

Strafverfahren gegen suchtkranke Straftäter aus psychiatrischer Sicht

**Eine Handreichung für Juristen
mit Wegweiser durch das regionale Hilfesystem**

**von Dr. Martin Reker
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Abteilung Abhängigkeitserkrankungen
Remterweg 69/71
33617 Bielefeld**

I. Einleitung

In deutschen Haftanstalten gelten aktuell über 70 % aller Inhaftierten als suchtkrank. Etwa 8 % der Männer und über 30 % der Frauen sitzen unmittelbar wegen Delikten gegen das BtMG in Haft. Bei den Eigentumsdelikten hat die Beschaffungskriminalität einen herausragenden Stellenwert, bei Tötungs- und Körperverletzungsdelikten, aber auch bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und bei Verkehrsdelikten ist Alkoholkonsum von zentraler Bedeutung.

Der deutschen Rechtsprechung und dem deutschen Strafvollzug stehen grundsätzlich eine Reihe von Maßnahmen zur Verfügung, die Suchtmittelproblematik in Urteilsfindung und Strafvollstreckung sinnvoll einzubeziehen. Dazu gehören u.a. Maßnahmen i.R. von Bewährungsaufgaben, die Anordnung von Sozialstunden, Strafrückstellungen i.R. des § 35 BtMG oder die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB. Im juristischen Alltag erweist sich dieses Raster oft als zu grob. Zu unterschiedlich sind die individuellen persönlichen Voraussetzungen einerseits und die juristischen Sachverhalte und Sachzwänge andererseits. So werden durchaus eine bedeutende Anzahl von suchtkranken Straftätern spezifischen Maßnahmen zugewiesen. Ein großer Teil jedoch durchläuft Strafverfahren und Strafvollstreckung, ohne in dem individuellen Suchtproblem adäquat angesprochen zu sein. So gewannen von Schönfeld et al. (Nervenarzt 2005, im Druck) in ihrer Bielefelder Untersuchung den Eindruck, dass aus der Therapeutenperspektive bei über 50 % aller Inhaftierten mit psychischen Störungen, immerhin 83 % der Gesamtstichprobe, eine Entwöhnungsbehandlung indiziert gewesen wäre.

Nun kann man sich leicht auf die Position zurückziehen, dass nicht alle alles haben können. In der zu beschreibenden Situation geht es allerdings nicht primär darum, allen Inhaftierten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen – obwohl auch das ein diskussionswürdiger Anspruch ist. Entscheidender ist vielmehr, dass sinnvoll angeordnete und individuell zugeschnittene Maßnahmen für suchtkranke Straftäter den geschlossenen Strafvollzug erheblich entlasten könnten und kriminalpräventiv von entscheidender Bedeutung wären.

Schließlich ist belegt, dass Parameter wie Abstinenz, Anbindung an weiterführende Therapieangebote, Wohnung, Arbeit und stabile soziale Beziehungen zu den wichtigsten Prädiktoren gehören, um ein künftig straffreies Leben wahrscheinlich zu machen.

Bei eingeschränkten finanziellen Ressourcen gerade auf Länderebene muss sich ein Verbesserungsvorschlag wie der folgende u.a. auch daran messen lassen, ob er schon im Ansatz kostenneutral umgesetzt werden kann.

Das vorliegende Konzept geht von der These aus, dass das inzwischen hochdifferenzierte deutsche Suchthilfesystem von der Justiz nur unvollständig genutzt wird, weil es im juristischen Ausbildungsgang nicht gelehrt wird und eine „Clearingstelle“ zur Erarbeitung eines individuell spezifischen Maßnahmenkataloges für suchtkranke Straftäter im deutschen Strafverfahren nicht vorgesehen ist. Die zur Klärung der Schuldfähigkeit oder der Notwendigkeit einer forensischen Unterbringung herangezogenen psychiatrischen Sachverständigen beschränken sich meist auf die Beratung in umschriebenen juristischen Sachfragen (§§ 20, 21, 63, und 64 ff.) und tragen zur Behandlungsplanung für den suchtkranken Straftäter abseits einer möglichen forensischen Unterbringung i.d.R. wenig bei.

Wenn es gelänge, die regional zur Verfügung stehenden spezifischen und unspezifischen Hilfestellungen für Suchtkranke kompetent in das Verfahren einzubringen und ggf. den Strafvollzug selbst für derartige Fragen noch stärker zu flexibilisieren, könnte eine qualifizierte Ergänzung der direkten strafrechtlichen Folgen für suchtkranke Straftäter gelingen, die nicht nur den Tätern sondern auch den Opfern und dem Sicherheitsbedürfnis der Gesamtgesellschaft gerecht wird.

Im ersten Schritt soll es in der vorliegenden Handreichung ausschließlich darum gehen, den an Strafverfahren und Strafvollstreckung Beteiligten Grundlagen der Suchtkrankenbehandlung zu erläutern, das regionale Suchthilfesystem verstehbar zu machen und Vermittlung in individuell sinnvolle Maßnahmen zu erleichtern. In einem zweiten Schritt wird vorgeschlagen, eine Art „Clearingstelle“ einzurichten, über die im Vorfeld des Verfahrens sinnvolle Maßnahmen juristisch adäquat in den Prozess eingebracht werden können. Gleichzeitig müsste sich zwischen den verschiedenen Organen der Rechtspflege, insbesondere zwischen Richtern, Staatsanwaltschaft, Strafvollstreckungsbehörden und den Vertretern der angeklagten bzw. verurteilten Straftäter einerseits und den verschiedenen Anbietern suchtspezifischer Hilfen andererseits eine Vernetzung herstellen, die die Umsetzung sinnvoller Maßnahmen über die verschiedenen Zuständigkeitsbereiche deutlich erleichtert.

Sollte sich der Gesamtansatz als überzeugend erweisen, könnten über strukturelle Veränderungen Instrumente geschaffen werden, die Urteilsprechung und Planung von Maßnahmen an einem Ort zu einer Zeit zusammenbringen und unmittelbar umgesetzt werden könnten. Das Ergebnis könnte dem sog. „Drug Court“ ähnlich werden, der sich in den USA seit 1989 etabliert hat und zumindest dort viel Anerkennung gefunden hat (s. z.B. James L. Nolan, Reinventing Justice, The American Drug Court Movement, 2004).

II. Was ein Jurist über suchtspezifische Fragen wissen sollte

1. Wann ist Suchtmittelkonsum relevant für die Beurteilung eines suchtkranken Straftäters ?

Die Rechtsprechung hat – was leicht zur Verwirrung beitragen kann – in der Regel nicht die aktuelle suchtmittelmedizinische Terminologie übernommen. Begriffe wie „Hang“, Suchtmittelkonsum im „Übermaß“, „Vollrausch“, aber auch die Begriffe der §§ 20, 21 StGB, also „Krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder schwere andere seelische Abartigkeit“ sind in keinem modernen Psychiatriebuch zu finden. Auch Dimensionen wie „Schuldfähigkeit“ oder „Einsichtsfähigkeit“ sind im Rahmen psychiatrischer Behandlung unüblich.

Demgegenüber beteiligen sich Psychiatrie, Psychologie und die sog. Neurophilosophie an der Diskussion zur Frage der individuellen Verantwortlichkeit des Menschen für sein Handeln, sind aber nur ein Diskutant im Spektrum der Disziplinen, die hier gefragt sein wollen. Insbesondere zur grundsätzlichen Frage des sog. „freien Willens“ - insgesamt und insbesondere im Hinblick auf den suchtkranken Straftäter - soll angesichts der Komplexität der Frage und der äußerst kontrovers geführten Diskussion vorerst noch auf die Literatur verwiesen werden (z.B. Pauen, 2004).

