.2.3.4).

#### C.1.4.1.5 Differenzierung nach Deliktgruppen

Die der Verurteilung zugrunde liegenden Straftaten wurden in den Deliktgruppen „Straßenverkehrsdelikte“, „Eigentums- und Vermögensdelikte“, „Nicht-sexuelle Gewaltdelikte“, „Sexuelle Gewaltdelikte“, „Sonstige Sexualdelikte“ und „Sonstige Delikte“ erfasst.<sup>138</sup> Innerhalb der Deliktgruppen wurde grundsätzlich das jeweils schwerste Delikt erfasst, also maximal sechs Straftatbestände je Täter. Von dieser Regel ausgenommen wurde das Delikt „Trunkenheit im Verkehr“, das immer erfasst wurde, auch wenn ein Straßenverkehrsdelikt mit höherem Strafraumen vorlag.

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde von verschiedenen Teilnehmern dargelegt, dass aus der Verkehrspsychologie bekannt sei, dass diejenigen, die im Straßenverkehr bei einer Trunkenheitsfahrt auffielen, in der Regel nicht trinkende Autofahrer, sondern autofahrende Trinker<sup>139</sup> seien. Es galt daher zu überprüfen, ob und inwieweit diese Hypothese mit den hier gewonnenen Ergebnissen korrespondieren würde. Von Interesse war ferner, inwieweit sich die These, dass unter den Gewaltstraftätern besonders viele Alkoholabhängige sind, bestätigt.

Von den 117 Gefangenen, die (auch) wegen eines Straßenverkehrsdelikts in Haft waren, waren nach Auffassung der Anstaltsärzte 15,4 % mit hoher Wahr-

---

138 Siehe B.2.2.1 i.V.m. B.2.3.

139 Vgl. *Stephan* (1988, 464 ff.).

scheinlichkeit alkoholabhängig (18). Nur in 4 von 18 Fällen war von einer gleichzeitigen Abhängigkeit von illegalen Drogen auszugehen. Bei den Straßenverkehrstätern waren insgesamt daher 12 % alkoholabhängig, ohne ein polytoxikomanes Verhaltensmuster aufzuweisen. Betrachtet man als Untergruppe diejenigen, die wegen Trunkenheit am Steuer verurteilt wurden ( $n = 35$ ), so fanden die Ärzte eine deutlich höhere Quote Alkoholabhängiger. 12 von 35 Personen aus dieser Teilgruppe hielten sie für mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig, das entspricht 34,3 %. Bei weiteren 28,6 % aus dieser Teilgruppe haben die Ärzte noch eine mittlere Wahrscheinlichkeit hierfür angenommen (10) und „nur“ bei 37,1 % eine sehr geringe oder geringe Wahrscheinlichkeit (13). Nur in einem Fall hat der Ärztliche Dienst angenommen, dass eine Mehrfachabhängigkeit vorliegt. Insgesamt waren unter den 35 wegen Trunkenheit im Verkehr verurteilten Gefangenen also 11 Personen, die wahrscheinlich alkoholabhängig und nicht polytoxikoman sind (31,4 %). Demgegenüber sind von 82 Personen, die wegen eines sonstigen Straßenverkehrsdeliktes verurteilt wurden, nur 6 wahrscheinlich alkoholabhängig (7,3 %), davon je 3 Personen mehrfachabhängig bzw. nur von Alkohol abhängig (je 3,7 %). Diese Ergebnisse geben einen Hinweis darauf, dass die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nicht generell unter den Straßenverkehrstätern höher ist. Vielmehr gilt dies explizit für diejenigen, die wegen Trunkenheit im Verkehr zu einer Freiheitsstrafe verurteilt werden, während die Prävalenzrate bei sonstigen Straßenverkehrstätern stattdessen unterdurchschnittlich niedrig ist.

Die Auswertung hat ergeben, dass unter den 639 Gefangenen, für die eine ärztliche Einschätzung abgegeben wurde, nur 9 wegen eines sexuellen Gewaltdelikts inhaftiert waren. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden daher sexuelle und nicht-sexuelle Gewaltdelikte in der Gruppe der Gewaltdelikte zusammengefasst. Von den insgesamt 114 Inhaftierten, die (auch) wegen einer solchen Straftat inhaftiert wurden, sind nach Auffassung der Anstaltsärzte 18,4 % mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig (21). Bei 8 dieser 21 Personen liegt voraussichtlich auch eine Mehrfachabhängigkeit vor, so dass bei insgesamt 11,4 % aller Gewaltstraftäter anzunehmen ist, dass eine Alkoholabhängigkeit ohne Polytoxikomanie vorliegt. Damit hat sich die Hypothese, dass die Prävalenzrate unter Gewaltstraftätern deutlich erhöht ist, nicht bestätigt.

Die Teilgruppe derjenigen, die (auch) wegen eines sonstigen Sexualdeliktes inhaftiert wurden, war mit 14 Personen, von denen nach ärztlicher Auffassung zwei wahrscheinlich alkoholabhängig sind, zu klein, um statistisch von Bedeutung zu sein.

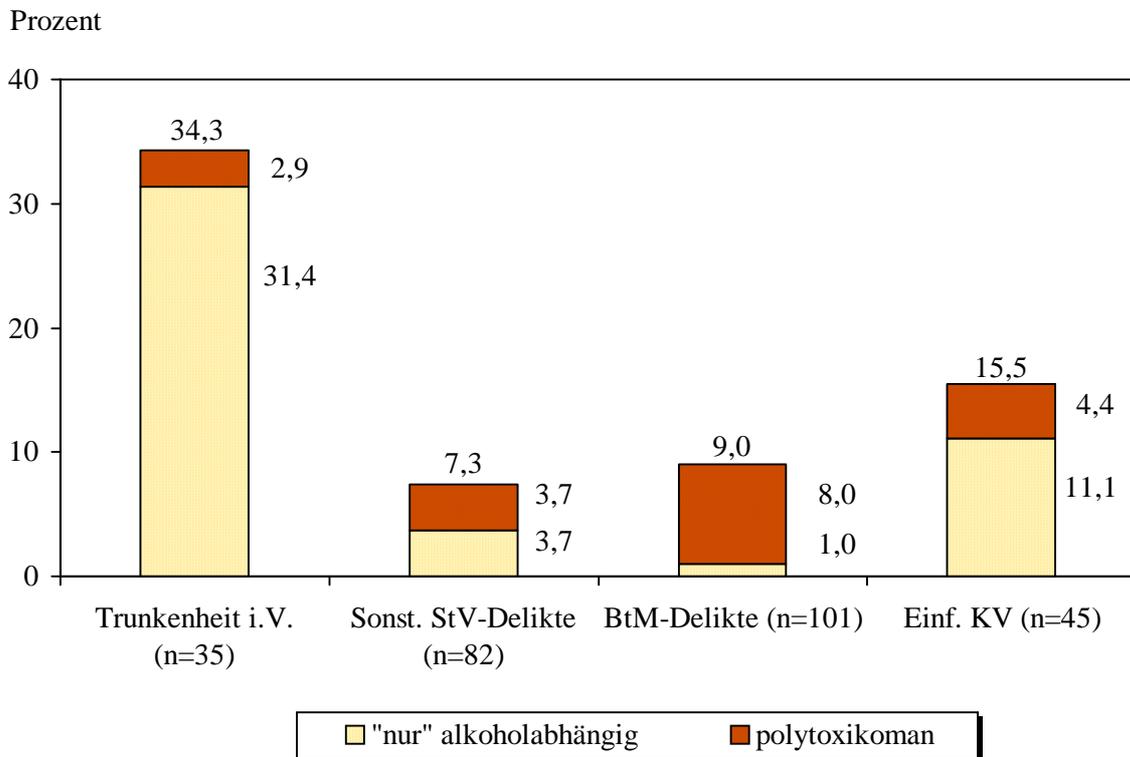
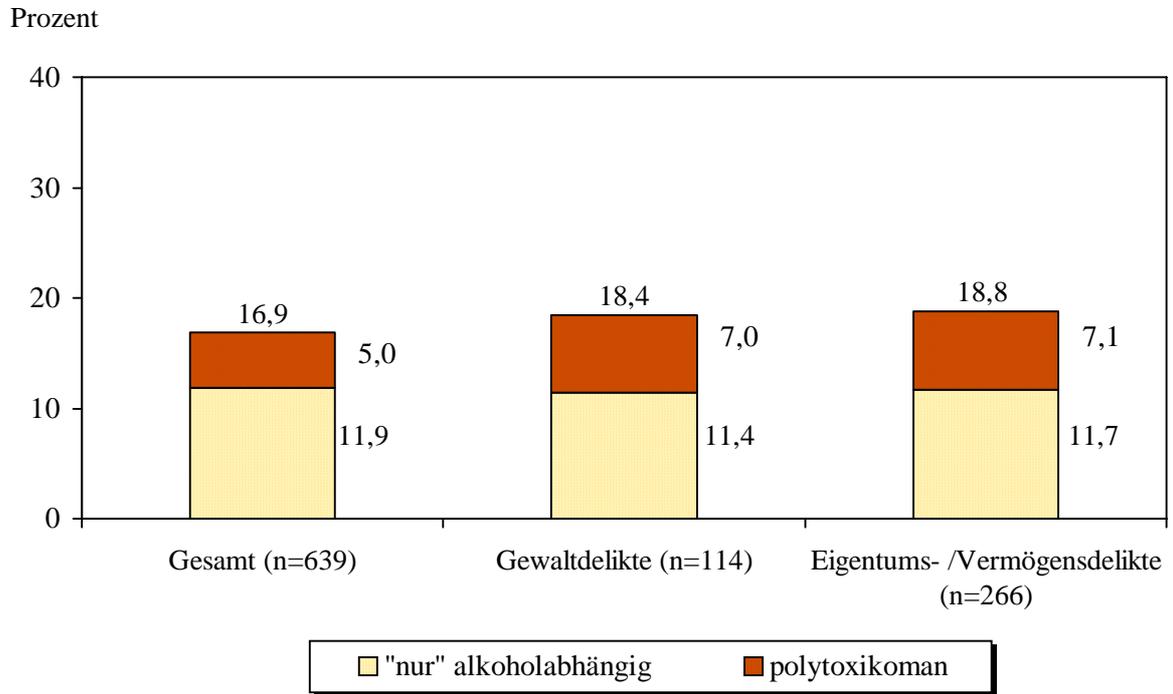
Betrachtet man die Gruppe derer, die (auch) wegen eines Eigentums- oder Vermögensdelikts eine Strafe verbüßen ( $n = 266$ ), ergibt sich, dass 18,8 % als wahrscheinlich alkoholabhängig eingeschätzt wurden (50). Von diesen 50 Per-

sonen sind nach ärztlicher Einschätzung 19 zusätzlich von Betäubungsmitteln abhängig. Insgesamt ist daher bei 11,7 % der Täter aus dieser Deliktgruppe von einer Alkoholabhängigkeit ohne Mehrfachabhängigkeit auszugehen (31).

Von den 294 Gefangenen, die (auch) wegen eines sonstigen Delikts eine Strafe verbüßen, sind nach ärztlicher Einschätzung ca. 14 % alkoholabhängig (41). Bei 14 von diesen 41 Personen ist von einer Polytoxikomanie auszugehen (ca. 34 %). Die Quote der Alkoholabhängigen ohne gleichzeitige Mehrfachabhängigkeit liegt bei den Tätern aus dieser Teilgruppe folglich bei 9,2 %. Greift man darunter diejenigen Gefangenen heraus, die (auch) wegen Betäubungsmitteldelikten inhaftiert wurden ( $n = 101$ ), so zeigt sich, dass lediglich 9 Personen aus dieser Untergruppe alkoholabhängig (ca. 9 %) und davon 8 auch von illegalen Drogen abhängig sind. Bei dieser Tätergruppe war also unter 101 Personen lediglich eine zu finden, die nur von der legalen Droge Alkohol abhängig ist (ca. 1 %). Von den insgesamt 45 Personen, die als schwerstes sonstiges Delikt eine einfache Körperverletzung begangen haben, sind nach ärztlicher Einschätzung 7 alkoholabhängig (15,6 %), davon zwei auch abhängig von illegalen Drogen. Die Quote der Alkoholabhängigen ohne gleichzeitige Mehrfachabhängigkeit liegt bei den Tätern aus dieser Teilgruppe folglich bei 11,1 %.

Abbildung 8 veranschaulicht, dass die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei denjenigen Gefangenen, die wegen Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB) inhaftiert sind, überdurchschnittlich hoch ist. Die Prävalenz ist ferner bei denjenigen, die wegen eines sonstigen Straßenverkehrs- oder eines Betäubungsmitteldelikts verurteilt wurden, signifikant niedriger als im Durchschnitt. Abgesehen davon hat sich gezeigt, dass in allen Deliktgruppen etwa jeder sechste Strafgefangene alkoholabhängig ist; etwa jeder Neunte ist „nur“ abhängig von Alkohol (also nicht gleichzeitig betäubungsmittelabhängig).

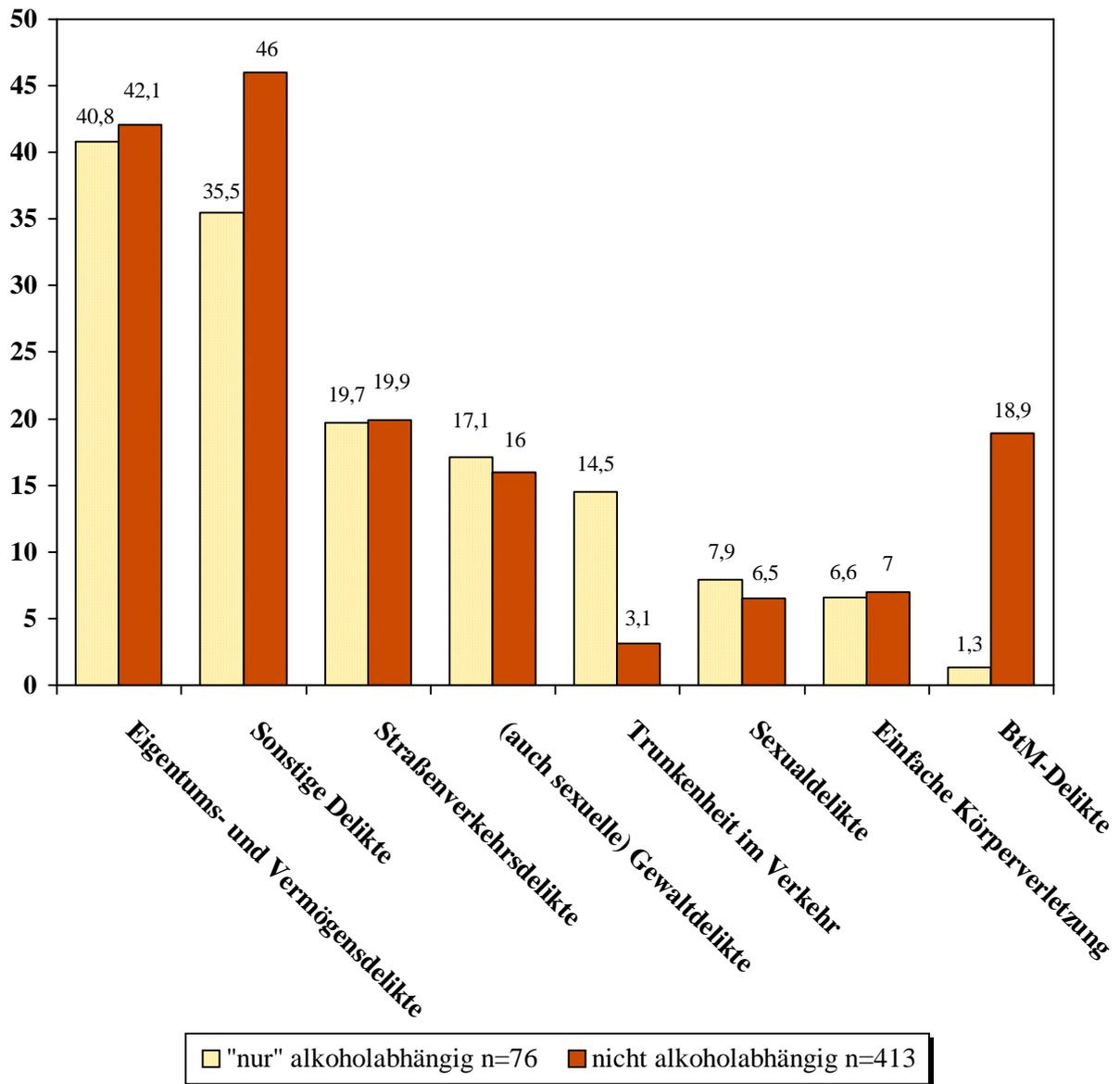
**Abb. 8: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nach Deliktgruppen**



Will man umgekehrt wissen, welche Delikte von den ausschließlich alkoholabhängigen Inhaftierten begangen wurden, also jenen, die als potentielle Adressaten einer Therapieregung in Frage kämen, so zeigt sich, dass nennenswerte Abweichungen gegenüber den nicht alkoholabhängigen Tätern in Bezug auf die Deliktstruktur nicht vorliegen. Im Gruppenvergleich wurden zum einen jene 76 Täter, bei denen durch die Anstaltsärzte eine mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit vorliegende Alkoholabhängigkeit – ohne gleichzeitige BtM-Abhängigkeit – diagnostiziert wurde, jenen 413 Gefangenen gegenüber gestellt, die nach Auffassung der Anstaltsärzte nur mit geringer oder sehr geringer Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig sind. Dieser Gruppenvergleich zeigt, dass sich die von den Alkoholabhängigen begangenen Delikte, für die sie verurteilt worden waren, von den Straftaten, die von den nicht alkoholabhängigen Inhaftierten verübt wurden, kaum unterscheiden: es gibt keine signifikanten Abweichungen im Bereich der Gewaltdelikte, der Straßenverkehrsdelikte allgemein, der Eigentums- und Vermögensdelikte oder bei der einfachen Körperverletzung. Anders sieht es lediglich beim Straftatbestand Trunkenheit im Verkehr gemäß § 316 StGB sowie bei Delikten nach dem Betäubungsmittelgesetz aus. Unter den alkoholabhängigen Inhaftierten war nämlich jeder Siebte (auch) wegen Trunkenheit im Verkehr verurteilt worden (14,5 %), bei den nicht alkoholabhängigen Gefangenen dagegen nur einer von 32 (3,1 %). Ferner fand sich unter den 76 (nur) alkoholabhängigen Inhaftierten lediglich eine Person (1,3 %), die (auch) wegen eines Verstoßes gegen das BtMG verurteilt worden war, unter den nicht alkoholabhängigen Gefangenen hatte dagegen fast jeder fünfte ein solches Delikt begangen (18,9 %).

**Abb. 9: Deliktstruktur der Inhaftierten im Gruppenvergleich  
(Vergleich der „nur“ alkoholabhängigen mit nicht alkoholabhängigen Tätern)**

Prozent



## C.1.4.1.6 Differenzierung nach Altersgruppen

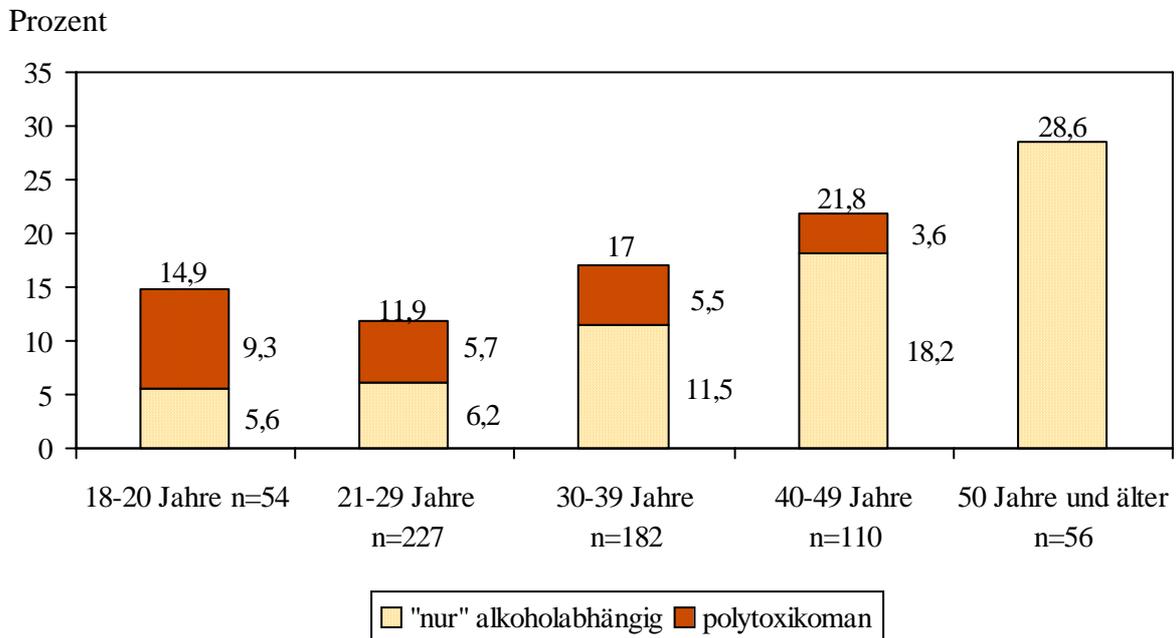
Unterteilt man die Gefangenen nach Altersgruppen, lässt sich erkennen, dass der Prozentsatz an Alkoholabhängigen mit steigendem Alter tendenziell zunimmt. Allerdings hat sich gezeigt, dass in der Gruppe der 21-29-Jährigen nach Einschätzung der Ärzte nur knapp 12 % alkoholabhängig sind, während der Prozentsatz bei den Heranwachsenden schon bei knapp 15 Prozentpunkten liegt. Die Untersuchung weist darauf hin, dass Alkoholabhängigkeit im Strafvollzug bei Gefangenen aller Altersstufen anzutreffen ist. Die höchste Prävalenzrate liegt bei den Gefangenen ab 50 Jahren (ca. 29 %).

**Tabelle 9: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nach Altersgruppen (n=639)**

Altersgruppe von ... bis unter ... Jahren	Diagnosegruppe (N = 639)	davon wahrscheinlich alko- holabhängig
14 – 18	6 ( <b>0,9</b> %)	0 ( <b>0</b> %)
18 – 21	54 ( <b>8,4</b> %)	8 ( <b>14,8</b> %)
21 – 30	227 ( <b>35,5</b> %)	27 ( <b>11,9</b> %)
30 – 40	182 ( <b>28,5</b> %)	31 ( <b>17,0</b> %)
40 – 50	110 ( <b>17,2</b> %)	24 ( <b>21,8</b> %)
50 und mehr	56 ( <b>8,8</b> %)	16 ( <b>28,6</b> %)
Keine Angabe	4 ( <b>0,6</b> %)	2 ( <b>50</b> %)
Summe	639 ( <b>100</b> %)	108 ( <b>100</b> %)

Unterschiede in den Altersgruppen ergeben sich vor allem im Hinblick auf die Prävalenz der Mehrfachabhängigkeit. Wie die folgende Abbildung zeigt, wird der Anteil der ausschließlich von Alkohol abhängigen Inhaftierten mit fortschreitendem Alter größer, während der Anteil der Mehrfachabhängigen (Alkohol und Betäubungsmittel) unter den Gefangenen mit zunehmendem Alter immer kleiner wird.

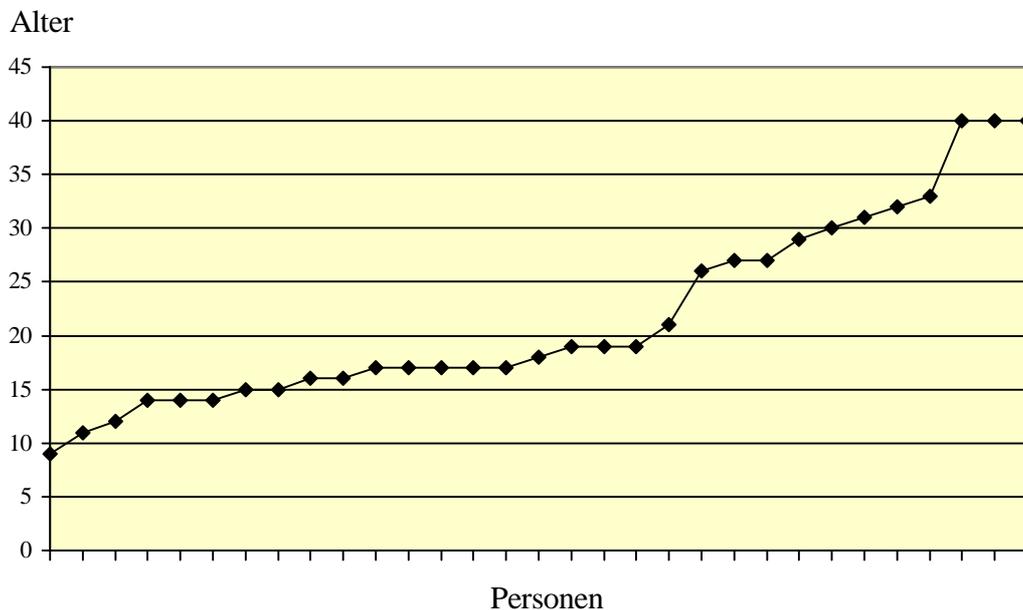
**Abb. 10: Prävalenz der Alkohol- und Mehrfachabhängigkeit nach Altersgruppen (n=639)**



In welchem Alter die Alkoholproblematik der Gefangenen ihren Anfang genommen hatte, konnte unter Heranziehung der Ergebnisse der Aktenanalyse für einen Teil der Betroffenen untersucht werden. Bei der Auswertung des strafgerichtlichen Verfahrens, das Grundlage der Inhaftierung war, wurde – soweit die Verfahrensakten diesbezügliche Hinweise enthielten – erhoben, zu welchem Zeitpunkt das Alkoholproblem des Täters begonnen hatte. Angaben hierzu (die meist auf der Einlassung des Täters basieren) lagen allerdings nur für 31 Täter vor. Abb. 11 zeigt, dass 19 Personen schon im Alter zwischen 9 und 19 Jahren Probleme mit Alkohol bekommen haben (61 %), bei 12 Personen entwickelte sich das Alkoholproblem erst im Erwachsenenalter (39 %), bei immerhin 3 Tätern sogar erst im Alter von 40 Jahren (10 %). (Zur Entwicklung von Suchtproblematik und Straffälligkeit siehe Ausführungen in C.4.2).

Es zeigt sich also, dass bei den meisten alkoholabhängigen Gefangenen der Beginn dieser Krankheit in der Zeit vor dem Erwachsenenalter liegt; bei nicht wenigen entwickelt sie sich innerhalb kurzer Zeit, so dass die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei den Gefangenen im Heranwachsendenalter bereits 15 % beträgt.

**Abb. 11: Beginn der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit  
Aktenanalyse (n=31)**



#### C.1.4.1.7 Differenzierung nach Strafmaß

Ist die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei den Gefangenen mit mittelhohem Strafmaß (zwei bis fünf Jahre) eher gering, wie es bei der Expertenanhörung geäußert wurde? Die statistische Auswertung ergab, dass in dieser Gruppe tatsächlich weniger als 10 % alkoholabhängig sind. Eine überdurchschnittlich hohe Quote alkoholabhängiger Personen fand sich bei den Inhaftierten, die zu einer Strafe von maximal 6 Monaten verurteilt worden waren (ca. 21 %). Dies liegt auch daran, dass sehr viele der 50 Gefangenen, die wegen Trunkenheit am Steuer (bzw. § 315c StGB) inhaftiert waren, in dieser Gruppe mit niedrigem Strafmaß zu finden sind.<sup>140</sup> Der höchste Anteil Alkoholabhängiger mit ca. 30 % fand sich in der allerdings recht kleinen Gruppe mit einem hohen Strafmaß (über 5 bis einschließlich 15 Jahre). Unter den 3 Tätern mit lebenslanger Freiheitsstrafe war nach ärztlicher Einschätzung kein Alkoholiker. Durchschnittlich wurden die Alkoholabhängigen zu eher geringen Strafen verurteilt. Nur jeder Fünfte verbüßte eine Strafe von mehr als 2 Jahren; bei der Diagnosegruppe im Ganzen war dies bei jedem Vierten der Fall (vgl. Tab. 10).

<sup>140</sup> Von diesen 50 Personen wurden überhaupt nur 3 zu einer Strafe von mehr als 2 Jahren verurteilt.

**Tabelle 10: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nach Strafmaß**

Strafmaß	Diagnosegruppe (N = 639)	davon wahrscheinlich alkoholabhängig
Bis einschl. 6 Monate	218	45 (20,6 %)
Über 6 Mon. bis 2 Jahre	262	43 (16,4 %)
Über 2 Jahre bis 5 Jahre	124	12 (9,7 %)
Über 5 Jahre bis 15 Jahre	23	7 (30,4 %)
Lebenslange Freiheitsstrafe	3	0 (0 %)
unbekannt	9	1 (11,1 %)
Summe	639	108 (16,9 %)

Damit hat sich bestätigt, dass die alkoholabhängigen Straftäter mit mittelhohem Strafmaß in weit geringerem Umfang zu dem potentiellen Adressatenkreis einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Therapieregung zählen. Die Zielgruppe ist demnach hauptsächlich unter den Tätern zu finden, deren Strafe zwei Jahre nicht übersteigt.

#### C.1.4.1.8 Differenzierung nach Vorstrafen

Der Vergleich zwischen alkoholabhängigen und nicht alkoholabhängigen Inhaftierten hat ergeben, dass erstere mehr Vorstrafen aufwiesen. Allerdings lagen in Bezug auf die strafrechtliche Vorbelastung der Gefangenen in vielen Fällen unvollständige und/oder widersprüchliche Angaben vor.

Insgesamt hatten ca. 72 % der 108 alkoholabhängigen Gefangenen mindestens eine Vorstrafe, nur 13 % waren nicht vorbestraft (für ca. 15 % lagen keine Angaben vor). Bei den Inhaftierten ohne diagnostizierte Alkoholabhängigkeit waren 20 % unbestraft, und 66 % hatten mindestens eine Vorstrafe. Von den 78 vorbestraften Alkoholabhängigen hatten 25 Personen sogar 11 und mehr Vorstrafen (27 %); bei den vorbestraften Gefangenen ohne Alkoholabhängigkeit waren es nur 18 %. Im Hinblick auf die Gesamtdauer früherer Inhaftierungen unterscheiden sich die alkoholabhängigen Inhaftierten nicht von jenen ohne Alkoholabhängigkeit.

#### C.1.4.1.9 Differenzierung nach geschlossenem und offenem Vollzug

Von 499 Gefangenen, die im geschlossenen Vollzug ihre Strafe verbüßten, waren 91 nach ärztlicher Einschätzung mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig (18,2 %). Im offenen Vollzug waren es immerhin 16 von 132 Inhaftierten (12,1 %). Darunter waren allerdings nur 2 Personen, die

wahrscheinlich auch von Betäubungsmitteln abhängig waren (12,5 %), wohingegen dies bei den Alkoholabhängigen aus dem geschlossenen Vollzug jeden Dritten betraf (33 %).

Damit befanden sich knapp 15 % der Personen, die nach Einschätzung des Ärztlichen Dienstes alkoholabhängig sind, in einer Einrichtung des offenen Vollzugs. Wie viele dieser Gefangenen aufgrund dieser Problematik (später) in den geschlossenen Vollzug rückverlegt wurden, konnte die Auswertung nicht aufzeigen.

#### C.1.4.1.10 Differenzierung nach Bundesländern

Von 176 Gefangenen aus Baden-Württemberg, für die eine ärztliche Einschätzung der Alkoholproblematik vorliegt, sind nach Auffassung der Anstaltsärzte 29 wahrscheinlich alkoholabhängig (16,5 %), von den 132 niedersächsischen 24 (18,2 %), von den 126 sachsen-anhaltinischen Inhaftierten 22 (17,5 %), von 154 Berliner Gefangenen 29 (18,8 %). Die Ergebnisse aus Hessen weisen demgegenüber eine signifikante Abweichung nach unten auf. Von 51 Gefangenen wurden lediglich 4 von den Ärzten als wahrscheinlich alkoholabhängig eingestuft (7,8 %). Dabei handelte es sich zudem jeweils um weibliche Inhaftierte, d.h. unter den 39 hessischen männlichen Gefangenen ist nach Auffassung der Anstaltsärzte keiner alkoholabhängig. Auch wenn man berücksichtigt, dass diese Teilgruppe recht klein ist, erstaunt dieses Ergebnis. Jedenfalls ist kein Grund ersichtlich, weshalb die Quote in Hessen geringer als in anderen Bundesländern ausfallen sollte. Es hat sich – über die Grenzen Hessens hinaus – gezeigt, dass in einigen Anstalten von den dort tätigen Ärzten kein einziger Gefangener als wahrscheinlich alkoholabhängig eingeschätzt wurde. Dies könnte die Vermutung nahe legen, dass trotz der im Erhebungsbogen genannten Kriterien der ICD-10 recht unterschiedliche Maßstäbe an die Diagnose Alkoholabhängigkeit angelegt wurden. Zumeist handelte es sich allerdings um kleinere Anstalten, von denen nur relativ wenige Erhebungsbogen zurückgeschickt wurden. Es könnte daher durchaus möglich sein, dass tatsächlich keiner der dort Inhaftierten, die im Erhebungszeitraum ihre Strafe angetreten haben, alkoholabhängig ist.

#### C.1.4.2 Selbstbeurteilungsangaben der Gefangenen (CAGE-Test)

Allen 866 Gefangenen wurde in der jeweiligen JVA ein Informationsblatt ausgehändigt. Dieses Papier enthielt – in Anlehnung an den sog. CAGE-Test<sup>141</sup> – folgende vier Fragen, um deren Beantwortung die KrimZ bat:

---

141 Vgl. Ausführungen bei *Feuerlein* (2000, 57) und *Soyka* (1999, 135).

1. Haben Sie schon (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?
2. Ärgern Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums?
3. Haben Sie Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens?
4. Brauchen Sie morgens manchmal Alkohol, um richtig leistungsfähig zu werden?

Die befragten Gefangenen konnten dem Informationsblatt entnehmen, dass die Beantwortung dieser Fragen selbstverständlich freiwillig ist. Insgesamt knapp 56 % aller Inhaftierten haben die o.a. Fragen beantwortet (n = 483), wobei die Beteiligung der Männer mit ca. 58 % deutlich höher lag als bei den Frauen mit ca. 38 %. Diese erhebliche Differenz scheint die im Rahmen der Expertenanhörung dargelegte These zu bestätigen, dass Frauen sich häufig schämen, über Alkoholprobleme zu sprechen (in diesem Fall über ihren Umgang mit Alkohol schriftlich Angaben zu machen).

Tabelle 11 zeigt, dass 42,7 % der 483 Gefangenen, die über ihren Umgang mit Alkohol Auskunft gaben, alle Fragen mit nein beantwortet haben (226), 16,4 % bejahten eine Frage (79), weitere 16,4 % zwei Fragen (79), 13 % drei (63) und 7,4 % alle vier Fragen (36). Bei der Beantwortung der Fragen haben sich im Hinblick auf Geschlecht und Vollzugsart keine Unterschiede ergeben. Werden drei oder vier Fragen mit ja beantwortet, besteht eine große Wahrscheinlichkeit, dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt.<sup>142</sup> Etwa jeder Fünfte der Inhaftierten ist daher unter Zugrundelegung der eigenen Angaben wahrscheinlich alkoholabhängig. Inwieweit Verzerrungseffekte möglicherweise dadurch gegeben sind, dass unter den Verweigerern evtl. besonders viele mit einem (verdrängten) Alkoholproblem sind, kann hier nicht geklärt werden. Jedenfalls korrespondiert die Quote etwa mit dem Prozentsatz, der aufgrund der ärztlichen Einschätzung ermittelt wurde (knapp 17 %). Allerdings gibt es relativ viele Gefangene, die von den Ärzten nicht als mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig eingeschätzt wurden, nach eigenen Angaben jedoch in hohem Maße gefährdet erscheinen. So haben 24 Inhaftierte aus dieser Gruppe drei Fragen des CAGE-Tests und weitere 11 sogar alle vier Fragen bejaht. Eine plausible Erklärung für das Auseinanderfallen von Selbst- und Fremdbeurteilung könnte darin liegen, dass in diesen Fällen überhaupt kein Gespräch zwischen Arzt und Gefangenem stattgefunden hat und infolgedessen die Angaben des Gefangenen bei der ärztlichen Einschätzung nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus ist aber auch nicht auszuschließen, dass – zumindest

---

142 Nach Soyka (1999, 135) identifizieren zwei oder mehr positive Antworten sog. „problem drinker“ sehr zuverlässig. Nach Feuerlein (2000, 55) ist die Diagnose Alkoholismus wahrscheinlich, wenn mehr als 2 Fragen positiv beantwortet werden.

aus Sicht des Arztes – einige Gefangene den eigenen Umgang mit Alkohol übertrieben problematisiert haben, womöglich in der irrigen Annahme, auf diese Weise im Vollzug in den Genuss irgendwelcher Vorteile zu gelangen.

**Tabelle 11: Angaben der Gefangenen zum Umgang mit Alkohol**

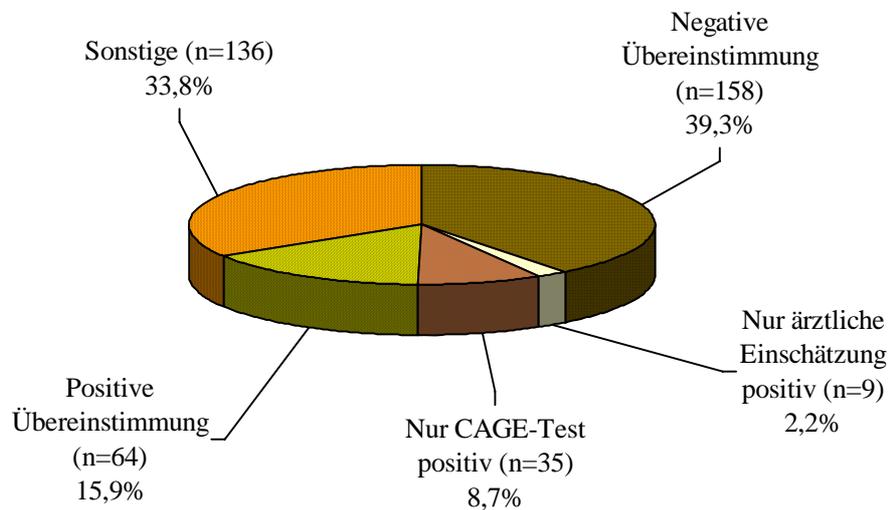
CAGE-Test	Gefangene mit eigenen Angaben zum Umgang mit Alkohol (N = 483)	
	Personen	Angabe in Prozent
Anzahl der bejahten Fragen		
0	226	42,7
1	79	16,4
2	79	16,4
<b>3</b>	63	<b>13,0</b>
<b>4</b>	36	<b>7,4</b>
Summe	483	100

Von den 108 Gefangenen, die nach ärztlicher Einschätzung wahrscheinlich alkoholabhängig sind, haben 84 die vier Fragen beantwortet. Die Beteiligung lag hier also bei ca. 78 %, somit deutlich höher als im Durchschnitt. Davon haben 45 drei oder vier Fragen bejaht (53,6 %), 19 zwei Fragen (22,6 %), 11 eine Frage (13,1 %) und weitere 9 haben alle Fragen verneint (10,7 %).

Aus Abb. 12 ergibt sich, wie viele von denjenigen Gefangenen, bei denen sowohl eine ärztliche Einschätzung als auch eigene Angaben zur Alkoholproblematik vorliegen (n = 402)

1. alle vier Fragen verneint haben *und* zudem nach ärztlicher Einschätzung nur eine geringe oder sehr geringe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit besteht (*negative Übereinstimmung*), oder
2. nach Auffassung des anstaltsärztlichen Dienstes voraussichtlich alkoholabhängig sind *und* selbst mindestens zwei Fragen bejaht haben (*positive Übereinstimmung*), oder
3. nach ärztlicher Auffassung nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig sind, *jedoch* mindestens drei Fragen des CAGE-Tests bejaht haben (*nur CAGE-Test positiv*), oder
4. alle vier Fragen verneint haben, nach ärztlicher Einschätzung *jedoch* wahrscheinlich alkoholabhängig sind (*nur ärztliche Einschätzung positiv*), oder
5. mit der ärztlichen Einschätzung weder deutlich übereinstimmten noch deutlich von dieser abwichen (*Sonstige*).

**Abb. 12: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nach CAGE-Test und ärztlicher Einschätzung (n = 402)**



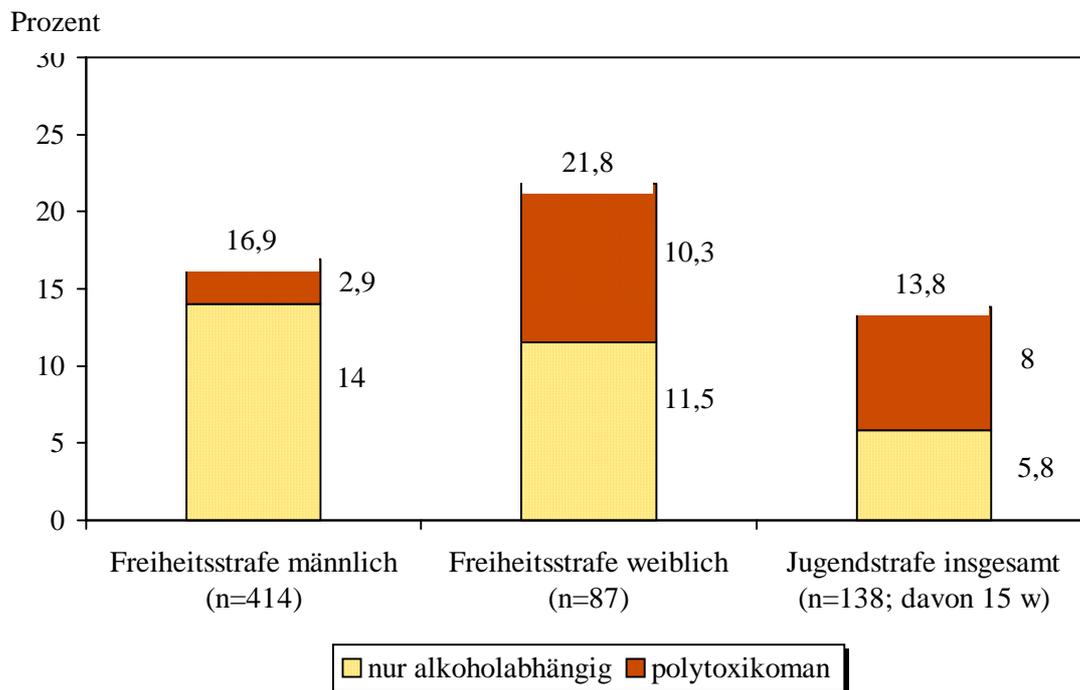
Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass in ca. 55 % der Fälle, in denen sowohl eine Selbstbeurteilung des Gefangenen als auch eine ärztliche Einschätzung vorliegt, eine hohe (positive oder negative) Übereinstimmung zwischen diesen beiden Diagnoseinstrumenten zu verzeichnen ist (222). In 158 Fällen liegt weder seitens des Ärztlichen Dienstes noch aufgrund der Angaben der Gefangenen die Vermutung nahe, dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt (ca. 39 %). In 64 Fällen ist umgekehrt nach beiden Diagnoseinstrumenten davon auszugehen, dass diese Problematik besteht (ca. 16 %). In ca. drei von zehn Fällen ist weder ein hoher Grad an Übereinstimmung noch eine deutlich abweichende Einschätzung erkennbar, z.B. wenn der Inhaftierte eine Frage bejahte und der Ärztliche Dienst eine geringe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit angenommen hat (136). Eine krasse Abweichung von der ärztlichen Einschätzung der Alkoholproblematik ist dagegen bei ca. 11 % der Befragten zu Tage getreten (44). Einerseits haben 35 Gefangene drei oder vier Fragen des CAGE-Tests bejaht, wurden aber dennoch von den Ärzten nicht für alkoholabhängig gehalten (8,7 %); andererseits hielten die Anstaltsärzte 9 Personen für alkoholabhängig (2,2 %), die ihrerseits alle vier Fragen verneint hatten. Insgesamt hat die statistische Auswertung ergeben, dass die Korrelation zwischen der ärztlichen Einschätzung der Alkoholproblematik und den Angaben der Inhaftierten i.R.d. CAGE-Tests hochsignifikant ist.<sup>143</sup>

<sup>143</sup>  $p < 0,01$  (nach Pearson).

## C.1.4.3 Zusammenfassung

Es hat sich gezeigt, dass die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht und Vollzugsart zwischen 14 % und 22 % beträgt; die Rate für die alkoholabhängigen Gefangenen ohne gleichzeitige Mehrfachabhängigkeit liegt zwischen 6 % und 14 % (Abb. 13).

**Abb. 13: Prävalenz der Alkohol- und Mehrfachabhängigkeit nach Geschlecht und Vollzugsart (n=639)**



Ferner hat die Auswertung ergeben, dass die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei den Inhaftierten mit mittelhohem Strafmaß (über zwei bis fünf Jahre) mit knapp 10 % am geringsten ist. Eine überdurchschnittlich hohe Quote alkoholabhängiger Personen fand sich vor allem bei den Inhaftierten, die zu einer Strafe von bis zu 6 Monaten verurteilt worden waren (ca. 21 %). Mit zunehmendem Alter der Inhaftierten steigt die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in der Tendenz. Allerdings sind bereits 15 % der Gefangenen im Heranwachsendenalter alkoholabhängig. Während der Anteil der ausschließlich von Alkohol abhängigen Inhaftierten mit fortschreitendem Alter größer wird, nimmt der Anteil der Mehrfachabhängigen (Alkohol und Betäubungsmittel) unter den Gefangenen mit zunehmendem Alter ab. Eine überdurchschnittlich hohe Prävalenzrate findet sich unter den Tätern, die wegen Trunkenheit im Verkehr bestraft wurden (ca. 34 %). Dagegen ist der Anteil Alkoholabhängig-

ger bei den Gewalttätern nicht erhöht. Auch in Einrichtungen des offenen Vollzugs befinden sich alkoholabhängige Inhaftierte (ca. 12 %).

#### *C.1.5 Folgerungen für den Bedarf an Therapieplätzen*

Legt man die Prävalenzraten zugrunde, die sich im Rahmen der JVA-Erhebung ergeben haben, so ist davon auszugehen, dass von den gegenwärtig 62.000 Gefangenen<sup>144</sup> im bundesdeutschen Strafvollzug etwa 10.000 alkoholabhängig sind. Davon ist ungefähr jeder Dritte gleichzeitig von Betäubungsmitteln abhängig. Für die Schätzung des Bedarfs an Therapieplätzen kommt es, wie bereits ausgeführt, aber auch entscheidend darauf an, inwieweit bei den alkoholabhängigen Strafgefangenen davon auszugehen ist, dass die Alkoholabhängigkeit bereits zum Tatzeitpunkt vorlag, was nach den Ergebnissen der JVA-Erhebung nur bei jedem zweiten Inhaftierten sicher ist, insgesamt wohl bei weit mehr Tätern anzunehmen ist. Wie häufig die Abhängigkeit auch in unmittelbarem Zusammenhang mit der abgeurteilten Straftat stand, konnte in der Untersuchung nicht festgestellt werden (siehe dazu Ausführungen in C.4.2).

Bereits im Rahmen der Expertenanhörung wurde der Versuch unternommen, den voraussichtlichen Bedarf an Therapieplätzen zu beziffern. Um eine Untergrenze zu markieren, könne man von den Inhaftierten ausgehen, für die sich im Vollzug die Notwendigkeit einer (Alkohol)Entgiftungsbehandlung ergibt. Es wurden diesbezügliche Daten für das Jahr 2001 aus den Justizvollzugsanstalten Bielefeld-Senne, Dortmund, Hövelhof und Herford dargestellt. Danach würden höchstens 2 % der Inhaftierten bei Strafantritt von Alkohol entgiftet, relativ selten im Vergleich zu den von Betäubungsmitteln Abhängigen. Als Obergrenze für die Bedarfsschätzung könne man die Anzahl der Personen, die während der Haft dem Suchtkrankenhelfer bekannt würden, weil sie erhebliche Alkoholprobleme haben, festsetzen. Dabei käme man auf eine Quote von etwa 5 %. Von dieser Berechnungsgrundlage ausgehend, müsste man bei 62.000 Strafgefangenen mit potentiellen Adressaten in einer Größenordnung zwischen 1.200 und ca. 3.000 Personen rechnen. Die Hauptzielgruppe für eine Zurückstellung der Strafvollstreckung – so einige Experten – seien dabei die Gefangenen, deren Strafmaß zwei Jahre nicht übersteige. Die Langstrafengefangenen seien nach mehrjähriger Verbüßung einer Haftstrafe häufig überhaupt nicht (mehr) motivierbar.<sup>145</sup> Vorsichtig könnte man einen Bedarf von bis zu 1.000 Behandlungsplätzen annehmen.

---

144 Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik 2003 (2004, 3 ff.)

145 Zur Therapiemotivation siehe auch C.2.2.1.

## C.2 Situation alkoholabhängiger Straftäter im Vollzug

### C.2.1 Haft und Alkoholkonsum

In Justizvollzugsanstalten gehört zur Alkoholbekämpfungsstrategie gewöhnlich ein striktes Alkoholverbot. Der Straf- und Untersuchungshaftvollzug verbietet durch Verwaltungsvorschriften (VV Nr. 1 Abs. 3 S. 1 zu § 22 StVollzG) und Hausordnungen Einkauf, Handel, Herstellung und Genuss von alkoholischen Getränken.<sup>146</sup> Ausnahmen vom Alkoholverbot können gem. VV Nr. 1 Abs. 3 von der Aufsichtsbehörde für einzelne Anstalten und Abteilungen sowie für bestimmte Gruppen von Gefangenen zugelassen werden.<sup>147</sup> Nichtsdestotrotz ist es für (alkoholabhängige) Gefangene relativ leicht möglich, sich Alkohol zu verschaffen: entweder von draußen in die Justizvollzugsanstalt eingeschmuggelt oder selbst gebraut.<sup>148</sup> Die durch das absolute Verbot entstandene Eigenproduktion in den Anstalten hat schon zu Krankheiten und Todesfällen unter den Gefangenen geführt; auch ist ein Schwarzmarkt mit überhöhten Preisen und vielerlei Abhängigkeiten entstanden.<sup>149</sup> Alkohol wird häufig aus Fruchtsaft, Brot, Zucker etc. selbst angesetzt und für viel Geld an Mitgefangene verkauft.<sup>150</sup> Etwa ein Viertel der Inhaftierten fällt während des Vollzugs wegen Alkoholgenusses auf, wobei die Dunkelziffer sehr hoch sein dürfte.<sup>151</sup> Bei jedem achten Konsumenten verbindet sich Alkoholgenuss während der Haft mit Gewalt gegen Sachen oder Personen oder entsprechenden Drohungen. Die Opfer sind in der Regel Mitgefangene, aber auch immer wieder Bedienstete. Dabei spielt sicher eine Rolle, dass die Wirkung des bisweilen nach improvisierten Rezepten selbst hergestellten Stoffes nicht kalkulierbar ist. Hinzu kommt, dass wegen der Entdeckungsgefahr möglichst schnell, so viel wie möglich und bei jeder sich bietenden Gelegenheit getrunken werden muss.<sup>152</sup>

Auch im Rahmen der Expertenanhörung wurde bestätigt, dass Gefangene mit einer Alkoholproblematik dem therapiefeindlichen Klima des Normalvollzuges ausgesetzt sind und in die Subkultur hineingezogen werden, wo üblicherweise Suchtmittel ohne größere Anstrengungen verfügbar sind. Die Zuberei-

146 Dolde (1996, 118); Feest (2000) § 22.

147 Über die Erfahrungen im Zusammenhang mit der Einführung eines Frühschoppen für eine Gruppe älterer Strafgefangener in der JVA Singen berichtet Preusker (2000, 228 f.).

148 Preusker (2000, 223).

149 Feest (2000) § 22 Rn. 6.

150 Böllinger et al. (1995, 256).

151 Kunz (1995), zit. nach Preusker (2000, 220).

152 Preusker (2000, 220) schildert sehr anschaulich, welche Ausmaße Gewaltexzesse nach vorherigem Alkoholgenuss im Justizvollzug erreichen können.

tung von Alkohol aus Hefe, Früchten und Brot sei einfach möglich. Substanzkonsum durch Inhaftierte wiederum könne zu einem zunehmenden Abgleiten in subkulturelle Aktivitäten und Anhäufung von Schulden aus Geschäften und damit gelegentlich zu einer unerträglichen Haftsituation für einzelne Gefangene führen. Alkohol im Vollzug sei ein nicht unwesentliches Problem, wenngleich die illegalen Drogen ein viel größeres Problem darstellten und insoweit die Auseinandersetzung mit der Alkoholthematik zurückdrängten. Darüber hinaus wurde berichtet, dass vornehmlich im offenen Vollzug der großen Anstalten der Konsum von Alkohol eine ganz erhebliche Rolle spiele. Dies könne man schon daran erkennen, dass Alkoholgenuss der hauptsächlichliche Versagungsgrund für die Gewährung selbständiger Vollzugslockerungen sei.

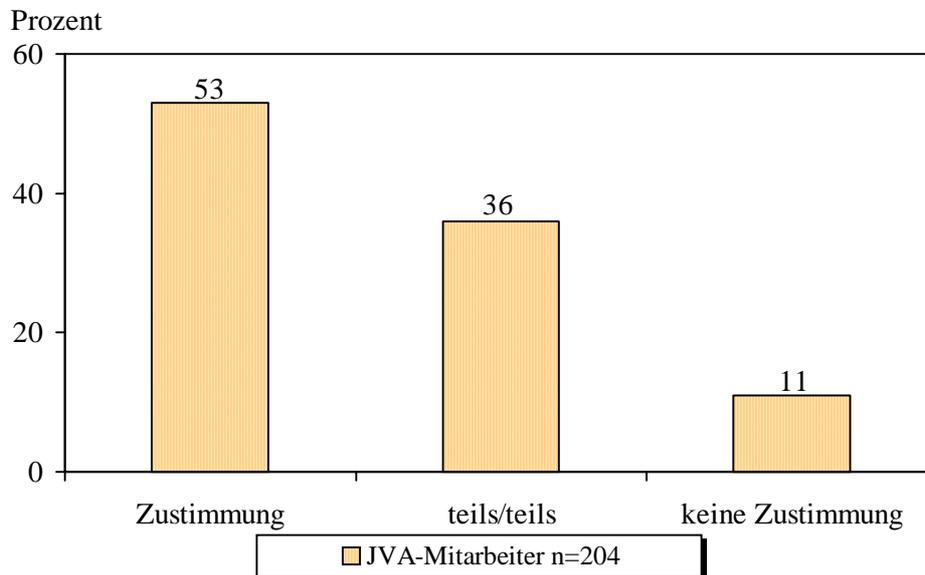
### *C.2.2 Haft und Alkoholabhängigkeit*

Dass durch Gefangene, die im Vollzug Alkohol konsumieren (allerdings nicht notwendig davon abhängig sein müssen), bisweilen Sicherheitsprobleme für die Justizvollzugsanstalten entstehen, wurde bereits erläutert. Welche sonstigen speziellen Schwierigkeiten der Vollzug mit alkoholabhängigen Inhaftierten hat, diskutierten die Teilnehmer der Expertenanhörung. Berichtet wurde, dass sich alkoholabhängige Gefangene im Vollzug häufig durchaus angepasst verhielten, jedoch aufgrund der nicht behandelten Problematik nach der Entlassung ein hohes Rückfallrisiko aufwiesen. Mitarbeiter der JVA Meppen<sup>153</sup> berichteten, dass eigentlich keine spezifischen Probleme durch alkoholabhängige Inhaftierte bestünden; insbesondere wäre in ihrer Anstalt der verbotene Konsum von Alkohol wegen des hohen Entdeckungsrisikos kein größeres Problem. Die Gefangenen würden vielmehr auf andere Drogen, vor allem auf Cannabisprodukte ausweichen. Dass sich alkoholabhängige Gefangene im Vollzug häufig angepasst verhalten, wurde auch im Rahmen der schriftlichen Befragung der Angehörigen des Justizvollzugs bestätigt. 53 % der Befragten stimmten diesem Befund zu, 36 % gaben hierzu „teils/teils“ an und nur 11 % der Bediensteten stimmten dieser Ansicht nicht zu (Abb. 14).

---

153 Über die dortige Motivationsbehandlung für alkoholgefährdete Inhaftierte wird unter Punkt C.2.3.2.1 berichtet.

**Abb.14: Angepasstes Verhalten von alkoholabhängigen Inhaftierten im Vollzug (Befragung JVA)**



Dazu passt, dass die Vollzugsmitarbeiter mehrheitlich die These verneinten, dass alkoholabhängige Strafgefangene mehr Personal und Geld im Vergleich zu anderen Insassen binden (56 %); 25 % bejahten diese Mehrbelastung, 18 % gaben „teils/teils“ an.

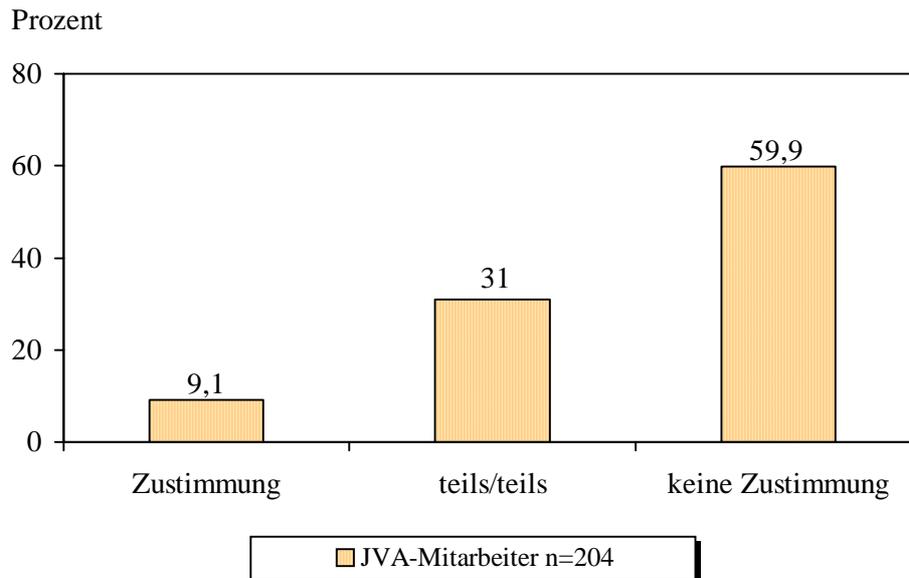
### C.2.2.1 Therapiemotivation

Die Mitarbeiter der JVA Meppen schilderten bei der Expertenanhörung aber auch, dass die meisten alkoholauffälligen Straftäter aufgrund der „Knast-Sozialisation“ verbunden mit ausgeprägtem Rückzugsverhalten aufgrund des Gruppendrucks extrem gering therapiemotiviert seien. Diese Einschätzung wurde durch die Vollzugsmitarbeiter im Rahmen der schriftlichen Befragung jedenfalls nicht für die Mehrzahl der Betroffenen bestätigt. Dass alkoholabhängige Inhaftierte häufig wenig motiviert im Hinblick auf die Durchführung bzw. Fortführung einer Therapie im Anschluss an die Strafhaft seien, fanden lediglich 9 % der Befragten, 31 % gaben „teils/teils“ an und knapp 60 % stimmten (eher) nicht zu (Abb. 15).

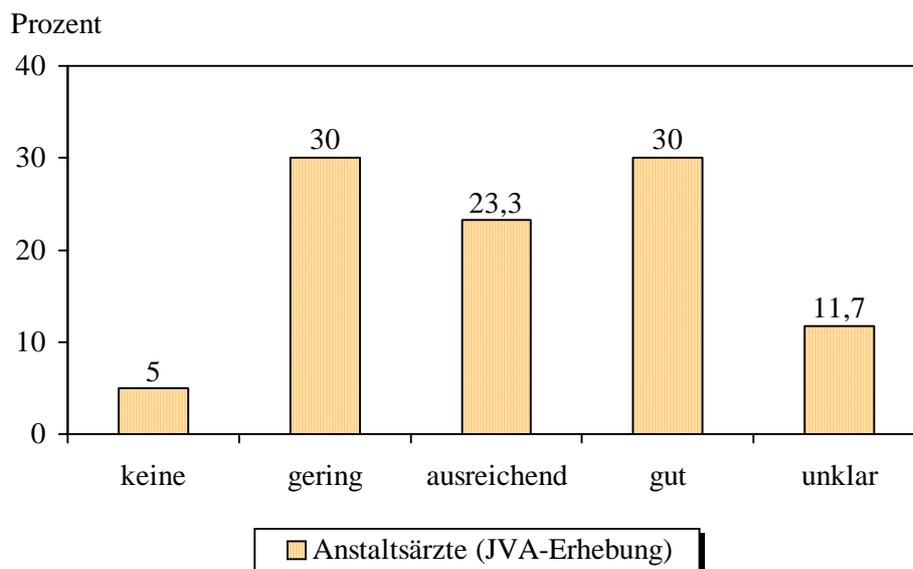
Auch bei der JVA-Erhebung wurden die Anstaltsärzte gebeten, die Therapiemotivation jener alkoholabhängigen Gefangenen einzuschätzen, bei denen sie eine Alkoholtherapie oder -beratung für angezeigt hielten (vgl. Abb. 16). Bei 14 von 60 Personen hielten die Ärzte die Motivation für ausreichend (23,3 %), bei 18 Insassen für gut (30 %), bei weiteren 18 für gering (30 %), bei 7 Perso-

nen für unklar (11,7 %) und bei 3 Gefangenen gebe es überhaupt keine Therapiemotivation (5 %). Die Therapiemotivation ist aus Sicht des Ärztlichen Dienstes also bei knapp der Hälfte der Gefangenen eher nicht gegeben, bei der zweiten Hälfte zumindest ausreichend.

**Abb. 15: Geringe Therapiemotivation (Befragung JVA)**



**Abb. 16: Therapiemotivation alkoholabhängiger Gefangener (n = 60) (JVA-Erhebung)**



Die Stärkung der Therapiemotivation müsste demnach für einen nicht unerheblichen Teil der alkoholabhängigen Straftäter, die für eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Therapieregung in Frage kämen, im Vorfeld (z.B. in der JVA) oder im Rahmen der Alkoholtherapie selbst geleistet werden. Bei der schriftlichen Befragung gaben jedoch viele Mitarbeiter aus den Justizvollzugsanstalten in den Anmerkungen zu Protokoll, dass sie einen Missbrauch der „Therapie statt Strafe“-Regelung bei jenen Tätern befürchten, die einen entsprechenden Antrag nicht aus eigener Motivation heraus stellen würden, sondern mit dem Ziel der Haftvermeidung.<sup>154</sup> An diesem Punkt wird zum einen die in der Suchttherapie ganz allgemeine Frage berührt, wie viel intrinsische Motivation die Patienten in die Therapie bereits mitbringen müssen. Nach *Mann* wurde Motivation früher „eher als eine Persönlichkeitseigenschaft gesehen im Sinne eines anhaltenden Persönlichkeitszuges (trait). Das Trait-Modell ist jedoch wenig hilfreich, um die Bereitschaft zu einer Behandlung oder zur Veränderung beeinflussen zu können. In jüngerer Zeit rückte daher ein dynamisches Konzept von Motivation als einem veränderbaren Zustand (state) in den Vordergrund. Damit wird die Förderung und Stabilisierung von Motivation eine Aufgabe der Therapie und ist nicht länger eine Vorbedingung. (...) Voraussetzung ist, dass die Patienten zu den kognitiven Leistungen der Problemwahrnehmung, Entscheidungsfindung und Handlungsorganisation fähig sind.“<sup>155</sup> Nach neueren Ergebnissen aus der Suchtforschung gehört die Stärkung der Therapiemotivation also generell zu den Aufgaben des Therapeuten.

Zum anderen stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Frage der Therapiemotivation besonders kritisch zu prüfen ist, wenn der zusätzliche Anreiz der Anrechnung von Therapiezeiten auf die Strafhaft gegeben ist. Anders gefragt: Müssen Straftäter, die „Therapie statt Strafe“ machen und damit eine Inhaftierung vermeiden bzw. vorzeitig aus dem Vollzug entlassen werden wollen, besonders motiviert sein? Diese Frage ist im Hinblick auf die gleich gelagerte Problematik bei den Drogenabhängigen längst entschieden. Hat die Vollstreckungsbehörde über einen Zurückstellungsantrag eines BtM-Abhängigen zu entscheiden, so ist es „weder Aufgabe der Vollstreckungsbehörde, sich als Motivationsdetektiv zu betätigen, noch verfügt sie über ausreichendes psychologisches Fachwissen, um eine ernsthafte Therapiemotivation von einer vorgetäuschten zu unterscheiden, zumal der Wunsch, der Haft zu entkommen, erst später in eine echte Therapiemotivation übergeht.“<sup>156</sup> Eine von der Voll-

---

154 Auch von Therapieeinrichtungen wird generell ein gewisses Maß an intrinsischer Motivation gefordert, vgl. *Duncker* (2004, 24); siehe hierzu auch C.5.3.4.

155 *Mann* (1999, 487).

156 *Körner* (2001, § 35 Rn. 121).

streckungsbehörde im Vorverfahren der Zurückstellungsentscheidung vorgenommene Motivationsüberprüfung ist deshalb nicht nur ermessensfehlerhaft, sondern auch sittenwidrig.<sup>157</sup> Der Gesetzgeber verlangt daher bei den Drogenabhängigen auch „nur“ die Zusage des Verurteilten, sich einer Entziehungskur zu unterziehen (§ 35 Abs. 1 S. 1 BtMG). Eine Therapiemotivation muss gerade nicht nachgewiesen werden.

