

Zeitschrift:	Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie = Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie
Herausgeber:	Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band:	1 (1987)
Artikel:	Die Kontrolle der angeordneten ambulanten Massnahmen bei Aufschub der Strafe
Autor:	Mörgeli, Andreas
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-1051065

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: 03.01.2026

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

DIE KONTROLLE DER ANGEORDNETEN AMBULANTEN MASSNAHMEN
BEI AUFSCHUB DER STRAFE

Andreas Mörgeli

1. VOLLZUG UND KONTROLLE AMBULANTER MASSNAHMEN IM KANTON ZÜRICH

Art.43 StGB ermöglicht dem Richter die Anordnung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung, wenn es der Geisteszustand des Täters erfordert und weitere Voraussetzungen erfüllt sind. Er kann den Vollzug der ausgefällten Strafe aufschieben. Nach erfolgreicher Therapie erklärt der Richter in aller Regel, daß auf den Vollzug der Strafen verzichtet wird. Sinngemäß erlaubt Art.44 StGB die Anordnung einer ambulanten Behandlung von Straffälligen, deren Delikte in einem Zusammenhang mit ihrer Suchtmittelabhängigkeit - namentlich Alkohol und Drogen - stehen.

Der Vollzug dieser Maßnahmen obliegt nach Bundesgesetz einer kantonalen Vollzugsbehörde. Die weiteren Einzelheiten sind kantonal geregelt.

Im Kanton Zürich ist die Justizdirektion für den Maßnahmenvollzug zuständig. Sie entscheidet über Beginn und Einstellung ambulanter Maßnahmen sowie über die Anerkennung einer Behandlung als Maßnahme. Sie regelt den Vollzug aufgrund des rechtskräftigen Urteils mittels einer Verfügung. Darin

wird dem Sozialdienst der Justizdirektion als ausführendem Organ ein Auftrag erteilt, der etwa folgende Aufgaben umfaßt:

Der Sozialdienst hat

- einen geeigneten Therapeuten zu vermitteln,
- abzuklären, ob der Klient in der Lage ist, die Therapiekosten selbst zu tragen, und andernfalls die Kostenübernahme durch die Vollzugsbehörde zu beantragen,
- Beginn und Durchführung der Behandlung zu kontrollieren,
- der Justizdirektion Bericht zu erstatten, wenn die Behandlung nicht zustandekommt, sich als unzweckmäßig erweist oder abgeschlossen werden kann,
- nach einem Jahr (bei ambulanten Maßnahmen nach Art.43) oder spätestens nach zwei Jahren (bei ambulanten Maßnahmen nach Art.44) einen ärztlichen Bericht einzuholen,

sowie, wenn vom Gericht verordnet,

- Schutzaufsicht zu führen,
- zusätzliche Weisungen zu kontrollieren.

Diese Organisation von Vollzug und Kontrolle ambulanter Maßnahmen wirft Fragen auf:

- Warum wird gerade der Sozialdienst mit der Ausführung der Kontrolle beauftragt?
- Ist es sinnvoll, daß die Kontrollen ambulanter Maßnahmen durch Sozialarbeiter ausgeführt werden, oder könnte diese administrative Überwachung nicht rationeller durch eine Verwaltungsstelle wahrgenommen werden?

1.1. Zwei typische Fallbeispiele in der Sozialdienst-Praxis

Fall A)

Der Sozialdienst wird mit Verfügung beauftragt, die ambulante fachärztliche Behandlung von Herrn A zu überwachen. Aus den Gerichtsakten geht hervor, daß Herr A bereits regelmäßig einen Psychiater konsultiert. Der verantwortliche

Sozialarbeiter erkundigt sich telefonisch beim Psychiater und erfährt, der Klient sei motiviert und erscheine regelmäßig zu den Konsultationen, nur habe er noch starke Widerstände gegen Behörden. Der Sozialarbeiter als Vertreter einer Amtsstelle solle doch möglichst auf eine Vorladung verzichten. Der Psychiater erklärt sich auf Anfrage des Sozialarbeiters bereit, Herrn A die Maßnahmeverfolzung gegen Empfangsschein zu übergeben. Nach diesem Telefongespräch schickt der Sozialarbeiter dem Psychiater die Unterlagen für den Klienten und die Akten für den Therapeuten und beauftragt seine Sekretärin, etwa halbjährlich nach dem Verlauf der Therapie zu fragen. Zweieinhalb Jahre später kann der Sozialarbeiter das Dossier von Herrn A abschließen. Herr A muß die Strafe nicht mehr absitzen - und doch hinterläßt der Fall beim Sozialarbeiter ein vages Bild, weil er den Klienten nie zu Gesicht bekommen hat. Die Sekretärin hat zwar die administrative Kontrolle korrekt durchgeführt, doch Sozialarbeit wurde während der ganzen Auftragsdauer nie geleistet.

Fall B)

Der Sozialdienst wird mit Verfügung beauftragt, die ambulante Behandlung von Herrn B zu überwachen. Angeblich sei die Behandlung bei einem Facharzt bereits im Gange. Als der zuständige Sozialarbeiter sich beim Therapeuten erkundigt, sagt dieser, er habe mit der Maßnahmeverfolzung begonnen, doch die Therapie sei immer noch in der Motivationsphase. Es stellt sich auch heraus, daß der Klient seit der Gerichtsverhandlung nichts mehr von sich hören ließ. Also lädt der Sozialarbeiter Herrn B ein und muß feststellen, daß dieser seit kurzem arbeitslos ist. Der Klient klagt, daß die Krankenkasse seine Arztrechnung nicht bezahlen wolle, weil einige Monatsprämien ausstehen. Er zeigt auch eine teure Rechnung der Gerichtskasse mit einer Zahlungsfrist von 30 Tagen, die er nicht bezahlen könne. Trotz gegenteiliger Information äußert Herr B immer wieder die

Befürchtung, daß bei Nichtbezahlung diese Schuld in eine Gefängnisstrafe umgewandelt werde, womit die ganze Therapie keinen Sinn mehr habe. Eine sofortige Hilfe zur Stabilisierung seiner äußerer Lebenssituation ist eine wesentliche Voraussetzung, damit Herr B wieder Hoffnung in eine Therapie setzt und sich der Behandlung unterzieht.

Während im Fall A die Maßnahme-Kontrolle durch eine administrative Stelle gewährleistet werden kann, sind im Fall B die direkte Sozialhilfe im Sinne moderner Sozialarbeit, die Therapie-Motivation und die Maßnahme-Kontrolle wichtige Rahmenbedingungen für den Erfolg der Behandlung. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sind durch ihre Ausbildung zur Erfüllung solcher Aufgaben fachlich qualifiziert. Je größer der Anteil der Maßnahme-Klienten ist, die vor, neben oder nach der therapeutischen Behandlung eine sozialarbeiterische Hilfe brauchen, umso sinnvoller ist die Überwachung aller ambulanten Maßnahmen durch den Sozialdienst.