Der Suchtmediziner unterscheidet zunächst zwischen den Kategorien riskanter Konsum, schädlicher Konsum und Abhängigkeit. Davon zu trennen sind die Zustände Intoxikation und des Entzuges.

Eine **Suchtmittelvergiftung** (Intoxikation) kann grundsätzlich jeden treffen, der mehr Suchtmittel konsumiert, als er verträgt. Diese Überdosierung führt zu einer Vergiftung, die abhängig vom Rauschmittel zu verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen führen kann. Ein **Entzug** tritt nur bei Personen auf, die sich bereits von einem Suchtmittel abhängig sind. Die Entzugssymptome verhalten sich i.d.R. genau konträr zu den ursprünglichen Wirkungen des Suchtmittels (z.B. Angst und Unruhe im Entzug bei ursprünglich beruhigender Wirkung des Rauschmittels selbst).

Riskanter Konsum liegt vor, wenn Menschen mehr von einem Rauschmittel einnehmen, als statistisch als gesundheitsverträglich angesehen wird. Bei Alkohol handelt es sich dabei um eine Tagesdosis von zwei alkoholischen Getränkeeinheiten täglich (z.B. 0,4 l Bier entsprechend 20 bis 30 g reinem Alkohol), die als gesundheitlich unbedenklich angesehen werden. Ein schädlicher Konsum oder **Suchtmittelabusus** liegt vor, wenn gesundheitliche, seelische oder soziale Schäden nachweisbar sind, die auf den Rauschmittelkonsum zurückgeführt werden müssen, ohne dass eine Abhängigkeit vorliegt. Eine **Abhängigkeit** liegt vor, wenn mindestens 3 der folgenden Kriterien erfüllt sind: Toleranzentwicklung (wachsende Dosierungen, um die gleiche Wirkung zu erreichen), Entzugssymptome nach Absetzen des Rauschmittels, Suchtdruck insbesondere auch außerhalb von Konsumphasen, reduzierte Kontrolle über den Rauschmittelkonsum, Rauschmittelkonsum trotz bekannter schädlicher Wirkungen und Vernachlässigung anderer wichtiger Lebensbereiche und Interessen zugunsten des Suchtmittels.

Aufklärungsbedürftig ist schon der riskante Konsum. Interventionsbedürftig insbesondere auch aus strafrechtlicher Perspektive ist nicht nur die Situation der Suchtmittelabhängigkeit, sondern auch der schädliche Konsum oder Abusus sowie die Intoxikation. Alle genannten Störungsbilder können Grundlage für straffälliges Verhalten sein und bedürfen insbesondere dann, wenn sie in inhaltlichem Zusammenhang mit Straftaten auftreten, entsprechender Maßnahmen.

2. Substanzbezogene Störungen, Begleit- und Folgeerkrankungen

Um angemessene Maßnahmen für suchtkranke Straftäter zu initiieren, müssen vorliegende Störungen sachgerecht systematisiert werden. Besonders sinnvoll erscheint eine Dreigliederung, die die substanzbezogenen Störungen selbst unterscheidet von psychischen Begleiterkrankungen und psychischen und körperlichen Folgeerkrankungen.

Zu den **substanzbezogenen Störungen** selbst gehören all die Beeinträchtigungen, die durch den Konsum der Substanz selbst hervorgerufen werden, also u.a. die schon unter II.1. beschriebenen Phänomene der Rauschmittelintoxikation und des Entzuges.

Zu den **psychischen** (sog. komorbiden) **Begleitstörungen** gehören insbesondere seelische Erkrankungen wie Psychosen, neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen, aber auch vorbestehende oder unabhängig vom Suchtmittelkonsum entstandene hirnorganische Schädigungen und Beeinträchtigungen. Sie werden in den §§ 20 und 21 StGB als krankhafte seelische Störungen, Schwachsinn und andere schwere seelische Abartigkeiten bezeichnet. Tiefgreifende Bewusstseinsstörungen im Rahmen zugespitzter Affekte haben hier einen Sonderstatus, der von der gängigen psychiatrischen Klassifikation nur unzureichend erfasst wird. Unabhängig von der Frage, ob die über die substanzbezogene Störung hinausgehende vorliegende psychische Begleiterkrankung – z.B. eine Borderline-Persönlichkeitsstörung – für die juristische Beurteilung im Rahmen der Strafraumenbestimmung maßgeblich ist, ist eine Miteinbeziehung dieses Aspektes in die Maßnahmenplanung für Suchtkranke Straftäter zentral. Die

zusätzlichen psychischen Begleitstörungen – wie die zugrunde liegende Persönlichkeit des Straftäters insgesamt - bestimmen in besonderer Weise Vorliegen und Beeinträchtigung der vorliegenden Ressourcen, auf die jede Maßnahmenplanung aufbauen muss.

Psychische und körperliche Folgeschäden sind bedeutsam, weil sie das Ausmaß an Eigenverantwortung, das ein suchtkranker Straftäter im Verfahren selbst, aber auch im Hinblick auf die soziale Reintegration für sich übernehmen kann, wesentlich bestimmen. Insbesondere Alkohol kann nach jahrelangem Konsum zu erheblichen Beeinträchtigungen von Gedächtnisfunktionen (sog. Korsakow Syndrom) führen. Vermehrte Beachtung finden inzwischen auch Störungen im Stirnhirnbereich (Frontalhirn), der für Handlungsplanung, Antizipation von Handlungsfolgen, aber auch für die affektive Ankopplung kognitiv abgespeicherter Erinnerungen und Erfahrungen zuständig ist. Schwere Lebererkrankungen können bei eingeschränkter Entgiftungsfunktion dieses Organes zu zwischenzeitlichen Verwirrheitszuständen führen. Die Kenntnis dieser möglichen Beeinträchtigungen ist wichtig, um die Eigenverantwortlichkeit von Straftätern richtig einschätzen zu können und um sie im Reintegrationsprozess nicht zu überfordern. Bei diesem Klientel müssen schützende und stützende gegenüber aufarbeitenden und psychotherapeutischen Maßnahmen im Vordergrund stehen. Generell haben sich therapeutische Verfahren mit dem Ziel der Verhaltensmodifikation gegenüber einsichtsorientierten Verfahren bei Suchtkranken als überlegen herausgestellt.

3. Spezifische und unspezifische Hilfemaßnahmen

Über Jahrzehnte hinweg hatte sich im Umgang mit Menschen mit Suchtmittelproblemen ein gewisser Fatalismus breit gemacht. Dieser drückte sich darin aus, dass man sich bis in die 80er Jahre hinein therapeutisch fast ausschließlich mit der Gruppe der gesichert abstinenzwilligen befasste und die anderen als zunächst unzugänglich betrachtete. Substanzbezogene Störungen galten als Krankheit des Willens, Charakterschwäche oder Ausdruck einer suchtspezifischen Persönlichkeit. In den vergangenen 20 Jahren hat die Gesellschaft und mit ihr Medizin und Wissenschaft sich der Gesamtgruppe der Suchtkranken stärker zugewandt. Die über lange Zeit hinweg sehr dogmatische Betrachtung des Suchtkranken ist einer stärkeren Gelassenheit und einem gewissen Pragmatismus gewichen. Diesem Haltungswechsel ist es wohl auch zu verdanken, dass Menschen mit Suchtmittelproblemen heute besser verstanden werden können, nicht nur in ihrer Person, sondern auch in dem bio-psycho-sozial zu beschreibenden Phänomen der Sucht an sich. Daraus ergeben sich neue, wissenschaftlich gut reflektierte Handlungsansätze, die nun auch vermehrt für den Umgang mit suchtkranken Straftätern nutzbar gemacht werden müssten.

