

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1981)

Artikel: Stigmatisierung durch Resozialisierung? : Probleme einer Behandlungsideologie

Autor: Quensel, Stephan

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1050967>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 09.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Stigmatisierung durch Resozialisierung? Probleme einer Behandlungsideologie

Stephan Quensel

Prof. Dr. jur., Universität Bremen, Bibliothekstrasse,
D-2800 Bremen 33

Unsere aktuelle kriminalpolitische Diskussion steht einmal wieder vor dem alten Dilemma "Heilen statt strafen" oder "Strafen statt heilen?". Sollen wir unsere schwer gestörten Kriminellen – und nur von diesen spreche ich hier – sozialtherapeutisch resozialisieren, wie unsere Reformer meinen, oder sollen wir ihnen nicht doch wieder für ihre Taten das geben, was sie verdienen – und sei es auch nur um der allgemeinen Abschreckung willen?

1. Verfolgt man als ehedem engagierter Kämpfer für die Einrichtung sozialtherapeutischer Anstalten diese Diskussion mitsamt ihren Konsequenzen, dann fällt dreierlei auf:

1.1 Rationale *Argumente* und politische *Standpunkte* scheinen in dieser Diskussion weithin *austauschbar* zu sein.

So verwenden beide Seiten auf empirischer Ebene die relativ wenig brauchbaren, überdies fast beliebig manipulierbaren Rückfalluntersuchungen, um zu belegen, dass der zusätzliche Aufwand kaum etwas bringe bzw. nun doch endlich den Silberstreifen am Horizont erwarten lasse. Beide Seiten betonen die humanen Rechte des Straftäters, um ihn wechselseitig vor der Machtwillkür des Anstaltspersonals oder aber der des Massregelvollzuges zu bewahren; beide vergessen fast immer das Opfer der Tat, blicken allein auf den individuellen Täter und wollen diesen möglichst lange hinter geschlossenen Mauern "behandeln". Linke Autoren bekämpfen das Behandlungskonzept, rechte schwärmen von Modellanstalten – ebenso wie meine Kritik, die ich hier heute vortrage, morgen dazu herhalten wird, den alten Zustand zu verteidigen.

1.2 Der eigentliche “Spiel-Charakter” dieser Diskussion, das letztlich sich selbst genügende Oberflächengeplänkel zeigt sich deutlich in ihren *fehlenden Konsequenzen*. Trotz jahrhundertelanger Diskussion, trotz intensiver Resozialisierungsbemühungen, blieben unsere Strafanstalten eigentlich immer das, was sie seit jeher schon waren: Totale Verwahrinstituteionen, die allenfalls äusserlich ein wenig dem jeweiligen Zeitgeschmack angepasst werden.

Man kann es noch deutlicher formulieren: Veränderungen, wie etwa die Einführung von Lockerungen, offenem Vollzug oder Freigängerstatus, erfolgten ebenso wie die allgemeine langsame Reduzierung der Freiheitsstrafe selber fast immer ausserhalb der eigentlichen Resozialisierungsdiskussion, weil man erkannte, dass Strafanstalten Unsinn sind, dass sie mehr schaden als nützen. Umgekehrt gilt überdies, dass intensivierte Behandlungsversuche historisch bisher fast zwangsläufig dazu tendierten, neue totale Institutionen, Zwangsinstrumente und Kontrollapparate zu erfinden; die Kette beginnt mit der Einrichtung der Zuchthäuser vor drei bis vier Jahrhunderten und setzt sich heute fort in der Einführung relativ unbestimmter Massregeleinweisungen oder der Pervertierung der Bewährungshilfe zur Führungsaufsicht; sie wird mahnend offenbar in dem bei Kriminologen leider noch immer fast unbekannten Aufstand der Antipsychiatrie, die auf entsprechend lange Erfahrungen mit sehr unterschiedlichen “Behandlungsversuchen” zurückgreifen kann.

Wir müssen hier insofern für uns die Frage aufwerfen, welche Funktion unsere Diskussion heute besitzt, welche konkreten Folgen wir eigentlich von ihr erwarten, Folgen nicht nur für die Gesetzgebung, sondern für die konkrete Praxis des Vollzuges selber?

1.3 Denn eben diese *Praxis*, dieser *Alltag* der Betroffenen, d.h. das alltägliche Miteinander von Tätern, Opfern, Aufsichtsbeamten, Therapeuten, Nachbarn und Arbeitskollegen wird in dieser Diskussion, die wir hier oder die man im Parlament dort oben führt, fast notwendig immer vergessen.

