

KLINISCHE PERSPEKTIVEN AUF DEN (NEUEN) § 64 STGB

Ziel dieses Beitrags ist, eine Einschätzung des (neuen) §64 StGB aus klinischer Sicht zu geben. Hierzu werden zunächst die Grundlagen und Ziele des §64 StGB dargestellt. Anschließend werden die klinischen Kategorien von Substanzkonsumstörungen sowie der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Straffälligkeit erörtert. Dies wird gefolgt von einer Beschreibung der wesentlichen Prinzipien einer evidenzbasierten Therapie für unter §64 StGB im Maßregelvollzug untergebrachten Patient*innen und dem Erfolg dieser Intervention. Schließlich endet der Beitrag mit einer persönlichen Einschätzung des neuen §64 StGB bezüglich der Voraussetzungen einer solchen Unterbringung und den zugrundeliegenden Annahmen. Dabei wird deutlich, dass zum einen die durch die Änderung des §64 StGB verfolgten Ziele kritisch zu betrachten sind und die neuen Unterbringungskriterien an der Realität der betroffenen Patient*innengruppe und deren Behandlung vorbeigehen.

I. EINGANGSKRITERIEN FÜR EINE UNTERBRINGUNG NACH §64 STGB

Die Eingangskriterien des neuen §64 StGB sind wie folgt:

- Es besteht ein ›Hang‹ alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen sowie eine rechtswidrige Tat, die *überwiegend* auf diesen Hang zurückgeht.
- Es besteht die Gefahr erheblicher weiterer rechtswidriger Taten aufgrund des Hangs.
- Der Hang hat zu einer *schwerwiegenden Beeinträchtigung* in verschiedenen Bereichen der Lebensgestaltung geführt.
- Es bestehen *tatsächliche Anhaltspunkte* des Erfolges der Behandlung innerhalb von zwei Jahren, also die Person zu heilen oder von der Begehung weiterer erheblicher Straftaten abzuhalten.

Neu im Vergleich zur vorigen Version des §64 StGB sind also der nun deutlicher geforderte Zusammenhang zwischen der Substanzkonsumstörung und der Straftat, ein neu eingeführter Schweregrad der Störung sowie eine größere Hürde im Hinblick auf die Behandelbarkeit. Zusätzlich ist die sogenannte Halbstrafenregelung, also die Möglichkeit einer früheren Entlassung bei erfolgreicher Behandlung, praktisch abgeschafft.

Der Auftrag an die ›Entziehungsanstalt‹ ist es also die untergebrachte Person

- zu heilen oder
- über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und
- von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

II. SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN

Der Hang ist ein juristischer Begriff der in der medizinischen Nomenklatur keine direkte Entsprechung findet. Er beschreibt »eine eingewurzelte, auf psychische Disposition zurückgehende oder durch Übung erworbene intensive Neigung, immer wieder Rauschmittel zu konsumieren, wobei diese Neigung noch nicht den Grad physischer **Anhängigkeit** erreicht haben muss«. (BGH 1 StR 332/07, Beschluss vom 25. Juli 2007 [LG Nürnberg-Fürth]).

Das klinische diagnostische Manual ICD10 beschreibt die Substanzkonsumstörungen unter Kapitel F10 – 19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen). Die wichtigsten Diagnosen, die jeweils für jede Substanz gestellt werden können, sind:

- Akute Intoxikation (akuter Rausch),
- schädlicher Gebrauch und
- Abhängigkeitssyndrom

Die Kodierung der spezifischen Störung erfolgt durch drei Ziffern: Die erste Ziffer gibt an, dass es sich um eine Substanzkonsumstörung handelt, die zweite Ziffer die Substanz und die dritte Ziffer das klinische Erscheinungsbild. So steht z. B. F10.1 für schädlichen Gebrauch von Alkohol (0 für Alkohol, .1 für schädlicher Gebrauch). Liegt eine Substanzkonsumstörung vor, die sich nicht nur auf eine einzelne (oder Haupt-)Substanz bezieht, kann F19 kodiert werden »Störung durch multiplen Substanzgebrauch«, wenn die Substanzaufnahme »chaotisch und wahllos« erfolgt.

Im Folgenden werden die Kriterien für die beiden häufigsten Diagnosen im Bereich der Substanzkonsumstörungen, der schädliche Gebrauch und die Abhängigkeit, dargestellt:

1. SCHÄDLICHER GEBRAUCH

Schädlicher Gebrauch wird diagnostiziert, wenn ein deutlicher Nachweis einer tatsächlichen Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit (z.B. Alkoholgastritis, Fettleber, depressive Episode) durch eine Substanz besteht. Der schädliche Konsum muss mindestens über einen Monat oder wiederholt über den Zeitraum von einem Jahr bestehen.