Weshalb die geltende Praxis nicht genauso für die alkoholabhängigen Täter gelten sollte, ist nicht ersichtlich. Darüber hinaus – darauf wies ein Teilnehmer der Expertenanhörung hin – ist es auch heute schon so, dass die Patienten, die im Rahmen der bedingten Entlassung aus dem Vollzug heraus eine Therapie in einer Fachklinik antreten (§§ 57, 59a Abs. 2 S. 3, 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB), dies gewöhnlich nur deshalb tun, um vom Gefängnis in die vergleichsweise angenehmere Atmosphäre der Fachklinik zu kommen. Anders gesagt, ohne die Chance einer vorzeitigen Entlassung würden nur sehr wenige Alkoholabhängige freiwillig eine Therapie in Erwägung ziehen.

Als Zwischenergebnis bleibt festzuhalten, dass die Therapiemotivation von alkoholabhängigen Inhaftierten nach Einschätzung des Justizvollzugspersonals sehr unterschiedlich ist. Viele der Mitarbeiter sind allerdings der Auffassung, die Strafe dürfe nur unter der Voraussetzung zurückgestellt werden, dass der Täter auch wirklich motiviert sei. In dieser Hinsicht gibt es offensichtlich einen Wertungswiderspruch zu den Voraussetzungen, die der Gesetzgeber (für den Bereich der BtM-Abhängigkeit) in §§ 35 ff. BtMG festgelegt hat.

#### C.2.2.2 Komorbidität und Polytoxikomanie

Im Rahmen der Expertenanhörung äußerten sich die Mitarbeiter der JVA Meppen dahingehend, dass sich unter den alkoholabhängigen Inhaftierten neben denjenigen, die wegen leichter Kriminalität inhaftiert sind (z.B. Fahren ohne Führerschein, Trunkenheit im Verkehr, leichtere Fälle der Körperverletzung) eine – auch zahlenmäßig – nicht unbedeutende Gruppe befindet, die neben dem Alkoholproblem erhebliche und schwerwiegende Persönlichkeitsprobleme hat und die häufig wegen schwerwiegenderen Straftaten (z.B. vorsätzliche Tötungsdelikte, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch) verurteilt worden sind.

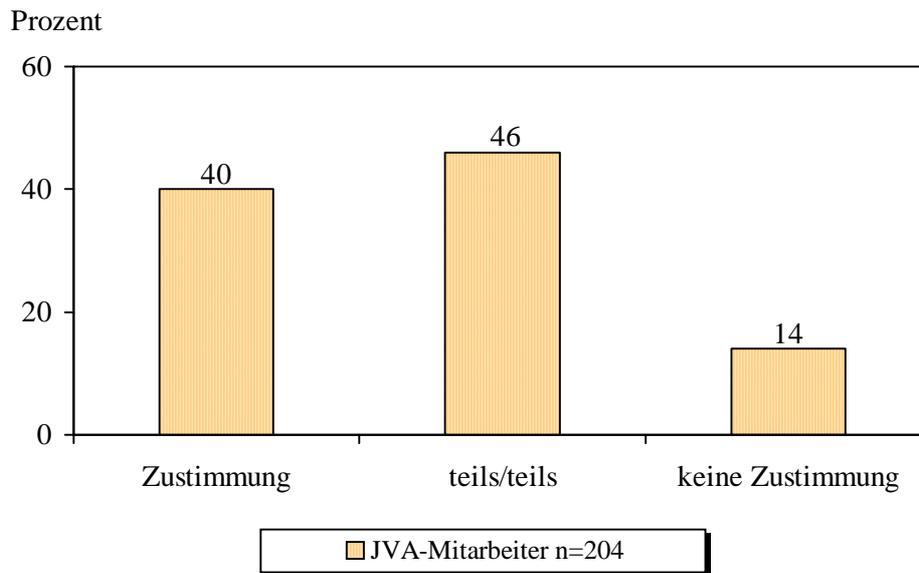
Dass unter den alkoholabhängigen Strafgefangenen ein Großteil neben der Alkoholproblematik weitere psychische Störungen aufweist (z.B. dissoziale Persönlichkeitsstörung etc.), die vorrangig behandlungsbedürftig sind, halten auch 40 % der befragten Vollzugsmitarbeiter für zutreffend, 46 % gaben hier

---

<sup>157</sup> OLG Zweibrücken, StV (2000, 157).

„teils/teils“ an und nur 14 % stimmten nicht zu (vgl. Abb. 17). Damit wird deutlich, dass im Falle der Einführung einer analogen Therapieregulung vielfältige Therapiekonzepte dringend erforderlich sind, die auch die weiteren psychischen Störungen einbeziehen.<sup>158</sup>

**Abb.17: Behandlungsbedürftige psychische Störungen neben der Alkoholabhängigkeit (Befragung JVA)**



Auch außerhalb des Vollzugs wird bei alkoholabhängigen Menschen (in stationärer Behandlung) häufig neben dem Alkoholismus eine andere psychische Störung diagnostiziert (sog. Komorbidität).<sup>159</sup> Theoretisch kommt das gesamte Spektrum psychischer Störungen in Betracht. Hauptsächlich kommen dabei folgende Erkrankungen vor: Persönlichkeitsstörungen<sup>160</sup>, depressive Störungen sowie Angsterkrankungen. Bei Alkoholabhängigen mit komorbiden Störungen muss ein ganzheitlicher Behandlungsansatz gewählt werden, d. h. die komorbide Störung muss mitbehandelt werden. Je nach Erkrankung kann die Behandlung der komorbiden Störung in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erfolgen oder erfordert ein spezifisches Therapieangebot.

<sup>158</sup> Das Problem stellt sich auch im Maßregelvollzug, vgl. *Schläpke et al.* (2005, 291).

<sup>159</sup> *Sander & Rienas* (2002, 255); Komorbidität bedeutet das gleichzeitige gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Erkrankungen bei einer Person.

<sup>160</sup> *Duncker* (2004, 32) berichtet von über 60 % Persönlichkeitsstörungen bei Patienten einer Rehabilitationsklinik.

Das Problem, dass viele Gefangene häufig zwischen den Suchtmitteln wechseln oder von Alkohol und Betäubungsmitteln gleichermaßen abhängig sind, erschwert die Situation zusätzlich.<sup>161</sup> Gefangene einer repräsentativen Zufallsstichprobe der Berliner JVA Tegel berichteten Anfang der 80er Jahre, dass gemessen an der Konsumhäufigkeit der Alkohol vor ihrer letzten Inhaftierung ihre wichtigste Droge war, oft auch aus finanziellen Gründen. Alkohol war für sie (häufig gleichzeitig mit Nikotin und Schnüffelstoffen) eine Art „Einstiegsdroge“; das Durchschnittsalter der Probanden zum Zeitpunkt des Konsumbeginns betrug 9,4 Jahre.<sup>162</sup>

### C.2.3 Medizinische / Psychologische Versorgung

Wenngleich § 56 I StVollzG ausdrücklich die Verantwortung der Strafvollzugsbehörden für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen betont, sieht nach *Feest* die Realität im Strafvollzug - insbesondere vor dem Hintergrund einer Überbelegung der Gefängnisse - zumeist so aus, dass psychiatrische Auffälligkeiten generell eher als Sicherheitsproblem, als Störung eines geordneten Vollzuges, denn als Symptom einer zugrunde liegenden Erkrankung betrachtet werden. Häufiger werden diese Auffälligkeiten jedoch zum Problem der Anstaltsmedizin, die oftmals mit der Verschreibung von Psychopharmaka (Tranquilizer) reagiert.<sup>163</sup> *Böllinger et al.* berichten, dass alkoholabhängige Inhaftierte, die keinen oder nicht in ausreichendem Maße Alkohol zur Verfügung haben, unter vielfältigen Entzugserscheinungen leiden.<sup>164</sup> Sie müssen von erfahrenen und fachlich kompetenten Anstaltsärzten betreut werden, was nach Auffassung von *Preusker* nicht in allen Justizvollzugsanstalten gewährleistet ist.<sup>165</sup>

---

161 Nach *Coigneraï-Weber & Hege* (1981, 133) ignorieren die Sonderregelungen für Betäubungsmittelabhängige, dass in der Praxis der polytoxikomane Missbrauch legaler und illegaler Drogen vorherrscht; vgl. auch *Frießem* (1993, 55) sowie *Breuer-Kreuzer* (1997, 96). Nach den Ergebnissen des Kriminologischen Dienstes Nordrhein-Westfalen sind 20,1 % aller Neuzugänge – also jeder fünfte – als polytoxikomane Drogennutzer zu bezeichnen: allerdings ist nicht beziffert, wie häufig hierbei Alkohol eine Rolle spielt, vgl. *Wirth* (2002, 104 ff.).

162 *Coigneraï-Weber & Hege* (1981, 139); nach *Kreuzer et al.* (1991, 128) m.w.N. ist es methodisch sehr schwierig, hierzu genaue Angaben zu erlangen; dass unter den nach § 64 StGB ein gewiesen Maßregelpatienten etwa 15 % polytoxikomane Gebrauchsmuster aufweisen, berichtet *Rebsam-Bender* (1995, 158) m.w.N.

163 *Feest* (2000) vor § 56 Rn. 63 f. m.w.N.

164 Hierzu gehören nach *Böllinger et al.* (1995, 416 f.) u.a. Zittern, Schweißausbrüche und Schlaflosigkeit.

165 *Preusker* (2000, 228).

### C.2.3.1 Diagnose

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde daher zunächst die Frage erörtert, ob unter den Bedingungen des Normalvollzugs Gefangene mit einer Alkoholproblematik (frühzeitig) auffallen. Wie und durch wen wird ein missbräuchlicher Alkoholkonsum oder eine Alkoholabhängigkeit überhaupt diagnostiziert? In Bezug auf die Diagnostik wurde zunächst auf die Klassifizierung der Alkoholabhängigkeit in der ICD 10 hingewiesen. Hinweise auf Alkoholerkrankungen könnten sich auf Grund von Labor- oder klinischen Befunden ergeben. Auffällige Symptome seien z.B.: Vermehrte Gefäßzeichnung im Gesicht, Tremor (Zittern), Heptomegalie (Vergrößerung der Leber), Spider nevi (Hautveränderungen aufgrund einer Leberzirrhose) und Kardiomyopathie (Herzmuskelschädigung). Durch den CAGE-Test könne man feststellen, ob Patienten Alkoholprobleme haben oder in riskanter Weise mit Alkohol umgehen. Konkret aus der Vollzugspraxis wurde berichtet, dass alkoholabhängige Inhaftierte häufig in den ersten Tagen nach Strafantritt körperliche Entzugerscheinungen unterschiedlicher Ausprägung entwickeln, die teilweise im Rahmen der anstaltsärztlichen Aufnahmeuntersuchung diagnostiziert würden, nicht selten aber auch durch erfahrene Beamte des allgemeinen Vollzugsdienstes, Gruppenleiter oder Anstaltspsychologen. Gelegentlich gebe bereits das Bereitschaftsgericht einen entsprechenden Hinweis. Nach Einschätzung des Leiters einer Suchtabteilung eines Landeskrankenhauses ist davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Alkoholabhängigen überhaupt nicht diagnostiziert werden könne. Mehr als 50 % seiner Patienten hätten keine nennenswerten Entzüge. Die psychische Abhängigkeit werde von den Inhaftierten indes wohl kaum offenbart, da sie sich hiervon keine Vorteile versprechen könnten. Abhängigkeitskranke Inhaftierte stellten in Bezug auf die therapeutische Erreichbarkeit eine besonders schwierige Patientengruppe dar. Dies gelte vor allem für diejenigen, denen bereits im Rahmen des Strafverfahrens eine hinreichende Behandlungsaussicht nach § 64 StGB abgesprochen oder bei denen die Maßregel mangels Erfolgsaussicht als erledigt erklärt wurde.

Auch im Rahmen der schriftlichen Befragung von Vollzugsmitarbeitern bestätigte fast jeder Zweite, dass bei einem nicht unerheblichen Teil der alkoholabhängigen Strafgefangenen die Abhängigkeit im Vollzug (zunächst) nicht diagnostiziert werden kann, z.B. weil die Sucht nicht sofort auffällt und die Betroffenen ihr Alkoholproblem verdrängen oder verschweigen. Jeder Vierte kreuzte hierzu „teils/teils“ an. Der Rest stimmte diesem Befund eher nicht zu.

### C.2.3.2 Behandlung

Traditionell wird der Alkoholproblematik vorwiegend mit repressiven Strategien wie Alkoholtests, Kontrollen und Durchsuchungen begegnet.<sup>166</sup> Der Kampf gegen den Alkohol bindet viel Personal und kostet viel Geld. Dennoch scheint sich das Problem eher zu verschärfen.<sup>167</sup> Auch nach Auffassung von *Steffens et al.* fehlt es an einem umfassenden Behandlungskonzept für alkoholkrankte Straftäter. Eine einheitliche Strategie werde nicht verfolgt; die Behandlung und/oder Beratung von Gefangenen mit einer Alkoholproblematik habe häufig modellhaften Charakter. Die Schwierigkeiten bei der Bekämpfung der Alkoholproblematik im Gefängnis hätten wahrscheinlich auch etwas mit der Einstellung und den Gewohnheiten der Bevölkerung – und natürlich auch der Vollzugsbediensteten – in Bezug auf Alkohol zu tun.<sup>168</sup> Die Behandlung Alkoholkranker trete darüber hinaus im Strafvollzug und in der Öffentlichkeit häufig zurück vor dem Problem der Drogenabhängigen.<sup>169</sup> Die Möglichkeiten des Strafvollzugs, therapiebedürftige Gefangene erfolgreich zu behandeln, seien ferner durch deren teilweise geringe Therapiemotivation<sup>170</sup> sowie durch die (knappe) Verbüßungsdauer begrenzt; mit den verfügbaren Therapiemöglichkeiten könnten Alkohol- und Drogenprobleme jedenfalls kaum langfristig gelöst werden.<sup>171</sup>

Auch im Rahmen der Expertenanhörung spielte die Situation von Gefangenen mit einer Alkoholproblematik im Strafvollzug eine große Rolle. Die Bandbreite der vollzugsinternen Reaktionsmöglichkeiten auf Gefangene mit körperlichen Entzugssymptomen (oder solchen, bei denen aus sonstigen Gründen ein bestehendes Alkoholproblem erkennbar wird) reiche dabei von der medikamentösen Behandlung gravierender Entzugssyndrome über eine Unterbringung in Gemeinschaft, in einem speziellen Anstaltsbereich, ggf. in einem Vollzugskrankenhaus bis hin zu einer (vorübergehenden) Behandlung in einem externen Krankenhaus gem. § 65 StVollzG. Der Vertreter des hessischen Ministeriums der Justiz wies darauf hin, dass die Behandlungsmöglichkeiten

---

166 *Preusker* (2000, 221).

167 *Preusker* (2000, 222).

168 *Steffens et al.* (1994, 30); *Preusker* (2000, 222).

169 *Steffens et al.* (1994, 30).

170 Die auch nach *Tröndle* (1982, 3) bei vielen Alkoholabhängigen fehlt; trotz der Schwere ihrer Abhängigkeitsproblematik seien die Betroffenen oft nicht bereit, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sondern zögen es vor, die bestehenden Probleme zu verleugnen oder zu bagatellisieren; ebenso *Schmitt-Homann* (2001, 50).

171 *Wirth* (2002, 104); vgl. auch *Nestler* (1996, 274), der es für offensichtlich hält, dass der Strafvollzug mit seinen entsozialisierenden Wirkungen bei der Bewältigung von Lebenslagen nicht hilfreich ist.

– abgesehen von der medizinischen Unterstützung bei körperlichen Entzugserscheinungen – insgesamt ausgesprochen gering seien. Im Folgenden werden einige Behandlungsstrategien vorgestellt, die in Justizvollzugsanstalten bislang (modellhaft) umgesetzt werden.

#### C.2.3.2.1 Spezielle Suchtabteilungen

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde über die in der Bundesrepublik Deutschland wohl einmalige vollzugsinterne Motivationsbehandlung berichtet, die in der JVA Meppen praktiziert wird. Dort gebe es eine erhebliche Anzahl von Suchtmittelkranken/-gefährdeten und hierunter auch ein Großteil mit einem Alkoholproblem, so dass man eine eigene Behandlungsabteilung für alkoholranke und -gefährdete Personen geschaffen habe, um diesem Personenkreis in der Behandlung gerechter zu werden. Die Abteilung verfolge dabei folgende Ziele:

- Förderung der Motivation zur Bearbeitung des Suchtproblems;
- Schaffung eines eigenen Problembewusstseins;
- Vermittlung und Förderung von Eigenverantwortung zu bewusstem Umgang mit Alkohol;
- Vermittlung von Wissen über die verschiedenen Zusammenhänge von
  - a) Alkohol und Gewalt,
  - b) Alkohol und Sexualität,
  - c) Alkohol und Medizin,
  - d) Alkohol und Familie usw.;
- Förderung der Therapiebereitschaft, und schließlich die
- Überleitung an den Freundeskreis / Selbsthilfegruppe.

Zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Motivationsbehandlung in der JVA Meppen gehört neben der Vermittlung von Wissen über die Risiken des Alkoholkonsums und der Schaffung eines Problembewusstseins in Bezug auf Alkohol insbesondere die Förderung der sozialen und emotionalen Kompetenz. Wöchentliche Gruppenangebote, Einzelgespräche, Sport in der Gemeinschaft sowie verschiedene Arbeitsgruppen sollen den Inhaftierten dabei helfen, die Ursachen des bisherigen Verhaltens zu klären und festgefahrene Einstellungen und Verhaltensweisen zu ändern. Zu den wesentlichen Bausteinen der Motivationsbehandlung gehört ein sog. Patensystem, d.h. erfahrene Teilnehmer übernehmen „Patenschaften“ für Neuzugänge in der Abteilung. Ferner gilt das „Federführer-Prinzip“, wonach bestimmte Bedienstete für bestimmte Inhaftierte zuständig sind.

Eine Richterin, die bei der Anhörung über ihre Tätigkeit bei einer Strafvollstreckungskammer berichtete, befürwortete grundsätzlich die Einrichtung besonderer Abteilungen für Suchtkranke im Strafvollzug, wies allerdings auf die damit verbundenen Schwierigkeiten hin. Insbesondere seien ihr recht hohe Rückfallquoten aus einer solchen Abteilung der JVA Hohenasperg bekannt.

#### C.2.3.2.2 Sozialtherapeutische Behandlung

1992 wurde in der Justizvollzugsanstalt Kassel ein Modellprojekt initiiert, um auszuloten, ob es möglich ist, alkoholranke Strafgefangene in eine sozialtherapeutische Anstalt zu integrieren und ihnen ein adäquates Behandlungsangebot zu machen. Ziel des Projektes war es, neben einer sozialtherapeutischen Behandlung alkohol- und medikamentenranke Strafgefangene zu motivieren, sich mit der eigenen Sucht auseinanderzusetzen und eine extramurale Suchttherapie bzw. -beratung aufzunehmen.<sup>172</sup> Während ihres Aufenthaltes in der Sozialtherapie standen den 12 alkoholabhängigen Gefangenen, die in das Projekt aufgenommen wurden, alle für sie geeigneten sozialtherapeutischen Angebote offen. Als suchtspezifische Behandlungsmaßnahmen wurden der Klientel die anstaltsinterne Suchtgruppe sowie Einzelgespräche bei dem externen Berater verpflichtend angeboten. Als extramurale Maßnahmen wurden sowohl Selbsthilfegruppen, ambulante als auch stationäre Beratungen/Therapien in Betracht gezogen.<sup>173</sup> Die Verweildauer der Projekt-Klientel in der Sozialtherapeutischen Anstalt lag generell zwischen etwa einem halben und eineinhalb Jahren.<sup>174</sup> Der Projektbericht verdeutlicht, dass es – wenn auch mit viel Aufwand – durchaus gelingen kann, eine einigermaßen tragfähige Motivation für eine externe Therapie zu schaffen.

#### C.2.3.2.3 Nachschulung für alkoholauffällige Straßenverkehrstäter

In Baden-Württemberg werden in der offenen Vollzugseinrichtung Sachsenheim, wo schwerpunktmäßig Straßenverkehrstäter inhaftiert sind, seit Mitte der 80er Jahre von Psychologinnen und Psychologen der Technischen Überwachungsvereine Heilbronn und Stuttgart sog. „Nachschulungskurse“ für alkoholauffällige Verkehrstäter angeboten.<sup>175</sup> In den Kursen (acht Gruppensitzungen à 2,5 Stunden) wird einerseits das Thema Alkohol im Straßenverkehr

---

172 *Breuer-Kreuzer* (1997, 93).

173 *Breuer-Kreuzer* (1997, 97).

174 *Breuer-Kreuzer* (1997, 98).

175 *Dolde* (1996, 120).

umfassend problematisiert und andererseits werden Strategien erarbeitet, um Alkohol künftig zu vermeiden. *Egg et al.* berichten in einer Meta-Analyse zur Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland von den positiven Ergebnissen einer Evaluationsstudie, die zu der Empfehlung einer flächendeckenden Einführung der Kursprogramme und damit zu einer regulären Maßnahme zur Behandlung von Trunkenheitsfahrern in Deutschland geführt haben.<sup>176</sup>

#### C.2.3.2.4 (Externe) Suchtberatung

Von März 1997 bis Februar 1999 wurde ein vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit finanziertes Modellprojekt durchgeführt, das in erster Linie die Betreuung von Alkohol- und Drogenabhängigen in allen Justizvollzugsanstalten Bayerns, die Dokumentation der einzelnen Tätigkeiten der Suchtberater sowie die Evaluation der Auswirkungen der Betreuung bzw. Beratung auf die Betroffenen und die Justizvollzugsanstalten zum Ziel hatte.<sup>177</sup> Zu Beginn der Beratung wurden die Klienten aufgefordert anzugeben, welche Ziele sie damit verfolgen. Von den Insassen mit Alkoholproblemen wurden als häufigste Beratungsziele u.a. „Umgang mit Suchtproblemen“ (79,1 %) und „Therapievorbereitung“ (67,4 %) genannt.<sup>178</sup> Zur Beurteilung der einzelnen Maßnahmen und Charakteristika der externen Beratung wurden bei Beendigung Erhebungsbogen durch (1) die Häftlinge und (2) die Berater beantwortet. Beide Gruppen sollten jeweils beurteilen, inwieweit die Beratung für die Realisierung individueller Beratungsziele hilfreich war. Es stellte sich heraus, dass bei ca. 50 % der Klienten mit Alkoholproblemen die Beratung für die Entwicklung der Therapiemotivation, die Therapievorbereitung und den Umgang mit Sucht von den Mitarbeitern als sehr erfolgreich eingestuft wurde.<sup>179</sup> Die durchweg noch bessere Beurteilung durch die Gefangenen konnte zu weiteren Interpretationen nicht herangezogen werden, da viele Klienten, die entlassen wurden bzw. in eine weiterbehandelnde Einrichtung vermittelt wurden, ihren Erhebungsbogen nicht beantwortet hatten, so dass die Anzahl der vorliegenden Beendigungsbögen durch Klienten sehr klein war.<sup>180</sup> Bei der Expertenanhörung wurde geschildert, dass inzwischen in vielen Justizvollzugsanstalten durch freie Träger (z.B. Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz) Beratungsangebote für alkoholabhängige Inhaftierte vorgehalten

---

176 *Egg et al.* (2001, 333 ff.).

177 *Küfner et al.* (2000, 234).

178 *Küfner et al.* (2000, 238).

179 *Küfner et al.* (2000, 248).

180 *Küfner et al.* (2000, 247 ff.).

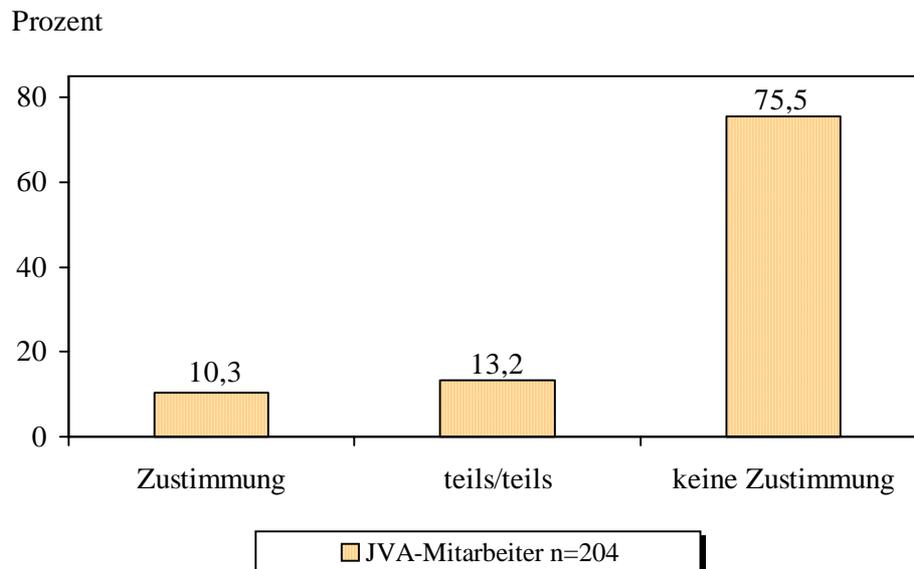
werden; es gebe jedoch keineswegs vergleichbare Konzepte wie für die BtM-Abhängigen.

#### C.2.3.4 Bewertung der Behandlungsangebote (empirische Ergebnisse)

Die Teilnehmer der Expertenanhörung waren sich – übereinstimmend mit der in der Literatur geäußerten Einschätzung – darin einig, dass es ganz überwiegend im Justizvollzug, sieht man von der Behandlung der körperlichen Entziehungerscheinungen ab, keine unter personellen, materiellen und organisatorischen Gesichtspunkten den Entwöhnungseinrichtungen außerhalb des Vollzugs vergleichbaren Einrichtungen gibt.

Auch im Rahmen der schriftlichen Befragung der Mitarbeiter des Strafvollzugs ergab sich, dass nur jeder zehnte dort Beschäftigte der Auffassung ist, dass es ausreichend Behandlungsangebote für alkoholabhängige Strafgefangene im bundesdeutschen Strafvollzug gibt. Dagegen sind drei von vier Be diensteten im Vollzug der Meinung, dass die Angebote für alkoholabhängige Inhaftierte nicht ausreichen, sehen also insoweit ungedeckten Behandlungsbedarf (vgl. Abb.18).

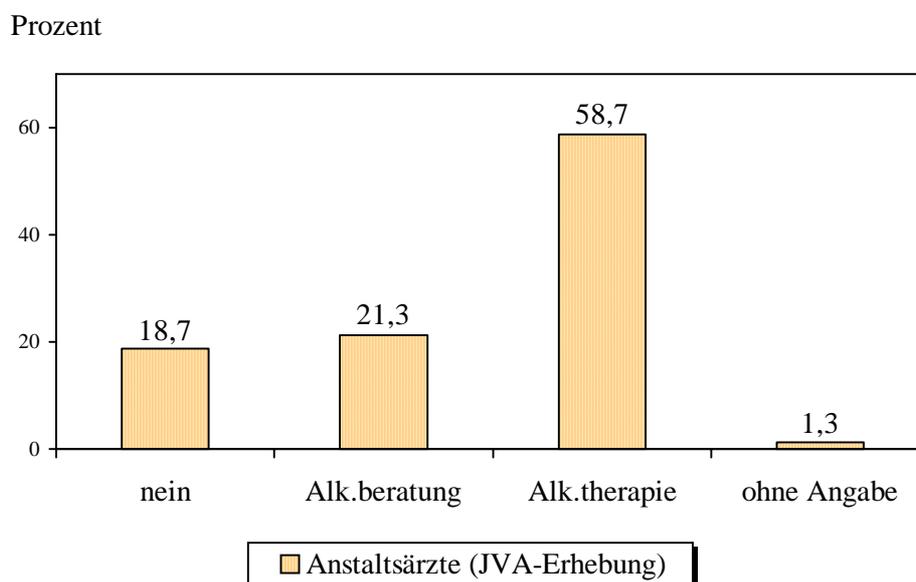
**Abb. 18: Ausreichende Behandlungsangebote für alkoholabhängige Inhaftierte (Befragung JVA)**



Welchen Behandlungsbedarf haben die Anstaltsärzte für die 108 (nach ihrer diagnostischen Einschätzung) alkoholabhängigen Gefangenen angenommen, die im Rahmen der JVA-Erhebung ermittelt wurden? Welche Angebote ste-

hen dem gegenüber? Angaben zu diesem Themenkomplex lagen der KrimZ für 75 Personen vor; für 33 Inhaftierte aus dieser Gruppe fehlten entsprechenden Daten. Im Hinblick auf den Bedarf hielten die Anstaltsärzte bei knapp jedem Fünften trotz Alkoholabhängigkeit weder eine Alkoholberatung noch eine -therapie für angezeigt, zumeist, weil eine gleichzeitige Drogenabhängigkeit vorrangig zu behandeln sei. Insbesondere bei den weiblichen Inhaftierten wurde dies häufiger angegeben. Zum Teil wurde kein Beratungs- oder Therapiebedarf angenommen, weil der Gefangene in der Vergangenheit bereits ausreichend informiert/behandelt worden sei oder über zu wenig Therapiemotivation verfüge. Bei 16 Inhaftierten hielten die Ärzte eine Alkoholberatung (21,3 %) für angeraten, bei 44 Personen eine Alkoholtherapie (58,7 %). Für einen alkoholabhängigen Gefangenen wurde hierzu keine Angabe gemacht (1,3 %). Insgesamt hielten die Ärzte bei 60 Personen, also in vier von fünf Fällen, eine spezielle Behandlung der Alkoholproblematik für erforderlich.

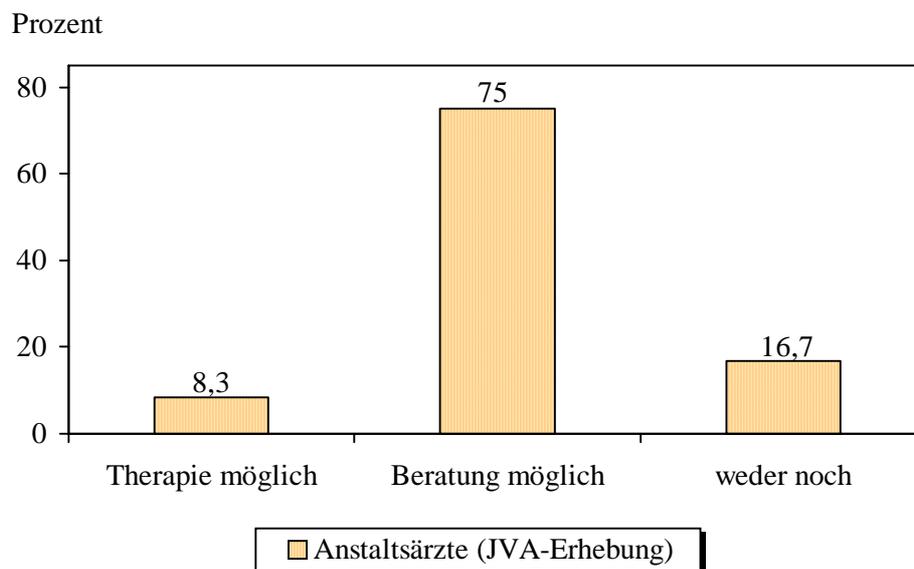
**Abb. 19 : Behandlungsbedarf der alkoholabhängigen Inhaftierten aus Sicht des Anstaltsärztlichen Dienstes  
JVA-Erhebung (n=75)**



Was die Angebotsseite anbelangt, so zeigt Abb. 20, dass es immerhin für 75 % aus dieser Bedarfsgruppe möglich war, Beratungsangebote in Bezug auf die Alkoholproblematik wahrzunehmen (45). Wie viele von dieser Möglichkeit auch tatsächlich Gebrauch gemacht haben, ist nicht bekannt. Eine Alkoholtherapie während des Aufenthalts im Vollzug konnte dagegen lediglich 5 Personen (allesamt männliche Gefangene, die eine Jugendstrafe verbüßten) in

Aussicht gestellt werden. Es hat sich damit bestätigt, dass die Durchführung einer Alkoholtherapie – insbesondere im Erwachsenenstrafvollzug – die Ausnahme darstellt. Darüber hinaus konnte jedem sechsten Täter aus der Bedarfsgruppe auch kein Beratungsangebot gemacht werden.

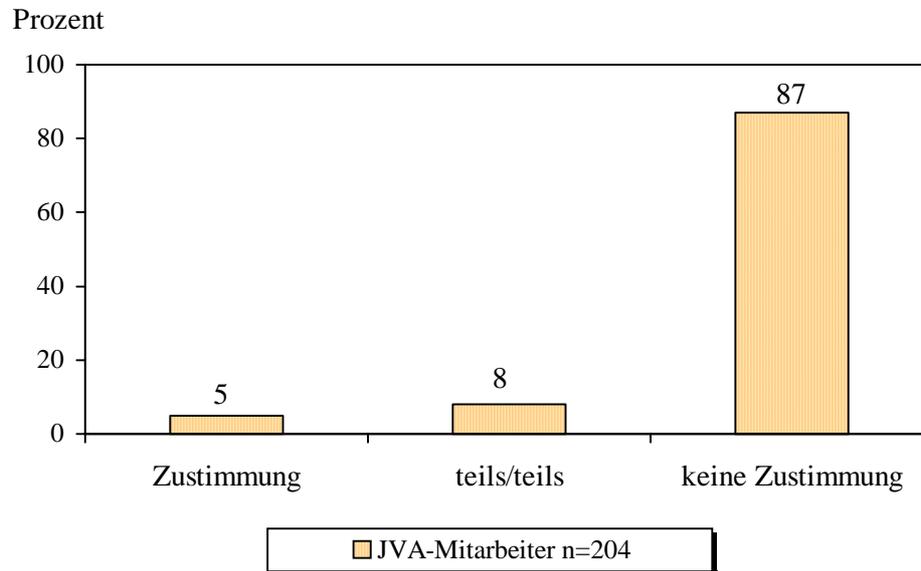
**Abb. 20: Behandlungsangebote für die therapiebedürftigen alkoholabhängigen Inhaftierten  
JVA-Erhebung (n=60)**



Im Rahmen der Befragung der Angehörigen des Justizvollzugs war auch von Interesse, wie die Bediensteten selbst die Möglichkeiten einschätzen, im Vollzug Therapiearbeit zu leisten. Dass das Klima des Normalvollzugs unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen nicht geeignet ist, alkoholabhängige Gefangene zu therapieren, dem stimmten über 50 % der JVA-Mitarbeiter eher nicht und weitere 36 % überhaupt nicht zu (siehe Abb. 21). 8 % gaben „teils / teils“ an, und nur 5 % teilen diese vielfach – auch im Rahmen der Expertenanhörung – vorgebrachte Auffassung. Vielmehr wäre eine vollzugsinterne Alkoholtherapie aus Sicht mancher im Strafvollzug tätigen Bediensteten eine vernünftige(re) Alternative zur Schaffung einer den §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Regelung.<sup>181</sup> Diese Auffassung gaben nicht wenige der Befragten in den Anmerkungen zum Erhebungsbogen zu Protokoll.

<sup>181</sup> Vgl. auch *Wimmer* (2002, 215 ff.), die für eine vollzugsinterne Drogentherapie der betäubungsmittelabhängigen Täter plädiert.

**Abb. 21 : Vollzugsklima für Alkoholtherapie ungeeignet  
(Befragung JVA)**



Insgesamt ist nach den vorgenannten Ergebnissen davon auszugehen, dass die Versorgung alkoholabhängiger Inhaftierter im Vollzug nicht ausreicht. Abgesehen von medizinischer Hilfe bei auftretenden Entzugserscheinungen, gibt es nur für sehr wenige Gefangene die Möglichkeit, eine Alkoholtherapie im Vollzug durchzuführen. Etwa drei Viertel der Betroffenen können Beratungsangebote wahrnehmen; für jeden sechsten alkoholabhängigen Gefangenen bestehen überhaupt keine Suchthilfeangebote. Nicht wenige Mitarbeiter des Justizvollzugspersonals halten das Klima im Vollzug durchaus für geeignet, um alkoholabhängige Gefangene zu therapieren. Entscheidend hierfür wäre eine bessere Sach- und Personalausstattung.

### C.3 Wahrnehmung der Alkoholproblematik in der gerichtlichen Praxis

#### C.3.1 Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt, Suchtproblematik und Strafe

Welchen Einfluss haben Alkoholkonsum und -abhängigkeit auf die Schuldfähigkeit des Täters und damit zusammenhängend die Strafwürdigkeit der Tat? Welche zulässigen Strafzumessungserwägungen eröffnen sich für die Gerichte und auf welche Weise wird im strafgerichtlichen Alltag auf die alkoholbezogenen Umstände der Tat reagiert?

##### C.3.1.1 Rechtliche Ausgangssituation

Nach § 20 StGB handelt ohne Schuld, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Liegt Schuldunfähigkeit vor, führt dies zur Exkulpation, zum Freisprechen von strafrechtlicher Schuld.<sup>182</sup> 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, § 21 StGB.

##### C.3.1.1.1 Alkoholabhängigkeit als „schwere andere seelische Abartigkeit“

Die schwere Alkoholabhängigkeit kann dem Rechtsbegriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ zugeordnet werden (gemeint sind mit diesem Begriff schwere Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und sexuelle Deviationen). Nach ständiger Rechtsprechung des BGH ist eine gesicherte Substanzabhängigkeit allein noch kein Schuld minderungsgrund, sondern nur schwerste suchtbedingte Persönlichkeitsveränderungen, wie sie in der Depravierung eines Suchtkranken sichtbar werden.<sup>183</sup> Insbesondere bei Beschaffungsdelikten unter starken Entzugserscheinungen kommt eine rauschunabhängige Minderung der Schuldfähigkeit infolge langjähriger Alkoholabhängigkeit in Betracht.<sup>184</sup> Eine Aufhebung der Schuldfähigkeit allein auf Grund bestehender Rauschmittelabhängigkeit ist dagegen regelmäßig ausgeschlossen.<sup>185</sup>

---

182 Die Maßregelverordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist allerdings möglich, § 64 Abs. 1 StGB.

183 Kröber (2001, 342).

184 Fischer (2004, § 20 Rn. 11a) m.w.N.

185 Fischer (2004, § 20 Rn. 41).

#### C.3.1.1.2 Alkoholrausch als „krankhafte seelische Störung“

Der Alkoholrausch ist, bezogen auf die in § 20 StGB genannten Eingangsvoraussetzungen, eine akute „krankhafte seelische Störung“. Der Terminus „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ ist im Strafrecht entgegen der psychiatrischen Begriffsverwendung für normalpsychologisch bedingte Erregungszustände für sog. „Affektdelikte“ reserviert.<sup>186</sup> Rauschzustände infolge der Einnahme von Alkohol (oder anderer Drogen) sind auch forensisch von nicht unerheblicher Bedeutung. Akute Alkoholisierung ist in Deutschland der häufigste Grund für eine Strafmilderung.<sup>187</sup>

Der sog. pathologische Rausch soll stets Schuldunfähigkeit begründen.<sup>188</sup> Seine Abgrenzung als ein durch Alkohol ausgelöster Dämmerzustand, der mit einem Alkoholrausch qualitativ nicht vergleichbar ist, von einem sog. abnormen oder komplizierten Rausch, bei dem lediglich eine quantitative Steigerung der Alkoholwirkung einsetzt, ist schwierig. Er soll fast immer auf Grund einer Hirnschädigung oder einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung, die eine Alkoholunverträglichkeit zur Folge haben, und in der Regel bei einer niedrigen BAK auftreten. Neue empirische Untersuchungen deuten darauf hin, dass er in der in der Literatur referierten Form nicht nur „äußerst selten“<sup>189</sup>, sondern möglicherweise überhaupt nicht vorkommt und dass es sich eher um eine recht unklare Sammelkategorie für Fälle handelt, in welchen schon andere psychopathologische Befunde die Annahme des § 20 StGB rechtfertigen.<sup>190</sup>

#### C.3.1.1.3 Blutalkoholkonzentration und Psychodiagnose

Bei der Beurteilung der Alkoholintoxikation und ihrer Auswirkungen auf die Schuldfähigkeit hat sich der BGH ursprünglich vorwiegend an dem Grad der Blutalkoholkonzentration (BAK) des Täters bei der Tat orientiert. Ab einer BAK von 2,0 Promille (bei Tötungsdelikten ab 2,2 Promille) wurde erheblich verminderte Schuldfähigkeit als naheliegend angenommen. Nur ausnahmsweise konnte bei einer Gesamtbewertung besonders aussagekräftiger psychopathologischer Kriterien die Annahme voller Schuldfähigkeit begründet werden.<sup>191</sup> Die Bedeutung der BAK wurde besonders auch deswegen so betont, weil nach nahezu einhelliger Rechtsprechung dem Leistungsverhalten für die

---

186 Kröber (2001, 342).

187 Vgl. Fischer (2004, § 20 Rn. 12) und Kröber (2001, 341).

188 BGH, NJW (1994, 2426 f.).

189 BGH, a.a.O.

190 Beck (2004, 98 f.); Fischer (2004, § 20 Rn. 18).

191 Theune(2003a, 194).

Beurteilung des Hemmungsvermögens ein nur geringer Beweiswert zuerkannt wurde. Planmäßiges, zielstrebiges und folgerichtiges Verhalten und ungetrübtes Erinnerungsvermögen sollten der Annahme einer erheblichen Verminderung ebenso wenig entgegenstehen, wie die Fähigkeit, klar und folgerichtig zu denken. Der 1. Strafsenat des BGH hat schließlich der BAK weniger und den psychodiagnostischen Indizien mehr Bedeutung für die Beurteilung der Schuldfähigkeit beigemessen. In neueren Entscheidungen wird der Beweiswert der BAK nunmehr generell so umschrieben, dass sie Aufschluss über die Stärke der alkoholischen Beeinflussung gebe und in diesem Sinne ein zwar nicht allein gültiges, aber immerhin gewichtiges Beweisanzeichen neben anderen für die Beurteilung alkoholbedingter Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit sei. Die Frage, welche psychodiagnostischen Kriterien für die Beurteilung der Schuldfähigkeit relevant sind und welches Gewicht sie haben, ist umstritten. Beurteilt werden soll die Person des Täters und sein Verhalten vor, bei und nach der Tat.<sup>192</sup> Bei einer BAK von 2,92 ‰ ist jedenfalls die Möglichkeit einer krankhaften seelischen Störung durch einen akuten Alkoholrausch zu erörtern<sup>193</sup>, bei einer BAK von 3,87 ‰ die Möglichkeit von Schuldunfähigkeit.<sup>194</sup> Bei jugendlichen und heranwachsenden Tätern können auch schon BAK-Werte unter 2 ‰ die Anwendung des § 21 StGB rechtfertigen.<sup>195</sup> Einen Rechts- oder Erfahrungssatz, wonach ab einer bestimmten Höhe der BAK regelmäßig vom Vorliegen des § 20 oder § 21 StGB auszugehen ist, gibt es nicht. Entscheidend ist vielmehr eine Gesamtschau aller wesentlichen objektiven und subjektiven Umstände aus der Persönlichkeitsstruktur des Täters, seinem Erscheinungsbild vor, während und nach der Tat und dem eigentlichen Tatgeschehen und seiner Alkoholgewöhnung.<sup>196</sup>

Der Tatrichter muss regelmäßig versuchen, die Tatzeit-BAK festzustellen. Er ist grundsätzlich auch dann – unter Umständen auf Grund von Schätzungen unter Berücksichtigung des Zweifelsatzes – verpflichtet, die maximale BAK des Angeklagten zu berechnen, wenn dessen Einlassung sowie gegebenenfalls die Bekundungen von Zeugen eine sichere Berechnungsgrundlage nicht ergeben. Hiervon kann nur für den Fall eine Ausnahme gemacht werden, dass sich die Angaben zum Alkoholkonsum sowohl zeitlich als auch mengenmäßig jedem Versuch einer Eingrenzung der in Betracht kommenden BAK entziehen. Lässt sich die BAK nicht errechnen, weil sich Trinkmengen und Trinkzeit

---

192 *Theune* (2003a, 196).

193 *Detter* (2005, 144).

194 *Detter* (2003, 472).

195 *Stern* (2005, 244) m.w.N.

196 *Detter* (2005, 144); vgl. auch *Beck* (2004, 99).

nicht eingrenzen lassen, kann die Beurteilung der Schuldfähigkeit allein nach psychodiagnostischen Kriterien erfolgen.<sup>197</sup> Der Tatrichter muss die Einlassung des Angeklagten zu seinem Alkoholkonsum vor der Tat, für deren Richtigkeit oder Unrichtigkeit es keine unmittelbaren Beweise gibt, allerdings nicht ohne weiteres als unwiderlegt hinnehmen. Vielmehr hat er sich im Rahmen freier Beweiswürdigung (§ 261 StPO) auf Grund der im konkreten Fall gegebenen Erkenntnismöglichkeiten eine Überzeugung davon zu verschaffen, ob der Angeklagte in solchem Umfang Alkohol zu sich genommen hat, dass eine erhebliche Verminderung oder Aufhebung seiner Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit in Betracht kommt. Dabei ist es ihm unbenommen, Trinkmengenangaben des Angeklagten als unglaublich einzustufen, wenn er dafür durch die Beweisaufnahme gewonnene Gründe hat, welche seine Auffassung argumentativ tragen. Einer nicht zeitnah gemessenen, vielmehr auf Grund von Trinkmengenangaben ermittelten BAK kommt gegenüber sonstigen Beweiszeichen ein geringerer Beweiswert zu.<sup>198</sup>

#### C.3.1.1.4 Milderung nach §§ 21, 49 Abs. 1 StGB

Der Tatrichter entscheidet über die fakultative Strafraumenverschiebung aufgrund einer Gesamtabwägung aller schuldrelevanten Gesichtspunkte. Nach der Rechtsprechung des BGH bis etwa 2003 war die Versagung der Strafraumenverschiebung unter folgenden Voraussetzungen<sup>199</sup> möglich:

1. Der Täter ist schon früher unter Alkoholeinfluss straffällig geworden und wusste deshalb oder hätte sich dessen bewusst sein können, dass er in einem solchen Zustand zu Straftaten neigt<sup>200</sup>, *und*
2. die Alkoholaufnahme konnte dem Angeklagten zum Vorwurf gemacht werden. Dies kam in der Regel dann nicht in Betracht, wenn der Täter alkoholkrank gewesen ist oder wenn der Alkohol den Täter zumindest weitgehend beherrscht hat, wenn also in der aktuellen Alkoholaufnahme kein schulderhöhender Umstand gesehen werden konnte.

---

197 Theune (2003a, 196).

198 Detter (2003, 472) m.w.N.; dass der anhand einer solchen Trinkmengenangabe errechnete BAK-Wert „die gleiche Qualität hat wie die scholastische Berechnung der Zahl der Engel, die auf einer Nadelspitze Platz finden“, meint Kröber (2001, 344).

199 Zit. nach Detter (2003, 472).

200 Allerdings durften dem vermindert schuldfähigen Täter solche Taten nicht schulderhöhend angerechnet werden, mit deren Begehung er auf Grund des Ausmaßes und der Intensität seiner bisher unter Alkoholeinwirkung begangenen Straftaten nicht rechnen konnte, vgl. Detter, (2003, 472).

Diese Rechtsprechung hat der 3. Strafsenat des BGH nicht mehr aufrechterhalten. Nach seiner Auffassung ist es ohne Belang, ob der Täter schon früher unter Alkohol (vergleichbare) Straftaten begangen hat. Beruht die erheblich verminderte Schuldfähigkeit auf zu verantwortender Trunkenheit, spricht dies auch ohne einschlägige Vorverurteilungen in der Regel gegen eine Verschiebung des Strafrahmens.<sup>201</sup> In Frage gestellt wird diese Rechtsauffassung wiederum durch den 5. Strafsenat. Seiner Meinung nach spricht in der Regel nur in Fällen, bei denen die erhebliche Verminderung der Schuldfähigkeit auf zu verantwortender Trunkenheit beruht, dies gegen eine Strafrahmenverschiebung, wenn sich auf Grund der persönlichen oder situativen Verhältnisse des Einzelfalls das Risiko der Begehung von Straftaten vorhersehbar signifikant infolge der Alkoholisierung erhöht hat. Ob dies der Fall ist, hat der Tatrichter in wertender Betrachtung zu bestimmen.<sup>202</sup>

Die Rechtsprechung des BGH im Zusammenhang mit der Strafrahmenmilderung bei Alkoholisierung ist offensichtlich von unterschiedlichen rechtspolitischen Vorgaben geprägt; mittlerweile ist sie „unübersichtlich und unberechenbar“ geworden.<sup>203</sup> Dass die Versagung der Strafrahmenmilderung nur möglich ist, wenn der Alkoholkonsum dem Täter (uneingeschränkt) zum Vorwurf gemacht werden kann, hat der Bundesgerichtshof allerdings wiederholt klargestellt; daran fehlt es jedoch regelmäßig, wenn der Täter alkoholkrank ist oder wenn der Alkohol ihn zumindest weitgehend beherrscht.<sup>204</sup>

Zusammenfassend sind folgende Kriterien bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit von ausschlaggebender Bedeutung:

1. Höhe der BAK (ggf. Auseinandersetzung mit den Trinkmengenangaben des Täters erforderlich),
2. Grad der Alkoholgewöhnung des Täters,
3. Persönlichkeitsstruktur und Erscheinungsbild des Täters vor, während und nach der Tat,
4. Alkoholbezogene Störungen (Vorwerfbarkeit der Alkoholaufnahme).

Im Folgenden wird untersucht, inwieweit die benannten Kriterien im strafgerichtlichen Alltag auch tatsächlich Berücksichtigung finden.

---

201 *Detter* (2005, 143 m.w.N.).

202 Urteil vom 17.08.2004 – 5 StR 93/04, zum Abdruck in BGHSt bestimmt; vgl. *Detter* (2005, 144) m.w.N.

203 *Stern* (2005, 243).

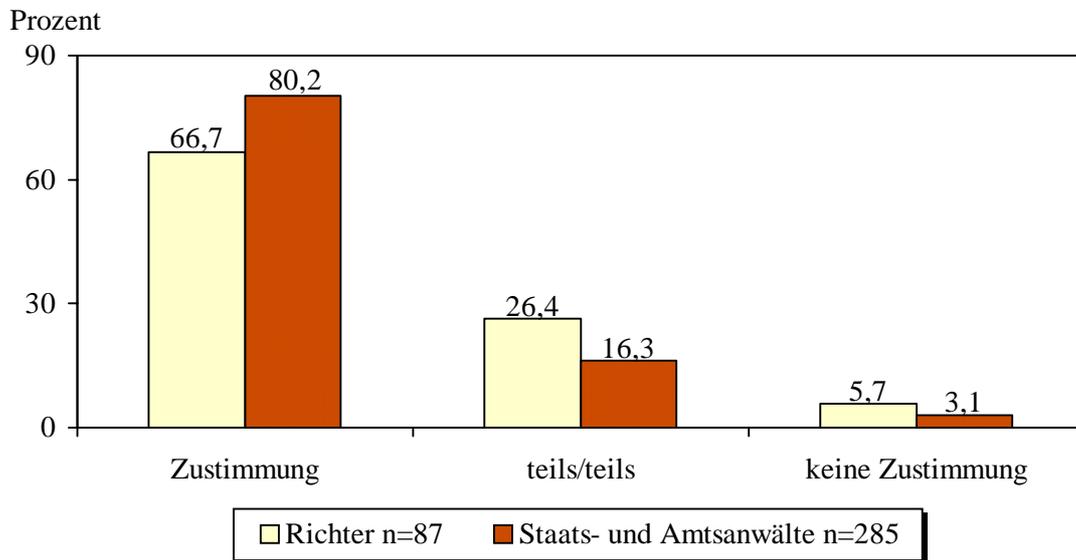
204 *BGH*, Blutalkohol 42 (2005, 48 f.) m.w.N.

### C.3.1.2 Empirische Ergebnisse

In Strafprozessen wird nach übereinstimmender Einschätzung der Teilnehmer der Expertenanhörung eine Alkoholisierung des Täters zum Tatzeitpunkt relativ häufig thematisiert, wobei es dabei ganz überwiegend allein um die Frage der Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) gehe. Angeklagte bzw. deren Verteidiger hofften in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit einer Strafmilderung gem. §§ 49 Abs. 1, 21 StGB. Eine mögliche Alkoholproblematik des Angeklagten werde in der Mehrzahl der Fälle einfacher und mittlerer Kriminalität unzureichend behandelt. Die Erforschung der Persönlichkeit des Täters nehme in der Regel nur bei Verbrechen, insbesondere bei Kapitaldelikten und Sexualstraftaten, einen breiten Raum in Ermittlungs- und Hauptverfahren ein. Bei vermeintlich einfach gelagerten Sachverhalten, die im Strafbefehlsweg, d.h. im schriftlichen Verfahren erledigt werden, spiele die Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol eine marginale Rolle. Im ungünstigsten Fall habe keiner der am Ermittlungs- und/oder Hauptverfahren Beteiligten jemals einen persönlichen Eindruck von dem Beschuldigten. Erschwerend komme hinzu, dass sich die Betroffenen – im Unterschied zu BtM-Abhängigen – häufig schämten, über Alkoholprobleme zu sprechen. Dies gelte in besonderem Maße für straffällig gewordene Frauen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Problematik sei auch angesichts der möglicherweise im Raum stehenden Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB zumeist nicht im Sinne der Verteidigung bzw. des Angeklagten mit der Folge, dass auf eine Alkoholabhängigkeit wohl eher selten hingewiesen werde.

Auf dieser Einschätzung basierend wurden auch die Vertreter der Strafrechtspraxis dazu befragt, ob sie der Aussage zustimmen, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol in der Hauptverhandlung überwiegend die Frage der Schuldfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) auf Grund der Alkoholisierung des Täters zum Tatzeitpunkt betrifft. Zwei Drittel der befragten Richter sowie 80 % der Staatsanwälte haben sich der genannten These angeschlossen, lediglich 6 % der Richter und nur 3 % der Staatsanwälte stimmten nicht zu, der Rest war unentschieden.

**Abb. 22: Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol betrifft überwiegend die Schuldfähigkeit des Täters auf Grund dessen Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt**



Damit wird die im Rahmen der Expertenanhörung vertretene Ansicht unterstützt, dass im Strafverfahren das Thema Alkoholabhängigkeit im Unterschied zur Alkoholisierung relativ selten Gegenstand der Auseinandersetzung mit dem Täter ist.

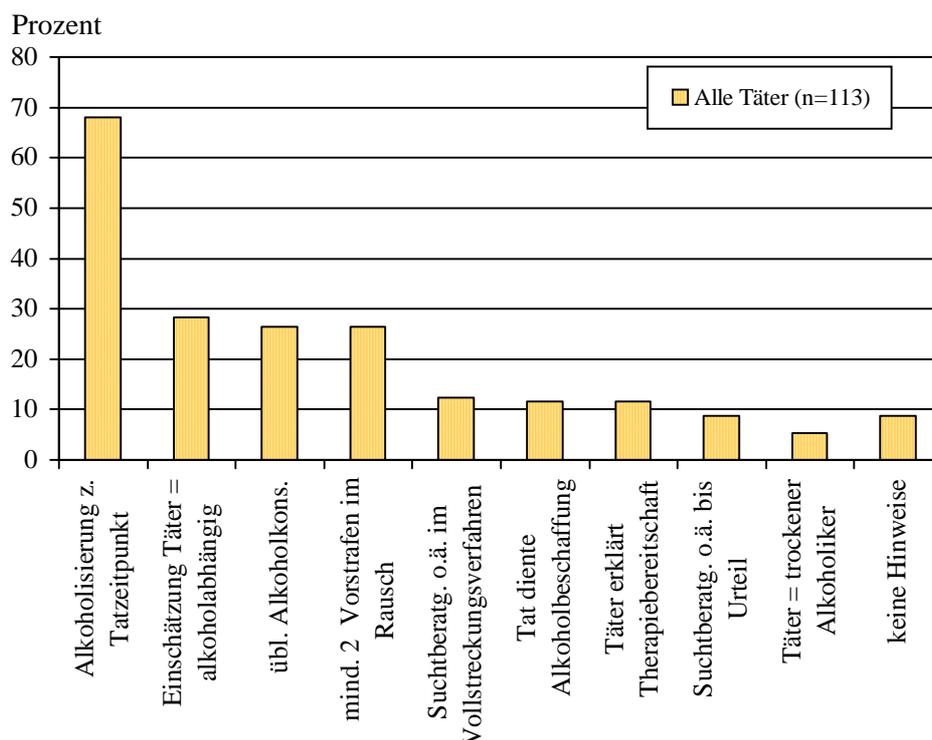
Auch die Mainzer Urteilsanalyse<sup>205</sup> bestätigte dieses Lagebild. Die Auswertung der Urteile ergab, dass sich Ausführungen zum Umgang des Täters mit Alkohol, die Anhaltspunkte für eine beim Täter vorliegende Alkoholproblematik aufweisen, lediglich bei 18 von insgesamt 273 Tätern fanden (6,6 %). 48 Personen (17,6 %) hatten laut Urteil vor der Tat Alkohol konsumiert; bei jedem vierten Täter aus dieser Gruppe (n=12) wurde § 21 StGB angewendet, da eine alkoholbedingte verminderte Schuldfähigkeit nicht auszuschließen sei. Als Hinweis auf eine beim Täter vorliegende Alkoholproblematik wurde dabei jede auf Alkohol bezogene Urteilsfeststellung, die über eine Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt hinausging, gewertet. Stand im Urteil z.B. „... der Täter, der hin und wieder einen über den Durst trinkt...“ oder „... auch am Tattag hatte der Täter bereits am Nachmittag 2 Flaschen Bier getrunken...“, so wurde dies als Hinweis auf eine bestehende Alkoholproblematik erfasst. Ob tatsächlich eine

<sup>205</sup> Im Mittelpunkt dieser Untersuchung stand die Frage, in wie vielen Verurteilungen (insbesondere bei Aggressions- und Straßenverkehrsdelikten) eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verhängt und eine Aussetzung zur Bewährung abgelehnt wurde, weil wegen der Alkoholabhängigkeit eine positive Sozialprognose nicht möglich war.

Erkrankung im Sinne der ICD 10 beim Täter vorlag, konnte und sollte an dieser Stelle nicht näher geprüft werden. Als Ergebnis der Mainzer Urteilsanalyse bleibt festzuhalten, dass bei Tätern, die zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe von bis zu zwei Jahren verurteilt werden, in etwa einem von 15 Fällen nach den Ausführungen in den Urteilsgründen erste Hinweise auf eine Alkoholproblematik gefunden werden konnten.

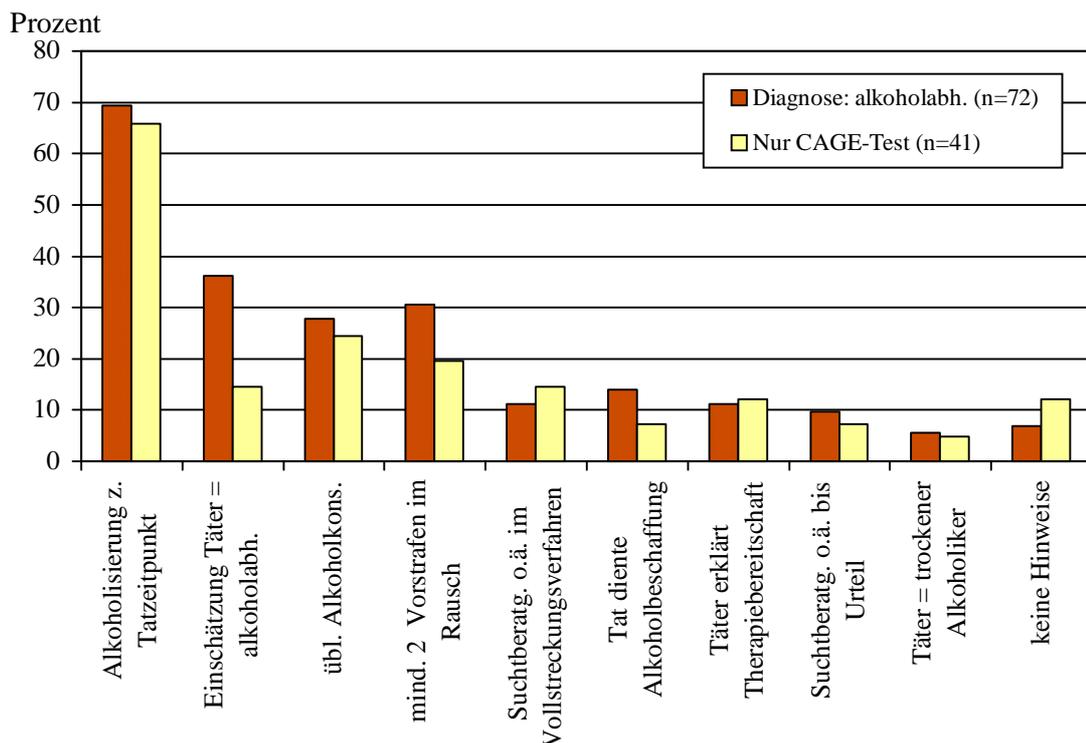
Bei der Analyse der Verfahrensakten der mutmaßlich alkoholabhängigen Strafgefangenen bestätigte sich der Eindruck, dass alkoholbezogene Störungen des Angeklagten in vielen Fällen unzureichend behandelt, d.h. häufig nicht thematisiert und daher auch nicht erkannt werden. Im Rahmen der Aktenanalyse wurden sämtliche Hinweise, die sich in den Strafakten bzw. den Bewährungs- und Vollstreckungsheften der untersuchten 113 Täter fanden und die thematisch einen Bezug zum Thema Alkohol aufwiesen, festgehalten und (zu einem späteren Zeitpunkt) kategorisiert. Ferner wurde bei jedem dieser Hinweise zugleich notiert, von wem der Hinweis stammt und zu welchem Zeitpunkt des Verfahrens er in der Akte auftaucht. Auf diese Weise konnte beispielsweise nicht nur analysiert werden, bei wie vielen Tätern die Einschätzung, dass eine Alkoholhängigkeit vorliegen könne, aufgetaucht ist, sondern auch, ob dies schon im Ermittlungsverfahren, im Hauptverfahren oder aber erst im Vollstreckungsverfahren (z.B. durch die Bewährungshilfe) erfolgte. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht, welche Hinweise bei der Aktenanalyse am häufigsten gefunden wurden.

**Abb. 23: Hinweise auf alkoholbezogene Störungen  
Aktenanalyse (n=113)**



Es zeigt sich, dass die Frage, ob der Täter zum Tatzeitpunkt alkoholisiert gewesen ist, in annähernd 70 % der Verfahren eine Rolle gespielt hat.<sup>206</sup> Dagegen wurden lediglich 32 von 113 Tätern zu irgendeinem Zeitpunkt dem Akteninhalt nach (durch sich selbst oder Dritte) als alkoholabhängig eingeschätzt. Diese Quote von ca. 28 % erhöht sich auf ca. 36 %, wenn man allein jene 72 Täter herausgreift, bei denen der Anstaltsarzt im Rahmen der JVA-Erhebung eine Alkoholabhängigkeit als mit hoher Wahrscheinlichkeit gegeben angenommen hat (vgl. Abb. 24) Sie verringert sich auf ca. 14 % bei den Tätern, die allein aufgrund ihrer Selbstbeurteilungsangaben (CAGE-Test) Anlass zur Vermutung gaben, dass bei ihnen eine Alkoholproblematik vorliegen könnte.<sup>207</sup>

**Abb. 24: Vergleich der Hinweise bei Tätern mit / ohne ärztliche Diagnose „Alkoholabhängigkeit“**



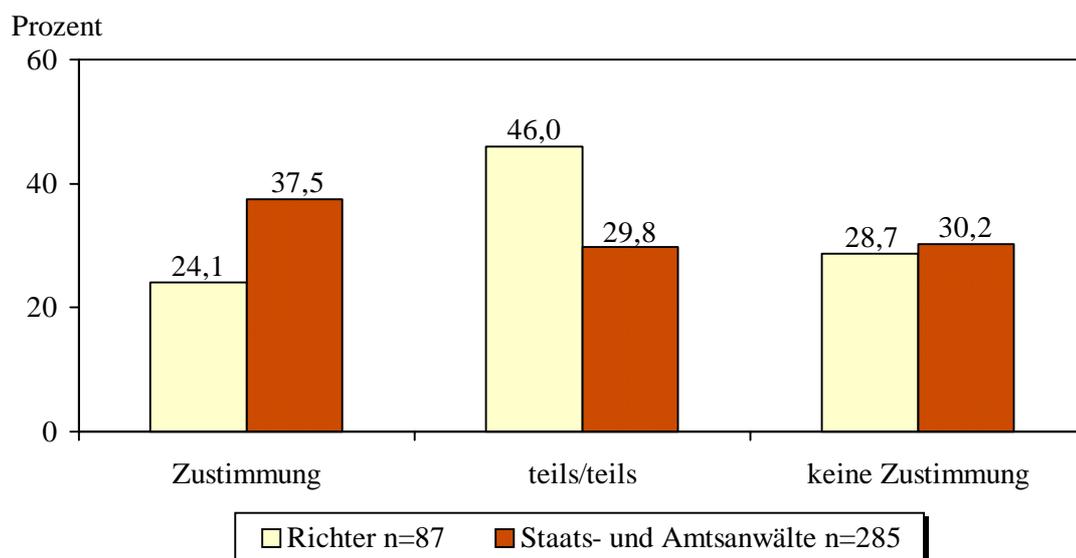
Insgesamt bedeutet dies, dass bei ca. zwei von drei Tätern, die nach den Ergebnissen der JVA-Erhebung mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig

<sup>206</sup> In den allermeisten Fällen tauchten entsprechende Hinweise bereits im Ermittlungsverfahren oder spätestens während der Hauptverhandlung auf.

