

Schalast N (Hg.) (2019)
**Straffällige mit Suchtproblemen –
 Fakten, Erfahrungen und
 Ergebnisse der Essener
 Evaluationsstudie**

Lengerich: Pabst

Die als dringend empfundene Reform oder die Abschaffung des § 64 StGB ist voll im fachlichen Diskurs angekommen – verwiesen sei auf die eigene Arbeitsgruppe der Sektion Forensik der DGPPN, die Podiumsdiskussion auf der Konferenz der DGPPN im November 2019, die aktuelle Sondernummer der Zeitschrift Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie –, und gelangt auch zunehmend in den politischen Raum (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser BAG, Gesundheitsministerkonferenz GMK, Interview des baden-württembergischen Sozialministers am 11.04.2019, Landtagsanfrage der FDP im baden-württembergischen Landtag vom 29.04.2019 – Drucksache 16/6183).

In seinem Geleitwort fasst der nordrhein-westfälische Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales Karl-Josef Laumann die wesentlichen Ergebnisse der von seinem Ministerium 2009 in Auftrag gegebenen Untersuchung aus seiner Sicht folgendermaßen zusammen: »Patienten, die gut vorbereitet aus den forensischen Suchtkliniken in die Freiheit entlassen wurden, haben nach vier Jahren eine hohe Bewährungsquote von über 70 Prozent. Die Patienten, die jedoch nach ungünstigem Verlauf und der Verbüßung ihres Strafrestes in die Freiheit kommen, haben eine gleich niedrige Bewährungsquote wie die Vergleichsgruppe des Strafvollzuges (...) Die grundlegenden Ergebnisse der Evaluationsstudie machen Mut. Sie zeigen, dass diese schwierigen Menschen von einer angemessenen Therapie profitieren können und geben Anstöße für die Weiterentwicklung eines ›Behandlungsvollzugs‹ – in forensischen Kliniken wie auch in Haftanstalten.« (11) Laumann schließt mit den Worten: »In der aktuell angestrebten Novellierung des § 64 StGB werden die Erkenntnisse dieser beeindruckenden Langzeitstudie ebenfalls Berücksichtigung finden.« (11) – womit bis zum jetzigen Zeitpunkt zwei Gesundheitsminister öffentlich diese Novellierung ansprechen, Laumann aus Nordrhein-Westfalen und Manne Lucha aus Baden-Württemberg.

Marc Lehmann, Ärztlicher Direktor des Justizvollzugskrankenhauses in Berlin, schildert im ersten Kapitel Suchtprobleme bei Gefangenen in der Justizvollzugsanstalt. Er zitiert Schätzungen, dass 40 bis 50 % der Gefängnisinsassen an einer Drogenabhängigkeit leiden. Diesen Gefangenen werde man aber sowohl wegen der zeitlichen Befristungen als auch wegen der viel zu geringen Personalausstattung in den JVA's und der ungenügenden therapeutischen Angebote nicht gerecht. Moderne suchttherapeutische Konzepte wie Gruppentherapien und medikamentöse Substitution sind sehr unterschiedlich geregelt, »es fehlt an einem übergeordneten suchttherapeutischen Konzept«. (20) Entsprechend sensible Gefangene geraten in Haft eher in Kontakt mit legalen und illegalen Suchtstoffen. Somit erfüllt der Strafvollzug nach Lehmann häufig nicht seine Aufgabe der sinnvollen Resozialisierung, wobei dies die generellen Widersprüche der staatlichen Suchtpolitik widerspiegelt. »Justizpolitisch ist anzumerken, dass aus vollzuglicher Sicht die umfangreiche Vollstreckung von Ersatzfreiheitsstrafen nicht zielführend ist. Viele der Betroffenen sollten gerade bei Vorliegen einer Suchterkrankung eher in therapeutische Bezüge integriert denn im Vollzug zwangsentgiftet auf den Entlassungsrückfall vorbereitet werden (...) Auch im Bereich der Cannabispolitik sind Bemühungen angezeigt, die zumindest den Bedarf an staatlichen Freiheitsentziehungen durch Entkriminalisierung reduzieren.« (27)