1.2. Die zunehmende Bedeutung ambulanter Maßnahmen in der Sozialdienst-Arbeit

Der Sozialdienst der Justizdirektion des Kantons Zürich erlebt eine kontinuierliche Zunahme der Betreuungsfälle. So hat sich der Bestand der laufenden Fälle innerhalb der 12 Jahre von 1974 bis 1986 von knapp tausend (933) auf über zweitausend Fälle (2 024) verdoppelt. Gleichzeitig fanden Verschiebungen der Auftragsarten statt. Während 1974 noch rund 70 % der laufenden Fälle gesetzlich angeordnet waren (Schutzaufsichten, Weisungskontrollen) gegenüber bloß 30 % freiwilliger Betreuungen, ist dieses Verhältnis Ende 1986 fast ausgeglichen (53 % Schutzaufsichten und Weisungskontrollen, 47 % freiwillige Betreuungen).

Diese Entwicklung ist Ausdruck der zunehmenden Bedeutung der durchgehenden Betreuung, d.h. Betreuung eines Straf-

fälligen durch dieselbe Betreuungsperson (Sozialarbeiter/-in) von Beginn der Strafuntersuchung über die Zeit des Straf- oder Maßnahmenvollzugs bis zur anschließenden Phase der Bewährung und der sozialen Wiedereingliederung.

Innerhalb der Gruppe der gesetzlich angeordneten Fälle haben sich die Auftragsarten ebenfalls markant verschoben. So ist der Anteil der Aufträge zur Überwachung ambulanter Maßnahmen nach Art. 43 und 44 StGB (mit oder ohne Schutzaufsicht) kontinuierlich von 5 % im Jahr 1974 auf 26 % Ende 1986 gestiegen. Entsprechend ist der Anteil der traditionellen Schutzaufsichten nach einer bedingten Verurteilung (Art. 41 StGB) oder nach einer bedingten Entlassung aus dem Strafvollzug (Art. 38) kleiner geworden.

2. ERGEBNISSE DER AKTENUNTERSUCHUNG

Eine interne Untersuchung von Aktendossiers ermöglicht einige aufschlußreiche Feststellungen zum Sozialdienst-Auftrag, zu den Maßnahmarten, zur Funktion von Schutzaufsicht und Sozialhilfe sowie zu weiteren Merkmalen des Verlaufs ambulanter Maßnahmen. Ich habe die Sozialdienst-Aufträge zur Kontrolle von ambulanten Maßnahmen untersucht, die 1984 und 1985 abgeschlossen wurden, insgesamt 118 Fälle. Das entspricht 18 % aller im gleichen Zeitraum abgeschlossenen Schutzaufsichten und Weisungskontrollen. Zu jedem Falldossier wurden 28 Merkmale ermittelt und anschließend manuell ausgewertet. Leider sind dadurch dem Quervergleich der Ergebnisse enge Grenzen gesetzt. Auch habe ich Signifikanzberechnungen nur ausnahmsweise vorgenommen, ohne sie im folgenden zu vermerken.

2.1. Zur strafrechtlichen Situation

Wir unterscheiden fortan drei Arten von ambulanten Maßnahmen. Von den 118 untersuchten Fällen wurde in 30 % (35) eine ambulante Behandlung nach Art.43 StGB ausgesprochen (Maßnahmen an geistig Abnormen), in 50 % (60) wurde nach Art.44 StGB eine ambulante Behandlung der Rauschgiftsucht angeordnet und in 20 % (23) nach Art.44 StGB eine ambulante Behandlung der Alkoholsucht. Nach unserer Erfahrung handelt es sich um drei tendenziell unterschiedliche Klientengruppen mit je spezifischen Merkmalen, die den Sozialarbeiter auch vor besondere Probleme stellen. Es ist ein Ziel dieser Untersuchung, einige Unterschiede zwischen den drei Maßnahme-Arten empirisch zu beschreiben.

Die Gerichte ordneten bei 36 % (43) der untersuchten Fälle eine Schutzaufsicht an, die sich etwa gleichmäßig auf die drei Maßnahmarten verteilen. Damit wird der Sozialdienst beauftragt, diese Klienten zu betreuen und die nötige Sozialhilfe zu leisten, oder zumindest die Betreuung dieser Klienten durch eine Fachperson sicherzustellen. Nach unserer Ansicht sollte eine Schutzaufsicht vor allem dann angeordnet werden, wenn es einem Klienten aus seiner persönlichen Lebenssituation heraus schwer fällt, bei geeigneten Leuten und Institutionen Hilfe und Unterstützung zu holen. Schutzaufsicht als eine von außen angeordnete Betreuung kann für schwer beziehungsgestörte Klienten eine Chance sein.

Bei Strafaufschub kann ein Richter auch Weisungen zusätzlich zur ambulanten Behandlung erteilen. Insgesamt wurden bei 12 % (14) der Fälle Weisungen angeordnet, häufiger bei Alkoholiker-Maßnahmen (in 30 % der Fälle), seltener bei Drogen-Maßnahmen (in 5 % der Fälle). Weisungen werden eher zusammen mit einer Schutzaufsicht erlassen (bei 19 % der Schutzaufschitsfälle) als ohne Schutzaufsicht (8 %). Welche Bedeutung haben diese Weisungen?

Ich muß zugeben, daß aus unserer Sicht die meisten Weisungen für die Durchführung und Kontrolle ambulanter Maßnahmen von geringer Bedeutung sind. Denn die vorrangige Forderung an den Klienten besteht darin, daß er in die Therapie gehen muß. Wie weit der Therapeut sich in seiner Behandlung auf diese richterlichen Weisungen bezieht, bleibt diesem überlassen. In der Regel beschränkt sich der Sozialarbeiter darauf, den Therapeuten um eine Stellungnahme zu den Weisungen im Behandlungsschlußbericht zu bitten. Insgesamt besteht alles andere als ein Konsens darüber, was juristisch, therapeutisch und betreuungsmäßig sinnvolle Weisungen sind, die den Klienten in der Behandlungs- und Bewährungsphase wirklich unterstützen können. Vorgängige Absprachen zwischen Richter und Therapeut oder dem Sozialdienst wären in manchen Fällen zu begrüßen, in der Praxis aber läbliche Ausnahmen. Hingegen kommt es vor, daß Weisungen auf der sozialdienstinternen Auftragskarte versehentlich nicht aufgeführt sind, ohne daß dies bemerkt worden wäre - gewiß ein Zeichen für die untergeordnete Beachtung der Weisungen bei ambulanten Maßnahmen.

Die Höhe der aufgeschobenen Freiheitsstrafen variiert stark. Eine genaue Analyse müßte unterscheiden zwischen der Grundstrafe und allfälligen offenen früheren Freiheitsstrafen, die ebenfalls zugunsten der Maßnahme aufgeschoben wurden. Schließlich fragt es sich, wieviele Tage an Untersuchungs- und Sicherheitshaft sowie an stationärem Maßnahmenvollzug bei einem Strafvollzug angerechnet werden. Der daraus errechenbare offene Strafrest kann als "Strafdruck" hinter der ambulanten Behandlung bezeichnet werden. Daß diese Unterscheidungen zweckmäßig sind, fiel mir im Fall eines Drogensüchtigen mit einer Strafsumme von weit über 24 Monaten auf: nach dem Scheitern der ambulanten Maßnahme wurde nur noch ein kleiner Strafrest vollzogen, weil der größte Teil durch Sicherheitshaft und stationären Maßnahmenvollzug bereits abgegolten war.