<sup>207</sup> Zur Auswahl der in die Analyse einbezogenen Gefangenen siehe Ausführungen in B.2.4.1.

sind, im Laufe des gesamten Strafverfahrens, das zur Verurteilung und schließlich zur Inhaftierung führte, niemand – einschließlich der Täter – den Umstand vorgebracht hat, dass es sich bei dem Angeklagten um einen Alkoholabhängigen handelt. Dabei ist auch noch zu beachten, dass in 9 von jenen 32 Fällen, in denen diese Zuschreibung stattgefunden hat, dies erst nach der Urteilsverkündung, also im Laufe des Vollstreckungsverfahrens erfolgt ist, z.B. durch die Bewährungshilfe. Nur bei 23 von 113 mutmaßlich alkoholabhängigen Tätern kam es vor Abschluss des Hauptverfahrens zu der Einschätzung, dass der Täter alkoholabhängig sei (20,4 %), wobei dies in 10 Fällen allein von dem Angeklagten selbst zum Ausdruck gebracht wurde. Dass eine Erörterung der Alkoholproblematik angesichts der im Raum stehenden Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB von der Verteidigung bzw. dem Angeklagten eher vermieden wird (so einige Teilnehmer bei der Expertenanhörung) scheint daher in nicht wenigen Fällen widerlegt. Auch im Rahmen der schriftlichen Befragung hat sich die Einschätzung, das Thema werde vom Täter gemieden, eher nicht bestätigt. Zu diesem Punkt zeigten sowohl Richter als auch Staatsanwälte ein hohes Maß an Unschlüssigkeit. Insbesondere war der Anteil derjenigen, die bei diesem Item „teils/teils“ ankreuzten, besonders hoch (vgl. Abb. 25).

**Abb. 25: Angesichts § 64 StGB vermeiden Angeklagte und Verteidigung die Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik**



Sowohl die schriftliche Befragung der Juristen als auch die durchgeführte Aktenanalyse weisen darauf hin, dass es – zumindest in vielen Fällen – nicht an der fehlenden Mitwirkungsbereitschaft der Täter liegt, wenn eine Auseinandersetzung mit dessen Alkoholabhängigkeit während des gerichtlichen Verfahrens nicht stattfindet.

Als Zwischenergebnis der Aktenanalyse bleibt festzuhalten: bei vier von fünf Tätern mit einer – sehr wahrscheinlichen – Alkoholabhängigkeit kommt bis zum Urteil (jedenfalls nach Aktenlage) niemand auf die Idee, der Täter könne alkoholabhängig sein. In etwa der Hälfte der verbleibenden Fälle, in denen diese „Diagnose“ bis zum Ende der Hauptverhandlung gestellt wird, geschieht dies allein durch den Täter.

Welche sonstigen Hinweise auf eine beim Täter vorliegende Alkoholproblematik konnten in den Verfahrensakten gefunden werden? Fragen und Angaben zum üblichen Alkoholkonsum des Täters (im Unterschied zum Konsum zum Tatzeitpunkt) spielten nur in etwa jedem vierten Verfahren eine Rolle. Die Aktenanalyse ergab weiter, dass in insgesamt 13 Fällen (11,5 %) die Bezugstat direkt oder indirekt der Alkoholbeschaffung diente. Zumeist hatte der Täter (hochprozentige) alkoholische Getränke gestohlen oder aber wollte sonstiges Diebesgut verkaufen, um den Erlös in Alkohol umzusetzen (s. Abb. 23). Beschaffungskriminalität spielt daher auch bei alkoholabhängigen Straftätern keine völlig untergeordnete Rolle, wenn sie auch nicht in dem Umfang von Bedeutung ist, den sie bei Drogenabhängigen einnimmt. Auch hier zeigt Abb. 24 deutlich, dass die Quote bei den Tätern mit ärztlicher festgestellter Diagnose zwar größer ist (13,9 %), dass aber auch bei jenen Verurteilten, bei denen nur die Selbstbeurteilungsangaben den Verdacht einer Alkoholabhängigkeit begründeten, Fälle von Beschaffungskriminalität zu finden sind (7,3 %). Was die strafrechtliche Vorgeschichte von alkoholabhängigen Tätern anbelangt, so ergab die Aktenanalyse, dass bei mehr als jedem vierten Täter (26,5 %) zwei oder mehr Vorstrafen vorlagen, die auf ein im Rauschzustand begangenes Delikt zurückgehen, insbesondere Trunkenheit im Verkehr. In wie vielen dieser Fälle der Rausch nicht auf Alkohol, sondern auf andere berauschende Stoffe zurückzuführen war, konnte nicht geklärt werden, da dies den untersuchten Akten, insbesondere den Auszügen des BZR, nicht zu entnehmen war. Es dürfte sich jedoch in der ganz überwiegenden Mehrheit der Fälle um Straftaten unter Alkoholeinfluss handeln. Hinzu kommen weitere 14 Täter (12,4 %), die immerhin eine alkoholassoziierte Vorstrafe aufwiesen, und die häufig darüber hinaus ein weiteres Delikt unter Alkoholeinfluss begangen hatten, das in die Bezugsentscheidung einging oder aber noch nicht rechtskräftig entschieden war. Das heißt, bei insgesamt 44 Tätern (38,9 %) lag aufgrund der

dokumentierten strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters der Verdacht auf eine ausgeprägte Alkoholproblematik nahe. Dass die gesamte Verfahrensakte einschließlich Bewährungs- und/oder Vollstreckungsheft – soweit vorhanden – überhaupt keinen Hinweis auf Alkoholisierung/Alkoholproblematik des Täters enthielt, kam in zehn Fällen vor (8,9 %), in weiteren 8 Fällen enthielten die untersuchten Akten lediglich Anhaltspunkte dafür, dass der Täter die Tat unter dem Einfluss von Alkohol begangen hatte, oder es ergaben sich erst im Vollstreckungsverfahren weitere darüber hinausgehende Hinweise. Das bedeutet umgekehrt: In 95 der 113 Verfahren gab es nach Lage der Akten bereits zum Urteilszeitpunkt mindestens einen – über die Alkoholisierung hinausgehenden – Hinweis auf ein Alkoholproblem des Täters (84 %).

### C.3.2 Begutachtung durch Sachverständige

In Bezug auf die Frage, in welcher Weise Alkoholkonsum und/oder alkoholbezogene Störungen auf den Täter zum Tatzeitpunkt eingewirkt und damit zu der Straftat beigetragen haben, können die Gerichte Sachverständigengutachten einholen, um herauszufinden, wie die Schuldfähigkeit des Täters einzuschätzen ist (oder ob die Anknüpfungstatsachen für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erfüllt sind).

Die Frage, ob eine Beeinträchtigung i.S.v. § 21 StGB „erheblich“ ist, ist allerdings eine Rechtsfrage, die der Richter ohne Bindung an Äußerungen von Sachverständigen ausschließlich in eigener Verantwortung beantworten muss.<sup>208</sup> Der gerichtlich bestellte Sachverständige hat dem Richter für die Prüfung der Tatsachenfrage, ob eine krankhafte seelische Störung des Angeklagten zur Tatzeit vorgelegen hat, nur die von ihm ermittelten Befundtatsachen mitzuteilen und soll ihm Sachkunde vermitteln.<sup>209</sup> Der Sachverständige hat dabei in eigener Verantwortung über die Heranziehung von Unterlagen und den Umfang seiner Erhebungen zu entscheiden.<sup>210</sup>

Bei allen Delikten, bei denen der Tatbestand selbst nicht in der Alkoholisierung besteht, ist es schwierig, die Frage zu klären, welche Bedeutung der rein pharmakologischen Alkoholwirkung zukommt. Wie groß ist dieser Umstand im Vergleich mit der Bedeutung von Situationen und Umgebungen (Schützenfest vs. Gottesdienst)?<sup>211</sup> Hierbei fließen normative Gesichtspunkte ein. Entscheidend sind die Anforderungen, welche die Rechtsordnung an jedermann,

---

208 *BGH*, NJW 2004, 3051 ff.

209 *BGH*, a.a.O.

210 *Theune* (2003a, 193) m.w.N.

211 Vgl. *Kröber* (2001, 343).

auch an einen berauschten Täter, stellt. Diese sind um so höher, je schwerwiegender das in Rede stehende Delikt ist.<sup>212</sup>

Wird ein (psychiatrischer) Sachverständiger vom Gericht (oder der Staatsanwaltschaft) mit der alkoholbezogenen Begutachtung eines Täters beauftragt, so hat er in einem ersten Schritt eine psychiatrische Diagnose abzugeben und daraufhin zu erörtern, ob diese einem der in § 20 StGB genannten Rechtsbegriffe entspricht.<sup>213</sup> Dies führt ihn zu folgenden Fragen:

1. Lag zum Tatzeitpunkt eine zumindest mittelgradige Berauschung<sup>214</sup> vor?
2. Lag zum Tatzeitpunkt ggf. ein akutes Entzugssyndrom oder gar ein Delir vor?
3. Besteht ein Abhängigkeitssyndrom, und wenn ja, in welchem Schweregrad im Hinblick auf biologische, psychische und soziale Parameter?

Falls nach dem ersten Schritt im Ergebnis eine der in § 20 StGB genannten Eingangsvoraussetzungen vorliegt, ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob der für den Tatzeitpunkt festgestellte Zustand zu einer erheblichen Beeinträchtigung oder Aufhebung der „Einsichtsfähigkeit“ oder der „Steuerungsfähigkeit“ (auch „Hemmungsvermögen“ genannt) geführt hat. Zumeist steht die Fähigkeit des Täters zum einsichtsgemäßen Handeln, also die Steuerungsfähigkeit in Frage, da auch stark Betrunkene in der Regel wissen, dass es z.B. verboten ist, andere Menschen zu verprügeln oder unter Alkoholeinfluss Auto zu fahren.<sup>215</sup>

Stellt der Sachverständige fest, dass beim Täter eine massive Berauschung vorgelegen hat (ein Indiz dafür wäre bei einem nicht Alkoholabhängigen eine BAK über 3 ‰), wird die Schuldfähigkeit üblicherweise für aufgehoben gehalten; es kommt aber eine Verurteilung wegen Vollrauschs in Betracht. Schwere Rauschzustände „äußern sich in starken Minderungen des kognitiven und intellektuellen Leistungsvermögens, sodass es zu Situationsverkennungen und anderen Orientierungsstörungen kommt. Das Basisrepertoire an psychischen Leistungen, das zu einer Situationsbewältigung eingesetzt werden muss,

---

212 *Detter* (2005, 143).

213 Zur psychiatrischen Begutachtung ausführlich *Kröber* (2001, 342 ff.); auch Rechtsmediziner sind dazu befähigt, zu Fragen der Psychopathologie und der Steuerungsfähigkeit vor allem akuter Alkoholisierung (bzw. akuten Drogeneinflusses) Stellung zu nehmen und Straftäter diesbezüglich zu begutachten, vgl. *Beck* (2004, 96).

214 Zu den Kennzeichen siehe *Beck* (2004, 97).

215 *Kröber* (2001, 342).

steht nicht mehr zur Verfügung. (...) Die Straftaten bieten oft eher das Bild eines Unfalls.“<sup>216</sup>

Psychiatrische Beurteilungsprobleme ergeben sich vor allem beim mittelgradigen Rausch, der, anders als der schwere Rausch, nicht durch eindeutige Ausfallerscheinungen gekennzeichnet ist. „Der mittelgradig Berauschte ist nie symptomlos, aber man muss gegebenenfalls schon etwas genauer hinsehen, oder im Nachhinein in der Zeugenbefragung die Symptomatik besonders umsichtig rekonstruieren“.<sup>217</sup>

Die vorgenannten Ausführungen zeigen, dass es – auch für den psychiatrischen Sachverständigen – im Einzelfall recht schwierig sein kann, die Beeinflussung der Schuldfähigkeit durch Alkoholkonsum und/oder eine Abhängigkeitserkrankung zu bewerten. Im Folgenden wird der Frage nachzugehen sein, wie häufig und in welchen Fällen die Strafgerichte die Möglichkeit nutzen, zu dieser Problematik ein sachverständiges Gutachten einzuholen.

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde die Tatschwere von vielen Teilnehmern als die maßgebliche Variable benannt, die über die Intensität der Auseinandersetzung der Gerichte mit der Alkoholproblematik des Täters als Teil seiner persönlichen Entwicklung entscheidet, insbesondere im Hinblick auf eine psychiatrische Begutachtung. Zumeist spiele die Auseinandersetzung mit einer möglichen Alkoholabhängigkeit erst im Strafvollstreckungsverfahren eine ganz entscheidende Rolle, so die Meinung einiger Experten. Werde in einem Prognosegutachten beispielsweise über einen Gewaltstraftäter eine Alkoholabhängigkeit angenommen, so bedeute dies in der Regel, dass die Strafvollstreckungskammer den Inhaftierten (noch) nicht entlasse, selbst wenn der Betreffende therapiewillig sei und bereits eine Therapieplatzzusage habe. Damit korrespondierend wurden auch die Vertreter der Strafrechtspraxis dazu befragt, ob sie der Behauptung zustimmen, dass eine sachverständige Begutachtung zum Thema Alkoholabhängigkeit unabhängig von der Schwere des Tatvorwurfs stattfindet. Etwa jeder vierte Richter und nicht ganz jeder fünfte Staatsanwalt stimmte dem zu, während jeweils eine deutliche Mehrheit dies ablehnte (vgl. Abb. 26).

Dieser Befund spricht dafür, dass Gerichte sich mit der Täterpersönlichkeit wohl nur in Fällen schwerer Kriminalität hinreichend beschäftigen. Damit korrespondieren auch die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zur Einschätzung, dass sich die Gerichte mit Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung intensiver der Erforschung der Täterpersönlichkeit widmen müssten, wenn eine Alkoholabhängigkeit des Täters in Betracht

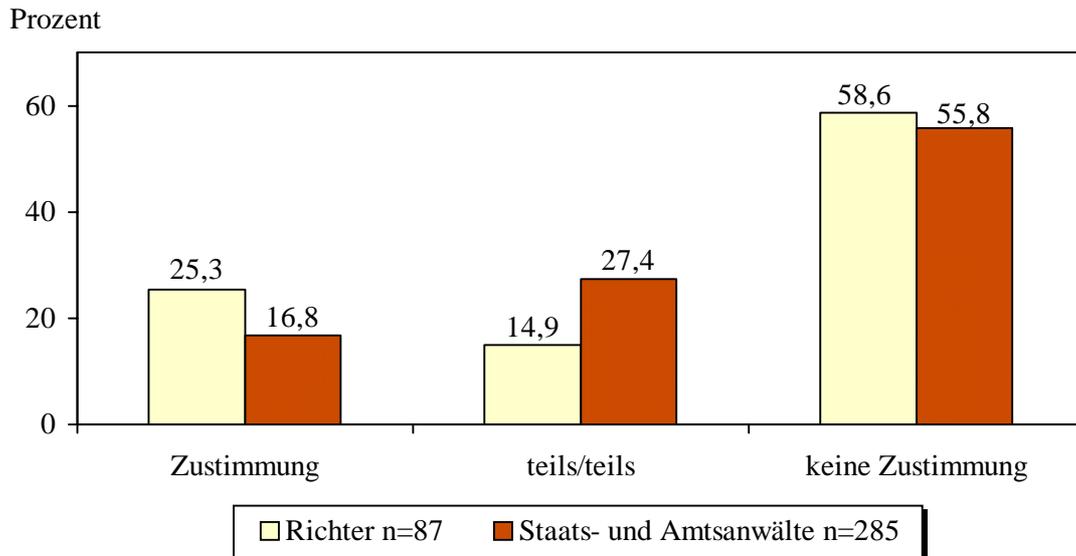
---

216 Kröber (2001, 343).

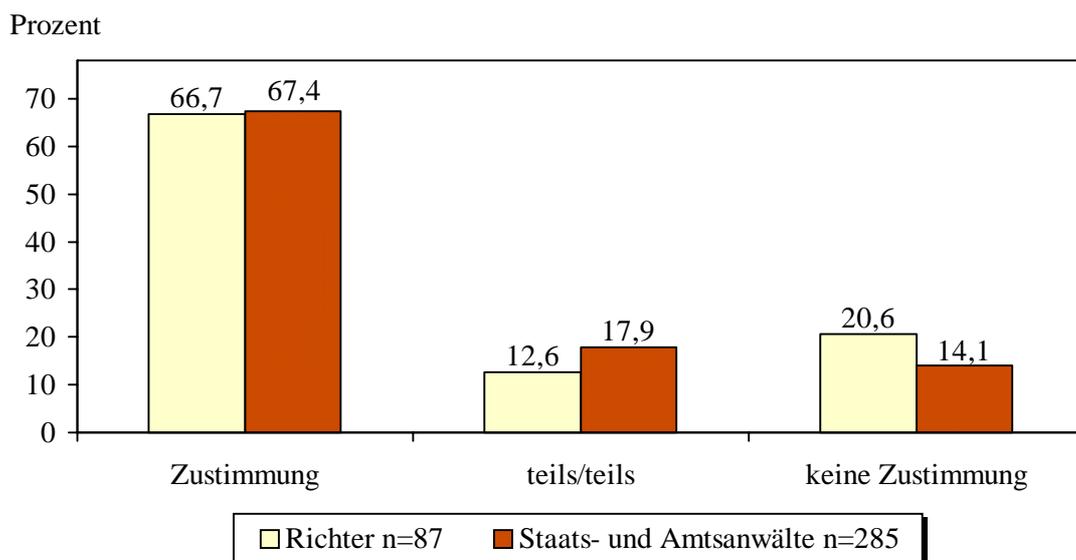
217 Kröber (2001, 344).

kommt. Dem stimmten zwei Drittel der Richter und Staatsanwälte zu (vgl. Abb. 27).

**Abb. 26: Sachverständige Begutachtung der Alkoholabhängigkeit ist von der Tatschwere unabhängig**

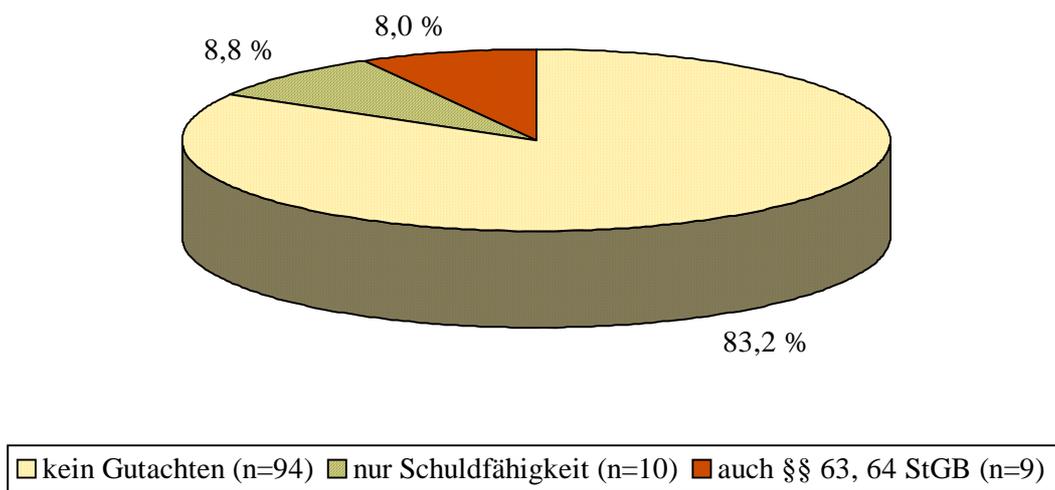


**Abb. 27: Therapieregung für alkoholabhängige Täter würde eine intensivere Erforschung der Täterpersönlichkeit vor Gericht erfordern**



Dass alkoholabhängige Straftäter im Verfahren eher ausnahmsweise begutachtet werden, hat auch die Aktenanalyse der 113 – wahrscheinlich – alkoholabhängigen Strafgefangenen bestätigt. Lediglich in 19 Verfahren wurde der Täter (während des Ermittlungs- oder Erkenntnisverfahrens) begutachtet (ca. 17 %), wobei sich der Gutachtenauftrag in fast jedem zweiten Fall auch auf die Prüfung der Anknüpfungstatsachen für die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB sowie der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB erstreckte. In den anderen (10) Fällen sollte allein die Frage der Schuldfähigkeit geprüft werden (s. Abb. 28), meist durch rechtsmedizinische Sachverständige.

**Abb. 28: Sachverständige Begutachtung der 113 mutmaßlich alkoholabhängigen Täter bis zum Urteilszeitpunkt**



Das bedeutet, dass lediglich in jedem sechsten Verfahren durch einen Gutachter untersucht wurde, ob beim Täter eine Alkoholabhängigkeit oder ein Hang, alkoholische Getränke im Übermaß zu konsumieren, gegeben ist. In fünf von sechs Fällen hat das Gericht zu dieser Problematik entweder überhaupt nicht Stellung bezogen oder aber Feststellungen hierzu ohne die Einholung eines sachverständigen Gutachtens getroffen.

Bei den 19 begutachteten Tätern wurden folgende psychische Störungen festgestellt: Als primäre Störung wurde in 5 Fällen eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert, einmal eine Betäubungsmittel-, einmal eine Medikamenten- und in einem weiteren Fall eine Mehrfachabhängigkeit, in 2 Fällen eine Persönlichkeitsstörung und in weiteren 2 Fällen Depressionen. Als sekundäre Stö-

rung wurde bei einem Täter eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert, bei einem anderen Täter ein Alkoholmissbrauchssyndrom und bei einem weiteren eine alkoholbedingte hirnorganische Störung. Ein Täter litt unter einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. In 6 Fällen wurde keine psychische Störung angenommen (wobei in 5 Fällen ein Rechtsmediziner, also kein Psychiater beauftragt worden war, und dieser auch „nur“ die Frage der Schuldfähigkeit zu prüfen hatte!). In einem Fall ging das Ergebnis des Sachverständigen aus der Akte nicht hervor. Die Sachverständigen kamen bei 6 Tätern zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen des § 64 StGB vorliegen (in keinem Fall wurde die Maßregel nach § 63 StGB empfohlen).<sup>218</sup> In 3 weiteren Fällen hielten sie die Durchführung einer stationären Alkoholtherapie und in 2 Fällen eine mehrmonatige Drogentherapie (gem. §§ 35 ff. BtMG) für angezeigt.

Dass ein Gutachten generell wohl nur ausnahmsweise in Fällen leichter oder mittelschwerer Kriminalität eingeholt wird, hat die Aktenanalyse bestätigt. Die 19 begutachteten Täter standen ganz überwiegend wegen schwerer Gewaltkriminalität vor Gericht. Sie wurden durchschnittlich zu einer 54-monatigen Freiheits- (in 14 Fällen) oder Jugendstrafe (in 5 Fällen) verurteilt; der Median lag bei 42 Monaten. Im Vergleich hierzu lag der Mittelwert bei allen 113 Tätern bei ca. 20 Monaten, der Median bei 14 Monaten. Der Zusammenhang zwischen Tatschwere und der Einholung eines Sachverständigengutachtens hat sich bei der statistischen Auswertung als hochsignifikant erwiesen.<sup>219</sup> Von den 15 Tätern mit dem höchsten Strafmaß (36 Monate oder mehr) wurden 11 durch einen Sachverständigen begutachtet.

Dass die Gerichte nach diesen Ergebnissen insgesamt relativ selten Begutachtungen bezüglich einer Alkoholproblematik in Auftrag geben, könnte auch ein Indiz dafür sein, dass sie der Frage des Zusammenhangs zwischen Alkoholabhängigkeit (sofern diese festgestellt wird) und der abgeurteilten Tat nur selten Bedeutung beimessen.<sup>220</sup>

### C.3.3 Strafaussetzung und Widerruf

Bevor nun die empirischen Befunde zu der Frage dargestellt werden, welchen Einfluss das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit auf die faktische Chance

---

218 Die Gerichte trafen die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt bei insgesamt 7 Tätern.

219  $p < 0,01$  (0,646 nach Pearson).

220 Nach *Duncker* (2004, 35) ist diese Schlussfolgerung jedenfalls naheliegend; siehe auch C.3.5.2 und C.4.2.

der Täter hat, dass die Vollstreckung einer Strafe bzw. eines Strafrestes zur Bewährung ausgesetzt wird, soll zunächst die Rechtslage erläutert werden.

### C.3.3.1 Rechtslage

Auch im Zusammenhang mit der Strafaussetzung zur Bewährung ist eine Rauschmittelabhängigkeit von Bedeutung. Die Voraussetzungen der Aussetzung der Vollstreckung sind in § 56 Abs. 1 und 2 StGB je nach der Höhe der erkannten Strafe unterschiedlich geregelt. Einheitlich wird jedoch eine günstige Sozialprognose verlangt. Sie kann bejaht werden, wenn die Wahrscheinlichkeit künftig straffreien Verhaltens größer ist als diejenige neuer Straftaten.<sup>221</sup> Die Prognose muss sich namentlich auf die Persönlichkeit des Verurteilten beziehen. Ob dem Täter die negativen Faktoren seiner Prognose vorzuwerfen sind, ist ohne Bedeutung. Die Prognose kann auch auf krankhafter Grundlage oder Persönlichkeitsdefiziten beruhen. Dass der Rückfall bei rauschmittelabhängigen Tätern eine nahe liegende Möglichkeit ist, steht einer Aussetzung nicht von vornherein entgegen; daher ist bei abhängigen Tätern Drogenfreiheit nicht Voraussetzung einer Strafaussetzung.<sup>222</sup> Andererseits kann die Annahme einer günstigen Prognose bei BtM- sowie Alkoholabhängigkeit des Täters nicht schon auf vage Therapiebemühungen oder eine in der Hauptverhandlung bekundete Therapiebereitschaft gestützt werden.<sup>223</sup>

Auch die Aussetzung der Vollstreckung einer Reststrafe ist nur dann anzuordnen, wenn dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann (§ 57 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 StGB). So kann bei einem Strafgefangenen, der bereits fünf Mal wegen unter Alkoholeinfluss begangener Verkehrsdelikte verurteilt wurde und zudem bewährungsbrüchig geworden ist, eine Reststrafenaussetzung nur unter der Voraussetzung verantwortet werden, dass die Ursachen, die zu den Straftaten geführt haben, soweit behoben worden sind, dass die Rückfallgefahr nur noch sehr gering ist.<sup>224</sup> Hat die Strafvollstreckungskammer, die für Fragen der bedingten Entlassung gem. § 57 StGB zuständig ist, Zweifel hinsichtlich der Prognose, muss ein Sachverständigengutachten eingeholt werden.

Durch Beschluss der Strafvollstreckungskammer vom 15.01.1999 wurde die Aussetzung der Vollstreckung der Restfreiheitsstrafe zur Bewährung aus dem Urteil des Landgerichts Karlsruhe vom 20.08.1996, durch das der Verurteilte

---

221 *Fischer* (2004, § 56 Rn. 4a).

222 *Fischer* (2004, § 56 Rn. 5) m.w.N.

223 *Fischer*, a.a.O.

224 Vgl. *KG Berlin*, Blutalkohol 38 (2001, 61 f.).

wegen Vergewaltigung in Tateinheit mit sexueller Nötigung und gefährlicher Körperverletzung zu der Freiheitsstrafe von vier Jahren verurteilt wurde, nach Verbüßung von zwei Drittel der Strafe abgelehnt. Hiergegen richtet sich die form- und fristgerecht eingelegte sofortige Beschwerde des Verurteilten, die vorläufig Erfolg hat. Die Begründung der Strafvollstreckungskammer – dem Verurteilten könne keine positive Prognose gestellt werden, solange er sich nicht ernsthaft um die Bewältigung seiner Alkoholproblematik, insbesondere die Absolvierung einer stationären Alkoholtherapie bemühe – vermag ohne die Einholung eines Sachverständigengutachtens nach § 454 Abs. 2 Nr. 2 StPO die Versagung der bedingten Entlassung nicht zu rechtfertigen. Da die Strafvollstreckungskammer durch ihre Auffassung zu erkennen gibt, dass sie eine bedingte Entlassung unter bestimmten Auflagen bzw. Weisungen – im vorliegenden Fall die Absolvierung einer stationären Alkoholtherapie – erwägt, ist sie verpflichtet, ein Sachverständigengutachten nach § 454 Abs. 2 Nr. 2 StPO einzuholen. In einem solchen Gutachten wird der Sachverständige nicht nur seine kriminalprognostische Einschätzung zu der Frage darzulegen haben, ob überhaupt, sondern auch – falls erforderlich – unter welchen Bedingungen eine bedingte Entlassung verantwortet werden kann.<sup>225</sup>

### C.3.3.2 Empirische Befunde

Im Rahmen der Expertenanhörung äußerte eine Staatsanwältin, dass eine Alkoholproblematik ebenso wie die Bereitschaft des Täters, sich einer Therapie zu unterziehen, bei der Frage der Strafaussetzung zur Bewährung nur eine untergeordnete Rolle spiele. Nach Geldstrafen folgten Freiheitsstrafen mit Bewährung, unabhängig davon, ob Behandlungsmaßnahmen angezeigt wären oder sogar bereits eingeleitet wurden. Eine Richterin meinte hierzu, dass alkoholabhängige Straftäter seltener als andere eine Bewährungschance erhielten, da die Kriminal- und Sozialprognose durch die Sucht negativ beeinflusst werde. Aus diesem Grund würden die Betroffenen ihre Alkoholprobleme in der Gerichtsverhandlung lieber verschweigen und oft erst im Laufe der Bewährungszeit gegenüber dem Bewährungshelfer offen legen.

Bezüglich der Frage, in wie vielen Verurteilungen (insbesondere bei Aggressions- und Straßenverkehrsdelikten) eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verhängt und eine Aussetzung zur Bewährung abgelehnt wird, weil wegen der Alkoholabhängigkeit eine positive Sozialprognose nicht möglich war, hat die KrimZ die Mainzer Urteilsanalyse durchgeführt. Grundlage der Untersuchung waren die Urteile aus den Strafverfahren, die im Jahr 1998 bei der Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht Mainz anhängig wurden und die mit

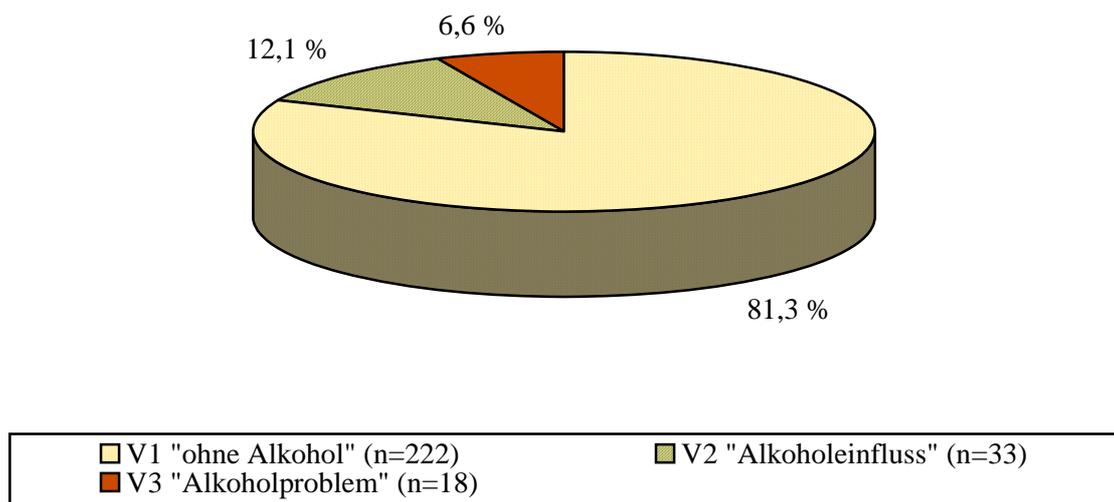
---

<sup>225</sup> OLG Karlsruhe, Strafverteidiger (1999, 384).

einer Verurteilung zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe von bis zu zwei Jahren rechtskräftig endeten. Zur Überprüfung der Hypothese, dass ein Alkoholkonsum des Täters vor der Tat und insbesondere das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit die Chance einer Strafaussetzung zur Bewährung verringert, wurden die insgesamt 273 Täter zum Vergleich in 3 Gruppen eingeteilt:

- Täter ohne Alkoholisierung/Alkoholproblem zum Tatzeitpunkt (V1),
- Täter, die bei Begehung der Tat „nur“ unter Alkoholeinfluss standen (V2), und
- Täter, bei denen Anzeichen für eine Alkoholproblematik vorlagen (V3).<sup>226</sup>

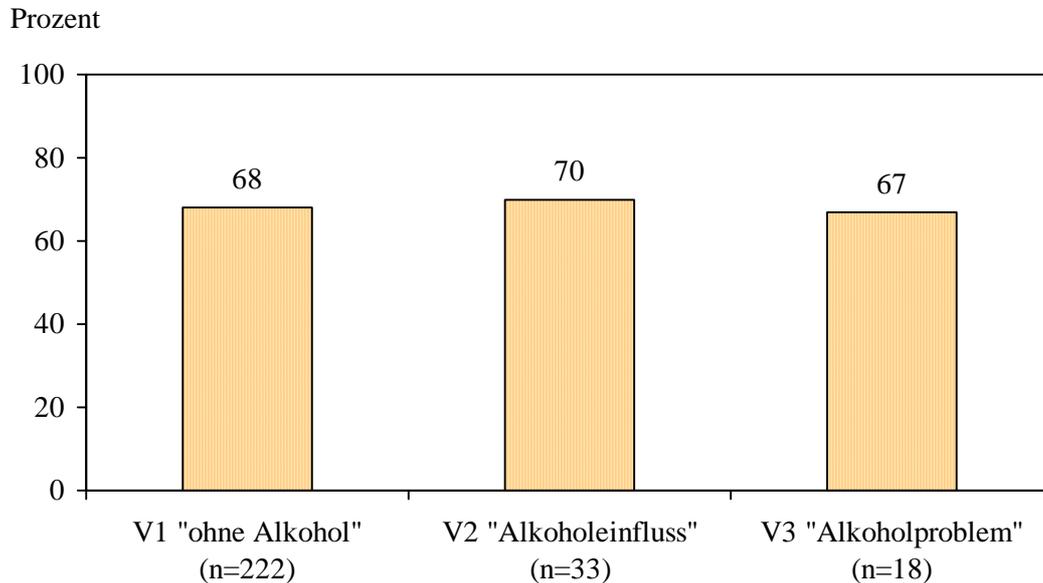
**Abb. 29: Vergleichsgruppen (Mainzer Urteilsanalyse)**



Hinsichtlich der Strafaussetzungspraxis der Gerichte ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Vergleichsgruppen nicht feststellen. Abb. 30 zeigt, dass das Verhältnis zwischen ausgesetzten und nicht ausgesetzten Strafen jeweils etwa 2:1 betrug.

<sup>226</sup> Interessanterweise waren alle 24 Täterinnen der Gesamtgruppe in V1 zu finden. Wahrscheinlich ist dies so zu erklären, dass es vornehmlich die Frauen sind, die ihr Alkoholproblem vor Gericht verschweigen.

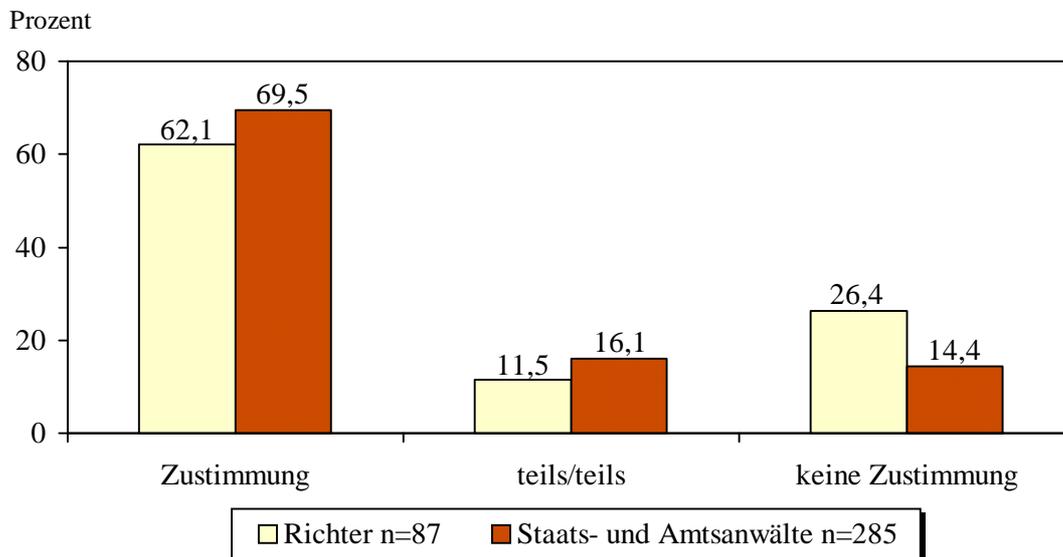
**Abb. 30: Strafaussetzung zur Bewährung nach Vergleichsgruppen (Mainzer Urteilsanalyse)**



Dieser Befund spricht dafür, dass die Hypothese eher nicht zutrifft, dass das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit die Chance einer Strafaussetzung zur Bewährung verringert. Die Gerichte scheinen in der Tendenz einer Alkoholproblematik keine allzu große Bedeutung für die Entscheidung bezüglich der Strafaussetzung zur Bewährung beizumessen.

Auch bei der Befragung der Richter und Staatsanwälte wurde eher die gegenteilige Einschätzung bestätigt, dass also alkoholabhängige Straftäter genauso häufig wie andere Verurteilte eine Bewährungschance bei ansonsten gleichen Voraussetzungen, insbes. Vorstrafen, erhalten. Aus beiden Berufsgruppen stimmten dieser These mehr als 60 % zu; immerhin jeder vierte Richter schätzte die Bewährungschancen für alkoholabhängige Täter allerdings schlechter ein (vgl. Abb. 31).

**Abb. 31: Alkoholabhängige Täter erhalten genauso häufig wie andere Verurteilte eine Bewährungschance (bei ansonsten gleichen Voraussetzungen)**



Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die erkennenden Gerichte die Strafaussetzung zur Bewährung gewöhnlich nicht allein deswegen ablehnen, weil sie wegen festgestellter Alkoholabhängigkeit des Täters eine negative Sozialprognose annehmen. Hinzukommen müssen wohl weitere Gründe, die gegen die Gewährung einer Bewährung sprechen, z.B. dass die Straftat während einer laufenden Bewährung begangen wurde oder einschlägige Vorstrafen.

Auch die Aktenanalyse der (wahrscheinlich) alkoholabhängigen Strafgefangenen hat ergeben, dass die Strafaussetzung zur Bewährung wohl nur ausnahmsweise (allein) an der Alkoholabhängigkeit des Verurteilten scheitert. Im Einzelnen:

Von den 113 Tätern hatten 82 eine Freiheits- oder Jugendstrafe ohne Bewährung erhalten (72,6 %), wobei bei 56 Personen die Strafe zwei Jahre nicht überstieg, so dass eine Primärbewährung an sich möglich gewesen wäre. Bei diesen Tätern wurde im Erhebungsbogen erfasst, aus welchen Gründen das Gericht die Aussetzung der Strafvollstreckung abgelehnt hat. Dabei zeigte sich, dass die ungünstige Sozialprognose und damit die ablehnende Entscheidung ganz überwiegend damit begründet wurde, dass der Angeklagte bereits zahlreiche Vorstrafen hat (vgl. Tab. 12).

Tatsächlich hatten nur 8 Täter (7,1 %) keine Eintragung im BZR (Mittelwert: 5,5). Drei von vier Angeklagten waren dagegen schon mindestens einmal zu einer Freiheits- und/oder Jugendstrafe verurteilt worden (n=84).

Ferner wurde zur Begründung häufig angegeben, dass die Bezugstat während einer noch offenen Bewährungsstrafe begangen worden war. Dass eine Strafaussetzung zur Bewährung abgelehnt wurde, weil das Gericht auch wegen der Alkoholproblematik von einer schlechten Sozialprognose ausging, traf bei etwa jedem fünften Täter aus dieser Gruppe von 56 Personen zu. Lediglich in einem einzigen Fall hat das Gericht die ablehnende Entscheidung allein damit begründet, dass der Täter keine Therapiebereitschaft gezeigt hat und darüber hinaus zu erwarten ist, dass er unter Alkoholeinfluss weitere Straftaten begeht.

**Tab. 12: Gründe für die Ablehnung der Primärbewährung Aktenanalyse (n=56)**

Begründung der negativen Prognoseentscheidung	Häufigkeit	Prozent
Vorstrafen	35	62,5
Bezugstat während laufender Bewährung in anderer Sache	32	57,1
Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch etc.	12	21,4
Drogenabhängigkeit	7	12,5
Keine Begründung / Nur Gesetzestext	7	12,5
Fehlende Einsicht in das Unrecht der Tat	5	8,9
Hohe Rückfallgeschwindigkeit	4	7,1
Weitere Ermittlungsverfahren anhängig	2	3,6
Sonstige Gründe	13	23,2

Auch umgekehrt spielte die Frage der Therapiemotivation für die Annahme einer positiven Sozialprognose eher selten eine Rolle (vgl. Tab. 13). Bei den 31 Tätern, die eine Primärbewährung bekommen hatten (27,4 %), wurden ebenfalls die Gründe erfasst, welche die Gerichte zu einer Aussetzung der Strafe zur Bewährung bewogen hatten. Allerdings fand sich in jedem zweiten Urteil diesbezüglich keinerlei Begründung. Lediglich bei jedem fünften Täter wurde die erklärte Therapiebereitschaft des Täters für die Annahme einer positiven Sozialprognose zur Begründung herangezogen, wobei dieser Umstand nur in einem Fall der einzige Grund für die Aussetzungsentscheidung war; in den anderen 5 Fällen wurden darüber hinaus weitere Gründe benannt.

**Tab. 13: Gründe für die Strafaussetzung zur Bewährung Aktenanalyse (n=31)**

Begründung der positiven Prognoseentscheidung	Häufigkeit	Prozent
Keine Begründung / Nur Gesetzestext	15	48,4
Täter macht bereits Alkoholtherapie oder ist therapiewillig	6	19,4
Verbesserung der sozialen / persönlichen Situation (z.B. Arbeit, Familie betreffend)	5	16,1
Straffreies Verhalten in der Vorbewährungszeit / seit der länger zurückliegenden Tat	4	12,9
Erlittene U-Haft oder Strafhaft in anderer Sache hat den Täter ausreichend gewarnt	2	6,5
Sonstige Gründe	8	25,8

Darüber hinaus war es in 8 Fällen zu einer Aussetzung eines Strafrestes gekommen. Die Strafrestausssetzung wurde in 2 Fällen (auch) damit begründet, dass der Gefangene eine stationäre Alkoholtherapie anstrebt. Meist wurde die bedingte Entlassung jedoch mit guter Führung im Vollzug begründet.

#### C.3.4 Auflagen und Weisungen

Die Gerichte erteilen im Rahmen der Strafaussetzung zur Bewährung dem Verurteilten nach Maßgabe der §§ 56b Abs. 1 S. 1, 56c Abs. 1 S. 1, 56d StGB Auflagen und Weisungen. Während Auflagen der Genugtuung für das begangene Unrecht dienen und als strafähnliche Maßnahmen anzusehen sind, sollen die Weisungen, die eine spezialpräventive Zielsetzung haben, eher eine Lebenshilfe für den Verurteilten sein.<sup>227</sup> Sie haben die Funktion, die ambulante (d.h. außerhalb des stationären Strafvollzugs stattfindende), auf Befähigung zu einem Leben ohne Straftaten abzielende Einwirkung auf den Verurteilten zu ermöglichen<sup>228</sup>. Bei den Weisungen handelt es sich dementsprechend um Gebote und Verbote, die in die zukünftige Lebensführung des Verurteilten eingreifen und sich um Korrekturen bemühen und damit nur der Beeinflussung und Resozialisierung des Verurteilten dienen.<sup>229</sup> Anders als die Weisungen nach § 56c StGB sind die möglichen Auflagen, die in der Bewährungszeit zu erfüllen sind, im Katalog des § 56b Abs. 2 StGB abschließend aufgezählt.<sup>230</sup>

227 Vgl. Fischer (2004, § 56b Rn. 2) m.w.N.

228 Trapp (2003, 186).

229 Schönke/Schröder-Stree (2001, § 56c Rn. 1).

230 BVerfG, NStZ, 2 (1982, 67).

Ob sich das Gericht auf eine dieser Auflagen beschränkt oder mehrere erteilt – allein oder neben Weisungen nach §§ 56c, 56d StGB – liegt in seinem pflichtgemäßen Ermessen.<sup>231</sup>

„Bei der Auswahl der Weisungen hat das Gericht den Hebel dort anzusetzen, wo die kriminogenen Faktoren sitzen.“<sup>232</sup> Nach § 56c Abs. 2 StGB kommen insbesondere folgende Weisungen in Betracht:

1. Anordnungen, die sich auf Aufenthalt, Ausbildung, Arbeit oder Freizeit oder auf die Ordnung der wirtschaftlichen Verhältnisse beziehen (Nr. 1),
2. die Verpflichtung, sich zu bestimmten Zeiten bei Gericht oder einer anderen Stelle zu melden (Nr. 2),
3. die Verpflichtung, mit bestimmten Personen oder mit Personen einer bestimmten Gruppe, die Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können, nicht zu verkehren, sie nicht zu beschäftigen, auszubilden oder zu beherbergen (Nr. 3),
4. die Verpflichtung, bestimmte Gegenstände, die Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können, nicht zu besitzen, bei sich zu führen oder verwahren zu lassen (Nr. 4) oder
5. die Anordnung, den Unterhaltspflichten nachzukommen (Nr. 5).

Da § 56c Abs. 2 StGB nur eine beispielhafte Aufzählung enthält, kann der Richter auch andere, ihm zweckmäßig erscheinende Weisungen erteilen, wie etwa

6. keine Betäubungsmittel mehr zu konsumieren und zum Nachweis der Drogenfreiheit während der Bewährungszeit Urinproben nach richterlicher Weisung abzugeben<sup>233</sup> bzw. sich jeglichen Alkoholkonsums zu enthalten<sup>234</sup>,
7. die regelmäßige Teilnahme an einem verkehrsrechtlichen Aufbauseminar oder an einer Nachschulung für Trunkenheitsfahrer<sup>235</sup>, oder auch

---

231 Fischer (2004, § 56b Rn. 3).

232 Schönke/Schröder-Stree (2001, § 56c Rn. 4).

233 BVerfG, NJW, 46 (1993, 3315 f.).

234 OLG Düsseldorf, NStZ, 4 (1984, 332).

235 Vgl. Trapp (2003, 187) m.w.N.; Himmelreich (2004, 8 ff.) erläutert die Möglichkeiten der Einbindung der verwaltungsrechtlichen Aufbauseminare im Rahmen des § 153a Abs. 1 S. 2 Nr. 6 StPO.

8. die Weisung, sich an sozialpädagogischen, familientherapeutischen oder anderen unterstützenden Maßnahmen zu beteiligen.<sup>236</sup>

Zwei Anordnungen dürfen vom Gericht nur dann erteilt werden, wenn der Verurteilte zuvor<sup>237</sup> seine Einwilligung gegeben hat, nämlich

9. die Weisung, sich einer Heilbehandlung, die mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist, oder einer Entziehungskur<sup>238</sup> zu unterziehen (§ 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB) und
10. die Weisung, in einem geeigneten Heim oder in einer geeigneten Anstalt Aufenthalt zu nehmen (§ 56c Abs. 3 Nr. 2 StGB).

Bei diesen beiden Weisungen ist vor allem an solche Täter zu denken, die vermindert schuldfähig sind, bei denen aber die vergleichsweise hohen Voraussetzungen für die Unterbringung nach §§ 63 oder 64 StGB nicht erfüllt sind (...) oder die im Fall der Vollstreckung der Freiheitsstrafe eine Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt erhalten würden (§ 9 Abs. 2 StVollzG).<sup>239</sup>

Anders als die Auflagen stehen Weisungen nicht im Ermessen des Gerichts, sondern müssen erteilt werden, wenn das Gericht feststellt, dass der Verurteilte der besagten Hilfen bedarf, um das Bewährungsziel (also die Resozialisierung des Täters) zu erreichen (§ 56c Abs. 1 S. 1 StGB). Macht der Verurteilte entsprechende Zusagen für seine künftige Lebensführung, so sieht das Gericht in der Regel von Weisungen vorläufig ab, wenn die Einhaltung der Zusagen zu erwarten ist (§ 56c Abs. 4 StGB).

Im Rahmen der Expertenanhörung berichtete eine Staatsanwältin, dass sie in 15 Jahren Sitzungsdienst nicht einmal erlebt habe, dass eine Weisung i.S.d. § 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB (Entziehungskur) erteilt wurde. Bei erneuter, insbesondere einschlägiger Straffälligkeit, werde in der Regel eine – auch kurze – Freiheitsstrafe ohne Bewährung verhängt. Gleichzeitig widerrufe man die Strafaussetzung der noch offenen Bewährungsstrafe, so dass die insgesamt zu verbüßende Strafzeit auch bei (relativ) leichter Kriminalität nicht selten bei zwei bis drei Jahren liege. Nach Einschätzung einer Richterin machen die Gerichte von der Möglichkeit, eine Weisung gemäß § 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB zu erteilen, erst nach zwei- oder dreifacher Bewährungsgewährung Gebrauch.

---

<sup>236</sup> Meier (2001, 115).

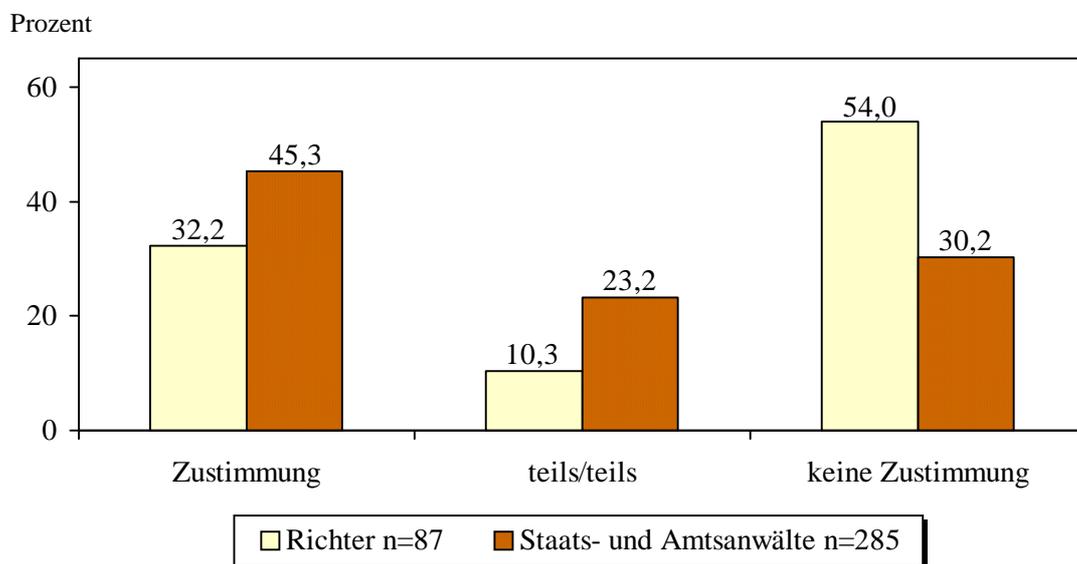
<sup>237</sup> Vgl. *LG Frankfurt*, NJW, 54 (2001, 697).

<sup>238</sup> Die Zulässigkeitsvoraussetzung hinreichender Bestimmtheit ist dabei zu beachten; die Weisung, sich „in eine ambulante Drogentherapie zu begeben und diese bis zum Abschluss erfolgreich durchzuführen“, ist unzulässig, vgl. *OLG Frankfurt*, NStZ-RR, 8 (2003, 199 f.).

<sup>239</sup> Meier (2001, 115).

Bei der schriftlichen Befragung äußerten sich die Vertreter der Strafrechtspraxis uneinheitlich zur These, dass die Weisung gemäß § 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB an den Verurteilten, sich einer Alkoholtherapie zu unterziehen, erst angeordnet wird, wenn zuvor bereits mehrfach eine Strafe zur Bewährung – ohne Weisung – ausgesetzt worden ist. Die Mehrheit der Richter und ca. 30 % der Staatsanwälte lehnten diese Annahme ab; 32 % der Richter und 45 % der Staatsanwälte stimmten zu, der Rest war unentschieden oder machte hierzu keine Angaben (vgl. Abb. 32).

**Abb. 32: Anordnung der Weisung Alkoholtherapie erst nach mehrfacher Strafaussetzung zur Bewährung ohne Weisung**



Bei der Aktenanalyse der mutmaßlich alkoholabhängigen Gefangenen zeigte sich, dass bei lediglich 2 von 31 Tätern, die eine Primärbewährung bekommen hatten, eine entsprechende Weisung angeordnet worden war (vgl. Tab. 14). Ein weiterer Täter wurde angewiesen, regelmäßig eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen, um sein Alkoholproblem in den Griff zu bekommen. Sonstige Weisungen zur Bekämpfung der Alkoholproblematik wie z.B. die oben geschilderte Nachschulung für Trunkenheitsfahrer wurden nicht angeordnet. Bei fast jedem vierten Täter wurden überhaupt keine Auflagen und/oder Weisungen erteilt. Die recht häufige Weisung, den Verurteilten für die Dauer der Bewährungszeit der Aufsicht und Leitung eines Bewährungshelfers zu unterstellen (§ 56d StGB), blieb dabei ohne Berücksichtigung. Dagegen wurde die Auflage, gemeinnützige Arbeit zu leisten, recht häufig erteilt. Dass die Gerichte die Anordnung dieser Auflage bei dem einen oder anderen Täter auch

im Hinblick auf die Alkoholproblematik für hilfreich gehalten haben, ist nicht ganz auszuschließen. Wahrscheinlicher ist wohl, dass eine spezifische auf die Alkoholproblematik ausgerichtete Weisung eher selten angeordnet wurde, weil das Problem übersehen wurde und/oder sich die Gerichte nicht für die Bewältigung der Suchtproblematik berufen fühlen, diese Aufgabe eher der Bewährungshilfe überlassen. Vermutlich spielt auch der mit der Anordnung einer Weisung verbundene Arbeitsaufwand eine nicht zu unterschätzende Rolle.

**Tab. 14: Auflagen und Weisungen im Rahmen der Strafaussetzung zur Bewährung / Aktenanalyse (n=31)**

Auflagen und Weisungen gem. §§ 56b, 56c StGB	Häufigkeit	Prozent
Gemeinnützige Arbeit	13	41,9
Keine Auflage / Weisung	7	22,6
Schule, Arbeit, Ausbildung	4	12,9
Drogentherapie / Drogenberatung / Drogenscreening (BtM)	4	12,9
Entziehungskur (Alkoholtherapie)	2	6,4
Selbsthilfegruppe für Alkoholiker	1	3,2
Unterhaltspflichten nachkommen	3	9,7
Sonstige (z.B. Geldauflagen)	11	35,4

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass nur bei einem von zehn alkoholabhängigen Verurteilten, die eine Bewährungschance erhalten hatten, eine spezifische auf die Alkoholabhängigkeit ausgerichtete Weisung angeordnet wurde, insbesondere jene, sich einer Alkoholtherapie zu unterziehen. Umgekehrt bedeutet dies, dass bei der überwiegenden Mehrheit der alkoholabhängigen Verurteilten diese Möglichkeit der Beeinflussung und Resozialisierung durch Stabilisierung des Täters ungenutzt bleibt.

Die Untersuchung von Trapp zur „Rechtswirklichkeit von Auflagen und Weisungen bei Strafaussetzung zur Bewährung“ kommt zu dem Ergebnis, dass ganz allgemein sowohl im Erwachsenen- als auch im Jugendstrafrecht der Weisungskatalog von den Gerichten bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Generell überwiegen die nur allgemein gehaltenen schablonenhaften und nicht die Eigenart des Probanden berücksichtigenden Weisungen. „Obwohl den Gerichten mit den (gezielten) Weisungen ein Instrument zur Verfügung gestellt wird, um den staatlichen Zugriff durch sinnvolle Reaktionen – für die vom

Gesetzgeber genügend Raum gelassen wird – zu individualisieren, erweist sich der Einfallsreichtum der Richter mehr als dürftig.<sup>240</sup> Dieser Befund wird durch die vorliegende Untersuchung bestätigt.

### C.3.5 Urteilsgründe

Wie spiegelt sich die Alkoholabhängigkeit<sup>241</sup> der 113 Täter in den Urteilsgründen? Welche sonstigen Erkenntnisse zum Umgang des Täters mit Alkohol (und sonstigen Drogen) haben die erkennenden Gerichte gewonnen und im Urteil festgestellt?

#### C.3.5.1 Notwendiger Inhalt (§ 267 StPO)

Vorab stellt sich hier die Frage, ob und inwieweit die Gerichte dazu verpflichtet sind, ihre Erkenntnisse zur Alkoholisierung/Alkoholproblematik des Täters im Urteil darzulegen. Die Strafprozessordnung bestimmt in § 267 Abs. 1, dass bei einer Verurteilung des Angeklagten die Urteilsgründe die für erwiesen erachteten Tatsachen angeben müssen, aus denen sich die gesetzlichen Merkmale der Straftat ergeben. Waren in der Verhandlung vom Strafgesetz besonders vorgesehene Umstände behauptet worden, welche die Strafbarkeit ausschließen, vermindern oder erhöhen, so müssen die Urteilsgründe sich darüber aussprechen, ob diese Umstände für festgestellt oder für nicht festgestellt erachtet werden, § 267 Abs. 2 StPO. Die Gründe des Strafurteils müssen ferner das zur Anwendung gebrachte Strafgesetz bezeichnen, die Umstände anführen, die für die Zumessung der Strafe bestimmend gewesen sind, sie müssen weiter ergeben, weshalb die Strafe zur Bewährung ausgesetzt oder einem in der Verhandlung gestellten Antrag entgegen nicht ausgesetzt worden ist (§ 267 Abs. 3 S. 1 und 4 StPO). Es obliegt den Urteilsgründen also, die gerichtliche Entscheidung zu rechtfertigen. Sie sollen das Ergebnis der Hauptverhandlung wiedergeben und erläutern und dadurch zugleich die rechtliche Nachprüfung der rechtlichen Entscheidung ermöglichen.

Die Behauptung des Täters, zum Tatzeitpunkt erheblich unter Alkoholeinfluss gestanden zu haben, ist ein vom Strafgesetz besonders vorgesehener Umstand i.S.v. § 267 Abs. 2 StPO, insoweit die volle Schuldfähigkeit des Täters in Frage steht und daher eine Minderung der Strafe zu prüfen ist (§§ 49, 21 StGB). Unabhängig von einem zur Tatzeit akuten Rauschzustand kommt als Ursache einer erheblichen Minderung insbesondere der Steuerungsfähigkeit auch

---

240 Trapp (2003, 592 f.).

241 Jedenfalls waren die Täter im Zeitpunkt des Strafantritts mit hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig.

Rauschmittelabhängigkeit in Betracht.<sup>242</sup> Aus dem Urteil muss sich ergeben, dass die Milderungsmöglichkeit geprüft wurde; ferner ist der angewandte Strafrahen anzugeben.<sup>243</sup> Einer umfassenden Darstellung aller in die Abwägung einzubeziehenden Umstände in den schriftlichen Urteilsgründen bedarf es nur in Ausnahmefällen. Es genügt die Mitteilung der ausschlaggebenden Aspekte.<sup>244</sup> Dass die Versagung der Strafrahenmilderung nur möglich ist, wenn der Alkoholkonsum dem Täter (uneingeschränkt) zum Vorwurf gemacht werden kann, wurde bereits dargelegt (siehe C.3.1.1.4), ferner die Bedeutung einer Rauschmittelabhängigkeit im Zusammenhang mit der Strafaussetzung zur Bewährung (siehe C.3.3.1). Die Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt ist also ebenso wie eine Abhängigkeitsproblematik in vielerlei Hinsicht entscheidungsrelevant; die hierzu vom Gericht gewonnenen Erkenntnisse sind in den Urteilsgründen darzulegen.

Allerdings können die Urteilsgründe in abgekürzter Form abgefasst werden, wenn alle zur Anfechtung Berechtigten auf Rechtsmittel verzichtet oder innerhalb der hierfür vorgesehenen Frist kein Rechtsmittel eingelegt haben. In diesem Fall müssen grundsätzlich nur die erwiesenen Tatsachen, in denen die gesetzlichen Merkmale der Straftat gefunden werden, und das angewendete Strafgesetz angegeben werden. Den weiteren Inhalt der Urteilsgründe bestimmt das Gericht unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls nach seinem Ermessen (§ 267 Abs. 4 StPO). Im Fall der Verurteilung kommen für den „weiteren Inhalt“ i.S.v. § 267 Abs. 4 S. 2 StPO vor allem die Umstände, die bei künftigen Entscheidungen (z.B. bei späterem Widerruf der Strafaussetzung oder bei Aussetzung des Strafrestes) und für Wiedereingliederungsmaßnahmen (z.B. bei der Bewährungshilfe oder dem Strafvollzug) von Bedeutung sein können, in Betracht. Wichtig ist insbesondere die Feststellung solcher Fakten, Beobachtungen und Prognosen, die sich nicht oder nur ungenügend aus dem Akteninhalt ergeben. In einfachen Fällen, z.B. bei verhältnismäßig geringer Geldstrafe, kann auf den „weiteren Inhalt“ verzichtet werden.<sup>245</sup> Bei den 113 Tätern, deren Verfahrensakten analysiert wurden, kam es im Ergebnis jeweils zu der Vollstreckung einer Freiheits- oder Jugendstrafe, entweder unmittelbar oder nach dem Widerruf einer (Rest)Strafaussetzung. Ein völliger Verzicht auf den „weiteren Inhalt“ der Urteilsgründe ist daher mit einer ermessensfehlerfreien Anwendung des § 267 Abs. 4 S. 2 StPO wohl nicht zu vereinbaren. Denn eine erkannte Alkoholproblematik beim Täter muss auch

---

242 *Fischer* (2004, § 21 Rn. 13).

243 *Fischer* (2004, § 21 Rn. 27) m.w.N.

244 *Detter* (2005, 144).

245 Vgl. *Meyer-Gößner* (2004, § 267 Rn. 28).

aus Sicht des erkennenden Gerichts für künftige Entscheidungen von Bedeutung sein, selbst wenn diese Entscheidungen von anderer Seite (Strafvollstreckungskammer) zu treffen sind.

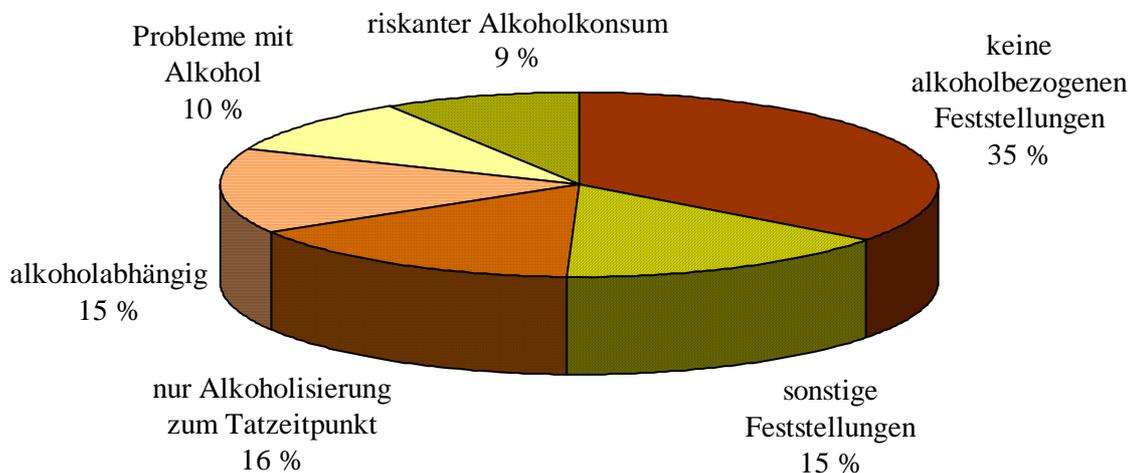
Als Zwischenergebnis ist folglich festzuhalten: Ergibt die Hauptverhandlung, dass der Täter zum Tatzeitpunkt unter erheblichem Alkoholeinfluss stand, dass er generell Alkoholmissbrauch betreibt oder alkoholabhängig ist, so sollten diese Umstände – zumindest wenn der Täter zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe verurteilt wird – in den Urteilsgründen dargelegt werden, auch wenn das Gericht die schriftlichen Urteilsgründe in abgekürzter Form nach § 267 Abs. 4 StPO abfassen darf.

### C.3.5.2 Ergebnisse der Aktenanalyse

Welche Feststellungen des Gerichts in Bezug auf den Umgang des Täters mit Alkohol konnten nun tatsächlich in den Urteilen der 113 verurteilten (und später inhaftierten) alkoholabhängigen Täter gefunden werden?

In 17 Fällen hat das Gericht in den Urteilsgründen dargelegt, dass der Verurteilte Alkoholiker bzw. alkoholabhängig oder alkoholkrank sei (15 %). Bei weiteren 11 Tätern stand im Urteil, dass der Täter Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol bzw. ein Alkoholproblem habe (9,7 %). Hier ist schon nicht mehr ganz klar, ob das Gericht von einer medizinisch fassbaren Erkrankung des Täters ausging. Schließlich bescheinigten die Gerichte weiteren 10 Tätern im Urteil, dass sie regelmäßig Alkohol im Übermaß bzw. in missbräuchlicher Weise konsumierten (8,8 %). Auch hier war nicht aufzuklären, ob diese Umschreibungen den Kriterien der ICD 10 für „Schädlichen Gebrauch“ von Alkohol entsprachen oder ob vielmehr ein riskanter Alkoholkonsum angenommen worden war. Fasst man dessen ungeachtet die zuvor genannten drei Kategorien zusammen, so haben die Gerichte bei 38 von 113 Tätern ein aktuelles Alkoholproblem festgestellt (33,6 %). Dementsprechend gab es bei zwei von drei Tätern diesbezüglich keine Ausführungen in den Urteilsgründen. Bei 40 Tätern wurden im Urteil sogar überhaupt keine Feststellungen gefunden, die in irgendeiner Weise mit Alkohol zu tun hatten (35,4 %); bei den verbleibenden 35 Tätern (31 %) gab es einen Alkoholbezug, wobei die Feststellungen sich zumeist in Ausführungen zum Alkoholkonsum des Täters zum Tatzeitpunkt, zur Schuldfähigkeit und ähnlichem mehr erschöpften (vgl. Abb. 33).