2. ABHÄNGIGKEIT

Für die Diagnose einer Abhängigkeit von einer Substanz sind mindestens drei der folgenden sechs Symptome über den Zeitraum eines Jahres notwendig:

- Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren,
- Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (bzgl. Beginn,

- Beendigung und Menge),
- ein körperliches Entzugssyndrom, wenn der Konsum reduziert oder sistiert wird,
 - Toleranzentwicklung (d. h. es ist eine Dosiserhöhung notwendig, um die durch die Substanz erwünschte Wirkung zu erzielen,
 - fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums und
 - fortdauernder Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken.

Durch die Neufassung des § 64 StGB nähert sich der Hangbegriff der medizinischen Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung an, indem eine weitreichende Beeinträchtigung der Lebensführung gefordert wird.

III. PRÄVALENZ VON SUBSTANZKONSUM

Substanzkonsum ist sehr häufig, hierzu gibt es eine Vielzahl von Studien, beispielhaft sind hier einige Fakten aus dem epidemiologischen Suchtsurvey¹ (Rauschert et al, 2022) aufgeführt. Die Angaben beziehen sich auf erwachsene, deutschsprachige in Deutschland in Privathaushalten lebende Personen. Die Angaben zu Jugendlichen kommen aus dem UN World Drug Report.²

In den letzten Jahren zeigte sich insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums bei Jugendlichen bei gleichzeitiger starker Zunahme des Konsums von Cannabis. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, haben fast alle **junge Erwachsene** bereits einmal Alkohol konsumiert und über die Hälfte Cannabis. Weitere Trends sind die Zunahme des multiplen Substanzkonsums sowie der Konsum der sogenannten neuen psycho-aktiven Substanzen (z.B. »Spice«, ein künstliches Cannabinoid).

1 Rauschert C, Möckl J, Seitz NN, Wilms N, Olderbak S, Kraus L (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 119: 527-534

2 United Nations (2023): World Drug Report 2023. [World Drug Report 2023 \(unodc.org\)](https://www.unodc.org/), Zugriffen 2.9.2024

Tabelle Prävalenz von Substanzkonsum

	Alkohol	Cannabis	Kokain	Amphet- amine
Jugendliche (12 – 17 J.)	Konsum jemals 57,5 % Regelmäßig 8,7 % Rausch jemals 11 % Gefährlicher Konsum 3,6 %	Konsum jemals 9,3 % Letzte 30 Tage 3,5 % Regelmäßig 1,6 %		
Junge Er- wachsene (18 – 25 J.)	Konsum jemals 95,4 % Regelmäßig 32 % Rausch jemals 32,7 % Gefährlicher Konsum 16,7 %	Konsum jemals 50,8 % Letzte 30 Tage 12 % Regelmäßig 8,6 %		
Erwachsene	Letzte 30 Tage 70,5 % Rausch jemals 33,3 % Gefährlicher Konsum 21,9 %	Letzte 12 Monate 8,8 % Problematischer Konsum 2,5 %	Letzte 12 Monate 1,6 %	Letzte 12 Monate 1,4 %
	Abhängig 3,1 % (1,6 Millionen)			

IV. FOLGEN DES SUBSTANZKONSUMS

Die negativen Auswirkungen von Substanzkonsum sind vielfältig. Gesamtgesellschaftlich betrachtet stellt hier der Alkohol das bei weitem bedeutsamste Problem dar. Deutschland ist weltweit unter den zehn am meisten konsumierenden Nationen. Dies zieht beträchtliche volkswirtschaftliche und individuelle materielle und nicht-materielle Kosten nach sich:

- So entstehen in Deutschland jährlich ca. 57 Milliarden Euro Kosten durch Alkohol (im Vergleich: Cannabis: 975 Millionen Euro).
- Alkohol ist bei einer Vielzahl von gesundheitlichen Folgeschäden impliziert, z.B. Magen-Darmerkrankungen, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen wie Depression und Angst, etc.

- Bis zu fünf Prozent der Erwerbsminderungsfälle, fünf Prozent der stationären Krankenhausaufenthalte sowie fünf Prozent aller Todesfälle (hier etwa 40 000/Jahr) in Deutschland entstehen durch Alkohol.

Im Vergleich hierzu sterben in Deutschland ›nur‹ etwa 2.000 Menschen durch den Konsum von illegalen Drogen.

V. ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUBSTANZKONSUM UND STRAFTATEN

Auch hier spielt Alkohol – im Vergleich zu anderen Drogen – sowohl im Hinblick auf die Quantität als auch im Hinblick auf die Schwere der Straftaten die bedeutsamste Rolle. Jede zehnte Straftat, etwa ein Viertel aller Gewaltstraftaten (höherer Anteil bei schwerer Gewalt) und etwa die Hälfte aller tödlichen Verkehrsdelikte werden unter dem Einfluss von Alkohol begangen.³

›Rauschgiftdelikte‹ beschreiben in der Kriminalstatistik Straftaten, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen, z.B. Handel, Anbau, Herstellung, Einfuhr, Veräußerung und Erwerb, begangen werden. Hier werden Gewaltdelikte nicht separat erfasst. Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass im Hinblick auf Gewalt vor allem Kokain (v.a. in Form von ›Crack‹) und Amphetamine relevant sind.