Schalast schließt an diese Feststellungen umfangreiche Ausführungen über Sucht und Delinquenz als bei vielen Täterinnen und Tätern eng verknüpften Phänomenen an. Schon hier wird deutlich, dass die im deutschen § 64 StGB geforderte »unmittelbare Kausalbeziehung zwischen Suchtproblemen und Kriminalität« praktisch nur selten so nachzuweisen ist. Es handelt sich meist um dissoziale Entwicklungen, die mit Drogengebrauch einhergehen und durch diesen insbesondere in speziellen Peer-groups auch verstärkt werden. Noch deutlicher wird dies beim Alkohol: »Was eine Abhängigkeit von der Alltagsdroge Alkohol betrifft, spricht schon die Vielzahl erheblich Abhängiger ohne ausgeprägte delinquente Neigungen gegen einfache kausale Zusammenhänge und unmittelbare kriminogene Effekte.« (30) Bindung an relevante Bezugspersonen, Eingewöhnen und soziale Regeln mit sinnvoller Arbeit und nicht-delin-

quentem Freizeitverhalten sind die relevanten Faktoren einer Besserung, sowohl der Suchtkrankheit als auch der dissozialen Tendenzen, wobei Schalast eigene Arbeiten und die Ansätze des Good-lives-Model (GLM) zitiert.

Entsprechend seinem Auftrag formuliert Schalast die Zielsetzung seiner Studie: »Kommt es bei Tätern, die gemäß § 64 StGB untergebracht werden, signifikant seltener zu erneuter Straffälligkeit als bei vergleichbaren Betroffenen, die nur zu einer Freiheitsstrafe verurteilt werden? Wenn diese Fragen bejaht werden könnten, würden die (...) Zweifel an der Berechtigung einer Maßregel für Täter mit Suchtproblemen in den Hintergrund treten (...)« (32) Diese Schlussfolgerung relativiert Schalast gleich im nächsten Satz, in dem er offen nach Alternativen fragt und hierbei insbesondere die Qualität des Strafvollzugs anspricht. Eine Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher ist eben nicht auf eine in einer Hauptverhandlung angeordnete und anzuordnende Maßregel beschränkt, zumal dies auch nach Ansicht des Autors ein Unikat in der internationalen Rechtsprechung darstellt (33). Schalast erwähnt die bei Alkoholkranken nicht mögliche Behandlung in einer freien Drogeneinrichtung nach § 35 BtMG – wobei diese Maßnahme auch wegen der komplexen Kostenträgersituation zu hohe Eingangsvoraussetzungen beinhaltet, von den Gerichten immer weniger ausgesprochen wird und keinerlei kriminologische Auswertungen ermöglicht, sozusagen eine Blackbox der Behandlung straffälliger Suchtkranker darstellt.

Schalast zitiert dann eine internationale Vergleichsstudie mit beachtlichen Fallzahlen zwischen gerichtlich angeordneter und freiwilliger Suchtbehandlung und den Ergebnissen bezogen auf die Schwere der Suchterkrankung und die Kriminalität. Beides schneidet eher ähnlich ab (34). Aus Deutschland zitiert er die in dieser Zeitschrift erschienene Übersicht von QUERENGÄSSER et al. (2017), dass Patienten, deren Behandlung nach § 64 StGB mangels Erfolglosigkeit erledigt wurde, eine deutlich höhere Rückfallquote in der Hellfeld-Delinquenz aufweisen als eine Vergleichsgruppe von Haftentlassenen (36). – Da aktuell in Deutschland bei deutlich mehr als der Hälfte der nach § 64 StGB Unterbrachten eine Erledigung wegen Aussichtslosigkeit ausgesprochen wird, stellt dies eine deutliche Herausforderung an die juristischen und klinischen Grundlagen dieser Behandlung dar. Die folgende Übersicht über

vorliegende Evaluationsstudien forensischer Suchtbehandlungen, insbesondere die Tabelle 1 (41 ff.), vermittelt einen eindrucksvollen methodisch fundierten Überblick, wobei der Zeitraum der erwähnten Erhebungen Zeiten unterschiedlicher rechtlicher Vorgaben umfasst und die andernorts dokumentierten riesigen Unterschiede in der Urteilspraxis der Gerichte in den verschiedenen Bundesländern nicht berücksichtigt.

