

# „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG ("Therapie statt Strafe"): Wirksamkeit und Trends“

## Abschlussbericht

August 2013

Dr. Heike Zurhold

PD Dr. Uwe Verthein

Prof. Dr. Jens Reimer

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Alescha Lara Savinsky

Fakultät für Rechtswissenschaften der Universität Hamburg

Gefördert durch:

Im Auftrag des

Bundesministeriums für Gesundheit

Förderkennzeichen: IIA5-2511DSM231



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund der Studie</b>	<b>7</b>
1.1	Finanzierung und Dauer der stationären medizinischen Rehabilitation	7
1.2	Gegenwärtige Entwicklungen bei der Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG	8
1.3	Gegenwärtige Entwicklungen bei der Strafrestausssetzung zur Bewährung nach § 57 StGB und der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB	12
1.4	Ergebnisse der stationären medizinische Rehabilitation	14
<b>2</b>	<b>Fragestellungen und Zielsetzungen der Studie</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	<b>18</b>
3.1	Trendanalyse	19
3.2	Beschreibung der aktuell ambulant und stationär behandelten Drogenabhängigen	20
3.3	Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation	21
3.4	Exemplarische Analyse der Vollstreckungshefte	23
3.5	Interviews mit ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen und Staatsanwaltschaften	23
<b>I</b>	<b>Strafrecht</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>Voraussetzungen strafrechtlich veranlasster Drogentherapien</b>	<b>27</b>
4.1	Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG	27
4.1.1	Sinn und Zweck der Vorschrift	27
4.1.2	Voraussetzungen des § 35 BtMG und Verfahren	28
4.1.3	Zurückstellungsentscheidung der Vollstreckungsbehörde	35
4.1.4	Das Widerrufsverfahren	36
4.1.5	Anrechnung von Therapiezeiten nach § 36 BtMG	37
4.1.6	Strafausssetzung zur Bewährung nach § 36 BtMG	38
4.2	Absehen von der Erhebung der Anklage nach § 37 BtMG	39
4.3	Strafausssetzung zur Bewährung nach § 56 StGB	40
4.4	Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung nach § 57 StGB	41
4.5	Maßregel der Sicherung und Besserung der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt	42
4.6	Darstellung der justiziellen Verfahrensabläufe	44
<b>5</b>	<b>Analyse exemplarischer Vollstreckungshefte</b>	<b>48</b>
5.1	Urteil und Strafmaß	49
5.2	Erledigungen der Rechtspfleger von Anträgen nach § 35 BtMG	50
5.3	Verfahren nach Beendigung der Rehabilitation	52
<b>II</b>	<b>Trend</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>Trends in der Zurückstellung der Strafverfolgung und Strafvollstreckung</b>	<b>54</b>
6.1	Analyse von Statistiken der Rechtspflege	55
6.1.1	Einstellung der Strafverfolgung	55
6.1.2	Zurückstellung der Strafvollstreckung	58

6.2	Analyse von Daten aus Drogenhilfeeinrichtungen	64
6.2.1	Stationäre Rehabilitation	64
6.2.2	Ambulante Sucht- und Drogenhilfe (BADO Hamburg)	67
6.2.3	Exkurs: BADO Schleswig-Holstein und der Deutsche Kerndatensatz (KDS)	68
<b>III</b>	<b>Gruppenvergleich</b>	<b>74</b>
<b>7.</b>	<b>Merkmale von Drogenabhängigen in Behandlung</b>	<b>74</b>
7.1	Vergleich von Gruppen in der ambulanten Betreuung in Hamburg	75
7.1.1	Alter und Hauptdrogenproblem	75
7.1.2	Soziale Situation	77
7.1.3	Justizielle Situation	79
7.1.4	Gesundheitliche Situation	82
7.1.5	Vorherige Betreuungen und Behandlungen	84
7.2	Vergleich von Gruppen in der stationären Rehabilitation in Hamburg	86
7.2.1	Alter und Drogenkonsum	87
7.2.2	Soziale Situation	89
7.2.3	Justizielle Situation	91
7.2.4	Gesundheitliche Situation	93
7.2.5	Vorherige Drogenbehandlungen	95
<b>IV</b>	<b>Wirksamkeit</b>	<b>98</b>
<b>8</b>	<b>Wirksamkeit stationärer Rehabilitation bei Drogenabhängigen</b>	<b>98</b>
8.1	Art der Therapiebeendigung	98
8.2	Dauer der stationären Rehabilitation	100
8.3	Rückfälle während der Behandlung	104
<b>V</b>	<b>Praxis</b>	<b>106</b>
<b>9</b>	<b>Interviews mit Staatsanwaltschaft und stationärer Rehabilitation</b>	<b>106</b>
9.1	Staatsanwaltschaften	106
9.1.1	Änderungen in der Praxis	106
9.1.2	Bearbeitung von Anträgen auf Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG	109
9.1.3	Prüfung der Kausalität	111
9.1.4	Dauer und Hindernisse bei der Bearbeitung der § 35 BtMG-Anträge	112
9.1.5	Entscheidungen im Zusammenhang mit der Rehabilitation	114
9.1.6	Vernetzung zwischen Strafvollstreckungsbehörde und Drogenhilfe	118
9.2	Rehabilitationseinrichtungen	120
9.2.1	Haltung zur Freiwilligkeit und Therapiemotivation	121
9.2.2	Trends und aktuelle Praxis bei Therapieantritten nach § 35 BtMG	122
9.2.2	Merkmale von Patientinnen und Patienten	124
9.2.3	Wirksamkeit der stationären Rehabilitation	125
9.2.4	Erfahrungen mit Kostenübernahme und Berichtspflicht	127
9.2.5	Gegenwärtige Herausforderungen	129
9.2.6	Vernetzung zwischen Drogenhilfe und Strafvollstreckungsbehörde	130
<b>10</b>	<b>Zusammenfassende Schlussfolgerungen</b>	<b>133</b>
	<b>Literatur</b>	<b>141</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Basisdaten der stationären Drogenhilfeeinrichtungen zum Entlassungsjahrgang 2010 und 2011 (BUSS-Statistik)	15
Tabelle 2: Anzahl an Therapiebeendigungen in 2010 und 2011 nach Rehabilitationseinrichtung	22
Tabelle 3: Merkmale der fünf Verurteilten auf Grundlage der Vollstreckungshefte	48
Tabelle 4: Anzahl an Patienten und Patientinnen in stationärer Rehabilitation - nach Jahr und gesetzlicher Grundlage	65
Tabelle 5: (Schleswig-Holstein) - Ambulante Betreuungen die in 2009 oder 2010 begonnen wurden mit dem Eintrag „gesetzliche Grundlage“	70
Tabelle 6: (Schleswig-Holstein) - Vermittlung in die ambulante Betreuung oder Behandlung im Gruppenvergleich	71
Tabelle 7: (Schleswig-Holstein) - Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn im Gruppenvergleich	72
Tabelle 8: (Schleswig-Holstein) - Wohnsituation am Tag des Betreuungsendes im Gruppenvergleich	72
Tabelle 9: Alter und Hauptdrogenproblem von ambulant Betreuten (BADO Hamburg)	75
Tabelle 10: Migrationshintergrund, Haupteinkommen und aktueller Aufenthaltsort (BADO Hamburg)	78
Tabelle 11: Gründe für die gerichtlichen Verurteilungen - Mehrfachantworten (BADO Hamburg)	81
Tabelle 12: Gesamtdauer aller bisherigen Inhaftierungen im Strafvollzug in Monaten (BADO Hamburg)	82
Tabelle 13: Aktuelle psychische Belastung und körperliche Beeinträchtigung (BADO Hamburg)	83
Tabelle 14: Vorangegangene Betreuungen und Behandlungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn (BADO Hamburg)	85
Tabelle 15: Alter bei Erstsitution und Lebensalter (BADO Hamburg)	86
Tabelle 16: Alter bei Therapieantritt und problematischer Drogenkonsum in den 6 Monaten vor Therapieantritt - (REHA Hamburg)	88
Tabelle 17: Dauer der Abhängigkeit nach Selbsteinschätzung - (REHA Hamburg)	89
Tabelle 18: Migrationshintergrund der Therapiebeender - (REHA Hamburg)	89
Tabelle 19: Einkommen und Wohnsituation vor Therapiebeginn - (REHA Hamburg)	90
Tabelle 20: Delikte der Therapiebeender – Mehrfachnennungen (REHA Hamburg)	92
Tabelle 21: Drogenbehandlungen vor Therapiebeginn – Mehrfachangaben (REHA Hamburg)	96
Tabelle 22: Anzahl und Dauer vorheriger Drogenbehandlungen (REHA Hamburg)	96
Tabelle 23: Art der Therapiebeendigung in 2010 und 2011 getrennt nach Patientinnen und Patienten mit/ohne § 35 BtMG	99
Tabelle 24: Art der Rehabilitationsmaßnahme in Hamburg getrennt nach Patientinnen und Patienten mit § 35 BtMG und ohne §35 BtMG	101
Tabelle 25: Rehabilitationseinrichtungen, die an einem Interview teilnahmen	121

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Von der Staatsanwaltschaft und dem Amtsgericht erledigte Verfahren nach §§ 37, 38 BtMG in Deutschland – 2001-2011	56
Abbildung 2: Von der Staatsanwaltschaft erledigte Verfahren nach § 31a Abs.1 BtMG in Deutschland – 2001-2011	57
Abbildung 3: Bundesweiter Trend in dem Absehen von Strafverfolgung und Anklage – 2001 -2011	58
Abbildung 4: Abgänge aus dem bundesweiten Justizvollzug im März des angegebenen Jahres wegen Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG – 2003-2012	59
Abbildung 5: Bewährungsunterstellungen im früheren Bundesgebiet nach §§ 35, 36 BtMG am 31.12. des angegebenen Jahres – 2001-2010	60
Abbildung 6: Verurteilte mit einer Unterbringung in eine Entziehungsanstalt nach § 64 StGB am 31. März des angegebenen Jahres (ohne Trunksucht) – 2001-2011	61
Abbildung 7: Bundesweiter Trend in Anwendung des §§ 35, 36 BtMG und § 64 StGB – 2001 -2011	62
Abbildung 8: Beendigung einer stationären Rehabilitation in Hamburg in den Jahren 1998 – 2011 - nach Art justizieller Auflagen (n=2.116)	66
Abbildung 9: Drogenkonsumierende in ambulanter Betreuung/Behandlung in Hamburg in 2002 – 2011 - nach Problemen mit der Justiz und Hauptdrogenproblem (n=42.818)	68
Abbildung 10: Alter differenziert nach Kategorien und Gruppen – N=14.081 (BADO Hamburg)	76
Abbildung 11: Alter bei Störungsbeginn für ausgewählte Substanzen – Mehrfachangaben (BADO Hamburg)	77
Abbildung 12: Verurteilungen und Inhaftierungen - Lifetime (BADO Hamburg)	80
Abbildung 13: Aktuelle Infektion mit Hepatitis C – N= 11.403 (BADO Hamburg)	84
Abbildung 14: Verurteilungen und Inhaftierungen – Lifetime (n=208) – (REHA Hamburg)	92
Abbildung 15: Mittlere Gesamthaftdauer (n=184) – (REHA Hamburg)	93
Abbildung 16: Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsproblemen bei Therapieaufnahme (n=181) – (REHA Hamburg)	94
Abbildung 17: Prävalenz der Infektion mit Hepatitis C (n=181) – (REHA Hamburg)	95
Abbildung 18: Art der Beendigung der Entwöhnungsbehandlung <sup>1</sup> und Adaption getrennt nach Patientinnen und Patienten mit/ohne § 35 BtMG (n=254)	102
Abbildung 19: Zeit in Tagen in Entwöhnungsbehandlung und Adaption nach Art der Beendigung und Gruppen (n=254)	103
Abbildung 20: Rückfälle während der stationären Behandlung getrennt nach Patientinnen und Patienten mit/ohne § 35 BtMG (n=254)	105

## Abkürzungsverzeichnis

BADO	Basisdatendokumentation: Ein Monitoringsystem zur Nutzung der verschiedenen Bereiche des Drogen-Hilfesystems
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelrecht
BUSS	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
BZRG	Bundeszentralregister
DRV	Deutsche Rentenversicherung
FDR	Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.
Hess. LSG	Hessisches Landessozialgericht
i.V.m	in Verbindung mit
JVA	Justizvollzugsanstalt
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
MESTA	Mehrländer-Staatsanwaltschafts-Automation
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (erscheint im Verlag H.C. Beck)
NRW	Nordrhein-Westfalen
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht (erscheint im Verlag H.C. Beck)
NStZ-RR	NStZ – Rechtsprechungs-Report (erscheint im Verlag H.C. Beck)
REHA	Rehabilitation
SGB	Sozialgesetzbuch
STA	Staatsanwaltschaft
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StrVollstrO	Strafvollstreckungsordnung
StV	Strafverteidiger (erscheint im Carl Heymanns Verlag)

# 1 Hintergrund der Studie

Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie wurde in dem Zeitraum von November 2011 bis Dezember 2012 durchgeführt. Ziel der Studie war, Trends der Inanspruchnahme und die Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation gemäß § 35 BtMG zu untersuchen.

Die Regelung des Betäubungsmittelgesetzes, die Strafvollstreckung zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme zurückzustellen („Therapie statt Strafe“) trat 1982 in Kraft. Zunächst wurde eine Rückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG ausschließlich bei einer stationären Drogentherapie bewilligt. Im Laufe der seit nunmehr 30 Jahren gültigen Regelung wird das Prinzip „Therapie statt Strafe“ inzwischen auch für die ambulante Therapie und die Substitutionsbehandlung angewendet, gleichwohl eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme rechtlich bereits immer möglich war.

Seit Einführung einer Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG haben sich stationäre Einrichtungen der Drogenrehabilitation darauf eingerichtet Patientinnen und Patienten aufzunehmen, die von der Justiz zugeführt werden. So haben die meisten Einrichtungen die staatliche Anerkennung zur Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Straftätern<sup>1</sup> erworben und zum Teil auch die Anzahl an Therapieplätzen erhöht. Nach der Deutschen Suchthilfestatistik gibt es bundesweit 196 stationäre Einrichtungen, in denen im Jahr 2011 etwa 8.400 Drogenbehandlungen durchgeführt worden sind.<sup>2</sup>

Nach Einschätzung der Suchthilfeverbände wie BUSS und FDR ist es in den letzten fünf Jahren zu einem erheblichen Rückgang an Therapieaufnahmen gemäß § 35 BtMG gekommen, so dass die Suchtrehabilitation „massiv unter Druck“ geraten sei (Problemanzeige der Suchtfachverbände, 30.09.2010). Hierfür werden zwei Ursachen benannt; die gesunkene Finanzierung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen durch die Deutsche Rentenversicherung und die zunehmende Verneinung des für den § 35 BtMG erforderlichen „Kausalzusammenhanges“ zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit durch die Vollstreckungsbehörden.

## 1.1 Finanzierung und Dauer der stationären medizinischen Rehabilitation

Bei Abhängigkeitserkrankungen tritt überwiegend die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als Leistungsträger ein, um Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation zu finanzieren. Nach Auffassung der Suchthilfeverbände ist das Budget der DRV aufgrund der gestiegenen Anträge auf

---

<sup>1</sup> Voraussetzungen für die staatliche Anerkennung sind z.B. ein fachlich anerkanntes Behandlungskonzept, ein Belegungsvertrag mit einem der Leistungsträger, eine klare Definition eines Behandlungsabbruchs und die Meldung von Behandlungsabbrüchen an die Vollstreckungsbehörde.

<sup>2</sup> Die Angaben beziehen sich auf Beendigungen einer Therapie wegen des Konsums psychotroper Substanzen in stationären Rehabilitations- und Adaptionseinrichtungen und in (teil-)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie: <http://www.suchthilfestatistik.de/download.html>

jedwede medizinische Rehabilitation erstmals in 2010 vollständig ausgeschöpft gewesen (Problemanzeige der Sucht-Fachverbände, 18.02.2011). Die demzufolge nötigen Sparmaßnahmen wurden in der Weise umgesetzt, dass die Leistungsübernahme für stationäre Maßnahmen seltener bewilligt würde und stattdessen vermehrt kostengünstigere ambulante oder kombinierte Maßnahmen finanziert würden.

Kombinierte Maßnahmen bestehen stattdessen in einer verkürzten stationären Behandlungsphase mit anschließender ambulanter Behandlung. An dieser Entwicklung kritisieren die Suchthilfeverbände, dass sich die Leistungen der DRV nicht länger an den Therapiekonzepten orientieren und durch die willkürlich verkürzte Behandlungsdauer zudem mehr Patienten und Patientinnen aufgenommen werden müssen, was wiederum einen erhöhten personellen und administrativen Aufwand impliziert. In der Tat wurde die Dauer der medizinischen Rehabilitation für Drogenabhängige seit 1980 v.a. aus ökonomischen Gründen kontinuierlich verkürzt. Galten um 1980 für Drogenabhängige 12 bis 24 Monate als eine optimale Therapiedauer, so reduzierte sich die Therapiezeit in den Folgejahren auf 18, 15 und 12 Monate sowie zuletzt im Jahr 1997 auf 10 Monate (Sonntag & Künzel, 2000). Seit 1997 werden Drogenabhängige in einer Regelzeit von sechs Monaten und ggf. einer zusätzlichen Adaptionsphase von vier Monaten behandelt. (Geyer & Wernado, 2006; Sonntag & Künzel, 2000). Allerdings hat die Deutsche Rentenversicherung Bund das „Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen“ im Jahr 2010 noch weiter spezifiziert und eine weitere Kürzung der Regeltherapiedauer vorgenommen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010). So wird bestimmt, dass für Abhängige von illegalen Drogen Auffangbehandlungen 10 Wochen, Wiederholungsbehandlungen 16 Wochen, Kurzzeittherapien 12 bis 16 Wochen und Langzeittherapien bis zu 26 Wochen dauern. Eine Verlängerung oder Verkürzung der stationären Rehabilitationsdauer kann bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit und/oder ungünstiger Prognose erfolgen. Anzumerken ist, dass es bei den Rentenversicherungsträgern zur Dauer der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigkeit derzeit keine einheitliche Festlegung gibt.

## **1.2 Gegenwärtige Entwicklungen bei der Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG**

Zur gegenwärtigen Anwendung der Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG liegen aus der Praxis gleich mehrere Problemanzeigen und Stellungnahmen vor (Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern, 2011; Landmann, 2011; Problemanzeige der Sucht-Fachverbände, 18.02.2011, 30.09.2010). Übereinstimmend wird problematisiert, dass Anträge von Inhaftierten auf Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG immer häufiger abgelehnt würden, da die Staatsanwaltschaft als Vollstreckungsbehörde zunehmend das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs bestreite. Aus Sicht der Drogenhilfeeinrichtungen legen die Staatsanwaltschaften den Kausalzusammenhang enger aus, so dass immer häufiger in Abrede gestellt wird, dass die Straftat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde. Auch die Zustimmung des Gerichtes zur Anwendung des § 35 BtMG



im Gerichtsurteil reiche nicht mehr aus, um die Zustimmung durch Staatsanwaltschaft zu erhalten. Die verstärkte Ablehnung von Strafrückstellungen nach dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ ist nach Einschätzung der Drogenhilfe darin begründet, dass eine große Zahl von Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern die Anträge nach § 35 BtMG nach engen Vorgaben prüfen müsse, jedoch oftmals nur wenig Erfahrung mit den suchtspezifischen Besonderheiten der Fälle habe.

In den Problemanzeigen wird die gegenwärtige Entwicklung als Ausdruck einer veränderten Sichtweise auf den ursprünglichen Zweck der Therapieregulierung bewertet. Rehabilitationsmaßnahmen sollen der Resozialisierung drogenabhängiger Straftäter dienen und somit zur Prävention der Drogenkriminalität beitragen. Aufgrund der zunehmenden Ablehnung von Anträgen nach einer Rehabilitation gemäß § 35 BtMG wird von den Drogenhilfeeinrichtungen allerdings befürchtet, dass sich die Verweildauer im Justizvollzug verlängert und Einweisungen in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB zunehmen. Eine längere Haftdauer resultiert nach Einschätzung der Drogenhilfe auch aus dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 4.8.2010, da mit diesem Urteil die Umstellung der Vollstreckungsreihenfolge nicht mehr möglich sei. Zuvor konnten zunächst die nicht zurückstellungsfähigen Strafen verbüßt werden, um dann anschließend eine Zurückstellung derjenigen Strafen nach § 35 BtMG zu beantragen, die aufgrund der Kausalität zurückstellungsfähig sind. Durch das BGH-Urteil ist Vollstreckungsreihenfolge festgelegt und somit die Möglichkeit eines Überganges von der Haft in eine Rehabilitation erschwert worden (Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern, 2011; Problemanzeige der Sucht-Fachverbände, 18.02.2011). Ein weiteres Hindernis für den Übergang von der Haft in eine medizinische Rehabilitation stellt der fehlende Krankenversicherungsschutz dar. In einer weiteren Problemanzeige der Suchthilfeverbände wird auf die dramatische Situation hingewiesen, dass Inhaftierte bei Aufnahme in die medizinische Rehabilitation oftmals über keine Krankenversicherung verfügten, diese jedoch eine Voraussetzung für die Rehabilitation sei (Problemanzeige der Sucht-Fachverbände, 30.09.2010). Bei einer im Jahr 2009 durchgeführten Umfrage unter 141 Fachkliniken zeigte sich, dass von den Haftentlassenen bei Aufnahme einer stationären Drogentherapie 77% ohne Krankenversicherungsschutz waren. Da es sich hierbei um mehr als 3.500 Personen handelt, wird der dringende Handlungsbedarf formuliert, bereits während der Haft die Frage des Krankenversicherungsschutzes für die Zeit nach der Haftentlassung zu klären.

