

# **Sicherheit und Risiko**

**Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Kontrolle und Privatisierung**



Sicherheit und Risiko – Soziale Arbeit im  
Spannungsfeld von Kontrolle und Privatisierung  
DBH-Materialien Nr. 55

Herausgeber:

DBH – Fachverband für Soziale Arbeit,  
Strafrecht und Kriminalpolitik e. V.  
Aachener Str. 1064  
50858 Köln

☎: 0221 / 94 86 51 20

✉: 0221 / 94 86 51 21

Internet: [www.dbh-online.de](http://www.dbh-online.de)

E-Mail: [kontakt@dbh-online.de](mailto:kontakt@dbh-online.de)

Redaktion:

Wolfgang Wittmann

Peter Reckling

Köln, Februar 2007

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbiographie, detaillierte bibliographische Angaben sind im In-  
ternet abrufbar unter: <http://dnb.ddb.de>

ISBN: 978-3-924570-13-2

© 2007

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Books on Demand GmbH, Norderstedt

Printed in Germany

## **Gut, dass endlich etwas passiert. Strafe und Bewährung für Suchtkranke Straftäter. Genutzte und verpasste Chancen in der Zusammenarbeit von Justiz und Suchtkrankenhilfe**

**Martin Reker**

**Einleitung:** Es ist nicht zwingend nötig, wissenschaftliche Journale zu lesen, um zu wissen, dass Rauschmittelkonsum und Straftaten in enger Verbindung zueinander stehen. Der alltägliche Blick in die Zeitung richtet schnell die Aufmerksamkeit auf Tankstellenräuber, die ihre Beute direkt in Drogen umsetzen, schwere Verkehrsunfälle angetrunkenen Fahrer oder häusliche Gewalt, bei denen ebenfalls oft Alkohol alle Hemmschwellen sinken ließ. Wer diesen Eindruck wissenschaftlich fundiert bestätigt haben muss, kann das leicht im umfangreichen Zahlenmaterial des zweiten Periodischen Sicherheitsberichtes der Bundesregierung (2. PSB) wieder finden, der im November 2006 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde ([www.bka.de](http://www.bka.de)). So wundert es dann auch nicht, dass an anderer Stelle neueste Untersuchungen aus dem geschlossenen Vollzug belegen, dass etwa 70 % der Inhaftierten behandlungsbedürftig suchtkrank sind (v. Schönfeld et al. 2006). Obgleich der Gesetzgeber eine Reihe von Regelungen vorsieht, den Suchthintergrund bei Straftätern in Urteilsbildung und Strafvollzug einzubeziehen, so beschränkt sich doch die Zusammenarbeit zwischen Justiz und Suchtkrankenhilfe weitgehend – nicht ausschließlich – auf die Forensik. Im Strafvollzug selbst kommen die begrenzten Hilfeangebote nur einer kleinen Minderheit zugute. Der weit größere Teil der suchtkranken Straftäter hat über das Strafverfahren und den Strafvollzug wenig oder überhaupt keinen Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen, die ihrer Situation angemessen sind. Im vorliegenden Beitrag sollen kurz die Interventionen genannt sein, die suchtkranken Straftätern aktuell angeboten werden, um in einem zweiten Schritt ausgehend von zeitgemäßen Hilfskonzepten der Suchtkrankenbehandlung Konzepte für diejenigen suchtkranken Straftäter vorzustellen, die bislang von derartigen Angeboten nicht erreicht werden (konnten).

### **Rauschmittelkonsum, Sucht und kriminelles Verhalten – Zahlen und Fakten**

In der im 2. PSB dokumentierten Kriminalitätsstatistik ist in einem sehr anschaulichen Schaubild der Alkoholeinfluss ausgewählter Delikte zur Tatzeit bei männlichen und weiblichen Tatverdächtigen im Jahre 2005 dokumentiert. Konzentriert man sich zunächst auf die Männer, wurde Alkoholeinfluss bei 63,3 % aller Widerstandstaten gegen die Staatsgewalt, bei 38,1 % aller Totschlagsdelikte, bei 37,2 % aller sexuellen Missbrauchsdelikte gegenüber Widerstandsunfähigen, bei 33,2 % aller gefährlichen und schweren Körperverletzungsdelikte sowie bei 26,8 % der Sachbeschädigungen festgestellt (s. dazu auch Pillmann et al. 2000). Bei Frauen lagen die Raten um 25 bis 70 % niedriger, waren aber immer noch bedeutsam. Der Zusammenhang schwerer Straftaten mit illegalem Drogenkonsum ist deutlich schlechter dokumentiert, weil Drogenkonsum bei gerade verhafteten Tatverdächtigen weniger regelmäßig kontrolliert wird, was als großer Mangel beklagt wird. Der 2. PSB liefert denn hier auch selbstkritisch ein schiefes Bild, wenn z. B. nur 56,2 % aller aufgeklärten Diebstähle von Rezeptformularen zur Erlangung von Betäubungsmitteln statistisch Drogenabhängigen zugeschrieben werden (2. PSB, S. 301, Tabelle 3.5-3). Eine deutlichere Sprache spricht hier die Strafgefangenenstatistik NRW, in der unabhängig von den 47,5 % an Eigentumsdelikten allein 16,6. % wegen BtM-Delikten inhaftiert sind. In der Bielefelder Untersuchung zur Prävalenz

psychischer Störungen im Strafvollzug (v. Schönfeld 2006) waren allein 60,3 % aller inhaftierten Frauen opiatabhängig, bei den Männern immerhin 44,6 %. Dass der Strafvollzug vor weiterem Drogenkonsum nicht schützt, ist ein offenes Geheimnis, in Deutschland aber bislang nicht statistisch erfasst. Eine Untersuchung aus Wales, veröffentlicht 2006, mag hier Anhaltspunkte liefern (Strang et al. 2006): Von all den Inhaftierten, die in den letzten vier Wochen vor der Haft Opiate konsumiert hatten, setzen 70 % den Heroinkonsum im geschlossenen Strafvollzug fort – selbst vor weiterem Drogenkonsum kann der Strafvollzug also drogenabhängige Straftäter nicht schützen.