In Ermangelung angemessener technischer Hilfsmittel habe ich mich auf eine Auszählung der Summen aller aufgeschobenen Strafen beschränkt. Die Anteile von kürzeren Strafsummen bis 12 Monate resp. längeren Strafsummen von mehr als 1 Jahr variieren bei den drei Maßnahme-Arten. Strafen von über einem Jahr wurden bei ambulanten Maßnahmen für Drogensüchtige in 48 % der Fälle (29 von 60) aufgeschoben, bei Maßnahmen nach Art.43 in 31 % der Fälle (11 von 35), und bei Maßnahmen für Alkoholiker nur gerade bei 4 % (1 von 23).

Diese Unterschiede sind oberflächlich erklärbar mit Verweis auf die hohen Strafandrohungen auf den typischen Delikten von Drogensüchtigen (Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz) und den niedrigen Strafandrohungen auf den typischen Delikten von Alkoholsüchtigen (Verstöße gegen das Straßenverkehrsgesetz).

Beim Vergleich der ambulanten Maßnahmen mit und ohne Schutzaufsicht fällt auf, daß bei hohen Strafsummen von über zwei Jahren meistens eine Schutzaufsicht angeordnet wurde. Insgesamt wurden in 16 Fällen (14 %) Strafen von insgesamt über 2 Jahren aufgeschoben, wobei 11mal eine Schutzaufsicht angeordnet wurde.

In 4 Fällen wurde eine ambulante Behandlung ohne Strafaufschub angeordnet. Da keine langen Strafen ausgefällt wurden, sollte die Therapie nach der Strafverbüßung stattfinden. In einem Fall - der Klient unterzog sich vor der Berufungsverhandlung unter Kontrolle des Sozialdienstes erfolgreich einer Therapie - wurde die ambulante Maßnahme pro forma durchgeführt. In den drei übrigen Fällen ignorierten die Klienten die Aufforderungen, sich in Behandlung zu begeben, so daß die Vollzugsbehörde die ambulanten Maßnahmen wegen Undurchführbarkeit einstellte und die Gerichte ohne weitere Beschlüsse davon Kenntnis nahmen. Der Vollzug ambulanter Maßnahmen nach der Strafverbüßung war in den vorliegenden vier Fällen ein "Papiertiger".

Anders verhält es sich bei ambulanten Maßnahmen ohne Grundstrafe wegen Unzurechnungsfähigkeit. Solche Fälle kamen 5mal vor, alles Maßnahmen nach Art.43 ohne Schutzaufsicht. Das entspricht 14 % der ambulanten Maßnahmen nach Art.43. Bei diesen Klienten liegt vermutlich eine eindeutige Diagnose einer Geisteskrankheit vor. Durch die strafgesetzliche Anordnung der ambulanten Maßnahme werden sie ultimativ aufgefordert, ihre Krankheit behandeln zu lassen. Als strengere Sanktion droht die stationäre Maßnahme. Weil auch geisteskranke Straffällige eine strafrechtliche Klinikeinweisung vermeiden möchten - bei zivilrechtlicher Einweisung kommen sie schneller und leichter wieder raus -, sind diese Rahmenbedingungen auch ohne drohenden Strafvollzug völlig anders als nach vollzogener Strafe und können die Behandlungsmotivation des Klienten stärken.

Eine oberflächliche und damit mit Vorsicht zu interpretierende Zusammenstellung der Art der Delikte, welche im letzten Gerichtsverfahren beurteilt wurden, zeigt bei den Fällen nach Art.43 (Behandlung von psychisch Abnormen) eine breite Streuung mit ähnlichen Deliktpräferenzen, wie sie Perrez und Rauchfleisch (1985)* in ihrer Basler Untersuchung feststellten: am häufigsten sind Eigentumsdelikte (51 %), gefolgt von Sittlichkeitsdelikten (26 %). Während bei den meisten Deliktarten Fälle mit und ohne Schutzaufsicht vorkommen, wurde die Anordnung der ambulanten Behandlung von Sittlichkeitsdelinquenten nur in zwei von neun Fällen mit einer Schutzaufsicht ergänzt. Diese Zahlen entsprechen nach unserer Einschätzung einer gerichtlichen Tendenz, auf eine mögliche Anordnung einer Schutzaufsicht bei Sittlichkeitsvergehen zu verzichten. Denn diese Klienten leben meistens für die Öffentlichkeit unauffällig in einem geregelten Arbeitsprozeß. Auch ist

*) Th.Perrez / U.Rauchfleisch: Katamnestische Untersuchung über ambulante psychiatrische Behandlungen nach Art.43 des Schweizer Strafgesetzbuches, Mschr.Krim., 68 (1985), 19-28.

die psychiatrische Diagnose relativ klar wie bei Tätern, denen Unzurechnungsfähigkeit attestiert wird.

Die typischen Delikte von Drogensüchtigen sind Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (92 %) und an zweiter Stelle Eigentumsdelikte (42 %). Sehr üblich ist auch die Kombination der beiden Deliktarten (37 %), wogegen andere Kategorien von Verstößen seltener vorkommen.

Wenn eine ambulante Alkoholikerbehandlung angeordnet wurde, dann wurden mit einer Ausnahme Verstöße gegen das Straßenverkehrsgesetz (78 %) oder Eigentumsdelikte (39 %) abgeteilt.

2.2. Persönliche Merkmale der Klienten

Straffälligkeit ist eine Männerfrage. Trotz dieser bekannten Tatsache ist es erstaunlich, daß der Frauenanteil mit rund 10 % bei allen drei Maßnahmenarten gleich groß ist. Ich hätte einen größeren Frauenanteil bei den drogentherapeutischen Maßnahmen erwartet, weil man sagt, daß von allen Drogensüchtigen ein Viertel bis ein Drittel Frauen sind. Was sind wohl die Gründe für diese Diskrepanz?

Der Ausländeranteil beträgt bei den Maßnahmen nach Art. 43 nur 3 %, bei den Drogenmaßnahmen 13 % und bei den Alkoholmaßnahmen 17 %. Die niedrigen absoluten Zahlen erlauben keine abgesicherten Schlußfolgerungen, doch laden sie vor dem Hintergrund des eingeschränkten Spielraums für abweichendes Verhalten von Ausländern zu Spekulationen ein:

Alkoholabusus wird bei Ausländern vermutlich ähnlich wenig sanktioniert wie bei Schweizern. Und dem Drogenmißbrauch junger Ausländer der zweiten Generation steht man so hilflos gegenüber wie bei Schweizer Jugendlichen. Daher auch Prozentzahlen, die ungefähr dem Bevölkerungsanteil der Ausländer entsprechen. Hingegen könnte es sein, daß Ausländer

mit einer Neigung zu psychischer Auffälligkeit den Weg in die Schweiz nicht schaffen oder das Aufenthaltsrecht nicht behalten.