Warum gibt es nun einen Zusammenhang zwischen Straftaten und Substanzkonsum? Die Gründe kann man in vier Gruppe einteilen:

- Pharmakologisch: Durch den direkten Effekt der Substanz, z.B. Enthemmung, wird die Straftat begünstigt.
- Wirtschaftlich: Hierunter fällt die sogenannte Beschaffungskriminalität, also Delikte, wie z. B. Diebstahl und Raub, die begangen werden, um den Konsum zu finanzieren.
- Systembedingt: Hierzu zählen Straftaten im sogenannten ›Milieu‹, also z.B. Delikte im Zusammenhang mit Auseinandersetzungen zwischen Dealern oder zwischen Dealern und Kunden.

3 Siehe z.B. Sontate KV, Rahim Kamaluddin M, Naina Mohamed I, Mohamed RMP, Shaikh MF, Kamal H, Kumar J (2021) Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience. *Front. Psychol.* 12:699726. doi: 10.3389/fpsyg.2021.699726

- Verstöße gegen Drogengesetze: Diese Delikte bestehen nur aufgrund der aktuellen Gesetze, sind also aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen unterworfen, wie z.B. die aktuelle Teillegalisierung von Cannabis zeigt.

V. ZUSAMMENSETZUNG DES § 64 STGB-KLIENTEL

Leider gibt es in Deutschland derzeit keine flächendeckende Erhebung der Charakteristika von im Maßregelvollzug untergebrachten Patient*innen. Daten beruhen daher auf verschiedenen, teils lokal begrenzten Initiativen. Die beste Datenquelle für nach § 64 StGB untergebrachten Patient*innen ist die jährliche Stichtagserhebung, die seit 1994 jährlich auf Initiative einer Klinik durchgeführt wird, an der jedoch zuletzt nur jeweils etwa 20 Kliniken teilgenommen hatten.

Die Erhebung zeigt, dass 2023 (19 teilnehmende Kliniken, Angaben zu 1.781 Patient*innen) 95 Prozent der untergebrachten Personen männlich waren. Das Durchschnittsalter betrug 36,1 Jahre, die größte Altersgruppe war die der 31 bis 40jährigen. 45,3 Prozent hatten einen Migrationshintergrund, überwiegend waren diese Patient*innen aus dem Ausland zu gewandert. Die Patient*innen waren überwiegend Single, aber etwa 40 Prozent waren in einer festen Partnerschaft, überwiegend ohne verheiratet zu sein. Etwa 36 Prozent der Patient*innen hatten mindestens ein Kind, zu dem auch Kontakt bestand, weitere etwa 14 Prozent hatten Kinder, aber keinen Kontakt. Diese Merkmale sind im Hinblick auf die angestrebte Rehabilitation von Bedeutung, da Beziehungen und Elternschaft wichtige Motivatoren für eine Behandlung und im günstigsten Fall auch Ressourcen zur Unterstützung in diesem Prozess sind.

Im Hinblick auf die Wohnsituation vor Aufnahme, waren zu diesem Zeitpunkt zehn Prozent der Untergebrachten wohnungslos, je etwas unter 40 Prozent lebten alleine in einer Wohnung bzw. mit eine*m Partner*in. 27,9 Prozent hatten keinen Schulabschluss, 3,6 Prozent einen Sonderschul-, 41,3 Prozent einen Hauptschul- und 21,3 Prozent einen Realschulabschluss, 5,9 Prozent der Patient*innen hatten das Abitur. Nur etwa ein Drittel hatten eine abgeschlossenen Berufsausbildung und nur etwa ein Viertel waren zum Zeitpunkt des Anlassdeliktes in Arbeit.

Die juristischen Daten der Erhebung zeigen ein durchschnittliches Alter bei der ersten Straftat von 21 Jahren, fast die Hälfte der Population hatten ihre erste Straftat im Alter von 14 bis 17 Jahren verübt. Die Anzahl der vormaligen Einträge im Bundeszentralregister (BZR) betrug durchschnittlich etwa zehn, nur neun Prozent hatten keine vorigen BZR-Einträge. Die Länge der Hafterfahrung in Monaten lag bei 38 bei einer aktuellen Parallelstrafe von 53 Monaten. Vergleiche mit Daten aus Vorjahren zeigen einen Trend zu einer ausgeprägteren Kriminalitätsbelastung der § 64er-Population. Hierzu passt auch, dass der überwiegende Anteil der Patient*innen als voll **schulfähig** (ca. 68 Prozent) beurteilt worden war.

Die größte Gruppe der Einweisungsdelikte (ca. 37 Prozent) waren Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), gefolgt von sonstigen Gewaltdelikten (z.B. Raub, ca. 22 Prozent), Eigentumsdelikten (ca. 15 Prozent) und Körperverletzungsdelikten (ca. 14 Prozent). Bei nur etwa zwei Prozent war das Anlassdelikt ein Sexualdelikt.