Und eben hierin liegt ein zentraler Kern unseres Dilemmas: Stets sind nämlich wir es, die über diese anderen reden, über Betroffene, denen wir bestimmte Rollen zuweisen, – als Insasse, Patient, Proband, Sozialarbeiter oder Aufsichtsbeamter – und zwar in derselben Weise so, dass zwei Dinge von vorneherein klar sind, dass nämlich der andere schwächer ist und weniger wert, dass also wir die Macht haben, den anderen als “Betroffenen” in bestimmter Weise zu definieren, wobei wir uns zugleich auf das Recht stützen können, das die einen als ehrlos, abweichend oder kriminell bezeichnet und die anderen als schlecht bezahlte Nichtakademiker an das untere Ende der sozialen Leiter bannt.

2. Angesichts dieser Ausgangssituation drängt sich die keineswegs neue *These* auf, dass Strafe und Behandlung in weitem Masse äquifunktionale Reaktionen sind, die man zumindest so lange austauschen kann, solange die zentrale Funktion der Strafe selber nicht aufgegeben wird. Resozialisierung anstelle von Vergeltung, “Heilen anstelle von Strafen”, scheint insofern nur soweit möglich zu sein, wie sie sich im Rahmen dieser Straffunktion bewegt.

Wenn dieser Sachverhalt zutrifft, dann liegt es nahe, anzunehmen, dass sich beide Reaktionen auch in gleicher Weise auf die Betroffenen auswirken. Da nun die bewusst angestrebte Charakteristik der Strafe in der Stigmatisierung liegt, d.h. in der verurteilenden Kennzeichnung eines Menschen als Straftäter, als jemand, der ein Verbrechen begangen hat, der kriminell ist, dann können wir vermuten, dass unter diesen Bedingungen auch die Resozialisierung selber diese Stigmatisierung zumindest als unerwünschte Folge mit in Kauf nehmen muss.

Um nun die Möglichkeit und Qualität einer “echten”, nicht stigmatisierenden Resozialisierung ausserhalb dieser Straffunktion aufzusuchen, möchte ich im folgenden diese soeben aufgestellte These ein wenig näher erläutern und zwar zunächst auf einer eher global gesamtgesellschaftlichen Ebene und sodann auf der eher sozialpsychologisch-interaktionsbestimmten Handlungsebene des Resozialisierungs-Alltags.

3. Auf der *gesellschaftlichen Ebene* möchte ich unterscheiden zwischen einerseits der Funktion, die die Strafe, d.h. in unserem Falle die Freiheitsstrafe bzw. die Strafanstalt besitzt, da diese den Rahmen der “klassischen Resozialisierungsversuche” abstecken soll und andererseits der Funktion der Behandlungs-Diskussion, insofern diese – auf der Ebene der Diskussion – auch weiterweisende “Resozialisierungs”-Konzeptionen zulässt.

3.1 Wir alle tendieren dazu, unabhängig von unseren beruflichen, gesellschaftlichen oder politischen Positionen, anzunehmen, dass die *Strafe*, d.h. die Freiheitsstrafe in dieser unserer Gesellschaft eine *Funktion* habe, dass wir sie also auch heute noch brauchen. Wir unterscheiden uns zumeist nur darin, dass wir unter der Vielzahl möglicher Funktionen zumeist nur eine bestimmte Aufgabe bevorzugen, um dann – wiederum ganz übereinstimmend – von dieser Funktion global auf die Notwendigkeit unserer Strafanstalten zurückzuschliessen. Dies gilt in gleicher Weise, wenn wir im Sinne Reiwalds annehmen, dass die Gesellschaft eben ihre Sündenböcke braucht, oder wenn wir sie für generalpräventive Zwecke zur Abschreckung potentieller Täter oder aber zur Beruhigung der braven Bürger verlangen, um diesen zu zeigen, welche Werte noch gelten, oder wenn wir schliesslich diese Einsperzung einfach als Symbol staatlicher Macht als Ausweis seiner Fähigkeit, legitime Interessen zu schützen bzw. als Waffe gegen völlig Unbelehrbare begreifen.

Überliessen wir uns ernsthaft solchen Vermutungen, dann bliebe für eine echte, nicht-stigmatisierende Resozialisation tatsächlich kein Raum, würde sie doch diese Funktion als solche negieren, die Gesellschaft mangels geeigneter Sündenböcke, fehlender Kriminalitätsbarrieren oder schwindender Symbole zusammenbrechen lassen.