Zunächst ist zu betonen, dass sich das Spektrum an **suchtspezifischen Maßnahmen** gegen die **Substanzbezogenen Störungen** selbst in den letzten Jahren erheblich erweitert hat. Nachdem über Jahrzehnte hinweg Abstand vom Suchtmittel und Fremdkontrolle die wichtigsten Therapieprinzipien waren, nehmen moderne, insbesondere verhaltenstherapeutische Ansätze die Betroffenen stärker in die Verantwortung. Sie werden mehr als früher den Risikosituationen ausgesetzt, müssen frühzeitig Risikosituationen bemerken und beantworten können. In Konfrontations- und Expositionsverfahren geht es darum zu lernen, die unmittelbare Verfügbarkeit eines vertrauten Rauschmittels auszuhalten und zu bewältigen, ohne rückfällig zu werden. In diesem die Verantwortung des einzelnen Suchtkranken stärker betonenden Therapiekonzept werden Patienten mehr als früher nicht mehr heimatfern „auf der grünen Wiese“, sondern am Alltag entlang ambulant oder tagesklinisch betreut und

behandelt. Eine unbefangene Zielplanung kann im Einzelfall auch Substitution mit Ersatzmitteln (z.B. Methadon statt Heroin) oder sogar kontrollierten Konsum bedeuten, wie er zuletzt vermehrt in Einrichtungen der stationären Wohnungslosenhilfe oder in Altenhilfeeinrichtungen für chronisch Suchtkranke vorgehalten wird. In der ambulanten Arbeit, insbesondere auch mit suchtkranken Straftätern, haben langjährig tabuisierte, grundsätzlich seit Jahrzehnten bekannte sog. aversive Substanzen wie Antabus eine Renaissance erfahren. Sie werden freiwillig unter Aufsicht eingenommen und lösen bei dem suchtkranken Patienten bei Alkoholkonsum kurzfristig einen massiven Brechreiz aus mit ausgeprägten vegetativen Begleitreaktionen wie Schweißausbrüchen, Durchfall, Herzrasen und Bluthochdruck. Das Wissen um diese negativen Begleiterscheinungen von Alkoholkonsum veranlasst die betroffenen Patienten, einem kurzfristigen Suchtdruck nicht nachzugeben, um diese Antabuswirkungen (sog. „flush“) zu vermeiden (Fuller & Gordis, 2004)

Das in den letzten Jahren gestiegene Verständnis um begleitende psychische Störungen bei Menschen mit Suchtmittelproblemen hat dazu geführt, dass integriert in qualifizierte Suchtbehandlungen störungsspezifische Therapiemaßnahmen angewendet werden können. Von besonderer Bedeutung ist dabei die begleitende Behandlung von Angststörungen, depressiven Störungen und Psychosen, aber auch von Folgen schwerere seelischer Traumatisierung, wie sie sowohl bei Suchtkranken als auch bei Straftätern, insbesondere aber bei (weiblichen) suchtkranken Straftätern sehr häufig ist. Die adäquate Behandlung dieser Störung erfordert eine psychiatrisch qualifizierte Diagnostik und eine kompetente pharmakologische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlung.

Von besonderer Bedeutung für die Behandlung suchtkranker Menschen, insbesondere suchtkranker Straftäter, ist die Einbeziehung unspezifischer Maßnahmen wie Arbeitsvermittlung, Wohnungssuche und soziale Unterstützung. Diese besondere Bedeutung leitet sich daraus ab, dass die Frage der Motivation zur Abstinenz bei der Suchtkrankenbehandlung eine besondere Bedeutung hat. Anders als Krankheit im Allgemeinen hat der Rauschmittelkonsum kurzfristig auch viele subjektiv angenehme und entlastende Seiten. Eine dauerhafte Abkehr vom Suchtmittelkonsum gelingt – wie durch moderne Forschung erhärtet wurde – nur dann, wenn über die Absicherung sozialer Dimensionen eine tragfähige Motivation zur Abstinenz auf Dauer gesichert werden kann. Anders als bei vielen körperlichen Erkrankungen ist deswegen der Wille und die Bereitschaft, abstinent leben zu wollen, ein zentrales Interventionsziel. Das Strafverfahren und die Strafvollstreckung können bei der Willensbildung zur Abstinenz eine große Rolle spielen, wenn sie Abstinenzbereitschaft konsequent unterstützen und belohnen, sei es im Sinne einer bloßen Anpassungsleistung oder aus innerlich gewachsener Überzeugung. Scheinbar suchtspezifische Maßnahmen wie die Vermittlung von Arbeit und anderer Tagesstruktur, die Unterstützung bei der Suche nach abstinenzförderndem Wohnraum, die Förderung familiärer Kontakte und eines abstinenten Umfeldes haben über die grundsätzliche Bedeutung für jeden Menschen hinaus für Suchtkranke im Besonderen einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert, der in jeder Maßnahmenplanung zentral berücksichtigt werden muss. Im Gegensatz zu früheren Annahmen können auch fremdmotiviert begonnene Therapiemaßnahmen mit beachtenswerten Erfolgen aufwarten.

4. Ressourcen und Defizite

Bei jeder Maßnahmenplanung, sei es bei der Entwicklung psychiatrischer Therapiekonzepte, sei es bei der Planung der Strafvollstreckung, müssen die individuellen Ressourcen jeder Person gefordert und gefördert werden, aber auch Defizite und Grenzen angemessen beachtet werden. Wenn in vorgegebenen Maßnahmen bestehende Ressourcen nicht abgerufen werden, verkümmern sie. Wenn Leistungen eingefordert werden, die einzelne Personen nicht schaffen können, provoziert dies Misserfolgsereignisse, die die Betroffenen demotivieren und den Rückfall in Problemverhalten forcieren. Bei der Maßnahmenplanung für suchtkranke Straftäter hat dies eine besondere Bedeutung, weil ein Blick in die Vorgeschichte häufig eine Chronik des Scheiterns ist. Insofern macht es wenig Sinn, begleitet von Appellen oder Drohungen das gleiche Scheitern zum wiederholten Male einzuleiten. Stattdessen müssen realistisch Grenzen des Möglichen klar beschrieben und bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden. Wer seit Jahren außerhalb von Institutionen nicht ohne Suchtstoffe leben konnte, wird das ohne drastische Veränderung seiner Lebensumstände auch in Zukunft nicht schaffen. Wer umgekehrt ein guter Arbeiter ist oder sozial kompetent und in Beziehungen verlässlich ist, muss Gelegenheit erhalten, diese Ressourcen in die weiteren Planungen einbringen zu dürfen. Sonst werden sie verlernt.

Der individuelle Spielraum zwischen Grenzen und Möglichkeiten muss individuell ausgelotet werden, eine anspruchsvolle Aufgabe, wenn dann auch noch Vollzugsmaßnahmen individuell angepasst werden sollen. Noch anspruchsvoller wird die Aufgabe, wenn es darum geht, individuelle Entwicklungspotentiale auszuloten, um Möglichkeiten zu nutzen, auch steigenden Ansprüchen an die Betroffenen gerecht zu werden. Eine wachstumsorientierte Maßnahmenplanung setzt ein forderndes wie respektvolles Verhältnis auch zum suchtkranken Straftäter voraus. In der Sinnstiftung der eingeforderten strafrechtlichen Maßnahmen spielen die Dimensionen Schuld und Verantwortung dann wieder eine große Rolle und können Motivation für Veränderung wesentlich mit tragen.