Von der Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (AG DROPO) wurde anlässlich der Diskussionen um den Rückgang von Strafrückstellungen zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme in 2011 eine Befragung unter drogenabhängigen Patientinnen und Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation in NRW durchgeführt (Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V., 2011). Bei der Befragung ging es darum, Art, Umfang und Qualität der Therapievorbereitung in den Justizvollzugsanstalten (JVA) sowie den Übergang von der JVA in die stationäre Drogenbehandlung näher zu beleuchten. An der Befragung haben 21 Patientinnen und 131 Patienten aus 27 stationären Ein-

richtungen teilgenommen, was einer Beteiligungsquote von 55 % entspricht.<sup>3</sup> Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der vermutete Rückgang in den Therapieaufnahmen nach § 35 BtMG nicht nur auf die Ablehnung entsprechender Anträge durch die Staatsanwaltschaft zurückgeführt wird, sondern auch darin begründet sein kann, dass Inhaftierte seltener einen Antrag auf eine Rehabilitation nach § 35 BtMG stellen.

So gaben 50 %-60 % der Befragten an, bei der Therapievorbereitung durch die anstaltsinternen Dienste oder durch eine externe Sucht- und Drogenberatungsstelle unterstützt worden zu sein (Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V., 2011). Auf diese Unterstützung mussten knapp zwei Drittel der Befragten bis zu sechs Monaten und ein weiteres Drittel sogar zwischen 6-12 Monaten warten. Zwischen dem Beginn der Unterstützung und einem Therapieantritt nach § 35 BtMG vergingen bei etwa 58 % der Therapiewilligen weitere sechs Monate. Für Inhaftierte mit einer ambivalenten Motivationslage kann sich die lange Vorbereitungs- und Beantragungsdauer als eine zu große Hürde erweisen, um eine Aufnahme in die Drogenbehandlung noch weiter zu verfolgen. Hinzu kommt, dass die Mehrheit der Befragten zur Beantragung einer Therapie nach § 35 BtMG weitere Anforderungen erfüllen musste. Neben einem Abstinenznachweis durch Drogenscreenings berichteten die Befragten auch von der verpflichtenden Teilnahme an Einzel- oder Gruppengesprächen oder dem Aufenthalt in einer drogentherapeutischen Abteilung der JVA. Auf Grundlage der Befragungsergebnisse kommt die AG DROPO ebenfalls zu dem Schluss, dass die langen Wartezeiten bis zur Unterstützung durch interne oder externe Hilfen, die Bearbeitungszeiten bei der Beantragung des § 35 BtMG und auch das Urteil des Bundesgerichtshofes die Umsetzung des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ gegenwärtig behindern.

Insgesamt verweisen die Erfahrungen und Umfragen der Suchthilfeverbände darauf, dass es gegenwärtig eine Reihe von Hindernissen bei der Umsetzung des § 35 BtMG zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme gibt. Der Weg von Inhaftierten mit einer Drogenproblematik aus der Justizvollzugsanstalt in die stationäre medizinische Rehabilitation wird behindert durch

- lange Wartezeiten bis zur Unterstützung bei der Antragsstellung auf Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG,
- die zunehmenden Zweifel der Vollstreckungsbehörden an der Kausalität zwischen Drogenabhängigkeit und Straftat,
- die gesetzlich vorgeschriebene Vollstreckungsreihenfolge nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs, und
- den fehlenden Krankenversicherungsschutz nach der Haftentlassung.

Infolge dieser Umstände verlängert sich die Verweildauer in der Justizvollzugsanstalt, was nicht nur die Resozialisierung mithilfe einer Rehabilitationsmaßnahme verzögert oder gar behindert, sondern auch mit weiteren Kosten für die Unterbringung in Haft einhergeht.

---

<sup>3</sup> 32 von insgesamt 42 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in NRW haben sich zur Teilnahme an der Befragung bereit erklärt. Zum Befragungszeitpunkt waren 989 Patienten und Patientinnen in stationärer Behandlung. Von diesen waren unmittelbar vor Therapieantritt 332 Personen (33,6 %) in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht.

In Baden-Württemberg und Bayern wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen zu den Einsparungen in den Justizvollzugsanstalten durch die Vermittlung von inhaftierten Drogenabhängigen in die medizinische Rehabilitation (Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern, 2004; Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V., 2005). Die Kosten-Nutzen-Analyse basiert auf der Überlegung, dass die Vermittlungen von drogenabhängigen Inhaftierten aus der Strafhafte in die medizinische Rehabilitation nach § 35 BtMG (Zurückstellung der Strafvollstreckung) Hafttage vermeidet und dadurch zu Einsparungen für den Justizvollzug führt. Die eingesparten Hafttage errechnen sich aus der Differenz vom Tag des tatsächlichen Therapieantritts bis zum letzten Hafttag der ursprünglichen Gesamtstrafdauer.

In Bayern betragen die Tageshaftkosten im Jahr 2002 durchschnittlich 62,74 € (70,03 € mit Baukostenzusatz). Die Zuwendungen für die externen Drogenberatungen in Bayern beliefen sich im Jahr 2003 auf 2,1 Millionen Euro. Die Aufwendungen durch die externe Drogenberatung für die erfolgte Vermittlung in eine Drogentherapie nach § 35 BtMG werden gegen die Anzahl an dadurch vermiedenen Hafttagen gegengerechnet. Nach Auskunft des Bayerischen Justizministeriums erfolgten im Jahr 2003 ohne Widerrufe insgesamt 585 Zurückstellungen der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG. Nach Berechnungen der externen Drogenberatung in der JVA Aichach konnten pro Vermittlung in die Rehabilitation durchschnittlich 472 Hafttage vermieden werden (Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern, 2004). Durch die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme konnten insgesamt 276.120 Hafttage (585 x 472) vermieden werden, was eine Einsparung von 17.323.768 € (19.336.683 € mit Baukostenzusatz) für die Justiz bedeutete. Werden die Zuwendungen für die externe Drogenberatung einkalkuliert, bleibt insgesamt eine Kostenersparnis von jährlich etwa 15-17 Millionen Euro.

In Baden-Württemberg wurden analoge Berechnungen angestellt. In 2004 wurden durch die externe Drogenberatung insgesamt 471 nicht widerrufenen Vermittlungen von drogenabhängigen Inhaftierten in eine ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation vorgenommen und dadurch durchschnittlich 254 Hafttage pro Vermittlung vermieden. Nach der jährlichen Statistik der Landesstelle für Suchtfragen wurden in 2004 insgesamt 730 Gefangene in Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 BtMG vermittelt und folglich 185.420 (730 x 254) Hafttage vermieden. In Baden-Württemberg liegen die Tageshaftkosten bei etwa 75 Euro, was bei der Anzahl an vermiedenen Hafttagen einer Einsparung von 13.906.500 € entspricht. Für die Fachkräfte der externen Drogenberatung wurden in 2004 insgesamt 517.830 Euro aufgewendet. Der Nettoeinsparereffekt bei einer Vermittlung in eine Rehabilitationsmaßnahme beträgt folglich rund 13 Millionen Euro (Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V., 2005).

Für Baden-Württemberg liegen auch neuere Angaben zur Vermittlung in die Rehabilitation gemäß § 35 BtMG durch die externen Suchtberatungsstellen vor (Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg, 2010; 2011). Laut der Jahresstatistik der externen Suchtberatung im Strafvollzug gab es in 2010 insgesamt 4.897 Beratungsanfragen und davon wurde in insgesamt

850 Fällen ein Antrag nach § 35 BtMG gestellt (17 % aller Beratungsanfragen). Im Jahr 2011 bezogen sich 933 der insgesamt 4.685 Beratungsanfragen auf die Antragsstellung auf Strafzurückstellung § 35 BtMG (20 % aller Beratungsanfragen). Zumindest in den beiden Jahren 2010 und 2011 sprechen die Angaben nicht dafür, dass in Baden-Württemberg die Anzahl an Vermittlungen nach § 35 BtMG durch die externe Suchtberatung zurückgegangen ist. Wie sich der Trend der Zurückstellungen der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG darstellt, war ein zentraler Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie.

### **1.3 Gegenwärtige Entwicklungen bei der Strafrestausssetzung zur Bewährung nach § 57 StGB und der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB**

Neben der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG besteht die rechtliche Möglichkeit gemäß § 57 StGB vorzeitig aus der Haft entlassen zu werden. Die Anwendung der Strafrestausssetzung zur Bewährung nach § 57 StGB erfordert allerdings eine positive Prognose für inhaftierte Drogenabhängige. In der Vergangenheit war es üblich, dass die Strafvollstreckungsbehörde von einer positiven Prognose ausging, wenn die Kostenzusage des Rentenversicherungsträgers für eine Rehabilitationsmaßnahme vorlag. Von der Deutschen Rentenversicherung wurde jedoch klargestellt, dass Leistungen zur Teilhabe gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI gesetzlich ausgeschlossen sind, wenn die Aussetzung oder Unterbrechung der Haft für die Dauer der Rehabilitation nur in Aussicht gestellt wird, nicht aber bereits rechtsverbindlich beschlossen ist (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011). Solange keine richterliche Entscheidung zur Strafrestausssetzung zur Bewährung gemäß § 57 StGB getroffen wurde, werden keine Leistungen für eine Entwöhnungsbehandlung bewilligt. Faktisch bedeutet das, dass ein Antrag auf Kostenübernahme für eine Rehabilitationsmaßnahme erst dann bearbeitet wird, wenn der Rentenversicherungsträger von der Strafvollstreckungsbehörde die Mitteilung erhalten, dass der § 57 StGB Anwendung findet (Problemanzeige der Sucht-Fachverbände, 18.02.2011). Somit entsteht ein Teufelskreis für die betroffenen Inhaftierten, da ihre positive Prognose von der Zusage auf die Übernahme der Leistungen einer Rehabilitation abhängt, diese jedoch erst gewährt wird, wenn die positive Prognose und eine vorzeitige bedingte Haftentlassung rechtsverbindlich festgestellt ist. Diese sich gegenseitig ausschließenden Rechtsauffassungen unterminieren die Möglichkeit, straffällig gewordenen drogenabhängigen Menschen (frühzeitig) eine Chance zur Rehabilitation und Resozialisierung zu gewähren.

#### *Anordnung der Unterbringung gemäß § 64 StGB*

Die Anordnung einer Maßregel gemäß § 64 StGB verfolgt keinen Strafzweck, sondern dient vor allem der Sicherheit der Gesellschaft vor den Gefahren schwerer oder wiederholter Straftaten durch substanzabhängige Personen. Im Maßregelvollzug soll die Sicherheit der Allgemeinheit durch die therapeutische Behandlung von Straftätern erreicht werden, um somit die Rückfallgefahr zu verringern (von der Haar, 2012). Die Anordnung der Unterbringung gemäß § 64 StGB ist, bedingt nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes, an das Vorliegen einer positiven

Behandlungs- und Rehabilitationsprognose geknüpft. Durch die Behandlung soll eine Verhaltensänderung bewirkt werden, die zu einer Verbesserung der Kriminalprognose führt. Grundsätzlich ist für die Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB die Dauer von bis zu 2 Jahren gesetzlich vorgegeben; ein im Vergleich zu anderen Behandlungen deutlich längerer Zeitraum, der unter Umständen auch noch verlängert werden kann (von der Haar, 2012; Wittmann, 2012).

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Suchthilfeverbände in den letzten Jahren eine Zunahme von Einweisungen in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB beobachtet haben. Diese Zunahme ist Folge der höchstrichterlichen Rechtsprechung, nach der die Maßregel der Unterbringung in eine „Entziehungsanstalt“ Vorrang vor den Regelungen des BtMG habe. So wurden im Jahr 2010 etwa 1.800 Drogenabhängige und „nur“ etwa 1.200 Alkoholabhängige zur Unterbringung gemäß § 64 StGB verurteilt (Wittmann, 2012). Gegenwärtig sind etwa zwei Drittel der im Maßregelvollzug Untergebrachten von illegalen Drogen abhängig. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wurde in den letzten 10 Jahren nicht nur häufiger angeordnet, sondern auch die Dauer der Unterbringung hat zugenommen. Von der Haar (2012) erläutert, dass die verschärften gesetzlichen Regelungen etwa im Hinblick auf die Entlassungsprognose zu dieser Entwicklung beitragen.

„Die Schwierigkeiten der Entlassungsprognose und der Einfluss von gesetzlichen Regelungen lassen sich auch am Anteil der Bewährungsentlassungen ablesen. Während er Mitte der 90er Jahre bei gut 50 % lag, sind es noch knapp 40 %, bei denen die Maßregel zur Bewährung ausgesetzt wird. Entsprechend nahm der Anteil der Unterbringungen, die wegen Erfolglosigkeit erledigt wurden von ca. 35 % auf knapp 50 % zu“ (von der Haar, 2012).

Gleichwohl die Mehrheit der im Maßregelvollzug untergebrachten Patientinnen und Patienten ein Drogenproblem haben, gilt dort das Abstinenzparadigma. Lediglich im Maßregelvollzug der ASKLEPIOS Klinik Nord in Hamburg-Ochsenzoll werden – lange Zeit unbemerkt von der Fachöffentlichkeit – Opioidabhängige substituiert. Erst in den letzten drei bis vier Jahren wird vermehrt diskutiert, die Quote erfolgreicher Behandlungen im Maßregelvollzug durch die Substitutionsbehandlung zu verbessern. In Hamburg-Ochsenzoll ging der Anteil Heroinabhängiger, die nach der Behandlung in den Strafvollzug zurückgeführt wurden, durch die Substitutionsbehandlung von zuvor 49 % auf 10 % zurück (Wittmann, 2012).

Die Hauptunterbringungsgründe bei Abhängigen von illegalen Drogen sind zu über einem Drittel Verstöße gegen das BtMG sowie zu rund einem Drittel Eigentumsdelikte (mit und ohne Gewalt). Demgegenüber führen bei Alkoholabhängigen in der Hälfte aller Fälle Körperverletzungsdelikte zur Unterbringung (von der Haar, 2012; Wittmann, 2012). Im Maßregelvollzug werden zu über 90 % Männer behandelt. Bei der Anordnung der Maßregel sind die meisten Patienten um die 30 Jahre alt. Unter den Abhängigen von illegalen Drogen weisen mehr als ein Drittel einen Migrationshintergrund auf (von der Haar, 2012), und bis zur Anordnung der Maßregel sind etwa 10 Jahre seit der ersten Straftat vergangen (Wittmann, 2012). Im Durchschnitt sind bei den Drogenabhängigen im Maßregelvollzug sieben Vorstrafen aktenkundig und vor der Unterbringung waren sie durchschnittlich bereits 42 Monate inhaftiert (Wittmann, 2012). Neben der

Unterbringung im Maßregelvollzug hat gegenwärtig mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten eine parallele Freiheitsstrafe von mehr als drei Jahren erhalten (von der Haar, 2012; Wittmann, 2012).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl an Drogenabhängigen im Maßregelvollzug und des hohen Anteils der Rückfälligkeit und Wiederinhaftung konstatiert Wittmann (2012), dass das Angebot der Substitution für Opioidabhängige heutzutage zum „Behandlungsspektrum im § 64 StGB zählen“ müsse.

#### **1.4 Ergebnisse der stationären medizinische Rehabilitation**

Aus der Deutschen Suchthilfestatistik liegen Daten zur Beendigung einer Therapie in stationären Suchthilfeeinrichtungen vor und vom Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS) werden jährlich Basis- und Katamnesedaten zum Entlassungsjahrgang veröffentlicht. Allerdings bieten diese Daten keinen Hinweis auf Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Rehabilitation nach § 35 BtMG angetreten haben.

Aus der Deutschen Suchthilfestatistik geht hervor, dass in 2011 von den insgesamt etwa 8.400 stationären Drogenbehandlungen in 34 % der Fälle eine Behandlung wegen eines Opiatproblems und in 26 % der Fälle wegen eines Cannabisproblems erfolgte. Bezogen auf die stationären Einrichtungen im Bereich der illegalen Drogen liefert die BUSS-Auswertung der Basisdaten für die Entlassungsjahrgänge 2010 und 2011 ein paar genauere Informationen zu den Patientinnen und Patienten. Die Daten für 2010 und 2011 basieren jeweils auf den Dokumentationen von 23 und 26 stationären Drogentherapieeinrichtungen (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2011, 2012). In diesen Einrichtungen wurden über 2.500 Behandlungen durchgeführt, wobei 82 % der Behandelten männliche Drogenabhängige waren (Tabelle 1). Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten wurde durch Suchtberatungsstellen in die stationäre medizinische Rehabilitation vermittelt. Bei Aufnahme waren die Patientinnen und Patienten durchschnittlich etwa 29 Jahre alt, die größte Gruppe in der Drogenbehandlung war – wie in den Jahren zuvor – mit über 80 % zwischen 20 und 39 Jahren alt. Die Datenauswertung von 2011 zeigt, dass 29% der Patientinnen und Patienten erstmalig in stationärer Drogenbehandlung war. In beiden Jahren lag die Quote der regulären Therapiebeendigung bei etwa 55 % und die der Behandlungsabbrüche bei etwa 26 %. Die Dauer der Behandlung wurde durch einige DRV-Träger in den letzten Jahren beständig verkürzt, so dass die durchschnittliche Verweildauer in Behandlung weiter gesunken ist. Die planmäßige Entlassung aus der Rehabilitation erfolgte im Mittel in 2010 nach 135 Tagen und in 2011 nach 127 Tagen. Bis zur regulären Entlassung blieben die Patientinnen und Patienten etwa 4 bis 4,5 Monate in Behandlung. Wenn die Behandlung vorzeitig abgebrochen wird, dann in der Regel in den ersten sechs Wochen.

**Tabelle 1:** Basisdaten der stationären Drogenhilfeeinrichtungen zum Entlassungsjahrgang 2010 und 2011 (BUSS-Statistik)

<b>Merkmale der Patienten und Patientinnen</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Anzahl an Behandlungen	2.941	2.593
- davon männliche Patienten (%)	82	82
Vermittlung durch Suchtberatungsstellen (%)	70	72
Durchschnittliches Alter bei Aufnahme	28,5	29
Durchschnittliche Anzahl vorheriger Entgiftungen	4	4,2
<i>Art der Therapiebeendigung</i>		
Reguläre Beendigung (%)	55	56
Vorzeitiger Abbruch (%)	27	26
Anzahl der Behandlungstage bei planmäßiger Entlassung	135	127
Anzahl der Behandlungstage bei unplanmäßiger Entlassung	53	51

Einzelne Hinweise auf die Merkmale von Patientinnen und Patienten in stationärer medizinischer Rehabilitation gemäß § 35 BtMG finden sich in den Untersuchungen, die von der Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW (2011) und von Fischer et al. (2007) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz in zwei Einrichtungen der Drogenrehabilitation durchgeführt wurden.

In NRW haben von den befragten 154 Patientinnen und Patienten mehr als die Hälfte angegeben, eine stationäre Drogenrehabilitation bereits zum wiederholten Male angetreten zu haben (58 %). Vor der aktuellen Therapiemaßnahme nach § 35 BtMG waren über die Hälfte der Befragten bis zu 12 Monaten inhaftiert (Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V., 2011).

In der 1-Jahres Katamnesestudie für die Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz wurden 429 Patientinnen und Patienten befragt (Fischer et al., 2007a). Diese waren im Durchschnitt seit 10 Jahren drogenabhängig und bei Aufnahme in die Rehabilitation etwa 29 Jahre alt. Bei knapp 53 % erfolgte die Aufnahme in die Rehabilitation nach § 35 BtMG. Mehr als ein Drittel aller Patientinnen und Patienten gehörte zu den Therapiewiederholern. In beiden Einrichtungen haben insgesamt 41 % der Befragten die Therapie regulär beendet und weitere 31 % der Befragten in eine andere ambulante oder teilstationäre Einrichtung gewechselt. Lediglich 19 % der Befragten haben die Therapie vorzeitig abgebrochen. Über die Hälfte der planmäßig Entlassenen waren aufgrund einer gesetzlichen Auflage in Behandlung, und hatten im Vergleich mit den anderen Patientinnen und Patientinnen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung, abstinent zu bleiben.

Wird die katamnestische Erfolgsrate<sup>4</sup> zugrunde gelegt, so waren sechs Monate nach Behandlungsende n von den wieder erreichten 230 Befragten insgesamt 35,6 % abstinent und 53,5% rückfällig (Fischer et al., 2007b). Der Rückfall fand zumeist in den ersten vier Wochen nach dem Behandlungsende und mehrheitlich mit Alkohol (88%) und in der Hälfte der Fälle mit Heroin statt (52%). Die Auswertung der katamnestischen Erfolgsrate nach ausgewählten Behandlungsmerkmalen zeigte, dass die Behandlung besonders erfolgreich war, wenn sie über 16 Monate dauert, die Abhängigkeit nicht länger als fünf Jahre bestand und die Behandlung eher freiwillig erfolgte.

Die Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ) hat für den Zeitraum 1987 bis 1992 eine empirische Studie über die Anwendungspraxis der Strafzurückstellungen nach § 35 BtMG durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie bestand ein wesentlicher Teil darin, einschlägige Straftaten des Verurteilungsjahrganges 1984 auszuwerten (Kurze, 1994). Von den 262 inhaftierten Drogenabhängigen, die gemäß § 35 BtMG vorzeitig aus der Haft entlassen wurden, traten nahezu 90 % die Drogentherapie an. Die Therapie wurde von 43 % der 234 auf Grundlage von § 35 BtMG Behandelten regulär beendet, etwa 36 % brachen die Therapie vorzeitig ab und 11 % wurden disziplinarisch entlassen. Weiterhin zeigte die Untersuchung, dass diejenigen mit einer planmäßigen Therapiebeendigung seltener in den Strafvollzug zurückkehrten, wenngleich die meisten erneut verurteilt wurden (69 %). Von denjenigen, die die Therapiemaßnahme entweder nicht angetreten oder abgebrochen haben, sind mehr als die Hälfte erneut inhaftiert worden.

Insgesamt lassen die verschiedenen Datenauswertungen erkennen, dass der Erfolg einer stationären medizinischen Rehabilitation nicht von einer wiederholten Therapie oder einer „unfreiwillig“ durch die Strafe gemäß § 35 BtMG veranlassten Therapie abhängt. Etwa 40 % bis 50 % der Drogenabhängigen beenden die Drogentherapie regulär, und zwar unabhängig davon, ob die Therapieaufnahme ohne oder mit justiziellem Druck erfolgte.