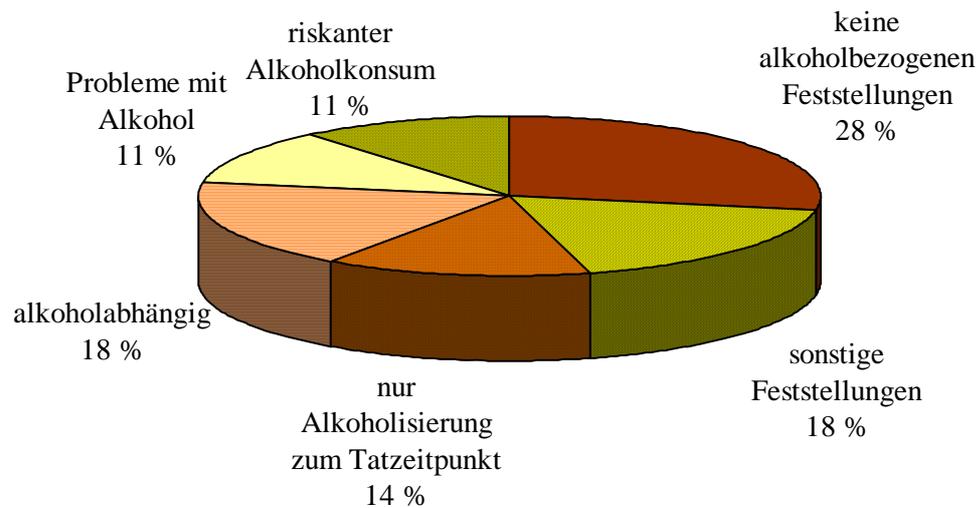
**Abb. 33: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit laut Urteil Aktenanalyse: alle Täter (n=113)**



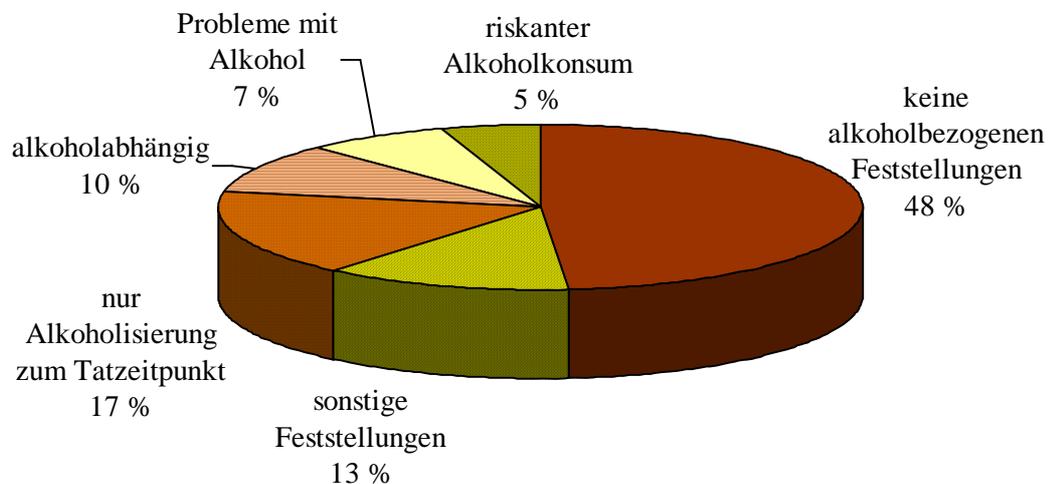
Dass die vorliegende Alkoholproblematik nur bei einem von drei Tätern bereits im Urteil erwähnt wird, kann auch nicht daran liegen, dass zwischen dem gerichtlichem Verfahren und dem Beginn der Strafvollstreckung (Zeitpunkt der JVA-Erhebung) übermäßig viel Zeit vergangen wäre. Bei einem Mittelwert von ca. 9,5 Monaten (Median: 6 Monate) zwischen dem letzten mündlichen Gerichtstermin und Strafantritt erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass sich in einer nennenswerten Zahl von Fällen erst nach Abschluss des Hauptverfahrens eine Alkoholabhängigkeit beim Täter eingestellt hat. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Problematik entweder nicht erkannt oder aber für nicht erwähnenswert in Bezug auf das Urteil gehalten wurde. Diese Bilanz verbessert sich auch nur unwesentlich, wenn man allein jene 72 Täter herausgreift, die im Zusammenhang mit der JVA-Erhebung von den Anstaltsärzten als mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig diagnostiziert wurden und den verbleibenden 41 Tätern gegenüberstellt, die in die Untersuchungsgruppe für die Aktenanalyse nur aufgrund ihrer eigenen Angaben (CAGE-Test) gelangt sind. Auch bei den Tätern, die nach Auffassung der Ärzte wahrscheinlich alkoholabhängig sind, finden sich nur bei vier von 10 Personen Ausführungen zu einem aktuellen Alkoholproblem, d.h. bei sechs von zehn Täter geht das Urteil in keiner Weise auf das Alkoholthema ein oder nicht über die Feststellung einer zum Tatzeitpunkt bestehenden Alkoholisierung des Täters hinaus. Umgekehrt finden sich bei immerhin noch 22 % jener Täter, bei denen lediglich die Informationen aus dem CAGE-Test zur Verfü-

gung standen, also die ärztliche Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ fehlte, im Urteil Ausführungen, die auf eine Alkoholabhängigkeit oder zumindest ausgeprägte Alkoholproblematik des Täters hinweisen (vgl. Abb. 34 und 35).

**Abb. 34: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit laut Urteil Aktenanalyse: alkoholabhängige Täter nach ärztlicher Einschätzung (n=72)**



**Abb. 35: Prävalenz der Alkoholabhängigkeit laut Urteil Aktenanalyse: alkoholabhängige Täter nach CAGE-Test (n=41)**



Tab. 15 fasst zusammen, welche Feststellungen mit Alkoholbezug insgesamt in den analysierten Urteilen der 113 Täter gefunden wurden. Abgesehen von der oben aufgezeigten Kategorisierung (riskanter Alkoholkonsum, Probleme mit Alkohol, Alkoholabhängigkeit) konnten die sonstigen Ausführungen kumulativ bei einem Täter vorliegen. Feststellungen zum Alkoholkonsum (nicht notwendigerweise zu Art und Menge) des Täters zum Tatzeitpunkt gab es in ca. 43 % der Fälle. Bei 2 Tätern gingen die Gerichte davon aus, dass der Verurteilte ein „trockener“ Alkoholiker ist, in 5 Fällen stand im Urteil, dass sich der Täter selbst als Alkoholiker bezeichnet (eine Auffassung, der sich das erkennende Gericht jeweils offenbar nicht anschließen wollte). Bei 9 Tätern stellte das Gericht fest, dass der Täter Krankheitseinsicht zeige; bei 6 Tätern wurde dargelegt, dass dieser bereits erste Schritte zur Bekämpfung seiner Alkoholabhängigkeit unternommen habe (zumeist hatte dieser eine Suchtberatungsstelle aufgesucht). Bei 6 Tätern wurde in den Gründen dargelegt, dass der Täter schon einmal eine Alkoholtherapie gemacht habe, anschließend aber rückfällig geworden sei.

**Tab. 15: Alle Urteilsfeststellungen mit Alkoholbezug (Aktenanalyse)**

Welche Feststellungen hat das Gericht im Urteil zum Umgang des Täters mit Alkohol und sonstigen Drogen getroffen?	Alle Täter n=113	Ärztl. Diagnose n=72	Nur CAGE-Test n=41
Alkoholkonsum zum Tatzeitpunkt	43 %	50 %	49 %
Keine alkoholbezogenen Feststellungen im Urteil	35 %	28 %	32 %
Täter ist ... alkoholabhängig / alkoholkrank / Alkoholiker	15 %	18 %	10 %
Täter hat ... Alkoholproblem / Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol	10 %	11 %	7 %
Täter betreibt... regelmäßigen Alkoholkonsum im Übermaß / Alkoholmissbrauch	9 %	11 %	5 %
Täter zeigt Krankheitseinsicht	8 %	10 %	5 %
Täter unternimmt erste Schritt zur Bekämpfung seiner Alkoholprobleme	5 %	7 %	5 %
Täter hat bereits früher Alkoholtherapie(n) gemacht, ist rückfällig geworden	5 %	6 %	5 %
Täter bezeichnet sich selbst als alkoholabhängig / alkoholkrank / Alkoholiker	4 %	6 %	5 %
Vor der Tat kontinuierliche Steigerung des Alkoholkonsums	4 %	4 %	2 %
Alkoholprobleme in Ursprungsfamilie und / oder Bekanntenkreis des Täters	4 %	4 %	2 %
Täter ist ... trockener Alkoholiker	2 %	3 %	/
Vor der Tat Steigerung des Alkoholkonsums nach einer Krise	1 %	1 %	/
Sonstiges zum Thema Alkohol Z.B.: Kausalzusammenhang zw. Alkoholabhängigkeit und Tat	44 % 9 %	53 % 13 %	29 % 2 %

Die Tabelle verdeutlicht, dass nur in sehr wenigen Urteilen Ausführungen zu den Hintergründen der Alkoholproblematik insbesondere zum Steigerungsverhalten in Bezug auf den Alkoholkonsum zu finden waren. Ob der Täter nach einer persönlichen Krise vermehrt Alkohol zu trinken begonnen oder ob er über Jahre kontinuierlich den Konsum gesteigert hatte, darüber fanden sich

lediglich in 6 Fällen Angaben im Urteil. Auch die Frage, ob das Alkoholproblem des Täters im Zusammenhang mit der Tat steht, wurde eher selten geprüft und bei 10 Tätern bejaht (8,8 %). In den allermeisten Verfahren wurde dieser Frage keine Aufmerksamkeit geschenkt. Insgesamt drängte sich der Eindruck auf, dass die Gerichte an einer Anamnese insbesondere der Entwicklung der Alkoholproblematik in der Regel (insbesondere bei Fällen leichter und mittlerer Kriminalität) nicht sonderlich interessiert waren.

Die Aktenanalyse ergab, dass die Gerichte etlichen Hinweisen, die im Laufe des Strafverfahrens auf eine Alkoholproblematik beim Täter deuteten, wenig Aufmerksamkeit widmen bzw. diese im Urteil nicht würdigen.

Wie oben bereits erläutert, sind bei gut einem Drittel der 113 mutmaßlich alkoholabhängigen Täter (n=40) keinerlei Feststellungen mit Alkoholbezug im Urteil zu finden. Tatsächlich ergaben sich aus den entsprechenden Verfahrensakten nur in 10 Fällen auch keinerlei Hinweise auf eine Alkoholproblematik. Bei 3 weiteren Tätern ergaben sich erst im Laufe des Vollstreckungsverfahrens entsprechende Hinweise (so z.B. die Mitteilung eines Bewährungshelfers, er vermute bei seinem Probanden massive Alkoholprobleme). Das heißt, nur bei insgesamt 13 von 40 Tätern ist nach dem Inhalt der untersuchten Strafakten nachvollziehbar, dass das Gericht in den Urteilsgründen kein Wort über eine Alkoholisierung des Täters, geschweige denn eine Alkoholproblematik, verliert. Dagegen fanden sich in weiteren 13 Fällen Hinweise, die zumindest auf eine Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt hindeuteten. Weshalb die Gerichte die Einlassung des Täters, er sei erheblich alkoholisiert gewesen, bzw. entsprechende Zeugenaussagen von Angehörigen des Täters, Mittätern und Opfern in den Urteilsgründen gar nicht erst erwähnen, geschweige denn einer Beweiswürdigung unterzogen haben, darüber lässt sich nur mutmaßen. Bei 8 dieser 13 Täter gab es über die Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt hinaus weitere auf eine Alkoholproblematik hindeutende Aussagen oder sonstige Anzeichen, die dem erkennenden Gericht bekannt waren.

Insgesamt gab es bei mehr als jedem zweiten Täter aus dieser Gruppe (Keine Feststellungen zu Alkoholisierung/Alkoholproblematik) nach der durchgeführten Hauptverhandlung, also bis zum Urteilszeitpunkt, deutliche Anhaltspunkte für eine Alkoholproblematik beim Täter (n=22). Am häufigsten ergaben sich nach Aktenlage folgende Hinweise:

1. üblicher hoher Alkoholkonsum (nach Angaben des Täters, seines Lebenspartners oder eines Angehörigen).
2. das Bezugsdelikt diente der Beschaffung von Alkohol (Ladendiebstahl, Kellereinbrüche etc.).

3. frühere alkoholassoziierte Straftat(en), z.B. Vorstrafe wegen Vollrausch, Alkoholdiebstahl oder Trunkenheit im Verkehr.
4. Täter äußerte während der Hauptverhandlung, zu einer Alkoholtherapie bereit zu sein oder hatte bereits erste Schritte unternommen, z.B. eine Suchtberatungsstelle aufgesucht.
5. Täter bezeichnete sich selbst als Alkoholiker oder wurde von anderen (z.B. Lebenspartner, Jugendgerichtshilfe) als alkoholabhängig eingeschätzt.

In einigen Fällen gab es lediglich einen Anhaltspunkt, der auf eine Alkoholproblematik beim Täter hindeutete; häufiger ergab sich eine Kombination mehrerer Hinweise (z.B. dass ein Mittäter im Rahmen der Hauptverhandlung über den üblichen Alkoholkonsum des Täters berichtete; aus dem BZR-Auszug wurde darüber hinaus ersichtlich, dass der Täter bereits 2-mal wegen Trunkenheit im Verkehr verurteilt worden war.).

#### Fallbeispiel 1:

Die zum Tatzeitpunkt 44-jährige Täterin (T) wird wegen Diebstahls von 3 Büchern zu einer Freiheitsstrafe von 4 Monaten ohne Bewährung verurteilt. Ihr Vorstrafenregister ist lang: seit ihrem 18. Lebensjahr wurde sie insgesamt 10mal wegen Diebstahls verurteilt, wofür sie 5mal eine Geldstrafe und 5mal eine kurze Freiheitsstrafe (je 3 Monate, 1 x 6 Monate) erhalten hat. In 3 Fällen wurde die Strafe (primär) zur Bewährung ausgesetzt. Auch zuletzt wurde sie zu einer 3-monatigen Freiheitsstrafe mit Bewährung verurteilt. In diesem Urteil, das dem Gericht in der Bezugssache vorlag, wird T bereits als Alkoholikerin bezeichnet. Vor dem damaligen Termin zur Hauptverhandlung hatte T eine 6-wöchige Entgiftung hinter sich gebracht und sich um eine Langzeittherapie bemüht. Mangels Kostenübernahme eines Sozialversicherungsträgers ist es nicht zu einem Therapieversuch gekommen. Im Bezugsverfahren gibt T während der Hauptverhandlung an, dass sie seit 15 Jahren alkoholabhängig ist. Ob sie zum Tatzeitpunkt unter dem Einfluss von Alkohol stand, wird ausweislich des Akteninhalts nicht thematisiert, wohl aber ihr Alkoholproblem. Das Gericht setzt sich im Urteil allerdings weder mit der Frage der Alkoholisierung noch mit der Abhängigkeitsproblematik auseinander; Feststellungen zum Thema Alkohol fehlen gänzlich. Die Ablehnung der Aussetzung der Strafvollstreckung wird mit der Vielzahl der Vorstrafen sowie damit begründet, dass die Bezugstat während einer laufenden Bewährung begangen wurde. 3 Monate nach der Hauptverhandlung tritt T ihre Strafe an. Im Rahmen der JVA-Erhebung füllt sie den Gefangenenbogen aus und bejaht alle 4 Fragen des CAGE-Tests. Der Anstaltsarzt hält die Wahrscheinlichkeit, dass T alkoholabhängig i.S.d. ICD 10 ist, für sehr hoch. Ob T jemals eine Selbsthilfe-

gruppe oder sonstige Beratungsangebote für Alkoholiker wahrgenommen hat, war den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen.

Nachtrag: T hatte nicht nur 3 Bücher gestohlen, sondern außerdem kurze Zeit vorher aus einem anderen Geschäft 2 Flaschen Wodka entwendet. Der Alkoholdiebstahl wurde gemäß § 154 StPO eingestellt.

Auch bei den 35 Tätern, bei denen die Gerichte zwar Ausführungen zur Alkoholisierung des Täters zum Tatzeitpunkt, zur Schuldfähigkeit oder ähnliches mehr gemacht haben, eine aktuelle Alkoholproblematik aber gerade nicht dargelegt wurde, stellt sich die Frage, ob und – falls ja – welche Hinweise aus den Verfahrensakten, die auf eine Alkoholabhängigkeit des Täters deuteten, in den Urteilsgründen „unterschlagen“ wurden.

Auch hier gab es in den meisten Fällen schon nach der durchgeführten Hauptverhandlung Anhaltspunkte für eine Alkoholproblematik; lediglich bei 5 Tätern ergaben sich erst im Vollstreckungsverfahren entsprechende Hinweise (ca. 14 %).

#### Fallbeispiel 2:

T wird wegen Beleidigung, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte in Tateinheit mit versuchter Körperverletzung und vorsätzlicher Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe von 12 Monaten ohne Bewährung verurteilt.

1. Bezugstat: Der 34-jährige Täter beleidigt einen Polizeibeamten und spuckt auf dessen Pullover. Bei der Überprüfung seiner Personalien versucht der Täter, mit der Faust nach dem Beamten zu schlagen, der dem Schlag jedoch ausweichen kann. Die 2. Bezugstat geschieht 2 Jahre später: T konsumiert bereits am frühen Morgen in einer Gaststätte erhebliche Mengen Alkohol. Er ist gerade erst aus der Haft entlassen worden und will mit Freunden feiern. Am Mittag desselben Tages versetzt T einer ihm auf dem Gehweg mit dem Fahrrad entgegenkommenden unbekanntem Frau einen kräftigen Stoß. Diese stürzt zu Boden, wo sie mit dem Kopf aufschlägt und kurzzeitig bewusstlos wird. Bei beiden Straftaten war T erheblich alkoholisiert (gemessene BAK von 1,87 ‰ bzw. 1,56 ‰). Das Vorstrafenregister weist 14 Eintragungen auf: Erstmals wurde der Täter im Alter von 18 Jahren wegen Vergewaltigung verurteilt, es folgen mehrere Körperverletzungs- sowie etliche Eigentums- und Vermögensdelikte. In der jüngeren Vergangenheit wurde T auch wegen Trunkenheit im Verkehr sowie 3-mal wegen Vollrauschs verurteilt. Er hat bereits viele Jahre im Strafvollzug zugebracht. Dass er dort schon einmal eine Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige besucht hat, ergibt sich aus einem früheren Urteil, das dem erkennenden Gericht in der Bezugssache vorgelegen hat. Ferner, dass er psychiatrisch begutachtet wurde; der Gutachter war zu dem

Schluss gekommen, dass T bereits damals schwer alkoholabhängig gewesen sein muss. Im Bezugsverfahren spielt das Thema Alkoholabhängigkeit nach Lage der Akten überhaupt keine Rolle. Im Urteil wird entsprechend nur festgestellt, dass T bei beiden Vorfällen erheblich unter dem Einfluss von Alkohol stand und daher nicht auszuschließen sei, dass T zu den Tatzeitpunkten vermindert schulfähig war, § 21 StGB. Die Ablehnung der Aussetzung der Strafvollstreckung wird im Urteil nicht begründet. 6 Monate nach der Hauptverhandlung erfolgt der Strafantritt: Im Rahmen der JVA-Erhebung füllt T den Gefangenenbogen aus und bejaht 2 von 4 Fragen des CAGE-Tests. Der Anstaltsarzt hält die Wahrscheinlichkeit, dass T alkoholabhängig i.S.d. ICD 10 ist, für sehr hoch.

Weshalb das Gericht die offenkundig vorliegende Alkoholabhängigkeit des Täters im Urteil nicht erwähnt hat, ist nicht nachzuvollziehen. Selbst für den Fall, dass das Gericht im Rahmen der Hauptverhandlung herausgefunden haben sollte, dass T in keiner Weise therapiemotiviert ist, bleibt unverständlich, dass die Urteilsgründe so wenig im Hinblick auf die Persönlichkeit des Täters und damit den Hintergrund für die abgeurteilten Delikte offenbaren.

## **C.4 Praktischer Anwendungsbereich und Nebenfolgen einer Therapieregung**

### *C.4.1 Regelungslücke*

Die Einführung einer Therapieregung für alkoholabhängige Täter kann nur unter der Voraussetzung angestrebt werden, dass die geltende Gesetzeslage als lückenhaft und unzureichend angesehen wird. Sollten die bereits bestehenden gesetzlichen Bestimmungen genügen, insbesondere die Möglichkeit, die Strafe (bzw. einen Strafrest) zur Bewährung auszusetzen (evtl. i.V.m. der Weisung an den Verurteilten, sich einer Entziehungskur zu unterziehen) oder aber die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anzuordnen, um alkoholabhängige Straftäter in Therapie zu vermitteln, bestünde kein Handlungsbedarf. Besteht eine Regelungslücke, so stellt sich die Frage, wie eine künftige Therapieregung sinnvoll von den bestehenden Möglichkeiten abzugrenzen wäre.

#### C.4.1.1 Alkoholabhängigkeit und Strafaussetzung zur Bewährung

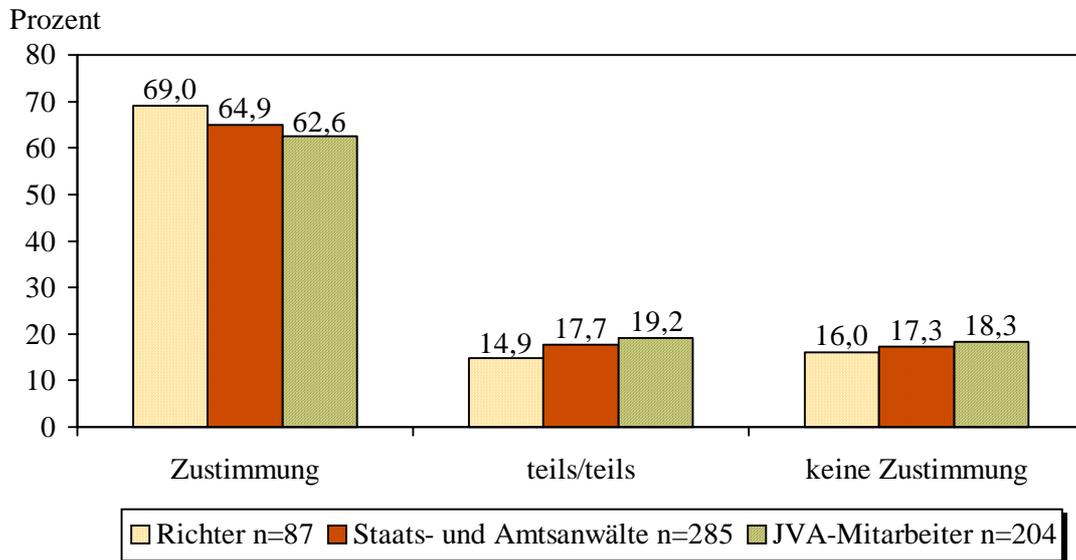
Im Rahmen der Expertenanhörung wurde hinsichtlich des potentiellen Adressatenkreises vielfach geäußert, dass nicht wenige Straftäter wegen schlechter Sozialprognose auf Grund einer Alkoholproblematik keine Chance auf eine Strafaussetzung zur Bewährung haben. Für diese Täter sei eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Regelung sinnvoll. Dass immerhin bei jedem fünften alkoholabhängigen Angeklagten die Strafaussetzung zur Bewährung (auch) auf Grund der Suchtproblematik abgelehnt wird, hat die Aktenanalyse ergeben.<sup>246</sup>

Auch im Zuge der schriftlichen Befragung bestätigten viele Richter, Staatsanwälte und Mitarbeiter aus dem Strafvollzug die Auffassung, dass für diese Täter eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Regelung sinnvoll wäre. Aus Abb. 36 ergibt sich, dass etwa zwei Drittel der Befragten – unabhängig von der Profession – dieser Meinung sind.

---

<sup>246</sup> Siehe Ausführungen in C.3.3.

**Abb. 36: Analoge Therapieregung für Straftäter mit schlechter Legalprognose aufgrund Alkoholabhängigkeit sinnvoll**



#### C.4.1.2 Abgrenzung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

In Abgrenzung zu § 64 StGB könnten auch alkoholabhängige Verurteilte mit einer guten Legalprognose (oder der Gefahr erneuter, aber nicht erheblicher Straftaten) von einer Vollstreckungslösung profitieren, ebenso diejenigen, die zum Urteilszeitpunkt keine hinreichend konkreten Anhaltspunkte für eine positive Behandlungsprognose bieten. Viele Teilnehmer der Expertenanhörung teilten die Auffassung, dass die Einführung einer Vollstreckungslösung das bestehende System sinnvoll ergänzen könnte. Es klaffe eine erhebliche Lücke zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung. Insbesondere diejenigen, die ihr Leben eine ganze Weile trotz missbräuchlichen Konsums von Alkohol durchaus gemeistert haben, dann aber aufgrund von sozialen Umständen wie z.B. Arbeitslosigkeit, hoher Verschuldung etc. irgendwann in eine kriminelle Karriere „reinrutschen“, würden wegen Trunkenheit im Verkehr und relativ geringer Straftaten zunächst mit Geldstrafen, später mit Freiheitsstrafen belegt. Würde gegen die Alkoholabhängigkeit dann – was häufig der Fall sei – nichts unternommen, wäre die Strafaussetzung zur Bewährung mit Therapieweisung irgendwann aufgrund der Vorstrafenbelastung nicht mehr möglich, die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt aber auch nicht das geeignete Mittel der Wahl.

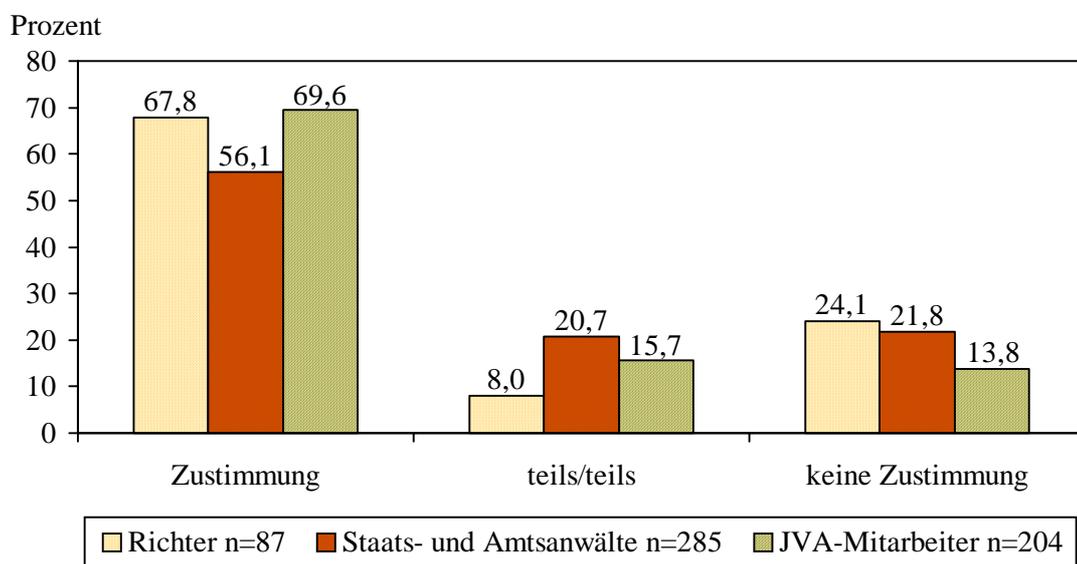
Auch im Rahmen der schriftlichen Befragung wurde die Einstellung der Vollzugsmitarbeiter sowie der Vertreter der Strafrechtspraxis zum praktischen Anwendungsbereich einer Therapieregung in Abgrenzung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB erhoben. Dass die Zurück-

stellung der Strafvollstreckung sinnvoll wäre für alkoholabhängige, zu hohen Strafen verurteilte Täter mit einer guten Legalprognose (oder der Gefahr erneuter, aber nicht erheblicher Straftaten), meinten gut zwei Drittel der JVA-Mitarbeiter, aber nur ca. 44 % der Befragten aus der Justizpraxis. 30 % der Richter und Staatsanwälte stimmten dieser Ansicht eher nicht oder überhaupt nicht zu (JVA-Mitarbeiter: 12 %), weitere 25 % kreuzten „teils/teils“ an (JVA-Mitarbeiter: 19 %). Es zeigt sich also, dass unter den Vertretern der Strafrechtspraxis eine recht große Gruppe die Zurückstellung der Strafvollstreckung bei zu hohen Strafen verurteilten Tätern nicht für sinnvoll erachtet.

#### C.4.1.3 Ergebnis

Dass zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung eine erhebliche Lücke klafft, die durch die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung sinnvoll ausgefüllt würde, meinte jedoch die deutliche Mehrheit aller Befragten (vgl. Abb. 37).

**Abb. 37: Analoge Therapieregung zur Schließung einer Regelungslücke zwischen § 64 StGB und Bewährungslösung sinnvoll**



Nach Auffassung von *Schalast* und *Leygraf* schafft eine Zurückstellungslösung – den §§ 35 ff. BtMG entsprechend – auch aus therapeutischer Sicht den geeigneteren Rahmen für die sozialtherapeutische Behandlung von Straftätern mit Suchtproblemen.<sup>247</sup> Die Maßregel gründe in einem einseitigen Krank-

<sup>247</sup> *Schalast & Leygraf* (1999, 489); vgl. auch *Schalast* (2000a, 173 ff.).

heitsverständnis von Sucht, Straftaten würden quasi als Krankheitssymptome gedeutet. Tatsächlich bestünden bei den meisten Patienten des Maßregelvollzugs ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen. Sowohl Alkohol- oder Drogenmissbrauch als auch Delinquenz seien Ausfluss dieser Persönlichkeitsstörungen und Ausdruck eines devianten Lebensstils. Ziel von Therapie in diesem Felde sei weniger Heilung und Beseitigung von Krankheit als in einem allgemeinen Sinne Reifung, Ich-Stärkung und Förderung sozialer Kompetenzen. Die Autoren plädieren deshalb dafür, eine Zurückstellungslösung für alkoholabhängige Straftäter analog zu §§ 35 ff. BtMG in das Strafrecht einzuführen.

Andererseits könnte zu befürchten sein, dass eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Therapieregulierung auf Kosten bisher praktizierter milderer Eingriffe ginge.<sup>248</sup> Der Anwendungsbereich von Therapieweisungen ist strafrechtlich vor allem durch die Verbindung mit einer Strafaussetzung zur Bewährung definiert, die nach geltendem Recht nur bei Freiheits- und Jugendstrafen bis zu zwei Jahren in Betracht kommt (§§ 56 Abs. 2 StGB, 21 Abs. 2 JGG). Für diese aussetzungsfähigen Strafen besteht kein Bedürfnis nach einer konkurrierenden Zurückstellungsnorm im Strafvollstreckungsrecht. Wo die Voraussetzungen einer Strafaussetzung vorliegen, ist die Therapieweisung einer zurückgestellten Freiheitsstrafe vorzuziehen.

#### C.4.2 Kausalzusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Straftat

Die Anwendung der geltenden Therapieregulierungen des BtMG setzt voraus, dass der Täter die Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat. Im Falle der Einführung einer Therapieregulierung für alkoholabhängige Straftäter ist davon auszugehen, dass die Zurückstellung der Strafvollstreckung ebenfalls die Feststellung erfordern würde, dass der Täter die Tat aufgrund einer Alkoholabhängigkeit begangen hat. Die Frage, in welchen Fällen das erkennende Gericht diese Feststellung treffen könnte, also ein unmittelbarer Kausalzusammenhang zwischen Abhängigkeit und Straftat angenommen werden könnte, nahm einem breiten Raum in der Diskussion während der Expertenanhörung ein. Es bestand zunächst Einigkeit darin, dass insoweit eindeutige Feststellungen häufig schwierig sind, da es sich in der Regel um ein komplexes Zusammenwirken mehrerer Delinquenzfaktoren<sup>249</sup> handelt. Ein Teilnehmer schlug vor, einen Zusammenhang anzunehmen, wenn

- das Delikt aus einem tatwirksamen Rauschzustand resultiert oder
- das Delikt der Alkoholbeschaffung dient oder

---

248 Vgl. *Dessecker* (1996, 205 f.) m.w.N.

249 Siehe auch Ausführungen in A.2.5.

- das Delikt Ausfluss einer Persönlichkeitsdepravation nach langjährigem Alkoholismus ist.

Dabei dürfe nicht übersehen werden, dass Alkohol jedenfalls eine Risikovari-able darstelle, die sich in ganz unterschiedlichen Paarkonstellationen bemerkbar machen könne. Bei den drei genannten handele es sich um eher idealtypische Konstellationen, die herauszuarbeiten im Einzelfall recht schwierig sein könnten. Das Kausalitätsprinzip sollte daher nach Meinung einiger Experten in diesem Zusammenhang nicht überbewertet werden. Nach anderer Auffassung sollen in erster Linie alkoholabhängige Verkehrsstraftäter für eine „Zurückstellungslösung“ in Betracht kommen. In diesen Fällen sei der Zusammenhang zwischen Sucht und Straffälligkeit für die Gerichte häufig augenscheinlich. Die Verkehrsstraftäter stellten im Übrigen eine sehr große Teilgruppe innerhalb der Gesamtgruppe der „normalen“ Patienten in den Fachkliniken dar. Eine Richterin vertrat die Auffassung, die Frage des Kausalzusammenhangs sei bei Verurteilungen von bis zu zwei Jahren kein allzu großes Problem. Es ginge dabei im Wesentlichen um Verkehrsdelikte, insbesondere um Trunkenheit im Verkehr, ferner um Eigentums- und leichtere Raubdelikte. Die Frage des Zusammenhangs zwischen Straftat und Alkoholabhängigkeit sei dagegen bei den schwereren Straftaten, dort vor allem bei erheblichen Gewaltdelikten, weit komplizierter. In diesen Fällen, in denen der Täter vor Antragstellung zumindest einen Teil der Strafzeit zu verbüßen hat, könne man daran denken, dass die Zurückstellung der Strafvollstreckung die Zustimmung der Strafvollstreckungskammer voraussetze, die dann mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen – ähnlich wie es § 454 Abs. 2 StPO vorsieht – prüfen müsse, ob der Zurückstellung der Strafvollstreckung die Gefährlichkeit des Täters entgegensteht (s. hierzu auch C.4.4).

Dass die Abhängigkeit von Alkohol wie von illegalen Drogen jedenfalls als gewichtiger Risikofaktor für eine zukünftige straffreie Lebensführung anzusehen ist, wurde von allen Teilnehmern der Anhörung bestätigt. In diesem Sinne könne eine Alkoholtherapie im Rahmen einer Vollstreckungslösung einen Schutzfaktor darstellen. Gerade bei alkoholabhängigen Straftätern scheiterten Resozialisierungsbemühungen häufig an der unbewältigten Suchtproblematik.

Ferner wurde der Vorschlag gemacht, dass die 3 nachfolgend genannte Kriterien kumulativ erfüllt sein müssten, damit die Zurückstellung der Vollstreckung für einen alkoholabhängigen Straftäter, der sich bereits im Vollzug befindet, in Betracht käme:

- Klinische Diagnose einer schon bestehenden oder sich deutlich abzeichnenden Entwicklung zu einer Abhängigkeitserkrankung von Alkohol;
- Die Möglichkeiten des Strafvollzugs lassen eine durchgreifende Verbesserung einschließlich der psychosozialen Reintegration nicht erwarten;

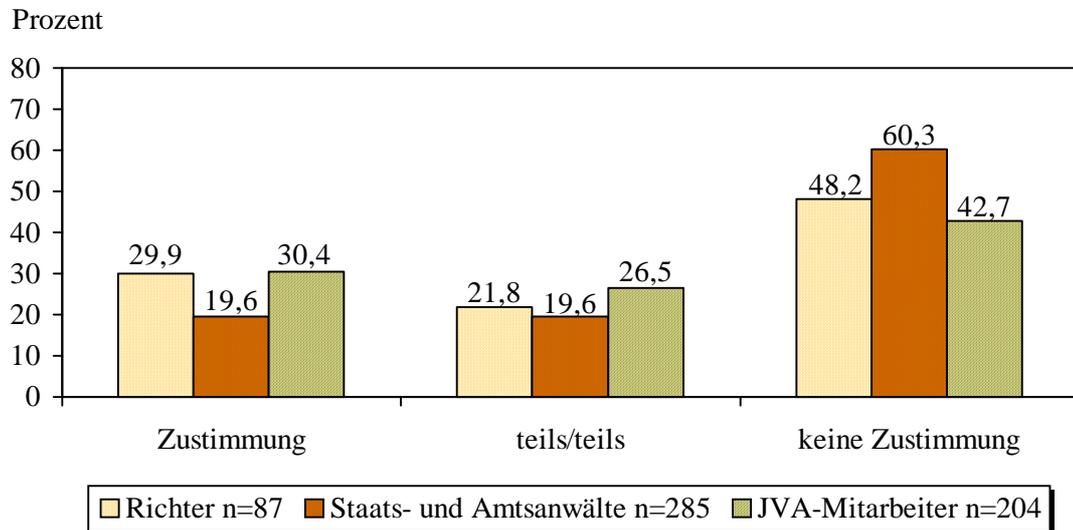
- Die Unterbringung in einer Einrichtung für Alkoholranke ist nicht mit einem unvertretbar hohen Rückfallrisiko verbunden.

Hinsichtlich des dritten Kriteriums müsse eine Gefährlichkeitsprognose Grundlage der Entscheidung sein. Es käme auf die Beurteilung an, ob Straftaten mit einem hohen sozialen Gefährlichkeitsgrad (Gewaltdelikte und Sexualstraftaten) zu befürchten wären, wenn die Strafe zurückgestellt und der Täter in eine Therapieeinrichtung übergeleitet würde. Könne dies verneint werden, sei die stationäre, teilstationäre oder auch ambulante Unterbringung in einer Therapieeinrichtung indiziert.

Die Diskussion hat gezeigt, dass es recht unterschiedliche Vorstellungen im Hinblick auf den Stellenwert und die maßgeblichen Kriterien des Kausalzusammenhangs gibt.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurde daher zunächst einmal die Einstellung der Strafruristen zu der Hypothese erhoben, dass die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen Alkoholabhängigkeit und Straftat im Vergleich zu den BtM-Abhängigen deutlich schwieriger zu fassen ist, da der bloße Umgang mit Alkohol nicht strafbar ist. Dieser Auffassung stimmten etwa die Hälfte der Befragten zu (Richter: 47 %, StA: 53 %); 39 % der Richter und 30 % der Staatsanwälte stimmten nicht zu, der Rest war unentschieden. Damit bestätigen viele der Befragten, dass bei alkoholabhängigen Tätern bei der Anwendung einer analogen Therapieregung eine zusätzliche Schwierigkeit zu bewältigen ist, die bei den Drogenabhängigen jedenfalls nicht in diesem Maße besteht, wenn auch keine einheitliche Betrachtungsweise vorliegt. Ferner wurde gefragt, ob die Alkoholabhängigkeit in jenen Fällen kausal für die zu beurteilende Straftat ist, in denen die Suchterkrankung als primär für die Straffälligkeit anzusehen ist und nicht andere Faktoren (z.B. die Dissozialität des Täters). Dieser Auffassung stimmten mehr als 60 % sowohl der Richter als auch der Staatsanwälte zu, lediglich 17 % der Richter und 10 % der Staatsanwälte lehnten dies ab.

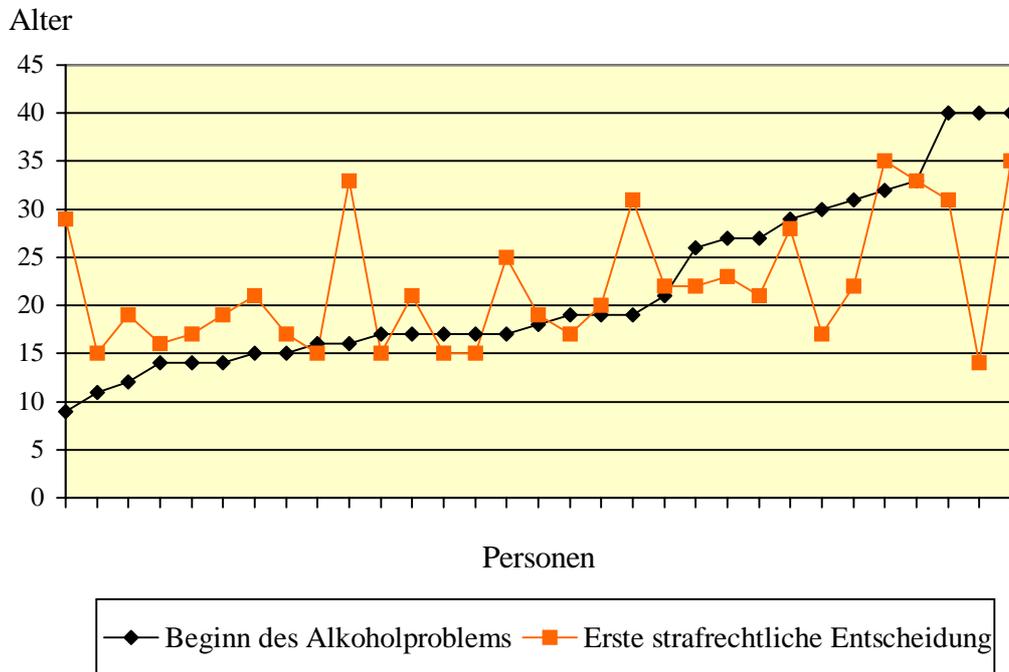
Knapp die Hälfte der Richter, 60 % der Staatsanwälte sowie 43 % der JVA-Mitarbeiter würden die Zurückstellung der Strafvollstreckung nicht befürworten, wenn aufgrund der strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters erkennbar ist, dass er auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigt, selbst wenn der Täter therapiewillig ist (vgl. Abb. 38). Für 30 % der Richter und JVA-Mitarbeiter sowie für 19 % der Staatsanwälte käme dies durchaus in Betracht. Der Schluss, dass diese (beachtliche) Minderheit dem Kausalzusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Straffälligkeit für die Entscheidung, dem Täter „Therapie statt Strafe“ zu ermöglichen, für weniger ausschlaggebend erachtet, liegt nahe.

**Abb. 38: Therapieregung für alkoholabhängige Täter, die auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigen**

Insgesamt zeigt sich in dieser Frage ein doch erheblicher Unterschied zur Betäubungsmittelkriminalität. Zumindest nimmt die Hälfte der befragten Juristen die Kriminalität von Alkoholabhängigen anders wahr und vertritt die Auffassung, dass die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Straffälligkeit bei den zuletzt Genannten deutlich schwieriger ist. Ein Strafrichter hinterließ in dem von ihm ausgefüllten Erhebungsbogen am Rande folgende Notiz: „Anders als bei illegalen Drogen ist der Konsum von Alkohol jederzeit ganz zwanglos möglich.“

Dass die Frage, wie der Kausalzusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und begangener Straftat von den Strafgerichten geprüft werden könnte, durchaus von großer Bedeutung ist, ergibt sich auch aus einem weiteren Ergebnis der Aktenanalyse der 113 alkoholabhängigen Straftäter. Soweit aus den Verfahrensakten ersichtlich wurde, zu welchem Zeitpunkt das Alkoholproblem des Täters begonnen hatte, wurde dies im Erhebungsbogen vermerkt. Ein entsprechendes Datum konnte (leider nur) für 31 Täter notiert werden. Stellt man diesen Zeitpunkt der ersten strafrechtlichen Eintragung im BZR gegenüber, so ergibt sich ein interessantes Bild (vgl. Abb. 39).

**Abb. 39: Entwicklung von Alkoholabhängigkeit und Straffälligkeit (Aktenanalyse) n=31**



Danach war in 14 Fällen der Täter bereits wegen einer Straftat verurteilt worden, als die Alkoholproblematik anfing, in 16 Fällen entwickelte sich zuerst die Alkoholabhängigkeit und in einem Fall traf dies zeitlich genau zusammen. Ferner ist zu erkennen, dass zwischen beiden Zeitpunkten bei manchen Tätern nur eine kurze Zeitspanne liegt, bei anderen viele Jahre vergangen sind (Maximum: 26, Mittelwert: 5,9, Median: 4). Wie die delinquente Entwicklung dieser Täter mit der Suchtproblematik zusammenhängt, kann an dieser Stelle nicht weiter geklärt werden.<sup>250</sup>

#### C.4.3 Notwendigkeit von Sachverständigengutachten

Mit Einführung einer gesetzlichen Therapieregung würde sich die Frage stellen, auf welche Weise der Nachweis geführt werden könnte, dass der Täter alkoholabhängig ist, sowie ferner, dass die Abhängigkeit kausal für die begangene Tat gewesen ist. Die Teilnehmer der Expertenanhörung waren mehrheitlich der Auffassung, dass jene alkoholabhängigen Straftäter am leichtesten erkennbar wären, die bereits mehrere Vorstrafen wegen Delikten haben, die im Zustand erheblicher Trunkenheit (mindestens 2,5 ‰) begangen wurden. Indizien für eine Alkoholabhängigkeit wären auch Kombinationen bestimmter

<sup>250</sup> Dass eine Typologisierung schwierig ist, wurde bereits unter A.2.5 dargelegt.

Delikte wie z.B. Hausfriedensbruch, Sachbeschädigung, Trunkenheit im Verkehr, Zechbetrug, Körperverletzung, Bedrohung, Beleidigung und Ladendiebstahl. Allerdings könnten auch Brüche in über lange Strecken geordnete Lebensläufe mit Alkoholmissbrauch auf eine Alkoholabhängigkeit hindeuten. Die Gerichte seien in vielen Fällen aufgrund objektiver Kriterien (z.B. erhebliche Vorstrafenbelastung im Zusammenhang mit Alkohol) und praktischer Erfahrungen in der Lage, das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit zu erkennen. Auch die Verteidigung werde nach Möglichkeit für entsprechende Nachweise, z.B. durch Vorlage von Arztberichten, sorgen. Es genüge daher, einen Sachverständigen nur im Zweifel mit dieser Frage zu beauftragen. Andernfalls würden die Gerichte und auch die Sachverständigen heillos überlastet.

Hinsichtlich des in Frage stehenden Kausalzusammenhangs meinten die Experten zumeist, die Gerichte könnten immer dann einen Kausalzusammenhang zwischen Abhängigkeit und Straftat annehmen, wenn sie (evtl. sachverständig beraten) hiervon überzeugt sein könnten. Zum Teil wurde befürwortet, dass in jedem Fall ein Sachverständiger in das Strafverfahren einzuschalten wäre, damit nicht dem Zufall überlassen bliebe, welche alkoholauffälligen Täter in den Genuss einer solchen Regelung kämen. Andere Teilnehmer äußerten sich dahingehend, dass in Strafverfahren, in denen weniger schwerwiegende Straftaten verhandelt würden, bei denen ein Strafmaß von nicht mehr als zwei Jahren zu erwarten sei, eine sachverständige Begutachtung nicht erforderlich sein sollte, sofern die Gerichte über genügend Indizien verfügten. Entscheidend sei die Einschaltung eines Gutachters in den Fällen, in denen der Täter relativ schwere Straftaten begangen habe, eine schwere Persönlichkeitsstörung – neben der Alkoholabhängigkeit – vorliege oder Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit einer Therapieüberleitung entgegenstehen könnten. Insoweit könne man einen Katalog von Straftaten zusammenstellen, bei deren Vorliegen die Anwendung einer Zurückstellung der Strafvollstreckung ein entsprechendes sachverständiges Gutachten voraussetzt. Diese Auffassung wurde von der ganz überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer unterstützt.

Der Fragebogen für die Richter und Staatsanwälte enthielt zur Notwendigkeit von Sachverständigengutachten gleich mehrere Thesen. So war von Interesse, ob die Befragten der Meinung sind, dass mit Einführung einer Therapieregung für alkoholabhängige Täter in jedem Strafverfahren, in dem eine Alkoholabhängigkeit des Angeklagten in Betracht käme, zu dieser Frage ein Sachverständigengutachten eingeholt werden müsste. Tatsächlich stimmten dem 40 % der Richter (StA: 35 %) zu, genauso viele stimmten dagegen (StA: 46 %). Entsprechend fand die Aussage, dass ein Gutachter nur im Zweifel bestellt werden müsste, da Gerichte in vielen Fällen aufgrund objektiver Kriterien (z.B. erhebliche Vorstrafen i.V. mit Alkohol) und praktischer Erfahrungen erkennen können, ob eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, bei 39 % der

Richter Zustimmung (StA: 31 %); bei 36 % stieß dies eher auf Ablehnung (StA: 39 %). Recht groß war auch jeweils die Gruppe derjenigen, die „teils/teils“ angaben (25 bzw. 29 %).

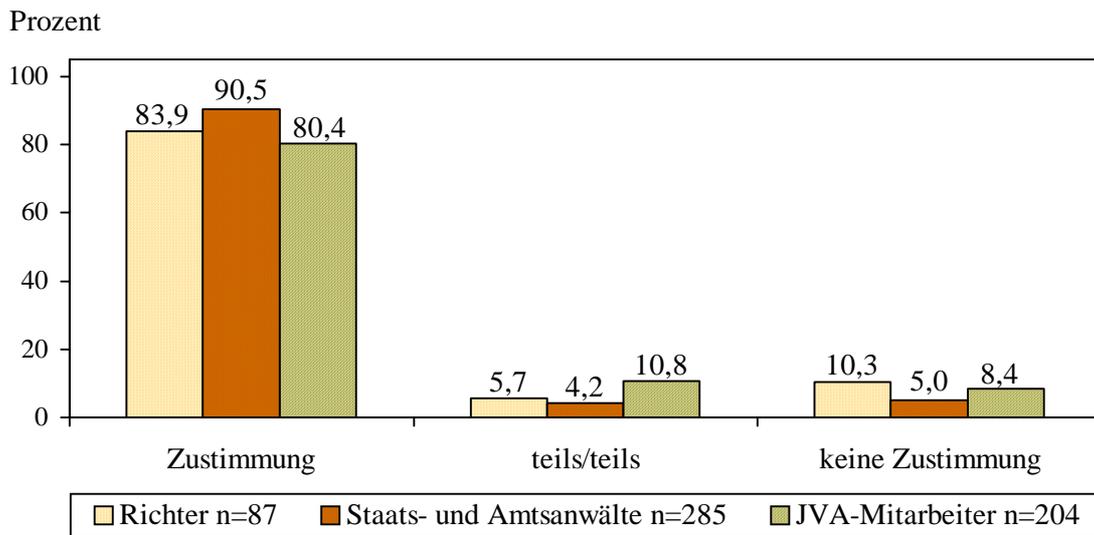
Bei diesem Themenkomplex ist erkennbar, dass recht unterschiedliche Vorstellungen über die inhaltliche Ausgestaltung einer Therapieregung denkbar sind. Auf der einen Seite stehen jene, die den Gerichten die Fähigkeit und die Kompetenz zusprechen, diese Frage in vielen Fällen ohne Mithilfe eines Sachverständigen lösen zu können, und auf der anderen Seite diejenigen, die darin wohl eher eine Kompetenzüberschreitung und Überforderung der Gerichte sehen. Ein hohes Maß an Zustimmung fand die Forderung, dass bei (schweren) Gewaltstraftaten die Feststellung der Alkoholabhängigkeit durch ein Sachverständigengutachten zwingend Voraussetzung für die Anwendung der Therapieregung sein sollte (Richter: 74 %, StA: 79 %). Eine derartige Einschränkung, die von der geltenden Regelung für Drogenabhängige abweicht, würde also von der Strafrechtspraxis gut akzeptiert.

Dass mit Einführung einer Therapieregung für alkoholabhängige Täter hinsichtlich der Frage des Kausalzusammenhangs in jedem Fall ein Sachverständigengutachten eingeholt werden müsste, stieß bei immerhin jedem dritten Richter auf Zustimmung, während dies 55 % von ihnen ablehnten (StA: 23 % vs. 51 %). Dass bei bestimmten (typischen) Straftaten, insbesondere bei Verkehrs-, Eigentums- und leichteren Raubdelikten, das Gericht ohne große Schwierigkeiten selbst feststellen könnte, ob ein Kausalzusammenhang anzunehmen ist, meinte die Mehrheit der Juristen (Richter: 53 %, StA: 61 %). Allerdings lehnte diese Handhabung jeder fünfte Richter ab, jeder vierte kreuzte „teils/teils“ an. Auch hier würde wohl eine vermittelnde Bestimmung am ehesten von der Praxis angenommen, etwa derart, dass bei schweren Gewaltstraftaten durch sachverständiges Gutachten festgestellt werden muss, dass der Täter die Tat aufgrund einer Alkoholabhängigkeit begangen hat, während das Gericht dies in anderen Fällen nur im Zweifel zu veranlassen hat.

Abbildung 40 veranschaulicht die Einstellung der Juristen wie der Angehörigen des Justizvollzugs zur Notwendigkeit einer Gefährlichkeitsprognose durch einen psychiatrischen Sachverständigen bei erheblichen Gewaltstraftätern. Eine große Mehrheit stimmt der Auffassung zu, dass in solchen Fällen eine Zurückstellung der Strafvollstreckung (nach Teilverbüßung) nur dann in Betracht kommen sollte, wenn mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen festgestellt werden kann, dass der Überleitung aus der JVA in eine Therapieeinrichtung nicht die Gefährlichkeit des Täters entgegensteht. Eine derartige gesetzlich festgeschriebene Voraussetzung, die den geltenden Therapieregungen fremd ist, aber im Rahmen der Expertenanhörung als sinnvolle Einschränkung einer entsprechenden Therapieregung für alkoholabhängige Täter angeregt wurde,

würde demnach sowohl in der Strafrechts- als auch in der Vollzugspraxis in hohem Maße akzeptiert.

**Abb. 40: Gefährlichkeitsprognose bei (erheblichen) Gewaltstraf-  
tätern erforderlich**



#### C.4.4 Vertiefte Auseinandersetzung mit der Täterpersönlichkeit

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde von einigen Teilnehmern als notwendige Nebenfolge der Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter festgehalten, dass sich die Prozessbeteiligten insbesondere das erkennende Gericht in den in Frage kommenden Fällen stärker der Erforschung der Persönlichkeit des Täters widmen müssten. Bislang – so die Einschätzung einiger Experten – verursache die mangelhafte Erforschung der Täterpersönlichkeit vor allem in der Strafvollstreckung erhebliche Probleme. Der Umstand, dass das erkennende Gericht nach dem Urteilsspruch mit der Vollstreckung von Geldstrafen und Freiheitsstrafen ohne Bewährung nichts mehr zu tun habe, bewirke, dass die Richter im Regelfall gar nicht erführen, dass die (erneute) Straffälligkeit – jedenfalls mitursächlich – auf ein massives Alkoholproblem zurückzuführen war. Die bisher praktizierte Lösung, therapiewilligen Straftätern über das Gnadenverfahren die Möglichkeit einer Therapie statt Strafe einzuräumen, entbinde das Gericht zu sehr von eigener Verantwortung, indem es die Entscheidung auf die Vollstreckungsbehörde verlagere. Durch eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Regelung würden die erkennenden Gerichte über das Zustimmungserfordernis stärker in den Entscheidungsprozess eingebunden. Ein weiterer Nebeneffekt der Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Regelung könnte sein, dass die

Verteidigung im Rahmen der Hauptverhandlung die Alkoholproblematik ihrer Mandanten viel stärker thematisierten.

Dass auch die große Mehrheit der befragten Richter und Staatsanwälte der Meinung ist, dass sich die Gerichte mit Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung intensiver der Erforschung der Täterpersönlichkeit widmen müssten, wenn eine Alkoholabhängigkeit des Täters in Betracht kommt, wurde bereits dargelegt.<sup>251</sup>

#### *C.4.5 Zuständigkeit des Gerichts des 1. Rechtszuges vs. Vollstreckungskammer*

Die Teilnehmer der Expertenanhörung diskutierten ferner über die Frage, ob es in bestimmten Fällen sinnvoll sein könnte, abweichend von der in § 35 Abs. 1 S. 1 BtMG getroffenen Regelung die Zustimmung der Vollstreckungskammer – anstelle des erkennenden Gerichts – zur Zurückstellung der Strafvollstreckung und Therapieüberleitung vorauszusetzen. Einige befürworteten insoweit eine geteilte Zuständigkeit. Bei Verurteilungen zu einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren solle auf jeden Fall das Gericht des ersten Rechtszuges zuständig sein. Bei hohen Freiheitsstrafen dagegen wären die Strafvollstreckungskammern mehr mit den Verurteilten befasst, da sie von Amts wegen die Aussetzung zum Halbstrafen-Zeitpunkt bzw. nach Verbüßung von zwei Dritteln der Strafe prüften. In diesen Fällen würde der Verurteilte den Zurückstellungsantrag erst irgendwann im Laufe der Strafvollstreckung stellen, nämlich dann, wenn noch ein Strafrest von zwei Jahren vorhanden ist. Zu diesem Zeitpunkt sei es sinnvoll, die Zustimmung der Vollstreckungskammer und nicht des erkennenden Gerichts einzuholen.

#### *C.4.6 Strafmaß, Absehen von der Anklageerhebung, Vorläufige Einstellung*

Denkbar wäre, dass sich die Spruchpraxis der Gerichte infolge der Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für Alkoholabhängige ändern würde, da die Richter versuchen würden, ein Strafmaß zu finden, das es dem behandlungsbedürftigen Verurteilten ermöglicht, sofort oder demnächst nach Teilverbüßung eine Therapie anzutreten. Umgekehrt könnte dies aber auch dazu führen, dass vermehrt Strafen von über zwei Jahren ausgesprochen würden, da ja die Möglichkeit der Zurückstellung der Strafvollstreckung dann bestünde.

Dass die Gerichte für den Fall der Einführung einer Therapieregung vermehrt Strafen von über zwei Jahren verhängen würden und derzeit die 2-Jahresgrenze bisweilen nur deshalb nicht überschreiten, um dem alkoholabhängigen Täter eine Therapiechance im Rahmen der Strafaussetzung zur Bewährung einzu-

---

251 Vgl. Ausführungen in C.3.1.2 (Abb. 27).

räumen, wurde im Rahmen der schriftlichen Befragung eher nicht bestätigt. Die große Mehrheit der befragten Staatsanwälte und Richter lehnten diese Einschätzung eher ab (Staatsanwälte: Zustimmung 23 %, teils/teils 25 %, Ablehnung 52 %; Richter: Zustimmung: 25 %, teils/teils 18 %, Ablehnung 55 %). Immerhin räumte jeder vierte Richter ein, das geeignete Strafmaß auch von solchen Überlegungen abhängig zu machen.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung tendierte die Mehrheit der Juristen hinsichtlich der Frage, ob eine künftige Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter auch das Absehen von der Anklageerhebung (entspr. § 37 Abs. 1 BtMG) sowie die vorläufige Einstellung des Verfahrens nach Anklageerhebung (entspr. § 37 Abs. 2 BtMG) ermöglichen sollte, eher zur Ablehnung. 53 % der Richter und sogar 61 % der Staatsanwälte wären damit eher nicht einverstanden, 40 % der Richter und nur 28 % könnten sich dagegen damit anfreunden. Unklar ist, worauf diese skeptische Haltung der Strafjuristen beruht. Inhaltliche Gründe, die eine Abweichung von der gegenwärtigen Regelung im Betäubungsmittelrecht begründen könnten, sind nicht ohne weiteres ersichtlich. Denkbar ist, dass dieses Ergebnis vielmehr damit zusammenhängt, dass schon die geltenden Bestimmungen in § 37 BtMG in der Praxis wenig beliebt sind und eher selten Anwendung finden<sup>252</sup>.

---

252 Vgl. Körner (2001), § 37 Rn. 2.

## C.5 Kosten und Entlastungseffekte, Therapieangebot

Die Frage, welche Kosten und welche Entlastungseffekte bei Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung insbesondere für die Justiz entstünden, ist nicht zuletzt angesichts knapper Haushaltskassen von zentraler Bedeutung. Es kommt darauf an, welche Ausgaben insgesamt (z.B. Haftkosten) eingespart werden könnten, und welche Aufwendungen (z.B. Kosten der Therapie) die Haushalte der verschiedenen Ressorts (Justiz, Soziales) belasten würden. Die Auseinandersetzung mit der Fragestellung, ob eine den §§ 35 ff. BtMG vergleichbare Regelung für alkoholabhängige Straftäter geschaffen werden sollte, muss sich in Bezug auf die Kosten an denselben Kriterien orientieren wie der Strafvollzug allgemein. Daher ist zunächst zu prüfen, welche Aspekte bei dieser Berechnung zu beachten sind.

### C.5.1 Strafvollzug

Welche Faktoren bestimmen die Kosten des Strafvollzugs? Nach einer Analyse der Finanz- und Rechtspflegestatistiken gab der Bundeshaushalt 2001 Haushaltszuschüsse für den Justizvollzug in Höhe von knapp 2 Milliarden Euro – umgerechnet mehr als 30.000 Euro für jeden Inhaftierten<sup>253</sup>. Bei Ausgaben in einer derartigen Höhe stellt sich die Frage nach einer rationalen Kriminalpolitik, die einen „Trade-off zwischen der Maximierung des gesellschaftlichen Nutzens durch Strafvermeidung und die potentiell abschreckende Wirkung der Freiheitsstrafe einerseits und der Minimierung der gesellschaftlichen Kosten durch Rückfälle sowie betriebliche Kosten in Folge von Überwachung, Gefängnisbau usw. andererseits“<sup>254</sup> gewährleistet.

Eine rein betriebswirtschaftlich orientierte Kostenanalyse greift bei der Evaluation der Effektivität von Strafvollzug und verwandter Maßnahmen zu kurz. Eine rationale Kriminalpolitik muss Kosten und Nutzen einer Maßnahme sorgfältig einander gegenüber stellen. Eine solche Abwägung setzt aber zunächst voraus, dass Kosten und Nutzen identifiziert und entsprechende Faktoren definiert werden. Der Nutzen einer Strafmaßnahme besteht in der Vermeidung von Kriminalität. Ziel des Strafvollzugs ist (auch) die Resozialisierung und Reintegration des Straftäters, der nach Haftentlassung ein Leben in sozialer Verantwortung und ohne weitere Straftaten leben soll (§ 2 StVollzG). Ein Rückfall im Sinne einer erneuten Straftat nach Haftentlassung ist allerdings (auch) Produkt der gewählten Art des Strafvollzugs. Das heißt, es ist davon auszugehen, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit von den gewählten Behandlungsmaßnahmen, von der Betreuung, vom Personaleinsatz und den äußeren Rahmenbedingungen der Unterbringung mitbestimmt wird. Neben dem Ver-

---

253 Vgl. *Entorf* (2004, 128).

254 *Entorf & Meyer* (2004, 130).

such, zukünftiger Kriminalität entgegenzuwirken, gewährleistet der Vollzug aber auch einen direkten Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten; nämlich in Form des so genannten „Ausschaltungseffekts“. Wie *Meyer* ausführt, wirkt der Ausschaltungseffekt für die Zeit, die der Täter im Vollzug verbringt bzw. von der Gesellschaft abgegrenzt ist und keine Möglichkeit hat, eine Straftat zu begehen.<sup>255</sup> Gleichzeitig wird Kriminalität durch Prävention zu verhindern versucht. Dabei wird – basierend auf den sog. Straftheorien<sup>256</sup> – zwischen positiver und negativer Spezialprävention sowie positiver und negativer Generalprävention unterschieden. Die Spezialprävention bezieht sich auf den bereits straffällig gewordenen Täter, der im positiven Sinne durch den Strafvollzug gebessert wird oder im Hinblick auf künftige Straftaten abgeschreckt wird (negative Spezialprävention). Die Generalprävention dagegen richtet ihren Fokus auf die Allgemeinheit, der „Stärkung und Erhalt des allgemeinen Vertrauens in die Durchsetzungskraft der Rechtsordnung bei Anwendung einer Strafmaßnahme“<sup>257</sup> vermittelt wird (positive Generalprävention) bzw. im negativen Sinne der Abschreckung unterliegt.<sup>258</sup>

Eine Aufschlüsselung der Kostenfaktoren setzt eine Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Kosten voraus. Direkte Kosten ergeben sich *Meyer* zufolge aus „den Errichtungsausgaben einer Strafmaßnahme (z.B. Baukosten von Justizvollzugsanstalten oder einmaligen Ausgaben zur Anschaffung der elektronischen Fußfesseln) und den laufenden Ausgaben dieser Maßnahme (wie beispielsweise Personal-, Verpflegungs- oder Instandhaltungsausgaben)“<sup>259</sup> Diese Kosten können – soweit erhoben – in Zahlen aufgeführt werden. Indirekte Kosten entziehen sich der ökonomischen Erfassung. Sie beziehen sich insbesondere auf Rückfälle, die durch den Strafvollzug begünstigt oder sogar verursacht werden.

Sind Kosten und Nutzen als Betrachtungseinheit aufzufassen, so sind mehrere Dimensionen der Kosten-Nutzen-Analyse von Bedeutung. Nach *Entorf & Meyer* lässt sich der Erfolg einer Maßnahme an der Kosten-Nutzen-Differenz ablesen, die sich auf folgende inhaltliche Aspekte bezieht<sup>260</sup>:

**Soziale Kosten-Nutzen-Differenz:** Die soziale Kosten-Nutzen-Differenz rechnet Kosten und Nutzen in der Zeit nach der Strafverbüßung gegeneinander

---

255 *Meyer* (2003, 3).

256 Zu den Strafzwecken allgemein vgl. *Fischer* (2004, § 46 Rn. 2 ff.).

257 *Meyer* (2003, 3).

258 Die sog. Vereinigungstheorie versucht, die verschiedenen Strafzwecke in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Dabei ist oberstes Ziel der angedrohten, aber auch der verhängten Strafe, der Begehung von Rechtsgutsverletzungen entgegenzuwirken (*BVerfGE* 45, 253).

259 *Meyer* (2003, 2).

260 Vgl. *Entorf & Meyer* (2004, 135 f.).

auf. Soziale Kosten sind definiert durch die Wahrscheinlichkeit und das Auftreten eines Rückfalls. Daher ist es notwendig, aufzuschlüsseln, welche Faktoren die Rückfälligkeit beeinflussen. *Entorf & Meyer* benennen als eine der wichtigsten Determinanten die eigentliche Strafform; hinzu kommen die Länge der Haftzeit, Maßnahmen der Rehabilitation, die Wahrscheinlichkeit, am legalen Arbeitsmarkt eine Beschäftigung zu finden, Qualität der Anstaltseinrichtung und des Anstaltspersonals sowie demographische und sozioökonomische Charakteristika des Täters. Der Nutzen einer Strafmaßnahme dagegen richtet sich nach einer erfolgreichen Resozialisierung des Straftäters.