III. Über sinnvolle Rechtsfolgen im Umgang mit Suchtkranken Straftätern.

Im Hinblick auf die Maßnahmenplanung sind für Rechtsprechung und Strafvollstreckung mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

- In welchem Strafrechtsrahmen bewegt sich das Urteil ?
- Welche substanzbezogenen und allgemeinspsychiatrischen Störungen sowie sozialen Gegebenheiten sollten bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden ?
- Wo liegen auf dem Hintergrund der Vorgeschichte die Grenzen und Ressourcen des betreffenden suchtkranken Straftäters ?
- Können auf dem vorliegenden Hintergrund die Maßnahmen ambulant oder (teil-)stationär als Behandlungsaufgabe z.B. im Rahmen einer Bewährungsaufgabe oder i.R. des § 35 BtMG erbracht werden, ist eine forensische Unterbringung indiziert oder geht es um angemessene Maßnahmen im offenen oder geschlossenen Strafvollzug ?
- Welche der angezeigten Maßnahmen ist in der Region finanzierbar und verfügbar ?

Eine sinnvolle Strukturierung der Maßnahmenplanung muss die rechtlichen Vorgaben zum Maßstab nehmen. Insofern folgt der weitere Planungsweg der Vorgabe, ob eine Maßnahme außerhalb von Justizvollzugsanstalten als Auflage eingebracht werden kann, ob die Maßnahmen im Strafvollzug selbst umgesetzt werden sollen oder ob eine forensische Unterbringung angeordnet wird.

1. Auflagen außerhalb von Justizvollzugsanstalten

Wenn eine Strafe zur Bewährung ausgesetzt wird, können als Auflage für den suchtkranken Straftäter verschiedene Maßnahmen ins Urteil aufgenommen werden, die eine weitere straffreie Entwicklung des Verurteilten unterstützen sollten. Dazu gehören natürlich auch alle Maßnahmen zur Kontrolle des Suchtmittelkonsums. Da die Gestaltungsräume hier groß sind, ist es besonders wichtig, die individuelle Konstellation zu berücksichtigen und das jeweils stimmige Unterstützungskonzept in das Urteil aufzunehmen.

- Abstinenz:

Ein suchtkranker Straftäter in der Konsumphase ist nicht in der Lage, Behandlungsaufgaben konsequent zu folgen. Insofern gehört jeder Angeklagte, der sich noch in einer Konsumphase befindet, zunächst in ein Psychiatrisches Krankenhaus zur ambulanten, teilstationären oder vollstationären Entgiftung. Das Setting der Entgiftung bestimmen i.d.R. die behandelnden Ärzte. Bei Alkoholkranken reicht i.d.R. eine stationäre Behandlungszeit von 1 Woche, bei Medikamentenabhängigen werden meist 4 bis 6 Wochen benötigt., bei illegalem Drogenkonsum sind mindestens 2 bis 3 Wochen erforderlich.

- Behandlung der Suchterkrankung

Für die Behandlung der Suchterkrankung stehen außerhalb von Entziehungsanstalten mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, die sich zum einen hinsichtlich der Kostenträgerschaft, zum anderen hinsichtlich des Settings unterscheiden.

Krankenkassenfinanzierte Suchthilfen

Am leichtesten verfügbar sind i.d.R. die durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Maßnahmen (GKV-System). Der suchtkranke Straftäter kann sich mit seiner Chipkarte an den jeweiligen Anbieter wenden und wird i.d.R. kurzfristig in Behandlung aufgenommen. Zu den Anbietern gehören neben niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen die Psychiatrische Klinik einer Pflichtversorgungsregion (in Bielefeld das Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Bethel). Im ambulanten Bereich stellt für niedergelassene ÄrztInnen der Umgang mit Suchtkranken, insbesondere mit Suchtkranken Straftätern ein Randgebiet dar. Primäre ambulante ärztliche Anlaufstelle für Suchtkranke ist in Bielefeld die Psychiatrische Institutsambulanz am Bethel, Gadderbaumer Str. 33. Im Suchtbereich gibt es am Bethel jeden Werktag vom 9 bis 11 Uhr eine offene Sprechstunde für Menschen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen. In der Klinik Gilead IV selbst wird über die Drogensprechstunde von 9 bis 16 Uhr eine offene Sprechstunde für drogenabhängige Patienten bereitgehalten. Grundsätzlich steht über die Psychiatrische Institutsambulanz

das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten incl. psychosozialer Unterstützung zu Verfügung. Dazu gehören insbesondere ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Gespräche, ambulante Entzugsbehandlungen, medikamentöse Behandlungen (z.B. mit Anti-Craving Substanzen oder Aversiva), regelmäßige Kontrollen auf Suchtmittelkonsum, Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen und Angehörigengespräche. In unmittelbarer Nachbarschaft zur Suchtambulanz am Beteleck liegt die Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen. Dort werden Patienten im Rahmen des GKV-Systems werktags von 8 bis 16 Uhr behandelt. Die Behandlungsdauer ist individuell unterschiedlich und beträgt i.d.R. etwa 3 Wochen. Das Setting eignet sich in besonderer Weise für Patienten, die intensiv behandelt werden müssen, aber einen höheren eigenen Beitrag zur Behandlung leisten können und sollen, indem sie jeden Tag morgens pünktlich erscheinen und außerhalb der Therapiezeiten abstinent bleiben. In der Psychiatrischen Klinik selbst stehen 3 Stationen zur Verfügung, wo Patienten im geschützten Rahmen stationär psychiatrisch behandelt werden können. Bei allen Stationen handelt es sich um Akutstationen, die grundsätzlich sehr verschiedene psychiatrische Behandlungsaufträge übernehmen können, längere Aufenthalte aber mit dem Kostenträger abstimmen müssen.

Rentenkassen finanzierte Suchthilfeangebote

Die längste Tradition in der Suchtkrankenhilfe besteht im über die Rentenversicherer finanzierten Hilfesystem, also in den Fachkliniken zur Entwöhnung und in den wesentlich von öffentlichen Mitteln finanzierten Suchtberatungsstellen. Im legalen Bereich sind die nächsten Entwöhnungskliniken in Oerlinghausen (nur für Männer) und in Gütersloh, für Drogenabhängige stehen in der Region die Fachkliniken in Casum und Loxten bei Borgholzhausen bereit. Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige werden von der Caritas, dem Evangelischen Gemeindedienst und der Ambulanten Suchtkrankenhilfe Bethel bereit gehalten, in Einzelfällen auch vom Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Bielefeld. Für Patienten mit illegalem Drogenkonsum steht die Drogenberatungsstelle Bielefeld (DROBS) zur Verfügung. Stationäre Therapien in Entwöhnungskliniken müssen über die Suchtberatungsstellen beim Rentenversicherer beantragt werden und bedürfen eines gewissen zeitlichen Vorlaufes. Die Behandlungen sind ausgesprochen abstinentorientiert, fachlich anerkannt und hoch qualifiziert und haben im Alkoholbereich eine Dauer von durchschnittlich 16 Wochen, im Drogenbereich von 6 bis 9 Monaten. Stationäre Rehabilitationsbehandlungen in Fachkliniken haben wegen ihres geschützten Rahmens einen hohen Verbindlichkeitscharakter und sind gut kontrollierbar. Sie werden deswegen häufig im Rahmen der Strafrückstellung i. R. des § 35 BtMG ausgewählt. Inzwischen stehen auch ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten über die Beratungsstellen zur Verfügung, die oft in Verbindung mit stationären Reha-Leistungen als Kombi-Therapien durchgeführt werden. Die Nachsorge der erfolgreich rehabilitierten Patienten erfolgt i.d.R. wieder über die Beratungsstelle, über die die Maßnahme beantragt war und insbesondere im Alkoholbereich über Selbsthilfegruppen.

- Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen

Wenn psychiatrische Begleiterkrankungen vorliegen, muss in der Regel eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in das Konzept aufgenommen werden, insbesondere wenn Psychosen, schwere Depressionen mit Suizidalität oder schwere Persönlichkeitsstörungen, z.B. Borderline-Störungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen beteiligt sind. Ob eine medikamentöse Behandlung erforderlich ist und wie das geeignete Behandlungssetting (ambulant, teilstationär oder vollstationär) aussehen muss, muss individuell von dem/der verantwortlichen Arzt/Ärztin entschieden werden.

- Hirnorganische Folgeerkrankungen

Wenn stärkere hirnorganische Schädigungen vorliegen, können Entwicklungspotentiale dadurch erheblich begrenzt werden. Die Übernahme von Eigenverantwortung ist dadurch begrenzt. Beschützende und strukturierende Maßnahmen müssen hier ggf. stärker im Vordergrund stehen. Wenn stärkere hirnorganische Schäden, z.B. bei stark deprivierten Alkoholikern, stark vordergründig sind, können einsichtsorientierte Therapien, insbesondere psychotherapeutische Maßnahmen, nicht mehr helfen. Da alle erworbenen Erkenntnisse oft nicht behalten und für die eigene Zukunft nutzbar gemacht werden können, machen Rehabilitationsbehandlungen abseits des gewohnten Umfeldes i.d.R. keinen Sinn. Notwendig sind hier Maßnahmen der stationären Eingliederungshilfe, wie sie in Bielefeld vom Antoni-Kepinski-Haus, dem Mühlgrund oder dem Wohngruppenverbund Sucht des Stiftungsbereiches Integrationshilfen der vBA Bethel erbracht werden. Bei diesen Maßnahmen stehen alltagspraktische Fertigkeiten und die Tagesstrukturierung durch Arbeit und Beschäftigung im Vordergrund.

- Psychosoziale Unterstützung

Alle therapeutischen Maßnahmen für Suchtkranke sind nicht erfolgversprechend, wenn die existentiellen Rahmenbedingungen nicht ausreichend geklärt sind. Dazu gehört insbesondere ein stabiler Wohnraum, ggf. mit kompetenter Betreuung, eine tragfähige Tagesstruktur, am besten über Erwerbsarbeit, sowie ein stützendes soziales Umfeld. Derartige Maßnahmen werden primär über die Hilfen nach §§ 67/68 SGB XII (Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe) sowie im Einzelfall über Eingliederungshilfe-Maßnahmen nach 53/54 SGB XII sichergestellt.

Die Stadt Bielefeld ist mit entsprechenden Einrichtungen gut ausgestattet. Die in den entsprechenden Einrichtungen tätigen MitarbeiterInnen sind im Umgang mit Suchtkranken erfahren und kompetent und in das Bielefelder Suchthilfenetz gut eingebunden. Insbesondere die stationären Maßnahmen nach §§ 67/68 SGB XII leiden darunter, dass das soziale Umfeld sich kaum von dem in der JVA unterscheidet.

Insofern gehört meist eine hohe Eigenmotivation dazu, sich von den Verführungsangeboten anderer Mitbewohner nicht vom rechten Weg abbringen zu lassen. Zudem müssen die Bewohner für die Kosten der Maßnahmen selbst mithaften, sodass ihnen nur ein geringes Taschengeld für den Eigenbedarf verbleibt. Eine Perspektive im Hinblick auf Arbeit mit dem erwarteten Lohn ist für viele nicht erkennbar. Eine diffuse Unzufriedenheit mit ihrer Lebenssituation prägt insofern die Grundstimmung vieler Bewohner dieser Einrichtungen.

Wenn es einzelnen dann doch gelingt, eine eigene Wohnung anzumieten, bietet die ambulante Nachsorge aus den §§ 67/68 Hilfen oder die ambulante Eingliederungshilfe

in Bielefeld über verschiedene Anbieter Möglichkeiten, auch aufsuchend in einer eigenen Wohnung fachkompetente Unterstützung zu erfahren.

Das dezentrale Wohnen des Stiftungsbereiches Integrationshilfen der vBAB nach § 67/68 SGB XII bietet suchtkranken Menschen in besonderen sozialen Problemlagen die Möglichkeit, sich in einer vom Hilfetragender angemieteten Wohnung betreuen zu lassen, um bei „guter Führung“ die Wohnung irgendwann übernehmen zu können. Eine ambulante Nachsorge ist auch dann für einen begrenzten zeitlichen Rahmen noch verfügbar.

2. Suchtspezifische Maßnahmen in Justizvollzugsanstalten

Ob und ggf. wie suchtspezifische Hilfen für suchtkranke Straftäter in Justizvollzugsanstalten möglich sind, ist ein komplexes Feld. An dieser Stelle sollen nur einige wesentliche Aspekte herausgegriffen werden.

- Offener Strafvollzug

Der offene Strafvollzug bietet für die Resozialisierung und Behandlung suchtkranker Straftäter i.d.R. erheblich mehr Möglichkeiten als der geschlossene Vollzug. So können die inhaftierten Suchtkranken aus der Haft heraus eigenständig Beratungsangebote von Suchtberatungsstellen nutzen, ohne dadurch Kosten für die Justiz zu verursachen. Zudem können aus dem offenen Vollzug heraus Arbeitsmaßnahmen initiiert und der Wiederaufbau sozialer Kontakte gezielt gefördert werden. Der offene Rahmen bietet ähnlich wie in einer Tagesklinik die Möglichkeit, dass die Inhaftierten sich gezielt erproben und einen abstinenter Umgang mit einem normalen Alltag erlernen.

Gerade für Personengruppen (z.. viele Russlanddeutsche), die sich von den herkömmlichen Psychotherapie- und Gruppenangeboten wenig angesprochen fühlen, findet der pragmatische Ansatz über klare Strukturen und handfeste Arbeitsangebote oft mehr Akzeptanz (z.B. Weber, 2005). Insofern ist ein mit individuellen Angeboten angereicherter offener Strafvollzug vielen suchtkranken Straftätern eher angemessen als stationäre Therapiemaßnahmen im Rahmen des § 35 BtMG oder eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt.

- Methadonsubstitution

Die Methadonsubstitution im Strafvollzug wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Häufig beschränkt sie sich auf die Zeit unmittelbar nach der Inhaftierung oder dient der Überbrückung kurzer Haftzeiten. Inhaftierte mit längeren Haftstrafen werden stattdessen meist abdosiert, nicht selten auch gegen den Willen der Betroffenen und der ambulant vorbehandelnden Ärzte. Das böte vielen Drogenabhängigen ggf. trotzdem eine besondere Chance, wenn der Strafvollzug tatsächlich drogenfrei wäre und die Drogenabhängigen sich in einem abstinenter Leben in Haft ausprobieren könnten. Da jedoch in den meisten Haftanstalten mit Drogen gehandelt wird, werden viele Drogenabhängige in der Haft rückfällig, was wegen der Konsummuster in Haft unter Prohibitionsbedingungen mit besonders hohen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Im vorliegenden Kontext schwerer wiegt jedoch die Tatsache, dass Rückfälligkeit mit harten Drogen den Zugang zu Arbeits- und Therapiemöglichkeiten deutlich erschwert und offener Vollzug kaum noch zugänglich wird. Im offenen Vollzug sind im Hinblick auf Drogenkonsum instabile Patienten ohne

Methadonsubstitution stark rückfallgefährdet, was das ganze Resozialisierungskonzept in Frage stellt.