Wollen wir dagegen – den oben angerissenen Erfahrungen zum Trotz – dennoch nach echten Alternativen suchen, dann müssen wir in Zukunft wohl differenzierter fragen. Wir sollten dann – zumindest in den folgenden vier Fragebereichen – nach Antworten suchen:

- a. Welche der verschiedenen gesellschaftlichen Straffunktionen – Generalpräventiven, Macht demonstration, Konsensbildung, Sündenbock-Proklamation, Legitimitäts-Ausweis wird in einem jeweils gegebenen gesellschaftlich-historischen Kontext in welchem Ausmass und in welcher Kombination tatsächlich noch benötigt? Dabei sollte die Tatsache, dass diese Funktion früher einmal notwendig war, ebensowenig als Begründung zulässig sein wie der Hinweis darauf, dass die Existenz dieser Strafe, dieser totalen Institutionen als solcher schon deren notwendige Funktion beweise – zwei Gründe, die heute noch zumeist die Basis für unseren Glauben an die Notwendigkeit dieser totalen Institutionen abgeben.
- b. Wir sollten sodann fragen, wer eigentlich der *Benefiziar* dieser Funktionen ist, wer durch sie begünstigt wird, wer sie tatsächlich noch braucht? Ist das der Bürger, sind das die Reichen, die Herrschenden, die Regierenden? Die genauere Analyse etwa der Entstehungsgeschichte unseres Strafvollzugsgesetzes oder der Widerstände gegen behandlungsorientierte Veränderungen in den Strafanstalten scheint freilich auch diese emotional so naheliegenden Antworten zu widerlegen: Man stösst hier fast stets nur auf den *bürokratischen Apparat*, auf die Ministerialbürokratie, die einfach ihre Gesetze forschreibt, auf die Anstaltshierarchien, die sich rechtfertigen müssen, auf die Personalräte, die ihre lebenslänglich ausgerichtete Berufsroutine nicht ändern wollen. Politiker greifen mangels anderer Feinde gelegentlich auf dieses Thema zurück, Massenmedien verdienen daran; der Bürger ist zumeist, wie Umfragen zeigen, wesentlich toleranter und die Herrschenden besitzen fast immer heute effektivere Machtinstrumente, von der Besteuerung bis zum Bundesgrenzschutz.
- c. Selbst wenn wir einige dieser Straffunktionen auch heute noch benötigen würden, bliebe uns immer noch der Weg, zu fragen, wie diese Funktionen *zu realisieren* sind, ob wir für ihre Durchsetzung tatsächlich immer noch die Stigmatisierung einiger unserer Mitbürger, immer noch die strafweise Einweisung in eine Strafanstalt oder eine analog funktionierende Einrichtung benötigen? Kann man generalpräventiv nicht besser im Rahmen einer aufklärenden Prophylaxe, mit

einer besseren Sozialpolitik arbeiten, kann man Konsens nicht besser durch Wiedergutmachung und Opferentschädigung erreichen, Sündenböcke durch Symbole ersetzen, Legitimität der Staatsmacht durch effektive Leistung erweisen?

d. Wenn wir solcherart zu dem Schluss kämen, dass wir weit-hin auf Strafanstalten und andere totale Institutionen verzichten könnten – weil sie tatsächlich funktionslos, zumindest aber ersetzbar wären –, dann kämen wir zur entscheidenden Frage, wie wir nämlich sowohl unsere Trägheit des Denkens wie aber vor allem die Trägheit des eingefrorenen Apparates mit seinen existentiellen und professionellen Interessen, mit seinen lebenslang eingeschliffenen Organisationsstrukturen, seinen etablierten Personalstellen und seinen festgeschriebenen baulichen und finanziellen Gegebenheiten überwinden können.

3.2 Kehren wir zu unserer heute noch gültigen Situation zurück – in der wir noch immer an die Notwendigkeit solcher totalen Institutionen glauben – um zu überlegen, welche *Funktion* dann eigentlich unsere so lautstark geführte *Resozialisierungsdiskussion* mitsamt ihren Modellversuchen übernimmt.

a. Wir müssen dann wohl zunächst von unserer Erfahrung ausgehen und feststellen, dass der ganz überwiegende Teil dieser Resozialisierungsdiskussion mehr oder weniger als *Aushängeschild* dient, das man nach aussen vorzeigt, um dahinter letztlich doch alles beim alten zu lassen; dies gilt gleichermaßen für die tropfenweisen Behandlungsversuche innerhalb der Anstalten wie für die politische Ankündigung sozialtherapeutischer Modelle. Solange solche lediglich angekündigten, in der Realität kaum ernsthaft verwirklichten “Reformen” noch Legitimationen verschaffen, wird wohl auch diese Art der Diskussion weiterbestehen.