---

<sup>4</sup> Als katamnestischer Erfolg gelten alle Patientinnen und Patienten, die im Katamnesezeitraum nach der Behandlung abstinent oder abstinent nach Rückfall lebten. Als abstinent wurden diejenigen eingestuft, die nach Behandlungsende weder Alkohol noch andere psychotrope Substanzen konsumiert haben. Als abstinent nach Rückfall galten diejenigen, die nach der Behandlung rückfällig wurden, aber zum Befragungszeitpunkt seit mindestens drei Monaten wieder abstinent waren.



## 2 Fragestellungen und Zielsetzungen der Studie

Bei der 14-monatigen Studie handelte es sich um eine retrospektive Untersuchung zu den gegenwärtigen Entwicklungen bei der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG aus Perspektive der Drogenhilfe und der Strafvollstreckungsbehörden. Im Mittelpunkt der Untersuchung standen dabei drei Fragestellungen.

1. Ist in den letzten 10 Jahren ein Trend dahingehend erkennbar, dass es zu einem Rückgang in der Anwendung des § 35 BtMG zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme gekommen ist?
2. Weisen Drogenkonsumierende mit einer durch die Justiz veranlassten Drogenbehandlung bestimmte Merkmale auf, die sie von denjenigen ohne eine Therapie nach § 35 BtMG unterscheiden?
3. Wie stellt sich die Wirksamkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die reguläre Beendigung im Gruppenvergleich differenziert nach Art der justiziellen Probleme dar?

Die Frage, ob es zu einem Rückgang in der Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ gekommen ist, stellt sich vor dem Hintergrund, dass die Suchthilfeverbände einen solchen Rückgang in den letzten fünf Jahren konstatieren. Eine Zielsetzung der Studie bestand darin zu untersuchen, ob sich die Beobachtung eines rückläufigen Trends bei der Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG bestätigt und falls ja, wann dieser Trend eingesetzt hat. Die von der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ) durchgeführte empirische Studie über die Anwendungspraxis dieser Vorschriften ergab, dass in dem früheren Zeitraum von 1987 bis 1992 die Zahl der Zurückstellungen stark anstieg (Kurze, 1994). Ein wesentliches Ergebnis dieser Studie war zudem, dass die gemäß § 35 BtMG eingeleiteten drogentherapeutische Maßnahmen eine wesentliche Hilfe für die Rehabilitation Drogenabhängiger sein können. Angesichts der Bedeutung von justiziell veranlassten Rehabilitationsmaßnahmen wurde auf Grundlage verfügbarer Statistiken ermittelt, ob sich die Anwendung des § 35 BtMG in dem jüngeren Zeitraum der letzten Jahre verändert hat. Dieser Zeitraum umfasst die neuesten Entwicklungen und ist auch angesichts des Justizmodernisierungsgesetzes vom 24. August 2004 (BGBl. I, S. 2198) relevant. Im Zuge der Modernisierung wurden die Geschäfte der Staatsanwaltschaft auf die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen in der Staatsanwaltschaft übertragen, so dass diese seit 2004 auch für Vollstreckungsverfahren nach dem BtMG zuständig sind. Die Vermutung liegt nahe, dass mit der Neuordnung der Zuständigkeiten nicht nur eine Einarbeitungszeit, sondern möglicherweise auch eine andere Auslegung des Ermessensspielraumes bei der Verfahrensentscheidung nach § 35 BtMG verbunden ist, was sich in einer veränderten Anzahl an Strafzurückstellungen widerspiegelt.

Eine zweite Zielsetzung der Studie bestand darin, eine Beschreibung von Drogenabhängigen mit und ohne eine Maßnahme nach § 35 BtMG vorzunehmen, die sich in stationärer und ambulanter Behandlung oder Betreuung befinden. Der Gruppenvergleich dient dazu, zu erfassen, ob

Drogenkonsumierende mit einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 35 BtMG bestimmte Merkmale aufweisen, die sie von denjenigen in „freiwilliger“ Behandlung unterscheiden.

Die Frage nach der Wirksamkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation wurde anhand des Kriteriums der „regulären Beendigung“ untersucht, da im Rahmen der Routedokumentation keine weiteren Wirkungskriterien erhoben werden (und eine separate Effektevaluation im Rahmen der vorliegenden Studie nicht durchgeführt werden konnte). Hierbei wurde geprüft, ob sich im Hinblick auf die planmäßige oder vorzeitige Therapiebeendigung Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten zeigen, die die Rehabilitationsmaßnahme ohne justiziellen Druck oder gemäß § 35 BtMG begonnen haben.

Mit der Studie sollten darüber hinaus die Erfahrungen von stationären Drogentherapieeinrichtungen und der Staatsanwaltschaft mit Praxis der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG exploriert werden. Ziel dieser Exploration war, im Zusammenhang mit dieser Rechtsvorschrift einen genaueren Einblick in den Therapieverlauf und in die Entscheidungsabläufe der Staatsanwaltschaft als Vollstreckungsbehörde zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurden persönliche Interviews mit ausgewählten Fachkräften in den drei Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen geführt.

Bei den Interviews wurde auch der Frage nachgegangen, welche Auswirkung die zunehmend verkürzte Dauer der stationären Drogenentwöhnungsbehandlung hat. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass für Abhängige von illegalen Drogen die Leistungen übernommen werden für eine Auffangbehandlung von 10 Wochen, für Wiederholungsbehandlungen von 16 Wochen, und für Kurzzeittherapien von 12 bis 16 Wochen sowie Langzeittherapien bis zu 26 Wochen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010). Sind diese Maßnahmen für straffällige Drogenabhängige noch ausreichend um einen Therapieerfolg zu erreichen? Oder bedeutet der in der Praxis beobachtete Anstieg der Maßregel nach § 64 StGB, dass die Konzeptionen normaler Rehabilitationseinrichtungen für die multiplen Problemlagen dieser Menschen nicht ausreichend differenziert und von zu kurzer Dauer sind? Unter diesem Aspekt werden auf Basis verfügbarer Daten aus Rehabilitationseinrichtungen Erfolgskriterien wie die Haltequote und der Status am Behandlungsende (abstinent, gebessert, gleich geblieben, verschlechtert) näher betrachtet.

### **3 Methodisches Vorgehen**

Die wissenschaftliche Studie zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger gemäß § 35 BtMG basiert auf einer retrospektiven Trendanalyse und einer Querschnittuntersuchung zur Anwendungspraxis des Prinzips „Therapie statt Strafe“ und der Wirkung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Zur Untersuchung der genannten Fragestellungen wurden verschiedene bundesweite Daten aus den Rechtspflegestatistiken sowie ausgewählte Datenquellen der ambulanten Suchthilfe und der stationären medizinischen Rehabilitation ausgewertet. Insgesamt gründet sich die Studie auf Datenerhebungen in zwei verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen: einerseits

dem Justizsystem und andererseits dem ambulanten und stationären Drogenhilfesystem. Im Folgenden werden die jeweils für die einzelnen Fragestellungen verwendeten Methoden erläutert.

### 3.1 Trendanalyse

Der Trend in der Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG wurde auf Basis von Sekundärdaten aus dem Justizsystem und dem Drogenhilfesystem untersucht. Im Hinblick auf die Daten des Justizsystems wurden die öffentlich über das Statistische Bundesamt (Destatis) verfügbaren Statistiken der Strafverfolgung und Rechtspflege ausgewertet ([www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/ThemaRechtspflege.html](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/ThemaRechtspflege.html)). Im Einzelnen wurden die Daten aus der Bewährungshilfe-Statistik (Fachserie 10 Reihe 5, Tabelle 1.2.), der Rechtspflege-Statistik (Bestand der Gefangenen und Verwahrten in deutschen Justizvollzugsanstalten), der Staatsanwaltschaften (Fachserie 10, Reihe 2.6, Tab. 2.2) sowie der Strafverfolgungsstatistik (Fachserie 10 Reihe 4.1, Tab. 6) verwendet. Daten die nicht mehr online bei Destatis verfügbar waren, wurden für die Trendanalyse dort angefordert. Die Auswertung der genannten Statistiken umfasst die Jahre 2001 bis 2011.

Ursprünglich war auch beabsichtigt, Einträge aus dem Bundeszentralregister zur Anzahl der Entscheidungen zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach §§ 35,38 BtMG für den Zeitraum von 2001 bis 2011 für die Trendanalyse zu berücksichtigen. Eine entsprechende Anfrage auf Auskunft beim Bundesamt für Justiz, das das Bundeszentralregister führt, wurde wegen des geringen öffentlichen Interesses abschlägig entschieden.

Bezogen auf das Drogenhilfesystem wurden die verfügbaren Daten von stationären Drogenrehabilitationseinrichtungen und ambulanten Basisdatendokumentationen zu den Betreuungen und Behandlungen einbezogen.

Im Rahmen der Studie wurden 10 stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen in den drei Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen ausgewählt. Bei allen Einrichtungen wurde schriftlich ein Antrag auf Genehmigung zur Nutzung der Daten für die vorliegende Studie gestellt und darum gebeten, Daten zur Anzahl an Patientinnen und Patienten getrennt für diejenigen mit und ohne Therapie nach § 35 BtMG für den Zeitraum von 2001 bis 2011 zur Verfügung zu stellen. Zwar verfügen alle Einrichtungen über eine Dokumentation, diese erfolgte jedoch nicht immer elektronisch oder es wurde nicht über den gesamten Zeitraum dokumentiert, ob die Therapie gemäß § 35 BtMG begonnen wurde. Eine weitere Schwierigkeit bei der intendierten Datennutzung bestand darin, dass die Dokumentationssoftware zwischenzeitlich entweder gewechselt oder umstrukturiert wurde, so dass die gewünschte Auswertung nicht möglich war. Aufgrund dieser faktischen Einschränkungen liegen von vier Rehabilitationseinrichtungen keine Daten vor.

Die Trendabschätzung basiert somit auf den Patientinnen und Patienten, die

- in Hamburg (Projekt Jork und Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften) oder in einer Fachklinik in Bergisch Gladbach in NRW (Haus Lindscheid) in den Jahren von 2001 bis 2011 eine stationäre Rehabilitation beendet haben,
- in Schleswig-Holstein in einer Einrichtung der Therapiehilfe e.V. (Do It!) in den Jahren 2007 bis 2011 eine stationäre Drogenbehandlung angetreten haben,
- in einer Fachklinik in NRW (Holthäuser Mühle) in Jahren von 2009 bis 2011 eine Drogenbehandlung beendet haben.

Im Hinblick auf die ambulante Drogenhilfe sollte die Basisdatendokumentation der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein für eine Trendanalyse ausgewertet werden. In der BADO Hamburg gibt es seit 2001 das Item „Probleme mit der Justiz“, die unter anderem die spezifische Antwortkategorie „BtMG §§ 35-37 Therapie statt Strafe“ enthält. Ausgewertet wurden alle ambulanten Betreuungen und Behandlungen, die aufgrund der Hauptdrogen Opiate, Kokain und Cannabis in dem Zeitraum von 2001 bis 2011 durchgeführt worden sind.

Die BADO Schleswig-Holstein basiert auf dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) und hat im Unterschied zur BADO Hamburg keine spezifische Kategorie zur „Therapie statt Strafe“. Stattdessen wird unter dem Item „gerichtliche Auflage“ die generelle Antwortmöglichkeit „BtMG“ aufgeführt. Die Antwort „Auflage nach dem BtMG“ lässt jedoch keinen Schluss zu, ob es sich hierbei um § 35 BtMG handelt. Das gleiche Problem stellt sich auch bei der Deutschen Suchthilfestatistik, deren Daten zur ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung für eine Trendabschätzung ausgewertet werden sollten ([www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)). Daher wird in einem Exkurs erläutert, warum sich der KDS nicht eignet, um anhand dieser Daten eine Aussage zur Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ gemäß § 35 BtMG zu treffen.

### **3.2 Beschreibung der aktuell ambulant und stationär behandelten Drogenabhängigen**

Die Beschreibung der Merkmale von Drogenabhängigen, die sich in 2010 und/oder 2011 in ambulanter und stationärer Behandlung befunden haben, wurde im Gruppenvergleich vorgenommen. Für die Analyse wurden drei Gruppen differenziert:

- Eine Gruppe besteht aus denjenigen, die sich gemäß § 35 BtMG in einer Behandlung oder Betreuung befunden haben.
- Eine zweite Gruppen bilden diejenigen, die eine justizielle Auflage hatten wie zum Beispiel eine Bewährungsaufgabe, eine Gerichtsverfahren oder eine Führungsaufsicht nach §§ 63, 64 StGB.
- Die dritte Gruppe setzt sich aus denjenigen zusammen, die keine justizielle Auflage nach dem BtMG oder dem StBG hatten.

Der 2-Jahres Zeitraum von 2010 und 2012 wurde gewählt, da die stationäre medizinische Rehabilitation (Entwöhnung und Adaption) eine Regeldauer von 10 Monaten hat und somit alle Therapiebeender eingeschlossen werden können, die über den Jahreswechsel eine Rehabilitation durchlaufen haben. Der Gruppenvergleich basiert zum einen auf den Dokumentationen zur stationären Rehabilitation in den beiden Hamburger Hilfetragern „Jugendhilfe e.V.“ und „Jugend hilft Jugend e.V.“ Zum anderen gründet sich der Gruppenvergleich auf der Hamburger BADO. Insgesamt liegen somit nahezu vollständig Daten zur ambulanten und stationären Behandlung von Drogenabhängigen der Stadt Hamburg vor. Es lassen sich daher mögliche Unterschiede im Zusammenhang mit der Strafzurückstellung nach § 35 BtMG anhand einer umfangreichen Gruppe an Klientinnen und Klienten der ambulanten Drogenhilfe und der stationären medizinischen Rehabilitation beschreiben.

Die Daten der ambulanten Drogenhilfe umfassen für die Jahre 2010 und 2011 insgesamt 16.097 drogenabhängige Klientinnen und Klienten. In den beiden Jahren haben insgesamt 254 Drogenabhängige die stationäre medizinische Rehabilitation beendet. Die drei Vergleichsgruppen werden anhand folgender Merkmale beschrieben:

- Geschlecht, Alter, Nationalität
- Hauptdrogenproblem und Dauer des Konsums der Hauptdroge
- Gesundheitliche Situation
- Bildung (Schulabschluss, Berufsausbildung)
- Wohnsituation (stabil/instabil)
- Finanzielle Situation (Schulden, Einkommen)
- Strafrechtliche Vorbelastung (Vorstrafen, Haftaufenthalte, Häufigkeit von Haftaufenthalten und Gesamthaftdauer)
- Behandlungs- und Betreuungsbeginn nach Art der strafrechtlichen Grundlage
- Vorherige Therapieerfahrungen (stationäre/ ambulante; Anzahl vorheriger Therapien).

### **3.3 Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation**

Die Wirksamkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wurde anhand des Kriteriums der planmäßigen Beendigung der Maßnahme evaluiert. Zur Einschätzung der Wirksamkeit wurde ein Vergleich von Patientinnen und Patienten mit einer Therapieaufnahme gemäß §§ 35,37 BtMG mit denjenigen ohne „direkten justiziellen Druck“ vorgenommen. Die Auswertungen basieren auf den verfügbaren Daten von Rehabilitationseinrichtungen in den drei Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW und beziehen sich jeweils auf die Therapiebeendigungen in den Jahren 2010 und 2011. Von allen angefragten 10 stationären Rehabilitationseinrichtungen konnten fünf Einrichtungen die benötigten Daten zur Verfügung stellen (Tabelle 2). Aus NRW wurden ebenfalls Daten zu den Therapiebeendigungen in der Einrichtung „Haus Aggerblick“ (Drogenhilfe Köln) übermittelt, die 170 Patientinnen und Patienten umfasst. Die Art der Therapiebeendigung wurde allerdings nicht im Gruppenvergleich dargestellt. Die Angaben von

dieser Einrichtung werden bei der Auswertung insofern berücksichtigt, um die generelle Wirksamkeit der Drogenbehandlung aufzuzeigen.

**Tabelle 2: Anzahl an Therapiebeendigungen in 2010 und 2011 nach Rehabilitationseinrichtung**

Bundesland	Einrichtung	Anzahl der Therapiebeendigungen
Hamburg	Projekt Jork (Jugendhilfe e.V.) und Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften (Jugend hilft Jugend e.V)	254
Schleswig-Holstein	Do it! (Therapiehilfe e.V.)	212
NRW	Holthäuser Mühle	277
NRW	Haus Lindscheid (Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach)	290

Die Art der Therapiebeendigung wird differenziert nach folgenden Entlassungsziffern dokumentiert:

1. regulär nach Beratung/ Behandlungsplan
2. vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung
3. vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis
4. vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten
5. disziplinarisch
6. außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung
7. planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform
8. verstorben.

Als planmäßige Beendigung einer stationären Rehabilitation oder Adaption gelten die Entlassungsziffern 1, 2, 3 und 7. Als unplanmäßige Beendigung gelten die Ziffern 4 und 5.

Auf Grundlage der Therapiebeendigungen (2010-2011) in der stationären medizinischen Rehabilitation in den Hamburger Einrichtungen „Projekt Jork“ und „Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften“ wurde die Wirksamkeit der Behandlung anhand weiterer Faktoren untersucht. Im Vergleich der drei Gruppen von Therapiebeendern (keine justizielle Auflage, Therapie nach § 35 BtMG, justizielle Auflage) ist die Wirksamkeit der Rehabilitation anhand der folgenden Indikatoren näher betrachtet worden:

- Dauer der Rehabilitation bei regulärer und bei vorzeitiger Beendigung
- Gründe für eine vorzeitige Beendigung

- Wechsel in eine Nachsorge
- Integration in Arbeit und Ausbildung
- Verbesserung der justiziellen, finanziellen und sozialen Situation.

### **3.4 Exemplarische Analyse der Vollstreckungshefte**

Um Einblick in die Entscheidung der Vollstreckungsbehörde zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zu erhalten, wurde die Staatsanwaltschaft Hamburg angefragt, exemplarisch Einsicht in entsprechende Vollstreckungshefte zu erhalten. Dazu wurde eine schriftliche Anfrage auf Akteneinsicht zu wissenschaftlichen Zwecken an die Staatsanwaltschaft gestellt. Bevor die Erlaubnis zur Akteneinsicht am 11.6.2012 von der Staatsanwaltschaft erteilt wurde, mussten Zweck, Gegenstand und Methode der Studie schriftlich erläutert sowie eine Verpflichtungserklärung zur Akteneinsicht zu wissenschaftlichen Zwecken und eine datenschutzrechtliche Verpflichtung unterzeichnet werden. Bis zur Gewährung der Einsicht in staatsanwaltliche Akten waren mehrere formale Anträge nötig. Unter schriftlicher Zusicherung der Geheimhaltung konnten schließlich fünf Vollstreckungshefte in der Staatsanwaltschaft eingesehen werden. Alle Vollstreckungshefte beziehen sich auf verurteilte männliche Drogenkonsumierende.

Ausgewertet wurden Urteil und Strafmaß, die Art der Erledigung von Anträgen auf Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG und die Entscheidungen nach Beendigung einer medizinischen Rehabilitation.

### **3.5 Interviews mit ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen und Staatsanwaltschaften**

Um ein genaueres Bild zu den Patientinnen und Patienten in stationärer medizinischer Rehabilitation und ihre Therapieverläufe zu erhalten, wurden mit 10 ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen in den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte nach dem Kriterium, dass es sich um eine drogenspezifische Entwöhnung für Erwachsene handelt. Nach diesem Kriterium fand die Auswahl über die Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. statt (<http://www.therapieplaetze.de>). In Nordrhein-Westfalen wurden zudem Rehabilitationseinrichtungen über die folgende Webseite ausgewählt: [www.drogenhilfe.eu/deutsch/links/therapie\\_d.html](http://www.drogenhilfe.eu/deutsch/links/therapie_d.html).

Folgende 10 Einrichtungen nahmen an dem face-to-face Interview teil:

- In Hamburg
  1. Stationäre Drogentherapie für Drogenabhängige, Projekt Jork der Jugendhilfe e.V.
  2. Sozialtherapeutischen Langzeitrehabilitation von Jugend hilft Jugend e.V.

### 3. Fachklinik Do it!, externe Adaption der Therapiehilfe e.V.

- In Schleswig-Holstein

1. Fachklinik Peers Hoop der Therapiehilfe e.V.
2. Fachklinik Nordfriesland, stationäre Rehabilitation der Diakonie
3. Fachklinik Do it! der Therapiehilfe e.V.

- In NRW

1. Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach, Drogen-Abteilung
2. Fachklinik Haus Aggerblick der Drogenhilfe Köln GmbH
3. Fachklinik Holthäuser Mühle der Kurklinik Hochsauerland GmbH
4. Fachklinik Bussmannshof der Krisenhilfe Bochum GmbH.

Die Interviews dauerten etwa eine Stunde und wurden auf einem Tonträger aufgenommen. An dem persönlichen Gespräch nahmen die therapeutischen Leiterinnen und Leiter teil. Der für das Interview verwendete Gesprächsleitfaden hat vier Themenbereiche. Zum einen wurde nach dem gegenwärtigen Verhältnis von Patientinnen und Patienten mit und ohne justiziellen Problemen (§ 35 BtMG, § 57 StGB) gefragt, zum anderen nach den Einschätzungen zum Trend in den letzten 10 Jahren bezüglich der Therapieaufnahme nach § 35 BtMG. Ein weiterer Themenkomplex beinhaltet die Einschätzungen zu den Problemen in den letzten zwei Jahren im Hinblick auf die Voraussetzungen für das Zustandekommen einer Therapiemaßnahme nach § 35 BtMG. Abschließend wurde die Wirkung der Rehabilitation thematisiert. Hierbei stand die Frage im Mittelpunkt, ob es einen Unterschied im Therapieverlauf zwischen Drogenabhängigen mit und ohne einem justiziell bedingten Therapieantritt gibt.