Eine umfassendere Substitutionsmöglichkeit in Haft, die aktuell nach Auskunft des ärztlichen Dienstes vornehmlich wegen begrenzter Ressourcen nicht möglich ist, würde die Möglichkeiten, insbesondere aus dem offenen Vollzug heraus perspektivenreiche Arbeitsmaßnahmen zu initiieren, erheblich erweitern.

- Stationäre Entwöhnung nach § 35 BtMG

Verurteilte drogenabhängige Straftäter können unter bestimmten Voraussetzungen eine Rückstellung ihrer Strafe nach § 35 BtMG beantragen, wenn sie bereit sind, eine geeignete therapeutische Maßnahme anzutreten, i.d.R. eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Suchtfachklinik für Rehabilitation. Um in den Genuss dieser Regelung zu kommen, ist ein aufwendigeres Beantragungsverfahren erforderlich, um einerseits eine Zusage des Kostenträgers (i.d.R. LVA oder BfA), andererseits eine Aufnahmezusage durch die stationären Einrichtungen zu erhalten.

Die stationären Therapieeinrichtungen beklagen sich immer wieder darüber, dass die Vorbereitung dieser Maßnahmen meist sehr schlecht sei. Wegen begrenzter personeller Ressourcen kann eine fachgerechte Indikation zur stationären Behandlung vorher gar nicht gestellt werden. Das Resultat ist, dass eine Reihe von Kandidaten nach der Entlassung aus der Haft die Therapieeinrichtung gar nicht erst erreichen oder nach kurzer Zeit abrechen. Während es den Inhaftierten ein paar Wochen Freiheit bringt, entwertet es die Einrichtungen selbst, die sich unzureichend ernst genommen fühlen und in einer von Qualitätsmanagement geprägten Diskussionslandschaft den entsprechenden Beitrag aus der Therapievorbereitung in der JVA vermissen.

Grundsätzlich sind die Regelungen im Rahmen des § 35 BtMG sicher ein hilfreiches Instrument. Notwendig ist jedoch ein qualifizierteres Clearing vor der Maßnahme, ein breiteres Spektrum an Therapiemöglichkeiten unter den Bedingungen des § 35 BtMG sowie ein konsequenteres Eingreifen, wenn die Zusagen von den Betroffenen nicht eingelöst werden.

In jüngerer Zeit sind neue Behandlungsoptionen für § 35 Kandidaten entstanden. Besondere Erwähnung verdient der Wohngruppenverbund Phönix in der Bielefelder Innenstadt, der substituierten Drogenabhängigen stationäre Hilfeangebote im Rahmen der stationären Eingliederungshilfe nach §§ 53/54 SGB XII macht. Insbesondere chronifizierten Drogenabhängigen, die mit einer stationären abstinenzorientierten Entwöhnungstherapie überfordert wären, bietet sie ein adäquates Hilfeangebot. Im Vordergrund stehen professionell begleitete Alltagsbewältigung, Tagesstrukturierung und Arbeit. Spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote können ambulant über niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten oder die Drogensprechstunde der Psychiatrischen Institutsambulanz erbracht werden.

3. Forensische Unterbringungen

Die forensischen Unterbringungen nach den §§ 64 und 63 StGB folgen meistens juristischen Vorgaben und sind nur zum Teil pragmatischen Zweckmäßighkeitsüberlegungen von Psychiatern und Suchttherapeuten zugänglich. Am schwersten zu beantworten ist bei der Prüfung des § 64 StGB oft die Frage, ob denn die Behandlung von vorneherein aussichtslos sei. Selbst wenn dies aus dem klinischen Bild bei fehlender Eigenmotivation evident erscheint, ist suchtkranken Straftätern ohne eigene Therapieerfahrung oder sehr jungen Tätern die Option kaum vorzuenthalten.

Forensische Maßnahmen unter stationären Bedingungen bieten vielen Suchtkranken, die aus eigener Kraft eine Therapiemaßnahme nicht durchhalten, die seltene Möglichkeit, trotz allen Suchtdrucks und trotz hoher Ambivalenzen im Therapiekontakt gehalten werden zu können, um so auch längerfristig über viele Monate oder auch wenige Jahre einen Umschwung desolater Biographien bewirken zu können. Tatsächlich haben all die Patienten eine gute Prognose, die eine § 64 StGB Maßnahme tatsächlich durchgehalten haben. Über 50 % aller in der Entziehungsanstalt untergebrachten suchtkranken Straftäter werden allerdings relativ früh während der Behandlung „erledigt“ und brechen die Maßnahme ab. Mit einem besseren Clearing und mehr Spielraum bei der Planung angemessener Maßnahmen in der Hauptverhandlung ließe sich die Quote der Therapieversager sicher senken.

In Zukunft wird es von besonderer Bedeutung sein, suchtkranke Straftäter, die aus ihren forensischen Behandlungseinrichtungen entlassen worden sind, frühzeitig wieder in Bielefeld therapeutisch aufzufangen und ein stabiles soziales Umfeld vorzubereiten. Da inzwischen in der Psychiatrischen Institutsambulanz und in der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen des ZPPM ausreichend forensische Erfahrung vorliegt, dürfte das kein großes Problem mehr darstellen.

IV. Fallbeispiele

Fallbeispiel 1:

Ein 36jähriger Mann ist wegen jahrelangen Scheckkartenbetrugs angeklagt, ist auch unter Bewährung wieder straffällig geworden. Die gesamte Zeit der Straffälligkeit deckt sich mit einer Phase massiven Alkoholkonsums, vornehmlich in teuren Gaststätten und Hotels, in denen er im Rahmen seiner Betrügereien oft gleich alle anwesenden mit eingeladen hat. Wegen der hohen Wiederholungsgefahr hat er zum Zeitpunkt der Gerichtsverhandlung bereits mehrere Monate in U-Haft gesessen. Die psychiatrische Begutachtung beschreibt einen narzisstisch strukturierten Menschen mit deutlicher Alkoholabhängigkeit und Angsterkrankung.

Der Angeklagte wird in der Hauptverhandlung vor dem Amtsgericht zu einer 19monatigen Haftstrafe verurteilt. Die Untersuchungshaft wird zunächst ausgesetzt. In der Zeit bis zum Stellungsbefehl will der nun verurteilte Straftäter unter Beweis stellen, dass er trotz seines Suchtproblems und trotz seines hochfrequenten betrügerischen Verhaltens im offenen Strafvollzug seine Chancen nützen würde. 5 Tage nach der Urteilsverkündung beginnt er eine 4wöchige teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen in Bethel, zu der er pünktlich und regelmäßig erscheint. Er selbst hofft, durch seine Kooperationsbereitschaft eventuell auch die Haft selbst noch vermeiden zu können. Als er akzeptieren muss, dass die Haft unvermeidlich wird, gerät er in eine tiefe depressive Krise, wird rückfällig, meldet sich aber sofort zur stationären Entgiftung. Er baut nun einen regelmäßigen Kontakt zur Suchtberatungsstelle der ambulanten Suchtkrankenhilfe Bethel auf, die er auch aus dem offenen Strafvollzug wahrnehmen kann. Mit seinem Verteidiger und unterstützt durch die verantwortlichen Ärzte der Tagesklinik betreibt er weiter die direkte Aufnahme in den offenen Vollzug. Den Stellungsbefehl erwartet er schließlich ungeduldig und tritt gut vorbereitet die Haft an.