Dies gilt um so mehr, weil man so zugleich die wirklich Reformwilligen in Wort und Tat einbinden kann – um sie an der sonst unveränderten Realität rasch scheitern zu lassen;

vielleicht auch deshalb, um so das eigene, zumeist durch Routine und Sachzwang verschüttete Gewissen zu beruhigen: Man tut doch etwas, redet über die Zukunft, engagiert sich für die Betroffenen.

b. Diese verdeckende Funktion unserer Diskussion erhält darüber hinaus immer dann *systembewahrenden* Charakter, wenn sie im Einzelfall in bestimmten Demonstrativ-Vorhaben beispielhaft realisiert wird.

In diesen Fällen entsteht dann nur allzuoft der folgende Zirkel: Zunächst folgen solche Behandlungsversuche zumeist demselben *Denkschema*, dem auch die traditionelle Strafdiskussion gehorcht, und zwar nicht nur deswegen, weil sich solche Vorhaben dann leichter bei den Instanzen durchsetzen lassen, sondern vor allem deswegen, weil wir alle fast automatisch diesem Denkschema verfallen: Stets bleibt der zu Behandelnde – wie wir anfangs schon bemerkten – der mehr oder weniger gefährliche, schuldbeladene, moralisch abgewertete, ohnmächtige Abhängige, in dessen Person das zu heilende Übel lokalisiert und dann auch entsprechend beseitigt werden kann. Behandlung und Bestrafung werden so – bei gleicher Ausgangssituation – wechselseitig austauschbar und, wie bei einem wissenschaftlichen Experiment naheliegend, auch aneinander evaluierbar: Wer produziert weniger Rückfälle, die klassische Kontrollgruppe oder die behandlungsorientierte Experimentalgruppe?

Fortgeführt wird dieser Zirkel dadurch, dass man als Behandlungstechnik fast ausschliesslich nur solche *Methoden* einsetzt, die sich in anderen Zusammenhängen als ganz erfolgreich erwiesen, die hier jedoch bei dieser Klientel unter diesen Umständen – “dissoziale Karriere”, eingeschliffenes Misstrauen gegen sich und andere, Isolation, fehlende materielle Voraussetzungen – mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Misserfolg führen müssen. Auch dies geschieht sicher nicht aus bösem Willen, sondern ergibt sich aus unserer gut verwurzelten Vorstellung, was denn “Therapie” eigentlich sei, aus unseren allzu kurzatmigen Behandlungsexperimenten, die uns kaum Zeit lassen, Neues zu lernen, wie aus materiell fest ver-

ankerten professionellen Interessenstrukturen, nach denen Akademiker Therapie, Aufsichtsbeamte dagegen Aufsicht ausüben können. Es scheint kaum verwunderlich, dass solche Experimente nur wenig Betroffene resozialisieren können, die Masse nicht erfassen und einige ihrer Opfer nach hochgeschraubter Erwartung in eine noch aussichtslose Lage zurückstösst.

Damit schliesst sich der Zirkel in durchaus sinnvoller Weise: Die wenigen Behandlungserfolge dienen als weiterer *Beleg* für die Brauchbarkeit der Methode, weswegen die Überzahl der Misserfolge die bisherige punitive Verwahr-Technik rechtfertigen kann: Man sieht ja, dass sie trotz grössten Aufwandes nicht mehr zu resozialisieren sind. Der eingangs gewählte Einstieg, der die Wurzel des zu heilenden Übels in das Individuum verlegte, erlaubt es nun, auch noch die Schuld für dieses Versagen dem Behandelten allein zuzuweisen.

c. Angesichts dieser Ausgangslage, die so sehr an die mittelalterliche Methode erinnert, mit Blutegeln psychosomatische Leiden zu kurieren, liegt es wohl nahe, die gesamte reformorientierte Resozialisierungsdiskussion als *Ideologie* zu verurteilen.