Zudem wurden alle Einrichtungen gefragt, ob sie aggregierte Daten zum 10-Jahrestrend und zur Art der Therapiebeendigung getrennt nach Patientinnen und Patienten mit und ohne einer Therapieaufnahme gemäß § 35 BtMG zur Verfügung stellen.

Um auch die Verfahrensweisen der Strafvollstreckungsbehörden bei den Entscheidungen zu Anträgen auf Rückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG zu explorieren, wurde in allen drei Bundesländern jeweils eine Staatsanwaltschaft kontaktiert. In Hamburg gibt es nur eine zuständige Staatsanwaltschaft und hier musste eine Anfrage zur Genehmigung eines Interviews schriftlich bei der Oberstaatsanwältin eingereicht werden. In Schleswig-Holstein wurde die zuständige Abteilung für die Erstellung der polizeilichen Kriminalstatistik kontaktiert, um zu erfahren, in welcher Region die meisten Drogendelikte verübt werden, um anhand dessen die zuständige Staatsanwaltschaft auszuwählen. In Nordrhein-Westfalen wurde ähnlich vorgegangen und



nach der höchsten Rate an drogenbezogenen Straftaten selektiert. Auf diese Weise wurde die Staatsanwaltschaft Düsseldorf ausgewählt. Das Anliegen der Interviewdurchführung wurde jedoch zunächst von einer Abteilung an eine andere weitergeleitet und schließlich beschlossen, für die Teilnahme an einem Interview keine personelle Kapazitäten zu haben. Daraufhin wurde die Staatsanwaltschaft Köln kontaktiert, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärte. In Nordrhein-Westfalen muss aufgrund einer entsprechenden Justizverwaltungsvorschrift<sup>5</sup> die Durchführung eines Interviews mit Angestellten der Staatsanwaltschaft zunächst beim Justizministerium des Landes schriftlich begründet und beantragt werden. Diese Anfrage wurde mehrere Wochen nicht bearbeitet und erst auf Nachfrage der zuständigen Staatsanwältin in der Staatsanwaltschaft Köln die Genehmigung erteilt. In Hamburg und Nordrhein-Westfalen gestaltete sich die Kooperation mit den Staatsanwaltschaften zunächst als sehr bürokratisch und zeitaufwändig. Lediglich in der Staatsanwaltschaft Lübeck wurde die Anfrage zu einem Interview schnell und unkompliziert – ohne formale Anträge auf Genehmigungen – unterstützt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden schließlich in den Staatsanwaltschaften Hamburg, Lübeck und Köln jeweils mit zwei Rechtspflegern bzw. Rechtspflegerinnen Interviews geführt. Die Interviewten sind in der Vollstreckungsabteilung tätig und dort vorrangig mit BtMG-Verfahren betraut. Die Interviews dauerten ebenfalls etwa eine Stunde und wurden auf Tonträger aufgenommen. Das persönliche Gespräch orientierte sich an einem Interviewleitfaden, der folgende Fragenbereiche beinhaltet:

- Hat sich in den letzten Jahren in den Entscheidungen zur Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG etwas geändert wie z.B. in der Auslegung des Kausalzusammenhanges?
- Wie werden die Voraussetzungen für die Strafzurückstellung nach § 35 BtMG konkret geprüft und wie wird der Zeitpunkt für die Überleitung in eine Therapiemaßnahme festgelegt?
- Werden gleichermaßen stationäre wie ambulante Rehabilitationsmaßnahmen für die Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG anerkannt?
- Welchen Einfluss hat die seit dem BGH-Urteil in 2010 festgelegte Regelung zur Vollstreckungsreihenfolge bei Vorliegen von weiteren nicht zurückstellungsfähigen Strafen?
- Welche Entscheidungen werden zum Strafrest nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme getroffen?

Den Interviews mit den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern lagen drei zentrale Hypothesen zugrunde.

1. Da die Vorschrift des § 35 BtMG nicht mehr neu ist, führen Therapieabbrüche und die damit verbundene Wiederinhaftierung zu einer Art Ernüchterung bei den Rechtspflege-

---

<sup>5</sup> Geschäftliche Behandlung von Anfragen und Auskunftersuchen zu wissenschaftlichen Zwecken: RV d. JM vom 28. Dezember 2000 (1410 - II C. 1) in der Fassung vom 5. Juli 2005 (1410 - V. 1).

rinnen und Rechtspflegern, so dass diese Regelung nicht mehr so großzügig gehandhabt wird.

2. Das Ermessen zur Strafzurückstellung nach § 35 BtMG wird zunehmend stärker an dem im Gerichtsurteil festgestellten Kausalzusammenhang festgemacht. Wenn sich im Urteil keine eindeutigen Hinweise zum Kausalzusammenhang zwischen Sucht und Delinquenz finden, wird eine Strafzurückstellung seltener in die Wege geleitet.
3. Die Ausweitung des § 35 BtMG auf ambulante Therapiemaßnahmen bewirkt eine höhere Skepsis bei den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern, dass diese Maßnahmen zur Abstinenz führen. Bei ambulanten Maßnahmen wird davon ausgegangen, dass mehr Möglichkeiten bestehen, erneut Straftaten zu begehen.

Alle Interviews, sowohl die in den Rehabilitationseinrichtungen sowie die in Staatsanwaltschaften, wurden mit Hilfe einer professionellen Software für die qualitative Datenanalyse ausgewertet (MAXQDA 11). Die Auswertung orientiert sich dabei an der thematischen Struktur der Interviewleitfäden.

## I Strafrecht

### 4 Voraussetzungen strafrechtlich initiiertes Drogentherapie

Von Alescha Lara Savinsky

Im Rahmen des Strafrechts bestehen verschiedene Möglichkeiten eine straffällige drogenabhängige Person einer Drogentherapie zuzuführen. Am häufigsten findet die sog. Vollstreckungslösung des § 35 BtMG in der Praxis Anwendung. Vom Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage nach § 37 BtMG wird demgegenüber nur selten Gebrauch gemacht. Ferner kann der verurteilten Person eine Therapieweisung bei Aussetzung einer Freiheitsstrafe zur Bewährung nach § 56 StGB oder bei Aussetzung des Strafrestes zur Bewährung nach § 57 StGB auferlegt werden (§ 56c III Nr. 2 bzw. § 57 III i.V.m. § 56c III Nr. 2 StGB). Daneben kommt die immer häufiger stattfindende Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB bei schuldlos handelnden oder vermindert schulfähigen straffälligen Personen in Betracht. Im Folgenden werden die Voraussetzungen dieser Regelungen im Überblick dargestellt, wobei die Zurückstellung der Strafvollstreckung zum Zwecke der Drogentherapie den Schwerpunkt bilden soll.

#### 4.1 Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG

§ 35 BtMG wurde 1981 in den 7. Abschnitt des Betäubungsmittelgesetzes eingeführt und trat 1982 in Kraft. Diese Norm wird häufig mit dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ beschrieben. Präziser gefasst, müsste es jedoch Therapie veranlasst durch strafrechtliche Maßnahmen heißen (Jehle, 2007, S. 349), da es zwar zu einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe kommt, dessen Vollstreckung in einer Justizvollzugsanstalt jedoch auf Antrag der verurteilten Person zugunsten einer Therapie zurückgestellt wird.

##### 4.1.1 Sinn und Zweck der Vorschrift

Zweck der Vorschrift ist betäubungsmittelabhängigen Verurteilten die Möglichkeit zu geben, sich durch die Zurückstellung der Strafvollstreckung einer freiwilligen Therapie außerhalb des Strafvollzuges zu unterziehen. D.h. die noch ausstehende Vollstreckung einer Freiheitsstrafe wird aufgeschoben oder der bereits begonnene Vollzug der Freiheitsstrafe in einer Justizvollzugsanstalt wird unterbrochen. Die Zurückstellung stellt daher eine vorläufige Herausnahme der verurteilten Person aus der Strafvollstreckung dar (Patzak, 2012, § 35 Rn. 16). Die ursprünglich teilweise vertretene Absicht, Therapie an die Stelle der Strafe zu setzen, wurde insoweit aufgegeben. Die Norm bringt jedoch die Auffassung des Gesetzgebers zum Ausdruck, dass die Resozialisierung eines drogenabhängigen Straftäters eines der wirksamsten Mittel der Prävention von

Drogenkriminalität ist (Körner, 1998, S. 1302f) und Drogensucht in erster Linie nicht als ein kriminelles, sondern als gesellschaftliches und pathologisches Problem zu verstehen ist (Patzak, 2012, § 35 Rn. 24, 25). Die Bestimmungen fußen letztlich auch auf der Erkenntnis, dass in einer Haft eine Heilung der Suchterkrankung nur selten gelingt, weil unter den dortigen Bedingungen keine umfassende, dauerhaften Erfolg versprechende Therapie durchgeführt werden kann (vgl. BT-Drucks. 8/4283, S. 6f, Kornprobst, 2007, § 35 Rn. 1).

Der 7. Abschnitt des BtMG basiert ferner auf der vielfach kritisierten These des Gesetzgebers, eine Therapiemotivation könne besonders erfolversprechend durch Inhaftierung bzw. drohende Inhaftierung erreicht werden.<sup>6</sup> Durch den Druck des noch anstehenden Strafvollzuges im Falle des Scheiterns der Therapie und durch die Möglichkeit einer vorzeitigen Aussetzung zur Bewährung nach erfolgreichem Abschluss der Therapie (siehe 4.2) sollen der verurteilten Person Anreize zum Antritt und Durchhalten der Therapie gegeben werden (Jehle, 2007, S. 354; Schöfberger, 2005, S. 441). Überwiegend wird jedoch davon ausgegangen, dass justizieller Zwang nur als Teil des Gesamtbildes sozialer Einwirkung (wie beispielsweise auch durch Bezugspersonen) gesehen werden, der allein den Antritt und das erfolgreiche Durchstehen einer Drogentherapie kaum bewirken könne (Jehle, 2007, S. 349f.).

Ziel der Zurückstellungsvorschrift ist

- die Zahl der der betäubungsmittelabhängigen verurteilten Personen, die in Therapie gebracht werden können, zu erhöhen,
- die Haltequote und Therapieerfolge auszudehnen,
- den Gesundheitszustand der verurteilten Person zu stabilisieren,
- die Therapieergebnisse durch Nachsorgemaßnahmen und Therapieanrechnung abzusichern,
- eine dauerhafte soziale und berufliche Wiedereingliederung zu erreichen,
- und die Beschaffungskriminalität einzudämmen (Patzak, 2012, § 35 Rn. 30).

#### **4.1.2 Voraussetzungen des § 35 BtMG und Verfahren**

Zuständigkeit

Über den Antrag eines Erwachsenen auf Zurückstellung der Strafvollstreckung entscheidet nicht das erkennende Gericht, sondern die Strafvollstreckungsbehörde. Das ist gemäß § 451 I StPO die Staatsanwaltschaft. Durch das Erste Gesetz zur Modernisierung der Justiz v. 24.8.2004 (BGBl. 2004 I, S. 2198, (2206)) wurden alle Entscheidungen und Maßnahmen betreffend der Vollstreckung von Strafen, Geldbußen und Zwangstiteln der Sachbearbeitung des Rechtspflegers übertragen. Darunter fallen auch die Entscheidungen nach § 35 BtMG (vgl. § 31 II S. 1 RPflG). Über

---

<sup>6</sup> BT-Drs. 8/4283, S. 6. Demgegenüber wird in der Drogenhilfepraxis davon ausgegangen, dass eine freiwillige Therapie zur Überwindung der Abhängigkeit am wirkungsvollsten ist (Darstellung bei Sickinger, 1998, S. 135ff).

Anträge von jugendlichen und heranwachsenden Verurteilten entscheidet der Jugendrichter als Vollstreckungsleiter (vgl. §§ 82 I, 110 I JGG; Laubenthal & Nester, 2010, S. 23).

### Straftat

Voraussetzung ist zunächst eine Straftat, d.h. es muss zunächst eine nach deutschem Recht mit Strafe bedrohte Tat verübt worden sein (Jehle, 2007, S. 357). Eine Therapie nach § 35 BtMG kommt daher *nicht* in Betracht, wenn die drogenabhängige Person lediglich eine Ordnungswidrigkeit begangen hat (Körner, 1998, S. 1304). Es muss sich bei dem Delikt allerdings nicht um eine Straftat nach dem BtMG handeln. Es kommen genauso drogenbedingte Straßenverkehrsdelikte, Sachbeschädigungen, Waffendelikte, Körperverletzungs- und Tötungsdelikte, Rauschtaten nach § 323a StGB in Betracht (Patzak 2012, § 35 Rn. 52).

### Rechtskräftiges Urteil

Hinsichtlich der Tat muss ferner ein rechtskräftiges Urteil vorliegen, § 449 StPO. Diese Voraussetzung ist dem Umstand geschuldet, dass § 35 BtMG ein besonderes Rechtsinstitut der Strafvollstreckung darstellt. Ein Urteil ist rechtskräftig, wenn nicht innerhalb der Einlegungsfrist ein Rechtsmittel durch einen der Verfahrensbeteiligten, d.h. von Seiten der Staatsanwaltschaft bzw. der verurteilten Person eingelegt wurde oder (beispielsweise bereits während der Hauptverhandlung) der Rechtsmittelverzicht erklärt wurde oder wirksam ein zunächst eingelegtes Rechtsmittel zurückgenommen wurde (§§ 302 ff. StPO). Schließlich erwächst ein letztinstanzliches Urteil automatisch in Rechtskraft, da keine weiteren Rechtsmittel mehr existieren (Laubenthal & Nestler, 2010, S. 6).

Die drogenabhängige verurteilte Person wird deshalb regelmäßig – soweit vorhanden – mit ihrem Verteidiger darüber beraten, ob es für sie im vorliegenden Falle günstiger ist, Rechtsmittel gegen das Urteil einzulegen, um einen Freispruch oder eine geringere Strafe anzustreben, oder unter Verzicht auf ein Rechtsmittel die baldige Rechtskraft des Urteils und eine Therapie über eine Zurückstellung der Strafvollstreckung über § 35 BtMG zu erreichen (Körner 1998, S. 1304).

Ein Beschluss über die nachträgliche Bildung einer Gesamtstrafe (§ 460 StPO) steht einem Urteil gleich (Weber, 2009, § 35 Rn. 6).<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Eine Gesamtstrafe wird gebildet, wenn ein Täter oder einer Täterin mehrere Straftaten begangen hat und dadurch mehrere Freiheitsstrafen oder mehrere Geldstrafen verwirkt hat und alle Taten gleichzeitig abgeurteilt werden (siehe § 53 StGB). In dem Urteil wird dann regelmäßig auf eine einheitliche Gesamtfreiheitsstrafe oder Gesamtgeldstrafe erkannt (§§ 53, 54 StGB). Diese Gesamtstrafe darf die Summe der Einzelstrafen, die die straffällige Person für jede einzelne Straftat erwirkt hat, nicht erreichen. Die sog. nachträgliche Gesamtstrafenbildung (§ 55 StGB) schafft einen Ausgleich dafür, dass mehrere Taten nicht zusammen abgeurteilt wurden, obwohl sie theoretisch gemeinsam hätten abgeurteilt werden können, da die Straftat, dessen Strafe nun mit einbezogen werden soll, vor der ersten Verurteilung begangen wurde.

Freiheitsstrafe oder Jugendstrafe, Gesamtfreiheitsstrafe oder Restfreiheitsstrafe von nicht mehr als 2 Jahren

§ 35 BtMG setzt ferner eine Freiheitsstrafe oder Jugendstrafe (vgl. § 38 I S.1 BtMG) voraus, die nicht zur Bewährung ausgesetzt wurde (§ 56 StGB). Eine Ersatzfreiheitsstrafe gem. § 43 StGB kann nicht zurückgestellt werden, weil hier das Urteil zunächst auf Geldstrafe lautet (Körner, 1998, S. 1304). Die Freiheitsstrafe (§ 35 I BtMG), Gesamtfreiheitsstrafe (§ 35 III Nr. 1 BtMG) oder die Restfreiheitsstrafe (§ 35 III Nr. 2) BtMG darf zwei Jahre nicht überschreiten.

Der Gesetzgeber wollte mit dieser absoluten Obergrenze von zwei Jahren verdeutlichen, dass er betäubungsmittelabhängigen Straftäter mit leichteren bis mittelschweren Delikten ermöglichen will, sich statt der Strafvollstreckung in einer Justizvollzugsanstalt einer Therapie zu unterziehen. Bei schwerwiegenden Taten von Betäubungsmittelabhängigen, bei denen die Schwere der Schuld durch die Höhe der Strafe zum Ausdruck kommt, soll hingegen der Strafvollzug Vorrang haben bis nach einer Teilverbüßung ein Strafrest von zwei Jahren verbleibt (Patzak, 2012, § 35 Rn. 115). Diese Grenze trägt dem Umstand Rechnung, dass die Zurückstellung systematisch dem Rechtsinstitut der Strafaussetzung zur Bewährung (siehe unter 4.4) nachgebildet ist. Die Zweijahresfrist ist zudem deshalb gewählt, weil zur Zeit der Einführung des § 35 BtMG die meisten Therapieprogramme unter der Zweijahresgrenze lagen (Jehle, 2007, S. 357).

Liegt eine Gesamtstrafe vor, so müssen die Voraussetzungen des § 35 I BtMG nicht für alle abgeurteilten Straftaten, allerdings für den seiner Bedeutung nach überwiegenden Teil vorliegen. Entscheidend kommt es dabei nicht auf die Anzahl der Betäubungsmittel bedingten Straftaten an, sondern ob das Schwergewicht der Taten auf einer Betäubungsmittelabhängigkeit beruht (Katholnigg, 1981, S. 417).

Wird ein Verurteilter zu mehreren nicht gesamtstrafenfähigen Freiheitsstrafen von jeweils unter zwei Jahren verurteilt, so kann im Einzelfall eine Zurückstellung der Strafvollstreckung erfolgen, auch wenn die Summe der einzelnen Freiheitsstrafen zwei Jahre übersteigt, eine Zusammenrechnung erfolgt insoweit nicht (OLG Hamm, NStZ 2000, S. 557 (558), kritisch dazu Schöfberger, 2005, S. 441 (Fn. 2)). Voraussetzung ist allerdings, dass keine weitere zu vollstreckende Freiheitsstrafe vorliegt, die die Voraussetzungen von § 35 BtMG nicht erfüllt und deshalb zwingend zu vollstrecken ist (Körner 1998, S. 1305), denn dann liegt ein Zurückstellungshindernis nach § 35 VI BtMG vor. Eine neben der Freiheitsstrafe verhängte Maßregel der Sicherung und Besserung in Form der Unterbringung in einer Erziehungsanstalt (siehe 4.5) steht einer Zurückstellung nicht entgegen. Wurde allerdings lediglich die Unterbringung in eine Erziehungsanstalt angeordnet ohne zusätzliche Freiheitsstrafe, so ist die Maßregel zwangsläufig zu vollziehen (Röttle & Wagner, 2009, S. 462f).

Sind mehrere Strafen zu vollstrecken, haben zum Teil zahlreiche Stellen (manchmal auch an verschiedenen Orten des Bundesgebiets) über die Zurückstellung zu entscheiden; eine Zuständigkeitskonzentration gibt es weder bei den Gerichten noch in den Fällen, in denen verschiedene Staatsanwaltschaften zuständig sind. Dies führt häufig zu langen Verzögerungen und Schwierigkeiten bei der Abstimmung und wird in der Praxis kritisiert (Gerasch, 2009, S. 306; Jehle, 2007, S. 356).

Bei der Berechnung der Höhe der Freiheitsstrafe kommt es auf den Endstrafenzeitpunkt an. Eine ggf. in Betracht kommende Reststrafenaussetzung zur Bewährung, d.h. eine mögliche vorzeitige Entlassung aus dem Strafvollzug nach § 57 StGB findet keine Berücksichtigung (BGH, NStZ 1987, S. 292f.).

### Betäubungsmittelabhängigkeit

Gem. § 35 I S. 1 BtMG muss die Straftat, um dessen Zurückstellung es geht, aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen worden sein. Mit der Betäubungsmittelabhängigkeit im Sinne des § 35 ff. BtMG ist ein Zustand psychischer *oder* physischer Abhängigkeit von einer Substanz mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem gemeint, der durch periodische oder ständig wiederholte Einnahme charakterisiert ist und dessen Merkmale je nach der Art des Suchtstoffes variieren (Körner, 1998, S. 1306). § 35 BtMG gilt jedoch nur für betäubungsmittelabhängige Verurteilte und ist nicht auf alkohol- oder arzneimittelabhängige Verurteilte anwendbar. Diese vielfach kritisierte Einschränkung wird mit der durch die Besonderheiten der Betäubungsmittel-sucht bedingten zwangsläufigen Kriminalisierung bei der Drogenbeschaffung begründet (Patzak, 2012, § 35 Rn. 30).

Erfasst sind jedoch auch polytoxikomane Personen, die in wechselnder Folge oder gleichzeitig Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes zu sich nehmen und von anderen Stoffen abhängig sind (Weber, 2009, § 35 Rn. 29). Entscheidend ist der eigentliche Suchtstoff: Beispielsweise kommt bei einem Heroinabhängigen, der sich phasenweise auf Alkohol beschränkt oder mit einem Opioid substituiert wird, weiterhin eine Betäubungsmittelabhängigkeit im Sinne von § 35 BtMG in Betracht.

Die Betäubungsmittelabhängigkeit muss feststehen. Im Regelfall ergibt sich dies aus den schriftlichen Urteilsgründen, vgl. § 35 I S. 1 BtMG (Körner, 1998, S. 1306). So bestehen keine Zweifel an der Betäubungsmittelabhängigkeit, wenn das Gericht bei einer Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren die Feststellung der Betäubungsmittelabhängigkeit in das Bundeszentralregister eintragen lässt (§§ 260 V S. 2 StPO i.V.m. § 17 BZRG). Ist in den Urteilsgründen jedoch von keiner Betäubungsmittelabhängigkeit die Rede, hat die Vollstreckungsbehörde eigene Feststellungen zu treffen<sup>8</sup>. Beispielsweise können der Strafregisterauszug, frühere Ermittlungsverfahren, Ermittlungsvermerke der festnehmenden Beamten über sichergestellte Injektionsutensilien oder Ausweise von Therapieeinrichtungen auf eine Betäubungsmittelabhängigkeit hinweisen (Weber, 2009, § 35 Rn. 48). Schließlich besteht die Möglichkeit, dass die verurteilte Person selbst versucht, ihre Abhängigkeit glaubhaft zu machen, z.B. durch Zeugenaussagen, Atteste oder Krankenakten.