- **Direkte Kosten-Nutzen-Differenz:** Die direkte Kosten-Nutzen-Differenz bezieht sich auf Aspekte, die unmittelbar durch die Haft bedingt sind. Direkte Kosten ergeben sich aus der Einführung einer Strafmaßnahme und den laufenden Ausgaben dieser Maßnahme, die in den Tageshaftkosten pro Strafgefangenen ausgedrückt werden können. Darunter fallen Personalkosten, Kosten für Verpflegung und Instandhaltung, Kosten für sächliche Verwaltungsaufgaben, Investitionen für bauliche Maßnahmen sowie Anschaffungskosten. Allein in Nordrhein-Westfalen hat der Strafvollzug im Haushaltsplan 2001 520 Mio. Euro verschlungen. Dem entgegenzuhalten ist der direkte Nutzen der Haft, der sich durch die vermiedene Kriminalität während der Haftdauer beschreiben lässt (wenn man von Straftaten innerhalb der Haft einmal absieht).
- **Externe Kosten-Nutzen-Differenz:** Hier geht es um generalpräventive Wirkungen; Kosten entstehen dann, wenn der Abschreckungseffekt gegen null konvergiert.

Für die vorliegende Fragestellung ist insbesondere die soziale Kosten-Nutzen-Analyse von Bedeutung, da die Therapie als Alternative zur Strafvollstreckung der Rückfallverhütung und damit einer verbesserten Legalbewährung dienen soll. Der Erfolg einer Strafform oder sonstigen Sanktion ist also abhängig von den zukünftigen Kriminalitätskosten. Diese Kosten resultieren wiederum aus den Behandlungs- und Strafmaßnahmen, die dem Täter angeboten werden. Aus den dargestellten Gründen sind Informationen über die Effektivität von Therapieprogrammen und die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reintegration in die Gesellschaft nach Abschluss einer Therapie erforderlich. Allerdings ist nicht aus den Augen zu verlieren, dass schon für eine rudimentäre Kosten-Nutzen-Analyse häufig die Daten fehlen bzw. nicht alle Kosten und Nutzen in Zahlen ausgedrückt werden können. An vielen Stellen kann nur auf einflussnehmende Faktoren hingewiesen werden, ohne dass ihre finanzielle Größe angegeben werden kann.

### C.5.2 Alkoholtherapie

Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit mit multifaktoriellen Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen. Allein diese Tatsache legt schon nahe, dass ein multidimensionales Behandlungskonzept angewandt werden muss, um Alkoholabhängigkeit erfolgreich zu therapieren. Dabei ist das vorherrschende Ziel, die „Krankheit und ihre körperlichen und psychosozialen Folgen völlig zu beseitigen“<sup>261</sup>. Daneben spielen auch die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen im interpersonalen Kontakt und im Berufs- und Freizeitleben sowie eine Verbesserung der Frustrations- und Affekttoleranz eine entscheidende Rolle im Therapieprogramm. Denn das Endziel einer erfolgreichen Therapie ist dadurch definiert, dass der Abhängige die Fähigkeit entwickelt hat, sein Leben in freier, persönlicher Entscheidung zu gestalten.<sup>262</sup> Auf dem Weg zu diesem Ziel müssen Entscheidungen über Therapieformen getroffen und verschiedene Behandlungsphasen durchlaufen werden, die im Folgenden näher beleuchtet werden sollen. Alsdann sollen die Erfolgsaussichten einer erfolgreichen Therapie für alkoholabhängige Straftäter anhand der Ergebnisse von Therapie- und Suchtforschung abgeschätzt werden. Von Interesse ist ferner, wie die mit dieser Klientel befassten Richter, Staatsanwälte sowie das Justizvollzugspersonal die Effektivität von Alkoholtherapien einschätzen. Es liegt nahe, dass die Akzeptanz (und spätere Anwendung) einer solchen Therapieregung stark davon beeinflusst wird.<sup>263</sup>

#### C.5.2.1 Therapieablauf / Therapieformen

Die unterschiedlichen Formen der Behandlung alkoholbezogener Störungen wurden im Rahmen der Expertenanhörung dargestellt. Die heutige Therapielandschaft bietet für Alkoholabhängige generell die Möglichkeiten der Entgiftungsbehandlung, der Entwöhnungsbehandlung, der Adaption und der Nachsorge. Diese Optionen sind allerdings eher als Abfolge von Behandlungsphasen zu interpretieren, die eine erfolgreiche Therapiemaßnahme umfassen sollte. Die Entgiftungsphase ist immer dann „nötig, wenn mit dem Auftreten von beträchtlichen Entzugserscheinungen und deren Komplikationen gerechnet werden muss“<sup>264</sup>. Inwieweit eine medikamentöse Unterstützung der Entgiftung notwendig und sinnvoll ist, hängt von dem Ausmaß und der Schwere der Entzugserscheinungen ab sowie vom gleichzeitigen Auftreten anderer gesundheitlicher oder psychosozialer Probleme. In der Entwöhnungsphase steht das Ziel im Vordergrund, den Prozess der Abhängigkeit zu unterbrechen, d.h.

---

261 *Feuerlein* (1999, 87).

262 Vgl. *Feuerlein* (1999, 87 f.).

263 Siehe hierzu C.6.

264 *DHS* (1991, 37).

Entwöhnung bezeichnet den eigentlichen psychischen Entzug. Während der Entwöhnungsbehandlung sollen die Ursachen der Abhängigkeit aufgedeckt und bearbeitet werden. Durch Nachreifung der Persönlichkeit, Verantwortungsübernahme, Selbstbehauptung und psychosoziale Anpassung sollen neue Formen des Lebens ohne Alkohol eingeübt werden. Auf die Phase der Entwöhnung sollte möglichst unmittelbar eine intensive Nachsorge und Adaptionsphase folgen, welche die soziale Anpassung und Reintegration in den gesellschaftlichen Alltag begleitet und das Rückfallrisiko auf ein Minimum begrenzt. Aufgabe einer effektiven Nachsorge ist es, die Behandlungserfolge langfristig zu stabilisieren sowie die Persönlichkeitsentwicklung weiterhin zu unterstützen; im Vordergrund steht die Neuorientierung, Erprobung und Festigung gerade erlernter Verhaltensweisen. Damit ist die Nachsorge eine Grundvoraussetzung für eine langfristige Alkoholabstinenz.

Der wesentliche Therapiebestandteil der Entwöhnung kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen. In der Expertenanhörung wurde darauf hingewiesen, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger Kriterien festgelegt haben, nach denen eine ambulante oder stationäre Entwöhnung indiziert ist.<sup>265</sup>

Eine ambulante Entwöhnungsbehandlung ist danach angezeigt, wenn

- die Störung auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet so ausgeprägt ist, dass eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint,
- das soziale Umfeld des Abhängigen noch stabilisierende bzw. unterstützende Funktion hat (u.a. auch stabile Wohnsituation, Unterstützung der Reintegration in das Erwerbsleben),
- erkennbar ist, dass der Betroffene zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplanes fähig ist.

Demgegenüber ist eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu empfehlen, wenn

- schwere Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet bestehen, die eine ambulante Entwöhnung in Frage stellen,
- das soziale Umfeld des Abhängigen keine unterstützende Funktion ausübt,
- der Betroffene beruflich nicht integriert ist und infolgedessen spezieller Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung im stationären Umfeld bedarf.

---

<sup>265</sup> Siehe Anlage 3 zur sog. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, verfügbar unter: [www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf](http://www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf).

Wie *Feuerlein* ausführt, kann die Indikationsstellung zu stationärer oder ambulanter Entwöhnungsbehandlung zusätzlich durch die Analyse von Patientenmerkmalen unterstützt werden. Demnach sprechen für eine stationäre Behandlung die langjährige Dauer der Alkoholabhängigkeit, schwere körperliche und/oder psychische Begleiterkrankungen, schwere soziale Folgeschäden, prämorbidie Störung der Persönlichkeit sowie wiederholte Suizidhandlungen. Eine ambulante Therapie erscheint dagegen Erfolg versprechend, falls es sich um eine Erstbehandlung handelt und gute soziale Einbettung und Kompetenz sowie Therapiemotivation vorhanden ist.<sup>266</sup> Die Kriterien der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger orientieren sich demnach deutlich an günstigen wie hinderlichen Einflussfaktoren auf Seiten des Patienten.

### C.5.2.2 Abstinenz und Legalbewährung

Eine den §§ 35 ff. BtMG nachgebildete Regelung würde sowohl therapeutische Ziele verfolgen als auch die Verbesserung der Legalbewährung beabsichtigen. Um beurteilen zu können, ob und wie weit diese Ziele realistisch sind, werden nicht nur die Ergebnisse der Therapie- und Suchtforschung aus freien Behandlungseinrichtungen dargestellt, sondern auch die vorliegenden Erkenntnisse zur Effektivität des Maßregelvollzugs im Hinblick auf erneuten Missbrauch von Alkohol und Legalbewährung. Schließlich werden noch die Ergebnisse zur Effektivität der Therapiebestimmungen des Betäubungsmittelrechts herangezogen.

#### C.5.2.2.1 Effektivität von Alkoholtherapien

Die meisten empirischen Arbeiten zum Rückfallgeschehen entstanden erst in den 80er Jahren und erschienen überwiegend in der englischsprachigen Fachliteratur. Inzwischen besteht international ein fundierter Erfahrungs- und Wissensbestand aufgrund katamnestischer Untersuchungen. Die dort berichteten Erfolgsquoten variieren allerdings stark. Nach *Rink* umfasst die Spannweite Erfolgsquoten zwischen 10 % und 80 %<sup>267</sup>; dementsprechend bestehen große Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Abstinenzquoten. Diese Schwierigkeit wird unter anderem dadurch verschärft, dass Uneinigkeit über die Definition einer erfolgreichen Therapiebehandlung herrscht. Im Hinblick auf Alkoholabhängigkeit wird heute noch die lebenslange Abstinenz als „klassisches Ziel“ angestrebt. Damit korrespondiert das im professionellen Behandlungssystem vorherrschende Verständnis des Alkoholorückfalls, der dann vorliegt, wenn ein „trockener“ Alkoholiker nach einer Phase völliger Abstinenz eine

---

266 *Feuerlein* (1999, 94).

267 *Rink* (1984, 103 ff.).

beliebige Menge Alkohol zu sich nimmt (sog. „enge Rückfalldefinition“) <sup>268</sup>. Demgegenüber steht der Versuch einer differenzierteren Kategorisierung innerhalb der Alkoholismusforschung; hier werden nahezu immer mehr als zwei Kategorien des Trinkverhaltens (abstinent versus rückfällig) unterschieden und „weite Rückfalldefinitionen“ herangezogen, nach denen mäßiges, gebessertes oder kontrolliertes Trinken nicht unter Rückfälligkeit eingestuft werden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Festlegung dessen, was als kontrolliertes, unproblematisches, normales oder moderates Trinken gilt, zum Teil erhebliche Unterschiede aufweist. Zum anderen werden neben dem Trinkverhalten noch eine Reihe anderer Erfolgskriterien herangezogen, darunter die Beziehung zu Familienmitgliedern und Freunden, die finanzielle und wohnliche Situation, der Stimmungszustand und die Inanspruchnahme weiterer Behandlungsangebote. <sup>269</sup> Unterschiedliche Untersuchungsergebnisse sind also häufig ein Produkt unterschiedlicher Erfolgsdefinition und nicht etwa tatsächlicher Ergebnisunterschiede.

Nach einer Analyse von 265 vorwiegend US-amerikanischen Studien geht *Emrick* <sup>270</sup> davon aus, dass im Anschluss an eine Alkoholtherapie längerfristig (d.h. mindestens 2 Jahre) etwa ein Drittel der ehemals Alkoholabhängigen abstinent lebt. Ein Drittel ist als nicht abstinent, aber gebessert einzustufen und ein weiteres Drittel reduziert seinen Alkoholkonsum nicht oder steigert ihn sogar. *Küfner et al.* <sup>271</sup> zeigten in ihrer aufwändigen Katamnesestudie, dass die durchschnittliche Abstinenzquote in Deutschland sogar noch optimistischer einzuschätzen ist. In den ersten 6 Monaten nach der Entlassung aus stationärer Therapie bleiben nach Angaben der Autoren 66,9 % der Expatienten abstinent, nach 18 Monaten sind es 53,2 % und nach 4 Jahren immerhin noch 46,4 %. In der meta-analytischen Zusammenfassung von *Süß* <sup>272</sup> ergibt sich eine durchschnittliche Abstinenzquote pro Untersuchung von 35 %. Diese Quote ist als untere Grenze der Abstinenzquoten anzusehen, da bei dieser Analyse alle fehlenden Daten i.S. eines Rückfalls interpretiert wurden. Der Metaanalyse zufolge weisen ambulante Therapien nur geringfügig niedrigere Besserungsraten als stationäre Therapien auf. Dass die Erfolge stationärer und ambulanter Behandlungen zur Rezidivprophylaxe schwer zu vergleichen sind, da die behandelten Patienten hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung nicht zu vergleichen sind, gibt *Mann* zu bedenken. Wird der Schweregrad be-

---

268 Vgl. *Körkel & Lauer* (1988, 11).

269 Vgl. *Körkel & Lauer* (1988, 19).

270 *Emrick* (1974, 523 ff.).

271 *Küfner et al.* (1988, 157 ff.).

272 *Süß* (1995, 248 ff.).

rücksichtigt, zeigt sich – jedenfalls für schwer Abhängige – nach wie vor eine Überlegenheit der stationären Behandlung.<sup>273</sup>

Im Vergleich zu den Therapieerfolgen wird die Spontanremissionsrate für Abstinenz und Besserung auf etwa 19 % geschätzt. Dementsprechend gilt zusammenfassend die Wirksamkeit von Therapien als nachgewiesen.

Auch in Bezug auf einen Therapieerfolg im Maßregelvollzug lassen sich wenig eindeutige Aussagen treffen. In den achtziger Jahren war die Unterbringung – insbesondere von Drogenabhängigen – in Einrichtungen des Maßregelvollzugs als Zwangstherapie verschrien und wurde als ineffizient beklagt. Dieser Befund gilt inzwischen als widerlegt.<sup>274</sup> In einer noch recht aktuellen Veröffentlichung stellt *Pfaff*<sup>275</sup> katamnestiche Daten über eine Gruppe von 41 Alkoholtätern dar; zwei Jahre nach Abschluss der Therapiemaßnahme wurden 37 % der ehemaligen Patienten als suchtmittelabstinent eingeschätzt. In einer empirischen Studie der KrimZ wurde bei alkoholabhängigen Straftätern in zwei Dritteln der Fälle ein erneuter Suchtmittelkonsum registriert.<sup>276</sup>

Zusammenfassend ist einzuräumen, dass die empirische Überprüfung von Behandlungserfolgen recht unterschiedliche Ergebnisse zu Tage bringt, zumal die vorhandenen Studien auf uneinheitliche Definitionen von Erfolgskriterien und Beobachtungszeiträumen zurückgreifen. Die Therapieeffizienz hängt nicht zuletzt von der Auswahl der Patienten ab sowie davon, welcher Stellenwert anderen Erfolgsparametern neben der Abstinenz eingeräumt wird. Die professionelle Therapie von Alkoholabhängigen ist jedoch – bei aller Vorsicht bezüglich der Aussagekraft von Effektivitätsmessungen – erfolgreicher als ihr Ruf. *Schalast* und *Küfner* stimmen darin überein, dass die Alkoholismustherapie im Vergleich zur professionellen Behandlung von Drogenabhängigen sogar mehr Aussicht auf Erfolg hat.<sup>277</sup>

#### C.5.2.2.2 Ergebnisse zur Legalbewährung

Für den Erfolg oder Misserfolg der Alkoholtherapie spielt neben der Behandlung der Abhängigkeit der Aspekt der Legalbewährung die entscheidende Rolle. Für die Beurteilung einer strafrechtlichen Sanktion sind erneute Straftaten daher der zentrale Gesichtspunkt. Die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Regelung für alkoholabhängige Täter würde sich nachgerade verbieten, wenn man davon ausgehen müsste, dass eine Verbesserung

---

273 Vgl. *Mann* (1999, 493).

274 So zuletzt *Duncker* (2004, 35); vgl. auch *von der Haar* (2002, 145 ff.).

275 *Pfaff* (1998 568 ff.).

276 Vgl. *Dessecker* (1996, 186 ff.).

277 *Schalast* (2000a, 39) ; *Küfner* (1997, 201).

der Legalbewährung nicht zu erwarten ist, sich die Rückfallgefahr in der Therapie womöglich eher noch erhöht. Daher werden im Folgenden einige Ergebnisse von Legalbewährungsstudien vorgestellt, die im Hinblick auf die Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Täter eine gewisse Prognose erlauben.

In einer (allerdings schon weit zurückliegenden) Untersuchung zur Effektivität des Maßregelvollzugs von *Penner* wurden – bei uneinheitlicher Beobachtungszeit – in 27 % der Fälle neue Straftaten bekannt.<sup>278</sup> Im Rahmen einer niedersächsischen Katamnese von *Koch* wurden laut Angaben der Führungsaufsichtsstelle bei einer mittleren Beobachtungszeit von 2,5 Jahren wesentlich mehr, nämlich 69 % der ehemaligen Maßregelpatienten erneut straffällig.<sup>279</sup> Schenkt man einer jüngeren Studie nach *Pfaff* Glauben, ist davon auszugehen, dass 63 % der Maßregelpatienten innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren nicht durch erneute Straftaten auffallen.<sup>280</sup> Auch *Dessecker* berichtete, dass 57 % der Probanden nicht wieder strafrechtlich in Erscheinung getreten sind.<sup>281</sup> Aktuell berichten *Schläfke et al.*, dass es trotz positiver Veränderungen in der Effektivität des Maßregelvollzugs schwierig ist, Patienten erfolgreich aus der psychiatrischen wie Entziehungsmaßregel zu rehabilitieren und zu entlassen. Umfangreiche Studien zur Effektivität fehlen – nach wie vor – wie in der allgemeinen Psychotherapie.<sup>282</sup>

Vergleicht man die verfügbaren Ergebnisse zur Legalbewährung nach Aufenthalt im Maßregelvollzug mit den Angaben über aus dem Regelvollzug entlassene Strafgefangene, so zeigen sich nach den allgemeinen Kriterien vergleichsweise günstige Rückfallquoten für die Maßregelpatienten. Doch lässt sich diese Einschätzung nicht durch empirische Untersuchungsergebnisse stützen; unmittelbare Vergleiche sind aus methodischen Gründen nicht möglich. Allerdings darf gesagt werden, dass Erfolge bei der Suchttherapie auch im Maßregelvollzug möglich sind.

Heranzuziehen sind ferner die Ergebnisse zu den geltenden Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts im Hinblick auf die Legalbewährung. Ein Vergleich mit den Erfolgsaussichten bei der Therapie von Betäubungsmittelabhängigen liegt jedenfalls nahe.

---

278 Zit. nach *Dessecker* (2000, 192).

279 S. Fn. 278.

280 *Pfaff* (1998, 568 ff.).

281 *Dessecker* (1996 190 ff.).

282 *Schläfke et al.* (2005, 293).

Nach einer Implementationsstudie von *Kurze*<sup>283</sup> zu den Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts ist davon auszugehen, dass innerhalb der ersten 5 Jahre nach der Zurückstellung der Strafvollstreckung lediglich 25 % der Täter strafrechtlich unauffällig bleiben. *Kurze* kommt im Hinblick auf die Effizienz der §§ 35 ff. BtMG zu folgendem Fazit: „Die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse lässt zwar den Schluss zu, dass es allgemein sehr schwierig zu sein scheint, allein mit einer therapeutischen Behandlung dauerhafte Erfolge auch im Hinblick auf die Legalbewährung zu erreichen. Vergleicht man die Ergebnisse freilich mit denen anderer Rückfalluntersuchungen, so heben sich die Ergebnisse der hier untersuchten Drogenabhängigen allerdings nicht negativ ab.“ Dementsprechend vertritt die Mehrheit der Stimmen in der Fachliteratur die Auffassung, dass sich die Therapiebestimmungen des Betäubungsmittelrechts bewährt haben.<sup>284</sup>

### C.5.2.3 Einschätzung der Erfolgsaussichten

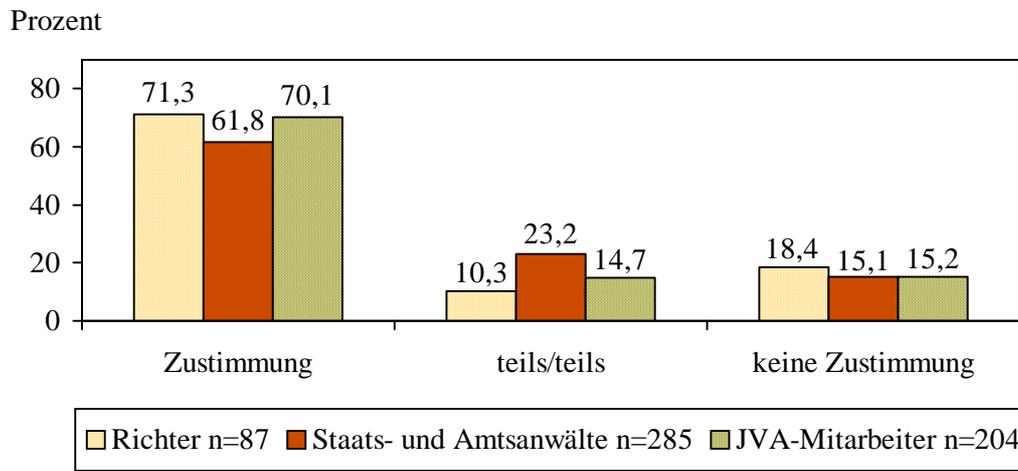
Die Frage, ob die Erfolge der geltenden Therapiebestimmungen auf die Alkoholabhängigen ohne weiteres übertragbar sind, bleibt offen. Interessant ist, wie die Erfolgsaussichten einer analogen Therapiebestimmung für alkoholabhängige Täter in der Praxis eingeschätzt werden, inwieweit einer solchen Regelung Potential im Hinblick auf die Rückfallverhütung und damit Kriminalitätsreduktion zugetraut wird.

Im Zuge der Befragung der Vertreter der Strafrechtspraxis und des Strafvollzugs ergab sich eine weitgehend homogene Einschätzung der Thesen zur Rückfallverhütung. Etwa zwei Drittel der Befragten stimmten der These zu, dass die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe sinnvoll wäre. Auch bei den Staatsanwälten, die der These am skeptischsten gegenüber standen, stimmten noch 61 % der Aussage zu (vgl. Abb. 41).

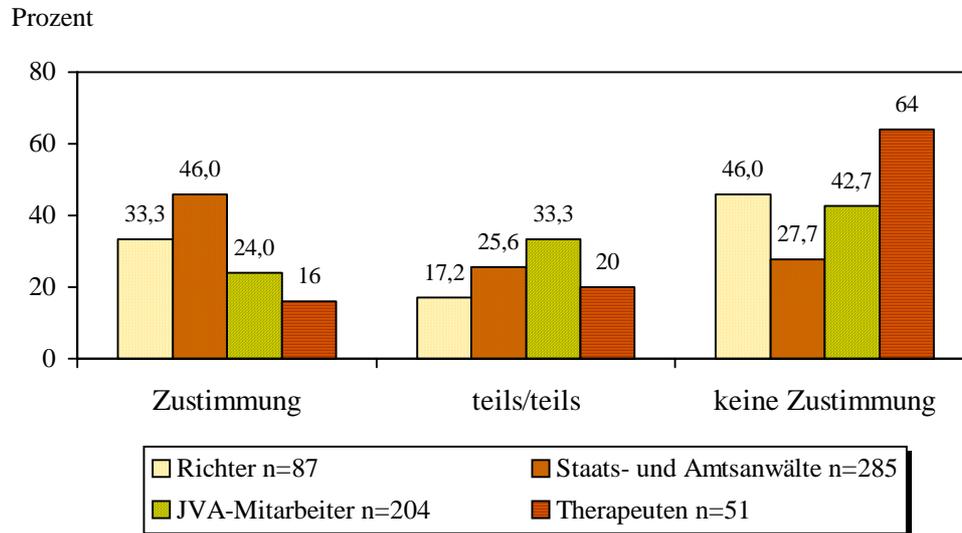
---

283 Vgl. *Kurze* (1994, 262 ff.).

284 Vgl. *Körner* (2001, § 35 Rn. 26).

**Abb. 41: Analoge Therapieregung wäre sinnvoll zur Rückfallverhütung**

Allerdings zeigte sich bei der Auswertung, dass die Erfolgsaussichten einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter insgesamt sehr heterogen eingeschätzt werden. 46 % der befragten Staatsanwälte nehmen an, dass einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter nur geringe Erfolgsaussichten im Sinne von Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung einzuräumen sind; dieser Aussage stimmen immerhin auch 24 % der Justizvollzugsmitarbeiter und 33 % der Richter zu. Umgekehrt halten 46 % der Richter eine gesetzliche Therapieregung für Erfolg versprechend, ebenso 43 % des Vollzugspersonals. Dieser Ansicht können sich aber nur 28 % der Staatsanwälte anschließen. Abbildung 42 veranschaulicht die Heterogenität der Einstellung zu diesem Item. Tendenziell sprechen die befragten Richter einer gesetzlichen Therapieregung eher positive Erfolgsaussichten zu, Staatsanwälte dagegen beurteilen dies eher pessimistisch. Am besten fiel die Beurteilung der Erfolgsaussichten bei den befragten Therapeuten aus: 64 % lehnten die These ab, dass einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter nur geringe Erfolgsaussichten in Hinblick auf Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung einzuräumen sind. Etwa 16 % der Therapeuten haben der These (eher) zugestimmt; 20 % waren hier geteilter Meinung.

**Abb. 42: Geringe Erfolgsaussichten i.S.v. Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung**

Dieser Befund hat sicherlich auch mit dem unterschiedlichen beruflichen Verständnis der Befragten in Bezug auf die Suchtproblematik zu tun. So ist der Umstand, dass im Anschluss an eine Suchtbehandlung (generell) mit erneutem Alkohol- oder Drogenkonsum eher zu rechnen ist als mit dauerhafter Abstinenz, dass also Rückfälle den Regelfall und nicht die Ausnahme darstellen<sup>285</sup>, für den Therapeuten geradezu selbstverständlich. Es ist daher gut möglich, dass allein Wertungsunterschiede die recht unterschiedlichen Zahlen begründen. Die Therapeuten wurden darüber hinaus auch gebeten, einen Vergleich zur Behandlung Drogenabhängiger anzustellen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Erfolgsaussichten einer den §§ 35 ff BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter im Vergleich zu den Aussichten drogenabhängiger Täter von 48 % der Therapeuten für mindestens genauso gut gehalten werden; 52 % vermuten sogar bessere Erfolgsquoten.

Es darf daher aus wissenschaftlicher Sicht vermutet werden, dass eine Zurückstellung der Strafvollstreckung zum Zweck einer Alkoholtherapie durchaus annehmbare Erfolge zeigen würde.

<sup>285</sup> Körkel (2005, 307).

### C.5.3 Therapieeinrichtungen

Vor der Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter ist auch zu bedenken, welche Therapieeinrichtungen für die Durchführung der Alkoholtherapien in Frage kämen und ferner, ob diese Einrichtungen auch zur Aufnahme dieser Klientel bereit sind und Kapazitäten zur Verfügung hätten. Bezüglich der Therapieeinrichtungen bietet sich der Blick in die geltenden Therapiebestimmungen des Betäubungsmittelrechts an. So ist in § 35 Abs. 1 BtMG bestimmt, dass sich der Verurteilte einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung unterzieht. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben (§ 35 Abs. 1 S. 2). Inzwischen ist die Therapie in einer staatlich anerkannten Einrichtung zum Regelfall geworden; zumeist bevorzugen Drogenabhängige eine – stationäre – Langzeittherapie in einer entsprechenden Einrichtung.<sup>286</sup> In Listen der Länder werden die staatlich anerkannten Einrichtungen aufgeführt; die Anerkennung können sowohl stationäre als auch ambulante Programme erlangen.<sup>287</sup>

Allerdings wurde im Rahmen der Expertenanhörung darauf hingewiesen, dass differenzierte Untersuchungen zum Erfolg von Suchttherapie ergeben hätten, dass bei Patienten mit eher ungünstigen Prognosen und deutlichen sozialen Einbußen längere stationäre Behandlungszeiten sinnvoll sind. Für einige alkoholabhängige Straftäter kämen daher auch Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 39 BSHG in Betracht, z.B. Wohnheime zur längerfristigen Betreuung Suchtkranker mit einem milieuthérapeutischen Schwerpunkt. Voraussetzung wäre, dass der Patient in der Lage sei, dies als Lebensform für eine gewisse Zeit zu akzeptieren und sich anzupassen. Für einen anderen Teil der Betroffenen wäre ein Behandlungssetting, vergleichbar mit modernen Drogen Therapieeinrichtungen, also überschaubare therapeutische Gemeinschaften mit längeren Behandlungszeiten, erforderlich. Klienten mit einer stärker ausgeprägten Persönlichkeitsstörung, die weniger gruppenfähig seien, nicht gut vertrauen könnten, gerieten unter Umständen sehr unter Druck in Behandlungsgruppen, die sehr offen sind. Sie bräuchten ein Therapieangebot mit mehr stützenden Elementen, daneben Fertigkeitentraining, in dem das Umgehen mit bestimmten schwierigen Situation geübt werden könne (z.B. Umgang mit Behörden, Umgang mit Konflikten im persönlichen Bereich).

Grundsätzlich kommen auch im Rahmen einer analogen Regelung für alkoholabhängige Täter alle Therapieeinrichtungen in Betracht, die Programme zur Bekämpfung der Alkoholabhängigkeit anbieten.

---

286 Körner (2001, § 35 Rn. 84 f.).

287 Körner, a.a.O.

In Deutschland existiert ein breites Spektrum ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfeangebote für Suchtkranke. Hilfesuchenden Abhängigkeitskranken stehen in ganz Deutschland nach einer Analyse der Hessischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren aus dem Jahr 2001 1.390 Beratungs- und Behandlungsstellen der Basisversorgung zur Verfügung, ferner 14.550 stationäre Therapieplätze, 200 Einrichtungen mit 6200 Plätzen, die Entzug und Entzugsmotivation anbieten, sowie 269 Einrichtungen mit Angeboten der ambulanten Rehabilitation.<sup>288</sup>

### C.5.3.1 Therapieplatzangebot

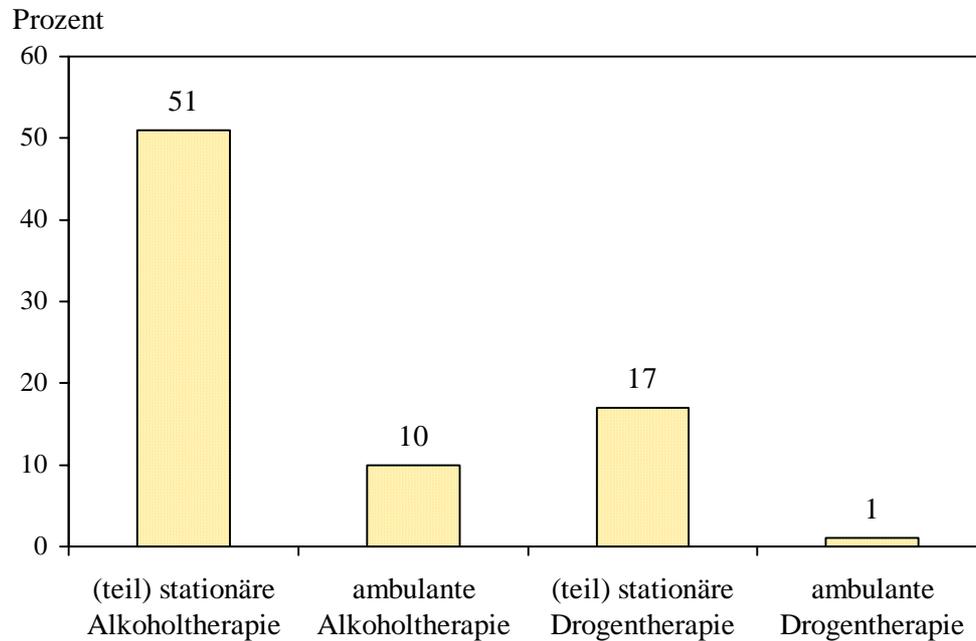
Da das Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Umfrage die (auch) stationäre Behandlung alkoholabhängiger Patienten war, bieten alle 51 in die Befragung einbezogenen Therapiezentren stationäre und teilstationäre Alkoholtherapie an. Im Durchschnitt stehen derzeit je Einrichtung 53 Plätze (SD 27,64) für stationäre Maßnahmen zur Verfügung. Im Jahr 2003 konnten so im Mittel 283 Patienten (SD 302,35) betreut werden, wobei der Range von 4 bis 1666 aufgenommenen Patienten reicht. Schließt man aus der Berechnung diejenigen Anstalten aus, die in ihren Angaben nicht zwischen einer Entgiftung und einer Entwöhnungsbehandlung differenziert haben, so variiert die Anzahl aufgenommener Patienten zwischen 4 und 800 mit einem Durchschnitt von 219 Aufnahmen.

Ambulante therapeutische Maßnahmen können zusätzlich in etwa jeder Fünften dieser Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Die Kapazitäten liegen bei ca. 12 Plätzen (SD 7,79) mit einer minimalen Aufnahme von 2 und einer maximalen Aufnahme von 20 Patienten. Entsprechend dem eingeschränkten Angebot ambulanter Maßnahmen sind im Jahr 2003 auch nur durchschnittlich 41 (SD 34,18) Patienten pro anbietender Anstalt in dieser Form behandelt worden.

17 der 51 an der Umfrage beteiligten Anstalten bieten neben einer Alkoholtherapie auch eine stationäre Drogentherapie an, wobei im Mittel 28 Plätze (SD 18,58) belegt werden können. Im Jahr 2003 konnten diese Anstalten im Mittel 126 drogenabhängige Patienten (SD 109,10) betreuen. Nur bei einer Therapieeinrichtung kann zudem auf eine ambulante Drogentherapie zurückgegriffen werden (vgl. Abb. 43).

---

288 DHS (2000, 141); Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2002).

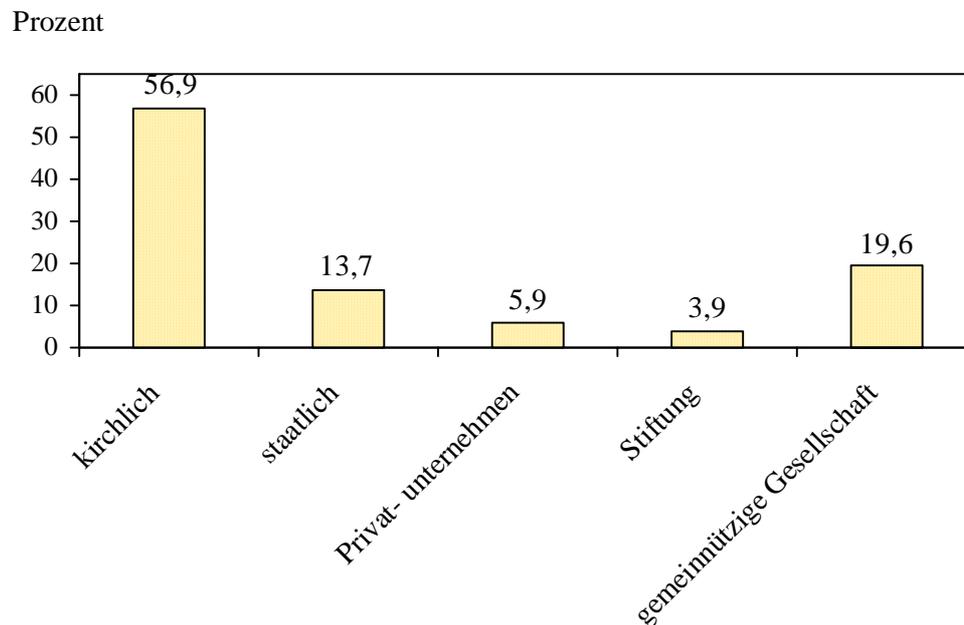
**Abb. 43: Therapieangebot der befragten Einrichtungen**

13 der 51 Einrichtungen haben bereits Erfahrungen mit alkoholabhängigen Patienten, die straffällig wurden und aufgrund richterlicher Weisung eingewiesen sind. In Abhängigkeit von der Größe und Art der Anstalt liegt der Prozentsatz dieser Klientel bei 6-52 %. Genaue Aussagen über mögliche Kriterien und Regelungen bei der Aufnahme von justiziell zugewiesenen Patienten können nicht getroffen werden. Nur eine Einrichtung hat in der ambulanten Betreuung justiziell eingewiesene Patienten betreut.

Ca. 35 % der Therapieeinrichtungen behandeln auch drogenabhängige Patienten, deren Strafvollstreckung gemäß §§ 35 ff. BtMG zurückgestellt ist. Diese werden in das bestehende therapeutische Angebot integriert.

Die an der Umfrage beteiligten Einrichtungen befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft. Ca. 57 % und damit die Mehrheit werden kirchlich, d.h. von den jeweils zuständigen Diakonien unterstützt. Ca. 14 % befinden sich in staatlicher Trägerschaft, 6 % werden über Privatunternehmen – meist medizinisch-gesundheitlicher Ausrichtung – finanziert, weitere 4 % über Stiftungen. Knapp 20 % der Einrichtungen haben die Form gemeinnütziger Gesellschaften oder Vereine (vgl. Abb. 44).

**Abb. 44: Trägerschaft der befragten Therapieeinrichtungen**



Kosten, Kapazität und die Anzahl justiziell zugewiesener Patienten hängt nicht von der Art der Trägerschaft der Einrichtung ab.

### C.5.3.2 Aufnahmebereitschaft

77 % der befragten Therapieeinrichtungen sind grundsätzlich an der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter im Rahmen einer zu §§ 35 ff. BtMG analogen Regelung interessiert. Ohne die vorhandenen Kapazitäten auszuweiten, könnten jährlich im Durchschnitt 21 Patienten (SD 18,627) aufgenommen werden. Allerdings schwanken die Aufnahmemöglichkeiten von einem Minimum von 4 Patienten bis zu einem Maximum von 100 Patienten in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung. 90 % der aufnahmebereiten Therapieeinrichtungen würden die Möglichkeit einer stationären Alkoholentwöhnung bie-

ten. Diese würde in die bereits bestehenden Therapieangebote integriert; Länge und Dauer würde sich an den bereits angewandten Konzepten orientieren. Die stationäre Alkoholtherapie dauert danach im Durchschnitt 16 Wochen (SD 2,38); die ambulante Behandlung von alkoholabhängigen Straftätern käme überhaupt nur für 5 der befragten Anstalten prinzipiell in Frage; die Kapazität wäre auf ein Minimum von durchschnittlich 4 Klienten beschränkt bei einer geschätzten Dauer von 36 Wochen (SD 18,47).

Die Auswertung hat ergeben, dass die Aufnahmebereitschaft der Therapieeinrichtungen nicht davon abhängt, inwieweit eine analoge Regelung für sinnvoll angesehen wird. Eine zu diesem Zwecke durchgeführte Regressionsrechnung ergab keine signifikanten Einflussfaktoren.

Jedoch ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anerkennung und Aufnahme drogenabhängiger Straftäter und der Aufnahmebereitschaft für alkoholabhängige Straftäter erkennen ( $r=.410$ ,  $p=.01$ ).

Insgesamt ist daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, dass sich die Aufnahmebereitschaft der befragten Therapieeinrichtungen weniger nach persönlichen Einstellungen und Meinungen richtet, sondern mehr an den Rahmenbedingungen der Einrichtung selbst orientiert ist. Vorhandene Aufnahmekapazität und Belegungsausnutzung scheinen die vorrangigen Argumente für die Zustimmung zu einer Aufnahme alkoholabhängiger Straftäter zu sein.

Nach dieser Umfrage ist davon auszugehen, dass bei einer Hochrechnung unter Berücksichtigung der sonstigen in Frage kommenden (ambulanten) Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, die an der Umfrage nicht beteiligt waren, auch ohne Ausweitung der vorhandenen Kapazitäten relativ problemlos 1.000 Alkoholabhängigen ein Therapieplatz vermittelt werden könnte.

### C.5.3.3 Bedenken gegen die Nutzung vorhandenen Therapieplätze

Einige Therapeuten haben die Sorge ausgedrückt, dass eine Öffnung der Einrichtung für alkoholabhängige Strafgefangene eine Stigmatisierung der Einrichtung zur Folge haben könnte. Befürchtungen bezüglich der gesellschaftlichen Wahrnehmung bei der Ablehnung alkoholabhängiger Straftäter spielen allerdings insgesamt eine eher untergeordnete Rolle. Ein schon gewichtigeres Argument ist die zumeist eingeschränkte Aufnahmekapazität in die Therapiemaßnahme. Die nicht aufnahmebereiten Anstalten haben keine ausreichenden finanziellen wie personellen Möglichkeiten, um weitere Abhängige zu versorgen. Abgesehen davon sind die Einrichtungen häufig nicht auf die besonderen Sicherheitsvorschriften für Strafgefangene vorbereitet. Es wurde ferner zu bedenken gegeben, dass spezielle Therapiekonzepte nötig wären, die neben der Entwöhnung auch den Zusammenhang zwischen der Abhängigkeit und der Straffälligkeit aufdecken und aufarbeiten müssten.

Daneben lehnten einige (wenige) Therapieeinrichtungen aber auch sehr generell alkoholabhängige Strafgefangene aufgrund der Vermutung fehlender Therapiemotivation ab. Diese Einrichtungen schätzen aufgrund langjähriger Erfahrung mit Patienten, die eine Therapie aufgrund von richterlichen Weisungen angetreten haben, die Erfolgsaussichten eher ungünstig ein. Stattdessen legen die ablehnend eingestellten Einrichtungen sehr viel Wert auf eine intrinsische Therapiemotivation. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass vor allem die derzeitigen räumlichen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen eine Aufnahme alkoholabhängiger Strafgefangener in die bestehenden Therapieeinrichtungen behindern könnten. Daneben stellen sich Fragen nach ausreichender Motivation und persönlichem Engagement auf Seiten der möglichen Klientel.

#### C.5.3.4 Anmerkungen und Vorschläge der Therapeuten

Im Folgenden sollen einige Anregungen aufgegriffen werden, die aus Sicht der Therapeuten in Bezug auf die Fragestellung zudem eine Rolle spielen.

Ein Therapieantritt aus dem Motiv der Haftvermeidung und der Wahl des „leichteren Wegs“, so sind sich die Therapieeinrichtungen einig, könnte zu Schwierigkeiten bei der Durchführung und dem erfolgreichen Abschluss einer Therapiemaßnahme führen. Allerdings herrscht Uneinigkeit darüber, inwieweit bereits bei Therapieantritt eine intrinsische Krankheitseinsicht sowie eine intrinsische Motivation zur Therapie vorliegen muss. In Bezug auf diese Frage teilen sich die Einrichtungen in zwei Lager. Nicht bestritten wird von beiden Seiten, dass Freiwilligkeit und Eigenmotivation die Erfolgchancen einer Therapie erhöhen. Einige weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine extrinsische Motivation ohnehin in den meisten Fällen üblich sei – Auflagen des Arbeitgebers, Druck der Familie oder des Beziehungspartners; der Erfolg einer therapeutischen Maßnahme sei wegen fehlender Anfangsmotivation aber keinesfalls gefährdet. Zudem seien justiziell veranlasste Therapien in der Praxis längst nicht mehr ungewöhnlich. Um dem (alleinigen) Motiv der Haftvermeidung entgegenzuwirken, favorisieren mehrere Einrichtungen die Kombination aus Haft und Therapie, z.B. die Vermittlung eines Alkoholabhängigen in Therapie zum Zwei-Drittel-Zeitpunkt nach Teilverbüßung. Auch die richterliche Weisung an den Verurteilten, während der Bewährung eine Entziehungskur durchzuführen, wird für sinnvoll erachtet.

Eine weitere Überlegung ist, bereits in den Justizvollzugsanstalten Gesprächs- und Behandlungsgruppen anzubieten, die suchtspezifisch und auf den Aufbau von Motivation ausgerichtet sind; die Teilnahme an einer solchen anstaltsinternen Maßnahme könnte dann in die eigentliche Therapiemaßnahme überleiten. Eine ambulante Therapie halten die meisten Einrichtungen bei der zur Diskussion stehenden Personengruppe für nicht angemessen, zum einen auf-

grund von Sicherheitsaspekten, zum anderen aber auch aus therapeutischen Gründen; soziales Lernen sei im ambulanten Setting in einem sehr viel geringerem Umfang möglich.

Analog zu der gängigen Praxis bei drogenabhängigen Straftätern, die eine Therapie im Rahmen der Regelungen des Betäubungsmittelrechts durchführen, würden einige Einrichtungen den Anteil der alkoholabhängigen Straftäter pro Therapiegruppe begrenzen. Bei dieser Überlegung spielt vor allem der Wunsch nach Wahrung einer positiven Therapieatmosphäre eine Rolle.

Zusammenfassend kristallisieren sich zwei Themenbereiche heraus, die für die Therapieeinrichtungen von Bedeutung sind. Ein Themenkreis bezieht sich auf die Frage der Therapiemotivation, der in starker Abhängigkeit zum jeweiligen Therapiekonzept steht. Ein zweiter Aspekt beschäftigt sich mit der Möglichkeit einer effektiven Verzahnung von Justiz und Therapieeinrichtungen. In diesem Zusammenhang wird auch die konkrete Ausgestaltung einer Therapieregelung für Alkoholabhängige eine maßgebliche Bedeutung haben.

#### *C.5.4 Kosteneinschätzung*

##### *C.5.4.1 Therapiekosten*

Im Rahmen der Expertenanhörung berichtete der Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, dass die Tagessätze hinsichtlich der stationären Behandlung zwischen 85,00 € und 105,00 € schwanken, wobei die Kosten in Abhängigkeit vom jeweiligen Therapiemodell variieren, welches auf 8, 12 oder in der Mehrzahl auf 16 Wochen ausgelegt sein kann. Die Pflegesätze für die Adaption, die bei Alkoholabhängigen etwa 12 Wochen in Anspruch nimmt, lägen zwischen 60,00 € und 70,00 € pro Tag.

Bei den befragten Therapieeinrichtungen liegt der durchschnittliche Tagessatz einer stationären Alkoholtherapie bei ca. 95 €. Die Spannweite der Kosten ist durch ein Minimum von 69,00 € und ein Maximum von 148,16 € definiert. Für eine ambulante Alkoholtherapie fällt bei den ausgewählten Einrichtungen ein Kostensatz von durchschnittlich ca. 52 € an. Ein Vergleich der Kosten zwischen Alkoholtherapie und Drogentherapie stützt sich auf eine Stichprobe von 16 Einrichtungen. Hier liegen die durchschnittlichen Kosten einer stationären Drogentherapie bei ca. 106 €. Im Vergleich der Tagessätze ist die stationäre Alkoholtherapie also tendenziell günstiger als die Drogentherapie.

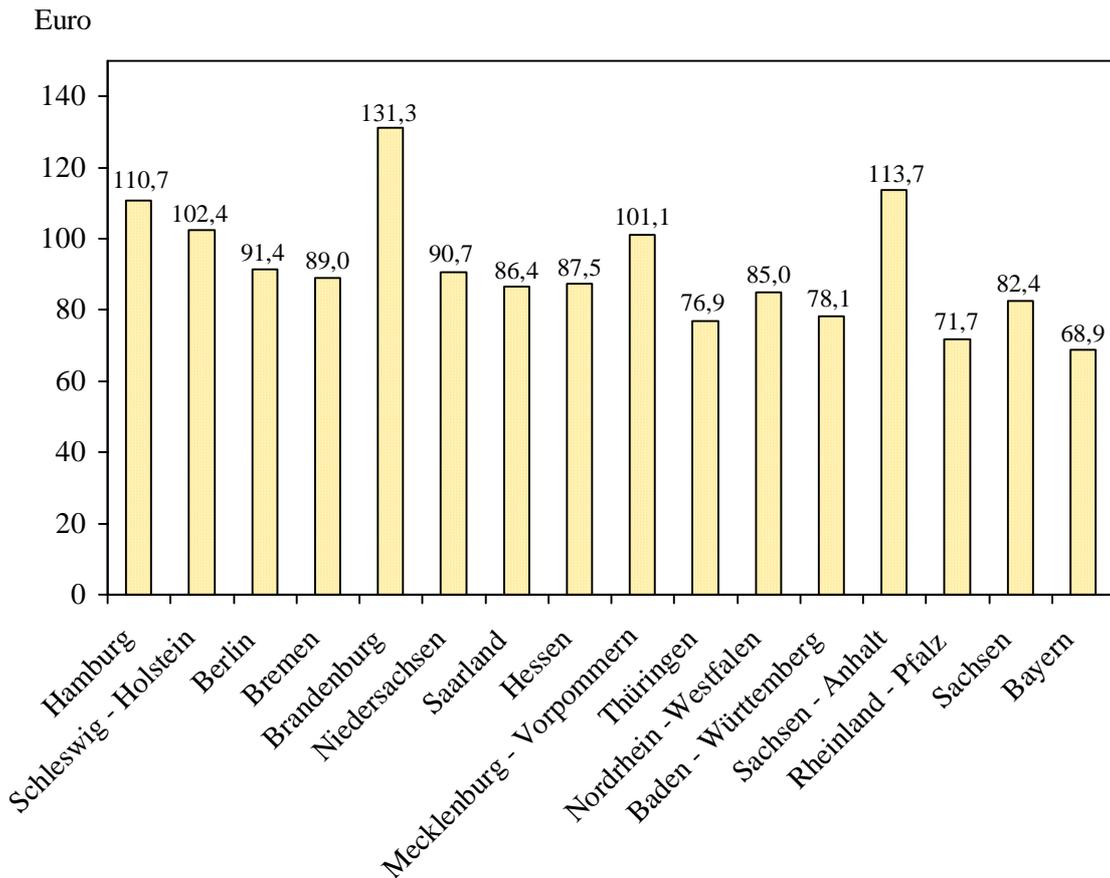
Zusammenfassend wird festgestellt, dass bei der stationären Alkoholtherapie der Tagessatz ca. 95 € beträgt. Die Kosten der Therapie im Rahmen einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Therapieregelung würde sich nach Auskunft der Therapeuten von dem allgemeinen Tagessatz nicht unterscheiden. Demnach würde bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von 16 Wochen Kosten in Höhe von etwa 10.600 € entstehen.

## C.5.4.2 Haftkosten

Die durchschnittlichen Haftkosten pro Tag und Insasse werden über die Justizministerien der Länder nach Angaben der jeweiligen Justizvollzugsanstalten berechnet. „Dazu werden sämtliche Einnahmen der Justizvollzugsanstalten von den gesamten anfallenden Kosten der Justizvollzugsanstalten abgezogen. Diese Differenz wird auf die gesamten Hafttage unabhängig von der Deliktsart verteilt.“<sup>289</sup> Die Berechnung der Tageshaftkosten erfolgt für alle Landesjustizverwaltungen verbindlich nach einem bundeseinheitlichen Schema.

Nach der Analyse der Kosten durch das Institut für Volkswirtschaftslehre Darmstadt<sup>290</sup> variieren die Tageshaftkosten innerhalb der Bundesländer zwischen 68,94 € und 131,31 €, die durchschnittlichen Haftkosten belaufen sich auf 91,71 € (Abb. 45).

**Abb. 45: Tageshaftkosten der Bundesländer 2001 in Euro nach Berechnungen der Justizministerien**



289 Meyer (2003, 3).

290 Meyer (2003, 9 ff.).

### C.5.4.3 Einsparpotential

Nach Ansicht der Experten kann mit der Einführung einer Zurückstellungslösung für alkoholabhängige Straftäter ein Entlastungseffekt für den Justizvollzug in dem Umfang erwartet werden, in dem verurteilte Abhängige sofort in eine Therapieeinrichtung vermittelt werden könnten, die Haftzeit also entweder gänzlich vermieden oder durch Therapievermittlung aus der Justizvollzugsanstalt heraus reduziert würde. Wie viele Hafttage pro Jahr eingespart werden könnten, hängt dabei von der konkreten juristischen Ausgestaltung einer Therapieregung ab, also letztlich davon, welche abhängigen Straftäter von einer Zurückstellungslösung profitieren würden. So wurde bei der Anhörung von mehreren Experten die Einbeziehung jener Täter, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen, stark befürwortet; dies würde angesichts der hohen Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in dieser Gruppe von Tätern auch für eine erhebliche zusätzliche Entlastung sorgen.

Gegenwärtig beschränkt sich § 35 BtMG auf die Verurteilung zu Freiheitsstrafe; die Verurteilung zu Geldstrafe ermöglicht die Anwendung des § 35 ff. BtMG auch dann nicht, wenn der verurteilte drogenabhängige Täter die Geldstrafe nicht zahlen kann und die Vollstreckung der Ersatzfreiheitsstrafe ansteht.<sup>291</sup> In solchen Fällen kommt nur die Anwendung des § 459f StPO in Betracht. Danach kann das Gericht anordnen, dass die Vollstreckung der Ersatzfreiheitsstrafe unterbleibt, wenn die Vollstreckung für den Verurteilten eine unbillige Härte wäre.

Die Experten wiesen darauf hin, dass durch eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Regelung einige Anstalten wesentlich stärker entlastet werden würden als andere, da die Distribution suchtkranker Straftäter durchaus verschieden sei. Dass der Justizvollzug durch eine solche Bestimmung jedenfalls in einem gewissen Umfang Einspareffekte erwarten kann, darüber waren sich die Teilnehmer der Expertenanhörung einig.

Hinsichtlich des volkswirtschaftlichen Nutzens, der sich infolge der Einführung einer Regelung der §§ 35 ff. BtMG für alkoholabhängige Straftäter ergeben könnte, ist in der Anhörung auf die Ergebnisse einer Katamnese der LVA Westfalen verwiesen worden, die den Erfolg von Entwöhnungsbehandlungen aus Sicht der Rentenversicherung zum Untersuchungsgegenstand hatte. Als erfolgreich behandelt im volkswirtschaftlichen Sinne gilt, wer dem Arbeitsmarkt grundsätzlich wieder zur Verfügung steht, auch wenn er im therapeutischen Sinne rückfällig geworden sein mag. In die Untersuchung einbezogen waren 3.000 alkoholabhängige Versicherte, die im Jahr 1998 aus einer westfälischen Entwöhnungseinrichtung entlassen wurden. Von diesen ehemaligen Patienten waren zu Beginn des Jahres 2002 70 % beschäftigt, arbeitslos ge-

---

291 Vgl. Körner (2001, § 35 Rn. 62).

meldet oder aus Gründen arbeitsunfähig, die in keinem Zusammenhang zur Alkoholabhängigkeit standen. Dementsprechend ist die Durchführung einer Therapie generell auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten sinnvoll. Zu Bedenken ist sicherlich auch der Einfluss einer Therapieregung für alkoholkrank Straftäter in Hinblick auf die Entlastung der Krankenkassen. Die Folgekosten, die sich jährlich durch die gesundheitlichen Konsequenzen des Alkoholkonsums summieren, belaufen sich auf ca. 20 Milliarden Euro.<sup>292</sup> Eine erfolgreiche Alkoholtherapie würde sich auch in diesem Sektor (in geringem Umfang) positiv auswirken können.

Ausgehend von den o.g. durchschnittlichen Tagessätzen (Therapie/Vollzug) lässt sich schlussfolgern, dass die Einführung einer Zurückstellungslösung jedenfalls eine kostenneutrale Maßnahme ist; die Behandlungskosten im Zuge einer Alkoholtherapie übersteigen die Kosten des Strafvollzugs nur unwesentlich. Im schlimmsten Falle, also bei Misslingen der Therapie und Widerruf der Zurückstellungsentscheidung, müsste der Verurteilte wieder zurück in den Vollzug. Da die Zeiten der Therapie (unabhängig vom Erfolg) in jedem Fall auf die Straftat angerechnet werden, wäre die Therapieregung allenfalls geringfügig teurer. (Dass verschiedene Ressorts für Therapie- bzw. Haftkosten aufkommen, wird hier im Sinne einer Gesamtbilanz außer Acht gelassen.) Im positiven Fall, wenn es nicht zu einem Widerruf der Zurückstellungsentscheidung käme, wären angesichts der viel kürzeren Dauer der Therapie erhebliche Einsparungen möglich.

In welcher Höhe könnten Einsparungen auf Seiten der Justiz insgesamt erwartet werden? Die Befragung der Justiz zu möglichen Entlastungseffekten der Justiz ergab im Hinblick auf das angenommene Rückfallrisiko ein heterogenes Bild. Lediglich 24 bis 30 % stimmten der These zu, dass das Rückfallrisiko bei therapierten Straftätern nur unwesentlich sinken würde, so dass auf der Justizseite hierdurch keine nennenswerten Einspareffekte entstünden. Demgegenüber stehen 37 % bis 55 % der Befragten, die durchaus Einsparpotential auf Grund einer Kriminalitätsreduktion sehen (Abbildung 46).

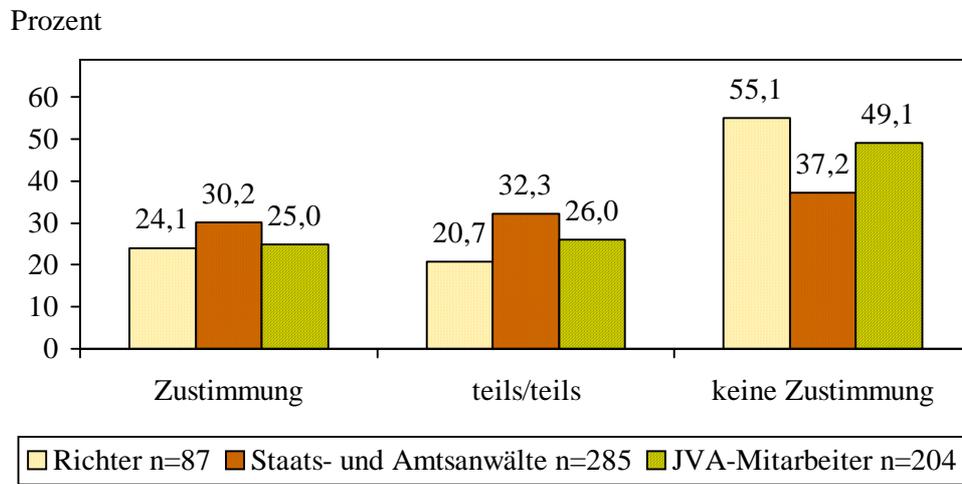
Dass die Mehrheit eine analoge Therapieregung unter dem Aspekt der Rückfallprophylaxe durchaus sinnvoll findet, wurde bereits dargelegt.<sup>293</sup> Damit verbundene Einsparungen werden allerdings weit skeptischer beurteilt.

Insgesamt kann nicht abgeschätzt werden, in welcher Höhe Einspareffekte auf Grund einer Kriminalitätsreduktion erzielt werden könnten.

---

292 Hessische Landestelle gegen die Suchtgefahren (2002): Stand September 2002.

293 Siehe C.5.2.3 (Abb. 41).

**Abb. 46: Keine Einspareffekte durch geringeres Rückfallrisiko**

Die Mehrheit der Experten wies im Rahmen der Anhörung darauf hin, dass den Einspareffekten in der Strafvollstreckung vor allem höhere Kosten in Ermittlungs- und Erkenntnisverfahren durch die häufigere Heranziehung von psychiatrischen Sachverständigen gegenüber stünden. Die erkennenden Gerichte müssten die Frage der Alkoholabhängigkeit gründlicher erforschen, was in vielen Fällen nur durch geschulte psychiatrisch-psychologische Fachleute möglich sei.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Richter und Staatsanwälte teilten diese Ansicht. Lediglich 15 % der Richter und nur 9 % der Staatsanwälte stimmen dieser vermeintlichen Folge eher nicht oder überhaupt nicht zu. Insgesamt betrachtet gehen nur 18 % der Richter und 4 % der Staatsanwälte von einer Entlastung des Justizhaushaltes aus, wohingegen 60 % der Richter sowie 70 % der Staatsanwälte einen Kostenzuwachs auf Seiten der Justiz für eher wahrscheinlich halten.

### C.5.5 Kostenträger

Die Möglichkeiten der Finanzierung einer Therapie für alkoholabhängige Straftäter ergeben sich aus dem Sozialrecht. Danach kommen grundsätzlich verschiedene Leistungsträger in Betracht, nämlich die Krankenkassen, die Rentenversicherung und die Träger der Sozialhilfe. Leistungen der Kranken- und Rentenversicherung setzen jeweils voraus, dass die abhängigkeitskranke Person versichert ist. Die Träger der Sozialhilfe sind für solche Personen zuständig, die nicht entweder selbst erwerbsfähig oder Angehörige einer erwerbsfähigen Person sind.

Die Abgrenzung der Zuständigkeiten von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern bestimmt sich nach der Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“) aus dem Jahr 2001.<sup>294</sup> Diese Vereinbarung gilt für alle stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, also gleichermaßen für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Personen. Sie betrifft ambulante und stationäre Entwöhnungs- und Entzugsbehandlungen und wird durch mehrere Anlagen ergänzt, die etwa die Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung dieser medizinischen Leistungen festlegen. Die Begriffe „Entwöhnung“ und „Rehabilitation“ werden als Synonyme gebraucht.

Für die Bewilligung von Entzugsbehandlungen mit dem Ziel, die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen, sind nach der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ ausschließlich die Krankenkassen zuständig. Ein Leistungsanspruch setzt allerdings voraus, dass die betroffene Person krankenversichert ist (§ 27 Abs. 1 SGB V). Eine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung besteht nicht nur für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sondern auch für Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 SGB V). Die subsidiäre Zuständigkeit der Sozialhilfe wird vor allem dann relevant, wenn mangels Erwerbsfähigkeit kein Arbeitslosengeld II gezahlt wird.

Die ambulante Entwöhnung umfasst im Wesentlichen therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, die stationäre Form dagegen das gesamte Therapiepektrum einschließlich Unterkunft und Verpflegung. Kriterien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation ergeben sich aus Anlage 3 zur Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“. Eine ambulante Rehabilitation soll danach vorrangig erfolgen, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, weil das soziale Umfeld der abhängigkeitskranken

---

<sup>294</sup> Es handelt sich um eine Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger vom 4. Mai 2001 (verfügbar unter [http://www.vdak.de/abhaengigkeits\\_ve.htm](http://www.vdak.de/abhaengigkeits_ve.htm) am 26. Oktober 2005).

Person eine unterstützende oder stabilisierende Wirkung entfaltet und zumindest keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den Therapieverlauf erwarten lässt, eine stabile Wohnsituation in der Nähe einer ambulanten Einrichtung besteht und darüber hinaus die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans erkennbar ist. Bei der hier zu betrachtenden Klientel dürfte eine stationäre Behandlung meist näher liegen.

Für die Bewilligung ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlungen ist nach der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ in erster Linie der Rentenversicherungsträger zuständig. Die Rentenversicherung tritt in Leistung, wenn die allgemeinen Voraussetzungen einer Rehabilitation nach §§ 9-16 SGB VI vorliegen. Das bedeutet, dass die betroffene Person rentenversichert sein muss, ihre Erwerbsfähigkeit gemindert oder erheblich gefährdet ist, dieser Zustand durch die Leistung gebessert oder eine Verschlechterung vermieden werden kann (§ 10 SGB VI) und die allgemeinen Voraussetzungen von Leistungen zur Teilhabe vorliegen (§ 11 Abs. 1 SGB VI), also entweder die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist oder bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gezahlt wird. Andernfalls ist eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse im Rahmen einer Leistung zur Rehabilitation gewährleistet, wenn ein Versicherungsverhältnis besteht und die Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 40 SGB V). Zum Kreis der Versicherten gilt das bereits Gesagte; eine gesetzliche Krankenversicherung besteht auch für Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 SGB V). Schließlich gilt auch hier eine subsidiäre Zuständigkeit der Sozialhilfe, wenn weder eine Kostenübernahme durch die Rentenversicherung noch durch die Krankenversicherung erfolgt, aber ein Anspruch auf Sozialhilfe (§ 17 SGB XII) besteht; diese betrifft vor allem Personen, welche mangels Erwerbsfähigkeit kein Arbeitslosengeld II erhalten.

Die Praxis der Kostentragung wird von den Experten in der durchgeführten Befragung widerspiegelt. Die Nachsorge soll nach Expertenmeinung von demjenigen Versicherungsträger finanziert werden, der die Kosten der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung bewilligt und gezahlt hat. Der Sozialhilfeträger komme auch hier nur dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend für die Kosten auf.

## C.6 Einstellungen zu „Therapie statt Strafe“

Von zentraler Bedeutung ist schließlich die Frage, inwieweit die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Therapieregulierung für alkoholabhängige Straftäter von Vertretern der Justiz, des Strafvollzug sowie von Therapieeinrichtungen insgesamt befürwortet wird und damit eine Chance auf praktische Umsetzung hat. Es liegt nahe, dass die Beurteilung dieser Frage auch davon abhängt, ob sich aus Sicht der genannten Berufsgruppen die schon seit langem angewandten Regelungen für drogenabhängige Straftäter in der Praxis bewährt haben.