Und doch bin ich immer noch nicht bereit, in dieser Frage voll aufzugeben. Gelegentlich erweist sich nämlich, dass der einmal eingeschlagene Weg der Veränderung ein Eigengewicht gewinnen kann, das über die anfänglich gezogenen Grenzen hinausweist. So zeigt die recht konsequente Entwicklung der Behandlungsansätze in den sozialtherapeutischen Anstalten die Möglichkeit, die klassischen Therapieprogramme abzuändern und zugleich politisch motivierten, voreiligen Kassandraufen Widerstand entgegenzusetzen. So zeigen die jüngsten Entwicklungen in Skandinavien und Holland, dass man vielleicht erst nach den Erfahrungen mit solchen Behandlungsversuchen bereit sein wird, den Freiheitsentzug insgesamt noch weiter einzuschränken. Und so belegen vor allem auch individuelle Versuche, insbesondere aus der qualifizierten Laienarbeit, dass sich hier soziale Beziehungen entwickeln können, die das klassische Schema "heilen statt strafen" nicht mehr benötigen.

Der tiefere Grund meiner verzweifelten *Hoffnung* liegt jedoch einerseits in der Einsicht, dass einige unserer schwer rückfallgefährdeten Gefangenen ohne entsprechende Unterstützung nicht mehr in unserer Gesellschaft leben können, und andererseits darin, dass heute noch immer jede noch so schlechte Alternative besser ist als der gegenwärtige Zustand des Strafvollzuges. Vor allem aber setze ich auf das Beispiel von Adams Feigenblatt, das langfristig über Krinoline und Stehkragen zu tragbaren Jeans führte: Möglicherweise können auch wir erst nach dem Scheitern unserer altväterlichen Resozialisierungsversuche zu echteren Alternativen durchstossen. Das Risiko der triumphierenden Reaktion wie vor allem aber das Risiko, auf diesem Wege zeitweilig mehr Schaden anzurichten, subtilere Kontrollen und Stigmaprozesse wie aber auch resignativ-frustrierbare Resozialisierungs-Reformer zu produzieren, sollten wir dann freilich recht nüchtern sehen und gegebenenfalls zur Basis einer echten Behandlungsbeziehung ausgestalten.

4. Um diese Risiken möglichst klein zu halten, müssen wir jetzt in einem zweiten Schritt überlegen, inwiefern auf der *individuell-interaktiven Handlungsebene* unsere Resozialisierungsbemühungen stigmatisieren und wodurch wir dies am besten vermeiden können.

4.1. Um auf dieser interaktiven Alltagsebene die Zusammenhänge zwischen Behandlung und Stigmatisierung besser in den Griff zu bekommen, müssen wir die Stigmatisierung selber nicht so sehr als den einmaligen richterlichen Akt der Stigma-Verleihung verstehen, sondern als längeren, in der Zeit sich entwickelnden *Stigmatisierungs-Prozess*, der zwar an diesem Akt anknüpft, ihm aber eigentlich erst zum Leben verhilft. In diesem Prozess müssen wir dreierlei ineinandergreifende Aspekte unterscheiden. Zunächst *unsere eigenen Handlungen*, Urteile, Bemühungen, Tätigkeiten, mit denen wir mit einem Stigmatisierten umgehen; hieraus werden sich für den Betroffenen bestimmte real beschränkende *Folgen* für dessen Handlungsspielraum ergeben; schliesslich wird der *Stigmatisierte selber* in diesem Prozess langsam das Stigma übernehmen, dement-

sprechend die Interaktionssituation wahrnehmen und in ihr in bestimmter stigma-gelenkter Weise reagieren, – was dann seinerseits neue Aktionen seiner späteren Interaktions-Gegner auslösen wird.

4.2 In diesem Sinne wird etwa das *Stigma "Strafgefangener"* zu sein, durch die Aufsichtsbeamten, die Mitgefangenen, die Zugangskonferenz, durch Berichte, Aktennotizen, Hausstrafen, Kleidung, Arbeits-Belohnung, Einschliessen und abschätzige Beurteilungen alltäglich realisiert. Dadurch wird in sattsam bekannter Weise der Handlungsspielraum des Gefangenen, seine Kontaktmöglichkeiten, seine Freizeit, seine künftigen Verdienstmöglichkeiten wie die eigenverantwortliche Gestaltung seines Alltags auch realiter bis ins Unerträgliche eingeengt. Schliesslich wird sich der Gefangene dieser Situation anpassen, sich selber als unverbesserlich und rückfällig begreifen und sein Selbstbild von eben dieser Umwelt seiner Insassen wie seiner "Wärter" beziehen. In diesem Prozess der "Prisonisation" wird er langsam dem Bild entsprechen, das wir zu Beginn der Stigma-Verleihung im Kopfe hatten: Als Drehtür-Rückfälliger wird er so ganz ohne unser weiteres Zutun unsere anfängliche Prognose "unverbesserlich" bestätigen.