Das Durchschnittsalter aller erfaßten Klienten beträgt bei Anordnung der ambulanten Behandlung 29,7 Jahre. Auffällig sind die deutlichen Unterschiede zwischen den drei Maßnahme-Arten. Das Durchschnittsalter der zu einer Drogensuchtbehandlung verurteilten Klienten beträgt 25,7 Jahre, und die bis 30jährigen machen einen Anteil von 87 % aus. Das Alter der zu einer Maßnahme nach Art.43 Verurteilten beträgt 32,1 Jahre bei 54 % jungen Erwachsenen bis 30 Jahre. Demgegenüber sind die Klienten, denen eine Behandlung ihrer Alkoholsucht auferlegt wurde, durchschnittlich 36,7 Jahre alt und nur 30 % sind bis 30jährig.

Innerhalb jeder Maßnahmegruppe ist das Alter zudem eine Einflußgröße, ob eine Schutzaufsicht angeordnet wird oder nicht. Zwar werden Schutzaufsichten gegenüber Klienten aller Altersklassen ausgesprochen, aber gegenüber den Jüngeren häufiger. So ist das Durchschnittsalter der Klienten mit Schutzaufsicht gegenüber den Klienten ohne Schutzaufsicht bei allen drei Maßnahmegruppen um 1 1/2 bis 3 1/2 Jahre niedriger.

2.3. Zum Verlauf der ambulanten Maßnahme

Die ambulanten Behandlungen nach StGB müssen gemäß Bundesgerichtsentscheid von einem Arzt durchgeführt oder kontrolliert werden. Da immer wieder Klienten vor der Verurteilung eine Behandlung bei einem nichtärztlichen Therapeuten beginnen, müssen wir in diesen Fällen mit dem Klienten und Therapeuten nach einer Lösung suchen, damit mindestens formal die Behandlung einer ärztlichen Kontrolle unterstellt ist. Dieses Problem stellt sich nicht, wenn die Behandlung durch Nicht-Mediziner im Rahmen eines ambulanten psychiatri-

schen Dienstes oder einer Suchtberatungsstelle stattfindet, da in diesen Institutionen eine fachärztliche Leitung oder Supervision eingerichtet ist.

Um zuverlässige Aussagen über die behandelnden Therapeuten machen zu können, brauchte es weitergehendere Untersuchungen als die hier vorliegende. Wir haben nur ausgewertet, wer die Behandlungsschlußberichte unterzeichnet hat, ob der Therapeut Psychiater, allgemeinpraktizierender Arzt oder Nicht-Mediziner ist.

Die Schlußberichte von Behandlungen gemäß Art.43 wurden zu über 70 % (25 von 35) von einem Psychiater unterzeichnet und zu rund 15 % gemeinsam von einem Mediziner und einem nicht-medizinischen Therapeuten. Bei den restlichen 15 % (5 von 35) der Fälle liegt ein Schlußbericht eines Nicht-Arztes vor. Etwas mehr als die Hälfte dieser Behandlungen wurden in einer freien Praxis durchgeführt (54 %), etwas weniger als die Hälfte der Schlußberichte (43 %) stammen von einem ambulanten psychiatrischen Dienst und in einem Fall von einer Suchtberatungsstelle. Die Klienten mit Schutzaufsicht waren deutlich häufiger bei einem frei praktizierenden Therapeuten in der Schlußbehandlung als Klienten ohne Schutzaufsicht.

Die abschließenden Berichte von Drogenbehandlungen stammen zu 35 % (21 von 60) von einem Psychiater, ein beachtlicher Anteil von 22 % verfaßte ein Allgemeinpraktiker, 20 % je ein Mediziner und ein Nicht-Mediziner, und 10 % wurden allein von einem Nicht-Mediziner unterzeichnet. Allerdings liegen bei 13 % überhaupt keine Therapieberichte vor: die ambulante Behandlung hat nie auch nur ansatzweise stattgefunden, meist infolge eines massiven Rückfalls in den Drogenkonsum. Auch in den Fällen, wo ein Allgemeinmediziner einen Behandlungsbericht ausgestellt hat, dürfte die ambulante Therapie nur minimal geführt worden sein, eher zum Zwecke der medikamentösen Suchtsubstitution als der psy-

chologischen Konfliktverarbeitung. 40 % der Drogenklienten wurden in einer freien Praxis behandelt, 45 % in ambulanten öffentlichen Institutionen.

Die Schlußberichte über die Behandlung von Alkoholsüchtigen stammen nur zu 26 % von einem Psychiater, zu 9 % von einem Allgemeinpraktiker, zu 35 % von einem Mediziner und einem Nichtmediziner und zu 30 % von Nichtmedizinern. Der hohe Anteil nichtärztlicher Therapeuten erklärt sich daraus, daß im Kanton Zürich die Alkoholfürsorgestellen als ambulante behandelnde Institutionen anerkannt sind. Die Therapeuten, landläufig Alkoholfürsorger genannt, verfügen in der Regel über eine sozialarbeiterische Ausbildung und arbeiten eng mit Ärzten zusammen (35 % gemeinsame Berichte von Arzt und Nicht-Arzt).

Der Beginn des ambulanten Maßnahmenvollzugs fällt entweder auf den Urteilstag, wenn der Klient bereits in Behandlung steht, oder auf die erste Konsultation nach dem Urteil. Zur Zeit der Verurteilung stehen 62 % aller Klienten in Behandlung; 15 % suchen einen Therapeuten innerhalb von drei Monaten nach der Verhandlung auf, und bei 15 % dauert es länger bis zum Therapiebeginn, z.T. über ein Jahr. In den restlichen Fällen kam keine Erstkonsultation zustande (6 %) oder die Angaben fehlen (2 %).

Hat Geduld mit jenen 15 % der Klienten einen Sinn, die mehr als drei Monate bis zum Behandlungsbeginn verstreichen lassen? In unserer Untersuchung haben immerhin 50 % (9 von 18) der Klienten mit spätem Therapiebeginn die ambulante Behandlung erfolgreich abgeschlossen und waren somit ebenso erfolgreich wie der Durchschnitt aller untersuchten Maßnahmen. Dabei hat der Sozialdienst gegenüber diesen Klienten deutlich mehr Hilfeleistungen erbracht als im Durchschnitt aller Fälle. Zu den persönlichen Vollzughilfen gehören insbesondere die Arztvermittlung und Gespräche zur Motivierung des Klienten, die angeordnete Behandlung zu beginnen. Aber auch die unabhängig von der Behand-

lung erbrachte Sozialhilfe war überdurchschnittlich umfangreich.

Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu der vergleichbaren Untersuchung von Perrez & Rauchfleisch. Sie konstatierten in ihrer Untersuchung schlechte Prognosen für drei Delinquenten, die bis zum Therapiebeginn mindestens drei Monate verstreichen ließen. Die von ihnen untersuchten Klienten wurden von einer Verwaltungsstelle schriftlich aufgefordert, sich in Behandlung zu begeben. Eine sozialarbeiterische Motivations- und Vollzugshilfe und Betreuung während der Therapie fehlte.