Im Hinblick auf die klinischen Diagnosen zeigte sich in den letzten Jahren eine Zunahme von multiplem Substanzgebrauch (aktuell etwa ein Drittel mit einer Diagnose einer Polytoxikomanie). Zuletzt hatten nur je etwa 16 Prozent eine reine Alkoholerkrankung sowie eine Substanzkonsumstörung durch Cannabinoide bzw. Kokain. Komorbide Störungen waren häufig, wobei die Persönlichkeitsstörungen, hier vor allem die dissoziale Persönlichkeitsstörung, die größte Gruppe ausmachten.

Die Komplexität der psychiatrischen Probleme zeigt sich auch in der Analyse der Vorbehandlungen: Etwa 30 Prozent der Stichprobe waren schon einmal in stationärer suchtmedizinischer, etwa 23 Prozent in allgemeinspsychiatrischer Behandlung, etwa 14 Prozent in einem Substitutionsprogramm gewesen und etwa zehn Prozent hatten bereits einen Aufenthalt im Maßregelvollzug in der Vorgeschichte.

Bei der Komplexität der psychosozialen und psychiatrischen Belastungsfaktoren ist es vielleicht verwunderlich, dass nur etwa 28 Prozent der Patient*innen einen Suchtmittelrückfall in der aktuellen Unterbringung hatten, etwa 18 Prozent waren in ein ›Vorkommnis‹ (Gewalt gegenüber anderen, Diebstahl, etc.) involviert. Hier spielt eine entscheidende Rolle, wie der Umgang der Einrichtungen mit die-

sen Ereignissen ist, ob also z.B. bei Patient*innen bei einer gewissen Anzahl vom Rückfällen bzw. Vorkommnissen die Behandlung automatisch abgebrochen wird, wie dies in vielen Kliniken der Fall ist. Die Rate der sogenannten ›Abbrecher*innen‹ schwankt stark, von etwa 20 Prozent bis 60 Prozent.⁴

Die Erhebung enthält auch Informationen zur aktuellen Behandlung: Die meisten Patient*innen scheinen an dem Behandlungsangebot teilzunehmen. So waren etwa 94 Prozent in Einzeltherapie und 89 Prozent in Gruppentherapie, etwa vier Fünftel der Patient*innen nahmen an der Arbeitstherapie und zwei Drittel an der Psychoedukation teil. Mit über 70 Prozent Teilnahmen waren auch Stationsaktivitäten wie Kochen oder Musizieren häufig genutzte Angebote. Erfragt wurde in der Stichtagserhebung auch die Therapiemotivation, über 60 Prozent der Patient*innen wurde eine gute bis sehr gute Therapiemotivation bescheinigt, nur etwa 13 Prozent waren nicht oder kaum motiviert.

Viele Patient*innen hatten schon erste Schritte in die Freiheit unternommen: So hatten nur etwa 37 Prozent keine Lockerung, etwa zwölf Prozent konnten begleiteten Ausgang und 24 Prozent unbegleiteten Ausgang nutzen. Über ein Viertel der Patient*innen befanden sich bereits im Belastungsurlaub bzw. Probewohnen, fast ein Viertel befand sich in einer Ausbildung. Hierzu passt, dass vom Behandlungsteam über 60 Prozent der Patient*innen eine mittelfristig positive interne Prognose bescheinigt würde, bei etwa 16 Prozent wurde diese jedoch mittelfristig als ungünstig bezeichnet und bei fast zehn Prozent der Patient*innen stand die Erledigung wegen fehlender Erfolgsaussicht oder Höchstfrist im Raum.

4 s. z.B. Haar, 2013, zitiert in Völlm B, Cerci D (2021): Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review. *Suchtmedizin* 23: 90-98

VI. BEHANDLUNG IN DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE

Wie sieht nun die Behandlung dieser Patient*innen aus? Es gibt kein allgemein anerkanntes Konzept zur Behandlung im Maßregelvollzug bzw. von Substanzkonsumstörungen in diesem Setting. Dies ist umso bedauerlich als die Behandlung in sehr restriktiven Settings und für sehr lange Zeitabschnitte – teilweise unbegrenzt – stattfindet, so dass hier die Gefahr eines Machtmissbrauchs besonders ausgeprägt ist. Es wäre also besonders wichtig, zu erforschen, was eigentlich wirklich hilft, um die Patient*innen diesen Bedingungen nicht länger als absolut notwendig auszusetzen.

Standards zur Behandlung im Maßregelvollzug beschreiben *Müller et al.*⁵. Zudem gelten selbstverständlich alle Behandlungsleitlinien im Bereich der psychischen Gesundheit auch für Patient*innen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind. Wichtig ist hierbei sich vor Augen zu führen, dass für diese Patient*innen dieselben (Grund-)Rechte gelten wie für alle anderen Menschen (außer denen, die z. B. aufgrund bestimmter rechtlicher Grundlagen eingeschränkt sind). Auch ein Patient oder eine Patientin im Maßregelvollzug muss also z.B. über die geplante Behandlung aufgeklärt werden und dieser zustimmen.

1. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Die Behandlung im Maßregelvollzug hat den Auftrag der »Besserung und Sicherung«. Anders als in anderen Behandlungssettings geht es also nicht nur um die Behandlung einer Erkrankung eines individuellen Patienten oder einer Patientin, sondern auch um den Schutz der Bevölkerung vor diesem*r. Dies stellt die Behandelnden vor besondere ethische Herausforderungen, die auch als »dual role dilemma« beschrieben werden.

Neben der Behandlung der Grunderkrankung findet im Maßregelvollzug die sogenannte Kriminaltherapie Anwendung. Damit sind alle Interventionen gemeint, die das Risiko erneuter Straftaten verringern. Neben der Behandlung der Suchterkrankung können hier auch nicht-

5 Müller JL, Saimeh N, Briken P et al. Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§63 und 64 StGB (2018). *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 12: 93–125

medizinische Interventionen eine wichtige Rolle spielen, wie z.B. das Erlangen eines Schulabschlusses oder die Etablierung einer Tagesstruktur. Zudem gibt es spezifische Gruppenprogramme für bestimmte Tätergruppen, z.B. Gewaltstraftäter oder Sexualstraftäter.

Die zwei am Besten etablierten, evidenzbasierten Prinzipien der Behandlung im Maßregelvollzug sind:

- Das Risk Need Responsivity Modell⁶

Risk (Risiko): Das Modell fordert die Ausrichtung der Behandlung hinsichtlich Intensität und Dauer am Rückfallrisiko. Patient*innen mit einem höheren Risiko sollen demnach mehr Therapie haben.

Need (Bedürfnis): Hier sind nicht individuelle Bedürfnisse (im Sinne von etwa Wünschen) gemeint, sondern dynamische (also veränderbare) Risikofaktoren, die der Fokus der Behandlung sein sollten (also *Behandlungsbedürfnisse*). Wissenschaftlich nachgewiesene Needs sind: Antisoziales Verhalten, antisoziale Kognitionen, antisoziale Persönlichkeitsstruktur, kriminalitätsförderndes soziales Umfeld, familiäre Probleme, Mangel an Erfolg in Schule und/oder Arbeit, fehlende prosoziale Freizeitaktivitäten und Substanzmissbrauch. Dem Modell zufolge erreichen Interventionen, die sich auf andere Aspekte konzentrieren nicht den selben Zweck, nämlich die Risikoreduktion.

Responsivity (Ansprechbarkeit): Hiermit ist gemeint, dass die Behandlung die individuelle Ansprechbarkeit berücksichtigen muss, z. B. Persönlichkeitsmerkmale wie Misstrauen, kognitives Leistungsniveau und Motivation. Die Behandlung muss also individuell abgestimmt sein, ein Beispiel hierfür wäre eine adaptierte Sexualstraftätergruppe für Personen mit Intelligenzminderung.

- Good Lives Model

Das Good Lives Model geht davon aus, dass alle Menschen die gleichen Grundbedürfnisse haben, z.B. Gesundheit, Autonomie, Gemeinschaft, Freundschaft, etc., aber manche Menschen dysfunktionale Verhaltensweisen anwenden, um diese zu erreichen. Ein Beispiel hierfür wäre die Befriedigung des

6 James Bonta, D. A. Andrews, The Psychology of Criminal Conduct, 2017

Bedürfnisses nach Gemeinschaft durch Mitgliedschaft in einer Gang. Das Modell fokussiert auf Ressourcen und weniger auf Defizite, z.B. zielt es darauf ab, Straftäter*innen Skills zur prosozialeren Lebensführung zu vermitteln.

2. SPEZIFISCHE BEHANDLUNGSELEMENTE

Konkret gibt es im Maßregelvollzug spezifische Behandlungselemente, von denen die wesentlichsten hier aufgelistet sind:

- ›Soziomilieuthérapie‹
- Psychoedukation
- Psychotherapie im Einzelsetting
- Offene Therapiegruppen
- Spezifische Gruppen, z. B. Gewaltsstraftätergruppe, Rückfallprophylaxe
- Schule
- Ergo-/Arbeitstherapie
- Sporttherapie
- Kunsttherapie
- Freizeitaktivitäten
- Einbezug von Angehörigen
- Genesungsbegleitung
- Schrittweise Lockerungen
- Arbeitserprobung durch Praktika

Unter Soziomilieuthérapie versteht man einen Therapieansatz, der davon ausgeht, dass das Zusammenleben in einer Gruppe mit bestimmten Regeln, Verantwortungsübernahme, Üben von Alltagsfertigkeiten, etc. therapeutisch wirksam ist.