4.3 Eben diesen Stigmatisierungsprozess treiben wir auch durch unsere *Behandlungsversuche* in zweierlei Weise voran:

a. Dies geschieht ganz offenkundig immer dann, wenn wir *in der klassischen Anstalt* unter den dort gegebenen Bedingungen zu behandeln versuchen. Wir werden hier nur allzuleicht den Insassen in seiner Rolle als Strafgefangener weiter fixieren, – und sei es im besten Falle auch nur dadurch, dass er in der jeweils kurzen Zeit der "Behandlung" die positive Alternative erlebt, auf deren Hintergrund die anderen 23 Stunden des Anstaltsalltags um so deutlicher werden. In den weitaus überwiegenden Fällen wird sich eine solche "Behandlung" nolens volens fast immer dem traditionellen Vollzugsziel unterordnen: Sicherheit und Ordnung aufrechtzuerhalten; sei es als Zugangsdiagnose, die an der Gefährlichkeit oder der Rückfall-

wahrscheinlichkeit orientiert ist, sei es als Gruppentherapie, die Aggressionen abbauen hilft oder sei es in der Insel der Drogenstation, in deren Milieu ein paar Auserwählte lernen, ihr Drogen-Stigma voll zu internalisieren.

b. Viel weniger offenkundig und deshalb um so tiefgreifender kann Behandlung jedoch dann stigmatisieren, wenn dieser äusserliche *Strafcharakter* entfällt, wenn der Betroffene gleichsam widerstandsunfähig der Behandlung ausgeliefert ist.

Wie uns die Geschichte der Psychiatrie lehrt, liegt die besondere Gefahr solcher Behandlungsversuche, die auf die formale Verurteilung verzichtet, zuvorderst darin, dass dieser Eingriff – die Behandlung, Therapie – nicht mehr als Übel, gegen das man sich wehren kann, begriffen wird, sondern als Wohltat, die jeden Widerstandsversuch als weiteres Krankheitsindiz wertet und unterbinden wird.

Diese besondere Art, mögliche Gegenwehr auszuschalten, mag im Einzelfall auch im klassischen Strafrecht zu finden sein – etwa in den sogenannten Terroristenprozessen –, im Rahmen der Resozialisierung wird sie zur Regel; sie reicht von der psychoanalytischen Widerstandsdeutung bis hin in die faktische Unmöglichkeit, psychiatrische Einweisungen unabhängig richterlich zu kontrollieren.

4.4 In beiden Situationen, der üblichen klassischen Anstaltsresozialisierung wie in der des modernen Behandlungsperiments stigmatisieren wir den Betroffenen durch unsere Handlungen, durch deren Folgen und durch die für eine Behandlung so wesentliche Übernahme dieses Stigmas durch den Betroffenen selber.

a. Zunächst werden wir – im Rahmen unseres oben genannten klassischen Denkschemas den Betroffenen stets als Klienten, Patienten oder Probanden näher *definieren*. Wir werden ihn als defizitär, als gestört, krank, d.h. als jemanden ansehen, der zu heilen, zu resozialisieren, zu verändern ist, der zu lernen hat, in irgendeiner Weise so zu werden, wie wir uns selber sehen, – wenn er auch diesen Zustand ganz nie erreichen wird.

Wir werden diese Störung in mehr oder weniger direkter Beziehung zu seiner Tat sehen, die wir ihm nicht vorwerfen, die wir aber als unpassend, gefährlich und als Übel ansehen müssen, da anderenfalls unsere Resozialisierungsbemühungen nicht zu rechtfertigen wären.

Diesem gleichsam *verdoppelten Störungskomplex* – Tat und psychische Wurzel der Tat – werden wir einen bestimmten Namen geben – Neurose, Soziopathie, Verwahrlosung in jeweils spezifischer Färbung –; wir werden ihm eine bestimmte Biographie sowohl in die Vergangenheit wie auch in die erwartbare Zukunft hinein zuordnen, eine jeweils zu diesem Namen passende Karriere, die assoziativ nach dem Leitmotiv “Schlechtes muss aus Schlechtem folgen und zu Schlechtem führen” aufgebaut ist.