### **Bestehende Interventionsmöglichkeiten gegenüber suchtkranken Straftätern nach aktueller Gesetzeslage**

Im Laufe eines Strafverfahrens sind an sehr unterschiedlichen Stellen Interventionen denkbar, um die für die Straftaten relevante Suchtproblematik zu berücksichtigen. So gibt es gegenüber erst auffälligen Drogenkonsumenten Interventionskonzepte, die schon greifen sollen, wenn die Betroffenen bei der Polizei erstmals auffällig werden (Görgen und Rometsch, 2004). In der Vorbereitung auf eine anstehende Hauptverhandlung können suchtspezifische Therapien beantragt werden, die im weiteren Verlauf des Verfahrens, i.d.R. nach der Urteilsverkündung, über den § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“) für drogenabhängige Straftäter zu einer Strafaussetzung führen kann. Die Hauptverhandlung kann auch zu dem Ergebnis kommen, dass die Strafe unter Auflagen zur Bewährung ausgesetzt wird. Diese Auflagen können dann u.a. Therapieauflagen und Suchtmittelkontrollen zum Gegenstand haben. Steht eine ausreichend schwere Straftat in eindeutigen Zusammenhang mit einem Hang zum Suchtmittelkonsum, kommt es bei Wiederholungsgefahr zur forensischen Unterbringung nach § 64 StGB in einer „Entziehungsanstalt“. Werden suchtkranke Straftäter gutachterlich als erheblich vermindert schuldfähig oder gar als schuldunfähig eingestuft, ist insbesondere bei psychiatrischer Komorbidität im Einzelfall auch eine Unterbringung nach § 63 StGB möglich (Wilms 2005). Kommt es zu einer Haftstrafe, werden neben der fortbestehenden Möglichkeit der Anwendung des § 35 BtMG auch in Haft suchtspezifische Hilfen angeboten. Vom offenen Strafvollzug aus können sogar Suchtberatungsstellen außerhalb der JVA aufgesucht werden. Inhaftierte aus dem geschlossenen Vollzug müssen darauf hoffen, dass eine der wenigen Sozialarbeiterinnen bzw. Suchtberaterinnen, die im Vollzug tätig sind oder von außen in den Vollzug kommen, Zeit für gemeinsame therapeutische Arbeit finden. In einzelnen Haftanstalten sind inzwischen sogar eigene Bereiche für drogenabhängige Straftäter eingerichtet worden, um dieser Problematik besondere Beachtung zu schenken. Gemessen an der Dimension des Gesamtproblems ist dies sicher immer noch nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Sozialtherapeutische Einrichtungen im Strafvollzug engagieren sich für suchtkranke Straftäter überraschend wenig.

### **Unversorgte Gruppen suchtkranker Straftäter:**

#### **Verpasste Chancen oder Rationierungskonzept für schuldbehaffete Randgruppen**

Die Auflistung an vorgehaltenen Möglichkeiten verdeutlicht, dass der Zusammenhang zwischen Straftaten und Suchtmittelkonsum auch der Justiz nicht unbekannt ist. Der Vergleich vorgehaltener Interventionsmöglichkeiten auf der einen Seite mit dem immensen Bedarf auf der anderen Seite wirft jedoch die Frage

auf, warum insgesamt doch wenig in diesem Bereich angeboten wird. Begrenzte finanzielle Ressourcen mögen einer der wesentlichen Gründe sein.

In der Bewährungshilfe bedeutet das konkret, dass ein Bewährungshelfer bis zu 150 Straftäter zu betreuen hat. Für seine Klienten soll der Bewährungshelfer im psychosozialen Bereich unterstützend tätig sein und gleichzeitig überprüfen, ob die im Urteil festgelegten Bewährungsauflagen tatsächlich eingehalten werden. Die Bewährungsauflagen beinhalten meistens psychosoziale Unterstützungsleistungen oder tagesstrukturierende Maßnahmen wie Sozialstunden, die ihrerseits schon zu einer Stabilisierung des Klienten führen würden. Oft bleiben diese Auflagen jedoch in der Unverbindlichkeit des Systems stecken. Die Gründe dafür sind vielfältig. Häufig sind die von den Richtern formulierten Auflagen unkonkret oder praktisch gar nicht umsetzbar, weil z. B. Maßnahmen wie ambulante Psychotherapie für Drogenkonsumenten kaum vorgehalten werden und langzeitsubstituierte Opiatabhängige abstinenzorientierte Therapien nicht schaffen. Zudem mangelt es gerade Suchtmittelkonsumenten oft an eigener Verbindlichkeit. Das Nichteinhalten von Terminen wird aber von der Justiz fast gar nicht sanktioniert. Wer beim Bewährungshelfer nur jeden dritten Termin wahrnimmt oder Sozialstunden wegen Unpässlichkeiten jeweils nach 5 Tagen abbricht oder zu spät erscheint und vorzeitig geht, muss kaum mit Konsequenzen rechnen – und wenn, dann doch erst nach Monaten. Die Bewährungshelfer selbst haben auch nur wenige Instrumente zum Intervenieren; sie sind auf die jeweilige Rücksprache mit dem zuständigen Richter angewiesen. Die wiederum gehen mit dem Thema auf dem Hintergrund richterlicher Unabhängigkeit sehr unterschiedlich um. Einige agieren sehr engagiert und flexibel, andere rigide, die meisten aber mit erheblicher Latenz. In der Summe sind die Reaktionen unverbindlich und unberechenbar. Für Suchtklienten ist das keine Hilfe.