### C.6.1 Akzeptanz der Therapiebestimmungen des Betäubungsmittelrechts

Im Rahmen der Expertenanhörung wurde dies eindeutig bejaht und die Wirkungsmechanismen der §§ 35 ff. BtMG beleuchtet. Die Erfolgsgeschichte der Therapieregulungen des BtMG sei dabei vor allem auf folgende Faktoren zurückzuführen:

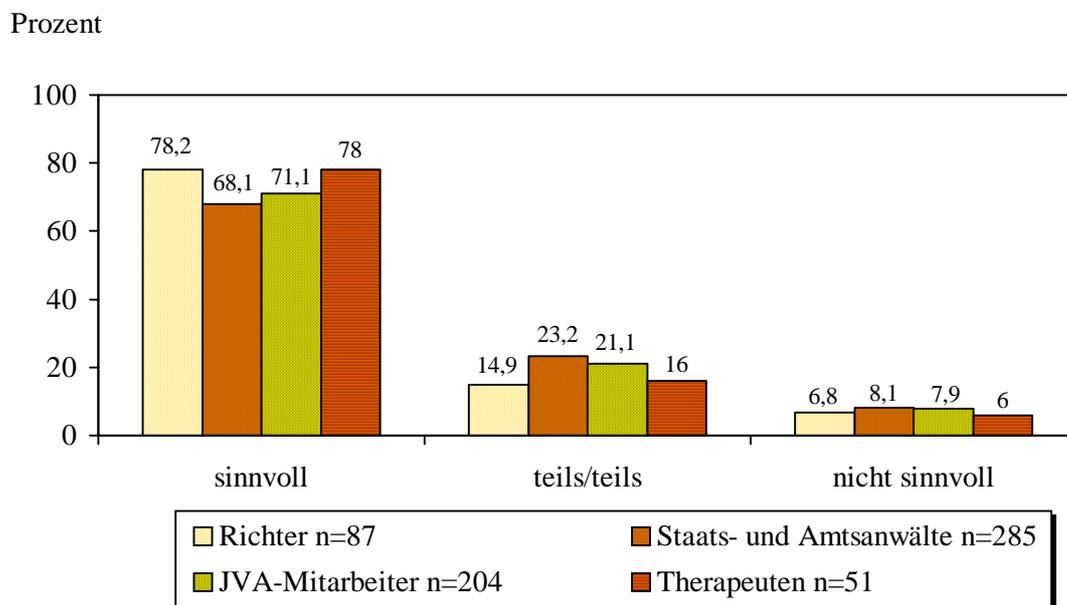
- differenzierte Therapiemodelle: Obwohl der Gesetzgeber – zumindest in der ursprünglichen Fassung des Jahres 1981 – mit den Therapieregulungen des BtMG eine Präferenz zugunsten der stationären Langzeittherapie erkennen ließ, räumte er dennoch mit den Formulierungen des § 36 BtMG „Nischen“ für andere Behandlungs- oder Therapieformen ein. Dieser Umstand hat es der Praxis ermöglicht, sich schrittweise mit den Regelungen auseinander zu setzen und die gewonnenen Erfahrungen in neue Therapiekonzepte einfließen zu lassen.
- zunehmend therapiefreundliche Haltung durch die Rechtsfortbildung: Strittige Fragen zu den Therapieregulungen des BtMG erfuhren durch gerichtliche Entscheidungen eine Klärung. Die Rechtsprechung hat dabei einer zunehmend therapiefreundlichen Haltung Geltung verschafft, die durch gesetzliche Änderungen zusätzlich Auftrieb erhielt. Aufgrund dessen konnte nicht nur vermehrt, sondern auch nach Behandlungsmodellen differenziert zurückgestellt werden.
- staatliche Anerkennung von Therapieeinrichtungen: Durch die Schaffung eines Prädikats zur „staatlichen Anerkennung“ wurden Qualitätsstandards in der Behandlung etabliert. Ferner schuf das Prädikat Rechtssicherheit, dass die Prämissen der Strafverfolgung von den Einrichtungen anerkannt wurden und damit potenzielle Streitigkeiten zu Lasten der Klientel weitgehend vermieden werden konnten.
- formaler Kriterienkatalog für die Antragbearbeitung: Die „Zurückstellungslösung“ verdankt ihre heutige Bedeutung nicht zuletzt dem Umstand,

dass die Strafverfolgungsbehörden einen solchen Antrag auf der Basis formal zu prüfender Voraussetzungen (z.B. schriftliche Antragstellung, Kostenzusage, Therapieplatzzusage) genehmigen und dabei nicht die Motivation der Antragsteller überprüfen müssen.

- Akzeptanz durch die Anrechnung von Therapiezeiten auf Strafhaft: Die weitreichenden Anrechnungsmöglichkeiten von Therapiezeiten auf die Strafhaft verhalten den Therapieregeln des BtMG auf Seiten der Antragsteller zu hoher Akzeptanz. Die Teilnehmer des Kolloquiums waren sich darin einig, dass die Erfahrungen gezeigt haben, dass justizieller Druck, verknüpft mit Anreizen für die Betroffenen, durchaus in der Lage sein kann, Haltequoten und Erfolgchancen suchtmittelabhängiger Straftäter in bzw. nach therapeutischer Behandlung positiv zu beeinflussen.

Auch im Rahmen der schriftlichen Befragung hat sich bestätigt, dass die geltenden Therapievorschriften für drogenabhängige Täter von einer breiten Mehrheit aller Befragten – unabhängig von der Profession – für sinnvoll gehalten werden (Abb. 47).

**Abb. 47: Akzeptanz der geltenden Therapieregeln nach Berufsgruppen**



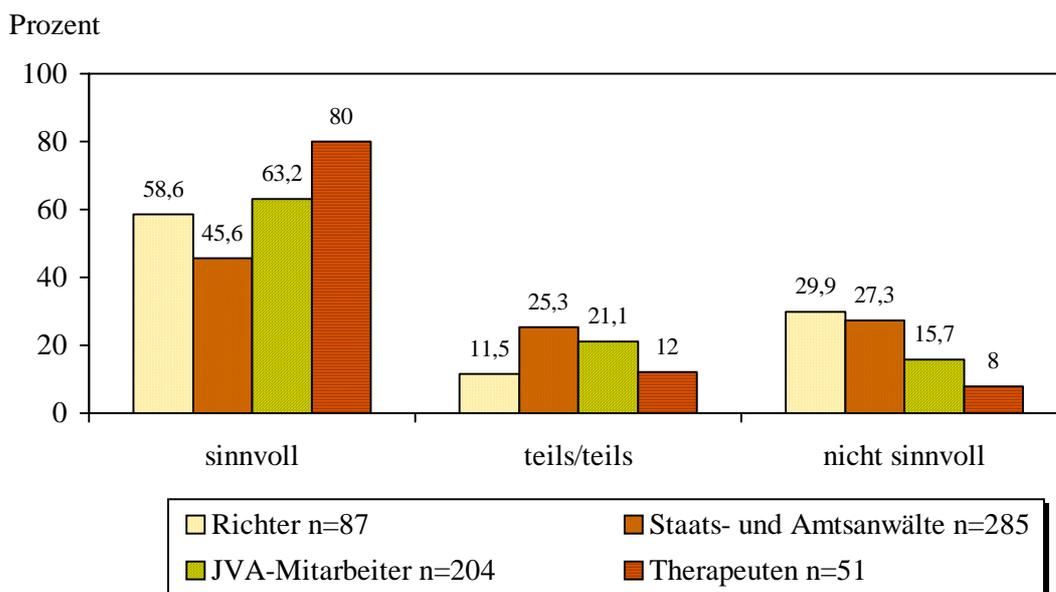
### C.6.2 Akzeptanz einer entsprechenden Therapieregung für alkoholabhängige Täter

Ob und inwieweit die Erfolge der geltenden Therapiebestimmungen des Betäubungsmittelrechts auf die Klientel alkoholabhängiger Straftäter übertragbar sind, ließ sich im Rahmen der Expertenanhörung nicht gänzlich klären. Bei der – möglichen – Implementierung einer Vollstreckungslösung für verurteilte alkoholabhängige Straftäter sollten die in C.6.1 bezeichneten Wirkungsmechanismen nach Auffassung der Teilnehmer jedenfalls mitbedacht werden.

Insgesamt sprach sich die Mehrheit für eine analoge Therapieregung aus.

Diese Auffassung wird durch die Ergebnisse der schriftlichen Befragung bekräftigt. Bei der Frage, für wie sinnvoll die Einführung einer analogen Regelung für alkoholabhängige Straftäter eingeschätzt wird, zeigte sich, dass eine solche Bestimmung am positivsten von den Therapeuten und am kritischsten von den Staatsanwälten beurteilt wird. Abbildung 48 verdeutlicht, dass die Akzeptanz im Vergleich zur geltenden Regelung geringer ausfällt, allerdings auch eine analoge Therapieregung für Alkoholabhängige von allen vier Berufsgruppen überwiegend positiv bewertet wird. Dass die Mehrheit der Therapeuten die Erfolgsaussichten im Hinblick auf Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung für genauso gut oder sogar besser halten als bei der Therapie von Drogenabhängigen, wurde in C.5.2.3 bereits dargelegt.

**Abb. 48: Akzeptanz einer analogen Regelung für alkoholabhängige Täter nach Berufsgruppen**



### C.6.3 *Multivariate Auswertung der Ergebnisse der Befragung in Justiz und Vollzug*

Von Interesse war auch die Frage, welche Variablen oder Faktoren die Zustimmung oder Ablehnung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter beeinflusst haben. Wegen der unterschiedlichen Ausgestaltung der Fragebogen für die Vertreter der Strafrechtspraxis und die Angehörigen des Justizvollzugs wurde nach Berufsgruppen getrennt jeweils zunächst eine Faktorenanalyse sowie anschließend eine multiple Regression durchgeführt.

#### C.6.3.1 Richter und Staatsanwälte

##### C.6.3.1.1 Faktorenanalyse

Eine über die 25 Einstellungsfragen durchgeführte Hauptkomponenten-Analyse mit Varimax-Rotation lässt auf 4 Hauptfaktoren schließen, die gemeinsam 46,668 % der Gesamtvarianz aufklären.<sup>295</sup> Der erste Faktor umfasst 9 Items, die sich thematisch mit Rückfallprognose und Legalbewährung sowie mit der Frage, ob im bestehenden System eine Regelungslücke besteht, beschäftigen. Items, die eine Regelung unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe und damit einer Verbesserung der Legalbewährung für sinnvoll erachten, zeigen eine deutlich positive Faktorladung. Im Zusammenhang mit der Rückfallquote steht auch ein Kostenaspekt, der ebenfalls positiv in diesen Faktor Eingang findet. Zudem spielen auch verschiedene Ausgestaltungsoptionen (Möglichkeit, von der Anklageerhebung abzusehen bzw. das Strafverfahren vorläufig einzustellen) in den Faktor hinein. Richter und Staatsanwälte sehen diese Optionen offensichtlich im Zusammenhang mit der Frage der Legalbewährung. Dagegen laden Aussagen, welche die Erfolgsaussichten einer gesetzlichen Therapieregung und damit verbundene Einspareffekte skeptisch beurteilen, negativ auf den Faktor. Einen zweiten Faktor bilden 6 Items, die sich mit der Frage um die Diagnose der Alkoholabhängigkeit und der Einholung von Gutachten während des Strafverfahrens beschäftigen. Dabei laden Items, die die Notwendigkeit von Sachverständigengutachten für die Feststellung der Alkoholabhängigkeit betonen, positiv auf den Faktor; Aussagen, die dem Gericht die Kompetenz der „Diagnose“ zusprechen, gehen dagegen mit negativer Ladung in den Faktor ein. Auch hier wird ein Item im Faktor berücksichtigt, das sich mit den entstehenden Kosten für entsprechende Gutachten beschäftigt. Der dritte Faktor setzt sich aus 6 Items zusammen, die sich mit der juristischen Einordnung der Alkoholproblematik befassen. Darunter fallen zum einen Fragen nach dem Kausalzusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit

---

295 Vgl. Tab. A: Faktorladungen im Tabellenanhang D.2.

und begangener Straftat. Zum anderen beinhaltet dieser Faktor verschiedene Möglichkeiten der Gerichte, auf alkoholabhängige Täter zu reagieren (z.B. Weisungen, Strafmaß). Ein vierter Faktor richtet den Fokus auf tat- und täterbezogene Aspekte. Die 4 zugeordneten Items betreffen Fragen zur Schuldfähigkeit und zur Gefährlichkeit des Täters sowie zur Schwere des Tatvorwurfs.

#### C.6.3.1.2 Multiple Regression

Um den Einfluss auf Zustimmung/Ablehnung der Einführung einer Therapieregung gem. §§ 35 ff. BtMG für alkoholabhängige Straftäter in der Berufsgruppe der Richter und Staatsanwälte zu testen, wurde eine lineare Regression über die 4 extrahierten Faktoren gerechnet sowie über die geschätzten Fallzahlen, mit denen die Justiz gegenwärtig/künftig mit Einführung einer analogen Therapieregung konfrontiert ist/wäre. Ein Modell, welches die Faktoren Rückfallprognose/Legalbewährung, Diagnose/Gutachten, Aspekte der juristischen Einordnung der Alkoholproblematik sowie Aspekte des Täters und der Tat sowie die Schätzungen bezüglich der Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (aktuell und zukünftig) bei verurteilten Straftätern einbezieht, leistet eine Gesamtvarianzaufklärung von 75,2 %. Den stärksten Einfluss übt der Faktor Rückfallprognose/Legalbewährung aus ( $\beta = ,856$ ;  $p = ,000$ ). Ein signifikanter, aber wesentlich geringerer Anteil wird durch den Faktor juristische Einordnung der Alkoholproblematik erklärt ( $\beta = -,101$ ;  $p = ,000$ ). Der Faktor Aspekte des Täters und der Tat geht so gerade noch mit signifikantem Einfluss in das Modell ein ( $\beta = ,055$ ;  $p = ,049$ ). Die geschätzten Fallzahlen sowie der Faktor der Diagnose/Gutachten nehmen keinen Einfluss auf Zustimmung oder Ablehnung der Therapieregung. Für die Berufsgruppe der Richter und Staatsanwälte gilt, dass eine positive Einschätzung der Rückfallprophylaxe und der Legalbewährung eher zu einer Zustimmung der neuen Therapieregung führt. Auch die tat- und täterbezogenen Aspekte üben einen positiven Einfluss in Richtung Zustimmung aus. Dagegen wirkt sich der Faktor, der sich mit der juristischen Bewertung der Alkoholproblematik befasst, insbesondere Fragen nach dem Kausalzusammenhang zwischen Abhängigkeit und Straffälligkeit sowie die künftige Spruchpraxis der Gerichte, eher negativ auf eine mögliche Zustimmung aus. Die befragten Richter und Staatsanwälte sehen demnach hier tendenziell Schwierigkeiten. Insgesamt wird aber deutlich, dass das entscheidende Kriterium für eine positive Einstellung gegenüber einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter die Erwartung ist, eine solche Regelung diene der Rückfallprophylaxe und verbessere die Legalbewährung der therapierten Straftäter.<sup>296</sup>

---

296 Vgl. Tab. B: Regressionskoeffizienten im Tabellenanhang D.2.

Ein Regressionsmodell, in dem alle Variablen als unabhängige Einflussgrößen eingehen, gibt mit 76,4% erklärter Varianz eine noch genauere Aufschlüsselung der relevanten Items, die auf die Zustimmung oder Ablehnung der Therapielösung für alkoholabhängige Straftäter einwirken.<sup>297</sup>

### C.6.3.2 Angehörige des Strafvollzugs

#### C.6.3.2.1 Faktorenanalyse

Eine über 16 Einstellungsfragen durchgeführte Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation lässt auf 3 Hauptfaktoren schließen, die gemeinsam 41,97 % der Gesamtvarianz erklären. Der erste Faktor setzt sich aus 9 Items zusammen, die sich inhaltlich vorrangig um das Thema Rückfallprognose und Legalbewährung drehen. Alle Aussagen zur Rückfallprophylaxe und Legalbewährung laden dabei positiv auf den Faktor. Dazu gruppieren sich allerdings zwei Items, welche die Bereitschaft des Täters zur Alkoholtherapie betreffen. Die Einschätzung der Therapiemotivation bei den Straftätern steht also im engen Zusammenhang mit dem geschätzten Erfolg in Bezug auf Rückfälligkeit und Legalprognose. Ein zweiter Faktor umfasst 2 Items, die Einschätzungen über das aktuelle Therapieangebot für alkoholabhängige Gefangene im Strafvollzug enthalten. Dazu stößt ein Item, welches den Fokus auf die Diagnosemöglichkeiten unter den Bedingungen des Justizvollzugs richtet und zudem negativ auf den Faktor lädt. Man könnte also interpretieren, dass die Frage, ob und zu welchem Zeitpunkt die Alkoholproblematik eines Inhaftierten wahrgenommen werden kann, eng damit verknüpft ist, wie das aktuelle Therapieangebot wahrgenommen wird. Ein dritter Faktor wird durch 4 Items gestellt, die das Zusammenspiel zwischen Täter und Strafvollzug betreffen. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit zum einen auf Tätervariablen wie Gefährlichkeit und – neben der Alkoholabhängigkeit – mögliche andere psychische Störungen, zum anderen auf die Anforderungen, die der Umgang mit alkoholabhängigen Strafgefangenen an das Vollzugspersonal stellt. Alle Items laden positiv auf den Faktor, mit Ausnahme des Items, welches ein angepasstes Verhalten von alkoholabhängigen Strafgefangenen in den Justizvollzugsanstalten vermutet. Die negative Polung macht deutlich, dass insgesamt die alkoholabhängigen Strafgefangenen im Vollzug als doch eher problematische Subgruppe angesehen werden.<sup>298</sup>

---

297 Vgl. Tab. C: Items mit signifikantem Einfluss im Tabellenanhang D.2.

298 Vgl. Tab. D: Faktorladungen im Tabellenanhang D.2.

### C.6.3.2.2 Multiple Regression

Um den Einfluss auf Zustimmung/Ablehnung zu der Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Therapieregulierung für alkoholabhängige Straftäter für die Angehörigen des Justizvollzugs zu testen, wurde eine lineare Regression über die 3 extrahierten Faktoren sowie über die geschätzten Fallzahlen, mit denen der Justizvollzug aktuell konfrontiert ist, gerechnet. Ein Modell, welches die Faktoren Rückfallprognose/Legalbewährung, Angebote im Strafvollzug und Täter im Strafvollzug sowie die Schätzungen über alkoholabhängige Straftäter im Vollzug einbindet, klärt 63,3% der Gesamtvarianz auf. Dabei üben allerdings nur die Faktoren Rückfallprognose/Legalbewährung ( $\beta = ,787$ ;  $p = ,000$ ) und Angebot im Strafvollzug ( $\beta = -,190$ ;  $p = ,017$ ) einen signifikanten Einfluss auf die Zustimmung oder Ablehnung einer Zurückstellungslösung aus. Während der Aspekt der erwarteten Verbesserung der Legalprognose einen stark positiven Effekt in Richtung Zustimmung zu einer solchen Therapieregulierung ausmacht, wirkt die Einschätzung des aktuellen Angebots im Strafvollzug leicht negativ auf die Zustimmung ein. Keinen Einfluss dagegen hat die Art, wie alkoholabhängige Täter sich im Strafvollzug verhalten, welche Anforderungen sich für die Vollzugsmitarbeiter bei der Betreuung dieser Teilgruppe stellen oder wie viel Erfahrung Justizvollzugsbeamte mit alkoholabhängigen oder polytoxikomanen Straftätern in ihrer Anstalt haben. Die erwartete verbesserte Legalbewährung nach Abschluss einer Therapiemaßnahme ist der entscheidende Faktor für die Zustimmung zur Einführung einer §§ 35 ff. BtMG analogen Regelung.<sup>299</sup>

### C.6.3.3 Resümee

Die multivariate Auswertung hat aufgezeigt, dass für die Vertreter der Strafrechtspraxis wie für die Vollzugsmitarbeiter für die Frage der Akzeptanz einer analogen Therapieregulierung für alkoholabhängige Straftäter eines von entscheidender Bedeutung ist: Dient eine solche Regulierung der Vermeidung von Rückfällen und führt sie zu einer messbar verbesserten Legalbewährung derjenigen Täter, welche die Möglichkeit einer „Therapie statt Strafe“ in Anspruch nehmen? Aspekte der konkreten juristischen Ausgestaltung wie die Frage nach notwendigen Sachverständigengutachten etc. spielen dagegen in der Einschätzung der Befragten keine große Rolle.

---

299 Vgl. Tab. E: Regressionskoeffizienten im Tabellenanhang D.2.

### **C.7 Zusammenfassung und Ausblick**

Vor dem Hintergrund der rechtspolitischen Diskussion bezüglich der Schaffung einer den §§ 35 ff. Betäubungsmittelgesetz (BtMG) vergleichbaren Regelung für alkoholabhängige Straftäter sollte das Forschungsvorhaben, das im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz durchgeführt wurde, empirisch gesichertes Material für kriminalpolitische Entscheidungen zur Verfügung stellen.

Es galt herauszufinden, wie hoch die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei Straftätern und -gefangenen ist. Ferner, in wie vielen Verurteilungen eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verhängt und eine Aussetzung zur Bewährung abgelehnt wird, weil wegen der Alkoholabhängigkeit eine positive Sozialprognose nicht möglich ist. Die Situation der Betroffenen während des Strafverfahrens und im Vollzug stand im Zentrum der Forschungsinteressen. Decken sich die Feststellungen der Straf- und Jugendrichter bezüglich der Persönlichkeit insbesondere zur Alkoholproblematik des Täters, die in den Urteilsgründen ihren Ausdruck finden, mit der Wahrnehmung des Vollzugs-personals während der Strafvollstreckung? Welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen für alkoholabhängige Straftäter im Vollzug? Welche Probleme nehmen die Mitarbeiter des Vollzugs im Zusammenhang mit alkoholabhängigen Gefangenen wahr? Von Interesse war ferner, ob die von Berufs wegen mit dieser Klientel Befassten (Richter, Staatsanwälte, Mitarbeiter des Vollzugs sowie Therapeuten) die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Therapieregung befürworten. Ein weiteres Ziel der Studie bestand darin, Anregungen und Ideen zum praktischen Anwendungsbereich sowie zur konkreten juristischen Ausgestaltung einer Therapieregung von Vertretern der Justiz, Vollzug und Therapiebereich zu sammeln. Auch Fragen nach dem Therapieangebot außerhalb des Strafvollzugs galt es für den Fall zu klären, dass die Möglichkeit von „Therapie statt Strafe“ für alkoholabhängige Täter in das Strafrecht eingeführt werden sollte.

Zu Beginn des Projekts wurde eine Expertenanhörung durchgeführt, an der hauptsächlich Vertreter aus der Justiz, dem Strafvollzug sowie dem Bereich Suchttherapie teilnahmen. Neben Literaturrecherchen waren die Stellungnahmen der Experten Grundlage der später durchgeführten schriftlichen Befragungen von Richtern und Staatsanwälten sowie Angehörigen des Justizvollzugs und Therapeuten aus freien Therapieeinrichtungen. Ferner wurden bei der Staatsanwaltschaft Mainz mehr als 270 Urteile ausgewertet, die sich auf Verfahren bezogen, bei denen der Täter zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe von bis zu zwei Jahren verurteilt worden war. Schwerpunkte der Studie waren eine Erhebung in Justizvollzugsanstalten zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit sowie eine Aktenanalyse derjenigen Gefangenen, die nach den Ergebnis-

sen der JVA-Erhebung als wahrscheinlich alkoholabhängig einzustufen waren.

Die Erhebung in repräsentativ ausgewählten Justizvollzugsanstalten (Erwachsenen- und Jugendstrafvollzug) erfolgte auf der Basis einer Zugangsuntersuchung. Für insgesamt 866 Gefangene wurden durch den Ärztlichen Dienst sowie den Allgemeinen Vollzugsdienst personenbezogene, strafverfahrensrelevante und medizinische Daten gesammelt. Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit schwankte nach Geschlecht und Vollzugsart (Freiheitsstrafe/Jugendstrafe) den Angaben der Anstaltsärzte zufolge zwischen 14 % und 22 %; am höchsten war die Rate bei weiblichen Strafgefangenen. Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit war bei den Inhaftierten mit mittelhohem Strafmaß (über zwei bis fünf Jahre) mit knapp 10 % am geringsten. Eine überdurchschnittlich hohe Quote alkoholabhängiger Personen fand sich bei den Inhaftierten, die zu einer Strafe von bis zu 6 Monaten verurteilt worden waren (ca. 21 %). Dies lag auch daran, dass die meisten der Gefangenen, die wegen Trunkenheit am Steuer inhaftiert waren, in dieser Gruppe mit niedrigem Strafmaß zu finden waren. Der höchste Anteil Alkoholabhängiger mit ca. 30 % fand sich in der allerdings recht kleinen Gruppe mit einem hohen Strafmaß (über 5 bis einschließlich 15 Jahre). Unter den 3 Tätern mit lebenslanger Freiheitsstrafe war nach ärztlicher Einschätzung kein Alkoholiker. Durchschnittlich wurden die Alkoholabhängigen zu eher geringen Strafen verurteilt. Nur jeder Fünfte verbüßte eine Strafe von mehr als 2 Jahren; bei der Gesamtgruppe war dies bei jedem Vierten der Fall.

Im Hinblick auf die Deliktstruktur wurden nur wenige Unterschiede beim Vergleich der Alkoholabhängigen gegenüber den nicht davon betroffenen Tätern gefunden. 76 Inhaftierte, bei denen die Anstaltsärzte eine mit hoher oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit vorliegende Alkoholabhängigkeit – ohne gleichzeitige BtM-Abhängigkeit – diagnostiziert hatten, wurden jenen 413 Gefangenen gegenüber gestellt, die nach Auffassung der Anstaltsärzte nur mit geringer oder sehr geringer Wahrscheinlichkeit alkoholabhängig sind. Dieser Gruppenvergleich hat gezeigt, dass sich die von den Alkoholabhängigen begangenen Delikte von den Straftaten, die von den nicht alkoholabhängigen Inhaftierten verübt worden waren, kaum unterschieden: es gab keine signifikanten Abweichungen im Bereich der Gewaltdelikte, der Straßenverkehrsdelikte allgemein, der Eigentums- und Vermögensdelikte oder bei der einfachen Körperverletzung. Anders sah es lediglich beim Straftatbestand Trunkenheit im Verkehr sowie bei Delikten nach dem Betäubungsmittelgesetz aus. Unter den alkoholabhängigen Inhaftierten war jeder Siebte (auch) wegen Trunkenheit im Verkehr verurteilt worden (14,5 %), bei den nicht alkoholabhängigen Gefangenen dagegen nur einer von 32 (ca. 3 %). Ferner befand sich

unter den 76 (nur) alkoholabhängigen Inhaftierten lediglich eine Person, die (auch) wegen eines Verstoßes gegen das BtMG verurteilt worden war, unter den nicht alkoholabhängigen Gefangenen hatte dagegen fast jeder Fünfte ein solches Delikt begangen. Damit hat sich nicht bestätigt, dass unter den Alkoholabhängigen überdurchschnittlich viele Gewalttäter sind. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die alkoholabhängigen Gefangenen eine sehr heterogene Teilgruppe darstellen, es also den typischen alkoholabhängigen Straftäter nicht gibt.

Mit zunehmendem Alter der Inhaftierten stieg die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in der Tendenz. Allerdings waren bereits 15 % der Gefangenen im Heranwachsendenalter alkoholabhängig. Während der Anteil der ausschließlich von Alkohol abhängigen Inhaftierten mit fortschreitendem Alter größer wurde, nahm der Anteil der Mehrfachabhängigen (Alkohol und Betäubungsmittel) unter den Gefangenen mit zunehmendem Alter ab. Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit ohne gleichzeitige Polytoxikomanie lag zwischen 6 % und 14 %. Junge Inhaftierte sowie weibliche Gefangene waren häufiger als erwachsene Männer neben Alkohol auch von Betäubungsmitteln abhängig.

Die Inhaftierten selbst wurden auch um Angaben bezüglich ihres Umgangs mit Alkohol gebeten (sog. CAGE-Test) Mehr als die Hälfte beantwortete die vier Fragen (n=483), wobei die Beteiligung der Männer mit ca. 58 % deutlich höher lag als bei den Frauen mit ca. 38 %. Etwa jeder Fünfte der Inhaftierten ist unter Zugrundelegung dieser eigenen Angaben wahrscheinlich alkoholabhängig. Ein gewisses Problembewusstsein ist demnach auch bei den Gefangenen selbst auszumachen.

Eine Therapiemotivation der Alkoholabhängigen ist aus Sicht des Ärztlichen Dienstes bei knapp der Hälfte der alkoholabhängigen Gefangenen eher nicht gegeben, bei der zweiten Hälfte zumindest ausreichend. Mitarbeiter des Strafvollzugs, die hierzu schriftlich befragt wurden, schätzten die Motivation der Gefangenen noch besser ein. Gleichzeitig gaben sie ihrer Sorge Ausdruck, dass sie einen Missbrauch einer Therapieregung befürchten durch Täter, die einen entsprechenden Antrag nicht aus eigener Motivation heraus stellen würden, sondern mit dem Ziel der Haftvermeidung. Die Stärkung der Therapiemotivation müsste demnach für einen nicht unerheblichen Teil der alkoholabhängigen Straftäter im Vorfeld (z.B. in der JVA) oder im Rahmen der Alkoholtherapie selbst geleistet werden. Dass sich alkoholabhängige Gefangene im Vollzug häufig durchaus angepasst verhalten, wurde vom Vollzugspersonal bestätigt. Ferner, dass ein nicht unbedeutender Teil dieser Inhaftierten neben der Alkoholproblematik weitere psychische Störungen aufweist (z.B. dissoziale Persönlichkeitsstörung), die vorrangig behandlungsbedürftig sind. Im Falle der Einführung einer analogen Therapieregung wären daher vielfältige The-

rapiekonzepte dringend erforderlich, die auch die Komorbidität berücksichtigen.

Die Anstaltsärzte hielten im Rahmen der JVA-Erhebung bei vier von fünf Alkoholabhängigen eine spezielle Behandlung der Alkoholproblematik für erforderlich. Immerhin für 75 % aus dieser Bedarfsgruppe existierten Beratungsangebote in Bezug auf die Alkoholproblematik. Eine Alkoholtherapie während des Aufenthalts im Vollzug konnte dagegen nur einigen wenigen Inhaftierten, die eine Jugendstrafe verbüßten, in Aussicht gestellt werden. Jedem sechsten Täter aus der Bedarfsgruppe konnte dagegen überhaupt kein Suchthilfeangebot gemacht werden. Demzufolge kann der Vollzug auf Grund der eingeschränkten personellen und sachlichen Ressourcen den im Strafvollzugsgesetz festgelegten Behandlungsanspruch der Inhaftierten in Bezug auf alkoholbezogene Störungen nur in ungenügender Weise verwirklichen. Dies wird vom Justizvollzugspersonal auch selbst so eingeschätzt: nur 10 % der Mitarbeiter sind der Auffassung, dass es ausreichend Behandlungsangebote für alkoholabhängige Strafgefangene im bundesdeutschen Strafvollzug gibt.

Bei der Analyse der Verfahrensakten von 113 – mit hoher Wahrscheinlichkeit – alkoholabhängigen Straftätern wurde festgestellt, dass alkoholbezogene Störungen des Angeklagten während des gerichtlichen Verfahrens in vielen Fällen unzureichend behandelt, d.h. häufig nicht thematisiert und wohl auch nicht erkannt werden.

Es zeigte sich, dass die Frage, ob der Täter zum Tatzeitpunkt alkoholisiert gewesen ist, in annähernd 70 % der Verfahren eine Rolle gespielt hat. Dagegen kam es nur bei 23 Tätern vor Abschluss des Hauptverfahrens zu der Einschätzung eines am Prozess Beteiligten, dass der Täter alkoholabhängig sei (20 %), wobei dies in 10 Fällen allein von dem Angeklagten selbst zum Ausdruck gebracht wurde. Sowohl die schriftliche Befragung der Juristen als auch die durchgeführte Aktenanalyse wiesen darauf hin, dass es – zumindest in vielen Fällen – nicht an der fehlenden Mitwirkungsbereitschaft der Täter liegt, wenn eine Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik während des gerichtlichen Verfahrens nicht stattfindet.

Fragen und Angaben zum üblichen Alkoholkonsum des Täters (im Unterschied zum Konsum zum Tatzeitpunkt) spielten nach den Ergebnissen der Aktenanalyse nur in etwa jedem vierten Verfahren eine Rolle. In insgesamt 11,5 % der untersuchten Fälle diente die Bezugstat direkt oder indirekt der Alkoholbeschaffung. Zumeist hatte der Täter (hochprozentige) alkoholische Getränke gestohlen oder wollte sonstiges Diebesgut verkaufen, um den Erlös in Alkohol umzusetzen. Beschaffungskriminalität spielt daher auch bei alkoholabhängigen Straftätern keine völlig untergeordnete Rolle, wenn sie auch längst nicht so bedeutend wie bei Drogenabhängigen ist.

Bei 39 % der Täter lag aufgrund der dokumentierten strafrechtlichen Vorgeschichte der Verdacht auf eine ausgeprägte Alkoholproblematik nahe; mehr als jeder Vierte hatte laut Eintragung im BZR zwei oder mehr Vorstrafen, die auf ein im Rauschzustand begangenes Delikt zurückgingen, insbesondere Trunkenheit im Verkehr.

Insgesamt ergab die Auswertung, dass es in 84 % der Verfahren nach Aktenlage zum Urteilszeitpunkt mindestens einen – über eine mögliche Alkoholisierung des Täters zum Tatzeitpunkt hinausgehenden – Hinweis auf eine Alkoholproblematik gab. Diesen Hinweisen gingen die Gerichte allerdings in vielen Fällen nicht weiter nach.

Lediglich in jedem sechsten Verfahren wurde durch einen Gutachter untersucht, ob eine Alkoholabhängigkeit beim Täter gegeben ist bzw. ein Hang, alkoholische Getränke im Übermaß zu konsumieren. Dabei erstreckte sich der Gutachtenauftrag in fast jedem zweiten Fall auch auf die Prüfung der Anknüpfungstatsachen für die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB sowie der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB. In den anderen Fällen sollte allein die Frage der Schuldfähigkeit geprüft werden. In 7 Fällen wurde die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt – neben der Strafe – angeordnet (6 %). Dass ein Gutachten generell wohl nur ausnahmsweise in Fällen leichter oder mittelschwerer Kriminalität eingeholt wird, hat die Aktenanalyse bestätigt. Die 19 begutachteten Täter standen ganz überwiegend wegen schwerer Gewaltkriminalität vor Gericht.

Nach den Ergebnissen der schriftlichen Befragung, der Mainzer Urteilsanalyse sowie der Aktenanalyse ist davon auszugehen, dass die erkennenden Gerichte die Strafaussetzung zur Bewährung wohl nur ausnahmsweise (allein) wegen der Alkoholabhängigkeit des Verurteilten ablehnen. Die Auswertung der Verfahrensakten der alkoholabhängigen Straftäter ergab, dass andere Gründe für diese Entscheidung maßgeblich waren, insbesondere einschlägige Vorstrafen und die Begehung von Straftaten während einer laufenden Bewährung. Nur bei einem von zehn alkoholabhängigen Verurteilten, die eine Bewährungschance erhalten hatten (31), wurde eine spezifische auf die Alkoholabhängigkeit ausgerichtete Weisung angeordnet (3), insbesondere jene, sich einer Alkoholtherapie zu unterziehen (2). Das bedeutet, dass bei der überwiegenden Mehrheit der alkoholabhängigen Verurteilten diese seit langem bestehende Möglichkeit, dem kriminogenen Faktor Alkoholabhängigkeit entgegenzuwirken, ungenutzt bleibt.

Die ungenügende Auseinandersetzung der Gerichte mit der Alkoholproblematik der Täter spiegelt sich auch in den Urteilsgründen. Lediglich in jedem dritten Urteil wurden Feststellungen bezüglich eines Alkoholproblems getroffen.

In 15 % der Fälle hat das Gericht in den Gründen dargelegt, dass der Verurteilte alkoholabhängig bzw. alkoholkrank sei. Bei knapp 10 % der Täter besagte das Urteil, dass der Täter Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol bzw. ein Alkoholproblem habe. Hier war schon nicht mehr ganz klar, ob das Gericht von einer medizinisch fassbaren Erkrankung des Täters ausging. Weiteren 9 % der Verurteilten bescheinigten die Richter, dass sie regelmäßig Alkohol im Übermaß bzw. in missbräuchlicher Weise konsumierten. Auch hier war nicht zu erkennen, ob die Richter von einem „Schädlichen Gebrauch“ von Alkohol ausgegangen waren oder ob lediglich ein riskanter Alkoholkonsum angenommen worden war. Bei zwei von drei Tätern gab es hinsichtlich der Suchtproblematik keine Ausführungen in den Urteilsgründen. Bei 40 Tätern wurden im Urteil sogar überhaupt keine Feststellungen getroffen, die in irgendeiner Weise mit Alkohol zu tun hatten (35 %); bei 35 Tätern (31 %) gab es einen Alkoholbezug, wobei die Feststellungen sich zumeist in Ausführungen zum Alkoholkonsum des Täters zum Tatzeitpunkt und ähnlichem mehr erschöpften. Nur selten fanden sich in den Urteilsgründen Angaben zum Steigerungsverhalten in Bezug auf den Alkoholkonsum. Dass der Täter nach einer persönlichen Krise vermehrt Alkohol zu trinken begonnen bzw. über Jahre kontinuierlich den Konsum gesteigert hatte, wurde lediglich in 6 Fällen festgestellt. Einen kausalen Zusammenhang zwischen Alkoholproblem des Täters und der abgeurteilten Tat nahmen die Gerichte bei 10 Tätern an (ca. 9 %). In den allermeisten Verfahren wurde dieser Frage keine Aufmerksamkeit geschenkt. Insgesamt drängte sich der Eindruck auf, dass die Gerichte an einer Anamnese insbesondere der Entwicklung der Alkoholproblematik in der Regel (insbesondere bei Fällen leichter und mittlerer Kriminalität) nicht sonderlich interessiert waren.

An den durchgeführten schriftlichen Befragungen nahmen insgesamt etwa 370 Richter und Staatsanwälte sowie mehr als 200 Mitarbeiter des Justizvollzugs teil, ferner 51 freie Therapieeinrichtungen, die stationäre Alkoholtherapie anbieten.

Die Auswertung der Erhebungsbögen ergab, dass die geltenden Therapieregungen gemäß §§ 35 ff. BtMG in allen Berufsgruppen in hohem Maße akzeptiert sind. Zwischen 68 % und 78 % der Befragten halten die Bestimmungen für sinnvoll, weniger als 10 % finden „Therapie statt Strafe“ dagegen nicht sinnvoll (Rest „teils/teils“). Eine analoge Bestimmung für alkoholabhängige Täter wird in geringerem Ausmaß befürwortet, allerdings immer noch von einer deutlichen Mehrheit für sinnvoll erachtet. Am positivsten sind die Therapeuten (80 % Zustimmung), am skeptischsten die Staatsanwälte (45 % Zustimmung) eingestellt.

Die multivariate Auswertung der Ergebnisse der Befragungen in Justiz und Vollzug hat aufgezeigt, dass für diese Berufsgruppen bei der Frage der Einstellung zu einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter eines von entscheidender Bedeutung ist: Dient eine solche Regelung der Vermeidung von Rückfällen und führt sie zu einer messbar verbesserten Legalbewährung der Täter? Aspekte der konkreten juristischen Ausgestaltung wie die Frage nach notwendigen Sachverständigengutachten etc. spielen dagegen in der Einschätzung der Befragten keine große Rolle. Etwa zwei Drittel der Vertreter der Strafrechtspraxis wie des Strafvollzugs stimmten der These zu, dass die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe sinnvoll wäre. Auch bei den Staatsanwälten, die der These am skeptischsten gegenüber standen, waren es noch 61 %. Allerdings werden die Erfolgsaussichten einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter insgesamt sehr heterogen eingeschätzt. 46 % der befragten Staatsanwälte nehmen an, dass einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter nur geringe Erfolgsaussichten im Sinne von Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung einzuräumen sind; dieser Aussage stimmen immerhin auch 24 % der Justizvollzugsmitarbeiter und 33 % der Richter zu. Umgekehrt halten 46 % der Richter eine gesetzliche Therapieregung für Erfolg versprechend, ebenso 43 % des Vollzugspersonals, aber nur 28 % der Staatsanwälte. Am besten fiel die Beurteilung der Erfolgsaussichten bei den befragten Therapeuten aus. Diese wurden darüber hinaus auch gebeten, einen Vergleich zur Behandlung Drogenabhängiger anzustellen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Erfolgsaussichten einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter im Vergleich zu den Aussichten drogenabhängiger Täter von 48 % der Therapeuten für mindestens genauso gut gehalten werden; 52 % vermuten sogar bessere Erfolgsquoten. Die Wirksamkeit der Alkoholtherapie ist Studien aus der Therapieforschung zufolge nachgewiesen. Legalbewährungsstudien aus dem Maßregelvollzug wie zu den Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts haben darüber hinaus gezeigt, dass Therapie auch unter justiziellem Druck möglich ist. Aus wissenschaftlicher Sicht ist dementsprechend zu vermuten, dass eine Zurückstellung der Strafvollstreckung zum Zweck der Durchführung einer Alkoholtherapie durchaus annehmbare Erfolge zeigen würde.

Im Hinblick auf den praktischen Anwendungsbereich bestätigten etwa zwei Drittel der befragten Richter, Staatsanwälte und Mitarbeiter aus dem Strafvollzug die These, dass eine Therapieregung für jene Täter sinnvoll wäre, die wegen schlechter Sozialprognose auf Grund der Alkoholproblematik keine Chance auf eine Strafaussetzung zur Bewährung haben. Für diese Täter sei eine den §§ 35 ff. BtMG entsprechende Regelung sinnvoll. Die Aktenanalyse

hat auch ergeben, dass immerhin bei jedem fünften alkoholabhängigen Angeklagten die Strafaussetzung zur Bewährung – allerdings neben anderen Gründen – wegen der Suchtproblematik abgelehnt wird. Dass die Zurückstellung der Strafvollstreckung in Abgrenzung zum Anwendungsbereich des § 64 StGB auch sinnvoll wäre für zu hohen Strafen verurteilte Täter mit einer guten Legalprognose (oder der Gefahr erneuter, aber nicht erheblicher Straftaten), meinten ebenfalls zwei Drittel der JVA-Mitarbeiter, aber nur ca. 44 % der Befragten aus der Justizpraxis. Insgesamt ist jedoch in allen drei Berufsgruppen eine deutliche Mehrheit der Auffassung, dass zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung eine Regelungslücke besteht, die durch die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung sinnvoll ausgefüllt würde.

Knapp die Hälfte der Richter, 60 % der Staatsanwälte sowie 43 % der JVA-Mitarbeiter würde die Zurückstellung der Strafvollstreckung nicht befürworten, wenn aufgrund der strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters erkennbar ist, dass er auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigt, selbst wenn der Täter therapiewillig ist. Insgesamt zeigt sich in dieser Frage ein doch erheblicher Unterschied zur Betäubungsmittelkriminalität. Zumindest nimmt die Hälfte der befragten Juristen die Kriminalität von Alkoholabhängigen anders wahr und vertritt die Auffassung, dass die Frage nach dem kausalen Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Straffälligkeit bei den zuletzt Genannten deutlich schwieriger ist.

Eine einheitliche Betrachtungsweise existiert auch nicht hinsichtlich der praktisch bedeutsamen Frage, ob die Alkoholabhängigkeit sowie der Kausalzusammenhang zwischen Abhängigkeit und Tat mithilfe von psychiatrischen Sachverständigen geprüft werden müsste. Ein hohes Maß an Zustimmung findet jedenfalls die Forderung, dass bei (schweren) Gewaltstraftaten die Feststellung der Alkoholabhängigkeit durch ein Sachverständigengutachten zwingend Voraussetzung für die Anwendung der Therapieregung sein sollte (Richter: 74 %, StA: 79 %). Ferner, dass in solchen Fällen eine Zurückstellung der Strafvollstreckung (nach Teilverbüßung) nur dann in Betracht kommen solle, wenn mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen festgestellt werden kann, dass der Überleitung aus der JVA in eine Therapieeinrichtung nicht die Gefährlichkeit des Täters entgegensteht. Derartige gesetzlich verankerte Voraussetzungen, die den geltenden Therapieregungen fremd ist, aber im Rahmen der Expertenanhörung als sinnvolle Einschränkung einer Therapieregung für alkoholabhängige Täter angeregt wurden, würden sowohl in der Strafrechts- als auch in der Vollzugspraxis in hohem Maße akzeptiert.

Notwendige Nebenfolge der Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter wäre nach Auffassung von zwei Dritteln der

Strafjuristen, dass sich die Prozessbeteiligten, insbesondere das erkennende Gericht, in den in Frage kommenden Fällen stärker der Erforschung der Persönlichkeit des Täters widmen müssten. Bislang – so die Einschätzung einiger Experten im Rahmen der Anhörung – verursahe die mangelhafte Erforschung der Täterpersönlichkeit vor allem in der Strafvollstreckung erhebliche Probleme. Der Umstand, dass das erkennende Gericht nach dem Urteilsspruch mit der Vollstreckung von Geldstrafen und Freiheitsstrafen ohne Bewährung nichts mehr zu tun habe, bewirke, dass die Richter im Regelfall gar nicht erführen, dass die (erneute) Straffälligkeit – jedenfalls mitursächlich – auf ein massives Alkoholproblem zurückzuführen war. Abweichend von der in § 35 Abs. 1 S. 1 BtMG getroffenen Regelung könnte es in einigen Fällen sinnvoll sein, die Zustimmung der Vollstreckungskammer – anstelle des erkennenden Gerichts – zur Zurückstellung der Strafvollstreckung und Therapieüberleitung vorauszusetzen. Bei Verurteilungen zu einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren solle auf jeden Fall das Gericht des ersten Rechtszuges zuständig sein. Bei hohen Freiheitsstrafen dagegen wären die Strafvollstreckungskammern mehr mit den Verurteilten befasst, da sie von Amts wegen die Aussetzung zum Halbstrafen-Zeitpunkt bzw. nach Verbüßung von zwei Dritteln der Strafe prüfen. In diesen Fällen würde der Verurteilte den Zurückstellungsantrag erst irgendwann im Laufe der Strafvollstreckung stellen, nämlich dann, wenn noch ein Strafrest von zwei Jahren vorhanden ist. Zu diesem Zeitpunkt sei es sinnvoll, die Zustimmung der Vollstreckungskammer und nicht des erkennenden Gerichts einzuholen.

77 % der befragten Therapieeinrichtungen sind grundsätzlich an der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter im Rahmen einer zu §§ 35 ff. BtMG analogen Regelung interessiert. Die Auswertung hat ergeben, dass die Aufnahmebereitschaft der Therapieeinrichtungen nicht davon abhängt, inwieweit eine analoge Regelung für sinnvoll angesehen wird. Eine zu diesem Zwecke durchgeführte Regressionsrechnung ergab keine signifikanten Einflussfaktoren. Vielmehr hängt die Bereitschaft zur Behandlung von Alkoholabhängigen im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung von den gegebenen Rahmenbedingungen der Einrichtung selbst ab.

Im Durchschnitt könnten die Therapieeinrichtungen etwa 20 Patienten aufnehmen, wobei – in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung – die angegebenen Werte von einem Minimum von 4 Patienten bis zu einem Maximum von 100 Patienten reichten. Länge und Dauer der Behandlung würde sich an den bereits angewandten Konzepten orientieren. Die stationäre Alkoholtherapie dauert danach im Durchschnitt 16 Wochen.

13 der 51 Einrichtungen haben bereits Erfahrungen mit alkoholabhängigen Patienten, die straffällig wurden und aufgrund richterlicher Weisung einge-

wiesen sind. In Abhängigkeit von der Größe und Art der Anstalt liegt der Prozentsatz dieser Klientel bei 6-52 %. Nach den Ergebnissen der Befragung ist davon auszugehen, dass bei einer Hochrechnung unter Berücksichtigung der sonstigen in Frage kommenden (ambulanten) Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, die an der Umfrage nicht beteiligt waren, auch ohne Ausweitung der vorhandenen Kapazitäten relativ problemlos 1.000 Alkoholabhängigen ein Therapieplatz vermittelt werden könnte.

Die Frage, welche Kosten und Entlastungseffekte bei Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung insbesondere für die Justiz entstünden, ist nicht zuletzt angesichts knapper Haushaltskassen von zentraler Bedeutung.

Im Vergleich der Haft- und Therapiekosten wäre die Einführung einer Therapieregung im Hinblick auf die „Unterbringung“ jedenfalls eine kostenneutrale Maßnahme; die Behandlungskosten im Zuge einer Alkoholtherapie übersteigen die Kosten des Strafvollzugs nur unwesentlich. Weitere Einflussfaktoren hinsichtlich zu erwartender Kosten und Entlastungseffekte konnten aufgezeigt werden. Insgesamt kann jedoch nicht abgeschätzt werden, in welcher Höhe Kosten entstünden bzw. Einspareffekte auf Grund einer Kriminalitätsreduktion erzielt werden könnten.

Für die Kriminalpolitik stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Gründe, die bei der Einführung der §§ 35 ff. BtMG maßgeblich waren, auch auf die Situation alkoholabhängiger Straftäter übertragbar sind.

Zur Begründung der §§ 35 ff. BtMG hat der Gesetzgeber<sup>300</sup> angeführt, dass eine Sonderregelung für Betäubungsmittelabhängige vor allem deshalb berechtigt sei, weil diese

1. zumeist schon im jugendlichen Alter, zu einer Zeit also in die Abhängigkeit gerieten, zu der sie die Tragweite ihres Tuns noch nicht überblicken und dem Einfluss Dritter nur schwer widerstehen könnten,
2. sich schon deshalb gegenüber anderen Straftätern in einer besonderen Situation befänden, weil sie bereits mit der Befriedigung ihrer Sucht gegen Strafvorschriften verstießen,
3. auf Dauer die vergleichsweise teuren Drogen nur erwerben könnten, wenn sie sich diese oder die finanziellen Mittel zu ihrem Ankauf auf illegalem Wege verschafften. Die Rauschmittelabhängigkeit treibe die Betroffenen zunehmend in eine Kriminalität, die gleichzeitig für die Allgemeinheit mit erheblichen Gefahren verbunden sei. Dies gelte nicht zuletzt dann, wenn die Abhän-

---

300 Stenogr. Prot. der 96. Sitzung des Rechtsausschusses vom 14.05.1980, Anlage 3 S. 10, zit. nach Schröder (1986, 199 f.).

gigen den Erwerb der dem Eigenbedarf dienenden Betäubungsmittel durch illegalen Drogenhandel finanzierten. Der Rehabilitation Drogenabhängiger komme deshalb auch im Interesse des Schutzes der Allgemeinheit besondere Bedeutung zu.

Das Argument, dass Drogenabhängige oft zu einem Zeitpunkt in die Abhängigkeit geraten, an dem sie sich dem Einfluss Dritter – insbesondere der Beeinflussung durch Gleichaltrige in der peer group – schwer entziehen können, muss nach den im Rahmen der JVA-Erhebung gewonnenen Erkenntnissen wie nach dem heutigen Stand der Suchtforschung in ganz ähnlicher Weise für Alkoholabhängige gelten.<sup>301</sup>

Dass es auch alkoholbedingte Beschaffungskriminalität in bemerkenswerten Umfang gibt, hat die Aktenanalyse ebenfalls aufgezeigt. Allerdings ist sie bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei Drogenabhängigen. Die Auswirkungen des delinquenten Verhaltens alkoholabhängiger Straftäter liegen vielmehr im Bereich der gesamten Kriminalität. Insbesondere sind die Gefahren, die aus der Teilnahme von Alkoholabhängigen im Straßenverkehr entstehen, beträchtlich. Nicht zuletzt aufgrund der vergleichsweise größeren Anzahl alkoholabhängiger Straftäter zeigt sich, dass die Gefahren, die der Allgemeinheit durch deren Straftaten erwachsen, nicht geringer einzuschätzen sind als jene, die durch die Kriminalität Drogenabhängiger bestehen.<sup>302</sup>

Die Begründungen, die bei der Einführung der §§ 35 ff. BtMG eine Rolle spielten, sind daher im Wesentlichen auch im vorliegenden Zusammenhang von Bedeutung. Wegen der vielfältigen Gefahren und Probleme, die der Allgemeinheit durch die von Alkoholabhängigen begangenen Straftaten erwachsen, ist dringender Resozialisierungsbedarf über Therapiemaßnahmen zu bejahen.<sup>303</sup> Aus wissenschaftlicher Sicht ist es sachlich gerechtfertigt, auch für alkoholabhängige Straftäter Regelungen zu schaffen, die den §§ 35 ff. BtMG nachgebildet sind.<sup>304</sup> Denkbar wäre, eine generelle Zurückstellungslösung für suchtmittelabhängige Straftäter zu schaffen.

---

301 Zum Einfluss von Gleichaltrigengruppen auf das Trinkverhalten ausführlich *Kastenbutt* (1998, 186 ff.); vgl. auch *Kreuzer & Wille* (1988, 84) und *Schmitt-Homann* (2001, 46).

302 *Rebsam-Bender* (2000, 263).

303 Nach *Berghof* (1995, 292) führt ein Vergleich der Ursachen und Folgen illegalen Drogenmissbrauchs mit denen des Alkohol- und auch Medikamentenmissbrauchs zu der Erkenntnis, dass die Unterschiede weit geringer sind als allgemein angenommen wird.

304 Dies wird auch von Seiten der Bewährungshelfer immer wieder gewünscht, vgl. *Reiners* (1995, 309 ff.).



## D. Anhang

### D.1 Literaturverzeichnis

- Albrecht, Hans-Jörg (2005). *Rechtstatsachenforschung zum Strafverfahren. Empirische Untersuchungen zu Fragestellungen des Strafverfahrens zwischen 1990 und 2003*. München: Luchterhand.
- Albrecht, Hans-Jörg & Entorf, Horst (Hrsg.) (2003). *Kriminalität, Ökonomie und Europäischer Sozialstaat*. Heidelberg: Physica-Verlag.
- Andersen, Henrik Steen (2004). Mental health in prison populations. A review – with special emphasis on a study of danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 5-59.
- Baumgart, Marc Christoph (1994). *Illegale Drogen – Strafjustiz – Therapie. Eine empirische Untersuchung zu den strafjustiziellen Anwendungsstrukturen der §§ 35, 36 BtMG*. Freiburg im Breisgau: Eigenverlag Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.
- Baumgärtner, Theo (2005). *Rauschmittelkonsumerfahrungen der Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2004* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.suchthh.de/projekte/Basisbericht%20SCHULBUS%202004.pdf> [11.04.2005].
- Beck, Norbert (2004). Rechtsmedizinische Aspekte zur Begutachtung alkoholisierter Straftäter. In Heinfried Duncker, Bernd Dimmek & Ulrich Kobbé (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 85-100). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Becker, Martin & Lück, Wilhelm van (1990). *Die Therapievorschriften des Betäubungsmittelgesetzes*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Berghof, Heinz-Hermann (1995). *Therapie und Strafe im Betäubungsmittelrecht*. Frankfurt am Main u.a.: Lang.
- Böllinger, Lorenz; Stöver, Heino & Fietzek, Lothar (1995). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik: Ein Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Breuer-Kreuzer, Doris (1997). Alkoholabhängige Strafgefangene in der Sozialtherapeutischen Justizvollzugsanstalt Kassel: ein Projektbericht. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 46 (2), 93-100.
- Bühringer, Gerhard et al. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.). *Polizeiliche Kriminalstatistik*. Wiesbaden: Herausgeber.

- Calliess, Rolf-Peter & Müller-Dietz, Heinz (2000). *Strafvollzugsgesetz* (8. neu bearb. Auflage). München: C. H. Beck.
- Coignerai-Weber, Catherine & Hege, Hans (1981). Drogenabhängigkeit und Straffälligkeit. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsform*, 64 (3), 133-149.
- Der Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof / Dienststelle Bundeszentralregister (1986 ff.). *Daten zur Betäubungsmittelkriminalität*. Berlin: Bundeszentralregister.
- Dessecker, Axel (1996). *Suchtbehandlung als strafrechtliche Sanktion: eine empirische Untersuchung zur Anordnung und Vollstreckung der Maßregel nach § 64 StGB*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Dessecker, Axel (2000). *Die strafrechtliche Unterbringung von Alkoholtätern: Zur Rechtswirklichkeit des § 64 StGB*. *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Dessecker, Axel (2005). Die Überlastung des Maßregelvollzugs: Folge von Verschärfungen im Kriminalrecht? *Neue Kriminalpolitik*, 16 (1), 23-27.
- Detter, Klaus (2003). Zum Strafzumessungs- und Maßregelrecht. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 23 (9), 471-477.
- Detter, Klaus (2005). Zum Strafzumessungs- und Maßregelrecht. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 25 (3), 143-149.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2003). *Alkoholabhängigkeit*. Hamm: Herausgeber.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2005). *Jahrbuch Sucht 2005*. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.) (1991). *Alkoholismus – eine Information für Ärzte*. Hamm: Herausgeber.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.) (2000). *Jahrbuch Sucht 2001*. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. & Gassmann, Raphael (Hrsg.) (2002). *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Freiburg: Lambertus.
- Diekmann, Andreas (1995). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt.
- Dollinger, Bernd & Schneider, Wolfgang (Hrsg.) (2005). *Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.

- Dolde, Gabriele (1996). Alkoholauffällige Täter im Strafvollzug: Ein Sonderprogramm für Straßenverkehrstäter. *Bewährungshilfe*, 43 (2), 117-126.
- Duncker, Heinfried (2004). Dissozialität und Sucht. In Heinfried Duncker, Bernd Dimmek & Ulrich Kobbé (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 23-38). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Egg, Rudolf (1996). Alkohol und Straffälligkeit: Fakten und Bewertungen. *Bewährungshilfe*, 43 (3), 198-207.
- Egg, Rudolf (1999). Straftäterbehandlung unter Bedingungen äußeren Zwanges. In Wolfgang Feuerhelm; Hans-Dieter Schwind & Michael Bock (Hrsg.), *Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag* (S. 397-418). Berlin u.a.: de Gruyter.
- Egg, Rudolf & Geisler, Claudius (Hrsg.) (2000). *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Egg, Rudolf et. al. (2001). Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland: Überblick und Meta-Analyse. In Gerhard Rehn; Bernd Wischka; Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 321-346). Herbolzheim: Centaurus.
- Elz, Jutta (2002). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Gewaltdelikte –*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Emrick, C. D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior. Following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523-549.
- Entorf, Horst (2004). Täter im Jugendstrafvollzug und ihre Rehabilitation: Kostenaspekte. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 15 (2), 128-133.
- Entorf, Horst & Meyer, Susanne (2004). Kosten und Nutzen des Strafvollzuges: Grundlagen im Rahmen einer rationalen Kriminalpolitik. *Bewährungshilfe*, 51 (2), 130-148.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2004). *Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union und in Norwegen. Jahresbericht 2004*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002). *Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen*. Geesthacht: Neuland.

- Feest, Johannes (Hrsg.) (2000). *Kommentar zum Strafvollzugsgesetz* (4. neu bearb. Auflage). Neuwied: Luchterhand.
- Feuerlein, Wilhelm; Kufner, Heinrich & Soyka, Michael (1998). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*. (5. überarb. u. erw. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Feuerlein, Wilhelm (1999). *Alkoholismus, Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. München: Beck.
- Feuerlein, Wilhelm (2000). Definition, Diagnose und Entstehung des Alkoholismus – Grundzüge der Behandlung. In Helmut K. Seitz; Charles S. Lieber & Ulrich A. Simanowski (Hrsg.), *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden* ( 2. neu bearb. Auflage). (S. 55-74). Heidelberg: J. A. Barth Verlag.
- Fischer, Thomas (2004). *Strafgesetzbuch und Nebengesetze* (52. neu bearb. Aufl. des von Otto Schwarz begründeten, in der 23. bis 37. Aufl. von Eduard Dreher und in der 38. bis 49. Aufl. von Herbert Tröndle bearb. Werkes). München: Beck.
- Frank, Christel & Harrer, Gerhart (Hrsg.) (1992). *Kriminalprognose, Alkoholbeeinträchtigung – Rechtsfragen und Begutachtungsprobleme*. Berlin: Springer Verlag.
- Frießem, Dieter (1993). Alkohol- und Medikamentenabhängige - Benachteiligung in der Justiz? In Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.), *Sucht und Justiz: Suchtkrankenhilfe oder Strafverfolgung* (S. 53-55). Geesthacht: Neuland.
- Gerchow, Joachim (1999). Alkohol und Straßenverkehr. In Manfred V. Singer & Stephan Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 507-517). Berlin: Springer Verlag.
- Grüner, Oskar. (2000). Forensische Aspekte des Alkohols. In Helmut K. Seitz & Charles S. Lieber & Ulrich A. Simanowski, (Hrsg.), *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden* (2., neu bearb. Auflage). (S. 577-604). Heidelberg: J. A. Barth Verlag.
- Haar, Michael von der (2002). *Therapie im Maßregelvollzug - Konzepte und Erfahrungen*. In DHS, R. Gassmann (Hrsg.), *Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug* (S.145-165). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Haas, Ingrid & Schulze, Horst (2000). Alkohol im Straßenverkehr – Zahlen und Fakten. In DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2001* (S. 106-116). Geesthacht: Neuland.

- Hanack, Ernst-Walter (1991). Vorbemerkungen und Kommentierung zu §§ 61-67 StGB. In Burkhard Jähnke; Heinrich Wilhelm Laufhütte & Walter Odersky (Hrsg.), *Leipziger Kommentar. Großkommentar*. (11. Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Hanreich, Jürgen (2000). Alkohol und Strafrecht – rechtliche und tatsächliche Probleme in der strafrichterlichen Praxis. In Rudolf Egg & Claudius Geisler (Hrsg.), *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität* (S. 43-48). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2002). *Zahlen und Fakten zum Thema „Sucht“* [Internet]. Verfügbar unter: [www.hls-ksh.de/Fachforum/Statistik/body\\_statistik.html](http://www.hls-ksh.de/Fachforum/Statistik/body_statistik.html) [07.02.2003].
- Hiller, Wolfgang; Zaudig, Michael & Mombour, Werner (1995). *IDCL: Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV; Manual*. Bern u.a.: Huber.
- Himmelreich, Klaus (2004). Nachschulung, Aufbau-Seminar, Wieder-Eignungskurs und Verkehrs-Therapie zur Abkürzung der strafrechtlichen Fahrerlaubnis-Sperre bei einem Trunkenheitsdelikt – im Blickpunkt der neueren Rechtsprechung. *Deutsches Autorecht*, 8-17.
- Joachim, H. (1993). Alkohol und Affekte. In Henning Saß (Hrsg.), *Affektdelikte: Interdisziplinäre Beiträge zur Beurteilung von affektiv akzentuierten Straftaten* (S. 180-199). Berlin u.a.: Springer Verlag.
- Kaiser, Günther et al. (Hrsg.) (1993): *Kleines kriminologisches Wörterbuch*. (3. Auflage). Heidelberg: Müller.
- Kaiser, Günther (1996). *Kriminologie: ein Lehrbuch*. (3. Auflage). Heidelberg: Müller.
- Kastenbutt, Burkhard (1998). *Narzissmus und Jugendalkoholismus: Ursachen und Bedingungen des drogenhaften Alkoholkonsums bei männlichen Jugendlichen*. Münster: Lit.
- Kerner, Hans-Jürgen (1992). Alkohol und Kriminalität: Zur Bedeutung von Alkoholkonsum bei einzelnen Straftaten und bei der Ausprägung krimineller Karrieren. In Christel Frank & Gerhart Harrer (Hrsg.), *Kriminalprognose Alkoholbeeinträchtigung: Rechtsfragen und Begutachtungsprobleme*, Forensia-Jahrbuch, Bd. 3 (S. 107-124). Berlin u.a.: Springer Verlag.
- Kerner, Hans-Jürgen (2001). Alkohol, Strafrecht und Kriminalität. *Neue Kriminalpolitik*, 13 (1), 22 – 26.

- Körkel, Joachim (2005). Rückfallprophylaxe mit Alkohol- und Drogenabhängigen. In Bernd Dollinger & Wolfgang Schneider (Hrsg.), *Sucht als Prozess* (S. 307-320). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Körkel, Joachim & Lauer, Gernot (1988). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik. In Joachim Körkel (Hrsg.), *Der Rückfall des Suchtkranken* (S. 3-122). Heidelberg: Springer Verlag.
- Körner, Harald Hans (2001). *Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz*. (5. neu bearb. Auflage). München: Beck.
- Konrad, Norbert (2003). Ersatzfreiheitsstraffer – Psychische Störungen, forensische und soziodemographische Aspekte. *Zeitung für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 52 (4), 216-223.
- Kraus, Ludwig; Heppenkausen, Kathrin; Barrera, Andrea & Orth, Boris (2004). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen: Forschungsbericht*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Kreuzer, Arthur & Wille, Rolf (1988). *Drogen - Kriminologie und Therapie: mit einer ausführlichen Darstellung aktueller Drogenprobleme einschließlich Aids*. Heidelberg: v. Decker & Müller.
- Kreuzer, Arthur; Römer-Klees, Ruth & Schneider, Hans (1991). *Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger*. Wiesbaden: BKA-Forschungsreihe Band 24.
- Kreuzer, Arthur (Hrsg.) (1998). *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*. München: Beck.
- Kröber, Hans-Ludwig (2000). Individuelle Schuldfähigkeit nach Alkoholkonsum. In Rudolf Egg & Claudius Geisler (Hrsg.), *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität* (S. 27-42). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Kröber, Hans-Ludwig (2001). Die Beeinflussung der Schuldfähigkeit durch Alkoholkonsum. *Sucht*, 47 (5), 341-349.
- Küfner, Heinrich; Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34 (4), 157-272.
- Küfner, Heinrich (1996). Alkoholismus im Überblick. *Bewährungshilfe*, 43 (2), 179-197.
- Küfner, Heinrich (1997). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In Hans Watzl & Brigitte Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 201-228). Göttingen u.a.: Hogefte.