Fallbeispiel 2:

Ein 41-jähriger Mann, seit vielen Jahren drogenabhängig, ist bis vor 10 Jahren insbesondere wegen Handels mit harten Drogen wiederholt verurteilt worden. Seitdem lebt er weitgehend unauffällig in einer Einrichtung der Straffälligenhilfe. Er wird seit Jahren mit Methadon substituiert, hat regelmäßigen Beikonsum mit Cannabis, selten auch mit harten Drogen, und kommt auch ohne eigene Erwerbsarbeit gut zurecht. Aus einem hausinternen Konflikt mit Mitbewohnern heraus wird er angezeigt, beim gemeinsamen intravenösen Heroinkonsum den Tod eines Mitbewohners verschuldet zu haben. Zudem finanzierte er über einen überschaubaren Cannabishandel seinen eigenen Konsum und seinen bescheidenen Lebensunterhalt.

In der Verhandlung wird einerseits deutlich, dass der Angeklagte sich unter der Methadonsubstitution im Vergleich zu früheren Jahren deutlich stabilisiert hatte, sich aus der harten Drogenszene verabschiedet hatte und sich mit seinem bescheidenen Cannabishandel quasi zur Ruhe gesetzt hatte. In der Hauptverhandlung räumte der Angeklagte sein Fehlverhalten relativ freimütig ein. Gleichzeitig wurde deutlich, dass er trotz der relativ positiven Entwicklung der letzten Jahre sehr gefährdet war, über den gewohnten Cannabishandel weiter straffällig zu werden. Da der Angeklagte in Gruppen auf engem Raum stets schlecht zurecht gekommen war und seine Stabilität nur unter Methadonsubstitution erreicht hatte, versprach eine abstinentenorientierte stationäre Therapie in einer Entwöhnungsfachklinik oder die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wenig Aussicht auf Erfolg. Vom Gutachter wurde als sinnvolle Maßnahme eine Methadongestützte Behandlung im Wohngruppenverbund Phönix empfohlen, die, ergänzt durch eine ambulante Psychotherapie in der Psychiatrischen Institutsambulanz in Bethel, unter den Bedingungen des § 35 BtMG durchgeführt werden könnte. Vom Gericht wurde eine Haftstrafe bewusst ohne Bewährung ausgesprochen, um dem Angeklagten ausreichend Druck zu machen, die geplante und im Urteil empfohlene Maßnahme im WGV Phönix auf dem Boden des § 35 BtMG tatsächlich verbindlich anzugehen. Der verurteilte Straftäter selbst ging nach dem Urteil in Berufung, kümmert sich zwischenzeitlich aber intensiv um eine Aufnahme in den WGV Phönix.

Fallbeispiel 3:

Ein 39-jähriger Mann war nach einem Totschlagsdelikt unter Alkoholeinfluss mehrjährig forensisch behandelt worden. Während er in der Maßnahme gut zurecht gekommen war, gelang die Rehabilitation in einer Wohngruppe nicht. Schließlich wurde die Maßregel erledigt und der Patient in eine JVA überstellt. Nachdem der Mann seine Haftstrafe abgesessen hatte, wurde er ohne klare Perspektive entlassen. Schließlich fand er Kontakt zu einer Einrichtung der Straffälligenhilfe in Bielefeld. Er wurde schnell rückfällig, kam aber relativ frühzeitig und bevor etwas Gewalttätiges passiert war in die Psychiatrische Klinik zur Entzugsbehandlung. Nachdem das hohe Gewaltpotential deutlich geworden war, wurde mit dem Patienten, der sich vor einer Sicherungsverwahrung fürchtete, eine ambulante Behandlung mit Antabus mit täglicher Einnahme unter Sicht in der Ambulanz am Bethel (am Wochenende in der Klinik) vereinbart. Zudem wurde zwischen der betreuenden Einrichtung und der Klinik ein Krisenplan vereinbart, der bei Rückfälligkeit eine möglichst kurzfristige Aufnahme ermöglichen sollte. Nachdem der Mann zwei Tage nicht zur Vergabe erschienen war, begann er erneut mit Alkoholkonsum und bedrohte in der § 67/68 Einrichtung einen jungen Zivildienstleistenden massiv, ohne allerdings tötlich zu werden. In der folgenden stationären Entzugsbehandlung wurde ihm der

Betreuungsplatz gekündigt. Der Mann erwartet nun ein erneutes Verfahren und versucht, sich mit Fortsetzung der konsequenten Antabus-Einnahme zu stabilisieren, die gegenwärtig über einen ambulanten Betreuungsdienst sichergestellt wird. Der Krisenplan mit der Klinik besteht fort. Er weiß, dass er von Mitarbeitern des Hilfesystems bei jeder Form von Gewalttätigkeit sofort angezeigt werden wird.

Fallbeispiel 4:

Ein 47-jähriger Mann, der seit über 20 Jahren schwer alkoholabhängig war, hatte im Alkoholrausch insgesamt 3 Brände gelegt, bei denen aber ein noch überschaubarer Sachschaden entstanden war. Unter unglücklicheren Umständen hätten schwerere Schäden mit Personenbeteiligung entstehen können. Eine längere stationäre Therapiemaßnahme hatte der Angeklagte noch nie gemacht. Auch jetzt war eine Veränderungsmotivation nur sporadisch vorhanden.

Wegen der deutlichen Alkoholisierung ging das Gericht von einer verminderten Schuldfähigkeit aus und ordnete nach § 64 StGB die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an. Der Verurteilte legte gegen die Unterbringung Berufung ein, weil er befürchtete, mit der Therapie überfordert zu sein und hinterher ohne Wohnung dazustehen.

In der Berufungsverfahren konnte dem Verurteilten verdeutlicht werden, dass ihm bei einer vergleichbaren Straftat und fehlenden Therapieaussichten in einer Entziehungsanstalt sogar die unbefristete Unterbringung nach § 63 StGB drohen könnte. Zudem erhielt er die Zusage, dass er nach den ersten Lockerungen im geschlossenen Maßregelvollzug in die Psychiatrische Klinik nach Bielefeld Bethel verlegt werden könne, um dort im Rahmen des § 64 StGB weiterbehandelt werden zu können. Ort sollten dann auch vor Ort Wohnraum und Beschäftigungsmöglichkeiten vorbereitet werden, damit der untergebrachte Patient eine klare Perspektive vor Augen hatte.

Mit diesen Zusicherungen konnte der Verurteilte das Urteil annehmen, so dass die Berufung zurückgenommen werden konnte.

Die Fallbeispiele zeigen, dass individuell zugeschnittene Maßnahmen als Rechtsfolge von Straftaten suchtkranker Straftäter nur möglich sind, wenn die im Suchthilfesystem zur Verfügung stehenden Möglichkeiten bekannt sind und genutzt werden. Aktuell ist das meist nur möglich, wenn ein Gutachter im Prozess beteiligt ist, der diese Möglichkeiten umfassend kennt. Ist ein entsprechend kundiger Gutachter im Prozess nicht beteiligt, müsste im Vorfeld eine entsprechende Beratung stattfinden, die diese Möglichkeiten aufzeigt. Eine dafür eigens eingerichtete Clearingstelle wäre dafür der geeignetste Rahmen.