---

<sup>8</sup> Nach Gerasch (2009, S. 350) nimmt diese Prüfung viel Zeit in Anspruch. Seiner Vermutung nach wird in einigen Fällen das Ermessen großzügiger zugunsten des Verurteilten ausgelegt.

### Zeitpunkt der Betäubungsmittelabhängigkeit

Eine Zurückstellung der Strafvollstreckung zu Gunsten einer Therapie kann nur erfolgen, wenn die Betäubungsmittelabhängigkeit nicht nur zur Tatzeit bestand, sondern auch im Zeitpunkt der Hauptverhandlung und im Zeitpunkt des Zurückstellungsantrages noch vorhanden war, weil andernfalls eine Zurückstellung der Strafvollstreckung zu Therapiezwecken sinnvoll nicht mehr in Betracht kommt (Laubenthal & Nester, 2010, S. 101).

### Kausalzusammenhang

Nach der Rechtsprechung muss ein Unmittelbarkeitszusammenhang zwischen der Betäubungsmittelabhängigkeit und Straftat in der Form bestehen, dass die Straftat ohne die Betäubungsmittelabhängigkeit nicht denkbar wäre (KG Berlin, NStZ-RR 2008, S. 185). Teilweise wird auch eine Mitursächlichkeit für ausreichend erachtet (OLG Saarbrücken, NStZ-RR 1996, S. 246; Kornprobst, 2007, § 35 Rn. 45). Neben den Betäubungsmitteltaten der §§ 29 ff. BtMG trifft dies in aller Regel auf Beschaffungsdelinquenz zu. Bei Körperverletzungs-, Tötungs- oder Sexualdelikten, Betrug, Untreue oder Erpressung ist hingegen sorgfältig zu prüfen, ob die Taten im Rahmen eines Drogenrausches, unter Entzugerscheinungen oder zur Finanzierung des Drogenerwerbes erfolgten (Körner, 1998, S. 1307). Hat das Gericht den Kausalzusammenhang zwischen der Betäubungsmittelabhängigkeit und der Straftat im Urteil bejaht, so ist diese Feststellung bindend für die Strafvollstreckungsbehörde, mit der Folge, dass eine davon abweichende Beurteilung nur vorgenommen werden kann, wenn hinreichend sicher festgestellt werden kann, dass die verurteilte Person falsche Angaben gemacht hat (Weber, 2009, § 35 Rn. 54 f.).

### Der Rehabilitation dienende Maßnahme

Voraussetzung für die Bewilligung der Zurückstellung nach § 35 BtMG ist, dass sich die verurteilte Person wegen ihrer Abhängigkeit bereits in einer ihrer Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder einen entsprechende Therapieaufnahme zusagt. Ist die Therapie bereits abgeschlossen, kommt eine Zurückstellung nicht in Betracht.

Unter Rehabilitation ist eine Maßnahme zu verstehen, die die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern soll (vgl. § 1 SGB IX). Der Behandlungsbegriff des § 35 I BtMG ist sehr weit zu verstehen, es kommen sowohl psychotherapeutische Behandlungen (Verhaltens- und Gesprächstherapien) als auch soziotherapeutische Behandlungen (Beschäftigungs- und Arbeitstherapien) in Betracht (Körner, 1998, S. 1397). Die Rehabilitationsmaßnahme kann stationär, teilstationär, aber auch ambulant erfolgen (Katholnigg, 1981, S. 417). Eine ambulante Therapie muss jedoch die Gewähr bieten, dass sich der Abhängige ernsthaft und intensiv mit seiner Abhängigkeit auseinandersetzt (Weber, 2009, § 35 Rn. 81). Nicht (mehr)<sup>9</sup> erforderlich ist, dass die Behandlung mit einer Beschränkung der Lebensführung

---

<sup>9</sup> Das zusätzliche Erfordernis, dass der Verurteilte in der freien Gestaltung seiner Lebensführung erheblichen Beschränkungen unterliegen muss, wurde durch Gesetz vom 09.09.1992 (BGBl. I S. 1593) gestrichen.



verbunden ist. Die staatliche Anerkennung nach § 35 BtMG ist ebenfalls nicht Voraussetzung für die Zurückstellung, allerdings erleichtert dies die Anrechnung der Therapiedauer auf die Strafe gem. § 36 BtMG (siehe 4.1.5). In jedem Fall muss die Therapie geeignet sein, die Abhängigkeit zu beheben, oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Entscheidendes Kriterium ist insofern die Drogenabstinenz (Weber, 2009, S. 62). Mittlerweile besteht weitgehend Einigkeit, dass die Abstinenz nur als Endziel angestrebt werden muss, so dass auch Substitutionsbehandlungen in Betracht kommen (Röttle & Wagner, 2009, S. 462). Voraussetzung ist aber, dass sich die Substitutionsbehandlung nicht auf die Vergabe des Substitutionsmittels beschränkt, sondern zusätzlich mit einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Betreuung verbunden ist und diese auch ernsthaft wahrgenommen wird.

### Therapiebereitschaft und Gewährleistung des Therapiebeginns

Die Therapiebereitschaft ergibt sich regelmäßig aus dem Antrag der verurteilten Person. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Therapiebereitschaft und Bedürftigkeit möglicherweise auch vorgetäuscht sein kann, um sich der Strafvollstreckung zu entziehen (Gerasch, 2009, S. 305 f.). Andererseits dürfen die Anforderungen nicht überspannt werden, da das Fehlen der Behandlungsmotivation bei Abhängigen als geradezu typisch erachtet wird. Eine tragfähige Motivation zur Therapie ist daher das anzustrebende Ergebnis und nicht eine Voraussetzung für die Therapie (Weber, 2009, § 35 Rn. 107 ff.). Im Übrigen wird davon ausgegangen, dass zu einem Therapieerfolg in der Regel zahlreiche Therapieversuche gehören und die Therapie ein langes prozesshaftes Geschehen darstellt, weshalb auch bei mehrfachen Therapieabbrüchen nicht ohne weiteres eine Therapiebereitschaft in Zweifel gezogen werden könne (OLG Karlsruhe, NStZ 1999, S. 253 (254); Röttle & Wagner, 2009, S. 462).

Der Therapiebeginn muss gewährleistet sein. Dies ist der Fall, wenn nachgewiesen wird, dass in einer bestimmten Therapieeinrichtung ein Therapieplatz für eine Behandlung freigehalten wird. Außerdem muss nachgewiesen werden, dass die von der Einrichtung geforderte Entzugsbehandlung oder ärztliche Versorgung durchgeführt wurde, und dass der Verurteilte oder die Verurteilte sich verpflichtet, die Nachweise für die Aufnahme und Fortführung der Behandlung zu erbringen. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Therapieeinrichtung den Behandlungsabbruch der Vollstreckungsbehörde mitteilt (Körner, 1998, S. 1308).

Damit der Therapiebeginn gewährleistet ist, muss außerdem feststehen, dass die Kosten der Therapie aufgebracht werden. Mit Ausnahme der seltenen Fälle, in denen die verurteilte Person die Behandlungskosten selbst bezahlt, bedarf es insoweit der verbindlichen Zusage eines Kostenträgers (Kornprobst, 2007, § 35 Rn. 104). Verurteilte Drogenabhängige haben einen Anspruch auf Kostenübernahme gem. § 11 II i.V.m § 40 SGB V gegen die gesetzliche Krankenversicherung, sofern nicht im Einzelfall ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, z.B. der Rentenversicherungsträger gemäß § 9 ff. SGB VI. Subsidiär übernimmt der überörtliche Sozialhilfeträger die Kosten der Behandlung (Jehle, 2007, S. 358).

## Zurückstellungshindernisse

Wenn ein Widerrufsgrund vorliegt, kann eine Zurückstellung schon von vornherein nicht erfolgen (OLG München, NStZ 1998, S. 287f, OLG Stuttgart, NStZ- RR 2009, S. 28f). Deshalb ist eine Zurückstellung nach § 35 BtMG ausgeschlossen, wenn gegen die verurteilte Person eine weitere Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist (§ 35 VI Nr. 2 BtMG) oder wenn bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung zurückgestellt werden kann (§ 35 VI Nr. 1 BtMG). Die Regelung des § 35 VI BtMG soll insoweit verhindern, dass eine erfolgreich therapierte verurteilte Person nach Beendigung der Therapie wieder in den Strafvollzug gelangt, weil dadurch der Behandlungserfolg gefährdet werden könnte (BGH, NStZ- RR 2010, S. 353 (354)).

Schwierigkeiten ergeben sich, wenn mehrere Freiheitsstrafen zu vollstrecken sind, von denen einige zurückstellungsfähig sind andere jedoch nicht (beispielsweise weil es bei einer Straftat an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen der Betäubungsmittelabhängigkeit und der Straftat fehlt). In der Vergangenheit hat die Vollstreckungsbehörde in solchen Fällen regelmäßig die gem. §§ 454b II StPO i.V.m. § 43 II StVollstrO vorgesehene Vollstreckungsreihenfolge<sup>10</sup> auf Antrag geändert,<sup>11</sup> sodass zunächst alle nichtzurückstellungsfähigen Freiheitsstrafen vollständig vollstreckt wurden (OLG Karlsruhe StV 2003, S. 287 (288)). Als diese verbüßt waren, war der Weg für eine Entscheidung nach § 35 BtMG über die Zurückstellung der Strafvollstreckung frei.<sup>12</sup> Der Bundesgerichtshof hat jedoch nunmehr in einem Urteil vom 4. August 2010 entschieden, dass eine Abweichung von der gesetzlich vorgesehenen Vollstreckungsreihenfolge und Unterbrechungsregel zugunsten der Anwendung des § 35 BtMG nicht möglich ist.<sup>13</sup> Hätte der Gesetzgeber die Möglichkeit einer Umstellung der Vollstreckungsreihenfolge oder Unterbre-

---

<sup>10</sup> Hinsichtlich der Reihenfolge der Vollstreckung der Freiheitsstrafen bestimmt § 43 II Nr. 1 StVollstrO, dass zunächst stets Freiheitsstrafen von nicht mehr als zwei Monaten zu vollstrecken sind und danach die Strafreste, die zur Bewährung ausgesetzt wurden, dann aber widerrufen wurden. Außerdem gilt der Grundsatz, dass die kürzeren Freiheitsstrafen vor den längeren Freiheitsstrafen zu vollstrecken sind. Nach § 454b II StPO ist bei mehreren Freiheitsstrafen jede der einzelnen Strafen nach der Hälfte oder zwei Dritteln ihrer Gesamtdauer zu unterbrechen, um so eine einheitliche Entscheidung über die Aussetzung des Strafrests gem. § 57 StGB zu ermöglichen.

<sup>11</sup> Nach § 43 IV StVollstrO kann die Vollstreckungsbehörde aus wichtigem Grund eine abweichende Reihenfolge der Vollstreckung bestimmen. Ein wichtiger Grund wurde angenommen, wenn durch eine Änderung der Vollstreckungsfolge die Möglichkeit, einen therapiebereiten Verurteilten rasch in eine Therapieeinrichtung zu bringen, geschaffen wird (OLG Karlsruhe, StV 2003, S. 287 (288)).

<sup>12</sup> In anderen Gerichtsbezirken wurde demgegenüber davon ausgegangen, dass eine nach § 454b II StPO zum Zwei-Drittel- oder Halbstrafenzeitpunkt unterbrochene Freiheitsstrafe, die nicht zurückstellungsfähig nach § 35 BtMG ist, kein Zurückstellungshindernis darstellt (beispielsweise OLG Stuttgart NStZ-RR 2009, S. 28 (29)). Es handle sich insoweit nicht mehr um eine zu vollstreckende Freiheitsstrafe, obwohl eine Entscheidung nach § 57 StGB noch nicht getroffen wurde. Dort wurde dementsprechend ausschließlich die Vollstreckungsreihenfolge zugunsten einer schnelleren Anwendung von § 35 BtMG geändert, die Unterbrechungsregelung fand weiter Anwendung.

<sup>13</sup> Auch eine unterbrochene Freiheitsstrafe, die nicht zurückstellungsfähig ist, stehe einer Anwendung entgegen, solange nicht die Strafvollstreckungskammer positiv über die Aussetzung des Strafrests gem. § 57 StGB entschieden hat.

chung der Vollstreckung zum Zwecke der Ermöglichung einer Therapie infolge der Anwendung des § 35 BtMG gewollt, so wäre eine ausdrückliche Regelung erforderlich werden (BGH, NStZ-RR 2010, S. 353 (354)). Die neue Rechtsprechung hat insofern zu einer erheblichen Einschränkung der Anwendung des § 35 BtMG geführt.

Daneben stellen auch Abschiebungsverfügungen oder sonstige ausländerrechtliche Maßnahmen Zurückstellungshindernisse dar, die zu einer Ablehnung des Zurückstellungsantrages führen.

#### Antrag des Verurteilten

Die Vollstreckungsbehörde wird nicht von Amts wegen tätig, sondern nur auf Antrag der verurteilten Person, sie kann allerdings einen Zurückstellungsantrag anregen (Körner, 1998, S. 1309). Der Antrag ist nicht formgebunden; er kann bei Rechtsmittelverzicht oder im letztinstanzlichen Urteil bereits in der Hauptverhandlung gestellt werden. Wird ein Antrag abgelehnt oder erfolgt ein Widerruf der Zurückstellung (siehe 4.1.4), besteht bei Änderung der Voraussetzungen der Sach- oder Rechtslage stets die Möglichkeit eines neuen Antrages.

#### Zustimmung des Gerichts im ersten Rechtszug

Die Zurückstellung erfordert die Zustimmung des erstinstanzlich zuständigen Gerichts. Dessen Entscheidung stellt eine justizinterne Prozessklärung dar und wird nach pflichtgemäßen getroffen, d.h. das Gericht prüft alle Voraussetzungen des § 35 BtMG selbst (Laubenthal & Nester, 2010, S. 102). Es muss eine begründete Stellungnahme zum Zurückstellungsgesuch abgeben (Körner, 1998, S. 1309). Fehlt diese Stellungnahme im Falle einer pauschalen Verweigerung der Zustimmung, muss die Vollstreckungsbehörde das Gericht zur Begründung der ablehnenden Stellungnahme auffordern (Körner, 1998, S. 1313).<sup>14</sup>

Nach herrschender Auffassung bedarf es keiner Einholung der Stellungnahme des Gerichts, wenn die Vollstreckungsbehörde dem Antrag einer verurteilten Person nicht stattgeben will.

### **4.1.3 Zurückstellungsentscheidung der Vollstreckungsbehörde**

Der Antrag über die Zurückstellung der Strafvollstreckung ist abzulehnen, wenn eine der Voraussetzungen nicht vorliegt oder wenn ein Zurückstellungshindernis im Sinne von § 35 VI BtMG vorliegt, d.h. eine weitere Freiheitsstrafe oder Gesamtstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist. Aus anderen als den gesetzlichen Gründen darf eine Zurückstellung nicht abgelehnt werden (Körner, 1998, S. 1312). Sofern die Voraussetzungen vorliegen, entscheidet die Vollstreckungsbehörde über die Zurückstellung nach pflichtgemäßen Ermessen (Laubenthal & Nester, 2010, S. 102). Der Ermessensspielraum soll ermöglichen, dass die Vollstreckungsbehörde den im Rehabilitationsinteresse jeweils günstigsten

---

<sup>14</sup> Der Verurteilte selbst kann die Verweigerung nur zusammen mit der Ablehnung der Zurückstellung durch die Vollstreckungsbehörde im Rahmen der § 21 StVollStrO, §§ 23 ff EGGVG anfechten (§ 35 II BtMG).

Zeitpunkt für die Überführung in die Therapie nutzt und ein Missbrauch des Zurückstellungsverfahrens vermeiden kann (Weber, 2009, § 35 Rn. 139). Im Ergebnis hat die verurteilte Person deshalb grundsätzlich keinen Anspruch auf eine positive Entscheidung, auch wenn alle Voraussetzungen für eine Zurückstellung gegeben sind (Kornprobst, 2007, § 35 Rn. 134). Das Maß der Tatschuld darf im Rahmen der Ermessensentscheidung über die Zurückstellung keine Rolle spielen (Weber, 2009, § 35 Rn. 146). Auch eine ungünstige Sozialprognose führt grundsätzlich nicht zu einer Ablehnung der Zurückstellung. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie auf negative Umstände zurückzuführen ist, die Symptome der Sucht darstellen (Weber, 2009, § 39 Rn. 148). Nach teilweise vertretener Auffassung sei die Grenze allerdings erreicht, wenn die Zurückstellung unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit nicht verantwortet werden könne (Weber, 2009, § 35 Rn. 149). Nach anderer Ansicht sei die Grenze dann erreicht, wenn eine Therapie gänzlich aussichtslos sei (OLG Karlsruhe, NStZ 2008, S. 576). Generell sollte sich die Dauer der Zurückstellung an der erwarteten Therapiezeit orientieren und beträgt im Höchstfall zwei Jahre (Laubenthal & Nester, 2010, S. 102).

Der Zurückstellungsbescheid sollte nicht nur den Zeitpunkt und die Dauer der Zurückstellung, sondern auch den Namen und die Anschrift der Therapieeinrichtung enthalten. Zudem soll im Zurückstellungsbescheid eine Regelung aufgeführt werden, wann und in welcher Form die Nachweise nach § 35 IV BtMG zu erbringen sind und welche Konsequenzen ein Nichtantritt oder der Abbruch der Therapie bzw. nicht die Nichteinhaltung der Nachweispflichten nach sich ziehen (Körner, 1998, S. 1313).

Die Vollstreckungsbehörde kann den Zurückstellungsbescheid mit zusätzlichen Weisungen und Auflagen versehen (beispielsweise mit der Verpflichtung zur Teilnahme an regelmäßigen Urinkontrollen). Dies erfolgt häufig aufgrund der geringen Kontrollmöglichkeiten im Rahmen von ambulanten Therapien.

#### **4.1.4 Das Widerrufsverfahren**

Für einen Widerruf der Zurückstellung ist ebenfalls die Vollstreckungsbehörde zuständig, d.h. die Staatsanwaltschaft bzw. der Rechtspfleger sowie der Jugendrichter. Die Widerrufsgründe sind in § 35 V und VI BtMG geregelt.

Die Vollstreckungsbehörde widerruft die Zurückstellung der Vollstreckung nach § 35 V S. 1 BtMG, wenn

- die Behandlung endgültig nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird und nicht zu erwarten ist, dass der oder die Verurteilte eine Behandlung derselben Art alsbald beginnt oder wieder aufnimmt,
- oder wenn der nach Absatz IV geforderten Nachweis über die Aufnahme bzw. Fortführung der Behandlung nicht erbracht wird.

Es steht im Ermessen der Vollstreckungsbehörde von dem Widerruf abzusehen, wenn die verurteilte Person nachträglich nachweist, sich in Behandlung zu befinden (§ 35 V S. 2 BtMG). Nicht jedes Verlassen der Therapieeinrichtung stellt einen Therapieabbruch dar, der nach § 35 IV

BtMG meldepflichtig ist. Nach herrschender Meinung ist von einem Therapieabbruch auszugehen, sobald ein verurteilter Patient länger als sieben Tage unerlaubt von der stationären Einrichtung abwesend ist (Körner 1998, S. 1315).<sup>15</sup> Zu berücksichtigen ist außerdem, dass ein Therapieabbruch nicht immer auf den Verteilten bzw. die Verurteilte selbst zurückzuführen ist. Die Gründe hierfür können auch an anderen Ursachen liegen, wie in einem individuell ungeeigneten Therapiekonzept oder einer schlechten therapeutischen Beziehung. Uneinigkeit besteht in der Frage, was unter alsbaldigem Beginn einer Behandlung derselben Art zu verstehen ist. Teils wird dies mit unverzüglich gleichgesetzt oder aber es wird als genügend angesehen, dass sich die verurteilte Person ohne schuldhaftes Zögern um einen erneuten Therapiebeginn bemüht (Franke & Wienroeder, 2008, § 35 Rn. 20). Nach ebenfalls vertretener Ansicht kommt es darauf an, ob die Voraussetzungen für die baldige Aufnahme bzw. Fortsetzung der Therapie erfüllt sind, also insbesondere die Therapiezusage, die Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers und die Therapieplatzzusage der Behandlungseinrichtung vorliegen (Kornprobst, § 35 Rn. 208).<sup>16</sup>

Die Widerrufsgründe nach § 35 VI BtMG sind zwingend. Danach ist die Zurückstellung der Vollstreckung zu widerrufen, wenn

- bei nachträglicher Bildung einer nicht zurückstellungsfähigen Gesamtstrafe, d.h. einer Gesamtstrafe, bei der nicht der überwiegende Teil der Straftaten auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde oder
- eine weitere gegen die verurteilte Person erkannte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist.

Die Vollstreckungsbehörde trifft die Widerrufsentscheidung in einem Bescheid, den sie begründet. Einer vorherigen Anhörung bedarf es nicht. In dem Bescheid ordnet sie die weitere Strafvollstreckung an und erlässt ggf. einen Vollstreckungshaftbefehl. Gegen den Widerruf der Vollstreckungsbehörde kann form- und fristlos die Entscheidung des Gerichts erster Instanz herbeigeführt werden (§ 35 VII S. 2 BtMG). Eine Hemmung der Vollstreckung tritt dadurch jedoch nicht ein.

#### **4.1.5 Anrechnung von Therapiezeiten nach § 36 BtMG**

Nach § 36 BtMG besteht die Möglichkeit der Anrechnung der Therapiezeiten auf die Strafe. Diese Regelung soll insoweit die Bereitschaft der drogenabhängigen Person wecken, sich freiwillig einer Therapie zu unterziehen (Patzak, 2012, § 26 Rn. 1).