Die Behandlungsdauer im Rahmen des ambulanten Maßnahmenvollzugs beträgt nach Zürcher Praxis in der Regel mindestens ein Jahr und umfaßt die Zeit zwischen der ersten Therapiekonsultation ab Gerichtsurteil bis zur letzten Konsultation gemäß Therapiebericht. Die ambulanten Behandlungen nach Art.43 unterliegen zwar keiner maximalen zeitlichen Begrenzung, doch wurden 90 % dieser Therapien innerhalb von 3 1/2 Jahren abgeschlossen. Dazwischen sind die erfolgreichen wie die gescheiterten Behandlungen etwa gleichmäßig verteilt.

Demgegenüber sind die Maßnahmen nach Art.44 gesetzlich auf 2 Jahre begrenzt mit der Möglichkeit einer zweimaligen Verlängerung. Entsprechend häufig werden diese ambulanten Behandlungen nach einer Dauer von 1 1/2 bis 2 1/2 Jahren abgeschlossen (37 % der Drogensuchtbehandlungen; 48 % der Alkoholsuchtbehandlungen). Alkoholikerbehandlungen können als Ausnahmen auch bei sehr kurzer (bis 1 Jahr) oder sehr langer Dauer (über 3 1/2 Jahre) erfolgreich sein. Dagegen sind alle Drogentherapien mit einer Dauer von unter 1 Jahr gescheitert (43 % der Drogenmaßnahmen), aber auch sehr lange Behandlungen von über 3 1/2 Jahren scheiterten in den zwei vorhandenen Fällen.

Die untersuchte Behandlungsdauer ist wohlverstanden nicht identisch mit der gesamten Therapiedauer, da eine allfäl-

lige Behandlung vor der Verurteilung nicht miteingerechnet ist. Sie ist auch kürzer als die formelle Maßnahme. Nachdem eine Therapie abgeschlossen ist, verstreicht eine gewisse Zeit, bis der Therapeut den Behandlungsbericht geschrieben hat und dieser über den Sozialdienst an die Vollzugsbehörde weitergeleitet wird und bis die Vollzugsbehörde nach Überprüfung der Akten die Einstellung der Maßnahme verfügt. Im Einzelfall gibt es vielfältige Gründe für eine längere Zeitspanne zwischen Therapiebericht und Vollzugsentscheid, doch dürfte die Arbeitsbelastung vor allem Entscheide in schwierigen Fällen erheblich verzögern. Aus den untersuchten Akten ist in 28 % der Fälle nicht ersichtlich, wieviel Zeit zwischen Therapiebericht und Einstellungsentscheid verstrichen ist. In 52 % der Fälle folgte der Vollzugsentscheid innerhalb von 3 Monaten nach dem Therapieschlußbericht, doch bei 20 % der Fälle dauerte es zwischen 4 und 10 Monaten, im Einzelfall noch länger.

2.4. Leistungen des Sozialdienstes: Kontrolle und Hilfe

In den untersuchten Sozialdienstakten sind eine Vielzahl von Tätigkeiten des zuständigen Sozialarbeiters dokumentiert.

Die Überwachung der Therapie ist teilweise standardisiert. In der Regel werden zumindest Behandlungsbeginn und jährliche Zwischenberichte aktenmäßig festgehalten. Wenn sich ein Therapeut zur Durchführung einer ambulanten Maßnahme bereiterklärt, so bitten wir ihn, uns einen allfälligen Therapieabbruch zu melden. Diese Meldung vom Arzt her bleibt häufig aus. Wir erfahren allenfalls vom Klienten oder bei einer routinemäßigen Nachfrage davon.

Gründe gibt es im Einzelfall viele, daß der Therapeut uns einen Behandlungsabbruch nicht meldet, doch stellen wir immer wieder fest, daß manche Therapeuten den kontrollierenden

Rahmen der strafrechtlichen Maßnahme nur schwerlich in die Behandlung integrieren. Am besten gelingt dies vielleicht den Therapeuten von Alkoholberatungsstellen, welche vermutlich von ihrem Behandlungsansatz her den Kontrollaspekt besonders beachten.

Der Sozialdienst leistet den Klienten gezielte Maßnahmen-Vollzugshilfen. Darunter fällt die klientenbezogene Information (meist eine mündliche Erläuterung der Maßnahme-Vollzugsverfügung), die Motivation des Klienten, Vermittlung eines Therapeuten und Hilfe bei der Bezahlung der Behandlungskosten. Solche Vollzugshilfen fanden bei 65 % der Klienten statt. In den übrigen Fällen waren sie nicht notwendig, weil die Behandlung mit Beginn der Maßnahme bereits funktionierte und die Information des Klienten durch den Therapeuten sichergestellt war.

In etwa der Hälfte der Fälle wurde die Vollzugsverfügung mit dem Klienten besprochen (54 %); seltener führte der Sozialarbeiter mehrere Motivationsgespräche, weil der Klient aus inneren Widerständen heraus den Behandlungsbeginn verzögerte (22 %); oder ein Therapeut wurde vermittelt (18 %), oder man half bei der Finanzierung der Behandlung, weil der Klient nicht oder mit Vorbehalt krankenversichert war (15 %).

Die Arztvermittlung war für Klienten ohne Schutzaufsicht häufiger nötig als für Klienten mit Schutzaufsicht (20 % zu 14 %), dagegen kamen die andern Vollzugshilfen bei Klienten mit Schutzaufsicht leicht häufiger vor.

Sozialhilfe umfaßt verschiedene Handlungsarten oder Hilfeleistungsarten. Die wichtigsten in unserer Arbeit sind

- stützende und beratende Klientengespräche führen,
- Angehörige und Freunde beraten,
- Hilfe bei Arbeitsproblemen,
- Hilfe bei Wohnungsproblemen,
- finanzielle Unterstützung gewähren oder vermitteln,
- mit Gläubigern verhandeln,

- Schulden sanieren und Lohn verwalten (impliziert Verhandlungen mit Gläubigern),
- Hilfe im Umgang mit Behörden,
- Betreuung des Klienten an andere Sozialhilfe-Stellen delegieren.

Bei den Klienten mit Schutzaufsicht versuchen wir aktiv, die nötige Sozialhilfe sicherzustellen, während wir den Klienten ohne Schutzaufsicht die Sozialhilfeleistungen nur anbieten. In der Reihenfolge ihrer Häufigkeit sind folgende Hilfeleistungen bei den Fällen mit und jenen ohne Schutzaufsicht aktenkundig:

Häufigkeit in % der Fälle mit SA	in % der Fälle ohne SA
1. 60 % stützende Gespräche	36 % stützende Gespräche
2. 40 % Umgang mit Behörden 40 % Arbeitssuche	24 % Umgang mit Behörden
3. 37 % Gläubiger	21 % Gläubiger
4. 35 % Angehörige	17 % Angehörige
5. 32 % finanzielle Unterstützung	15 % Delegation der Betreuung
6. 23 % Delegation der Betreuung	13 % finanzielle Unterstützung 13 % Arbeitssuche
7. 21 % Schuldensanierung, LV	12 % Schuldensanierung, LV
8. 16 % Wohnungssuche	9 % Wohnungssuche
(12 % keine Sozialhilfeleistungen) (48 % keine Sozialhilfeleistungen)	

Trotz Schutzaufsicht wurde in 12 % der Fälle keine Sozialhilfe geleistet. Die genauere Untersuchung ergibt, daß bei diesen Klienten die ambulante Behandlung problemlos verlief und keine weitere sozialarbeiterische Hilfe nötig war.