- Küfner, Heinrich et al. (2000). Ziele und Effektivität der externen Suchtberatung bei Klienten mit Alkoholproblemen. In Rudolf Egg & Claudius Geisler (Hrsg.), *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität* (S. 233-252). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Kurze, Martin (1994). *Strafrechtspraxis und Drogentherapie: eine Implementationsstudie zu den Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts*. (2. erg. Auflage). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Kurze, Martin (1995). Zurückstellung oder Unterbringung drogenabhängiger Straftäter? Zur Anwendung der §§ 35 ff. BtMG und § 64 StGB anhand ausgewählter Merkmale der Betroffenen. In Axel Dessecker & Rudolf Egg (Hrsg.), *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Rechtliche, empirische und praktische Aspekte* (S. 77-89). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Mann, Karl F. (1999). Konzepte der Alkoholismustherapie. In Manfred V. Singer & Stephan Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankeheiten. Grundlagen – Diagnostik - Therapie* (S. 487-495). Berlin: Springer Verlag.
- Meier, Bernd-Dieter (2001). *Strafrechtliche Sanktionen*. Hannover: Springer.
- Meyer, Susanne (2003). *Die Tageshaftkosten der deutschen Strafvollzugsanstalten – Ein Überblick..* Darmstadt: Technische Universität Darmstadt, Arbeitspapiere des Institut für Volkswirtschaftslehre.
- Meyer-Goßner, Lutz (2004). *Strafprozessordnung: Gerichtsverfassungsgesetz, Nebengesetze und ergänzende Bestimmungen* (47. neu bearb. Aufl. des von Otto Schwarz begründeten, in der 23. bis 35. Aufl. von Theodor Klein-knecht und in der 36. bis 39. Aufl. von Karlheinz Meyer bearb. Werkes). München: Beck.
- Nestler, Cornelius (1996). *Betäubungsmittelstrafrecht – Bürgerautonomie und Drogenkontrolle durch Strafrecht*. Frankfurt am Main: Johann Wolfgang Goethe-Universität, Habilitation.
- Pfaff, H. (1998). Ergebnisse einer prospektiven Katamnese studie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. *Der Nervenarzt*, 69, 568-573.
- Platz, Werner E. (1995). *Alkoholkriminalität: eine vergleichende Untersuchung zwischen nach § 64 StGB untergebrachten und freiwillig aufgenommenen Patienten eines Landeskrankenhauses*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Platz, Werner E. (1996). Dissozialität oder Sucht: Die Prognose. *Strafverteidiger*, 16 (4), 234-236.

- Preusker, Harald (2000). Alkoholprobleme im Justizvollzug. In Rudolf Egg & Claudius Geisler (Hrsg.), *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität* (S. 217-232). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Rebsam-Bender, Christine (1995). Neuregelungen für alkoholabhängige Straftäter? *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 15 (4), 158-161.
- Rebsam-Bender, Christine (2000). Neue Regelungen für alkoholabhängige Straftäter. In Rudolf Egg & Claudius Geisler (Hrsg.), *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität* (S. 253-266). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Reiners, Paul (1995). „Drinkrooms für Alkis“ – Über die „Bevorzugung“ der von illegalen Drogen Abhängigen. *Bewährungshilfe* 42 (3), 309-319.
- Rink, Jürgen (1984). Probleme bei Untersuchungen zum Therapieerfolg im Suchtbereich. *Suchtgefahren*, 30 (2), 103-106.
- Sander, Wiebke & Rienas, Sabine (2002). Veränderungen komorbider psychischer Symptomatik bei Abhängigkeitskranken im Verlauf einer Entwöhnungsbehandlung. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen* (S. 255-266). Geesthacht: Neuland.
- Saß, Henning (Hrsg.) (1993). *Affektdelikte: Interdisziplinäre Beiträge zur Beurteilung von affektiv akzentuierten Straftaten*. Berlin: Springer Verlag.
- Schalast, Norbert (2000a). Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe. München: Fink.
- Schalast, Norbert (2000b). Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Sucht*, 46 (2), 111-120.
- Schalast, Norbert & Leygraf, Norbert (1999). Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Auswirkung des Beschlusses des BVerfG. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 19 (10), 485-490.
- Schläfke, Detlef et al. (2005). Sexualstraftäter in der Entziehungsmaßregel – Sucht- oder Kriminaltherapie? In Detlef Schläfke & Frank Häßler & Jörg Michael Fegert (Hrsg.), *Sexualstraftaten. Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie* (S. 289-307). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schmidt, Lothar (1999). Begriffsbestimmungen. In Manfred V. Singer & Stephan Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik - Therapie* (S. 26-31). Berlin: Springer Verlag.
- Schmitt-Homann, Lothar (2001). *Alkohol- und drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug nach § 64 StGB am Beispiel des Bundeslandes Hessen*. Giessen: Justus-Liebig-Universität, Dissertation.

- Schönke, Adolf & Schröder, Horst (2001). *Strafgesetzbuch: Kommentar* (26. neu bearb. Auflage von Theodor Lenckner). München: Beck.
- Schröder, Herbert (1986). *Drogentherapie nach den §§ 93a JGG, 35 ff. BtMG: Eine Untersuchung zur Normgenese und legislatorischen Sorgfalt*. Frankfurt am Main: Lang.
- Seitz, Helmut K.; Lieber, Charles S. & Simanowski, Ulrich A. (Hrsg.) (2000). *Handbuch Alkohol: Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden*. (2. Auflage). Heidelberg: Johann Ambrosius Barth Verlag.
- Singer, Manfred V. & Teysen, Stephan (1999). Allgemeine ärztliche Aspekte bei der Erkennung der Alkoholkrankheit und alkoholassoziierter Organschäden. In Manfred V. Singer & Stephan Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 141-146). Berlin: Springer Verlag.
- Singer, Manfred V. & Teysen, Stephan (Hrsg.) (1999). *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Soyka, Michael (1999). Klinisch-psychiatrische Diagnostik des Alkoholismus. In Manfred V. Singer & Stephan Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 130 – 140). Berlin: Springer Verlag.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004). *Unfallgeschehen im Straßenverkehr 2003*. [Internet]. Verfügbar unter: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) auf der Themenseite „Verkehr“ [11.04.2005].
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Strafvollzugsstatistik*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Verkehr: Verkehrsunfälle*. Wiesbaden: Herausgeber.
- Steffen, Wiebke (1977). Grenzen und Möglichkeiten der Verwendung von Strafakten als Grundlage kriminologischer Forschung. In Müller, Paul (Hrsg.), *Die Analyse prozeß-produzierter Daten* (S. 89-108). Stuttgart: Klett.
- Steffens, Georg; Nowak-Sylla, Franz & Schawe-Bergjohann, Bernhard (1994). Die Behandlung Alkoholabhängiger im Justizvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 43 (1), 30.
- Stephan, Egon (1988). Trunkenheitsdelikte im Verkehr und behandlungsbedürftige Alkoholkonsumenten. *Suchtgefahren*, 34 (6), 464-471.
- Stern, Steffen (2005). *Verteidigung in Mord – und Totschlagsverfahren*. (2. Auflage). Heidelberg: C. F. Müller.

- Süß, Heinz-Martin (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- Theune, Werner (2002). Auswirkungen einer schweren anderen seelischen Abartigkeit auf die Schuldfähigkeit und die Zumessung von Strafe und Maßregel. *Neue Zeitschrift für Strafrecht und Rechtsprechungs-Report*, 7 (8), 225-256.
- Theune, Werner (2003a). Die Beurteilung der Schuldfähigkeit in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes. *Neue Zeitschrift für Strafrecht und Rechtsprechungs-Report*, 8 (7), 193-224.
- Theune, Werner (2003b). Die Beurteilung der Schuldfähigkeit in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes. *Neue Zeitschrift für Strafrecht und Rechtsprechungs-Report*, 8 (8), 225-256.
- Trapp, Elke (2003). *Rechtswirklichkeit von Auflagen und Weisungen bei Strafaussetzung zur Bewährung*. Tübingen: Eberhard Karls Universität, Dissertation.
- Tröndle, Herbert (1982). "Zurückstellung der Strafvollstreckung" und Strafaussetzung zur Bewährung. *Monatsschrift für Deutsches Recht*, 36 (1), 1-6.
- Wimmer, Kerstin (2002). Therapie im Rahmen der Strafvollstreckung. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen* (S. 215-217). Geesthacht: Neuland.
- Wirth, Wolfgang (2002). Das Drogenproblem im Justizvollzug. *Bewährungshilfe*, 49 (1), 104-122.

## D.2 Tabellenanhang

**Tab. A: Faktorladungen bei einer 4-Faktoren-Lösung in den Berufsgruppen Richter / Staatsanwälte**

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Für alkoholabhängige Täter klafft zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung eine erhebliche Lücke, die durch die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung sinnvoll ausgefüllt würde.	,817	-3,2E-02	,193	6,7E-02
Die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter wäre unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe sinnvoll.	,800	-8,7E-02	,125	,149
Das Rückfallrisiko würde bei therapierten Straftätern nur unwesentlich sinken, so dass auf der Justizseite hierdurch keine nennenswerten Einspareffekte entstünden.	-,783	6,6E-02	,132	1,0E-02
Einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sind nur geringe Erfolgsaussichten (i.S.v. Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung) einzuräumen.	-,736	,106	2,9E-02	,111
Die Vollstreckungslösung wäre sinnvoll für jene Straftäter, die aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit eine schlechte Legalprognose aufweisen und für die daher eine Strafaussetzung zur Bewährung nicht mehr möglich ist.	,730	-3,7E-02	,145	,162
Mit Einführung der Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter wäre von einer Entlastung des Justizhaushalts auszugehen.	,684	1,5E-03	8,0E-02	-,213
Ist aufgrund der strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters erkennbar, dass er auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigt, sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung (dennoch) in Betracht kommen, wenn der Täter therapiewillig ist.	,617	-4,8E-02	-4,9E-02	-9,9E-02
Eine künftige Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sollte auch das Absehen von der Anklageerhebung (entspr. § 37 Abs. 1 BtMG) sowie die vorläufige Einstellung des Verfahrens nach Anklageerhebung (entspr. § 37 Abs. 2 BtMG) ermöglichen.	,579	3,9E-02	7,6E-02	2,7E-02

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
In Abgrenzung zu § 64 StGB: Die Vollstreckungslösung wäre sinnvoll für alkoholabhängige (zu hohen Strafen verurteilte) Täter mit guter Legalprognose (oder der Gefahr neuer, aber nicht erheblicher Straftaten).	,506	3,5E-02	,271	,181
Mit Einführung einer Vollstreckungslösung für alkoholabhängige Täter müsste in jedem Strafverfahren, in dem eine Alkoholabhängigkeit des Angeklagten in Betracht käme, ein sachverständiges Gutachten zu dieser Frage eingeholt werden.	-4,5E-02	,825	,109	9,7E-02
Mit der Einführung einer Vollstreckungslösung für alkoholabhängige Täter müsste hinsichtlich der Frage des Kausalzusammenhangs in jedem Fall ein sachverständiges Gutachten eingeholt werden.	-3,8E-02	,788	,114	,107
Gerichte können in vielen Fällen aufgrund objektiver Kriterien und praktischer Erfahrungen erkennen, ob eine Alkoholabhängigkeit vorliegt. Ein Gutachter müsste nur im Zweifel bestellt werden.	-4,4E-02	-,748	5,6E-02	3,2E-03
Bei bestimmten (typischen) Straftaten, insbesondere bei Verkehrs-, Eigentums- und leichteren Raubdelikten, könnte das Gericht ohne große Schwierigkeiten selbst feststellen, ob ein Kausalzusammenhang anzunehmen ist.	4,2E-02	-,669	,193	4,1E-02
Bei (schweren) Gewaltstraftaten sollte die Feststellung der Alkoholabhängigkeit durch ein sachverständiges Gutachten zwingend Voraussetzung für die Anwendung der Therapieregulung sein.	,101	,528	,211	,319
Im Hauptverfahren entstünden höhere Kosten durch die häufigere Heranziehung von psychiatrischen Sachverständigen.	-,296	,510	,318	9,3E-02
Mit Einführung der Therapieregulung für alkoholabhängige Straftäter würden die Gerichte vermehrt Strafen von über zwei Jahren verhängen. Derzeit wird die 2-Jahres-Grenze bisweilen nur deshalb nicht überschritten, weil man dem alkoholabhängigen Täter eine Therapiechance einräumen möchte (Bewährung plus Weisung).	8,2E-02	6,9E-02	,626	-7,1E-02
Eine Erörterung der Alkoholproblematik wird angesichts der im Raum stehenden Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB von der Verteidigung bzw. dem Angeklagten eher vermieden.	-1,4E-02	-,106	,586	-3,7E-02

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Die Weisung an den Verurteilten, sich einer Alkoholtherapie zu unterziehen (§ 56 c Abs. 3 Nr. 1 StGB), wird erst angeordnet, wenn zuvor bereits mehrfach eine Strafe zur Bewährung – ohne Weisung – ausgesetzt worden ist.	,141	-2,8E-03	,584	2,4E-02
Mit Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung müssten sich die Gerichte intensiver der Erforschung der Täterpersönlichkeit widmen, wenn eine Alkoholabhängigkeit des Täters in Betracht kommt.	,254	,277	,514	1,7E-02
Die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen Alkoholabhängigkeit und Straftat ist im Vergleich mit den BtM-Abhängigen deutlich schwieriger zu fassen, da der bloße Umgang mit Alkohol nicht strafbar ist.	-8,5E-02	,277	,465	,125
Die Alkoholabhängigkeit ist kausal für die zu beurteilende Straftat, wenn die Suchterkrankung als primär für die Straffälligkeit anzusehen ist und nicht andere Faktoren.	,135	-,191	,298	,232
Bei (erheblichen) Gewaltstraftaten sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung – nach Teilverbüßung – nur dann in Betracht kommen, wenn mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen festgestellt wurde, dass der Überleitung aus der JVA in eine Therapieeinrichtung nicht die Gefährlichkeit des Täters entgegensteht.	1,9E-02	6,5E-02	,134	,659
Alkoholabhängige Straftäter erhalten genauso häufig wie andere Verurteilte eine Bewährungschance (bei ansonsten gleichen Voraussetzungen, insbes. Vorstrafen).	-,213	-9,9E-02	,134	,638
Die Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol im Rahmen der Hauptverhandlung betrifft überwiegend die Frage der Schuldunfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) aufgrund der Alkoholisierung des Täters zum Tatzeitpunkt.	9,9E-02	,169	,102	,543
Eine sachverständige Begutachtung zum Thema Alkohol findet unabhängig von der Schwere des Tatvorwurfs statt.	4,6E-02	,210	-,195	,409

**Tab. B : Regressionskoeffizienten einer Regression über 4 Hauptfaktoren und die Schätzung möglicher Fallzahlen (Richter / Staatsanwälte)**

Modell	stand. Beta	T	Signifikanz
Faktor: Rückfallprognose, Legalbewährung	,856	30,404	,000
Faktor: Diagnose, Gutachten	-,047	-1,685	,093
Faktor: Juristische Einordnung der Alkoholproblematik	-,101	-3,598	,000
Faktor: Tat- und täterbezogene Aspekte	,055	1,975	,049
Schätzung: Verurteilte Täter, die laut Urteil vom Gericht gegenwärtig als alkoholabhängig eingeschätzt werden	-,027	-,684	,495
Schätzung: Verurteilte Täter, die nach Einführung einer Therapieregung als alkoholabhängig eingeschätzt werden würden	,052	,729	,467
Schätzung: Verurteilte Täter, die nach Einführung einer Therapieregung als alkoholabhängig eingestuft werden würden <u>und</u> das erkennende Gericht würde die Anwendung der neuen Therapieregung befürworten	,005	,071	,943

**Tab. C: Items mit signifikantem Einfluss auf die Zustimmung oder Ablehnung einer analogen Therapieregung (Richter / Staatsanwälte)**

Modell	stand. Beta	T	Signifikanz
Item: Die Vollstreckungslösung wäre sinnvoll für jene Straftäter, die aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit eine schlechte Legalprognose aufweisen und für die daher eine Strafaussetzung zur Bewährung nicht mehr möglich ist.	,105	2,663	,008
Item: Für alkoholabhängige Täter klafft zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung eine erhebliche Lücke, die durch die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung sinnvoll ausgefüllt würde.	,295	6,346	,000
Item: Eine künftige Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sollte auch das Absehen von der Anklageerhebung (entspr. § 37 Abs. 1 BtMG) sowie die vorläufige Einstellung des Verfahrens (entspr. § 37 Abs. 2 BtMG) ermöglichen.	,083	2,553	,011
Item: Die Alkoholabhängigkeit ist kausal für die zu beurteilende Straftat, wenn die Suchterkrankung als primär für die Straffälligkeit anzusehen ist und nicht andere Faktoren (z.B. die Dissozialität des Täters).	-,071	-2,281	,018
Item: Ist aufgrund der strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters erkennbar, dass er auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigt, sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung (dennoch) in Betracht kommen, wenn der Täter therapiewillig ist.	,087	2,572	,011
Item: Die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter wäre unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe sinnvoll.	,146	3,243	,001
Item: Einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sind nur geringe Erfolgsaussichten (i.S.v. Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung) einzuräumen.	-,248	-5,697	,000
Item: Mit Einführung der Therapieregungen für alkoholabhängige Straftäter wäre von einer Entlastung des Justizhaushalts auszugehen.	,074	2,070	,039

**Tab. D: Tabelle der Faktorladungen bei einer 3-Faktoren-Lösung für den Justizvollzug**

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter wäre unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe sinnvoll.	,796	-1,1E-02	-6,5E-03
Für alkoholabhängige Straftäter klafft zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung eine erhebliche Lücke, die durch die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung sinnvoll ausgefüllt würde.	,791	-,180	-9,3E-02
Einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sind nur geringe Erfolgsaussichten (i.S.v. Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung) einzuräumen.	-,758	,159	,129
Eine Therapieregung entsprechend §§ 35 ff. BtMG wäre sinnvoll für jene Straftäter, die aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit eine schlechte Legalprognose aufweisen und für die daher eine Strafaussetzung zur Bewährung nicht mehr möglich ist.	,717	5,1E-02	-,200
Das Rückfallrisiko würde bei therapierten Straftätern voraussichtlich nur unwesentlich sinken, so dass auf der Justizseite hierdurch keine nennenswerten Einspareffekte entstünden.	-,700	,191	9,2E-02
Die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter würde zu einer nicht unerheblichen Entlastung der Justizvollzugsanstalten führen, da – personelle – Ressourcen anderweitig eingesetzt werden könnten.	,510	,243	,407
Alkoholabhängige Inhaftierte sind häufig motiviert im Hinblick auf die Durchführung bzw. Fortführung einer Therapie im Anschluss an die Strafhaft.	,421	,243	6,6E-02
In Abgrenzung zu § 64 StGB: Die Vollstreckungslösung wäre sinnvoll für alkoholabhängige (zu hohen Strafen verurteilte) Täter mit guter Legalprognose (oder der Gefahr neuer, aber nicht erheblicher Straftaten).	,419	-,316	8,8E-02
Ist aufgrund der strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters erkennbar, dass er auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigt, sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung (dennoch) in Betracht kommen, wenn der Täter therapiewillig ist.	,416	-,150	3,4E-02
Das Klima des Normalvollzugs ist unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen nicht geeignet, alkoholabhängige Gefangene zu therapieren.	-9,3E-02	,760	-4,9E-02

Im bundesdeutschen Strafvollzug gibt es ausreichend Behandlungsangebote für alkoholabhängige Strafgefangene.	-,159	,619	9,9E-02
Bei einem nicht unerheblichen Teil der alkoholabhängigen Strafgefangenen kann die Abhängigkeit (zunächst) nicht diagnostiziert werden (z.B. weil die Sucht nicht sofort auffällt und die Betroffenen ihr Alkoholproblem verdrängen oder verschweigen).	1,3E-02	-,288	,184
Unter den alkoholabhängigen Strafgefangenen weist ein Großteil neben der Suchtproblematik andere psychische Störungen auf (z.B. dissoziale Persönlichkeitsstörung etc.), die vorrangig (behandlungsbedürftig) sind.	-,175	-8,8E-02	,674
Alkoholabhängige Strafgefangene binden mehr Personal und Geld im Vergleich zu anderen Insassen.	,122	,235	,657
Bei (erheblichen) Gewaltstraftaten sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung – nach Teilverbüßung – nur dann in Betracht kommen, wenn mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen festgestellt wurde, dass der Überleitung aus der JVA in eine Therapieeinrichtung nicht die Gefährlichkeit des Täters entgegensteht.	5,8E-02	-,316	,401
Alkoholabhängige Strafgefangene verhalten sich im Vollzug häufig angepasst.	,121	,103	-,304

**Tab. E: Regressionskoeffizienten einer Regression über 3 Hauptfaktoren und die Schätzung möglicher Fallzahlen (Justizvollzug)**

Modell	stand. Beta	T	Signifikanz
Faktor: Rückfallprognose, Legalbewährung	,787	9,989	,000
Faktor: Angebot im Strafvollzug	-,190	-2,459	,017
Faktor: Täter und Strafvollzug	,050	,644	,522
Schätzung: Inhaftierte, die „nur“ alkoholabhängig sind	,017	,214	,831
Schätzung: polytoxikomane Inhaftierte	,064	,822	,415



### **D.3 Materialien**

#### *D.3.1 Fragenkatalog zur Expertenanhörung*

#### **Fragenkatalog zur Expertenanhörung**

#### **„§§ 35 ff. BtMG analog für alkoholabhängige Straftäter?“**

#### **I. Justizielle Behandlung von Straftätern mit Alkoholproblemen**

1. Inwieweit werden bislang im Strafverfahren der Konsum von Alkohol vor der Tat, eine Alkoholisierung des Täters bei der Tat, Hinweise auf chronischen Alkoholmissbrauch oder eine bestehende Alkoholabhängigkeit beim Täter etc. thematisiert? Hängt die justizielle Auseinandersetzung dabei auch von der Tatform und -schwere ab?
2. Wie häufig werden aussetzbare Freiheitsstrafen alkoholkranker Straftäter auch tatsächlich ausgesetzt, wie oft wird diese Strafaussetzung zur Bewährung verbunden mit der Weisung, sich einer Heilbehandlung zu unterziehen (§ 56c Abs. III StGB) und wie häufig sind solche Weisungen erfolgreich (kein Abbruch der Behandlung durch den Täter, kein Widerruf der Strafaussetzung)?
3. Wie groß ist der Anteil alkoholkranker Straftäter in der Bewährungshilfe-Praxis und welche speziellen Probleme gibt es mit dieser Klientel? Welche Hilfen und Maßnahmen stehen den Bewährungshelfern zur Verfügung?

#### **II. Praktischer Anwendungsbereich einer §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Regelung**

1. Wo wird der spezifische praktische Anwendungsbereich einer §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Regelung gesehen? Einerseits in Abgrenzung zur Möglichkeit von Therapieweisungen im Zusammenhang mit einer Strafaussetzung zur Bewährung (oder einer Verwarnung mit Strafvorbehalt) und andererseits zur Anwendung des § 64 StGB?
2. Würde sich die Spruchpraxis der Gerichte durch Einführung einer solchen Regelung mutmaßlich ändern und falls ja, inwiefern (z.B. Einschränkung der „Bewährungslösung“ zugunsten der „Zurückstellungslösung“, Änderungen in der Strafmaßpraxis)?

3. In welchen Fällen könnten Gerichte die Feststellung treffen, dass der Täter die Straftat aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit begangen hat, mithin ein unmittelbarer Kausalzusammenhang besteht?

### **III. Situation alkoholkranker Strafgefangener**

1. Welche speziellen Probleme ergeben sich im Justizvollzug durch alkoholabhängige Gefangene?
2. Wie wird eine bestehende Alkoholproblematik (chronischer Missbrauch, Abhängigkeit) erkannt (z.B. i.R.d. Eingangsuntersuchung durch den Anstaltsarzt, Hinweise von Vollzugsbeamten) und wie wird darauf reagiert?
3. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es im Strafvollzug, wie sind diese konkret ausgestaltet und wie sind diese zu beurteilen?

### **IV. Therapieangebot und -erfolg, Legalbewährung**

1. Wie sind die Erfolgschancen einer den §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Therapieregung – hinsichtlich Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung – einzuschätzen?
2. In welchen Fällen ist aus therapeutischer Sicht ein Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Delinquenz anzunehmen und wie sieht dieser Zusammenhang gegebenenfalls aus?
3. Welche Therapiemöglichkeiten bietet die heutige „Therapienlandschaft“ für alkoholabhängige Straftäter? Die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG vergleichbaren Regelung für alkoholranke Straftäter unterstellt: Bestünde ein hinreichendes Therapieangebot bzw. bestehen begründete Aussichten, ein solches zu schaffen?
4. Welche Hindernisse könnten dem entgegenstehen (z.B. mangelnde Bereitschaft freier Therapieeinrichtungen, für diese Klientel zur Verfügung zu stehen) und wie könnten diese beseitigt werden?

### **V. Kosten und Entlastungseffekte**

1. Wie groß ist die Anzahl der Personen, für die eine den §§ 35 ff. BtMG vergleichbare Regelung in Betracht kommt? D.h. wie groß ist der Kreis der Verurteilten, die a) alkoholabhängig sind (und auch bei Tatbegehung waren) und bei denen b) feststeht (z.B. aufgrund des Urteils), dass zwischen der Alkoholabhängigkeit und der Tat ein unmittelbarer Kausalzusammenhang vorliegt?

2. Welche Entlastungseffekte wären bei Einführung einer „Zurückstellungslösung“ für den Justizvollzug zu erwarten?
3. Wie hoch sind voraussichtlich die Kosten einer Therapie i.R. einer solchen „Zurückstellungslösung“ (im Vergleich zu den Kosten, die infolge der Inhaftierung entstehen)?
4. Welche darüber hinausgehenden Kosten bzw. Entlastungseffekte (z.B. bei Bewährungshilfestellen) könnte eine den §§ 35 ff. BtMG vergleichbare Regelung mit sich bringen?
5. Wie könnte die Finanzierung sichergestellt werden?



### D.3.2 Alkoholproblematik im Strafvollzug – Erhebungsbogen

>>>>Bogen bitte ohne Namen, aber mit interner Fallnummer an die Kriminologische Zentralstelle senden, f. Rückfragen Kopie anfertigen (bitte 3 Monate nach Ablauf d. Erhebungszeitraums vernichten!)<<<<

#### A. Angaben der Vollzugsleitung

Name: \_\_\_\_\_ interne Fallnummer: \_\_\_\_\_

#### ALLGEMEINE ANGABEN

- 01 Erhebungsanstalt: \_\_\_\_\_
- Bundesland: [01] Baden-Württemberg [02] Hessen  
[03] Niedersachsen [04] Sachsen-Anhalt
- 02 Geschlecht: [0] männlich [1] weiblich
- 03 Geburtsjahr: \_ \_ \_ \_ \_
- 04 Staatsangehörigkeit: [0] deutsch [1] andere, \_\_\_\_\_
- 05 Anzahl der bisherigen Vorstrafen (keine Vorstrafe = 00, keine Angabe möglich = 99): \_\_\_
- 06 Anzahl bisher (teil-) verbüßter Jugend- und Freiheitsstrafen: \_\_\_
- 07 Dauer der früheren Inhaftierungen (ohne aktuelle Haft) in Monaten: \_\_\_

#### AKTUELLE INHAFTIERUNG

- 08 Datum der (letzten) Tat: \_ \_ \_ \_ \_
- 09 Datum der Inhaftierung: \_ \_ \_ \_ \_
- 10 Vollzugsart: [1] Jugendstrafe [2] Freiheitsstrafe
- 11 Vollstreckung: [1] nach Widerruf der Strafaussetzung [2] unmittelbar  
[3] nach Widerruf der Reststrafenaussetzung
- 12 Offener Vollzug? [0] nein [1] ja
- 13 Tatbezeichnung (Fließtext gemäß Urteilstenor):  
Beispiel: „Der Angeklagte hat sich einer versuchten Vergewaltigung in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung strafbar gemacht.“

---



---



---



---



---

- 14 Angewendete Strafvorschriften (§§ gemäß Urteil):  
 Beispiel: §§ 177 Abs. 2 S. 2 Nr. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 22, 23, 52 StGB

- 15 Aktuelles Strafmaß in Monaten:      \_\_\_ \_\_\_ Monate (lebenslänglich = 999)

interne Fallnummer: \_\_\_\_\_

## B. Beurteilung des Anstaltsarztes / der Anstaltsärztin

Grundsätzlich sind die Begriffe Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und Schädlicher Gebrauch von Alkohol bei dieser Erhebung im Sinne der unten näher erläuterten ICD-10 zu verwenden, damit die Ergebnisse vergleichbar sind. Wir bitten dies zu beachten!

Ferner bitten wir Sie, diesen Fragebogen für *jede(n) Gefangene(n), die / der innerhalb des Erhebungszeitraums eine Freiheits- oder Jugendstrafe antritt*, auszufüllen. Liegt keine Einwilligung der / des Strafgefangenen zur Untersuchung/Befragung vor, bitten wir Sie, die Fragen soweit als möglich zu beantworten. Ihre Einschätzung der Alkoholproblematik könnte sich in diesem Fall z.B. auf die im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung (§ 5 Abs. 3 StVollzG) ohnehin gewonnenen Erkenntnisse stützen.

**Hinweis:** Diagnostische Kriterien für Alkoholabhängigkeit sind gemäß der „International Classification of Diseases“ ICD-10:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren;
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums;
3. Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung;
4. Ein körperliches Entzugssymptom;
5. Toleranzsteigerung;
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol;
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkohols;
8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen.

Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms müssen **drei** der acht Kriterien während des letzten Jahres erfüllt sein.

Von der Trinkmenge her lässt sich nicht zwangsläufig auf eine Abhängigkeit schließen.

Demgegenüber wird unter „Schädlichem Gebrauch“ (Alkoholmissbrauch) in der ICD-10

eine Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit verstanden

(eine akute Intoxikation oder ein „Alkoholkater“ allein beweisen aber noch keinen „Gesundheitsschaden“).

**B.1 Einschätzung der Alkoholproblematik zum Untersuchungszeitpunkt**

1. Hat der / die Gefangene alkoholbedingte Folgeschäden?

[1] ja, neurologische Folgeschäden (z.B. Polyneuropathie, Kleinhirnsymptomatik mit Ataxie und Dysdiadochokinese)  
 [2] ja, alkoholassozierte Leberschäden (z.B. Fettleber, Zirrhose)  
 [3] ja, alkoholbedingte Pankreaserkrankungen  
 [4] ja, sonstige, \_\_\_\_\_  
 [0] nein, keine  
 [8] nicht feststellbar

2. Weist der / die Gefangene folgende (mögliche) Merkmale der physischen Abhängigkeit von Alkohol auf?

[1] Unruhezustände  
 [2] Schweißausbrüche  
 [3] Tremor der Hände  
 [4] Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen  
 [5] depressive Verstimmungen  
 [6] Schlafstörungen  
 [7] Appetitlosigkeit  
 [8] Brechreiz  
 [9] sonstige, \_\_\_\_\_  
 [0] nein, keine Anzeichen erkennbar

3. Liegt bei der/dem Gefangenen eine psychische Abhängigkeit von Alkohol - geprägt von einem unwiderstehlichen Verlangen nach einer weiteren Einnahme der Droge (vgl. Kriterien 1, 2 und 6 der ICD-10) - vor?

[0] sicher nicht                      [1] wahrscheinlich nicht                      [2] vielleicht  
 [3] wahrscheinlich                      [4] sicher

4. **Diagnose:** Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist aufgrund der Untersuchung und Befragung des/der Gefangenen davon auszugehen, dass nach den Kriterien der ICD-10 eine Alkoholabhängigkeit vorliegt?

[0] sehr gering                      [1] gering                      [2] mittel                      [3] hoch                      [4] sehr hoch  
 [8] nicht feststellbar

5. *Falls hoch oder sehr hoch:* → Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist der / die Gefangene mehrfachabhängig, d.h. neben Alkohol auch von illegalen Drogen (BtMG)?

[0] sehr gering                      [1] gering                      [2] mittel                      [3] hoch                      [4] sehr hoch  
 [8] nicht feststellbar

6. Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist aufgrund der Untersuchung und Befragung des/der Gefangenen davon auszugehen, dass nach den Kriterien der ICD-10 „Schädlicher Gebrauch“ vorliegt?

[0] sehr gering      [1] gering      [2] mittel      [3] hoch      [4] sehr hoch

[8] nicht feststellbar

7. Wird eine Alkoholberatung oder -therapie angeraten?

[0] nein      [1] ja, Alkoholberatung      [2] ja, Alkoholtherapie

8. *Falls nein:* → Aus welchen Gründen nicht?

[0] kein Alkoholproblem

[1] sonstige Gründe, bitte beschreiben:

---

---

9. *Falls ja:* → Besteht für den (die) Gefangene(n) die Möglichkeit einer Alkoholberatung bzw. -therapie in der JVA?

[0] spezielle Alkoholberatung / -therapie nicht möglich

[1] Alkoholberatung möglich, bitte beschreiben:

---

---

[2] Alkoholtherapie möglich, bitte beschreiben:

---

---

10. *Falls ja:* → Wie schätzen Sie die Motivation des/der Gefangenen ein?

[0] keine      [1] gering      [2] ausreichend

[3] gut      [4] unklar

11. Wurden vor der aktuellen Tat Alkoholtherapien durchgeführt?

[0] nein    [1] ja, einmal      [2] ja, mehrfach      [8] nicht feststellbar

12. → Ergibt sich das aus  
[0] der Befragung des/der Gefangenen und / oder  
[1] vorliegenden (Kranken-)Akten?

13. Wurden vor der aktuellen Tat Alkoholtherapien abgebrochen?  
[0] nein [1] ja, einmal [2] ja, mehrfach [8] nicht feststellbar

14. → Ergibt sich das aus  
[0] der Befragung des/der Gefangenen und / oder  
[1] vorliegenden (Kranken-)Akten?

**B.2 Einschätzung der Alkoholproblematik zum Tatzeitpunkt**

15. Gibt es Hinweise auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit zum Tatzeitpunkt?  
[0] nein [1] ja [2] nur Alkoholisierung [8] nicht feststellbar

16. Falls ja: → Ergeben sich die Hinweise aus  
[0] der Befragung des/der Gefangenen und/oder  
[1] vorliegenden (Kranken-)Akten und/oder  
[2] der medizinischen Untersuchung?

Anmerkungen und/oder Erläuterungen (z.B. Besonderheiten von Tat oder Täter)

---

---

---

---

---

---

---

Sofern der / die Inhaftierte auf dem blauen Blatt die Einwilligung in die Weitergabe des Aktenzeichens erteilt hat, reicht der Arzt / die Ärztin den äußeren Bogen (also ohne den medizinischen Innenbogen) zurück an die Vollzugsleitung. Sonst direkt zu Punkt D.!

C. Angaben der Vollzugsleitung auf S. 6 erforderlich?

[0] nein [1] ja

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

**C. Angaben der Vollzugsleitung**

Sofern sich der / die Gefangene mit der Weitergabe seines / ihres staatsanwaltlichen Aktenzeichens und der Analyse seiner / ihrer Strafakte durch die KrimZ einverstanden erklärt hat, bitte ergänzen:

01. staatsanwaltliches Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

02. Strafverfolgungsbehörde: \_\_\_\_\_

StA

Vielen Dank!

Bitte den (Außen)Bogen wieder an die Anstaltsärztin / den Anstaltsarzt zurückgeben!

**D. Versand durch die Anstaltsärztin / den Anstaltsarzt**

Bitte Innen- und Außenbogen wieder zusammenführen, das blaue Blatt einlegen und den Erhebungsbogen zurücksenden an:

Ass. jur. Astrid Heimerdinger  
Kriminologische Zentralstelle e.V.  
Viktoriastraße 35  
65189 Wiesbaden

Für eventuelle Rückfragen bitten wir um die Nennung einer Kontaktperson:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Falls Sie zum Erhebungsbogen Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:

Ass. jur. Astrid Heimerdinger, Tel.: 0611 / 1575821, Fax: 0611 / 1575810

Falls eine Antwortkategorie für Ihre Einrichtung nicht sinnvoll beantwortet werden kann, bitten wir um eine kurze Anmerkung.

---



---



---

interne Fallnummer: \_\_\_\_\_

**Zur Information!!!**

(Bitte an alle Inhaftierten aushändigen, die innerhalb des Erhebungszeitraums eine Freiheits- oder Jugendstrafe antreten!)

Sehr geehrte/r Frau/Herr ....., (aus Datenschutzgründen bitte keinen Namen eintragen!)

die Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ) in Wiesbaden führt ein Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz zu der Frage durch, ob für alkoholabhängige Straftäter die Möglichkeit geschaffen werden sollte, unter bestimmten Voraussetzungen die verhängte Strafe zurückzustellen und die Verurteilten stattdessen in eine Therapieeinrichtung zur Behandlung ihrer Sucht zu vermitteln (unter Anrechnung der dort verbrachten Zeit auf die Strafe).

Ziel des Forschungsprojektes ist es u.a. herauszufinden, in welchem Ausmaß verurteilte Straftäter Alkoholprobleme haben. Diese Information ist für den Gesetzgeber im Hinblick auf die Kosten, die mit der Einführung einer solchen „Therapie statt Strafe“-Regelung verbunden wären, von maßgeblicher Bedeutung. Wir sind daher auch auf Angaben von Inhaftierten aus dem Justizvollzug angewiesen. Aus rechtlichen, insbesondere datenschutzrechtlichen Gründen, benötigen wir hierzu Ihre Einwilligung. (Auf Anfrage können Sie vorab den Erhebungsbogen in der Anstalt zu Ihrer Kenntnis einsehen.) Sollten Sie sich damit einverstanden erklären, bitten wir Sie, den auf der Rückseite aufgeführten - kurzen - Fragebogen auszufüllen und an den Anstaltsarzt / die Anstaltsärztin weiterzugeben. Diese(r) wird Ihnen - voraussichtlich im Rahmen der ärztlichen Einganguntersuchung - noch einige Fragen über Ihre Trinkgewohnheiten und Ihr körperliches Befinden etc. stellen.

In bestimmten Fällen beabsichtigt die KrimZ darüber hinaus, einige Straftaten von betroffenen Personen zu analysieren, um weitere Informationen zu sammeln. Es geht dabei vor allem auch darum herauszufinden, ob und inwieweit die Gerichte im Rahmen eines Strafverfahrens eine bestehende Alkoholproblematik berücksichtigen. Auch für eine solche Aktenanalyse benötigen wir Ihre Zustimmung. Selbstverständlich werden alle gewonnenen Daten und Informationen vertraulich behandelt; die Forschungsergebnisse werden unserem

Auftraggeber gegenüber anonymisiert berichtet. Sie müssen also nicht befürchten, dass Ihr Name in diesem Zusammenhang auftaucht.

**Zur Klarstellung:** Ihre Angaben sind freiwillig! Sollten Sie die Einwilligung verweigern, werden Ihnen keinerlei Nachteile entstehen. Umgekehrt erwachsen Ihnen auch keine Vorteile, wenn Sie an dieser Erhebung mitwirken.

**Sind Sie bereit, an dieser Erhebung/Befragung mitzuwirken und willigen Sie in die Weitergabe Ihrer Daten an die Kriminologische Zentralstelle ein?**

[0] nein

[1] ja

*Falls ja:* → Bitte beantworten Sie die folgenden vier Fragen!

1. Haben Sie schon (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?  
[0] nein [1] ja
2. Ärgern Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums?  
[0] nein [1] ja
3. Haben Sie Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens?  
[0] nein [1] ja
4. Brauchen Sie morgens manchmal Alkohol, um richtig leistungsfähig zu werden?  
[0] nein [1] ja

**Sind Sie einverstanden mit der Weitergabe des staatsanwaltlichen Aktenzeichens an die Kriminologische Zentralstelle und der – eventuellen - Analyse Ihrer Strafakte?**

[0] nein

[1] ja

---

Datum, Unterschrift

## **Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ)**

Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder

Viktoriastr. 35, 65189 Wiesbaden

Tel.: 0611-157 58 0, Fax: 0611-157 58 10, E-Mail: info@krimz.de

---

interne Fallnummer: \_\_\_\_\_

### **Alkoholproblematik im Strafvollzug – Erhebungsbogen (Kurzversion)**

#### **Inhalt**

- 1) Mantelbogen (weiß)
- 2) Medizinische Einschätzung (gelb)
- 3) Informationsblatt für Häftling und ggf. Selbsteinschätzung (blau)

#### **Ablauf**

(für die Vollzugsleitung / Vollzugsgeschäftsstelle)

- 1) Interne Fallnummer (z.B. Gefangenenbuchnummer) eintragen auf
  - Mantelbogen
  - Gelbe Seite
  - Blaue Seite
- 2) Blaue Seite an Gefangene(n) ausgeben, verbunden mit der Bitte, diese Seite auszufüllen und an den Anstaltsarzt / die Anstaltsärztin zu übergeben (z.B. im Rahmen der ärztlichen Einganguntersuchung). Bitte auch den Betroffenen mitteilen, wo sie einen Erhebungsbogen einsehen können.
- 3) Angaben der Vollzugsleitung eintragen ( Mantelbogen Teil A. Ziff. 1 – 13)
- 4) Erhebungsbogen komplett an den Arzt / die Ärztin weiterleiten

#### **Hinweise**

Welche Gefangenen sind in die Untersuchung einzubeziehen?

Wie ist mit minderjährigen Gefangenen zu verfahren?

Was passiert, wenn der / die Inhaftierte nicht der deutschen Sprache mächtig ist?

Zu diesen Fragen bitte die umseitigen Hinweise beachten!

## **Allgemeine Hinweise zur Durchführung**

Folgende Hinweise sind im Hinblick auf die praktische Durchführung der Erhebung, insbesondere was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse anbelangt, von Bedeutung. Wir bitten daher um Kenntnisnahme und Beachtung.

### **1. Minderjährige Inhaftierte**

Inhaftierte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen der Information halber wie alle anderen Gefangenen das blaue Blatt erhalten, allerdings verbunden mit dem Hinweis, es nicht auszufüllen. ( Die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters kann wegen des Aufwandes nicht eingeholt werden.) In diesen Fällen ist daher grundsätzlich von einer fehlenden Mitwirkung auszugehen. Auch das staatsanwaltliche Aktenzeichen wird nicht eingetragen (Mantelbogen Ziff. 12, 13).

Die sonstigen Angaben der Vollzugsleitung sowie die medizinische Einschätzung werden wie in allen anderen Fällen gebraucht!

### **2. Nicht-Deutschsprachige Inhaftierte**

Das unter Punkt 1. Ausgeführte gilt in gleicher Weise für Inhaftierte, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, und denen der Inhalt des blauen Blattes nicht verständlich gemacht werden kann. Auch in diesen Fällen muss auf die Selbsteinschätzung des Betroffenen sowie auf das staatsanwaltliche Aktenzeichen verzichtet werden.

### **3. Welche Gefangenen sind einzubeziehen?**

Grundsätzlich stellt diese Erhebung auf den Strafantritt (Freiheits- oder Jugendstrafe) ab. Untersuchungshäftlinge sind daher *nicht* zu befragen. In die Untersuchung einzubeziehen sind auch *nicht* die Ersatzfreiheitsstrafen-Gefangenen. Ansonsten ist unerheblich, ob die Person Selbststeller ist, aus der Einweisungsanstalt oder durch die Polizei eingeliefert wird, oder aber aus der U-Haft in die Strafhaft wechselt.

Falls Sie zum Erhebungsbogen Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:

Ass. jur. Astrid Heimerdinger, Tel.: 0611 / 1575821, Fax: 0611 / 1575810, E-Mail: a.heimerdinger@krimz.de

**Vielen Dank !**

**A. Angaben der Vollzugsleitung**

**Bitte für jede(n) Gefangene(n), die / der innerhalb des Erhebungszeitraums eine Freiheits- oder Jugendstrafe antritt, einen Erhebungsbogen ausfüllen** Es spielt keine Rolle, ob eine Mitwirkungsbereitschaft der betreffenden Person vorliegt, ebenso wenig ob mutmaßlich ein Alkoholproblem anzunehmen ist oder nicht.

**ALLGEMEINE ANGABEN**

- 01 Erhebungsanstalt: \_\_\_\_\_
- Bundesland:                    [01] Baden-Württemberg                    [03] Niedersachsen                    [05] Berlin  
   [02] Hessen    [04] Sachsen-Anhalt
- 02 Geschlecht:                    [0] männlich    [1] weiblich
- 03 Geburtsjahr:                    \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_
- 04 Staatsangehörigkeit:                    [0] deutsch                    [1] andere, \_\_\_\_\_
- 05 Anzahl der bisherigen Vorstrafen (keine Vorstrafe = 00, keine Angabe möglich = 99): \_\_\_ \_\_\_

**AKTUELLE INHAFTIERUNG**

- 06 Vollzugsart:                    [1] Jugendstrafe    [2] Freiheitsstrafe
- 07 Vollstreckung:                    [1] nach Widerruf der Strafaussetzung                    [2] unmittelbar  
   [3] nach Widerruf der Reststrafenaussetzung
- 08 Offener Vollzug?                    [0] nein    [1] ja
- 09 Tatbezeichnung (Fließtext gemäß Urteilstenor):  
Beispiel: „Der Angeklagte hat sich einer versuchten Vergewaltigung in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung strafbar gemacht.“

- 10 Angewendete Strafvorschriften (§§ gemäß Urteil):  
Beispiel: §§ 177 Abs. 2 S. 2 Nr. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 22, 23, 52 StGB

- 11 Aktuelles Strafmaß in Monaten: \_\_\_ \_\_\_ Monate (lebenslänglich = 999)

- 12 staatsanwaltliches Aktenzeichen:

13. Strafverfolgungsbehörde:    StA \_\_\_\_\_

interne Fallnummer: \_\_\_\_\_

## Alkoholproblematik im Strafvollzug – Medizinische Einschätzung

**B. Beurteilung des Anstaltsarztes / der Anstaltsärztin**

**Bitte für jede(n) Gefangene(n), die / der innerhalb des Erhebungszeitraums eine Freiheits- oder Jugendstrafe antritt, den medizinischen Teil des Erhebungsbogen ausfüllen.** Dabei ist unerheblich, ob ein Alkoholproblem mutmaßlich anzunehmen ist, und ebenso, ob die / der Inhaftierte zur Mitwirkung bereit ist (keine Namensangabe; Datenauswertung erfolgt anonymisiert). Wir bitten Sie auch in diesem Fall, die folgenden 3 Fragen zu beantworten. Ihre Einschätzung der Alkoholproblematik könnte sich dann z.B. auf die im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung (§ 5 Abs. 3 StVollzG) ohnehin gewonnenen Erkenntnisse stützen. Sollten Sie keine Einschätzung abgeben können, so ist dies im Bogen entsprechend kenntlich zu machen.

Grundsätzlich ist der Begriff Alkoholabhängigkeit - in Abgrenzung zu den Begriffen Alkoholmissbrauch / Schädlicher Gebrauch von Alkohol - bei dieser Erhebung im Sinne der unten näher erläuterten ICD-10 zu verwenden, damit die Ergebnisse vergleichbar sind. Wir bitten dies zu beachten!

**Hinweis:** Diagnostische Kriterien für Alkoholabhängigkeit sind gemäß der „International Classification of Diseases“ ICD-10:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren;
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums;
3. Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung;
4. Ein körperliches Entzugssymptom;
5. Toleranzsteigerung;
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol;
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkohols;
8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen.

Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms müssen **drei** der acht Kriterien während des letzten Jahres erfüllt sein.

Von der Trinkmenge her lässt sich nicht zwangsläufig auf eine Abhängigkeit schließen.

**B.1 Einschätzung der Alkoholproblematik zum Untersuchungszeitpunkt**

1. **Diagnose:** Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist aufgrund der Untersuchung und Befragung des/der Gefangenen davon auszugehen, dass nach den Kriterien der ICD-10 eine Alkoholabhängigkeit vorliegt?

[0] sehr gering      [1] gering      [2] mittel      [3] hoch      [4] sehr hoch  
[8] nicht feststellbar

2. *Falls hoch oder sehr hoch:* → Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist der / die Gefangene mehrfachabhängig, d.h. neben Alkohol auch von illegalen Drogen (BtMG)?

[0] sehr gering      [1] gering      [2] mittel      [3] hoch      [4] sehr hoch  
[8] nicht feststellbar

**B.2 Einschätzung der Alkoholproblematik zum Tatzeitpunkt**

3. Gibt es Hinweise auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit zum Tatzeitpunkt?

[0] nein      [1] ja      [2] nur Alkoholisierung      [8] nicht feststellbar

Anmerkungen und/oder Erläuterungen (z.B. Besonderheiten von Tat oder Täter)

---

---

---

---

**C. Versand durch die Anstaltsärztin / den Anstaltsarzt**

Bitte die medizinische Einschätzung (gelbe Seite) sowie die Angaben des / der Gefangenen (blaue Seite) in diesen Mantelbogen einlegen und den kompletten Erhebungsbogen zurücksenden an:

Kriminologische Zentralstelle e.V.  
Ass. jur. Astrid Heimerdinger  
Viktoriastraße 35  
65189 Wiesbaden

*Anm.: Wir versichern ausdrücklich, dass eine Strafaktenanalyse in den Fällen, in denen der / die Gefangene hierzu seine Einwilligung nicht erteilt hat, nicht erfolgen wird. Es bleibt Ihnen selbstverständlich unbenommen, das eingetragene staatsanwaltliche Aktenzeichen (S. 2 - Ziff. 12, 13) unkenntlich zu machen.*

Für eventuelle Rückfragen bitten wir Sie um die Angabe Ihres Namens und einer Telefonnummer:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Falls Sie zum Erhebungsbogen Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:  
Ass. jur. Astrid Heimerdinger, Tel.: 0611 / 1575821, Fax: 0611 / 1575810

**Vielen Dank !**

interne Fallnummer: \_\_\_\_\_

**Zur Information!!!**

(Bitte an alle Inhaftierten aushändigen, die innerhalb des Erhebungszeitraums eine Freiheits- oder Jugendstrafe antreten!)

Sehr geehrte/r Frau/Herr ....., (aus Datenschutzgründen bitte keinen Namen eintragen!)

die Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ) in Wiesbaden führt ein Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz zu der Frage durch, ob für alkoholabhängige Straftäter die Möglichkeit geschaffen werden sollte, unter bestimmten Voraussetzungen die verhängte Strafe zurückzustellen und die Verurteilten stattdessen in eine Therapieeinrichtung zur Behandlung ihrer Sucht zu vermitteln (unter Anrechnung der dort verbrachten Zeit auf die Strafe).

Ziel des Forschungsprojektes ist es u.a. herauszufinden, in welchem Ausmaß verurteilte Straftäter Alkoholprobleme haben. Diese Information ist für den Gesetzgeber im Hinblick auf die Kosten, die mit der Einführung einer solchen „Therapie statt Strafe“-Regelung verbunden wären, von maßgeblicher Bedeutung. Wir sind daher auch auf Angaben von Inhaftierten aus dem Justizvollzug angewiesen. Aus rechtlichen, insbesondere datenschutzrechtlichen Gründen, benötigen wir hierzu Ihre Einwilligung. (Auf Anfrage können Sie vorab den Erhebungsbogen in der Anstalt zu Ihrer Kenntnis einsehen.) Sollten Sie sich damit einverstanden erklären, bitten wir Sie, den auf der Rückseite aufgeführten - kurzen - Fragebogen auszufüllen und an den Anstaltsarzt / die Anstaltsärztin weiterzugeben. Diese(r) wird Ihnen - voraussichtlich im Rahmen der ärztlichen Einganguntersuchung - noch einige Fragen über Ihre Trinkgewohnheiten und Ihr körperliches Befinden etc. stellen.

In bestimmten Fällen beabsichtigt die KrimZ darüber hinaus, einige Straftaten von betroffenen Personen zu analysieren, um weitere Informationen zu sammeln. Es geht dabei vor allem auch darum herauszufinden, ob und inwieweit die Gerichte im Rahmen eines Strafverfahrens eine bestehende Alkoholproblematik berücksichtigen. Auch für eine solche Aktenanalyse benötigen wir Ihre Zustimmung. Selbstverständlich werden alle gewonnenen Daten und Informationen vertraulich behandelt; die Forschungsergebnisse werden unserem

Auftraggeber gegenüber anonymisiert berichtet. Sie müssen also nicht befürchten, dass Ihr Name in diesem Zusammenhang auftaucht.

**Zur Klarstellung:** Ihre Angaben sind freiwillig! Sollten Sie die Einwilligung verweigern, werden Ihnen keinerlei Nachteile entstehen. Umgekehrt erwachsen Ihnen auch keine Vorteile, wenn Sie an dieser Erhebung mitwirken.

**Sind Sie bereit, an dieser Erhebung/Befragung mitzuwirken und willigen Sie in die Weitergabe Ihrer Daten an die Kriminologische Zentralstelle ein?**

[0] nein

[1] ja

*Falls ja:* → Bitte beantworten Sie die folgenden vier Fragen!

1. Haben Sie schon (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?

[0] nein

[1] ja

2. Ärgern Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums?

[0] nein

[1] ja

3. Haben Sie Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens?

[0] nein

[1] ja

4. Brauchen Sie morgens manchmal Alkohol, um richtig leistungsfähig zu werden?

[0] nein

[1] ja

**Sind Sie einverstanden mit der Weitergabe des staatsanwaltlichen Aktenzeichens an die Kriminologische Zentralstelle und der – eventuellen - Analyse Ihrer Strafakte?**

[0] nein

[1] ja

---

Datum, Unterschrift

## D.3.4 Erhebungsbogen (Aktenanalyse StA Mainz)

Nummer:

---

01 AZ: \_\_\_\_\_

02 Geschlecht: männlich [ 0 ] weiblich [ 1 ]

03 Geburtsjahr: \_ \_ \_ \_ \_

04 Nationalität: deutsch [ 0 ] andere [ 1 ]: \_\_\_\_\_

05 Angewendete Vorschriften (§§ gemäß Urteil):

---

06 Schwerstes sexuelles Gewaltdelikt [ \_ \_ \_ \_ \_ ]

07 Schwerstes sonstiges Sexualdelikt [ \_ \_ \_ \_ \_ ]

08 Schwerstes nicht-sexuelles Gewaltdelikt [ \_ \_ \_ \_ \_ ]

09 Schwerstes gewaltloses Eigentums-  
oder Vermögensdelikt [ \_ \_ \_ \_ \_ ]

10 Schwerstes Straßenverkehrsdelikt [ \_ \_ \_ \_ \_ ]

11 Schwerstes sonstiges Delikt [ \_ \_ \_ \_ \_ ]

12 Sanktion: JS m. Bew. [ 0 ] JS ohne Bew. [ 1 ]  
FS m. Bew. [ 2 ] FS ohne Bew. [ 3 ]

13 Dauer der verhängten Freiheitsentziehung in Monaten [ \_ \_ ]

14 Spielt Alkohol in den Ausführungen des Urteils in irgendeiner Form eine  
Rolle (z.B. Alkoholkonsum des Täters vor der Tat, akuter / chronischer  
Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit)?

Von Alkohol(Konsum) überhaupt keine Rede [ 0 ] *Ende*  
Alkoholkonsum vor der Tat thematisiert, aber verworfen [ 2 ] *Ende*  
Ja, Alkoholkonsum des Täters vor der Tat festgestellt [ 1 ]  
Ja, sonstiger Alkoholkonsum [ 3 ]

15 BAK festgestellt? Nein [ 0 ] Ja [ 1 ], \_\_\_\_\_ t.n.z. [ 9 ]

16 BAK-Wert wurde geschätzt [ 0 ] gemessen [ 1 ] t.n.z. [ 9 ]

- 17 Anwendung des § 20 StGB (auch) aufgrund der Alkoholwirkungen diskutiert?
- |                          |       |                                 |
|--------------------------|-------|---------------------------------|
| Nein, nicht thematisiert | [ 0 ] | t.n.z. [ 9 ]                    |
| Ja, diskutiert           | [ 1 ] | Verurteilung gemäß § 323a [ 4 ] |
- 18 Anwendung des § 21 StGB (auch) aufgrund der Alkoholisierung?
- |                           |       |                                 |
|---------------------------|-------|---------------------------------|
| Nein, nicht thematisiert  | [ 0 ] | t.n.z. [ 9 ]                    |
| diskutiert, aber verneint | [ 2 ] | Verurteilung gemäß § 323a [ 4 ] |
| Ja                        | [ 1 ] |                                 |
- 19 Enthält das Urteil Hinweise auf ein bestehendes Alkoholproblem des Täters (z.B. täglicher Alkoholkonsum, chronischer Alkoholmißbrauch, Abhängigkeit, Therapiebedürftigkeit wird angesprochen)?
- |                           |       |                                     |
|---------------------------|-------|-------------------------------------|
| Nein, nicht thematisiert  | [ 0 ] | t.n.z. [ 9 ]                        |
| diskutiert, aber verneint | [ 2 ] |                                     |
| Ja                        | [ 1 ] | → <i>Pretestgruppe Aktenanalyse</i> |
- 20 Laufende Bearbeitungsnummer (bei Dateneingabe) [ \_ \_ \_ ]
- 21 Namenszeichen, Datum \_\_\_\_\_

D.3.5 Erhebungsbogen zur Aktenanalyse von alkoholabhängigen  
Strafgefangenen

# Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder  
Viktoriastr. 35, 65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611-157 58 0, Fax: 0611-157 58 10, E-Mail: info@krimz.de

---

## Forschungsprojekt

### „§§ 35 ff. BtMG analog für alkoholabhängige Straftäter?“

Erhebungsbogen für die Aktenauswertung  
von mutmaßlich alkoholabhängigen Strafgefangenen

Aktenauswertung: Namenszeichen, Datum \_\_\_\_\_

Dateneingabe: Namenszeichen, Datum \_\_\_\_\_

**0001** Laufende Bearbeitungsnummer  
( = A + JVA-Bearbeitungsnummer) [ A \_ \_ \_ ]

---

**0002** Strafverfolgungsbehörde (StA nach Schlüssel 1) [ \_ \_ \_ ]

---

## A. DER TÄTER

### I. Allgemeine Angaben zur Person

---

**1001** Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich [ \_ ]

---

**1002** Staatsangehörigkeit (Schlüssel 2) [ \_ \_ \_ ]

---

**1003** Geburtsjahr [ \_ \_ \_ \_ ]

---

### II. Strafrechtliche Vorbelastung

---

**1040** Gibt es Hinweise (Behörden) auf Straftaten in der Kindheit (Alter – 13 J.)?  
0 = nein 1 = ja, Gewalttätigkeiten 2 = ja, Diebstahl o.ä. 3 = 1 + 2  
8 = ja, n.f., welche [ \_ ]

---

**1041** Enthält die Akte einen BZR-Auszug?

0 = nein, n.f. ob Gericht Auszug vorlag

1 = nein, aber Gericht lag erkennbar Auszug vor

2 = ja

[\_\_ \_\_]

**Achtung: Später einbezog. Entscheidungen nach § 31 II JGG werden eigenständig erfasst!**

**1050** Erste strafrechtliche Entscheidung (Rechtskraft) im Jahr [\_\_ \_\_ \_\_]

**dto. (wie 1050)**

**1051** Letzte strafrechtliche Entscheidung (Rechtskraft) im Jahr [\_\_ \_\_ \_\_]  
(ohne Bezugsentscheidung)

**1052** Anzahl der Eintragungen insgesamt (ohne Bezugsentscheidung), **siehe Anleitung!**

→ *falls keine Eintragungen vorliegen*: weiter ab Var. **1099** 99 = ohne Angabe [\_\_ \_\_]

davon (auch) wegen

**1053** - **Straßenverkehrsdelikte** → *falls keine*: weiter ab **1056** [\_\_ \_\_]

**1054** davon wegen § 316 StGB [\_\_ \_\_]

**1055** davon wegen § 315 c Abs. 1 a) StGB [\_\_ \_\_]

**1056** - **gewaltloser Eigentums- und Vermögensdelikte** [\_\_ \_\_]

**1057** - **nicht-sexueller Gewaltdelikte** → *falls keine*: weiter ab **1059** [\_\_ \_\_]

**1058** davon wegen §§ 211 – 213 StGB [\_\_ \_\_]

**1059** - **sexueller Gewaltdelikte** [\_\_ \_\_]

**1060** - **sonstiger Sexualdelikte** [\_\_ \_\_]

**1061** - **sonstiger Delikte** → *falls keine*: weiter ab **1070** [\_\_ \_\_]

**1062** davon wegen Vollrauschs, § 323 a StGB [\_\_ \_\_]

**1063** davon wegen BtM-Straftaten [\_\_ \_\_]

**1064** davon wegen vorsätzlicher Körperverletzung, § 223 StGB [\_\_ \_\_]

**1065** davon wegen fahrlässiger Tötung [\_\_ \_\_]

<b>1070</b>	Anzahl der Verurteilungen zu <b>ambulanten Maßnahmen</b> nach JGG bzw. <b>Jugendarrest</b> als schwerste Sanktion	[__ __]
<b>1071</b>	Anzahl der Verurteilungen zu <b>Geldstrafen</b> als Hauptstrafe	[__ __]
<b>1072</b>	Anzahl der Verurteilungen zu <b>Jugend- und / oder Freiheitsstrafe</b> → falls keine Verurteilung zu JS / FS: weiter ab <b>1080</b>	[__ __]
<b>1073</b>	davon ohne primäre Strafaussetzung z. Bewährung → falls 1073 = 0: weiter ab <b>1080</b>	[__ __]
<b>1076</b>	Strafmaß der nicht ausgesetzten FS und / oder JS (in Monaten)	[__ __]
<b>1080</b>	Anzahl der AO der Unterbringung in einer <b>Entziehungsanstalt</b> (§ 64 StGB) → falls keine Anordnung: weiter ab <b>1085</b>	[__ __]
<b>1081</b>	davon primär ausgesetzt (ohne Widerruf)	[__ __]
<b>1085</b>	Anzahl der AO der Unterbringung in einem <b>psych. Krankenhaus</b> (§ 63 StGB) → falls keine Anordnung: weiter ab <b>1090</b>	[__ __]
<b>1086</b>	davon primär ausgesetzt (ohne Widerruf)	[__ __]
<b>1090</b>	Anzahl der AO der Unterbringung in der <b>Sicherungsverwahrung</b> (§ 66 StGB)	[__ __]

### III. Alkoholkarriere

<b>1099</b>	Anlass der Aktenanalyse (vgl. Liste Aktenanforderung) 1 = positive Übereinstimmung von Arzt und Selbsteinschätzung (Anzeichen f. Alkoholabhängigkeit) 2 = nur Selbsteinschätzung gibt Hinweis auf Alkoholabhängigkeit 3 = nur ärztliche Einschätzung gibt Hinweis auf Alkoholabhängigkeit	[__]
-------------	--	------

**1100** Welche Hinweise auf den Umgang des Täters mit Alkohol (z.B. Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt, üblicher Alkoholkonsum, Alkoholprobleme) finden sich im gesamten Akteninhalt?

*Grundsätzlich Fall für Fall.*

*Bei gleichartigen Geschehensabläufen zusammenfassen; Besonderheiten getrennt erfassen!*

[0] Alkohol spielt überhaupt keine Rolle (dann weiter ab Var. **1999**)

[1] 1. Hinweis (chronologische Reihenfolge):

---



---



---

---

---

---

---

**1101** Falls 1100 = 1: Von wem stammt der 1. Hinweis?

---

---

**1102** Falls 1100 = 1: In welchem Verfahrensabschnitt aufgetaucht (z.B. Zeugenvernehmung bei der Polizei)?

---

---

**1103** Weitere Hinweise?

[0] keine weiteren Hinweise (dann weiter ab Var. **1500**)  
[1] 2. Hinweis:

---

---

---

---

---

---

---

---

**1104** Falls 1103 = 1: Von wem stammt der 2. Hinweis?

---

---

**1105** Falls 1103 = 1: In welchem Verfahrensabschnitt aufgetaucht (z.B. Zeugenvernehmung bei der Polizei)?

---

---

---

**1106** Weitere Hinweise?

[0] keine weiteren Hinweise (dann weiter ab Var. **1500**)

[1] 3. Hinweis:

---

---

---

---

---

---

---

**1107** Falls 1106 = 1: Von wem stammt der 3. Hinweis?

---

---

**1108** Falls 1106 = 1: In welchem Verfahrensabschnitt aufgetaucht (z.B. Zeugenvernehmung bei der Polizei)?

---

---

**1109** Weitere Hinweise?

[0] keine weiteren Hinweise (dann weiter ab Var. **1500**)

[1] 4. Hinweis:

---

---

---

---

---

---

---

---

**1110** Falls 1109 = 1: Von wem stammt der 4. Hinweis?

---

---

**1111** Falls 1109 = 1: In welchem Verfahrensabschnitt aufgetaucht (z.B. Zeugenvernehmung bei der Polizei)?

---

---

---

**1112** Weitere Hinweise?

[0] keine weiteren Hinweise (dann weiter ab Var. **1500**)

[1] 5. Hinweis:

---

---

---

---

---

---

---

---

**1113** Falls 1112 = 1: Von wem stammt der 5. Hinweis?

---

---

**1114** Falls 1112 = 1: In welchem Verfahrensabschnitt aufgetaucht (z.B. Zeugenvernehmung bei der Polizei)?

---

---

---

-----  
*Falls weitere Hinweise* vorliegen, bitte **alle** auf Extrablatt **notieren** (6. Hinweis = 1115-1117, 7. Hinweis = 1118-1120 u.s.w.) und in den Bogen einlegen!

-----  
**1500** Gibt es Hinweise auf ein **aktuelles** Alkoholproblem des Täters (d.h. mehr als Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt):

0 = nein

1 = ja

[ ]

**1501** Falls ja, bitte Angaben zu den folgenden 5 Fragen machen:

1. In welchem Zeitraum begannen die Probleme?
  2. Wie alt war der Täter?
  3. Wie lange vor der Tat begannen die Probleme?
-





Falls 1600 = 1 oder 2:

**a) freiwillig?**

0 = freiwillig

1 = im Kontext eines Strafverfahrens (z.B. Weisung § 56 c Abs. 3 Nr. 1 StGB)

8 = n.f.

**b) planmäßig beendet?**

0 = Nichtantritt aus pers. Gründen

1 = Nichtantritt mangels Therapieplatz

2 = Nichtantritt mangels Kostenträger

3 = Abbruch durch Probanden

4 = reguläre Entlassung

5 = vorzeitige Entlassung

6 = Sonstiges, \_\_\_\_\_

8 = n.f.

**c) ambulant oder stationär?**

1 = ambulant

2 = stationär

8 = n.f.

1. Therapie	<b>1601</b>	a) [ ]	<b>1602</b>	b) [ ]	<b>1603</b>	c) [ ]
2. Therapie	<b>1604</b>	a) [ ]	<b>1605</b>	b) [ ]	<b>1606</b>	c) [ ]
3. Therapie	<b>1607</b>	a) [ ]	<b>1608</b>	b) [ ]	<b>1609</b>	c) [ ]
4. Therapie	<b>1610</b>	a) [ ]	<b>1611</b>	b) [ ]	<b>1612</b>	c) [ ]
5. Therapie	<b>1613</b>	a) [ ]	<b>1614</b>	b) [ ]	<b>1615</b>	c) [ ]

**1800** Frühere (Alkohol-)Entgiftung ?

0 = nein

1 = ja, einmal

2 = ja, mehrfach

8 = n.f.