Zunächst hat das Gericht des ersten Rechtszugs über die *Anrechnungsfähigkeit* der Therapiezeiten zu entscheiden. Es kann darüber vorab gem. § 36 I S. 2 BtMG im Zusammenhang mit der Zustimmung zur Zurückstellung entscheiden. Eine nachträgliche Entscheidung ist ebenso mög-

---

<sup>15</sup> Nach Angaben bei Gerasch (2009, S. 304) beträgt die Abbruchquote von Therapien ohne erfolgreichen Antritt einer neuen Therapie im Durchschnitt 30 Prozent.

<sup>16</sup> Umstritten ist, ob von einem Widerruf auch dann abzusehen ist, wenn die verurteilte Person nach dem Therapieabbruch ein niedrigschwelligeres Angebot wahrnimmt, beispielsweise wenn es sich um eine ambulante anstelle einer stationären Therapie handelt.

lich (§ 36 V S. 1 BtMG). Die Entscheidung über die *tatsächliche Anrechnung* der Therapie auf die Strafe trifft das Gericht zumeist mit der Entscheidung über die Aussetzung des Strafrest zu Bewährung (Gerasch, 2009, S. 304), jedenfalls aber nach dem Therapieende (Körner, 1998, S. 1317).

Unterziehen sich verurteilte Drogenabhängige einer Behandlung in einer staatlich anerkannten Einrichtung, so wird die Therapiezeit stets auf die Strafe bis maximal Zweidrittel angerechnet. Es kann sich dabei auch um ambulante Therapiemaßnahmen handeln. Allerdings muss die ambulante Drogentherapie von den Verurteilten ähnliche Anstrengungen bei der Bekämpfung seiner Sucht abverlangen, wie in einer stationären Therapie. In einer Entscheidung des Kammergerichts Berlin wurde klargestellt, dass die Zeit der Behandlung bei staatlich anerkannten *ambulanten* Therapien in der Regel mit dem Maßstab anzurechnen sind, dass jeder Tag, an dem ein therapeutisches Gespräch erfolgte, maximal einen Tag der Strafe entspricht (KG Berlin, NStZ-RR 2009, S. 321).

Es ist nicht erforderlich, dass die Behandlung erfolgreich beendet wurde. Selbst wenn die verurteilte Person die Therapie abbricht oder die Zurückstellung aus einem anderen Grund widerrufen werden muss, erfolgt eine Anrechnung der bis dahin in der Einrichtung verbrachten Zeit auf die Strafe (Laubenthal & Nester, 2010, S. 103).

Auch bei staatlich nicht anerkannten Einrichtungen können die Therapiezeiten ganz oder zum Teil auf die Strafe angerechnet werden, wenn dies unter Berücksichtigung der Anforderungen, welche die Behandlung an einen Verurteilten gestellt hat, angezeigt ist (vgl. § 36 III BtMG). Die Anrechnung steht im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichts.

Zu berücksichtigen ist, dass die Therapiezeiten stets nur bis maximal Zweidrittel der Strafe angerechnet werden können. Über das letzte Drittel ist also immer im Rahmen einer Aussetzungsentscheidung zu befinden. Dies soll Druck auf die Verurteilten ausüben, die Therapie erfolgreich zu beenden, um eine positive Prognose zu erhalten. Bei einer abgebrochenen Therapie wird das Gericht regelmäßig zu einer negativen Prognose gelangen, mit der Folge, dass das letzte Drittel der Strafe vollstreckt wird und sich die verurteilte Person zurück in Haft begeben muss. Die verurteilte Person soll durch die Bewährungszeit außerdem weiterhin davon abgehalten werden, rückfällig zu werden (Körner, 1998, S. 1317).

#### **4.1.6 Strafaussetzung zur Bewährung nach § 36 BtMG**

Für die Entscheidung über die Reststrafenaussetzung zur Bewährung ist ebenfalls das Gericht des ersten Rechtszuges zuständig. Voraussetzung ist eine günstige Sozialprognose, d.h. es muss eine durch Tatsachen belegte Wahrscheinlichkeit bestehen, dass die verurteilte Person keine Straftaten mehr begeht. Dabei ist zwischen dem Resozialisierungsinteresse des Verurteilten und den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit abzuwägen. Im Rahmen einer Gesamtabwägung hat die Art der begangenen und zu befürchtenden Tat besonderes Gewicht (OLG Saarbrücken, NJW 1999, S. 439; OLG Frankfurt NStZ-RR 1999, S. 346). Entscheidend kommt es dabei auf die Persönlichkeit der therapiebereiten Person an. Insbesondere ist ihr Verhalten während der

Behandlung und das Verhalten, das künftig auf Grund der Therapie zu erwarten ist, zu berücksichtigen. Eine positive Prognose setzt jedoch nicht die Heilung von der Drogenabhängigkeit voraus.<sup>17</sup>

Als Zeitpunkt für die Reststrafenaussetzung kommt zum einen der Zweidrittelzeitpunkt, zum anderen aber genauso der Zeitpunkt, in dem eine weitere Behandlung in einer staatlich anerkannten Einrichtung nicht mehr erforderlich ist, in Betracht. Nach § 36 BtMG besteht also auch früher als nach § 57 StGB die Möglichkeit der Reststrafenaussetzung.<sup>18</sup> Aus § 36 IV BtMG ergibt sich, dass das Gericht einem verurteilten Drogenabhängigen auch Bewährungsaufgaben und Weisungen erteilen kann bzw. ihn unter die Aufsicht eines Bewährungshelfers unterstellen kann. Häufig werden beispielsweise Urinkontrollen oder Nachbehandlungen angeordnet.

## 4.2 Absehen von der Erhebung der Anklage nach § 37 BtMG

In § 37 BtMG ist der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ im eigentlichen Sinne verwirklicht (Jehle, 2007, S. 363). Nach dieser Vorschrift kann die Staatsanwaltschaft von der Erhebung der Anklage vorläufig absehen. Das Ermittlungsverfahren ist zwar abgeschlossen, d.h. der die Straftat betreffende Sachverhalt ist „ausermittelt“ und der Beschuldigte hinreichend verdächtig, eine Straftat begangen zu haben. Es kommt jedoch bei Anwendung des § 37 I BtMG nicht zu einer Anklageerhebung oder gar einer Hauptverhandlung. Voraussetzung ist der hinreichende Verdacht einer Straftat wie in § 35 BtMG, die auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde. Es darf ferner keine Freiheitsstrafe (oder Jugendstrafe gem. § 38 II BtMG) über zwei Jahre zu erwarten sein. § 37 BtMG kommt daher - im Gegensatz zu § 35 BtMG - auch bei Geldstrafen in Betracht (Franke & Wienroeder, 2008, § 37 Rn. 5). Die Betäubungsmittelabhängigkeit und die Therapiebedürftigkeit müssen im Zeitpunkt der Entscheidung ebenfalls noch fortbestehen. Ferner muss der Beschuldigte nachweisen, sich wegen seiner Abhängigkeit einer Behandlung im Sinne des § 35 BtMG zu unterziehen. Entscheidend ist, dass die Therapie bereits begonnen wurde (Kornprobst, 2007, § 35 Rn. 7). § 37 BtMG belohnt die Therapieeinsicht und den freiwilligen Therapieantritt, und will das Durchhaltevermögen des Probanden fördern. Eine vorausgesetzte Mindesttherapiezeit von drei Monaten oder ein bestimmter Therapieerfolg ist nicht (mehr)<sup>19</sup> erforderlich. Der Nachweis wird durch Vorlage einer aussagekräftigen Bescheinigung durch die Therapieeinrichtung geführt (Franke & Weinroeder, 2009, § 37 Rn. 8). § 37 BtMG setzt jedoch im Gegensatz zu § 35 BtMG eine positive Prognose voraus, so muss die Resozialisierung des Probanden zu erwarten sein. Zweifel gehen zulasten der beschuldigten Person.

Die Staatsanwaltschaft muss die Zustimmung des für die Eröffnung des Verfahrens zuständigen Gerichts einholen. Liegt die Zustimmung des Gerichts vor, steht die Entscheidung über das vor-

---

<sup>17</sup> Abweichend von § 57 StGB orientiert sich die Sozialprognose im Rahmen des § 36 BtMG insoweit nur wenig am Vorleben und den Tatumständen (Patzak, 2012, § 36 Rn. 70).

<sup>18</sup> Es wird aber davon ausgegangen, dass die Aussetzungsentscheidung eher nach dem Zwei-Drittel-Zeitpunkt ergeht (Röttle & Wagner 2009, S. 469).

<sup>19</sup> Vgl. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9.9.1992, BGBl. I S. 681.

läufige Absehen von der Klageerhebung im Ermessen der Staatsanwaltschaft. Die Entscheidung kann ebenfalls von Auflagen und Weisungen abhängig gemacht werden (neben den obligatorischen Meldefristen gem. § 37 I S. 2 BtMG, beispielsweise von regelmäßigen Urinkontrollen).

Wenn die beschuldigte Person die Behandlung nicht bis zu ihrem vorgeschriebenen Abschluss fortführt oder auf Grund der anderen in § 37 I S. 3 BtMG genannten Gründe, kann das Verfahren fortgesetzt werden. Das bedeutet, es kommt zur Anklageerhebung und das Gericht entscheidet über die Eröffnung des Hauptverfahrens. Die Staatsanwaltschaft überwacht zwei (früher vier) Jahre lang die Fortführung der Therapie. Nach Ablauf der zwei Jahre entsteht kraft Gesetzes ein Verfahrenshindernis, welches von Amts wegen zu beachten ist. Die Straftat darf dann nicht mehr verfolgt werden.

Auch das Gericht hat noch bis zum Ende der Hauptverhandlung die Möglichkeit von § 37 BtMG Gebrauch zu machen (§ 35 II BtMG), beispielsweise weil die drogenabhängige Person erst dort den Nachweis über die Behandlung erbringt.

In der Praxis hat § 37 BtMG nahezu keine Bedeutung. Es wird vermutet, dass der Hauptgrund in der Gefahr des Verlustes oder der Schwächung von Beweismitteln liegt, die auch bei einem ausermittelten Verfahren nicht als gering einzuschätzen sei (Weber, 2009, § 37 Rn. 2). Ferner wird von einem erhöhten Arbeitsaufwand gesprochen (Körner, 1998, S. 1320).

### 4.3 Strafaussetzung zur Bewährung nach § 56 StGB

Neben § 35 BtMG kommt eine Drogentherapie in Zusammenhang mit einem Strafverfahren noch bei einer Bewährungsstrafe in Betracht. Das bedeutet, ein Drogenabhängiger wird ebenfalls zu einer Freiheitsstrafe verurteilt, die jedoch zur Bewährung ausgesetzt wird (vgl. § 56 StGB). Voraussetzung für die Strafaussetzung zur Bewährung ist eine *positive Prognose*. Hierbei kommt es auf die Erwartung einer straffreien Lebensführung an. Ausreichend ist, dass nach den festgestellten Tatsachen die Wahrscheinlichkeit künftig straffreien Verhaltens höher einzuschätzen ist als die Möglichkeit neuer Straftaten (Lackner & Kühl, 2011, § 56 Rn. 8). Im Rahmen der Prognose sind namentlich die Persönlichkeit der verurteilten Person, ihr Vorleben, die Umstände ihrer Tat, ihr Verhalten nach der Tat, ihre Lebensverhältnisse und die Wirkungen zu berücksichtigen, die von der Aussetzung für sie zu erwarten sind, § 56 I S. 2 StGB. Eine Strafaussetzung zur Bewährung kommt grundsätzlich nur bei einer Freiheitsstrafe unter einem Jahr in Betracht (vgl. § 56 I StGB), ausnahmsweise ist sie auch bei einer Freiheitsstrafe unter zwei Jahren möglich (vgl. § 56 II StGB). Im Ergebnis erfasst diese Vorschrift daher leichtere Fälle der Betäubungsmittelkriminalität (Körner, 1998, S. 1303).

Die Strafaussetzungsentscheidung kann mit einer Weisung, sich einer Drogentherapie zu unterziehen, kombiniert werden (§ 56c III Nr. 1 StGB). Voraussetzung dafür ist die Einwilligung des Verurteilten.

Liegt eine positive Prognose vor, so ist die Strafaussetzung zur Bewährung bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen *vorrangig* und schließt die Anwendung des § 35 BtMG aus (Patzak,



2012, § 35 Rn. 51). In der Praxis kommt es jedoch in eher seltenen Fällen zu einer Strafaussetzung zur Bewährung, weil es bei Drogenabhängigen häufig an einer günstigen Sozialprognose fehlt (Jehle, 2007, S. 354). Schließlich gestaltet sich die sog. Vollstreckungslösung nach § 35 BtMG für den Verurteilten auch günstiger, weil die in Therapie verbrachte Zeit trotz Scheitern auf die Strafe angerechnet wird, während ein Therapieabbruch im Rahmen der Bewährung die vollständige Verbüßung der Strafe zur Folge hat (Jehle, 1998, S. 353).

#### 4.4 Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung nach § 57 StGB

Es besteht außerdem die Möglichkeit einer Therapieweisung im Rahmen der Reststrafenaussetzung zur Bewährung (§ 57 StGB). Damit ist gemeint, dass sich die verurteilte Person zunächst in Haft begibt und einen Teil ihrer Strafe verbüßt. Die Reststrafe wird dann aufgrund einer positiven Prognose zur Bewährung ausgesetzt. Zuständig ist die Strafvollstreckungskammer (§§ 462a StPO, 78a, 78b GVG). Voraussetzung ist, dass die Aussetzung der Restfreiheitsstrafe unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann und die verurteilte Person einwilligt. Bei dieser Entscheidung sind neben den in § 56 StGB genannten Aspekten (abgesehen von dem Nachtatverhalten) noch das Gewicht des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts und das Verhalten der verurteilten Person im Vollzug zu berücksichtigen (§ 57 I S.2 StGB). Regelmäßig kommt eine Reststrafenaussetzung nach Verbüßung nach zwei Drittel der Freiheitsstrafe in Betracht (§ 57 I Nr. 1 StGB). Ausnahmsweise ist eine Strafaussetzung zur Bewährung jedoch auch nach Verbüßung der Hälfte der Strafe möglich (siehe dazu § 56 II StGB). Im Rahmen der Reststrafenaussetzung besteht bei Vorliegen einer entsprechenden Therapie-Einwilligung ebenfalls die Möglichkeit einer Weisung nach §§ 57 III S. 1 i.V.m. § 56c III Nr. 1 StGB, sich einer Heilbehandlung oder Entziehungskur zu unterziehen.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> In der Vergangenheit war es üblich, dass die Strafvollstreckungskammer die Anwendung des § 57 StGB u.a. von der Kostenzusage des Rentenversicherungsträgers für die Drogentherapie abhängig machte. So sollte u.a. sichergestellt werden, dass die drogenabhängige Person direkt nach der Haftentlassung eine Therapie beginnen kann. Gegenwärtig kommt eine Kostenübernahme der Therapie durch einen Rentenversicherungsträger nur in Betracht, wenn dieser von dem zuständigen Strafvollstreckungsgericht die Mitteilung erhält, dass der § 57 StGB Anwendung findet. Begründet wird dies mit dem Ausschlussgrund des § 12 I Nr. 5 SGB VI, nach welchem Leistungen zur Teilhabe nicht an Versicherte erbracht werden, die sich in Haft oder im Maßregelvollzug befinden (vgl. Hess. LSG vom 6.1.2011 – L 5 R 486/10 B ER und vom 9.06.2011 – L 5 R 170/11 B ER). In der Folge muss die Strafvollstreckungskammer eine Entscheidung über die Aussetzung treffen ohne das fest steht, dass die Kosten einer Therapie bezahlt werden und die drogenabhängige Person die Therapie unmittelbar antreten kann. Das Hess. LSG weist jedoch in seinem Beschluss vom 9.6.2011 darauf hin, dass die betroffene Person eine Zusicherung nach § 34 SGB X beim Rentenversicherungsträger beantragen kann, dass ihr nach Haftentlassung die beantragte Leistung zur Teilhabe bewilligt wird.

#### 4.5 Maßregel der Sicherung und Besserung der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt

Eine weitere Möglichkeit der Drogentherapie im Rahmen eines Strafverfahrens ist die Maßregel der Sicherung und Besserung der Unterbringung in einer Erziehungsanstalt (§ 64 StGB). Sie wird im Rahmen eines Urteils angeordnet.

Voraussetzung ist ein „Hang“, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im „Übermaß“ zu sich zu nehmen. Dabei muss der Grad einer psychischen Abhängigkeit erreicht sein, physische Abhängigkeit ist nicht erforderlich. Die Suchtmittel abhängige Person muss aufgrund einer rechtswidrigen Tat, die sie im „Rausch“ begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt werden, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist. Darüber hinaus muss die Gefahr bestehen, dass die Person infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

§ 64 StGB darf nicht angewendet werden, wenn keine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt 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. Damit kommt zum Ausdruck, dass das entscheidende Mittel zur Erreichung des Zwecks der Sicherung die – wie es der Gesetzgeber nennt - „Besserung“ im Sinne einer Rehabilitation des Täters bzw. der Täterin ist (Böllinger & Pollähne, 2010, § 64 Rn. 44). Zwischen dem mit der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt verbundenen Eingriff in die Freiheit der betroffenen Person einerseits, und der objektiven Bedeutung der begangenen und zu erwartenden Taten für die Allgemeinheit sowie dem Grad der vom Täter ausgehenden Gefahr andererseits, darf ferner kein eindeutiges Missverhältnis bestehen (Lackner & Kühl, 2011, § 64, Rn. 6, 62 Rn. 2).

Die Unterbringung in eine Entziehungsanstalt kann bei Vorliegen der - ggf. auch geminderten (§ 21 StGB) - Schuldfähigkeit auch neben einer Strafe, also auch neben einer Freiheitsstrafe, angeordnet werden (zur Vollstreckungsreihenfolge siehe § 67 StGB). Wenn ein Täter ohne Schuld handelt, weil er beispielsweise aufgrund einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung unfähig war, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln (§ 20 StGB), scheidet eine Strafe im Sinne des StGB stets aus. Denn die Strafe basiert stets auf der Schuld des Täters bzw. der Täterin (in Bezug auf die begangene Tat), die sich an ihrer Größe orientiert und durch sie begrenzt wird (§ 46 I S. 1 StGB). Bei Schuldunfähigkeit kommen deshalb *nur* die Maßregeln der Sicherung und Besserung in Betracht, bei denen es grundsätzlich um präventive Maßnahmen geht, die auf Sicherung gegen sozialgefährliche Handlungen in der Zukunft angelegt sind.

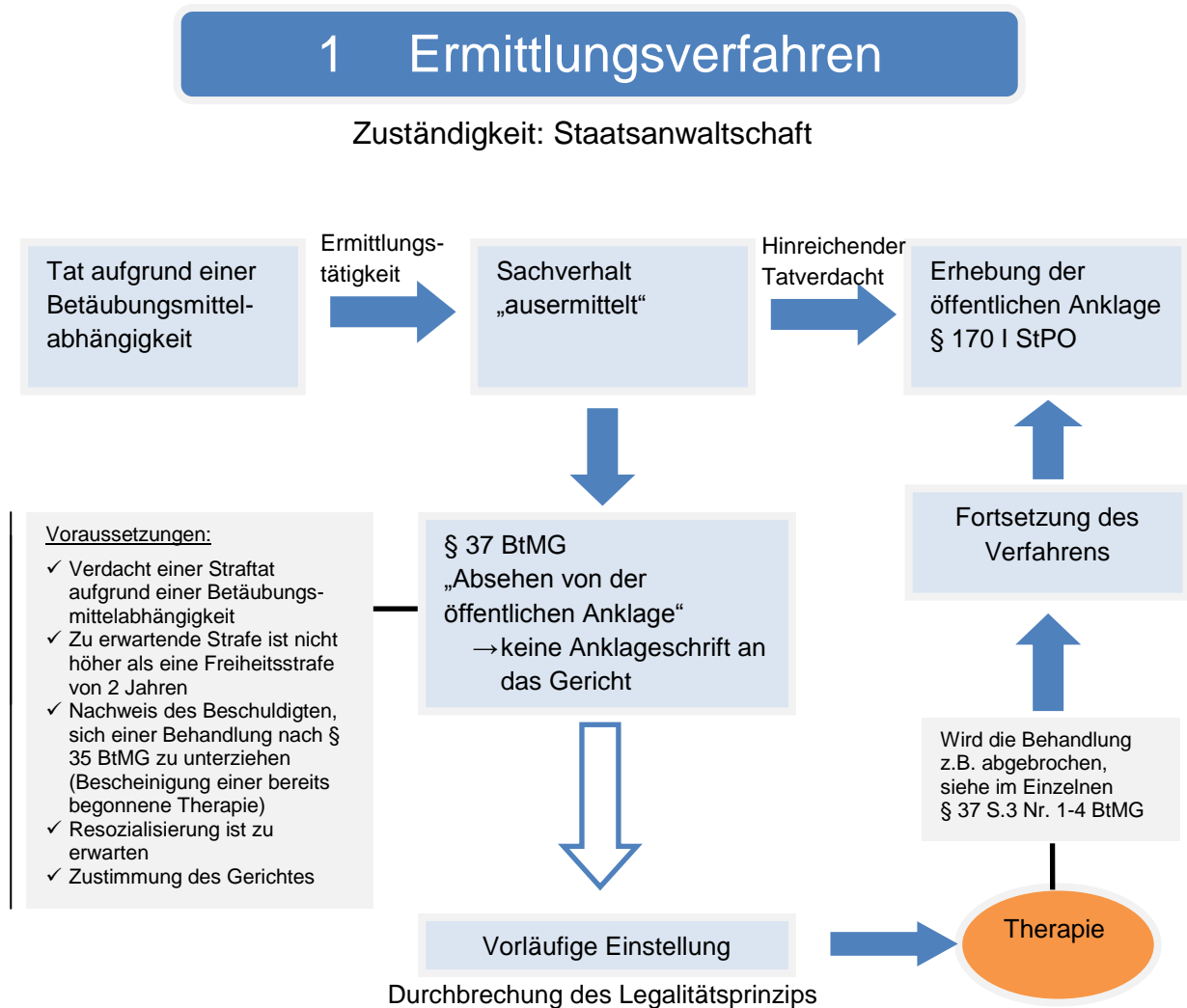
Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung soll die Maßregel der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt den Regelungen des BtMG vorgehen (vgl. z.B. BGH, NStZ-RR 2010, S. 319). Ihre Anordnung steht seit der Neureglung dieser Vorschrift 2007 im gebundenen Ermessen des Gerichts, d.h. von der Regelung darf nur in besonderen Fällen kein Gebrauch gemacht werden. Diese Vorgabe wird vielfach kritisiert, es wird argumentiert, dass drogenabhängige Straftäter

über die Regelungen des BtMG (wie § 35) besser motiviert werden könnten und eine erfolgreiche Rehabilitation daher eher zu erwarten sei; deshalb handle es sich um die „bessere Alternative“<sup>21</sup> (Volkmer, 2012, § 35 Rn. 526). Zu beachten ist, dass die Vollstreckung der Maßregeln jedoch unter den Voraussetzungen des § 35 BtMG und bei gleichzeitiger Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe trotzdem zurückgestellt werden kann (BT-Drucks. 8/4283, S. 8), die Anordnung darf nur nicht mit Verweis auf § 35 BtMG unterbleiben. Außerdem kann die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt auch zur Bewährung ausgesetzt werden, sofern besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Zweck der Maßnahme auch dadurch erreicht werden kann (§ 67b StGB).