Bei Maßnahme-Klienten ohne Schutzaufsicht besteht für den Sozialdienst kein Betreuungsauftrag. Dennoch wurde in 52 % der Fälle Sozialhilfe geleistet. Welche Klienten ohne Schutzaufsicht haben hauptsächlich Sozialhilfe beansprucht?

- Sie sind eher jünger, selten über 35 Jahre alt.
- Ihre aufgeschobenen Strafen sind entweder sehr niedrig oder sehr hoch.
- Ein großer Anteil der Behandlungen scheiterte oder wurde in eine stationäre Maßnahme umgewandelt.

Die Statistik bestätigt einmal mehr, daß wir Sozialhilfe eher in schwierigen Fällen erbringen und seltener, wenn alles "rund läuft".

Häufigste Handlungsarten sind Beratungsgespräche mit Klienten, an zweiter Stelle folgen Hilfeleistungen im Umgang mit Behörden. Wir sind in erster Linie ein Sozialdienst für Straffällige, in zweiter Linie sind wir ein Sozialdienst für Behörden und für die Gesellschaft, um auch ihnen im Umgang mit den Klienten zu helfen.

Als Abweichung zwischen den beiden Reihenfolgen fällt auf, daß Arbeitsprobleme bei Klienten mit Schutzaufsicht einen vorrangigeren Stellenwert einnehmen als bei Klienten ohne Schutzaufsicht. Es ist anzunehmen, daß die Gerichte eher eine Schutzaufsicht verfügen, wenn ein Klient in der Arbeitswelt nicht oder schlecht integriert ist. Das realistische Ziel in der Betreuung dieser Klienten besteht oft weniger in der Reintegration in den Arbeitsprozeß (für manche Klienten ein viel zu hoch gestecktes Ziel), als eher in der Unterstützung eines Klienten, daß er mit dem sozialen Makel der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit leben kann und Delinquenz als "Ventil" nicht mehr nötig hat.

Pro Betreuung kann die Sozialhilfe eine oder mehrere Handlungsarten (Dimensionen) umfassen. Werden mehrere Arten von Hilfe geleistet, dann kann zwar noch keine Aussage über die zeitliche Intensität oder gar über den Nutzen der Hilfe gemacht werden. Hingegen wollen wir von der Komplexität der Sozialhilfe sprechen und beziehen uns damit auf die Anzahl der geleisteten Handlungsdimensionen. Wir bezeichnen eine Sozialhilfe dann als komplex, wenn sie viele Dimensionen umfaßt, oder als einfach, wenn sie wenige Dimensionen umfaßt.

Die Untersuchung der Fälle, bei denen Sozialhilfe geleistet wurde, erbrachte deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Komplexität zwischen den einzelnen Maßnahme-Gruppen. Die Sozialhilfe für Maßnahmeklienten nach Art.43 (geistig

Abnorme) umfaßt mit Schutzaufsicht 2.7, ohne Schutzaufsicht 1.6 Dimensionen. Bei Drogensüchtigen werden mit Schutzaufsicht 4.6, ohne Schutzaufsicht 3.5 Dimensionen miteinbezogen, und bei Alkoholikern sind es mit Schutzaufsicht 2.0, ohne Schutzaufsicht 5.0 Dimensionen.

Insgesamt war die Sozialhilfe für Klienten mit Schutzaufsicht komplexer. Bei den alkoholsüchtigen Klienten delegieren wir die Schutzaufsicht meistens an die Alkoholfürsorge weiter. Wenn wir aber einen Alkoholabhängigen während des ambulanten Maßnahmenvollzuges selbst betreuen, ist die Sozialhilfe ebenso komplex wie bei Drogensüchtigen.

Die Unterschiede zwischen den drei Maßnahmearten sind besonders deutlich. Süchtige verlangen im Durchschnitt viel komplexere Hilfe als Klienten, die sich wegen ihres Geisteszustandes behandeln lassen müssen. Dieses Ergebnis stimmt mit der Einschätzung unserer Sozialarbeiter überein, daß ein süchtiger Klient doppelt soviel Arbeit macht wie ein nichtsüchtiger Klient. Dabei scheinen die Unterschiede zwischen Drogen- und Alkoholsüchtigen unwesentlich zu sein.

Bei Abschluß der Behandlung hat der Sozialarbeiter die Möglichkeit, einen Bericht über die Betreuung und über die Person des Klienten (Sozialbericht) an die Vollzugsbehörde zu richten, allenfalls mit Anträgen. Solche Schlußberichte wurden bei 49 % der Fälle mit Schutzaufsicht verfaßt und bei lediglich 15 % der Fälle ohne Schutzaufsicht. Im Bemühen, den administrativen Aufwand möglichst in Grenzen zu halten, besteht bei uns eine zurückhaltende, im übrigen formularisierte Schlußberichtserstattung. Diese Praxis setzt voraus, daß zwischen Sozialarbeiter und Vollzugsbehörde in etwa ein Konsens besteht, in welchen Fällen ein ausführlicher Schlußbericht angezeigt ist und in welchen darauf verzichtet werden kann. Bei uns bestehen keine diesbezüglichen Vorschriften, sondern der Konsens wird von Fall zu Fall mittels Kurzinformation und Absprache über den Kontrollverlauf hergestellt (meist per Telefon). Dement-

sprechend selten wird der Sozialdienst von der Vollzugsbehörde aufgefordert, einen ausführlichen Sozialbericht zu erstellen. In diesen Einzelfällen ging immer eine lange Zeit des Informations-Stillstands zwischen dem Sozialarbeiter und dem zuständigen Vollzugsbeamten voraus.

2.5. Betreuung und Maßnahmeverfolg

In einer Verlaufsuntersuchung von Straffälligen gebührt den Ergebnissen über Erfolg und Rückfälligkeit eine besondere Bedeutung. Die vorliegende Arbeit hat die strafrechtliche Rückfälligkeit weder während noch nach der ambulanten Maßnahme untersucht, weil entsprechende Angaben in den Sozialdienstakten nur unsystematisch vorhanden sind. Hingegen erlauben die vorhandenen Akten in den meisten Fällen eine Beurteilung des Erfolges, wenn auch nicht alle wissenschaftlichen Genauigkeits-Kriterien erfüllt sind.

Wir sprechen dann von Erfolg, wenn die ambulante Behandlung von der Vollzugsbehörde als erfolgreich abgeschlossen wurde und das Gericht deshalb auf den Vollzug der Strafe verzichtet hat. Dementsprechend ist eine ambulante Maßnahme immer dann gescheitert, wenn das Gericht die Strafe für vollziehbar erklärt, oder wenn die Maßnahme wegen Undurchführbarkeit ohne weitere Sanktionen eingestellt wird, oder wenn der Klient während des Maßnahmeverzuges stirbt. Als dritte Möglichkeit kann eine ambulante Maßnahme durch die Vollzugsbehörde eingestellt, vom Gericht aber - mit oder ohne neue Verurteilung - verlängert oder in eine statio-näre Maßnahme umgewandelt werden. In diesen Fällen ist der Behandlungserfolg noch offen.