Im Strafvollzug gibt es auf einen Sozialarbeiter mehrere hundert Inhaftierte. Der Bericht des Justizministeriums in NRW zum Thema Gewalt im geschlossenen Strafvollzug (Wirth 2006) hat nach dem Foltermord in der JVA Siegburg die bedrückende Personalsituation im Strafvollzug noch einmal verdeutlicht. Trotzdem sind Bemühungen, das Thema Drogenabhängigkeit im Strafvollzug aufzugreifen zu wollen, unverkennbar. In NRW sind in jüngster Zeit in Rheinhausen, Bielefeld (offener Vollzug für Männer) und Willich („Zara“ speziell für Frauen) eigene Abteilungen für den Behandlungsvollzug von abstinenzmotivierten Drogenabhängigen geschaffen worden mit einem klaren Bekenntnis dazu, das trotz schwieriger Finanzlage weiter fortzusetzen. Letztlich greift das gegenwärtig breit akzeptierte Modell des „Förderns und Forderns“ auch im Vollzug mit dem Ergebnis, dass suchtspezifische Hilfe letztlich nur noch für diejenigen vorgehalten werden, die sich adäquat verhalten und eine gute Prognose haben. Letztlich gelten sehr einfache pädagogische Prinzipien: Anpassungsleistungen der Inhaftierten an die Haftregeln eröffnen die Chance, von den rationierten Hilfemaßnahmen zu profitieren. Alle verhaltensschwierigeren Inhaftierten bleiben ausgeschlossen und werden so gut wie irgend möglich durch begrenzende und kontrollierende Maßnahmen unter Kontrolle gehalten. Motivation zur Veränderung ist also Voraussetzung für (suchtspezifische) Hilfe. Unmotivierte Häftlinge verbringen in vielen Fällen 23 Stunden am Tag auf ihrer Zelle. In der Öffentlichkeit wird darin in der Regel kein Problem gesehen: Wer sich als Straftäter schuldig gemacht hat, kann nicht erwarten, dass man ihm/ihr in der Haft mit Hilfeangeboten hinterherläuft.

Aus externer Sicht eines Suchtmediziners – und vermutlich nicht nur aus dessen Sicht – werden hier Chancen gerade im Umgang mit schwierigen Inhaftierten

unzureichend genutzt. Suchtkranke im Strafvollzug sind wegen ihrer hohen Belastung mit Persönlichkeitsstörungen und Traumatisierungen ein besonders herausforderndes Klientel, das außerhalb strukturierender institutioneller Rahmenbedingungen kaum in eine veränderungsorientierte Behandlung einzubinden ist. Menschen mit Suchtproblemen und emotional instabiler, narzisstischer oder antisozialer Persönlichkeitsstörung (sog. Cluster B Störungen nach DSM IV, s. Fiedler 2001), die in der JVA nachweislich die Mehrheit bilden (v. Schönfeld et al. 2006) halten stationäre Behandlungen auf freiwilliger Behandlung meist nicht durch und sind zur regelmäßigen Einhaltung ambulanter Termine oft nicht in der Lage oder befinden sich dabei unter Rauschmitteleinfluss. Im geschlossenen Vollzug, wo diese Form von Verbindlichkeit kein Probleme wäre und wo die Patienten abstinent und damit klar im Kopf sein sollten, können therapeutische Interventionen mangels ausreichender Ressourcen nur unzureichend stattfinden.

### **Strukturelle Hindernisse einer besseren Zusammenarbeit von Justiz und Sucht- krankenhilfe in Deutschland**

Die Darstellung zeigt, dass schon die Zusammenarbeit innerhalb der Justiz nicht ohne Probleme verläuft. Da auch die Zusammenarbeit innerhalb der Suchtkrankenhilfe kompliziert ist, wundert es kaum, dass eine systematische Zusammenarbeit zwischen Justiz und Suchtkrankenhilfe außerhalb der Forensik bisher kaum erkennbar ist.

Die Suchtkrankenhilfe leitet sich aus sehr unterschiedlichen Traditionen ab, die die Justiz kennen muss, um mit Professionellen aus der Suchtarbeit kooperieren zu können.