3. WIRKSAMKEIT VON INTERVENTIONEN IM MASSREGELVOLLZUG

Es gibt nur sehr wenige wissenschaftliche Studien, die sich der Wirksamkeit verschiedener Interventionen im Maßregelvollzug widmen. Es gibt jedoch gute Anhaltspunkte dafür, dass folgende Therapieprinzipien und -elemente die Wirksamkeit fördern:⁷

⁷ Z.B. Gannon TA, Olver ME, Mallion JS, James M. Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness (2019). Clin Psychol Rev. 73: 101752

- positives Menschenbild;
- therapeutische Grundhaltung;
- klares Konzept, welches sowohl den Behandelnden als auch den Patient*innen bekannt ist;
- strukturiert;
- intensiv;
- Gruppenprogramme scheinen wirksamer zu sein als Einzelinterventionen;
- fachliche Kompetenz der Behandelnden (d.h. auch manualisierte Gruppenprogramme sollten nicht nur durch »Angelernte« ohne Therapieausbildung geleitet werden);
- externe Supervision;
- Fokussierung auf Skills, Üben (und nicht nur Analyse zugrundeliegender Mechanismen);
- zukunftsorientiert.

Was hingegen nicht hilft sind Bestrafung, Konfrontation, und schaminduzierende Methoden, wie sie teilweise in der sogenannten »Straftataufarbeitung« angewandt werden. Diese Methoden können dazu führen, dass der*die Betroffene die therapeutische Arbeit als aversiv erlebt, was der weiteren Motivation entgegensteht. Ebenso sollten harsche Konsequenzen, z.B. ein automatischer Therapieabbruch nach zwei Rückfällen, vermieden werden, da ein solches Vorgehen nicht die offene Auseinandersetzung mit Konsumrückfällen fördert, sondern möglicherweise nur dazu führt, diese besser zu verbergen. Ohnehin scheint die Konsequenz eines (vom Patienten oder der Patientin) nicht gewünschten Therapieabbruches bei Konsumrückfällen kontraindiziert. Rückfälle sind ein Symptom der Suchterkrankung; diese sollten daher bearbeitet werden, um die Umstände des Auftretens im Einzelfall zu verstehen und diese Kenntnisse in Zukunft zu nutzen, um erneute Rückfälle zu vermeiden. Keinesfalls sollte das Auftreten der Symptome einer Erkrankung zu Bestrafungen führen; dies gilt im Übrigen auch für die Wegnahme von Vergünstigungen. Auch scheint das einseitige Abbrechen einer Therapie bei besonders schwer Erkrankten (hier denjenigen mit besonders vielen Rückfällen) ethisch fragwürdig.

Zwingend notwendig im Umgang mit Substanzkonsum ist auch die Frage inwieweit und welcher Konsum tatsächlich deliktrelevant

ist und ob es notwendig ist, eine langfristige Abstinenz für alle Substanzen anzustreben. Konsum, z.B. von dem nun (teil-)legalisierten Cannabis, der nicht deliktrelevant ist, sollte nur im Fokus der Behandlung stehen, wenn der*die Patient*in dies selbst wünscht. Auch sollte überlegt werden, ob möglicherweise ein kontrollierter Konsum (z.B. von Alkohol), zumindest als Zwischenschritt, möglich ist. Diese Flexibilität in der – gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin gestalteten – Erarbeitung von Therapiezielen ermöglicht es mehr Patient*innen sich auf die Therapie einzulassen, wohingegen die Vorgabe einer sofortigen und dauerhaften Abstinenz von allen Substanzen abschreckend bzw. überfordernd wirken und das Einlassen auf die Therapie erschweren kann.⁸

VII. ERFOLG DER BEHANDLUNG IM MASSREGELVOLLZUG

Wie wissen wir nun, ob die Behandlung geholfen hat bzw. noch besser, wie können wir vorhersehen, ob sie helfen wird. Hier wurden in der (recht begrenzten) wissenschaftlichen Literatur verschiedene Erfolgskriterien herangezogen, z. B.:

- Art des Therapieendes: regulär vs. Abbruch
- Verhalten nach Entlassung
- Konsumrückfälle
- Weitere Delikte (z.B. Geschwindigkeit des Auftretens nach Entlassung, Art, Schwere und Häufigkeit von Delikten)

Im Hinblick auf die Art der Beendigung der Behandlung als Erfolgsmaß wissen wir, dass etwa 50% der Behandlungen nach §64 StGB vorzeitig abgebrochen werden⁹, diese Patient*innen haben eine deutliche schlechtere Prognose als diejenigen, die die Therapie abgeschlossen haben. Im Hinblick auf die Abbruchrate gibt es große Variationen, abhängig – zumindest teilweise – wohl vom Therapiekonzept und dem Umgang mit Vorkommnissen und Rückfällen. In

8 Körkel J (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. Suchttherapie, 15: 165-173

9 Haar, 2013, zitiert in Völlm B, Cerci D (2021): Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review. Suchtmedizin 23: 90-98

unserer Klinik, z. B., liegt die Abbruchrate nur bei etwa 20 Prozent, da wir Patient*innen auch nach Rückschlägen immer wieder eine neue Chance geben.