Aufgrund der vorhandenen Unterlagen wurde die ambulante Maßnahme bei insgesamt 49 % erfolgreich abgeschlossen. Demgegenüber stehen 21 % gescheiterte Behandlungen, Fälle, bei denen der Strafvollzug angeordnet wurde (10 %), die ver-

starben (7 %) oder die ohne Sanktionen als erfolglos eingestellt wurden (4 %), meist mangels eines aufgeschobenen Strafrestes. In 24 % der Fälle wurde erneut eine Maßnahme angeordnet, bei 16 % eine stationäre, bei 8 % nochmals eine ambulante Behandlung. Schließlich bleiben 6 % der Fälle, bei denen aus den vorhandenen Akten keine Aussagen über den Ausgang der Maßnahme möglich sind.

Die Unterschiede zwischen den drei Maßnahmarten sind erheblich. Ambulante Behandlungen an geistig Abnormen nach Art.43 sind durchschnittlich zu 57 % erfolgreich, mit Schutzaufsicht aber bedeutend erfolgreicher als ohne (71 % zu 48 %). Auf der Suche nach möglichen Gründen finde ich keine Untersuchungsdaten, die eine plausible Erklärung liefern. So stellt sich die Frage, ob die angeordnete Betreuung für den therapeutischen Behandlungserfolg wohl besonders wichtig war.

Die ambulante Behandlung von Drogensüchtigen ist am wenigsten erfolgreich, nämlich nur bei 35 %. Von den Fällen mit Schutzaufsicht wurden bloß 19 % erfolgreich abgeschlossen und bei 29 % wurde der Strafvollzug angeordnet. Demgegenüber sind 44 % der Drogen-Maßnahmen ohne Schutzaufsicht erfolgreich und nur bei 10 % wurde der Strafvollzug angeordnet. Bei einem Anteil von je 25 % wurde die ambulante in eine stationäre Maßnahme umgewandelt. Diese Klienten beanspruchen den Sozialdienst zeitlich sehr stark, weil sie meistens während der ambulanten Maßnahmedauer verhaftet werden. Wir besuchen sie in der Untersuchungs- und Sicherheitshaft und bereiten mit ihnen den stationären Maßnahmeantritt vor.

Die Behandlungen mit Schutzaufsicht sind vermutlich deshalb weniger erfolgreich, weil sie eher bei sehr problematischer strafrechtlicher Konstellation angeordnet werden, nämlich bei formal sehr langen aufgeschobenen Strafen mit einem real geringen Strafrest nach Abzug von Untersuchungs- und Sicherheitshaft und abgebrochener stationärer Maßnahme.

Diese Süchtigen sind geprägt von einer großen inneren Hoffnungslosigkeit durch Gefängnisaufenthalte und abgebrochene stationäre Therapien und werden vom Strafdruck kaum mehr beeindruckt.

Die ambulanten Maßnahmen ohne Schutzaufsicht könnten deshalb häufiger zum Erfolg führen, weil bei Süchtigen mit einer kurzen Drogen- und Justiz-"Karriere" meist auf eine Schutzaufsicht verzichtet wird.

Im Gegensatz zu den eher geringen Behandlungserfolgen der Drogensüchtigen stehen Erfolge von 74 % bei den ambulanten alkoholtherapeutischen Maßnahmen mit und ohne Schutzaufsicht. Ich bin persönlich überrascht von diesem Ergebnis und vermute, daß trotz der positiven Aussichten auf einen Behandlungserfolg in der Strafpraxis bei alkoholbedingten Delikten - in erster Linie Fahren in angetrunkenem Zustand - selten überhaupt nur geprüft wird, ob der Straffällige allenfalls eine Alkoholismusbehandlung nötig hätte. In der strafrechtlichen Beurteilung von süchtigen Angeklagten (Alkohol oder Drogen) wird die Beachtung der Drogensucht als kriminogener Faktor durch die Illegalität des Suchtmittels abverlangt. Bei alkoholsüchtigen Straffälligen hingegen vermute ich eine unheilvolle "Allianz" im Ignorieren eines Alkoholproblems zwischen dem Angeklagten, der seine Sucht verheimlichen will, dem Untersuchungsrichter, der eine Straftat und nicht ihre Hintergründe aufklären will, und dem Richter, der dem Prinzip der Strafgleichheit verpflichtet ist und dieses Prinzip bei alkoholbedingten Vergehen gegen das Straßenverkehrsgesetz besonders rigide beachtet. Wenn dieser Zusammenhang tendenziell zutrifft, dann muß man fordern, daß bei alkoholbedingten Delikten häufiger die Maßnahmefähigkeit des Straffälligen abgeklärt wird.

Manche Klienten standen schon vor der angeordneten ambulanten Behandlung mit dem Sozialdienst in Kontakt, entweder wegen einer früheren Schutzaufsicht oder Weisungskontrolle, oder weil der Klient von sich aus (meistens während der

Untersuchungshaft) mit dem Sozialdienst in Kontakt getreten ist. Solche Vorakten gibt es bei 42 % der untersuchten Fälle. Meistens bestand eine Betreuung bis kurz vor der Anordnung der ambulanten Maßnahme (33 % aller Fälle), gelegentlich war der Kontakt mit dem Sozialdienst länger als ein Jahr unterbrochen (9 %).

Von den drogensüchtigen Maßnahmeklienten waren 53 % bereits im Sozialdienst anhängig. Die zu einer Maßnahme nach Art.43 Verurteilten hatten zu 34 % Vorakten. Der Anteil bei den Alkoholsüchtigen liegt mit 22 % am niedrigsten. Wenn eine Schutzaufsicht angeordnet wurde, dann bestanden verhältnismäßig häufiger Vorakten (52 %) als wenn keine angeordnet wurde (36 %).

Interessant ist die Frage nach den Erfolgsaussichten der Klienten mit Vorakten. Die Assoziation zu den strafrechtlichen Vorakten als Indiz für erhöhte Rückfallsgefährdung liegt auf der Hand. In scheinbarer Analogie zum Zusammenhang von Vorstrafen und Rückfälligkeit sind ambulante Drogenbehandlungen mit Vorakten weniger erfolgreich als jene ohne Vorakten im Sozialdienst. Dies im Gegensatz zu den ambulanten Maßnahmen nach Art.43 und etwas weniger ausgeprägt zu den Alkoholsuchtbehandlungen, wo die Fälle mit Vorakten verhältnismäßig erfolgreicher sind als die Fälle ohne Vorakten. Offenbar haben die vorgängigen Kontakte zwischen nichtdrogenabhängigen Klienten und Sozialarbeiterinnen zum Aufbau einer Beziehung geführt, die während der Maßnahmzezeit stabilisierend wirkte.