Die sog. „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ für Alkoholiker hat ihre Wurzeln im späten 19. Jahrhundert, als sich die noch heute aktiven christlich geprägten Selbsthilfegruppen gründeten (Blaukreuz, Kreuzbund, Guttempler, Anonyme Alkoholiker). Das von ihnen wesentlich mitgeprägte Abstinenzparadigma hat die Suchtkrankenbehandlung insbesondere in Suchtberatungsstellen und Entwöhnungskliniken bis weit in unsere Zeit hinein geprägt. Die christliche Tradition hat dazu beigetragen, dass der übermäßige Suchtmittelkonsum stark schuldbesetzt geblieben ist und Schuld- und Schamgefühle in der Therapie von Suchtpatienten auch deshalb immer einen hohen Stellenwert behalten haben. Im traditionellen Hilfesystem überwiegen sog. „Kommstrukturen“, d.h., dass Suchtkranke Vorleistungen erbringen müssen, um Unterstützung zu bekommen.

Die Drogenberatungsstellen leiten sich aus einer anderen Tradition ab. Sie sind in den 70er Jahren entstanden und waren damals meist der Jugendhilfe angegliedert. Als Kind ihrer Zeit sind sie stark antiautoritär geprägt mit einer tiefen Skepsis potentiell totalitären Institutionen gegenüber, wie z. B. Polizei, Strafvollzug oder Psychiatrie. Der beschriebene Gegensatz zwischen Suchtkrankenhilfe im legalen und illegalen Bereich schwächt sich zunehmend ab, im Alltag sind die dargestellten Tendenzen aber häufig noch erkennbar.

Ärzte haben das Thema Sucht bis weit in das 20. Jahrhundert hinein auch nur als psychosoziales Problem betrachtet. Erst 1968 ist Sucht in Deutschland sozialrechtlich als Krankheit anerkannt worden. Erst seit den 70er und 80er Jahren sind in Deutschland Suchtstationen flächendeckend ein integrierter Bestandteil psychiatrischer Versorgungskliniken. In anderen Staaten, z. B. in den Niederlanden oder im angloamerikanischen Raum, sind Psychiatrie und Suchtmedizin strukturell immer noch weitgehend getrennt. Mit der Psychiatriereform in Deutschland erfasste der Anspruch, Behandlungsangebote für alle, insbesondere auch für chronische

Patienten machen zu wollen, auch die suchtmmedizinisch interessierten Psychiater. Suchtpatienten in der Wohnungslosenhilfe, der Jugendhilfe oder in der Allgemeinmedizin wurden als „vergessene Mehrheit“ entdeckt. Eigentümlicherweise gerieten die vergessenen Patienten im Strafvollzug dabei noch wenig in den Blick. Insbesondere seit sich in den 90er Jahren auch Psychiatrische Universitätsklinken des Themas Sucht angenommen haben, hat eine ausgeprägte Medizinisierung der Suchtbehandlung stattgefunden. Damit wurde der Blick stärker auf psychische Begleitstörungen der Suchtpatienten gerichtet, aber auch auf hirneurobiologische Mechanismen, die für die Suchtentwicklung von Bedeutung sind und die sich in der Entwicklung medikamentöser Interventionsoptionen niederschlagen haben. Diese stärker wissenschaftliche Betrachtung des Phänomens Sucht hat es ermöglicht, das Thema Suchtbehandlung zu entmystifizieren und zu versachlichen. Umgekehrt drohten phasenweise wichtige psychosoziale Fragen an den Rand zu geraten. Inzwischen ist auch aus wissenschaftlicher Sicht belegt, dass psychosoziale Aspekte zentral für die Behandlung sind, um als verstärkende Motivatoren für die Therapie wirksam werden zu können. Fragen der Motivation stehen in der modernen Suchttherapie, so etwa beim „Motivational Interviewing“ oder beim „Community Reinforcement Approach“, ganz im Mittelpunkt des Behandlungskonzeptes.

Für die Zusammenarbeit mit der Justiz seitens der Suchtkrankenhilfe ergeben sich daraus sehr unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen. Viele Beratungsstellen mit Kommstrukturen erwarten, dass „man“ – sei es die Justiz insgesamt oder der einzelne suchtkranke Straftäter – eigenmotiviert zu ihnen kommt. Wer hingegen keine Eigenmotivation zeigt, bleibt von Hilfen bis auf weiteres ausgeschlossen. Drogenberatungsstellen arbeiten im Gegensatz dazu häufig „niedrigschwellig“, d. h. sie machen voraussetzungslose Kontaktangebote ohne Abstinenzorientierung. Aufsuchende Beratungsgespräche im Strafvollzug gehören deswegen grundsätzlich auch zum Standardangebot von Drogenberatungsstellen. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Strafverfolgungsbehörden liegen eher darin, dass Drogenberatungsstellen ihre Arbeit traditionell als ausgesprochen parteilich begreifen. Im Kontext der antiautoritären Tradition haben sie besondere Vorbehalte dagegen, von den eigenen Klienten möglicherweise als verlängerter Arm der Justiz wahrgenommen werden zu können.

Psychiatrische Kliniken haben über die Unterbringungsgesetze der Länder (z. B. das Psych KG in NRW) einen ordnungsrechtlichen Auftrag. Über das Thema Zwangsbehandlung sind sie in der Zusammenarbeit mit Justiz und anderen Ordnungsbehörden pragmatisch erfahren. Die Erarbeitung einer Veränderungs- bzw. Behandlungsmotivation steht strukturell im Mittelpunkt klinisch psychiatrischen Arbeitens. Es gibt eine breite Erfahrung auch im Umgang mit schwierigen Menschen. Insbesondere in sozialpsychiatrisch geprägten Kliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen ist interdisziplinäres Arbeiten fest implementiert.