Faktoren, die einen vorzeitigen Abbruch begünstigen sind:¹⁰

- früher Beginn des Konsum bzw. von Straftaten;
- strafrechtliche Vorbelastung;
- Persönlichkeitsfaktoren;
- geringe soziale Integration (kein Schulabschluss, Beziehungen, etc.);
- geringe Therapiemotivation / -teilnahme;
- fehlendes therapeutisches Bündnis;
- fehlendes prosoziales Netzwerk;
- Vorkommnisse und Rückfälle während der Unterbringung.

Interessant ist, dass auch das zuweisende Gericht und die behandelnde Klinik einen Einfluss auf die Abbruchraten zu haben scheinen.

In qualitativen Studien, also bei Interviewbefragungen sowohl der Patient*innen als auch der Behandelenden machen diese die jeweils andere Seite für das Scheitern der Therapie verantwortlich (die Behandelnden z.B. führen die fehlende Motivation der Patient*innen an, letztere hingegen eine unfaire oder ungeeignete Behandlung an).

Im Hinblick auf die Legalbewährung zeigt sich auch nach Behandlung im Maßregelvollzug bei Patient*innen mit Unterbringungsgrundlage § 64 StGB eine – im Vergleich zu Patient*innen ohne primäre Suchterkrankung – relativ hohe Rückfallquote, die allerdings niedriger liegt als die einer gematchten Gruppe nach Gefängnisaufenthalt.¹¹ Nach durchschnittlich 30 Monaten Follow-Up nach Entlassung lag die Rate erneuter Verurteilungen bei 41 Prozent. Vorhersagefaktoren sind hier ähnlich wie beim Abbruch. Optimistisch stimmt, dass Faktoren, die sich während und nach der stationären Behandlung ergeben eine

10 Quereingässer J, Baur A (2021). Prädiktoren des Entlassmodus aus forensischer Suchtbehandlung – Erster Teil einer Übersichtsarbeit zu Erfolgsdeterminanten einer Unterbringung gemäß § 64 StGB. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 89: 496 – 506

11 Tomlin J, Meise E, Wegner J, Völlm B. Mandatory substance use treatment for justice-involved persons in Germany: a systematic review of reoffending, treatment and the recurrence of substance use outcomes. Front Psychiatry. 2024 Feb 5;14:1217561. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1217561. PMID: 38375516; PMCID: PMC10876065.

wichtigere Rolle zu spielen scheinen als die bereits vor der Unterbringung bekannten meist statischen, also unveränderbaren, Faktoren. Die Rate derer, die konsumrückfällig wird, liegt deutlich höher als die derer, die eine neue Straftat begehen, so dass festgestellt werden kann, dass nicht jeder Konsumrückfall auch erneute Straftaten nach sich zieht. Die Anfänge eines Rückfallgeschehens zu erkennen und entsprechend einzudämmen, ist eine wichtige Aufgabe forensischer Ambulanzen.

VIII. REFLEXIONEN ZUM NEUEN § 64 STGB

Was helfen uns nun diese allgemeinen Ausführungen in der Reflexion zum neuen § 64 StGB?

Zunächst einmal ist es hilfreich, sich nochmals vor Augen zu führen, warum die forensische Psychiatrie existiert. Ihre Ursprünge hat sie in der Notwendigkeit Orte der sicheren Unterbringung und Behandlung von Personen, die aufgrund von Schuldunfähigkeit nicht bestraft (also nicht in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht) werden können, zu schaffen. Ihr Ziel ist daher primär eines des Schutzes anderer. In diesem Auftrag inhärent ist das oben erwähnte dual role dilemma. Wie kann man die ethische Verpflichtung als Arzt oder Ärztin mit dem Auftrag des Schutzes der Allgemeinheit vereinbaren, und ist letzteres überhaupt eine ärztliche Aufgabe?

Bei nach § 64 StGB Untergebrachten sind die ethischen Fragestellungen teilweise einfacher, teilweise aber auch komplexer. Einfacher, weil, im Gegensatz zum § 63 StGB, die Unterbringungsdauer in der Forensik zeitlich begrenzt ist und in den meisten Fällen die Behandlung vorzeitig abgebrochen werden kann, wenn der*die Patient*in dies wünscht. Komplexer, weil hier Personen, die (meist) in ihrer Entscheidungsfähigkeit nicht beeinträchtigt sind, eine Behandlung sozusagen aufgezwungen wird, bzw. zumindest eine Unterbringung. In der Praxis ist es zwar so, dass bei klarer Ablehnung der*des Betroffenen eine Unterbringung oft nicht angeordnet werden wird, dennoch ist es irritierend, dass es hier – im Gegensatz zu allen anderen Bereichen der Medizin – nicht die Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin braucht. So zielten auch einige der Reformvorschläge genau darauf ab, dass die Unterbringung nach § 64 StGB eben einer expliziten Einwilligung der*des Betroffenen bedarf. Dies wurde bekanntlich nicht

umgesetzt. Stattdessen erfolgt die Einweisung nach wie vor ohne diese Zustimmung, aus meiner Sicht ein Zeichen dafür, dass Patient*innen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Straftat begangen haben, eben doch eher als Straftäter*innen als als Patient*innen gesehen werden und das Bedürfnis nach Bestrafung immer mitschwingt.