»Der Maßregelvollzug mit seinem spezifischen und umfassenden Therapieangebot muss seine Wirksamkeit gegenüber dem (kostengünstigeren) allgemeinen Strafvollzug unter Beweis stellen.« (47) Dies formuliert Schalast als hehres Ziel der aufwendigen Essener Evaluationsstudie, die er auf Seite 48 ff. methodisch vorstellt. Aus verschiedenen Kliniken in verschiedenen Bundesländern wurden Daten von mindestens 300 Patienten ausgewertet und mit klinisch (Suchtkrankheit) vergleichbaren Gefangenen in Justizvollzugsanstalten zu Beginn der Behandlung, nach vier bis fünf Monaten, zum Entlassungszeitpunkt und katamnestisch mithilfe pseudonymisierter Strafregisterauszüge verglichen, was nicht zuletzt wegen der zunehmend restriktiveren Vorgaben des Datenschutzes als sehr anspruchsvoll zu bezeichnen ist. Ausführlich werden die Erhebungsinstrumente vorgestellt. Sowohl probandenbezogene Items wie diagnostische (Persönlichkeitsstörungen, Suchtprobleme) und anamnestiche Skalen (Erfahrungen in Kindheit und Primärfamilie) wie Einschätzungen des Behandlungssettings durch Patienten und Therapeuten fanden Anwendung. Die Datenerhebung bei den Gefangenen in den teilnehmenden Justizvollzugsanstalten war weniger aufwendig, wesentlich war das Vorliegen einer Suchtproblematik bei praktisch identischer Delikt- und Strafsituation.

Die Schilderung der Ergebnisse bestätigt eher schlechte Ergebnisse bei stark dissozialen und früh traumatisierten Patienten sowie bei denjenigen, deren Behandlung durch zahlreiche und schwere Zwischenfälle erschwert ist. Eindrucksvoll ist die statistisch positive Prognose bei schwer Alkohol- und primär Drogenkranken, die offensichtlich auch über eine intrinsische Motivation für ihre Gesundheit verfügen. Deutlich macht Schalast hierbei auch den nicht unbeachtlichen Interpretationsspielraum der Institution gerade bei Verhaltensauffälligkeiten der Patienten (89).

Das zentrale Ergebnis der Studie war in dem 1000-Tage-Zeitraum nach der

Entlassung die um 19,9 % geringere Hellfeld-Delinquenz der MRV-Gruppe sowie der um 34 % geringere Anteil an verhängten Freiheitsstrafen in der MRV-Gruppe, und zwar unabhängig von der Entlassart aus dem MRV. Ausführlich schildert Schalast dann Detailauswertungen zu verschiedenen Fragen: Täter mit dem Hauptdelikt BtM schneiden in den ersten 500 Tagen nach Entlassung bezogen auf Deliktrückfälle identisch ab, danach (bis zu den 1000 Tagen) werden die MRV-Entlassenen deutlich weniger rückfällig. Längere Behandlungszeiten verbessern die Prognose nicht, wobei die längeren Unterbringungsauern wesentlich mit der auch von Schalast kritisierten Halbstrafenregel zusammenhängen und damit schwerer delinquente Patienten betreffen. »Es lässt sich schlussfolgern, dass die Daten keineswegs ein Konzept langfristig geschlossener Behandlung und später Lockerung nahelegen. Weder scheint eine langfristig gesicherte Behandlung in der Gesamtbilanz mehr Sicherheit zu gewährleisten noch erhöht sie den Behandlungsertrag. Vielmehr ist ein restriktives Vorgehen bei Lockerungen auch mit einem ungünstigeren Outcome assoziiert. Dass eine Behandlung im geschlossenen Rahmen zumindest für diesen Zeitraum der Unterbringung prinzipiell mehr Sicherheit gewährleistet als eine gelockerte, steht außer Frage. Andererseits gehen Erledigungen gemäß § 67 d Abs. 5 StGB im späteren Verlauf mit einem höheren Deliktrisiko einher als Bewährungsentlassungen. Langzeiturlauben verlaufen im Mittel problematischer, wenn ein Patient sich vorher nicht längere Zeit in extramuralen Lockerungen bewährt hat (...)« (113)