Problematisch war über viele Jahre hinweg die Arbeit mit gewaltbereiten Patienten mit Persönlichkeitsstörung (Klein, 2000). Ähnlich wie in der Jugendhilfe bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie führten Gewalttätigkeiten im Kontext der Behandlung oft zum mehr oder weniger dauerhaften Behandlungsausschluss. Gewalt wird nicht als Symptom, sondern als Beleg für Kriminalität und Dissozialität gewertet. Zudem gelten dissoziale Persönlichkeitsstörungen mit oder ohne Suchtprobleme als therapieresistent. Da diese Patienten zudem undankbar und arbeitsintensiv sind, gibt es ausreichend Gründe, sich diese Klientel „vom Hals zu halten“. Seitdem auch ökonomische Denkmuster zunehmend in die psychiatri-

sche Versorgungslandschaft Einzug halten, ist eine Bereitschaft, sich mit suchtkranken Straftätern zu beschäftigen, nicht unbedingt gestiegen.

Die Justiz ihrerseits ist naturgemäß sehr an der Einhaltung von Regeln und Strukturen interessiert. Der hohe Reglementierungsbedarf macht kurzfristige Sachentscheidungen und formloses interdisziplinäres Arbeiten über Fachgrenzen hinaus nicht leichter. Die deutsche Justiz ist traditionell konservativ und tut sich mit Innovationen ohnehin schwer. Die Denkmuster der Rechtswissenschaft, der Sozialwissenschaften und naturwissenschaftlich geprägter Psychiatrie sind nicht gut kompatibel. Kommunikation über die Wissenschaftsgrenzen hinweg erfordern Bemühen von allen Seiten. Behördenstrukturen einerseits mit strengen Hierarchien einerseits und die Unabhängigkeit des Richters andererseits machen es regional zum Teil sehr schwer, strukturelle Absprachen in der Zusammenarbeit zwischen Justiz und Suchtkrankenhilfe zu treffen. Schließlich führt die schwierige finanzielle Situation der meisten Bundesländer dazu, dass Angestellte im Justizapparat stetig auf ihren Personalmangel verweisen. In der angespannten Personalsituation könne man sich auf nichts Neues einlassen, was irgendwie Zeit kosten könnte: und dazu gehörten u.a. Kooperationsgespräche und Absprachen.

Trägt man all diese Kooperationshemmnisse zusammen, erstickt jeder neue Anlauf, doch Bewegung in diese letztlich unumgängliche Kooperation zwischen Justiz und Suchtkrankenhilfe zubringen, scheinbar im Keim. Aber es gibt auch positive Anknüpfungspunkte.

### **Potentielle Interventionsoptionen gegenüber suchtkranken Straftätern von der Anzeige bis zur Haftentlassung auf Bewährung oder mit Führungsaufsicht**

Möchte man suchtkranke Straftäter zu einer Veränderung ihres Verhaltens motivieren, so gelingt das nur dann, wenn die betreffenden Personen sich davon einen Profit versprechen können. In der Regel wird das die Haftverschonung oder Haftaussetzung sein. Insofern sind all die Situationen im Verfahren besonders geeignet, an denen über die Inhaftierung an sich oder die Dauer der Inhaftierung entschieden werden soll.

Die Situation, die letztlich schon jetzt am einfachsten Chancen zu einer guten interdisziplinären Kooperation am Straftäter ermöglicht, ist die Hauptverhandlung selbst. Spürbar wird das vor allem, wenn über eine psychiatrische Begutachtung zur Frage der Schuldfähigkeit oder zur Frage der Unterbringung nach § 64 StGB ein suchterfahrener psychiatrischer Sachverständiger in der Hauptverhandlung beteiligt ist und der Bewährungshelfer geladen ist, um über die bestehende Situation Bericht zu erstatten. Wenn dann noch der Angeklagte seinen gesetzlichen Betreuer oder einen ihn im Rahmen von Eingliederungshilfe unterstützenden Sozialarbeiter mitgebracht hat, lässt sich schnell ein vollständiges Bild vom Angeklagten entwickeln. Wenn der Tatbestand geklärt ist und suchtspezifische Aspekte in die Rechtsfolgen eingehen sollen, lässt sich in dem geschilderten Kreis meist schnell Einigkeit herstellen, was dem Angeklagten auferlegt werden muss, um ihm/ihr einen „Schubs“ in die richtige Richtung zu geben. Leider entstehen solche Situationen nur unregelmäßig. Häufig sitzen Richter, Anwälte und Staatsanwälte alleine da mit dem Angeklagten und müssen sich beraten, welche Strafen und Auflagen für den suchtkranken Straftäter angemessen sind. Häufig wird in diesen Situationen eine wichtige Chance vergeben, suchtkranke Angeklagte auf den richtigen Weg zu bringen. Schließlich schadet man dem Angeklagten - und damit der Gesellschaft, die man vor weiteren Straftaten des Angeklagten schützen



will – sowohl, wenn man den Angeklagten überfordert, als auch, wenn man ihn/sie unterfordert.