[ ]

**1900** Hat der Täter schon einmal an einer **Selbsthilfegruppe** oder an **sonstigen**

**Beratungsangeboten** für Alkoholiker teilgenommen?

0 = nein

1 = ja, \_\_\_\_\_

[ ]

**1999** Wie viele Monate lagen zwischen dem letzten mündlichen Gerichtstermin (i.d.R. HV) und jener Inhaftierung, die zur Einschätzung der Alkoholproblematik des Täters i.R.d. JVA-Erhebung führte?

(bitte aufrunden, z.B. 2 Monate + 2 Wochen = 3 Monate)

88 = n.f.

[ \_ \_ ]

**B. BEZUGSENTSCHEIDUNG**


---

**2000** Datum der ersten Tat (Monat, Jahr) [ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ ]

---

**2001** Datum der letzten Tat (Monat, Jahr) [ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ ]

---

**2002** Datum der Entscheidung (Rechtskraft) (Monat, Jahr) [ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ ]

---

**2003** Art der Entscheidung

1 = Freiheitsstrafe ohne Bewährung (Erw.)	2 = Freiheitsstrafe o.B. (Heranw.)	
3 = Freiheitsstrafe mit Bewährung (Erw.)	4 = Freiheitsstrafe m.B. (Heranw.)	
5 = Jugendstrafe ohne Bewährung (Jug.)	6 = Jugendstrafe o.B. (Heranw.)	
7 = Jugendstrafe mit Bewährung (Jug.)	8 = Jugendstrafe m.B. (Heranw.)	[__]

---

**2004** Strafmaß in Monaten [\_\_ \_\_ \_\_]

---

**2005** Wurde neben der Strafe auch eine freiheitsentziehende Maßregel angeordnet?

0= nein      1 = ja, § 63 StGB      2 = ja, § 64 StGB      3 = ja, § 66 StGB      [\_\_]

---

**2006** Falls 2005 = 1 oder 2: Aussetzung der Maßregel gem. § 67 b StGB?

0= nein      1 = ja      [\_\_]

---

**2007** Entziehung der Fahrerlaubnis gem. § 69 StGB?

0= nein      1 = ja      [\_\_]

---

**2008** Sperre für die Erteilung einer Fahrerlaubnis gem. § 69 a StGB?

0= nein      1 = ja      [\_\_]

---

**2009** Fahrverbot gem. § 44 StGB?

0= nein      1 = ja      [\_\_]

---

**2010** Tatbezeichnung (Fließtext gemäß Urteil)

---



---



---



---



---



---



---

**2011** Angewendete Vorschriften (§§ gemäß Urteil)

---



---



---



---

**2012** Einbeziehung eines früheren Urteils gemäß § 31 II JGG?

0 = nein      1 = ja     

**2015** Zahl der Straftatbestände (Tateinheit und / oder Tatmehrheit)

**2016** Falls nur ein Tatbestand verwirklicht worden ist: Wie oft?

01 = einmal      02 = zweimal      u.s.w.      88 = n.f.     

**2017** Wie viele prozessuale Taten liegen vor (= einheitl. lebensgeschichtl. Vorgang) ?

01 = eine Tat      02 = zwei Taten      u.s.w.     

**2020** Schwerstes Straßenverkehrsdelikt (ohne § 316 StGB)

Nur bei §§ 315a, 315c alle 8 Stellen exakt ausfüllen, sonst nur bis § eintragen, die letzten 3 Stellen immer 000 !!!

**2021** Anwendung der §§ 20, 21 StGB bei 2020?

0 = nein      1 = ja., § 20 StGB sicher      2 = ja., § 20 StGB nicht auszuschließen  
3 = ja., § 21 StGB sicher      4 = ja., § 21 StGB nicht auszuschließen     

**2022** Falls 2021 = 1/2/3 oder 4: Weswegen?

1 = Alkoholrausch      2 = Alkoholabhängigkeit      3 = BtM-Rausch  
4 = BtM-Abhängigkeit      5 = Medikamentenabhängigkeit      6 = Mehrfachabhängigkeit (mit Alkohol)  
7 = Mehrfachabhängigkeit (ohne Alkohol)      0 = sonstiges; \_\_\_\_\_

**2023** Falls 2022 = 1, 2 oder 6: Welche „biologische“ Voraussetzung der §§ 20, 21 StGB wurde (ggf. primär) angenommen?

0 = keine Spezifizierung      3 = andere seelische Abartigkeit  
1 = krankhafte seelische Störung      4 = Kombination ohne Vorrang  
2 = tiefgreifende Bewusstseinsstörung     

**2024** Falls 2022 = 1, 2 oder 6: Welche „psychologische“ Kompetenz wurde als beeinträchtigt angenommen bzw. ausgeschlossen?

0 = keine ausdrücklich      2 = Steuerungsfähigkeit  
1 = Einsichtsfähigkeit      3 = 1 + 2     

**2030** Trunkenheit im Verkehr, § 316 StGB

0 = nein      1 = ja



**2050 Schwerstes nicht-sexuelles Gewaltdelikt** [ \_ \_ \_ \_ ]**2051** Anwendung der §§ 20, 21 StGB bei 2050?

0 = nein            1 = ja., § 20 StGB sicher            2 = ja, § 20 StGB nicht auszuschließen  
 3 = ja., § 21 StGB sicher            4 = ja, § 21 StGB nicht auszuschließen [ \_ ]

**2052** Falls 2051 = 1/2/3 oder 4: Weswegen?

1 = Alkoholrausch            2 = Alkoholabhängigkeit            3 = BtM-Rausch  
 4 = BtM-Abhängigkeit            5 = Medikamentenabhängigkeit            6 = Mehrfachabhängigkeit (mit Alkohol)  
 7 = Mehrfachabhängigkeit (ohne Alkohol)    0 = sonstiges; \_\_\_\_\_ [ \_ ]

**2053** Falls 2052 = 1, 2 oder 6: Welche „biologische“ Voraussetzung der §§ 20, 21 StGB wurde (ggf. primär) angenommen?

0 = keine Spezifizierung            3 = andere seelische Abartigkeit  
 1 = krankhafte seelische Störung            4 = Kombination ohne Vorrang  
 2 = tiefgreifende Bewusstseinsstörung [ \_ ]

**2054** Falls 2052 = 1, 2 oder 6: Welche „psychologische“ Kompetenz wurde als beeinträchtigt angenommen bzw. ausgeschlossen?

0 = keine ausdrücklich            2 = Steuerungsfähigkeit  
 1 = Einsichtsfähigkeit            3 = 1 + 2 [ \_ ]

**2060 Schwerstes sexuelles Gewaltdelikt** [ \_ \_ \_ \_ ]**2061** Anwendung der §§ 20, 21 StGB bei 2060?

0 = nein            1 = ja., § 20 StGB sicher            2 = ja, § 20 StGB nicht auszuschließen  
 3 = ja., § 21 StGB sicher            4 = ja, § 21 StGB nicht auszuschließen [ \_ ]

**2062** Falls 2061 = 1/2/3 oder 4: Weswegen?

1 = Alkoholrausch            2 = Alkoholabhängigkeit            3 = BtM-Rausch  
 4 = BtM-Abhängigkeit            5 = Medikamentenabhängigkeit            6 = Mehrfachabhängigkeit (mit Alkohol)  
 7 = Mehrfachabhängigkeit (ohne Alkohol)    0 = sonstiges; \_\_\_\_\_ [ \_ ]

**2063** Falls 2062 = 1, 2 oder 6: Welche „biologische“ Voraussetzung der §§ 20, 21 StGB wurde (ggf. primär) angenommen?

0 = keine Spezifizierung            3 = andere seelische Abartigkeit  
 1 = krankhafte seelische Störung            4 = Kombination ohne Vorrang  
 2 = tiefgreifende Bewusstseinsstörung [ \_ ]

**2064** Falls 2062 = 1, 2 oder 6: Welche „psychologische“ Kompetenz wurde als beeinträchtigt angenommen bzw. ausgeschlossen?

0 = keine ausdrücklich  
1 = Einsichtsfähigkeit  
2 = Steuerungsfähigkeit  
3 = 1 + 2 [ ]

**2070** Schwerstes sonstiges Sexualdelikt [ \_ \_ \_ \_ ]

**2071** Anwendung der §§ 20, 21 StGB bei 2070?

0 = nein  
1 = ja., § 20 StGB sicher  
2 = ja, § 20 StGB nicht auszuschließen  
3 = ja., § 21 StGB sicher  
4 = ja, § 21 StGB nicht auszuschließen [ ]

**2072** Falls 2071 = 1/2/3 oder 4: Weswegen?

1 = Alkoholrausch  
2 = Alkoholabhängigkeit  
3 = BtM-Rausch  
4 = BtM-Abhängigkeit  
5 = Medikamentenabhängigkeit  
6 = Mehrfachabhängigkeit (mit Alkohol)  
7 = Mehrfachabhängigkeit (ohne Alkohol) 0 = sonstiges; \_\_\_\_\_ [ ]

**2073** Falls 2072 = 1, 2 oder 6: Welche „biologische“ Voraussetzung der §§ 20, 21 StGB wurde (ggf. primär) angenommen?

0 = keine Spezifizierung  
1 = krankhafte seelische Störung  
2 = tiefgreifende Bewusstseinsstörung  
3 = andere seelische Abartigkeit  
4 = Kombination ohne Vorrang [ ]

**2074** Falls 2072 = 1, 2 oder 6: Welche „psychologische“ Kompetenz wurde als beeinträchtigt angenommen bzw. ausgeschlossen?

0 = keine ausdrücklich  
1 = Einsichtsfähigkeit  
2 = Steuerungsfähigkeit  
3 = 1 + 2 [ ]

**2080** Vollrausch, § 323 a StGB 0 = nein 1 = ja [ ]

**2081** Anwendung der §§ 20, 21 StGB bei 2080?

0 = nein  
1 = ja., § 20 StGB sicher  
2 = ja, § 20 StGB nicht auszuschließen  
3 = ja., § 21 StGB sicher  
4 = ja, § 21 StGB nicht auszuschließen [ ]

**2082** Welche Tat hat der Täter im Rausch begangen? 88888888 = n.f. [ \_ \_ \_ \_ \_ ]

**2090** Schwerstes BtM-Delikt [ \_ \_ \_ \_ ]

**2091** Anwendung der §§ 20, 21 StGB bei 2090?

0 = nein  
1 = ja., § 20 StGB sicher  
2 = ja, § 20 StGB nicht auszuschließen  
3 = ja., § 21 StGB sicher  
4 = ja, § 21 StGB nicht auszuschließen [ ]





## C. Die Hauptverhandlung

### I. Alkohol / Begutachtung

Hat das Gericht thematisiert, ob der Täter zum Tatzeitpunkt (vgl. 2017) unter dem Einfluss von Drogen stand? 0 = nein 1 = ja

	1. prozessuale Tat	2. prozessuale Tat	3. prozessuale Tat
Alkohol	<b>2500</b> [ ]	<b>2501</b> [ ]	<b>2502</b> [ ]
Betäubungsmittel	<b>2510</b> [ ]	<b>2511</b> [ ]	<b>2512</b> [ ]
Medikamente	<b>2520</b> [ ]	<b>2521</b> [ ]	<b>2522</b> [ ]

Unter dem Einfluss welcher Drogen stand der Täter zum Tatzeitpunkt nach Auffassung des Gerichts? 0 = nein 1 = ja

	1. prozessuale Tat	2. prozessuale Tat	3. prozessuale Tat
Alkohol	<b>2600</b> [ ]	<b>2601</b> [ ]	<b>2602</b> [ ]
Betäubungsmittel	<b>2610</b> [ ]	<b>2611</b> [ ]	<b>2612</b> [ ]
Medikamente	<b>2620</b> [ ]	<b>2621</b> [ ]	<b>2622</b> [ ]

Falls 2600, 2601 oder 2602 = 1: Wurde BAK zum Tatzeitpunkt bestimmt?

0 = nein      1 = ja, BAK gemessen      2 = ja, BAK geschätzt (sachverst. Begutachtung)  
3 = ja, BAK geschätzt (keine sachverst. Begutachtung)

1. prozessuale Tat	<b>3000</b> [ ]	<b>3001</b> Höhe der BAK (min.) [__, __ __]
2. prozessuale Tat	<b>3002</b> [ ]	<b>3003</b> Höhe der BAK (min.) [__, __ __]
3. prozessuale Tat	<b>3004</b> [ ]	<b>3005</b> Höhe der BAK (min.) [__, __ __]

Hat das Gericht thematisiert, ob der Täter Probleme hat im Umgang mit ... ?

0 = nein      1 = ja      2 = nur früher      8 = n.f.

**3015** Alkohol [ ]

**3016** Betäubungsmitteln [ ]

**3017** Medikamenten [ ]

*Falls* 3015 = 1: Aus welchem Anlass?

0 = nein                      1 = ja                      8 = n.f.

- 3018** Täter hat schon öfter Straftaten in alkoholisiertem Zustand begangen
- 3019** frühere Alkoholtherapie i.R. einer Weisung gem. § 56c Abs. 3 Nr.1 StGB
- 3020** frühere Anordnung § 64 StGB
- 3021** Täter hat nach Auffassung Dritter ein Alkoholproblem
- 3022** Einlassung des Täters
- 3023** Sonstiges, \_\_\_\_\_

**3025** *Falls* 3015 = 1: Von welchem der folgenden Beteiligten wurde i.R.d. Hauptverhandlung erstmals geäußert, dass der Täter ein Alkoholproblem haben könnte?

1 = Angeklagte(r)                      4 = Verteidiger                      7 = sonst. Zeuge, Dritte  
 2 = StA                                      5 = Arzt od. sonst. Sachverständiger                      8 = n.f.  
 3 = erkennendes Gericht                      6 = Polizeibeamt.(Zeuge)

**3030** Wurde der Täter durch einen Arzt oder sonstigen Sachverständigen hinsichtlich Substanzmittelrausch-/-abhängigkeit und/oder sonstiger psych. Störungen untersucht?

0 = nein                      1 = ja, eine Begutachtung                      2 = ja, zwei Begutachtungen  
 3 = früheres Gutachten verwendet

*Falls* 3030 = 0, weiter ab **3070**

*Falls* 3030 = 1, 2 oder 3: Worauf erstreckte sich der Begutachtungsauftrag?

0 = nein                                      1 = ja                                      8 = n.f.

- 3031** Alkoholabhängigkeit
- .....
- 3032** BtM-Abhängigkeit
- .....
- 3033** Medikamentenabhängigkeit
- .....
- 3034** sonstige psych. Störungen
- .....
- 3035** nur Schuldfähigkeit
- .....
- 3036** § 64 StGB
- .....

**3037** § 63 StGB [ ]

**3038** Sonstiges, \_\_\_\_\_ [ ]

*Falls* 3030 = 1, 2 oder 3: Welche psychischen Störungen wurden diagnostiziert?

(Zugrundelegen ist die (Erst- und ggf. Zweit-) Diagnose, die das Gericht im Urteil angenommen hat. Fehlen ausreichende Angaben im Urteil selbst, so ist das Gutachten heranzuziehen.)

1 = Alkoholabhängigkeit

2 = BtM-Abhängigkeit

3 = Medikamentenabhängigkeit

4 = Mehrfachabhängigkeit (mit Alkohol)

5 = Mehrfachabhängigkeit (ohne Alkohol)

6 = Persönlichkeitsstörung

7 = Minderbegabung

8 = n.f.

9 = sonstige, \_\_\_\_\_

**3040** Erstdiagnose 0 = keine entsprechende Diagnose [ ]

**3041** Zweitdiagnose 0 = keine entsprechende Diagnose [ ]

**3045** *Falls* Gutachten eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert:

Gibt es Aussagen über primäre und sekundäre Störungen? Schweregrad der psychischen Störung(en)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlungsempfehlung des Sachverständigen (Gutachten)?

0 = nein

1 = ja

**3050** Durchführung einer ambulanten Alkoholtherapie [ ]

**3051** Durchführung einer stationären Alkoholtherapie [ ]

**3052** § 63 StGB [ ]

**3053** § 64 StGB [ ]

**3054** sonstiges, \_\_\_\_\_ [ ]

**3060** Anderslautende Diagnose des Zweitgutachtens?

0 = nein

9 = t.n.z.(kein Zweitgutachten)

1 = ja, \_\_\_\_\_ [ ]

Welche Feststellungen hat das Gericht zum Umgang des Täters mit Alkohol und sonstigen Drogen getroffen?

0 = nein                      1 = ja (auch, wenn nur Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt betreffend)

**3070** Alkohol (bitte genauen Wortlaut aus dem Urteil wiedergeben!):

---



---



---



---



---



---



---



---

**3071** BtM-Abhängigkeit

.....

**3072** Medikamentenabhängigkeit

.....

**3073** Sonstiges, \_\_\_\_\_

**3080** Befand sich der Täter zum Zeitpunkt des Urteils in therapeutischer Behandlung?

0 = nein                      1 = ja, ambulante Alkoholtherapie    2 = stationäre Alkoholtherapie  
3 = sonstige, \_\_\_\_\_

**3085** Falls 3080 = 1, 2 oder 3: War die therapeutische Behandlung freiwillig?

0 = freiwillig                      1 = im Kontext eines Strafverfahrens                      8 = n.f.

## II. Schuldfähigkeit, Strafmilderung, Zurückstellung der Strafvollstreckung

**3090** Falls der Täter zur Tatzeit Jugendlicher war: Wurde im Urteil Verantwortungsreife nach § 3 JGG geprüft?

0 = nein                      1 = geprüft und in formelhaft verwendeter Pauschalbeurteilung  
angenommen                      2 = geprüft und bejaht

**3091** Falls 3090 = 1 oder 2: Wurde in diesem Zusammenhang geprüft, ob das Alkoholproblem des Jugendlichen (Missbrauch oder Abhängigkeit) zum Zeitpunkt der Tat der Annahme der Verantwortungsreife entgegenstehen?

0 = nein                      1 = geprüft und Verantwortungsreife trotz Alkoholproblem bejaht  
2 = kein Alkoholproblem

**3092** Falls der Täter zur Tatzeit Heranwachsender war: Wurde im Urteil geprüft, ob das Alkoholproblem des Täters zu einer Reifeverzögerung geführt hat und (auch) insofern Jugendstrafrecht anzuwenden ist (§ 105 JGG)?

0 = nein            1 = ja, Reifeverzögerung (auch) wegen des Alkoholproblems bejaht

2 = ja, trotz Alkoholproblems keine Reifeverzögerung; Erwachsenenstrafrecht angewendet

3 = zwar Heranwachsender, aber laut Urteil kein Hinweis auf Alkoholproblem

---

**3100** Hat das Gericht eine (teilweise) verminderte Schuldfähigkeit des Täters festgestellt?

0 = nein            1 = ja (verm. Schuldfähigkeit war auch alkoholbedingt)

2 = ja (verm. Schuldfähigkeit war nicht alkoholbedingt)

---

**3101** Falls 3100 = 1 oder 2:

Führte dies zu einer Strafmilderung gem. § 49 Abs. 1 StGB?

0 = nein            1 = ja            8 = n.f.

---

**3102** Falls 3101 = 0: Wie lautet die Begründung?

---

---

---

**3103** Falls 3101 = 1: Wie lautet die Begründung?

---

---

---

**3110** Falls das Gericht (auch) eine BtM-Abhängigkeit des Täters festgestellt hat (3071 = 1):

Hat das Gericht im Urteil die Zurückstellung der Strafvollstreckung gem. §§ 35 f. BtMG befürwortet?

0 = nein            1 = ja

**D. Straf(rest-)aussetzung und Widerruf****I. Primäre Strafaussetzung zur Bewährung****4000** Primäre Strafaussetzung gem. § 56 StGB erfolgt?

0 = nein, Strafe ist nicht aussetzungsfähig (mehr als zwei Jahre)

1 = ja

2 = nein, Strafe beträgt nicht mehr als zwei Jahre (aussetzungsfähige Strafe)

[ ]

*Falls 4000 = 2: Mit welcher Begründung?*

0 = nein    1 = ja

**4001** nur Gesetzestext

[ ]

**4002** Schlechte Sozialprognose aufgrund Alkoholabhängigkeit

[ ]

**4003** Vorstrafen

[ ]

**4004** anderer Grund, \_\_\_\_\_

[ ]

→ wenn keine Strafaussetzung erfolgte: weiter ab **4999****4010** Dauer der Bewährungszeit

in Monaten [ ] [ ]

Begründung(en) der Strafaussetzung zur Bewährung

0 = nein    1 = ja

**4100** nur Gesetzestext

[ ]

**4101** gute Sozialprognose, da Täter bereits in Therapie bzw. therapiewillig

[ ]

**4102** Täter ist bisher nicht vorbestraft

[ ]

**4103** anderer Grund, \_\_\_\_\_

[ ]

**4110** Unterstellung unter Bewährungshelfer?

0 = nein

2 = ja, nachträglich

1 = ja, zugleich mit Strafaussetzung

[ ]

Wurden dem Verurteilten mit der Strafaussetzung Weisungen erteilt?

0 = nein

1 = ja, zugleich mit Strafaussetzung

2 = ja, nachträglich

4120 Durchführung einer stationären Alkoholtherapie

.....

4121 Durchführung einer ambulanten Alkoholtherapie

.....

4122 Sonst. ambulante Behandlung durch Arzt

.....

4123 Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche \_\_\_\_\_

.....

4124 Umgang mit Alkohol, \_\_\_\_\_

.....

4125 regelmäßige Teilnahme bei den Sitzungen der AA (o.ä.)

.....

4126 Sonstiges (außer Bewährungshelfer) \_\_\_\_\_

---

4200 Falls Therapie / Behandlungsanweisung (4120, 4121 oder 4122)

0 = Nichtantritt aus pers. Gründen

5 = vorzeitige und erfolglose Entlassung

1 = Nichtantritt mangels Therapieplatz

6 = Abbruch wegen Inhaftierung

2 = Nichtantritt mangels Kostenträger

7 = Sonstiges, \_\_\_\_\_

3 = Abbruch durch Probanden

4 = reguläre Entlassung

---

Wurden während der Strafaussetzung bekannt / festgestellt ...

0 = nein

2 = ja, mehrfach

1 = ja, einmal

4300 neues Ermittlungsverfahren

.....

4301 Verstöße gegen Therapie / Behandlungsanweisung

.....

4302 Sonstige Verstöße gegen Weisungen, Auflagen

.....

4303 Entziehung ggü. Bewährungshelfer

---

4310 Wurde bei auftretenden Problemen (Straftaten, Weisungsverstöße u.a.) während der Bewährungszeit (zunächst) versucht, mit neuen oder geänderten Maßnahmen zu reagieren?

0 = nein

2 = ja, mehrfach

1 = ja, einmal

---

Falls ja, welche?

0 = nein

1 = ja

4312 Verlängerung Bewährungszeit

4313 erstmalige Weisung Alkoholtherapie

4314 Vermittlung anderer Therapieplatz

4315 Sonstiges, \_\_\_\_\_

Weshalb wurde die Strafaussetzung gem. § 56 f StGB bzw. § 26 JGG widerrufen?

0 = nein

2 = ja, neben anderen Gründen

1 = ja, als alleiniger Widerrufgrund

4400 neues Ermittlungsverfahren

4401 Verstöße gegen Therapie / Behandlungsanweisung

4402 Sonstige Verstöße gegen Weisungen, Auflagen

4403 Entziehung ggü. Bewährungshelfer

## II. Strafrestausssetzung zur Bewährung

4999 Strafrestausssetzung vor JVA-Erhebung erfolgt?

0 = nein

1 = ja

8 = n.f.

→ falls 4999 = 0: weiter ab **6000**

5000 Dauer der Bewährungszeit  in Monaten

5001 Begründung(en) der Strafrestausssetzung zur Bewährung

0 = keine Begründung

1 = gute Führung im Vollzug

2 = andere Begründung

8 = n.f.

5002 Falls andere Begründung (5001 = 2), welche?

---

---

---

**5003** Unterstellung unter Bewährungshelfer?

0 = nein

2 = ja, nachträglich

1 = ja, zugleich mit Strafrestausssetzung

[ ]

---

Wurden dem Verurteilten zugleich mit der Strafrestausssetzung Weisungen erteilt?

0 = nein

1 = ja

**5010** Durchführung einer stationären Alkoholtherapie

[ ]

**5011** Durchführung einer ambulanten Alkoholtherapie

[ ]

**5012** Sonst. ambulante Behandlung durch Arzt (bzgl. Alkohol)

[ ]

**5013** Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche \_\_\_\_\_

[ ]

**5014** Umgang mit Alkohol \_\_\_\_\_

[ ]

**5015** regelmäßige Teilnahme bei den Sitzungen der AA (o.ä.)

[ ]

**5016** Sonstiges (außer Bewährungshelfer) \_\_\_\_\_

[ ]

---

**5100** Falls Alkoholtherapie / Behandlungsanweisung (5010, 5011 oder 5012)

0 = Nichtantritt aus pers. Gründen

5 = vorzeitige und erfolglose Entlassung

1 = Nichtantritt mangels Therapieplatz

6 = Abbruch wegen Inhaftierung

2 = Nichtantritt mangels Kostenträger

7 = Sonstiges, \_\_\_\_\_

3 = Abbruch durch Probanden

4 = reguläre Entlassung

[ ]

---

Wurden während der Strafrestausssetzung bekannt / festgestellt ...

0 = nein

2 = ja, mehrfach

1 = ja, einmal

**5300** neues Ermittlungsverfahren

[ ]

**5301** Verstöße gegen Alkoholtherapie / Behandlungsanweisung

[ ]

**5302** Sonstige Verstöße gegen Weisungen, Auflagen

[ ]

**5303** Entziehung ggü. Bewährungshelfer [ ]

---

**5310** Wurde bei auftretenden Problemen (Straftaten, Weisungsverstöße u.a.) während der Bewährungszeit (zunächst) versucht, mit neuen oder geänderten Maßnahmen zu reagieren?

0 = nein

2 = ja, mehrfach

1 = ja, einmal

[ ]

---

Wenn ja, welche?

0 = nein

1 = ja

**5312** Verlängerung Bewährungszeit [ ]

---

**5313** erstmalige Weisung Alkoholtherapie [ ]

---

**5314** Vermittlung anderer Therapieplatz [ ]

---

**5315** Sonstiges, \_\_\_\_\_ [ ]

---

Weshalb wurde die Strafrestausssetzung gem. §§ 56 f , 57 Abs. 3 StGB widerrufen?

0 = nein

2 = ja, neben anderen Gründen

1 = ja, als alleiniger Widerrufsgrund

**5400** neues Ermittlungsverfahren [ ]

---

**5401** Verstöße gegen Therapie / Behandlungsanweisung [ ]

---

**5402** Sonstige Verstöße gegen Weisungen, Auflagen [ ]

---

**5403** Entziehung ggü. Bewährungshelfer [ ]

---

**6000** Zusammenfassung (Tat und Täter):

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder  
Viktoriastr. 35, 65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611-157 58 0, Fax: 0611-157 58 10, E-Mail: info@krimz.de

---

## **Befragung von Richter(inne)n in (Jugend-)Strafsachen / Staatsanwält(inn)en** zu einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Februar 2002 wird an der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz ein Projekt zu der Frage durchgeführt, ob für alkoholabhängige Straftäter Therapieregulungen, die §§ 35 ff. BtMG entsprechen (Zurückstellung der Strafvollstreckung bzw. Absehen von der Anklageerhebung bei Durchführung einer Therapie) geschaffen werden sollten.

Im Rahmen dieses Vorhabens interessiert auch die Einschätzung von Richter(inne)n in (Jugend-)Strafsachen und Staatsanwält(inn)en zum möglichen praktischen Anwendungsbe- reich einer solchen Regelung sowie zu den möglichen (Neben-)Folgen, die mit der Geset- zeseinführung zu erwarten wären.

Wir bitten Sie daher, die folgenden Aussagen Ihrer beruflichen Erfahrung und Einschät- zung entsprechend zu bewerten. Bitte beachten Sie, dass wir keine persönlichen Angaben erfassen und die Auswertung anonym erfolgt. Kreuzen Sie bitte jeweils die Bewertung an, die Ihrer Meinung nach die Realität am ehesten widerspiegelt.

**Wir wären allen Bearbeitern sehr verbunden, wenn Sie diesen Bogen innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt ausfüllen und an uns zurückschicken könnten.**

1. Einstiegsfrage: Für wie sinnvoll halten Sie persönlich die geltenden Regelungen für BtM-Abhängige gem. §§ 35 ff. BtMG ?

sehr sinnvoll       eher sinnvoll       teils / teils       eher nicht sinnvoll       überhaupt nicht sinnvoll

2. Einstiegsfrage: Für wie sinnvoll halten Sie persönlich die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter?

sehr sinnvoll       eher sinnvoll       teils / teils       eher nicht sinnvoll       überhaupt nicht sinnvoll

**I. Bestandsaufnahme (Justizieller Umgang mit alkoholabhängigen Tätern)**

1. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol im Rahmen der Hauptverhandlung betrifft überwiegend die Frage der Schuldunfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) aufgrund der Alkoholisierung des Täters zum Tatzeitpunkt.

stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

2. Eine sachverständige Begutachtung zum Thema Alkoholabhängigkeit findet unabhängig von der Schwere des Tatvorwurfs statt.

stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

3. Eine Erörterung der Alkoholproblematik wird angesichts der im Raum stehenden Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB von der Verteidigung bzw. dem Angeklagten eher vermieden.

stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

4. Alkoholabhängige Straftäter erhalten genauso häufig wie andere Verurteilte eine Bewährungschance (bei ansonsten gleichen Voraussetzungen, insbes. Vorstrafen).

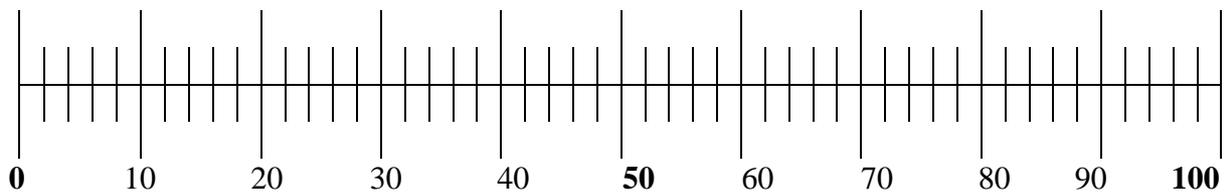
stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

5. Die Weisung an den Verurteilten, sich einer Alkoholtherapie zu unterziehen (§ 56c Abs. 3 Nr. 1 StGB), wird erst angeordnet, wenn zuvor bereits mehrfach eine Strafe zur Bewährung - ohne Weisung - ausgesetzt worden ist.

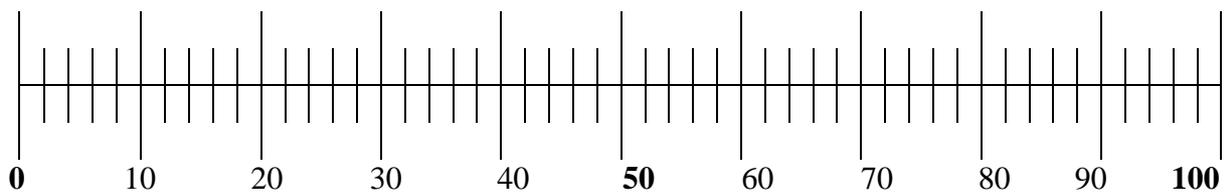
stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

6. **Was schätzen Sie:** Wie viele von hundert Angeklagten, deren Verfahren mit einer Verurteilung zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe endet (alle Deliktbereiche), werden laut Urteil von den erkennenden Gerichten als alkoholabhängig eingeschätzt (z.B. im Zusammenhang mit § 64 StGB oder § 56c Abs. 3 Nr.1 StGB):  
(bitte Position auf dem Lineal mit einem Kreuz markieren)

a) Erwachsene und Heranwachsende, auf die allgemeines Strafrecht angewendet wird:



b) Jugendliche und Heranwachsende, auf die Jugendstrafrecht angewendet wird:



## II. Praktischer Anwendungsbereich einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung (sog. „Vollstreckungslösung“)

7. Die Vollstreckungslösung wäre sinnvoll für jene Straftäter, die aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit eine schlechte Legalprognose aufweisen, und für die daher eine Strafaussetzung zur Bewährung nicht mehr möglich ist.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

8. In Abgrenzung zu § 64 StGB: Die Vollstreckungslösung wäre sinnvoll für alkoholabhängige (zu hohen Strafen verurteilte) Täter mit einer guten Legalprognose (oder der Gefahr erneuter, aber nicht erheblicher Straftaten).

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

9. Für alkoholabhängige Täter klafft zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung eine erhebliche Lücke, die durch die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung sinnvoll ausgefüllt würde.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

10. Eine künftige Therapieregung für alkoholabhängige Täter sollte auch das Absehen von der Anklageerhebung (entspr. § 37 Abs. 1 BtMG) sowie die vorläufige Einstellung des Verfahrens nach Anklageerhebung (entspr. § 37 Abs. 2 BtMG) ermöglichen.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

11. Mit Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung müssten sich die Gerichte intensiver der Erforschung der Täterpersönlichkeit widmen, wenn eine Alkoholabhängigkeit des Täters in Betracht kommt.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

12. Gerichte könnten in vielen Fällen aufgrund objektiver Kriterien (z.B. erhebliche Vorstrafen i.V. mit Alkohol) und praktischer Erfahrungen erkennen, ob eine Alkoholabhängigkeit vorliegt. Ein Gutachter müsste nur im Zweifel bestellt werden.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

13. Mit Einführung einer Vollstreckungslösung für alkoholabhängige Täter müsste in jedem Strafverfahren, in dem eine Alkoholabhängigkeit des Angeklagten in Betracht käme, ein sachverständiges Gutachten zu dieser Frage eingeholt werden.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

14. Bei (schwereren) Gewaltstraftaten sollte die Feststellung der Alkoholabhängigkeit durch ein sachverständiges Gutachten zwingend Voraussetzung für die Anwendung der Therapieregungen sein.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

15. Die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen Alkoholabhängigkeit und Straftat ist im Vergleich mit den BtM-Abhängigen deutlich schwieriger zu fassen, da der bloße Umgang mit Alkohol nicht strafbar ist.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

16. Die Alkoholabhängigkeit ist kausal für die zu beurteilende Straftat, wenn die Suchterkrankung als primär für die Straffälligkeit anzusehen ist und nicht andere Faktoren (z.B. die Dissozialität des Täters).

stimme  
haupt voll zu
     
  stimme eher  
zu
     
  teils / teils
     
  stimme eher  
nicht zu
     
  stimme über-  
haupt nicht zu

17. Bei bestimmten (typischen) Straftaten, insbesondere bei Verkehrs-, Eigentums- und leichteren Raubdelikten, könnte das Gericht ohne große Schwierigkeiten selbst feststellen, ob ein Kausalzusammenhang anzunehmen ist.

stimme  
voll zu
     
  stimme eher  
zu
     
  teils / teils
     
  stimme eher  
nicht zu
     
  stimme überhaupt  
nicht zu

18. Mit Einführung einer Vollstreckungslösung für alkoholabhängige Täter müsste hinsichtlich der Frage des Kausalzusammenhangs in jedem Fall ein sachverständiges Gutachten eingeholt werden.

stimme  
voll zu
     
  stimme eher  
zu
     
  teils / teils
     
  stimme eher  
nicht zu
     
  stimme überhaupt  
nicht zu

19. Ist aufgrund der strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters erkennbar, dass er auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigt, sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung (dennoch) in Betracht kommen, wenn der Täter therapiewillig ist.

stimme  
voll zu
     
  stimme eher  
zu
     
  teils / teils
     
  stimme eher  
nicht zu
     
  stimme überhaupt  
nicht zu

20. Bei (erheblichen) Gewaltstraftaten sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung – nach Teilverbüßung – nur dann in Betracht kommen, wenn mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen festgestellt wurde, dass der Überleitung aus der JVA in eine Therapieeinrichtung nicht die Gefährlichkeit des Täters entgegensteht.

stimme  
voll zu
     
  stimme eher  
zu
     
  teils / teils
     
  stimme eher  
nicht zu
     
  stimme überhaupt  
nicht zu

### III. Folgen und Kosten

21. Mit Einführung der Therapieregungen für alkoholabhängige Straftäter würden die Gerichte vermehrt Strafen von über zwei Jahren verhängen. Derzeit wird die 2-Jahres-Grenze bisweilen nur deshalb nicht überschritten, weil man dem alkoholab-

hängigen Täter eine Therapiechance einräumen möchte (Bewährung plus Weisung).

<input type="checkbox"/>				
stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu

22. Im Hauptverfahren entstünden höhere Kosten durch die häufigere Heranziehung von psychiatrischen Sachverständigen.

<input type="checkbox"/>				
stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu

23. Die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter wäre unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe sinnvoll.

<input type="checkbox"/>				
stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu

24. Das Rückfallrisiko würde bei therapierten Straftätern nur unwesentlich sinken, so dass auf der Justizseite hierdurch keine nennenswerten Einspareffekte entstünden.

<input type="checkbox"/>				
stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu

25. Einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sind nur geringe Erfolgsaussichten (i.S.v. Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung) einzuräumen.

<input type="checkbox"/>				
stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu

26. Mit Einführung der Therapieregungen für alkoholabhängige Straftäter wäre von einer Entlastung des Justizhaushalts auszugehen.

<input type="checkbox"/>				
stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu

27. Insgesamt würde ich die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter begrüßen.

<input type="checkbox"/>				
stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu

#### IV. Bedarfsschätzung

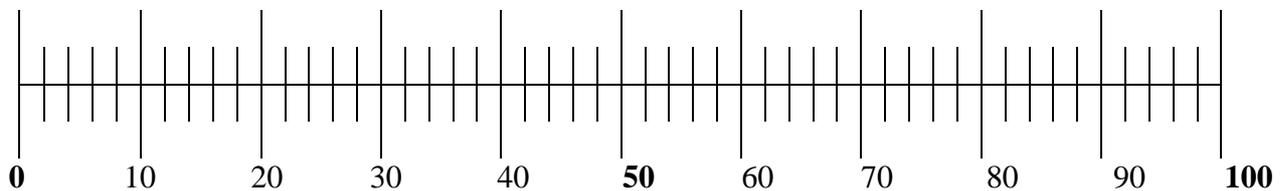
Stellen Sie sich vor, der Gesetzgeber beschließt die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Täter, die zu einer Jugend- oder Freiheitsstrafe verurteilt werden. Die Zurückstellung der Strafvollstreckung kommt in Betracht, wenn – wie bei den derzeitigen Therapieregungen für Betäubungsmittelabhängige – die Strafe bzw. die Reststrafe zwei Jahre nicht übersteigt. In Verfahren, in denen schwere Straftaten verhandelt werden, insbesondere erhebliche Gewaltdelikte, ist die psychiatrische Begutachtung zum Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit sowie zur Feststellung, dass die Abhängigkeit die primäre / maßgebliche Ursache für die Straffälligkeit des Täters darstellt, zwingend vorausgesetzt. Im Übrigen können die Gerichte aufgrund von Indizien, z.B. die strafrechtliche Vorgeschichte, sowie praktischer Erfahrungen diesbezüglich selbst entscheiden, ob die Zurückstellung der Strafvollstreckung befürwortet werden kann.

**Was schätzen Sie:** (bitte Position auf dem Lineal mit einem Kreuz markieren)

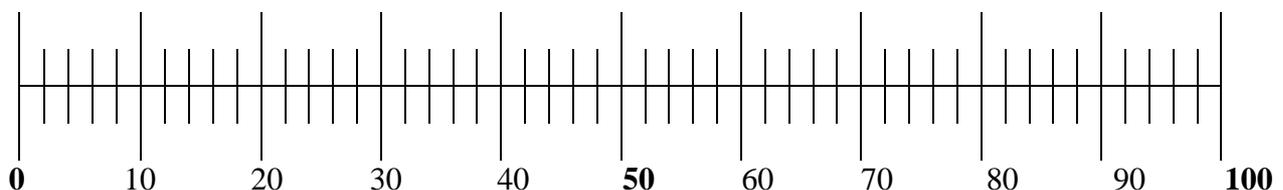
Wie viele von hundert Angeklagten, deren Verfahren mit einer Verurteilung zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe endet (alle Deliktbereiche), würden nach Einführung der Therapie-  
regelung für alkoholabhängige Straftäter

##### 1. von den erkennenden Gerichten als alkoholabhängig eingeschätzt?

a) Erwachsene und Heranwachsende, auf die allgemeines Strafrecht angewendet wird:

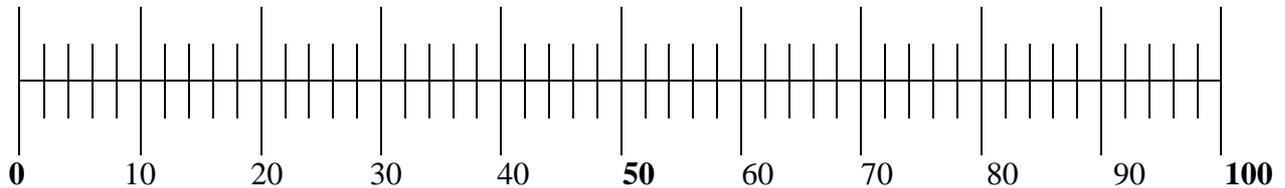


b) Jugendliche und Heranwachsende, auf die Jugendstrafrecht angewendet wird:

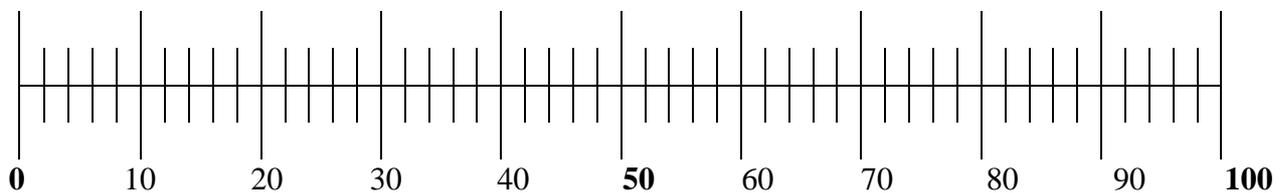


**2. als alkoholabhängig eingeschätzt und das erkennende Gericht würde auch die Anwendung der neu geschaffenen Therapieregung befürworten?**

a) Erwachsene und Heranwachsende, auf die allgemeines Strafrecht angewendet wird:



b) Jugendliche und Heranwachsende, auf die Jugendstrafrecht angewendet wird:

**Ihre Anmerkungen, Hinweise und Vorschläge**

(Weshalb würden Sie eine Therapieregung begrüßen / nicht begrüßen? Welche Argumente sind Ihnen wichtig? Welche Gesichtspunkte sind im Fragebogen nicht berücksichtigt?)

Sehen Sie eine Alternative zu einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter, die Sie bevorzugen würden? Wie würde diese Alternative aussehen?

---

---

---

---

---

---

---

---





# Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder  
Viktoriastr. 35, 65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611-157 58 0, Fax: 0611-157 58 10, E-Mail: info@krimz.de

---

## **Befragung von Mitarbeitern des (Jugend-)Strafvollzugs**

zu einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Februar 2002 wird an der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz ein Projekt zu der Frage durchgeführt, ob für alkoholabhängige Straftäter gesetzliche Regelungen, die §§ 35 ff. BtMG entsprechen (Stichwort „Therapie statt Strafe“) geschaffen werden sollten.

Im Rahmen dieses Vorhabens interessiert auch die Einschätzung von Mitarbeitern des Strafvollzugs (**1. Anstaltsleitung, 2. Vollzugsleitung / Abteilungsleitung, 3. (externe) Drogenberatung, 4. Sozialdienst, 5. Psychologischer Dienst, 6. Ärztlicher Dienst**)

1. zur derzeitigen Situation alkoholabhängiger Gefangener im Strafvollzug,
2. zum möglichen praktischen Anwendungsbereich einer solchen Regelung sowie
3. zu den möglichen (Neben-)Folgen, die mit der Gesetzeseinführung zu erwarten wären.

Mitarbeiter aus den o.g. sechs Arbeitsbereichen bitten wir daher, je einen Erhebungsbogen auszufüllen. Optimal wäre es, wenn aus jedem Bereich 2 Bedienstete mitmachen könnten, so dass insgesamt 12 Erhebungsbögen pro Anstalt ausgewertet werden könnten.

Wir bitten Sie, die folgenden Aussagen Ihrer beruflichen Erfahrung und Einschätzung entsprechend zu bewerten. Bitte beachten Sie, dass die Auswertung anonym erfolgt. Kreuzen Sie bitte jeweils die Bewertung an, die Ihrer Meinung nach die Realität am ehesten widerspiegelt.

**Wir wären allen Bearbeitern sehr verbunden, wenn Sie diesen Bogen innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt ausfüllen und an uns zurückschicken könnten.**

1. Einstiegsfrage: Für wie sinnvoll halten Sie persönlich die Regelung der Zurückstellung der Strafvollstreckung für drogenabhängige Täter gem. § 35 BtMG ?

<input type="checkbox"/>				
sehr sinnvoll	eher sinnvoll	teils / teils	eher nicht sinnvoll	überhaupt nicht sinnvoll

2. Einstiegsfrage: Für wie sinnvoll halten Sie persönlich die Einführung einer entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter?

- sehr sinnvoll     
  eher sinnvoll     
  teils / teils     
  eher nicht sinnvoll     
  überhaupt nicht sinnvoll

### I. Bestandsaufnahme (Situation alkoholabhängiger Inhaftierter im Strafvollzug)

1. Im bundesdeutschen Strafvollzug gibt es ausreichend Behandlungsangebote für alkoholabhängige Strafgefangene.

- stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

2. Bei einem nicht unerheblichen Teil der alkoholabhängigen Strafgefangenen kann die Abhängigkeit (zunächst) nicht diagnostiziert werden (z.B. weil die Sucht nicht [sofort] auffällt und die Betroffenen ihr Alkoholproblem verdrängen oder verschweigen).

- stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

3. Alkoholabhängige Inhaftierte sind häufig motiviert im Hinblick auf die Durchführung bzw. Fortführung einer Therapie im Anschluss an die Strafhaft.

- stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

4. Das Klima des Normalvollzuges ist unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen geeignet, alkoholabhängige Gefangene zu therapieren.

- stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

5. Unter den alkoholabhängigen Strafgefangenen weist ein Großteil neben der Suchtproblematik andere psychische Störungen auf (z.B. dissoziale Persönlichkeitsstörung etc.), die vorrangig (behandlungsbedürftig) sind.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

6. Alkoholabhängige Strafgefängene binden mehr Personal und Geld im Vergleich zu anderen Insassen.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

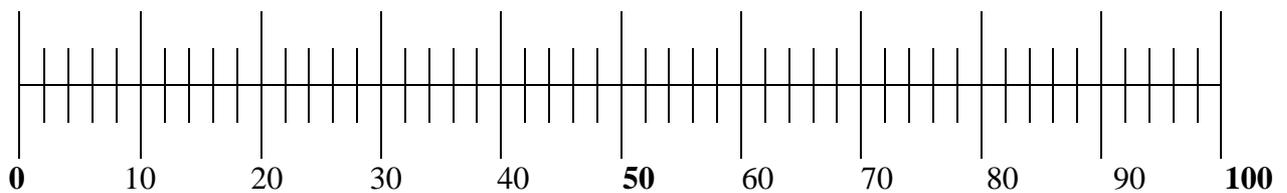
7. Alkoholabhängige Strafgefängene verhalten sich im Vollzug häufig angepasst.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

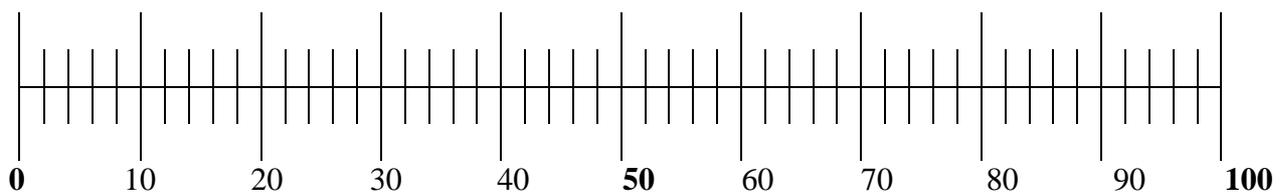
8. **Was schätzen Sie** (bitte Position jeweils auf dem Lineal mit einem Kreuz markieren):

8.1 **Wie viele von hundert Strafgefangenen** in „Ihrer“ Anstalt sind „nur“ von Alkohol abhängig?

a) Erwachsene:

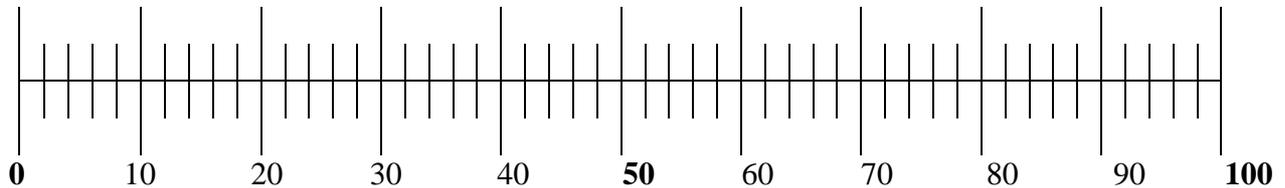


b) Jugendliche und Heranwachsende:

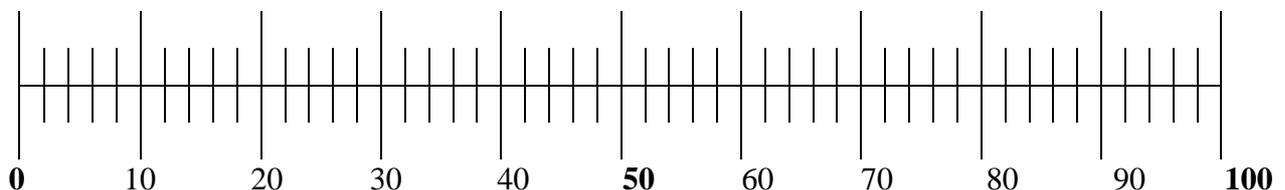


8.2 **Wie viele von hundert Strafgefangenen** in „Ihrer“ Anstalt sind sog. Polytoxikomane, d.h. von Alkohol und von Betäubungsmitteln i.S.d. BtMG abhängig?

a) Erwachsene:



b) Jugendliche und Heranwachsende:



**II. Praktischer Anwendungsbereich einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Therapie-**  
**regelung**

9. Eine Therapieregung entsprechend §§ 35 ff. BtMG wäre sinnvoll für jene Straftäter, die aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit eine schlechte Legalprognose aufweisen, und für die daher eine Straf(rest-)aussetzung zur Bewährung nicht mehr möglich ist.

stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

10. In Abgrenzung zu § 64 StGB: Eine §§ 35 ff. BtMG entsprechende Therapieregung wäre sinnvoll für alkoholabhängige (zu hohen Strafen verurteilte) Täter mit einer guten Legalprognose (oder der Gefahr erneuter, aber nicht erheblicher Straftaten).

stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

11. Für alkoholabhängige Täter klafft zwischen der eingriffsintensiven Maßregel des § 64 StGB und der Bewährungslösung eine erhebliche Lücke, die durch die Einführung einer §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung sinnvoll ausgefüllt würde.

stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

12. Ist aufgrund der strafrechtlichen Vorgeschichte des Täters erkennbar, dass er auch ohne Alkoholkonsum zu strafbarem Verhalten neigt, sollte die Anwendung der Therapieregung (dennoch) in Betracht kommen, wenn der Täter therapiewillig ist.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

13. Bei (erheblichen) Gewaltstraftaten sollte die Zurückstellung der Strafvollstreckung - nach Teilverbüßung - nur dann in Betracht kommen, wenn mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen festgestellt wurde, dass der Überleitung aus der JVA in eine Therapieeinrichtung nicht die Gefährlichkeit des Täters entgegensteht.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

### III. Folgen und Kosten

14. Die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter würde zu einer nicht unerheblichen Entlastung der Justizvollzugsanstalten führen, da - personelle - Ressourcen anderweitig eingesetzt werden könnten.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

15. Die Einführung einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter wäre unter dem Gesichtspunkt der Rückfallprophylaxe sinnvoll.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu

16. Das Rückfallrisiko würde bei therapierten Straftätern voraussichtlich nur unwesentlich sinken, so dass auf der Justizseite hierdurch keine nennenswerten Einspareffekte entstünden.

stimme voll zu     
  stimme eher zu     
  teils / teils     
  stimme eher nicht zu     
  stimme überhaupt nicht zu



**Abschließend bitten wir Sie um folgende Angaben** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

*Wir versichern nochmals, dass die Auswertung anonym erfolgt!!!*

- 1. Tätigkeit**
- [01] Anstaltsleitung
  - [02] Vollzugsleitung / Abteilungsleitung
  - [03] (externe) Drogenberatung
  - [04] Sozialdienst
  - [05] Psychologischer Dienst
  - [06] Ärztlicher Dienst
  - [07] Sonstiges, bitte nennen:
- 

In welchem Bundesland sind Sie beruflich tätig: \_\_\_\_\_

- 2. Geschlecht**
- [01] männlich
  - [02] weiblich
- 3. Lebensalter**
- [01] unter 30
  - [02] 30 – 39
  - [03] 40 – 49
  - [04] 50 – 59
  - [05] 60 oder älter
- 4. überwiegende Gefangenenpopulation in der JVA**  
(Mehrfachnennungen möglich)
- [01] erwachsene Strafgefangene
  - [02] jugendliche / heranwachs. Strafgefangene
  - [03] männliche Strafgefangene
  - [04] weibliche Strafgefangene
  - [05] Kurzstrafengefangene (bis 24 Monate)
  - [06] Langstrafengefangene (mehr als 24 Monate)
  - [07] Strafgefangene im offenen Vollzug
  - [08] Strafgefangene im geschlossenen Vollzug

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Bitte Fragebogen zurücksenden oder faxen an:

Ass. jur. Astrid Heimerdinger  
Kriminologische Zentralstelle e.V.  
Viktoriastraße 35  
65189 Wiesbaden  
Fax: 0611 – 157 58 10

(Rückfragen unter: Tel. 0611 – 157 58 21 oder E-Mail: a.heimerdinger@krimz.de)



## Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder  
Viktoriastr. 35, 65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611-157 58 0, Fax: 0611-157 58 10, E-Mail: info@krimz.de

---

### Befragung von

### Angehörigen stationärer Therapieeinrichtungen für Alkoholabhängige

zu einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Februar 2002 wird an der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz ein Projekt zu der Frage durchgeführt, ob für alkoholabhängige Straftäter Therapieregungen, die §§ 35 ff. BtMG entsprechen (Zurückstellung der Strafvollstreckung bei Durchführung einer Therapie), geschaffen werden sollten. Im Rahmen dieses Vorhabens interessiert auch die Einschätzung von Leitern stationärer Therapieeinrichtungen bzw. den dort tätigen Therapeuten zu Chancen und Schwierigkeiten einer solchen Gesetzeseinführung, insbesondere zu Fragen der Erfolgsaussichten und des Therapieplatzangebotes.

Wir wären allen Befragten sehr verbunden, wenn **aus jeder Einrichtung 1 Fragebogen** ausgefüllt und an die KrimZ zurückgeschickt werden könnte.

Wir bitten Sie daher, die folgenden Aussagen Ihrer beruflichen Erfahrung und Einschätzung entsprechend zu bewerten. Bitte beachten Sie, dass wir keine persönlichen Angaben erfassen und die Auswertung anonym erfolgt.

**Wir wären allen Bearbeitern sehr verbunden, wenn Sie diesen Bogen innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt ausfüllen und an uns zurückschicken könnten.**

Als Anlage ist dem Fragebogen eine gelbe Seite mit dem Gesetzestext der §§ 35, 36 BtMG zu Ihrer Information beigelegt. (Die für eine Therapieeinrichtung wichtigsten Textpassagen sind fettgedruckt.)

1. Wir bitten Sie zunächst um folgende Informationen über Ihre Einrichtung (Leerstellen bitte ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen):

A. Unsere Therapieeinrichtung liegt im Bundesland \_\_\_\_\_

B. Träger der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Unser Therapieangebot umfasst (*Mehrfachnennungen möglich*):

- I. (teil-)stationäre Alkoholtherapie:  ja  nein
- a) Kapazität: \_\_\_\_\_ Plätze
- b) Tagessatz: \_\_\_\_\_ Euro
- c) Anzahl der im Jahr 2003 aufgenommenen Patienten: \_\_\_\_\_
- d) davon justiziell veranlasst (z.B. gerichtl. Weisung, § 56 c Abs. 3 StGB): \_\_\_\_\_
- II. ambulante Alkoholtherapie:  ja  nein
- a) Kapazität: \_\_\_\_\_ Plätze
- b) Tagessatz: \_\_\_\_\_ Euro
- c) Anzahl der im Jahr 2003 aufgenommenen Patienten: \_\_\_\_\_
- d) davon justiziell veranlasst (z.B. gerichtl. Weisung, § 56 c Abs. 3 StGB): \_\_\_\_\_
- III. (teil-)stationäre Drogentherapie:  ja  nein
- a) Kapazität: \_\_\_\_\_ Plätze
- b) Tagessatz: \_\_\_\_\_ Euro
- c) Anzahl der im Jahr 2003 aufgenommenen Patienten: \_\_\_\_\_
- IV. ambulante Drogentherapie:  ja  nein
- a) Kapazität: \_\_\_\_\_ Plätze
- b) Tagessatz: \_\_\_\_\_ Euro
- c) Anzahl der im Jahr 2003 aufgenommenen Patienten: \_\_\_\_\_
- V. Anerkennung gem. §§ 35, 36 BtMG:  ja  nein

***Falls ja:***

- a) Unser Haus hat im Jahr 2003 \_\_\_\_\_ Patienten aufgenommen, die eine Drogentherapie i.R.d. §§ 35, 36 BtMG durchgeführt bzw. zumindest begonnen haben, davon stationär: \_\_\_\_\_ ; ambulant: \_\_\_\_\_
- b) Die stationäre Drogentherapie i.R.d. §§ 35, 36 BtMG dauert in unserer Einrichtung durchschnittlich \_\_\_\_\_ Wochen und kostet pro Tag \_\_\_\_\_ Euro.
- c) Die ambulante Drogentherapie i.R.d. §§ 35, 36 BtMG dauert in unserer Einrichtung durchschnittlich \_\_\_\_\_ Wochen und kostet pro Tag \_\_\_\_\_ Euro.

2. Nun einige wenige Fragen, bei denen Ihre persönliche Einschätzung gefragt ist.

- A. Für wie sinnvoll halten Sie persönlich die geltenden Regelungen für BtM-Abhängige gem. §§ 35 ff. BtMG ?

sehr sinnvoll       eher sinnvoll       teils / teils       eher nicht sinnvoll       überhaupt nicht sinnvoll

- B. Für wie sinnvoll halten Sie persönlich die Einführung einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter?

sehr sinnvoll       eher sinnvoll       teils / teils       eher nicht sinnvoll       überhaupt nicht sinnvoll

- C. Einer gesetzlichen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter sind nur geringe Erfolgsaussichten (i.S.v. Suchtmittelabstinenz und Legalbewährung) einzuräumen.

stimme voll zu       stimme eher zu       teils / teils       stimme eher nicht zu       stimme überhaupt nicht zu

- D. Falls Sie Erfahrung mit der Behandlung von drogenabhängigen Patienten im Rahmen der §§ 35 ff. BtMG haben:

Die Erfolgsaussichten einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter wären mutmaßlich im Vergleich zu den Aussichten bei den drogenabhängigen Tätern...

erheblich besser       eher besser       genauso       eher schlechter       erheblich schlechter

- E. Bei Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Täter wäre unsere Einrichtung an der Behandlung dieser Patientengruppe interessiert.

ja       nein

**Falls ja:**

- a) Unsere Einrichtung könnte mit Einführung einer analogen Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter ohne Ausweitung unserer derzeit bestehenden Belegkapazitäten voraussichtlich durchschnittlich \_\_\_\_\_ dieser Alkoholpatienten pro Jahr aufnehmen.

davon stationär: \_\_\_\_\_ ; ambulant: \_\_\_\_\_

- b) Mit Einführung einer analogen Therapieregung würde die stationäre Alkoholtherapie i.R.d. Vorschrift voraussichtlich durchschnittlich \_\_\_\_\_ Wochen dauern und pro Tag ca. \_\_\_\_\_ Euro kosten.
- c) Mit Einführung einer analogen Therapieregung würde die ambulante Alkoholtherapie i.R.d. Vorschrift voraussichtlich durchschnittlich \_\_\_\_\_ Wochen dauern und pro Tag ca. \_\_\_\_\_ Euro kosten.

**Falls nein**, aus welchen Gründen wäre dies für Ihre Einrichtung nicht von Interesse?

---

---

---

---

**Ihre Anmerkungen, Hinweise und Vorschläge**

(Weshalb würden Sie eine Therapieregung begrüßen / nicht begrüßen? Welche Argumente sind Ihnen wichtig? Welche Gesichtspunkte sind im Fragebogen nicht berücksichtigt?)

Sehen Sie eine Alternative zu einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Therapieregung für alkoholabhängige Straftäter, die Sie bevorzugen würden? Wie würde diese Alternative aussehen?

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Bitte Fragebogen zurücksenden oder faxen an:

Ass. jur. Astrid Heimerdinger  
Kriminologische Zentralstelle e.V.  
Viktoriastraße 35  
65189 Wiesbaden  
Fax: 0611 – 157 58 10

(Rückfragen unter: Tel. 0611 – 157 58 21 oder E-Mail: a.heimerdinger@krimz.de)

**Befragung von**  
**Angehörigen stationärer Therapieeinrichtungen für Alkoholabhängige**  
zu einer den §§ 35 ff. BtMG entsprechenden Regelung für alkoholabhängige Straftäter

Anlage (**Gesetzestext §§ 35, 36 BtMG**)

---

Betäubungsmittelgesetz (BtMG) » Siebenter Abschnitt. Betäubungsmittelabhängige Straftäter

**§ 35.**

**(1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.**

(2) Gegen die Verweigerung der Zustimmung durch das Gericht des ersten Rechtszuges steht der Vollstreckungsbehörde die Beschwerde nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Buches der Strafprozeßordnung zu. Der Verurteilte kann die Verweigerung dieser Zustimmung nur zusammen mit der Ablehnung der Zurückstellung durch die Vollstreckungsbehörde nach den §§ 23 bis 30 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz anfechten. Das Oberlandesgericht entscheidet in diesem Falle auch über die Verweigerung der Zurückstellung; es kann die Zustimmung selbst erteilen.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn

1. auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren erkannt worden ist oder
2. auf eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren erkannt worden ist und ein zu vollstreckender Rest der Freiheitsstrafe oder der Gesamtfreiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigt und im übrigen die Voraussetzungen des Absatzes 1 für den ihrer Bedeutung nach überwiegenden Teil der abgeurteilten Straftaten erfüllt sind.

**(4) Der Verurteilte ist verpflichtet, zu Zeitpunkten, die die Vollstreckungsbehörde festsetzt, den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen; die behandelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit.**

(5) Die Vollstreckungsbehörde widerruft die Zurückstellung der Vollstreckung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird und nicht zu erwarten ist, daß der Verurteilte eine Behandlung derselben Art alsbald beginnt oder wieder aufnimmt, oder wenn der Verurteilte den nach Absatz 4 geforderten Nachweis nicht erbringt. Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn der Verurteilte nachträglich nachweist, daß er sich in Behandlung befindet. Ein Widerruf nach Satz 1 steht einer erneuten Zurückstellung der Vollstreckung nicht entgegen.

(6) Die Zurückstellung der Vollstreckung wird auch widerrufen, wenn

1. bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 zurückgestellt wird oder
2. eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist.

**(7) Hat die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung widerrufen, so ist sie befugt, zur Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt einen Haftbefehl zu erlassen.** Gegen den Widerruf kann die Entscheidung des Gerichts des ersten Rechtszuges herbeigeführt werden. Der Fortgang der Vollstreckung wird durch die Anrufung des Gerichts nicht gehemmt. § 462 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

Betäubungsmittelgesetz (BtMG) » Siebenter Abschnitt. Betäubungsmittelabhängige Straftäter

**§ 36.**

**(1) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte in einer staatlich anerkannten Einrichtung behandeln lassen, so wird die vom Verurteilten nachgewiesene Zeit seines Aufenthalts in dieser Einrichtung auf die Strafe angerechnet, bis infolge der Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt sind. Die Entscheidung über die Anrechnungsfähigkeit trifft das Gericht zugleich mit der Zustimmung nach § 35 Abs. 1. Sind durch die Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt oder ist eine Behandlung in der Einrichtung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, so setzt das Gericht die Vollstreckung des Restes der Strafe zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Verurteilte keine Straftaten mehr begehen wird.**

(2) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte einer anderen als der in Absatz 1 bezeichneten Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder des Strafrestes zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob er keine Straftaten mehr begehen wird.

(3) Hat sich der Verurteilte nach der Tat einer Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so kann das Gericht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 nicht vorliegen, anordnen, daß die Zeit der Behandlung ganz oder zum Teil auf die Strafe angerechnet wird, wenn dies unter Berücksichtigung der Anforderungen, welche die Behandlung an den Verurteilten gestellt hat, angezeigt ist.

(4) Die §§ 56a bis 56g des Strafgesetzbuches gelten entsprechend.

(5) Die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 trifft das Gericht des ersten Rechtszuges ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß. Die Vollstreckungsbehörde, der Verurteilte und **die behandelnden Personen oder Einrichtungen sind zu hören.** Gegen die Entscheidungen ist sofortige Beschwerde möglich. Für die Entscheidungen nach Absatz 1 Satz 3 und nach Absatz 2 gilt § 454 Abs. 3 der Strafprozeßordnung entsprechend; die Belehrung über die Aussetzung des Strafrestes erteilt das Gericht.