Der realitäts-konstruierende Charakter dieser Definitionen, die jeweils selektive Auswahl relevanter biographischer Daten, typischer Symptome und katamnestischer Fakten zeigt sich am besten in der relativen Beliebigkeit, mit der man verschiedene Behandlungs-Etikette – entsprechend der jeweils bevorzugten therapeutischen Richtung – demselben Klienten zuordnen kann: Man vergleiche hierzu einander widersprechende Gutachten aus der forensischen Praxis.

b. Im Behandlungsprozess werden diese Etikettierungen nun auch *real durchgesetzt*. Die Behandlungs-Situation selber ist einerseits bis in Einzelheiten durch die Art der diagnostizierten Problematik determiniert, andererseits notwendigerweise stets so ausgestaltet, dieses Etikett auch durchzusetzen; bedingt doch im Idealfall die Diagnose die Art der Therapie ebenso wie dann auch die Therapie die Richtigkeit dieser Diagnose nicht in Frage stellen darf. Dieses *Arrangement* reicht von Äusserlichkeiten – der Sitzordnung, der Position hinter dem Schreibtisch, hinter der Couch – über die Protokollierung, die entsprechenden Teamgespräche und Fallkonferenzen bis hinein in die subtile Lenkung, Deutung und Interpretation des eingeschlagenen Behandlungswegs und der dabei auftauchenden Ereignisse.

Das für solche Behandlungen typische *Macht-Ohnmacht-Verhältnis* muss sich nicht nur äusserlich in den einseitig fest-

gelegten Behandlungszeiten, im Gang zu den Behandlungsräumen, in der Art der Kleidung, Bezahlung und Anrede zeigen; nahezu unbemerkt setzt es sich in der jeweiligen Behandlungstechnik durch, in der Widerstandsdeutung, im non-direktiv-akzeptierenden Verhalten, in der falschen Kumpelrolle des Ehrenamtlichen.

Behandlung setzt heute fast immer Vertrauen, Offenheit, Akzeptieren der Behandlungs-Kompetenz voraus, – und zwar stets in einseitiger, Therapeuten-orientierter Richtung. Diese therapie-notwendige *Selbstaufgabe* des Klienten wird immer dann zum Problem, wenn der Behandler in die weitere Existenz des Klienten eingreifen kann.

In direkter Form geschieht dies dann, wenn der Therapeut über die Entlassung, Heilung, Prognose mitbestimmt oder durch Gutachten, Stellungnahmen, ja durch die Aufnahme und den Abbruch der Behandlungsbeziehung diese Entscheidung beeinflusst. Dies geschieht in den uns hier interessierenden Fällen von "Heilen statt Strafen" immer auch dann, wenn der Behandler dies tunlichst vermeiden möchte, einfach deswegen, weil der dann tatsächlich Entscheidende die Tatsache der Behandlung wie ihres Verlaufs zentral in seine Überlegungen mit einbeziehen wird.

In einer eher mittelbaren, dadurch zumeist tiefergehenden Weise wird eine solche Behandlung den Klienten seiner bisherigen Welt weitgehend *entfremden*. Dieser für die Behandlung wesentliche Prozess wird existentiell bedrohlich dann, wenn diese äussere Welt – die Insassenkultur, die Zeit nach der Entlassung – unverändert bleibt: In dieser seiner Welt ist der Therapierte jetzt fremd und weithin ohne Schutz, ohne dass eine neue Welt ausserhalb der künstlichen Behandlungsbeziehung für und mit ihm aufgebaut wurde. Man mag dies in den erfolgreichen Fällen in Kauf nehmen; in den häufigeren erfolglosen Fällen kombiniert man sein Stigma des "Radfahrers", des seiner Welt Abtrünnigen mit dem des Versagers, des hoffnungslosen Falls. Die eben angesprochene verdoppelte Störungsdefinition gerät so zur total sozialen Isolation desjenigen, der aus seiner wie aus unserer Welt ausgeschlossen wurde.

c. Der Betroffene muss in dieser einseitigen Behandlungs-Interaktion das *Stigma übernehmen*; er muss Leidensdruck zeigen, Problemeinsicht beweisen, er muss das Arrangement akzeptieren und an die bessere Einsicht des Therapeuten glauben. Er muss zugeben, ein Resozialisierungsfall zu sein und die Interpretation des Therapeuten wie dessen subtile Handlungsanweisungen übernehmen.