In Bielefeld wurde für diese Situation eine Handreichung für Juristen entwickelt, die neben wichtigen allgemeinverständlichen suchtmmedizinischen Basisinformationen einen Überblick über das regionale Suchthilfesystem vermittelt (Reker 2006). Dabei werden ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsstellen vorgestellt und Kontaktanschriften genannt. Die Broschüre bemüht sich darum, dem Juristen zu verdeutlichen, dass verschiedene Angeklagte mit unterschiedlichen Konsummustern und seelischen Begleitstörungen sehr unterschiedliche Behandlungsaufgaben benötigen. Alkoholranke Straftäter unterscheiden sich von drogenabhängigen Straftätern, erstaußällige Konsumenten von chronifizierten depressiven Abhängigen, in Deutschland sozialisierte reagieren wiederum anders als russlanddeutsche Klienten und ein Wohnungsloser, der Schnaps klaut, ist anders zu behandeln als ein junger drogenabhängiger Tankstellenräuber. Diese sicher noch sehr entwicklungsbedürftige Handreichung ist vom Autor kostenfrei zu beziehen. Bei Rechtsanwälten und Bewährungshelfern war das Interesse im ersten Anlauf besser als bei Richtern und Staatsanwälten.

Letztlich müsste es gelingen, suchtmmedizinisches Fachwissen in die Hauptverhandlung einzubringen, ohne deswegen extra Unkosten zu verursachen. In Bielefeld wird gegenwärtig versucht, über die Psychiatrische Institutsambulanz eine Art Clearing Stelle einzurichten, an die sich suchtkranke Straftäter vor der Hauptverhandlung wenden können. Dort sollen suchtspezifische Behandlungsmöglichkeiten und Suchtmittelkontrollen vorbereitet und schriftlich niedergelegt werden, um im Hauptverfahren vor Gericht ggf. als Auflagen in das Urteil eingehen zu können. Wenn diese Auflagen dann tatsächlich ausgesprochen werden, wird es im weiteren Verlauf darauf ankommen, diese ja im Vorfeld mit den Angeklagten gemeinsam erarbeiteten Inhalte tatsächlich verbindlich zu verfolgen. Die Nichterfüllung der Auflagen muss sofort klare und kurzfristige Konsequenzen haben, wenn die verurteilten Straftäter die Auflagen ernst nehmen sollen. Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Professionellen muss dafür sicher noch erheblich verbessert werden.

In den Justizvollzugsanstalten bieten gerade die offenen Vollzüge gute Möglichkeiten, suchtkranken Straftätern den Alltag über sinnstiftende Beschäftigung vorzustrukturieren, um sie - ggf. unterstützt durch eine ambulante Suchtberatung innerhalb oder außerhalb der JVA – auf einen abstinenten Lebensalltag nach der Haftentlassung vorzubereiten. Für abstinenzunfähige Drogenpatienten ist eine begleitende Methadonsubstitution oft ein wichtiger stabilisierender Faktor. Wichtig sind regelmäßige ggf. unangekündigte Urindrogenscreenings unter Sicht, um das Ziel der Konsumkontrolle in Erinnerung zu bewahren.

Im geschlossenen Vollzug scheint - unabhängig von vielen sinnstiftenden Maßnahmen im Verlauf der Vollstreckung – vor allem die Entlassungsplanung. Grundsätzlich gibt es entsprechende Angebote schon jetzt. Trotzdem ist es bedrückend, dass viele suchtkranke Straftäter nach langen Abstinenzzeiten im Vollzug meist wenige Stunden oder Tage nach Haftentlassung mit ihrem Rauschmittelkonsum schon wieder dort angekommen sind, wo sie vor der Inhaftierung aufgehört hatten. Entlassungsplanung müsste bedeuten, dass für jeden Haftentlassenen Wohnen, Tagesstrukturierung, Finanzen, soziale Unterstützung und suchththerapeutische Hilfen so vorbereitet sind, dass unmittelbar vor der Entlassungspforte das andere Leben Übergangslos beginnen kann. Schon jetzt gibt es in vielen JVAen Ansätze in diese Richtung. Das sog. „Bremer Modell“ sieht entsprechende

Entlassungsplanungen in Abstimmung mit externen Hilfeanbietern als Kooperationspartner regelhaft vor. Vor dem Bremer Strafvollzug soll ein Zentrum eingerichtet werden, wo alle rehabilitativen Fragen von der Arbeits- und Wohnungsbeschaffung über Tagesstruktur und Suchtberatung zentral für Haftentlassene vorgehalten werden sollen. Ob das in der bestehenden gesellschaftlichen Situation alles illusionär ist, wie viele Haftentlassene diese Unterstützung überhaupt wollen und wo die begrenzten Ressourcen Grenzen setzen, muss der Alltag zeigen. Zumindest wenn die Klienten noch eine Bewährungsstrafe offen haben oder wenn eine Führungsaufsicht bestellt ist, sollte die Chance offensiv genutzt werden, sich in das Leben suchtkranker Straftäter einzumischen, um einen Rückfall in Suchtmittelkonsum und Straffälligkeit hinauszuzögern oder sogar zu verhindern.

### **Gut, dass endlich etwas passiert – deutsche und internationale Modelle innovativer Interventionen gegenüber suchtkranken Straftätern in Kooperation von Justiz und Suchtkrankenhilfe**

Ist denn tatsächlich irgendwo erkennbar, dass etwas passiert? Von politischer Seite wird immer häufiger der Ruf laut, man müsse mehr zur Prävention von Straftaten, insbesondere Gewalttaten tun. Das mag manchmal Populismus sein, von konservativer Seite mag auch der Ruf nach „law and order“ das bestehende Freiheits- und Demokratieverständnis infrage stellen. Dennoch darf die Gelegenheit nicht versäumt werden, die politische Bereitschaft zur Veränderung mitzugestalten.