---

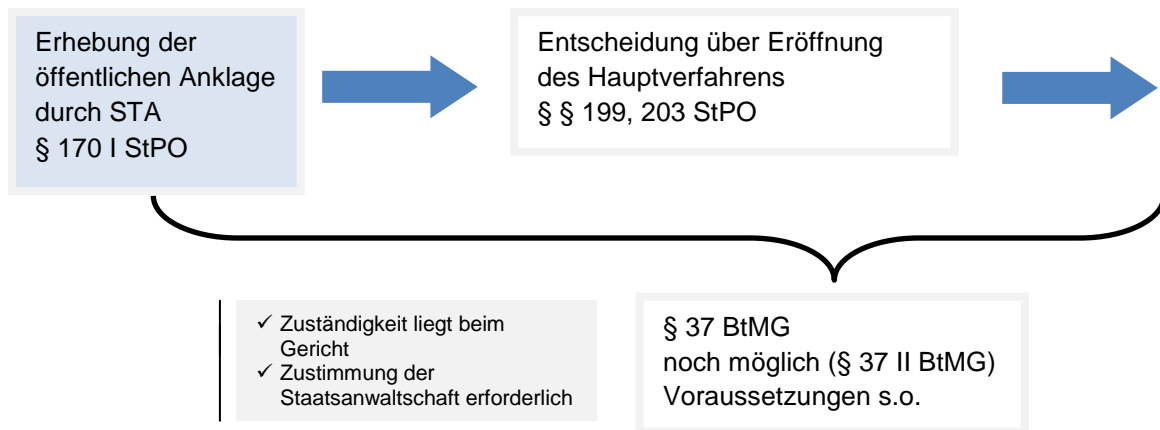
<sup>21</sup> Demgegenüber wird die Auffassung vertreten, dass der Maßregelvollzug gegenüber einer Drogentherapie im Rahmen des § 35 BtMG dann von Vorteil sei, wenn es gilt die „Affekttoleranz des Abhängigen zu stärken“; durch den geschlossenen Rahmen könne der Untergebrachte nach erlebten Kränkungen oder Enttäuschungen nicht sofort abbrechen, sondern müsse sich damit auseinandersetzen (Dannhorn, 2012).

## 4.6 Darstellung der justiziellen Verfahrensabläufe



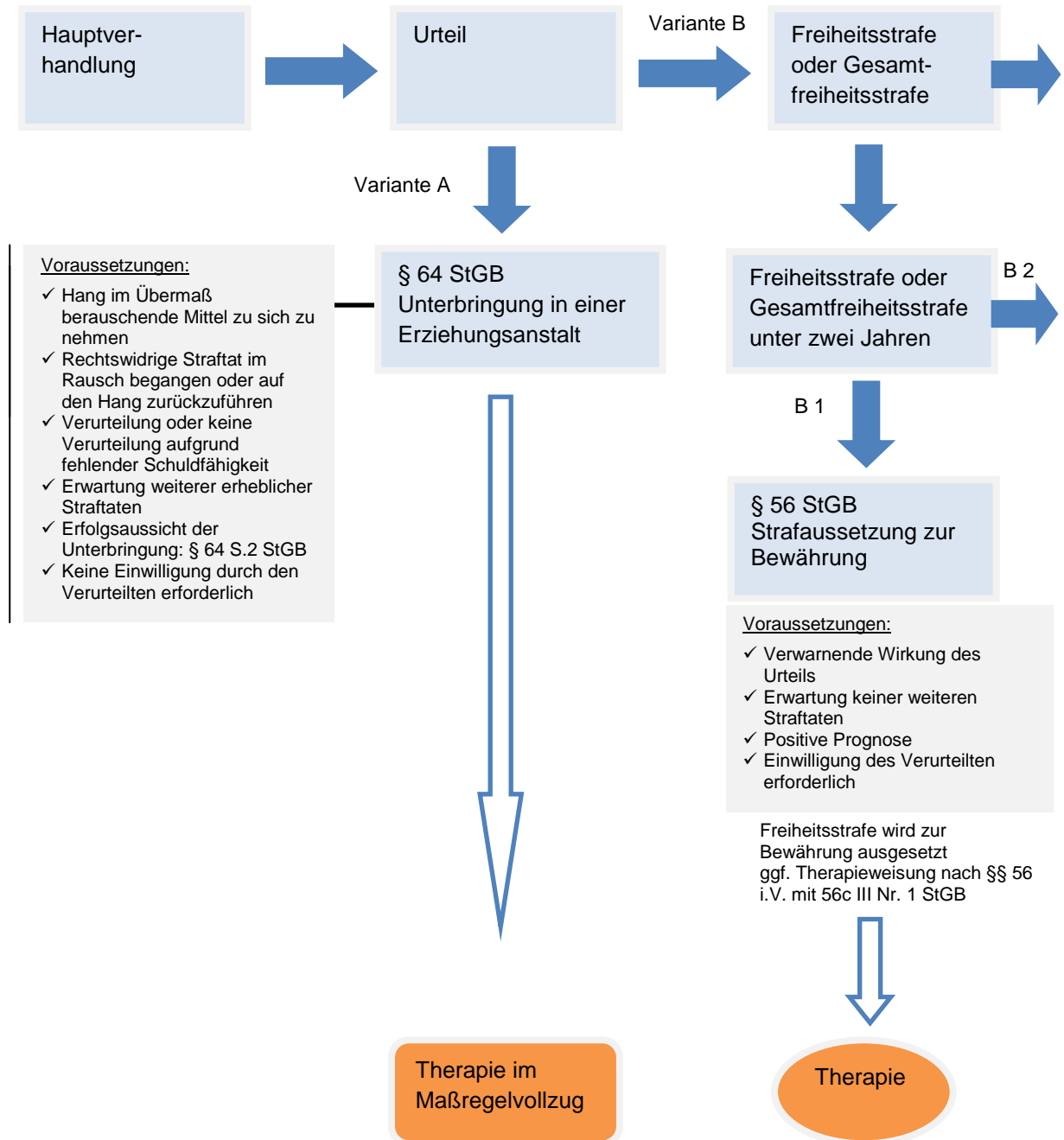
## 2 Zwischenverfahren

Zuständigkeit: Gericht



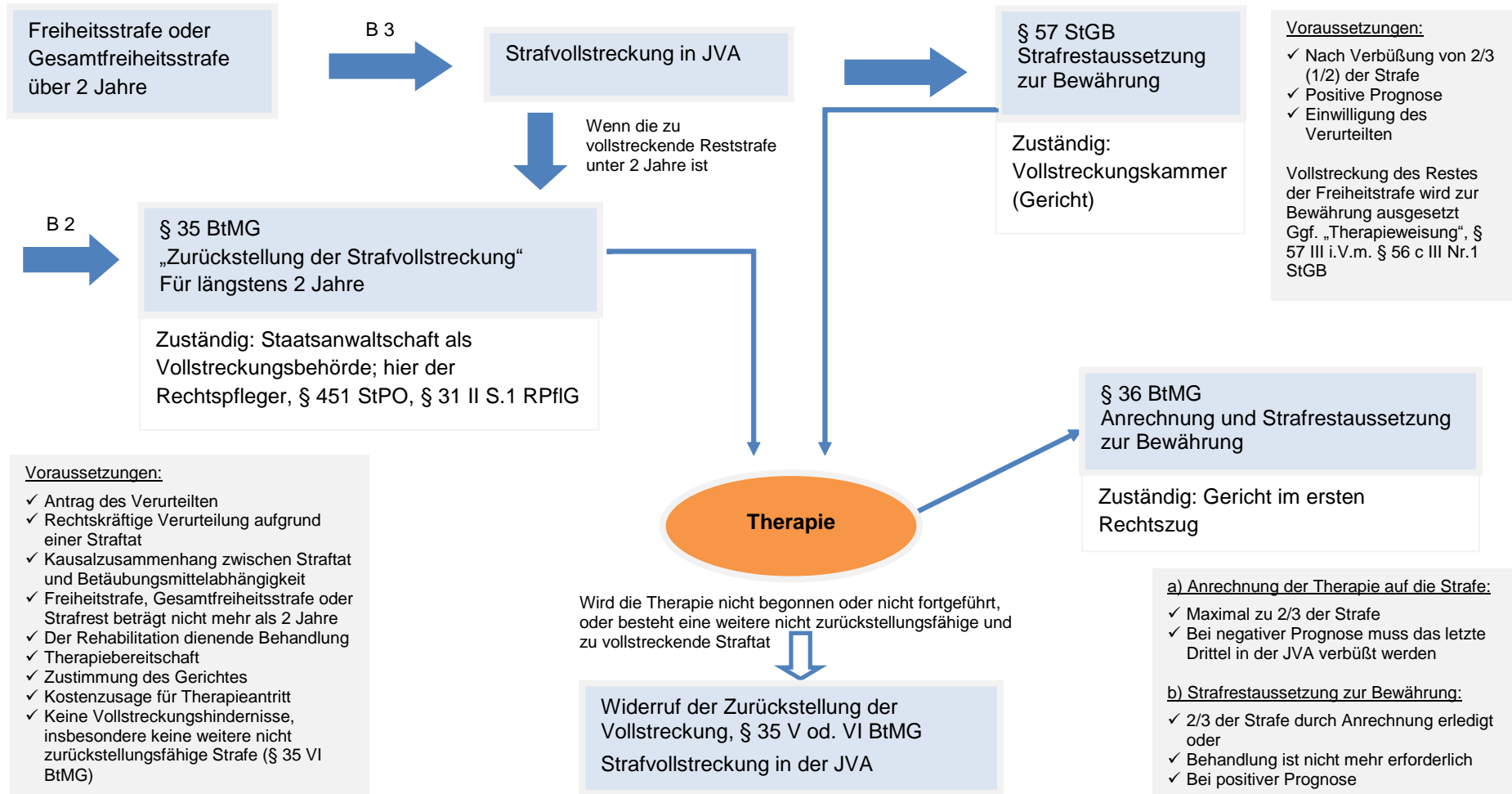
# 3 Hauptverfahren

Zuständigkeit: Gericht



# 4 Vollstreckungsverfahren

Zuständigkeit: i.d.R. Staatsanwaltschaft



## 5 Analyse exemplarischer Vollstreckungshefte

Vollstreckungshefte enthalten sämtliche für die Entscheidung des Gerichts erforderlichen Beurteilungsunterlagen. Dazu zählen die MESTA Eintragung, Urteilsausfertigung, Eintragungen in das BZRG, Rechtskraft des Urteils, Strafhaft, Haftunterbringung, Fristen (z.B. für Rechtsmittel) und sämtliche die Strafvollstreckung betreffenden Verfügungen.

Um Einblick in die staatsanwaltliche Entscheidung zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zu erhalten, wurden in der Staatsanwaltschaft Hamburg exemplarisch fünf Vollstreckungshefte eingesehen, in denen es um diese Entscheidung ging.

Alle eingesehenen fünf Vollstreckungshefte beziehen sich auf verurteilte männliche Drogenkonsumierende, die sich zum Zeitpunkt des Gerichtsurteils in Haft befanden. Die Männer waren zwischen 29 und 49 Jahre alt, und sind mit einer Ausnahme alle deutscher Herkunft. Die vom Gericht ergangenen Urteile wurden in dem Zeitraum von September 2009 bis April 2010 rechtskräftig (Tabelle 3). Aus den Vollstreckungsheften lässt sich folglich nur ein Bild über staatsanwaltliche Entscheidungsprozesse in dem Bundesland Hamburg und bezogen auf diesen Zeitraum gewinnen. Ob sich in den Entscheidungsprozessen etwas in den folgenden zwei Jahren verändert hat oder ob verschiedene Staatsanwaltschaften ein unterschiedliches Vorgehen institutionalisiert haben, wird in den Interviews mit den Staatsanwaltschaften thematisiert (Kapitel 9.1)

**Tabelle 3:** Merkmale der fünf Verurteilten auf Grundlage der Vollstreckungshefte

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Alter	37	35	49	41	29
Herkunft	Afghanistan	Deutschland	Deutschland	Deutschland	Deutschland
Rechtskraft des Urteils	September 2009	Oktober 2010	April 2010	März 2010	Oktober 2009
Urteilsgründe (Straftaten)	Herstellung, Handel, Besitz von BtM (Crack, Heroin, Kokain)	Besonders schwerer Fall des Diebstahls	Herstellung, Handel, Besitz von BtM in 5 Fällen (Kokain)	Diebstahl	Diebstahl in 6 Fällen
Strafmaß	Gesamt-freiheitsstrafe: 20 Monate	Gesamt-freiheitsstrafe: 11 Monate	Gesamt-freiheitsstrafe: 14 Monate	Freiheitsstrafe: 6 Monate	Gesamt-freiheitsstrafe: 8 Monate



## 5.1 Urteil und Strafmaß

### Gerichtsurteil

Verurteilt wurden die fünf Personen wegen Diebstahls oder wegen des Handels mit Betäubungsmitteln. Bei allen Verteilten wird im Gerichtsurteil darauf hingewiesen, dass die jeweiligen Straftaten im Zusammenhang mit der „Betäubungsmittelabhängigkeit“ begangen wurden. Im Urteil wird der kausale Zusammenhang zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit mit der langjährig bestehenden Drogenabhängigkeit oder den Entzugserscheinungen bei der Straftat begründet. Im Detail finden sich dazu Ausführungen wie: die Person ist seit 17 Jahren Konsument harter Drogen, konsumiert seit dem Alter von 13 Jahren Heroin, die Straftaten sind geleitet durch Suchtbedürfnisse, Entzugserscheinungen und die Finanzierung der Drogensucht.

In den Gerichtsurteilen finden sich überdies weitere Darlegungen zur derzeitigen drogenbezogenen Situation und den Vorstrafen der Verurteilten. Vier der fünf Verurteilten befanden sich zum Zeitpunkt des Urteils in einer Substitutionsbehandlung. Drei Verurteilte haben bereits Drogentherapieerfahrungen, wobei das Behandlungsende je nach Person variierte zwischen einer regulären Beendigung, vorzeitigem Behandlungsabbruch und disziplinarischer Entlassung. Unabhängig von der Vorerfahrung bestätigten alle Verurteilten vor Gericht, sich um die Aufnahme in einer stationären Drogentherapieeinrichtung bemühen zu wollen.

Laut Vollstreckungsheft haben alle Personen erhebliche Vorstrafen, was sich in den vielfachen Eintragungen im BZRG zeigt (12-26 Eintragungen). Typischerweise gründen sich die Vorstrafen auf Diebstahlsdelikte, Körperverletzung und BtM-Delikte wie der Handel mit und Besitz von illegalen Drogen. Alle Personen sind schon zu mehreren Freiheitsstrafen verurteilt worden, die zur Bewährung ausgesetzt und aufgrund erneuter Delinquenz widerrufen wurden.

### Strafmaß

Angesichts der Vorstrafen und Bewährungswiderrufe kam eine weitere Aussetzung der Freiheitsstrafe gemäß § 56 StGB für das Gericht nicht in Betracht. Vielmehr gelten die Bewährungswiderrufe als Bewährungsversagen und wirken somit straferschwerend. Zudem wird eine ungünstige Sozialprognose bescheinigt, die mit einer Reihe von Gründen im Gerichtsurteil untermauert wird. So gelten eine langjährige Inhaftierung, die Erwartung weiterer Straftaten, die hohe „Rückfallgeschwindigkeit“ im Hinblick auf begangene Straftaten, die Gefahr des Rückfalls in den Drogenkonsum und die langjährige fortbestehende Drogenabhängigkeit als Indikatoren für eine ungünstige Prognose. Laut Urteil ist somit nicht zu erwarten, dass der Verurteilte künftig „ohne Einwirkung des Strafvollzugs keine Straftaten mehr begehen wird“.

Andererseits wirkt eine langjährige Drogenabhängigkeit, ein Geständnis, und die verminderte Schuldfähigkeit bei einer Straftat unter „Suchtdruck“ strafmildernd. Aufgrund des Zusammen-

hanges zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit befürwortete das Gericht bei allen fünf Verurteilten die Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG.

## 5.2 Erledigungen der Rechtspfleger von Anträgen nach § 35 BtMG

Einen Antrag auf die Zurückstellung der Strafvollstreckung zwecks Aufnahme einer Drogentherapie nach § 35 BtMG können die Verurteilten selbst stellen. In der Regel wurde ein solcher Antrag jedoch mit Unterstützung der externen Drogenhilfe, der haftinternen Sozialarbeit oder einem Rechtsanwalt oder Rechtsanwältin gestellt.

Die bearbeitenden Rechtspflegern und Rechtspflegerinnen prüfen zunächst, ob die rechtlichen Voraussetzungen – Strafmaß, Vollstreckungsreihenfolge und drogenkonsumbedingte Kausalität der Straftat – für einen Antrag auf eine Therapie gemäß § 35 BtMG überhaupt vorliegen. Sind diese Voraussetzungen abgeklärt, ist die weitere Erledigung von Anträgen auf Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG grundsätzlich gleich.

Erwartet wird

- ein Antrag des Verurteilten auf eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 BtMG,
- eine gültige Kostenzusage der Renten- oder Krankenversicherung für die Rehabilitationsmaßnahme,
- ein schriftlich bestätigter Aufnahmetermin in einer stationären oder ambulanten Drogentherapieeinrichtung,
- ein Aufnahmetermin für eine Entzugsbehandlung, wenn angezeigt, und
- die Stellungnahme der JVA zur Therapiebereitschaft des Gefangenen.

Eine Entzugsbehandlung ist erforderlich, wenn die therapiebereite Person während der Haft substituiert wurde. Bei anderen Personen ist die Entzugsbehandlung bei einem von der JVA nachgewiesenen Cleanstatus nicht nötig. Der Nachweis erfolgt über Urinkontrollen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.

Eine Stellungnahme der JVA zur Therapiewilligkeit des Inhaftierten scheint nur von der Staatsanwaltschaft Hamburg angefordert zu werden. Die Interviewten in der Staatsanwaltschaft Köln und Lübeck konstatierten, keine solche Stellungnahme einzuholen.

Die Stellungnahmen seitens der Justizvollzugsanstalten sind höchst unterschiedlich in den Themenbereichen, die beurteilt werden und in dem jeweiligen Ermessen eine Therapiemaßnahme nach § 35 BtMG zu befürworten oder auch abzulehnen. In der Stellungnahme der JVA wird eine Therapiemaßnahme befürwortet, wenn die betroffene Person sich freiwillig zu Urinkontrollen bereit erklärt oder regelmäßige Gespräche mit einer Drogenberatung hat oder an dem Programm „Fit für Therapie“ während der Haft teilnimmt. Auch die Runterdosierung von einem Substitutionsmittel wirkt sich auf eine positive Stellungnahme der JVA aus. Diese Verhaltensweisen der Inhaftierten werden als Ausdruck der vorhandenen Abstinenzmotivation gewertet.

Allerdings sind freiwillige Abstinenznachweise und die Teilnahme an einer therapievorbereitenden Maßnahme nicht bei allen Inhaftierten eine Gewähr für eine positive Stellungnahme der JVA. In einem von den fünf Fällen hat der vorherige Nachweis des Cannabiskonsums in Haft, ein „nicht beanstandungsfreies“ Vollzugsverhalten sowie die hohe „Rückfallgeschwindigkeit“ in den letzten Jahren zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der Strafzurückstellung gemäß §35 BtMG geführt. Empfohlen wird die Unterbringung in die Therapievorbereitungsstation mit einem Mindestaufenthalt von sechs Monaten.

#### Schwierigkeiten bei der Bewilligung eines Antrages nach § 35 BtMG

Für die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen in den Staatsanwaltschaften gestaltet es sich in der Praxis aus verschiedenartigen Gründen mitunter als schwierig, einen Antrag auf eine Strafrückstellung nach § 35 BtMG zu bewilligen. Ein zentraler Hinderungsgrund für eine Bewilligung ist, dass nicht alle erforderlichen Unterlagen vorhanden sind. Fehlt beispielsweise die Mitgliedbescheinigung einer Krankenkasse, kann der Antrag nach § 35 BtMG nicht weiter bearbeitet werden, denn ohne gültige Krankenversicherung ist keine Entgiftung möglich. Eine weitere Schwierigkeit stellen noch unerledigte weitere Strafverfahren dar. So muss etwa der Ausgang eines Gerichtsverfahrens zum Bewährungswiderruf abgewartet werden, da vorher keine Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen erfolgen kann.