So ist auch zu verstehen, warum die Halbstrafenregelung in der Diskussion um die Novellierung die Gemüter so erhitzte. Dass ein*e nach § 64 StGB Untergebrachte*r möglicherweise durch eben diese Unterbringung einen Vorteil gegenüber einem Strafgefangenen haben könnte, schien vielen unerträglich. Der umgekehrte – und weitaus häufigere – Fall, dass nämlich Personen im Maßregelvollzug weitaus länger als psychisch gesunde Straftäter*innen, die zu einer Gefängnisstrafe verurteilt wurden, untergebracht sind, führt zu deutlich weniger Kritik. Warum aber sollte jemand, bei dem das Ziel der Behandlung erreicht ist, nämlich der Schutz der Bevölkerung vor weiteren Straftaten durch erfolgreiche Behandlung der (Sucht-)Erkrankung, noch länger eingesperrt bleiben? Hier wird wiederum das Bedürfnis nach Strafe eben auch bei den ärztlichen Kolleg*innen deutlich, die sich in der Diskussion auch immer wieder für die Abschaffung dieser Regelung eingesetzt haben.

Dass durch die Novellierung auch die Anzahl der insgesamt Untergebrachten reduziert werden sollte, ist vor dem Hintergrund ansteigender Patient*innenzahlen zwar verständlich, bei genauerer Betrachtung jedoch eher sonderbar. In welchem anderen Bereich der Medizin würde man so vorgehen? Und welche Erklärungen gibt es überhaupt für die steigende Anzahl an Unterbringungen? Zum einen ist es ja möglich, dass die Anzahl an Personen mit Substanzkonsumstörung, die straffällig geworden sind, zugenommen hat. Alternativ ist es möglich, dass die Zahl der Einweisungen trotz gleichbleibender Anzahl möglicher Betroffener zugenommen hat, möglicherweise, weil eben die Unterbringung im Maßregelvollzug eine bessere Prognose im Hinblick auf die Legalbewährung hat. Beide Optionen sollten eigentlich zu einer Erhöhung der Kapazitäten führen anstatt zu Überlegungen, wie die Anzahl derer, die in den Genuss einer erfolgreichen Behandlung kommt, zu reduzieren ist.

Von den konkreten Änderungen im Gesetzestext scheint die Voraussetzung einer gewissen Erkrankungsschwere die verständlichste.

Wie oben gezeigt, werden hier Kriterien aufgegriffen, die auch Bestandteil der klinischen Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung sind – es sollen also nur Personen eingewiesen und behandelt werden, die tatsächlich eine Erkrankung haben, was unmittelbaren Sinn macht, da es sich ja bei der ›Entziehungsanstalt‹ um eine Klinik zur Behandlung kranker Menschen handelt. Am wenigsten verständlich scheint die Anforderung, dass der Erfolg der Behandlung anhand von tatsächlichen Anhaltspunkten vorhergesagt werden soll. Hier wird der Mythos bedient, dass es eine große Anzahl an Personen gab, die ohne für eine Behandlung motiviert zu sein, die Unterbringung einer Klinik als den Weg des geringsten Widerstandes wählen. Hierfür gibt es wenig Evidenz und aus meiner klinischen Erfahrung ist diese Gruppe klein; zudem können solche Personen ja frühzeitig in der Behandlung identifiziert und diese dann abgebrochen werden. Aufgrund welcher Faktoren sollte der Behandlungserfolg voraus gesagt werden? Hier bieten sich oben genannte Prognosefaktoren an – vermehrte psychosoziale, kriminogene und psychiatrische Belastungen. Aber kann es wirklich der Sinn einer ressourcenintensiven, von hoch spezialisierten Fachkräften durchgeführten Behandlung sein, sich nur auf die wenig komplexen, von Anfang an konstant motivierten Patient*innen zu fokussieren? Aus meiner Sicht ist dies eine bedauerliche, ethisch höchst fragwürdige Entwicklung, die im Übrigen vollkommen erkennt, dass Motivation bei Menschen mit Substanzkonsumstörung fast per Definition anfänglich niedrig und vor allem fluktuierend ist und es eben gerade Aufgabe des Behandlungsteams ist, Motivation zu wecken und zu stärken.

Zu bemerken wäre noch, dass es den § 64 StGB oder ähnliche Unterbringungsformen nur im deutschsprachigen Raum gibt, international ist eine Entsprechung unbekannt. Dort wird nicht zwischen Eingangserkrankungen unterschieden (bzw. teilweise eine primäre Suchterkrankung von der Unterbringung in der Forensik ausgeschlossen), sondern entweder auf die Schuldfähigkeit bzw. deren Einschränkung zum Zeitpunkt der Tat oder die Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt der Verurteilung abgehoben. Suchterkrankungen werden oft auf freiwilliger Basis im Strafvollzug behandelt, was allerdings eine gut ausgebaute Struktur für solche Behandlungen voraussetzt, die in Deutschland nicht einmal ansatzweise vorhanden ist.