Eine bislang überraschend wenig rezipierte Änderung betrifft die Reform der Führungsaufsicht, die vom Bundeskabinett bereits in der ersten Jahreshälfte 2006 verabschiedet worden ist ([www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de)). Sie soll „eine straffere und effizientere Kontrolle der Lebensführung von Straftätern ermöglichen. Die Rückfallkriminalität soll dadurch besser bekämpft werden können.“ Gegenüber gewaltbereiten Tätern soll zum Opferschutz von vorneherein ein Kontaktverbot ausgesprochen werden können. Ausdrücklich erwähnt ist die Möglichkeit, einem Verurteilten den Konsum von Alkohol zu verbieten, wenn erwartet werden muss, dass der Betroffene unter Alkoholeinfluss erneut gefährlich werden kann. Dies könne mit angeordneten Atemalkoholkontrollen überwacht werden. Ein Entlassener könne auch angewiesen werden, in bestimmten Zeitabständen eine Behandlungsstelle aufzusuchen. Ggf. sei es Aufgabe des Therapeuten, die erforderliche Mitwirkungsbereitschaft der Betroffenen an der Therapie zu erlangen. Verstöße der Betroffenen gegen Weisungen, solle dies künftig mit einer Freiheitsstrafe von bis zu 3 Jahren geahndet werden können. Über Ausschreibung zu Aufenthaltsermittlung und Vorführungsbefehle solle ein ggf. abgerissener Kontakt zum Probanden ggf. zwangsweise wiederhergestellt werden können. Für Personen, die nach der Entlassung in eine krisenhafte Entwicklung geraten, solle die Möglichkeit einer stationären „Krisenintervention“ geschaffen werden. Eine Führungsaufsicht, die bisher auf maximal 5 Jahre begrenzt war, solle auf unbefristete Zeit verlängert werden können.

Einige dieser rechtlichen Möglichkeiten der Führungsaufsicht bestehen auch jetzt schon. Über die geschilderten Handlungsoptionen wird der Handlungsspielraum der Führungsaufsicht erheblich größer – wenn das (sucht-)therapeutische Hilfesystem mitspielt. Und das ist noch unklar. Das therapeutische Gegenüber der Führungsaufsicht sollen die Forensischen Ambulanzen sein, die es bisher aber nur in NRW gibt. Nur wenn diese forensischen Ambulanzen oder analoge Behandlungsstellen der Führungsaufsicht zuarbeiten, kann der Ansatz funktionieren. Noch fehlt

der Tisch, an dem sich Justiz und Suchtkrankenhilfe zusammensetzen, um diese Zukunft zu planen.

Es gibt aber auch eine Reihe von Modellen aus dem Ausland, die uns für Deutschland wichtige Anregungen bieten können. Die bedeutsamsten sind sicher die Drogengerichtshöfe aus den USA, die so etwas wie eine therapeutische Justiz schaffen wollten (Baudis, 2000; Nolan, 2003). Die „Drug Court Movement“ ist eine „Bewegung“, die 1989 von Richtern in Florida begründet wurde, die ihrerseits die gängige Strafjustiz als zunehmend inadäquat für drogenabhängige Straftäter erlebten ([www.courtinnovation.org](http://www.courtinnovation.org)). Deswegen wurden diesen drogenabhängigen Straftätern als Alternative zum Strafantritt Therapieprogramme mit Konsumkontrollen angeboten, die von Mitarbeitern des Gerichtes koordiniert wurden. Diese Therapieprogramme hatten neben psychotherapeutischen Anteilen auch Auflagen zu Arbeit und Ausbildung, zum Bewegungsraum in der Stadt und zu den Ausgangszeiten. Der Richter arbeitet mit Sozialarbeitern und Therapeuten im Team. Die Straftäter aus dem Drug Court Programm werden wöchentlich vor den Richter geladen, damit sie über die vergangene Woche Rechenschaft ablegen. Gute Leistungen werden sofort belohnt, Fehlhandlungen sofort bestraft, sei es mit Rückstufungen in der Frequenz der Urinkontrollen, mit elektronischen Fußfesseln oder tageweiser Arrestierung. Alle Interventionen werden im Gerichtssaal vor der Gesamtgruppe besprochen und verkündet und werden so zum Modell für alle. Die Richter und Richterinnen sind in hohem Maße persönlich engagiert und bringen ihre eigene Persönlichkeit stark zur Geltung. Als unverrückbare Werte stehen im Raum: hohe Verbindlichkeit, Transparenz und Konsequenz (Reker, 2006).

### **Leitlinien für eine neue Zusammenarbeit von Justiz und Suchtkrankenhilfe in Deutschland**

Nach all diesen komplexen Ausführungen – was kann die Konsequenz für Deutschland sein? Einige Grundannahmen sollen für die weitere Diskussion über den Umgang mit suchtkranken Straftätern festgehalten werden:

1. Der Umgang mit suchtkranken Straftätern erfordert eine enge Kooperation zwischen Justiz und Suchthilfesystem, die sich in einer Kommune strukturell verbindlich abbilden muss.
2. Suchtspezifische Maßnahmen zur Verhinderung von Rückfälligkeit in Rauschmittelkonsum und Straffälligkeit müssen zu einem Zeitpunkt vorbereitet und eingeleitet werden, wenn der Betroffene für solche Absprachen erreichbar ist, also rechtzeitig vor der Hauptverhandlung und vor der Haftentlassung.
3. Suchtkranke Straftäter sind außerhalb der Justizvollzugsanstalten Patienten wie andere auch und können deswegen vom regionalen Suchthilfesystem regulär und ohne extra Kostenaufwand versorgt werden. Das gilt in besonderem Maße für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie sie u.a. von Psychiatrischen Institutsambulanzen vorgehalten werden.
4. Behandlungsaufgaben im Rahmen von Bewährungsstrafen müssen sehr viel konsequenter als bisher nachgehalten werden. Richter, Bewährungshilfe und Suchthilfesystem sollten dabei enger und verbindlicher zusammenarbeiten.
5. Eine Stärkung der Führungsaufsicht wie vom Bundeskabinett beschlossen ist grundsätzlich zu befürworten, um bei rückfälligem Verhalten

suchtkranker Straftäter früher und konsequenter eingreifen zu können. Um eine solche Maßnahme tatsächlich nutzen zu können, müssen in der regionalen Zusammenarbeit zwischen Justiz und Suchthilfesystem noch erhebliche Vorarbeiten geleistet werden.

Die vorliegenden Ausführungen sollten verdeutlichen, dass eine Verbesserung der strafrechtlichen und therapeutischen Handlungsmöglichkeiten unbedingt erforderlich ist. Selbst wenn eigene Erfahrungen vor Ort manchen zunächst entmutigen mögen, so zeigen positive Beispiele in einzelnen Regionen und im Ausland doch, dass Veränderung möglich und lohnend ist.

Der Strafvollzug ist gegenwärtig in der politischen Diskussion, nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus inhaltlichen Gründen. Niemand, der in Bewährungshilfe, Gerichten oder im Strafvollzug selbst tätig ist und der sich über die Zustände beklagt, sollte die Gelegenheit versäumen, Koalitionspartner in kooperationsbereiten Hilfesystemen aus der Nachbarschaft anzusprechen, um Verbesserungen für suchtkranke Straftäter und die von ihnen Betroffenen vorzubereiten.

Der Umgang der Justiz mit suchtkranken Straftätern könnte auf diese Weise nicht nur sachgerechter, sondern vor allem auch erheblich effizienter werden. Letztlich würden davon alle profitieren: die suchtkranken Straftäter selbst vermeiden Haft und erhöhen für sich die Chance auf ein straffreies Leben in Freiheit, Bewährungshelfer erhalten Unterstützung aus dem Suchthilfesystem und können so erfolgreicher arbeiten, das Suchthilfesystem rekrutiert für sich neue Klienten und Patienten, die sich zumindest im GKV System selbst finanzieren, Richter und Staatsanwälte können das Gefühl zurückgewinnen, dass die von ihnen angeordneten Maßnahmen nicht nur dem Gesetzestext entsprechen, sondern auch noch sinnvoll sind und potentiellen Opfern der suchtkranken Straftäter bleibt manches Leid erspart. Im Management spricht man in solchen Situationen von einer „Win-Win-Konstellation“ - eine seltene Gelegenheit, die man nicht auslassen sollte.

### **Literaturverzeichnis:**

Baudis, R.: Argumente für eine neue Kooperation von Drogenhilfe und Justiz. Eine Einführung in das amerikanische Drogengericht. In: Bewährungshilfe 47 (2000), S. 436-448

2. Periodischer Sicherheitsbericht (2. PSB), [www.bka.de](http://www.bka.de)

Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen, Beltz PVU, 5. Aufl. Weinheim 2001

Görgen, W. und Rometsch, W: Bundesmodellprogramm „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten – FreD“. In: Suchttherapie 5 (2004), S. 76-79

Klein, M.: Antisoziales Verhalten, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus. In: Suchttherapie 1 (2000) 21-26

Netzwerk Soziale Strafrechtspflege Bielefeld, Rahmenkonzept, November 2005

Nolan, J.: Reinventing Justice. The American Drug Court Movement, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 2. Aufl. 2003

Pillmann, F., Ullrich, S., Draba, S., Sannemüller, U., Marneros, A.: Akute Alkoholwirkung und chronische Alkoholabhängigkeit als Determinanten von Gewaltdelinquenz. In: Nervenarzt 71 (2000), S. 715-721

Reker, M.: Strafverfahren gegen suchtkranke Straftäter: Eine Handreichung für Juristen, Bielefeld 2006

Reker, M.: Drug Courts – Modell für eine therapeutische Justiz in Deutschland? Vortrag auf der DGSP Jahrestagung in Potsdam 2006, Soziale Psychiatrie 2007 (im Druck)

von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., Driessen, M.: Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei Frauen und Männern im geschlossenen Strafvollzug. In: Nervenarzt 14.6.2005

Strang, J., Gossop, M., Heuston, J., Green, J., Whitley, Ch., Maden, A.: Persistence of drug use during imprisonment: relationship of drug type, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine and amphetamine in prison. In: Addiction 101 (2006), S. 1125-1132

Wilms, Y.: Drogenabhängigkeit und Kriminalität; Eine kritische Analyse des § 64 StGB mit kriminalwissenschaftlichen und verfassungsrechtlichen Aspekten; Lit Verlag Münster 2005

Wirth, W.: Gewalt unter Gefangenen. Kernbefunde einer empirischen Studie im Strafvollzug des Landes NRW, Düsseldorf 2006 ([www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de))