Dezidiert äußert sich Schalast zu dem gerade im Licht seiner Studie formulierten gesetzlichen Änderungsbedarf (118 ff.): Die zunehmende Hoch- und Überbelegung im § 64 StGB und die zunehmende Erledigungsrate wegen Aussichtslosigkeit »liegt in der Legion von Entscheidungen, in denen die Nichtanordnung dieser Maßregel beanstandet wird« (119). Besonders der erhebliche Straf- bzw. Vollzugsrabatt bei Strafen über drei Jahren wirke sich fatal aus und müsse dringend wieder abgeschafft werden. Auch die gesetzliche Änderung 2016, nach der bei den Berechnungen auch eine längere als zwei Jahre dauernde 64er-Therapie zugrunde gelegt werden könne, müsse wieder fallen. Ferner müsse die »konkrete« Behandlungsaussicht noch klarer im Gesetz formuliert werden, und die Verhängung des § 35 BtMG

müsse erleichtert werden. Der Autor äußert sich auch zu den von der Konstanzer Arbeitsgruppe 2016 formulierten Reformvorschlägen in Richtung einer Proberotherapie und sieht diese eher schwer realisierbar, wobei er klar feststellt: »Ärgerlich ist es jedoch, wenn unter den aktuellen rechtlichen Bedingungen Unterbringungen nicht wegen der Therapiebedürftigkeit der Angeklagten angeordnet werden, sondern um Urteile revidenssicher zu machen.« (123) Den Vorschlag, die Unterbringung nach § 64 StGB an die Feststellung einer mindestens erheblichen Einschränkung der Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) zu knüpfen, lehnt Schalast klar ab (123 f.). Die von den Gesundheitsministerien und der DGPPN geforderte Abschaffung des Hang-Kriteriums und das Ersetzen durch eine psychiatrische Diagnose nach ICD thematisiert Schalast nicht direkt – wobei er stets von psychiatrisch als suchtkrank diagnostizierten Tätern spricht.

Als Konsequenz seiner Erhebung (141 ff.) nennt der Autor in erster Linie Änderungen im Strafvollzug auf der Grundlage der Erfahrungen in Entziehungsanstalten und in Skandinavien, insbesondere therapeutische Milieus mit überschaubaren Gruppen. Spätere Gewährung von Freiheiten nach längerem geschlossenem Vollzug gehe mit höheren Rückfallrisiken einher. Im Anstaltsalltag spielen Drogengeschäfte und die damit verbundenen Machtstrukturen eine große Rolle. Änderungen setzen deutlich erhöhte personelle und räumliche Ressourcen im Strafvollzug voraus – Investitionen, die sich auch volkswirtschaftlich dann rechnen, wenn die Gefangenen mehr innere Stabilität erreichen und früher als jetzt wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Der Rezensent folgt den Aussagen des Autors, problematisiert – im Unterschied zu diesem – Anordnungspraxis, Zeitpunkt und Lockerungsvoraussetzungen einer forensischen Behandlung suchtkrankender Rechtsbrecher. Die zart angedeuteten rechtlichen Vorgaben anderer Länder samt deren Erfahrungen hätten eine Vertiefung verdient.

Der § 64 StGB ist »international eher unüblich«, kein anderes Land kennt eine im erkennenden Verfahren anzuordnende Suchtbehandlung. Trotz dieses Paradoxes führt die Behandlung bei etwa der Hälfte der Patienten zu einem klinischen und kriminologischen Erfolg, in dieser Erhebung im Unterschied zu QUERENGÄSSER et al. (2017) selbst bei denjenigen, bei denen die Behandlung