In den Beispielen wird aber auch deutlich, dass die Passgenauigkeit der angeordneten Maßnahmen die Akzeptanz dieser Interventionen bei den Angeklagten erheblich erhöht. Die Aussicht auf eine tragfähige Veränderung und damit auf weitere Straffreiheit wird dadurch deutlich erhöht.

V. Literaturhinweise:

Fuller, R.K., Gordis, E.: oes Disulfiram have a role in alcoholism treatment today ?
Aiction 99 (2004) S. 21-24

Geyer, C.: Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente.
Edition Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2004

Lüsch-Russack, J.: Externe Drogenberatung im Hamburger Strafvollzug. Konturen
2(6)2005, S. 26

Nichulski, U., Emisch, H.: Behandlung von Suchtkranken Straftätern. Eine
Bestandsaufnahme. Konturen 2 (26)2005, S. 1-15

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

Nolle, R.: Gewalt- und Suchtreflexion mit jugendlichen Strafgefangenen. Ein
medienpädagogisches Forschungsprojekt. Konturen 2 (26)2005, S. 16-19

Pauen, M.: Illusion Freiheit ? Mögliche und unmögliche Konsequenzen der
Hirnforschung. S. Fischer Verlag, Frankfurt 2004

Spitzer, M.: Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage: Was sollen wir tun ?
Spektrum Akademischer Verlag, München 2004

Thiel, W.: Drogen und Substitution in Hamburger Gefängnissen. Ein
Situationsbericht. Konturen 2(6)2005, S. 24-25

Venzlaff, U., Förster, K.: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für
Ärzte und Juristen. Urban & Fischer, München, 4. Aufl. 2004

Weber, J.: Neue Wege der Berufsausbildung für junge Migranten – Verbesserung der
Wiedereingliederungschancen junger Strafgefangener. Ein Modellversuch. Konturen
2(26)2005, S. 20-23

VI. Anlagen zu verschiedenen verfügbaren Maßnahmen für suchtrinke Straftäter in der Region Bielefeld

- i. Auflagen im ambulanten Rahmen
- ii. Kurzfristige Behandlungsaufgaben im teil- und vollstationären Rahmen
- iii. Die stationäre Rehabilitation in der Fachklinik
- iv. Stationäre Einrichtungen nach SGB XII, die suchtkranken Straftätern einen stabilen Lebensraum bieten können
- v. Stationäre Therapie in einer Entziehungsanstalt im Rahmen einer Unterbringung nach § 64 StGB
- vi. Besondere rahmensetzende Therapieinstrumente

VI. Maßnahmen für suchtkranke Straftäter in der Region Bielefeld

1. Behandlungsaufgaben im ambulanten Rahmen:

Sucht- bzw. Drogenberatungsstelle:

Kostenträger: Land/Kommune
Ambulante Reha: LVA, BfA

Vorteil: hohe Kompetenz auch im Umgang mit schwieriger Klientel (insbes. DROBS und Stiftungsbereich Integrationshilfen Bethel)

Cave: Konzeptionelle Vorbehalte, als „verlängerter Arm der Justiz“ vereinnahmt zu werden;
für amb. Psychotherapie im Beratungsstellensetting wird hohe Compliance erwartet;
Finanzierung bei Reha nicht von vorneherein gesichert



Suchtberatungsstellen:
Caritas (Turnerstr.)
Ev. Gemeindedienst (Joh.werk)
Suchtkrankenhilfe Bethel



Drogenberatungsstelle
Aug.-Schröder-Str. 3
33602 Bielefeld

Niedergelassener Psychotherapeut:

Kostenträger: Krankenkasse

Cave: wenig suchtkompetente Therapeuten, lange Wartezeiten,
hohe Compliance der Patienten erforderlich

Niedergelassene Ärzte (z.B. Psychiater):

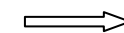
Kostenträger: Krankenkasse

Cave: hoher ökonomischer Druck, das Setting lässt es kaum zu, dass mit der Justiz verbindliche Absprachen getroffen werden können.

Psychiatrische Institutsambulanz:

Kostenträger: Krankenkasse

Cave: Arbeit mit schwierigem Klientel vertraut,
Beteiligung verschiedener Berufsgruppen,
Klinik steht für Krisen im Rücken



**Psychiatrische
Institutsambulanz**
Gadderbaumer Str. 33
3617 Bielefeld
Tel.: 1442380

3. Stationäre Einrichtungen nach BSHG, die Suchtkranken Straftätern einen stabilen Lebensrahmen geben können:

Stationäre Hilfen nach § 67/68 SGB XII (Wohnungslosenhilfe):

- Quellenhof (Quellenhofweg 100, Bethel)
- Schillingshof (Kampstr. 53, Senne I)
- Dezentrales Wohnen Wilhelmsdorf
- Otto-Riethmüller-Haus (Bielefeld, Promenade 10)

Stationäre Hilfen nach § 67/68 BSHG
(Straffälligenhilfe):

- Haus Nordpark
- Kreis 74

Stationäre Hilfen nach §§ 53/54 SGB XII
(stationäre Eingliederungshilfe):

- Antoni-Kepinski-Haus in Eckardtsheim
- Wohngruppenverbund Sucht (dezentral)
- Wohngruppenverbund Phönix für Drogenpatienten in Methadonsubstitution

4. Die spezialisierteste Option zur Behandlung suchtkranker Straftäter: Die stationäre Rehabilitation in der Fachklinik

Merkmale:

- Offener, aber hoch strukturierter Behandlungsrahmen
- Eigenverantwortliche Therapie in Freiheit gemeinsam mit Patienten von „draußen“
- durchschnittliche Behandlungszeit 4 – 6 Monate
- absolutes Abstinenzgebot
- Rentenversicherer als Kostenträger
- Unterschiedlich intensive Nachsorge, zuletzt wg. Kostenproblemen zunehmend problematisch

Alkoholfachkliniken in der Region:

Klinik Am Hellweg (Oerlinghausen)
Ltd. Arzt: Dr. Redeker

Bernhard-Salzmann-Klinik (Gütersloh)
Ltd. Arzt: Dr. Kemper

Drogenfachklinken in der Region:

Fachklinik Casum (Borgholzhausen)

Fachklinik Loxten (Versmold)

5. Stationäre Therapie in einer Entziehungsanstalt (Unterbringung nach § 64 StGB):

Merkmale:

- Behandlung auch gegen den Willen des Patienten grundsätzlich möglich
- Streng geschlossener Rahmen
- Hohe Quote an erledigten Therapien
- Schwieriges Klientel
- Grundsätzliche lange Behandlungszeiten von bis zu mehreren Jahren möglich
- Zunehmender Druck auf die Therapieeinrichtungen, bei nicht erkennbarem Therapieerfolg, die Behandlung frühzeitig für erledigt zu erklären
- Bei Erledigung der Maßregel müssen die Betroffenen in der Regel die Endstrafe absitzen

6. Besondere rahmensetzende Therapieinstrumente:

- Tägliche Kontrolle auf Suchtmittelkonsum durch Urinkontrollen oder Atemkontrollen auf Alkohol
- Behandlung mit aversiven Substanzen (Antabus) mit täglicher Vergabe unter Sicht
- Behandlung mit Substituten (Methadon, Polamidon, Subutex)
- Behandlung mit Antagonisten (Nemexin)

?