Nach dem formellen Abschluß des ambulanten Maßnahmenvollzuges werden gewisse Klienten durch den Sozialdienst weiterbetreut. Solche Nachakten gibt es bei 37 % der Fälle. Wiederum liegt der Anteil bei den Drogensüchtigen mit 50 % am höchsten und bei den Maßnahmeklienten nach Art.43 mit einem Anteil von 17 % am niedrigsten. Warum gibt es so wenig Nachakten bei den Maßnahmen an geistig Abnormen? Ein Grund mag darin liegen, daß diese Maßnahmen nicht zeitlich

befristet sind wie die Suchtbehandlungen nach Art. 44 und daher mehr Zeit zur Verfügung steht, um die begonnene Sozialhilfe auch abzuschließen. Ein weiterer Grund dürfte auch die besondere Problematik der Klienten sein, die aus einer Geistesschwäche oder Geisteskrankheit heraus delinquiert haben. Sie leben im Vergleich zu straffälligen Süchtigen relativ integriert in unserer Gesellschaft, zumindest integriert in einem Hilfsnetz, und benötigen daher weniger komplexe Sozialhilfe in dem Sinne, wie weiter oben ausgeführt wurde.

Wenn Nachakten vorhanden sind, dann ist die ambulante Behandlung meistens gescheitert (28 % aller Fälle). Nachbetreuung bedeutet dann Begleitung während der Haft oder Vermittlung eines stationären Therapieplatzes. Eine Weiterbetreuung nach erfolgreicher ambulanter Behandlung hat in 9 % der Fälle stattgefunden, oft wegen einer langfristigen Schuldensanierung.

Eine durchgehende Betreuung mit Vor- und Nachakten zur ambulanten Maßnahme kommt in 19 % aller Fälle vor. Meistens handelt es sich um drogensüchtige Klienten, die in dieser Weise durchgehend betreut werden (30 % der Drogenmaßnahmen). Klienten mit einer Behandlung nach Art. 43 werden zu 11 %, Alkoholsüchtige sogar nur als Einzelfall durchgehend betreut.

Die durchgehende Betreuung findet zum größten Teil bei gescheiterten ambulanten Maßnahmen statt. Doch sind dies insofern hoffnungsvolle Klienten, als sie mit der Beanspruchung der Sozialdiensthilfe noch die Hoffnung tragen, daß ihnen geholfen werden kann. Denn wenn ein Klient mit Problemen den Kontakt mit dem Sozialamt abbricht, dann ist in der Regel auch seine Hoffnung für eine Lösung seiner Probleme gebrochen.

Insgesamt sind von den Klienten mit Vor- oder Nachakten 36 % (25 von 70) erfolgreich, während von den übrigen Klien-

ten ein Anteil von 58 % (28 von 48) erfolgreich ist. Doch eine differenzierte Analyse lohnt sich: auch Klienten mit Vorakten allein sind gut durchschnittlich erfolgreich, insbesondere die Klienten nur mit Vorakten und Schutzaufsicht haben zu 64 % (9 von 14) erfolgreich die ambulante Behandlung abgeschlossen, diejenigen mit Vorakten ohne Schutzaufsicht nur zu 42 % (5 von 12). Auch in Anbetracht des statistisch möglichen Zufalls zeigt sich eine Tendenz, daß die Klienten mit Vorakten im Sozialdienst eine angeordnete Behandlung eher erfolgreich abschließen, wenn eine Schutzaufsicht angeordnet worden ist.

Die Untersuchung von Betreuungsverlauf und Behandlungserfolg macht deutlich, daß der persönliche Kontakt und die persönliche Begleitung eines Klienten nach dem Prinzip der durchgehenden Betreuung von besonderer Bedeutung ist.

Die ambulanten Maßnahmen an geistig Abnormen waren meistens erfolgreich, wenn zumindest zeitweise eine persönliche Betreuung stattfand. Wenn in Einzelfällen die Therapie trotz langer Betreuung durch den Sozialdienst scheiterte, dann wurde der Klient bis und mit seiner bedingten Strafentlassung durchgehend weiterbetreut. Wenn aber keine persönliche Betreuung zustandekam, ist die Therapie meist gescheitert.

Die ambulanten Behandlungen von Drogensüchtigen sind zu einem hohen Anteil problematisch verlaufen. Fast alle Klienten mit einer abgebrochenen Therapie wurden zumindest zeitweise vom Sozialdienst betreut (30 von 32 Fällen). Dabei war für uns oft voraussehbar, daß die ambulante Maßnahme nur die Vorstufe zu einer stationären Therapie ist und der Süchtige damit den Zeitpunkt hinausschiebt, bis er sich mit seiner Sucht tiefer auseinandersetzen muß.

Hingegen beanspruchte nur etwa die Hälfte der erfolgreichen Drogensüchtigen die Betreuung durch den Sozialdienst, dann aber oft über den Maßnahmeabschluß hinaus zwecks Sanierung einer großen Verschuldung.

Vermutlich brauchten erfolgreich behandelte Drogensüchtige dann keine Betreuung und Sozialhilfe, wenn sie von ihrer Ausbildung und Erziehung her über hohe soziale Kompetenzen verfügten und auch als Süchtige noch relativ integriert lebten.

Bei alkoholsüchtigen Klienten fand eine Betreuung durch den Sozialdienst meistens in schwierigen Fällen statt, wenn die ambulante Maßnahme verlängert oder abgebrochen wurde. Diese Klienten wurden häufig über die Maßnahmzeit hinaus weiterbetreut. Die Mehrzahl der alkoholsüchtigen Klienten wurde aber von Sozialarbeitern der Alkoholfürsorge begleitet.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Insgesamt befürworte ich, daß der Sozialdienst der Justizdirektion des Kantons Zürich die Überwachung der ambulanten Maßnahmen mit und ohne Schutzaufsicht ausübt. Wichtigstes Argument dafür liefert die Praxis der durchgehenden Betreuung eines Straffälligen durch denselben Sozialarbeiter während aller Stadien von der Strafuntersuchung bis zur Resozialisierung. Die Sozialhilfe im Sinne der Sozialarbeit wie auch die Hilfe beim Maßnahmenvollzug führen bei manchen Klienten zu einer Stabilisierung ihrer äußereren Lebenssituation und schaffen dadurch Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie.

Mit der Anordnung einer Schutzaufsicht während einer ambulanten Maßnahme beurteilt ein Richter die Betreuungsbedürftigkeit eines Klienten. Der Entscheid für eine Schutzaufsicht wird vor allem durch eine schlechte Arbeitssituation, jüngeres Alter des Klienten und die Länge der aufgeschobenen Strafe beeinflußt, vermutlich auch durch "rückfallsverdächtige" Gerichtsakten. Wenig Berücksichtigung findet

der Umstand, ob ein Klient mit dem Sozialdienst in Kontakt stand. Vermutlich wird auch die soziale Isolation als Hinweis auf eine Betreuungsbedürftigkeit unterschätzt, wohl in der irrtümlichen Erwartung, daß dieses Defizit durch Therapie allein behandelbar sei.

Andreas Mörgeli
lic.phil.
Adjunkt des Sozialdienstes
der Justizdirektion des Kantons Zürich
Sumatrastr.10
8006 Zürich