Er muss so lang gute Miene zu diesem Spiel zeigen, bis er entlassen wird; entlassen wird er nur, wenn er dieses Spiel voll übernommen oder zumindest nach Ansicht des Therapeuten ehrlich mitgespielt hat, wenn er zugibt, falsch gehandelt zu haben, psychisch gestört zu sein, wenn er glaubhaft machen kann, künftig den Erwartungen des Therapeuten zu entsprechen, Erwartungen, an die er im besten Falle selber glaubt, – ohne jedoch auf eine Welt zu stossen, die diesen Erwartungen gerecht werden kann.

5. Gibt es einen *Ausweg* aus diesem Dilemma, sowohl durch Strafen wie durch Heilen zu stigmatisieren? Die vorausgegangenen Überlegungen können die Richtung zeigen, die freilich schwierig zu realisieren sein mag. Ich versuche, sie in *sieben Thesen* anzudeuten:

5.1 Der *Freiheitsentzug* jeglicher Art – zur Bestrafung oder zur Resozialisierung – ist radikal *einzuschränken*; die heutige Gesellschaft braucht ihn nicht mehr. Auf dem Wege dahin wären zunächst die gegenwärtigen Anstalten organisatorisch weitgehend in kleine selbständige Abteilungen zu dezentralisieren, später zugunsten von Einrichtungen aufzulösen, die nicht mehr als 15 bis 20 Bewohner beherbergen.

5.2 Anstelle der sinnentleerten gegenwärtigen Strafen wäre ein breitgefächertes *System der Wiedergutmachung*, der Opferentschädigung und Selbsthilfe einzurichten. Auf diese Weise wäre nicht nur Opfern und Tätern besser gedient, sondern der Weg für eine radikale Kriminalreform frei.

5.3 Statt vergangenheitsbezogener Reaktionen sind in den wenigen Kriminalfällen, in denen eine Behandlung erforderlich ist, *zukunftsbezogene Analysen und Massnahmen* erforderlich. Statt Reue und Sühne, statt Anamnese und kindheitsbezogener Kausalsuche ist der aktuelle materielle und fähigkeitsbezogene Status des Betroffenen zu erheben und gemeinsam mit ihm ein Weg aus dieser Lage heraus zu planen.

5.4 Statt psychisch-verbal ausgerichteter Therapie wird dann ein *Realitätstraining* erforderlich, das in einer möglichst realen Umwelt die Startchancen erarbeitet und bereitstellt, die man braucht, um in ihr zu überleben. Dies gilt insbesondere für den normalen Kontaktbereich, für die Ausgestaltung der arbeitsfreien Zeit wie für die Möglichkeit, sich seinen Lebensunterhalt selber zu erwerben.

5.5. In einer solchen Resozialisierung steht die *Subjektrolle* des Betroffenen, die Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Mitgestaltung des Resozialisierungsprozesses an erster Stelle. Der Betroffene ist an der Planung der notwendigen Schritte wie an der Organisation seiner alltäglichen Umwelt voll zu beteiligen. Seine Fähigkeit zur Selbsthilfe wie zur Hilfe für Mitbetroffene ist Ausgangspunkt dieses Prozesses, den er in der eigenen Hand behalten, d.h. gegebenenfalls auch abbrechen kann.

5.6 Die Behandler müssen lernen, ihrerseits 'ehrliche Partner' zu sein, d.h. sich sowohl offenen Situationen zu stellen, in denen sie nicht von Anfang an überlegen sind, wie auch den tatsächlichen Macht-Status offen in den Resozialisierungsprozess einzubringen.

5.7 Behandler benötigen eine *Ausbildung*, die ihnen erlaubt, ihre Rolle in diesem Resozialisierungsprozess zu reflektieren und diese Rolle auch durchhalten zu können. Diese Ausbildung muss von lebenspraxisorientierter Sozialarbeit ausgehen, gewisse Techniken der Verhaltenstherapie übernehmen und psychoanalytisch orientierte Selbstreflexion lehren, ohne dass dabei das Engagement des Laienhelfers verloren geht.

Der Versuch, diese Thesen zu konkretisieren, scheint mir heute einen Weg aus unserem kriminalpolitischen Dilemma zu weisen, bei dem die Überlegungen zur Stigmatisierung durch Resozialisierung allenfalls Ausgangspunkt sein können.