nach § 67 d StGB wegen Aussichtslosigkeit erledigt wurde. Schalast nutzt dies als Beleg für die qualifizierte therapeutische Arbeit in den Entziehungsanstalten gegenüber dem Justizvollzug, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass der Justizvollzug grundlegende Konzepte aus den § 64er-Einrichtungen übernehmen könne, zumal viele Verurteilte beide Settings kennen. Die klar von ihm formulierten Missstände müssen aus seiner Sicht zeitnah behoben werden, um die therapeutischen Möglichkeiten der Kliniken wieder zu verbessern. Hierzu zählt die Abschaffung der Halbstrafenregel, die Ersetzung des Hang-Begriffes durch eine psychiatrische Diagnose und eine stärkere Berücksichtigung des § 35 BtMG. Die vom Rezensenten mehrfach formulierte Forderung, die forensische Behandlung schuldfähiger suchtkranker Rechtsbrecher im Justizvollzug zu entscheiden und nicht im erkennenden Verfahren, da dort sowohl bei den Mitteilungen über die Suchtkrankheit als auch über die Therapieaussicht gelogen werden darf, wird vom Autor nicht erhoben, sie steht aber nicht im Widerspruch zu den eindrucksvollen und lesenswerten Forschungsergebnissen. Die aktuelle Rechtsprechung des BGH mit seiner jeglichem psychiatrischen und psychotherapeutischen Know-how widersprechenden Ausdehnung des Hangbegriffes ist im forensischen Diskurs Wasser auf die Mühlen einer Haltung, die psychiatrischen, psychotherapeutischen und auch kriminologischen Befunden wieder mehr Raum geben müsste.

Schon 2003 schrieben VOLCKART und GRÜNEBAUM (107 in Schalast): »Das Vollzugsziel ist allein die Besserung, nicht die Sicherung (...) Vollzugsmaßnahmen bei der Unterbringung in der Entziehungsanstalt lassen sich nicht mit dem bloßen Sicherungszweck rechtfertigen.« Politisch vereinfachen sowohl der NRW-Sozialminister wie auch der baden-württembergische Sozialminister: Auf wesentliche von Schalast formulierte Reformschritte haben sich zumindest die Gesundheitsminister der Länder bereits geeinigt (Wegfall der Halbstrafenregelung, Rückkehr zur zwei Jahre Regeldauer). Es bleibt bei den »Beibehaltern« der Wunsch an die obergerichtliche Rechtsprechung, die gesetzlichen Umformulierungen doch bitte zu verstehen (konkreter, mehr § 35 BtMG). Vielleicht ist es aber auch an der Zeit, bei schuldfähigen Tätern mit einer Suchtproblematik diesen Kranken mehr Selbstverantwortung zuzusprechen und die Entscheidung

über eine Behandlung von einer Situation des juristisch klar zu akzeptierenden Taktierens wie in einer Hauptverhandlung (wo das Taktieren ja auch das Ausmaß der berichteten Konsumgewohnheiten betrifft) in den Vollzug zu verlagern, in dem idealerweise solche Behandlungen kompetent vorbereitet werden. Ob dies einer Abschaffung des § 64 StGB oder einer grundlegenden Neuformulierung entspricht, mögen andere entscheiden. Jedenfalls sollte es sich gerade nach den Erfahrungen mit dem § 35 BtMG um hoheitlich durchgeführte und entsprechend staatlich bezahlte Behandlungen handeln, nach denselben Sicherheitskriterien wie Suchtbehandlungen im nicht forensischen Rahmen. Schalasts eindrucksvolle Ergebnisse so zu interpretieren, als genügten minimale Reformen des § 64 StGB, greift nach Ansicht des Rezensenten zu kurz.

Last but not least sind auch die weiteren Beiträge in dem Buch lesenswert: Melanie Freys Auswertungen speziell auf Frauen bezogen zeigt – wegen der geringeren Fallzahlen ohne Signifikanz – die gleichen Befunde wie bei Männern. Der von Kirsten Lange, Wolfgang Mache und Christian Schlögl verfasste Beitrag über forensische Ambulanzen untermauert, dass Letztere auch nach § 64 StGB Untergebrachten und auf Bewährung Entlassenen sinnvolle Hilfestellung leisten können. Martin Reker stellt den Community Reinforcement Approach vor, Dita Zimprichová Erfahrungen mit medikamentöser Substitution in einer Entziehungsanstalt.

Wer sich psychiatrisch, kriminologisch und politisch mit der Entwicklung des § 64 StGB befasst, kommt an diesem Buch nicht vorbei. Auch nach Ansicht des Rezensenten gehört die Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher zu den Aufgaben der forensische Psychiatrie und Psychotherapie, sei es als Behandlungsangebot analog StÄB im Justizvollzug, sei es bei besonderer Indikation und unter gelockerten Bedingungen in speziellen stationären Einrichtungen, und die dargestellten Ergebnisse liefern hierfür eindrucksvolle Bestätigungen.

KLAUS HOFFMANN