Für die betroffenen Drogenabhängigen selbst stellt sich die Schwierigkeit, dass ambulante Maßnahmen schwerer als stationäre Maßnahmen durchzusetzen sind. In der Regel ist die Bewilligung des Antrags auf Strafzurückstellung mit der Aufnahme einer Drogentherapie in einer stationären Einrichtung verbunden. Wird diese Therapie abgebrochen, da eine Substitutionsbehandlung favorisiert oder da eine Weiterbehandlung in einer anderen Therapieeinrichtung gewünscht wird, ist ein erneuter Beschluss der StA zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nötig. Zudem muss ein erneuter Antrag auf die Kostenübernahme der Behandlung gestellt werden.

#### Begründung für die Bewilligung des Antrages nach § 35 BtMG

Die Bewilligung eines Antrages auf Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG muss von den Rechtspflegern und Rechtspflegerinnen begründet werden, bevor die Akte an das Gericht für die erforderliche gerichtliche Zustimmung weitergeleitet wird. Für die Begründung wird das Gerichtsurteil zunächst geprüft. Wurde einer Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG bereits zugestimmt, stützt sich die Begründung auf dieses Gerichtsurteil. Zudem erfolgt eine Prüfung der Kausalität, d.h. ob die Straftat in kausalem Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit stand. Des Weiteren wird die Stellungnahme der Justizvollzugsanstalt berücksichtigt, wobei dies offenbar eine Hamburger Besonderheit darstellt. Allerdings hat eine negative Stellungnahme der JVA nicht zwingend einen Einfluss auf die Begründung. Einen Antrag nach § 35 BtMG wird seitens der Staatsanwaltschaft zugestimmt, wenn die Kausalität gegeben ist, die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.

Die Anzahl vorheriger Verurteilungen sowie die Häufigkeit vorherige Therapieaufnahmen gemäß §35 BtMG haben keinen Einfluss auf die Entscheidung der Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger.

Bei einer Strafrückstellung zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme ist die behandelnde Einrichtung verpflichtet, die Aufnahme in die Einrichtung der Staatsanwaltschaft schriftlich mitzuteilen. Die verurteilte Person muss in Abständen von zwei Monaten der STA durch eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung den Verbleib in der Einrichtung nachweisen. Bei Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme hat die behandelnde Einrichtung einen Entlassungsnachweis an die STA zu schicken, die auch über die Art der Therapiebeendigung (regulär, vorzeitig) informiert.

### 5.3 Verfahren nach Beendigung der Rehabilitation

Wird die Rehabilitationsmaßnahme regulär beendet, prüfen die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen, ob der Strafreis zur Bewährung ausgesetzt werden kann. Für die Entscheidung über etwaige Bewährungsaufgaben wird eine schriftliche Stellungnahme zum Therapieverlauf und weiteren Prognose von Rehabilitationseinrichtung angefordert.

Bei den fünf Drogenkonsumenten, die dieser Analyse zugrunde liegen, beinhaltete die Stellungnahme der behandelnden Einrichtung sehr verschiedene Themenkomplexe. So wird berichtet, ob sich Therapieerfolge (Gesundheit, Ausbildung, soziale Beziehungen) stabilisiert haben, ob Rückfälle aufgearbeitet wurden, wie sich die gesundheitliche Verfassung und das persönliche Umfeld darstellen und ob eine Abstinenzmotivation vorhanden ist. Teilweise enthält die Stellungnahme auch Aussagen zu der Prognose, ob von dem Verurteilten erwartet werden kann, künftig keine Drogen mehr zu konsumieren.

Gemeinsam ist allen Stellungnahmen eine Empfehlung zu weiteren Maßnahme der Behandlung oder Betreuung. Empfohlen wird etwa eine ambulante Weiterbehandlung, die ambulante Nachsorge oder die Unterbringung in einer Adaptionseinrichtung. Insgesamt sind die therapeutischen Stellungnahmen sehr unterschiedlich in der Inhalt und Umfang.

In allen fünf Fällen wurde die Reststrafe zur Bewährung mit einer Dauer von drei Jahren ausgesetzt. Die Reststrafenaussetzung wurde überdies in allen Fällen mit folgenden Weisungen verbunden.

- Die Person ist einer Bewährungshilfe zu unterstellen.
- Die Person muss an einer therapeutischen Nachsorge gemäß § 36 IV BtMG in Verbindung mit §56 StGB teilnehmen und die Teilnahme ist dem Gericht regemäßig nachzuweisen.
- Der Wechsel des Wohn- und Aufenthaltsortes dem Gericht zu melden.

**Zusammenfassend** zeigt die Analyse der Vollstreckungshefte: Bestimmte Abläufe der Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen bei der Bearbeitung von Anträgen auf eine Drogentherapie nach

§ 35 BtMG unterliegen der Routine. Dazu gehört insbesondere die Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen für eine Strafrückstellung, die Prüfung der Kausalität und die Kontrolle darüber, ob alle weiteren Unterlagen (Kostenzusagen, Aufnahmetermin etc.) vollständig sind. Der vorhandene Ermessenspielraum offenbart sich darin, wie mit Unregelmäßigkeiten wie dem vorzeitigen Abbruch einer Maßnahme oder dem Wechsel von einer stationären in eine ambulante Behandlung verfahren wird. Hier haben die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen einen Spielraum, welche Chancen sie der verteilten Person einräumen, sich selbst um eine andere Behandlungsmaßnahme zu kümmern, und ob und wann die Strafrückstellung widerrufen wird.

## II Trend

### 6 Trends in der Zurückstellung der Strafverfolgung und Strafvollstreckung

Eine der zentralen Fragestellungen im Rahmen der Studie ist, ob die Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ gemäß § 35 BtMG rückläufig ist. Um dieser Frage nachzugehen, wird der Trend in der Zurückstellung der Strafverfolgung und Strafvollstreckung im 10-Jahres Zeitverlauf untersucht. Dazu werden verschiedene Datenquellen für die Jahre 2001 bis 2011 ausgewertet. Zu diesen Datenquellen gehören die

- Statistiken der Rechtspflege, die beim statistischen Bundesamt (DESTATIS) öffentlich zugänglich sind,
- Basisdatendokumentation der stationären Suchtkrankenhilfe,
- Basisdatendokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) des Landes Hamburg.

Aus den Statistiken der Rechtspflege sind diejenigen ausgewählt, die Informationen zu Erledigungen der Staatsanwaltschaft und Gerichte im Zusammenhang mit dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ bieten. Zu bemerken ist, dass diese bundesweiten Statistiken keine direkten Informationen zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG enthalten. So sind in der Fachserie 10 der Rechtspflegestatistiken Daten zu den Erledigungen nach §§ 37, 38 BtMG, Bewährungsunterstellungen nach §§ 35, 36 BtMG und Abgänge aus den Justizvollzugsanstalten gemäß § 35 BtMG vorhanden. Überdies bietet die Fachserie 10 Daten zur Unterbringung von Drogenabhängigen in eine Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. Auf Grundlage der verfügbaren Statistiken der Rechtspflege ist es lediglich möglich, sich der Frage nach dem Trend in der Anwendung des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ anzunähern.

Aus der Basisdatendokumentation der stationären Suchtkrankenhilfe werden für diese Studie relevante Daten dargestellt. Berücksichtigt werden die ausgewählten Daten zu Klienten und Klientinnen, die sich in einer der 10 interviewten stationären Drogentherapieeinrichtungen in Hamburg, NRW und Schleswig-Holstein befanden,

Aus der Hamburger BADO sind die Klienten und Klientinnen in die Analyse einbezogen worden, die in der ambulanten Betreuung angaben, aktuell eine „justizielle Auflage“ nach §§ 35, 37 BtMG zu haben. Ursprünglich war auch geplant die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik und die BADO Schleswig-Holstein in die Trendanalyse einzuschließen. Da beide Statistiken jedoch nur die unspezifische Kategorie „aktuelle Probleme mit der Justiz“ enthalten, lassen die Daten keinen Rückschluss auf eine mögliche Rehabilitationsmaßnahme nach §§ 35, 37 BtMG zu (näheres dazu findet sich in Kapitel 6).

## 6.1 Analyse von Statistiken der Rechtspflege

Für Deutschland bietet DESTATIS öffentlich zugängliche Statistiken zur Rechtspflege ([www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/ThemaRechtspflege.html](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/ThemaRechtspflege.html)). Aus diesen Statistiken wurden zum einen Daten zur Einstellung der Strafverfolgung, zum anderen Daten zur Zurückstellung der Strafvollstreckung berücksichtigt. Zudem werden Daten zur Unterbringung von Drogenabhängigen in eine Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB einbezogen. Um den Trend im Hinblick auf die Anwendung des § 35 BtMG zu analysieren, sind die genannten Statistiken der Rechtspflege im 10-Jahresverlauf von 2001 bis 2011 ausgewertet worden.

### 6.1.1 Einstellung der Strafverfolgung

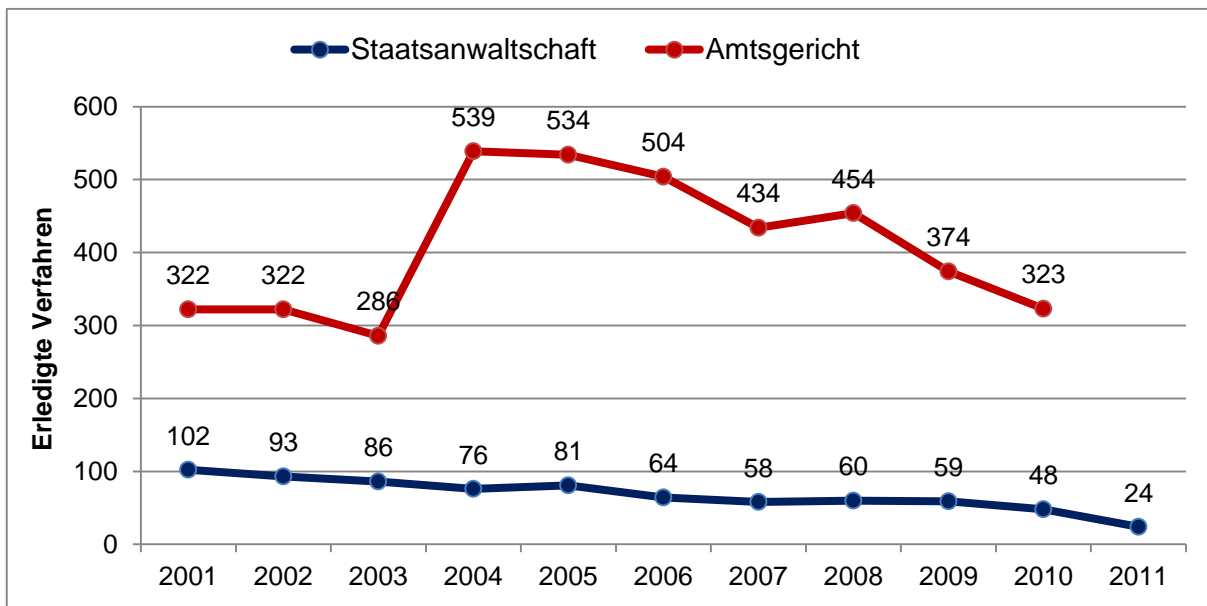
Bei straffälligen Drogenabhängigen kann das Gericht oder die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des Gerichtes gemäß § 37 BtMG (bei Erwachsenen) oder gemäß § 38 II BtMG i.V.m. § 37 BtMG (bei Jugendlichen) von der öffentlichen Anklage absehen. Des Weiteren kann die Staatsanwaltschaft gemäß § 31a Abs. 1 BtMG von der Strafverfolgung absehen.

Wie häufig Ermittlungsverfahren nach §§ 37, 38, 31a BtMG von der Staatsanwaltschaft und dem Amtsgericht in den Jahren 2001 bis 2011 bundesweit eingestellt wurden, ist in der Fachserie 10 der Rechtspflegestatistiken dokumentiert. In den drei nachfolgenden Abbildungen sind folgende verfahrensbezogenen Daten für Deutschland präsentiert:

- Von der Staatsanwaltschaft beim Landgericht und von der Amtsanwaltschaft erledigte Ermittlungsverfahren nach § 37 Abs. 1 bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG (Staatsanwaltschaften, Fachserie 10, Reihe 2.6, Tab. 2.2 [2001-2011]).
- Vom Amtsgericht erfolgte Einstellung mit Auflage nach § 37 Abs.2 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 2 BtMG (Strafgerichte, Fachserie 10, Reihe 2.3, Tab. 2.2 [2001-2011]). Für die vom Amtsgericht erledigten Verfahren lagen die Daten für das Jahr 2011 noch nicht vor.
- Von der Staatsanwaltschaft gemäß § 31a Abs. 1 BtMG eingestellte Ermittlungsverfahren (Staatsanwaltschaften, Fachserie 10, Reihe 2.6, Tab. 2.2.1 [2001-2011]).

Werden die von der Staatsanwaltschaft und dem Amtsgericht in Deutschland erledigte Verfahren nach §§ 37, 38 BtMG betrachtet (Abbildung 1), dann zeigt sich im 10-Jahresverlauf: Bei der Staatsanwaltschaft ist der Anteil an jährlichen Verfahren, bei denen von einer Klage abgesehen wird, von 104 Verfahren in 2001 auf 24 Verfahren in 2011 gesunken. Ein solcher Trend ist bei den vom Amtsgericht erledigten Verfahren mit einer Auflage nach §§ 37, 38 BtMG nicht erkennbar. Allerdings ist auffällig, dass es in dem Jahr von 2003 auf 2004 zu einem erheblichen Anstieg an Verfahren von 286 auf 539 gekommen ist, bei denen das Amtsgericht von der Anklageerhebung abgesehen hat. In den nachfolgenden Jahren nimmt die Anzahl an eingestellten Verfahren mit einer Auflage nach §§ 37, 38 BtMG wieder ab.

**Abbildung 1:** Von der Staatsanwaltschaft und dem Amtsgericht erledigte Verfahren nach §§ 37, 38 BtMG in Deutschland – 2001-2011



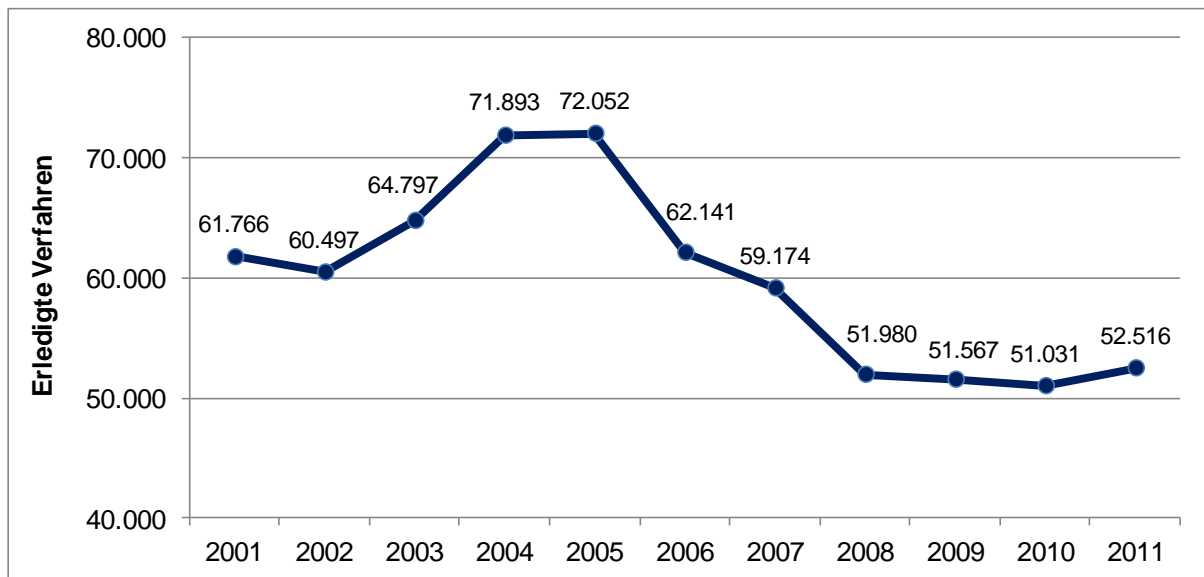
\* Für das Land Schleswig-Holstein basieren die Angaben aus den Jahren 2001, 2002 aus dem Jahr 1997.

Eine weitere rechtliche Möglichkeit von der Anklageerhebung abzusehen, besteht in der Anwendung des § 31a Abs. 1 BtMG. Bei dieser 1992 geschaffenen Opportunitätseinstellung kann bei „geringen Mengen“ an Betäubungsmitteln zum Eigenverbrauch von der Strafverfolgung abgesehen werden.

Im Hinblick auf die staatsanwaltliche Einstellung gemäß § 31a Abs. 1 BtMG sind im 10-Jahresverlauf zwei auffällige Entwicklungen erkennbar (Abbildung 2). Zum einen zeigt sich ein deutlicher Anstieg an erledigten Verfahren in dem Zeitraum von 2002 auf 2004. Zum anderen ist nach 2004 die Anzahl an eingestellten Verfahren wieder stark rückläufig. Für diese rückläufige Tendenz gibt es mehrere mögliche Erklärungen. Zum einen kann der Rückgang in Anwendung des § 31a BtMG darauf zurückzuführen sein, dass zunehmend „größere“ Mengen an illegalen Drogen aufgefunden wurden. Ein weiterer Grund kann darin bestehen, dass die Anzahl an Drogendelikten zurückgegangen ist. Laut polizeilicher Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (BKA) ist die Anzahl der jährlich erfassten „Rauschgiftdelikte“ in 2004 gegenüber dem Vorjahr um 11% gestiegen, seit 2004 (bis 2009) jedoch wieder kontinuierlich gesunken.



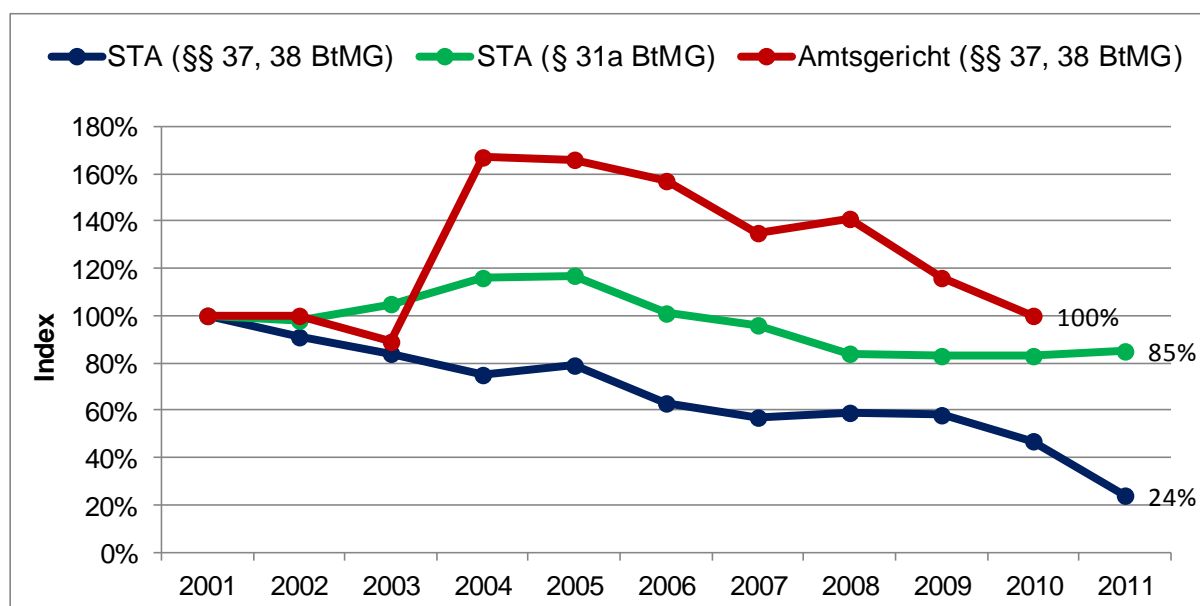
**Abbildung 2:** Von der Staatsanwaltschaft erledigte Verfahren nach § 31a Abs.1 BtMG in Deutschland – 2001-2011



Generell ist die Anklage- und Einstellungspraxis insbesondere bei Betäubungsmitteldelikten maßgeblich von den jeweils geltenden Grenzen für den Besitz „geringfügiger“ Mengen an illegalen Drogen sowie von der polizeilichen Verfolgungsintensität beeinflusst. In der jährlich vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Ausgabe „Justiz auf einem Blick“ wird zudem erläutert, dass die Einstellungsquote nicht nur von der Art der Straftat, sondern auch von den Ermessensentscheidungen der Staatsanwaltschaft abhängig ist (Statistisches Bundesamt, 2011).

Abbildung 3 veranschaulicht den bundesweiten Trend in Bezug auf das Absehen von der Strafverfolgung und der Anklageerhebung. Zur Trendanalyse wurden die von der Staatsanwaltschaft und dem Amtsgericht jeweils im Jahr 2001 erledigten BtM-Verfahren auf 100% gesetzt. Ausgehend von diesem Startpunkt wurde der 10-Jahrestrend in Form eines Index bemessen, der gebildet wurde, indem die jährliche Anzahl an erledigten Verfahren jeweils im Verhältnis zu den 100% berechnet wurde.

**Abbildung 3:** Bundesweiter Trend in dem Absehen von Strafverfolgung und Anklage – 2001 -2011



Aus der Auswertung geht deutlich hervor, dass in den Staatsanwaltschaften die Ermittlungsverfahren nach §§ 37, 38 BtMG seit 2001 mehr oder minder konstant zurückgegangen sind. Im Jahr 2011 beträgt der Anteil an diesen Verfahren lediglich 24 % der in 2001 noch erledigten Verfahren. Auch bei den staatsanwaltlichen Verfahren nach § 31a Abs. 1 BtMG lässt sich gegenüber dem Ausgangsjahr 2001 eine rückläufige Tendenz feststellen. Allerdings handelt es sich hierbei nur um eine leichte Verringerung von 100% auf 85% im Jahr 2011.

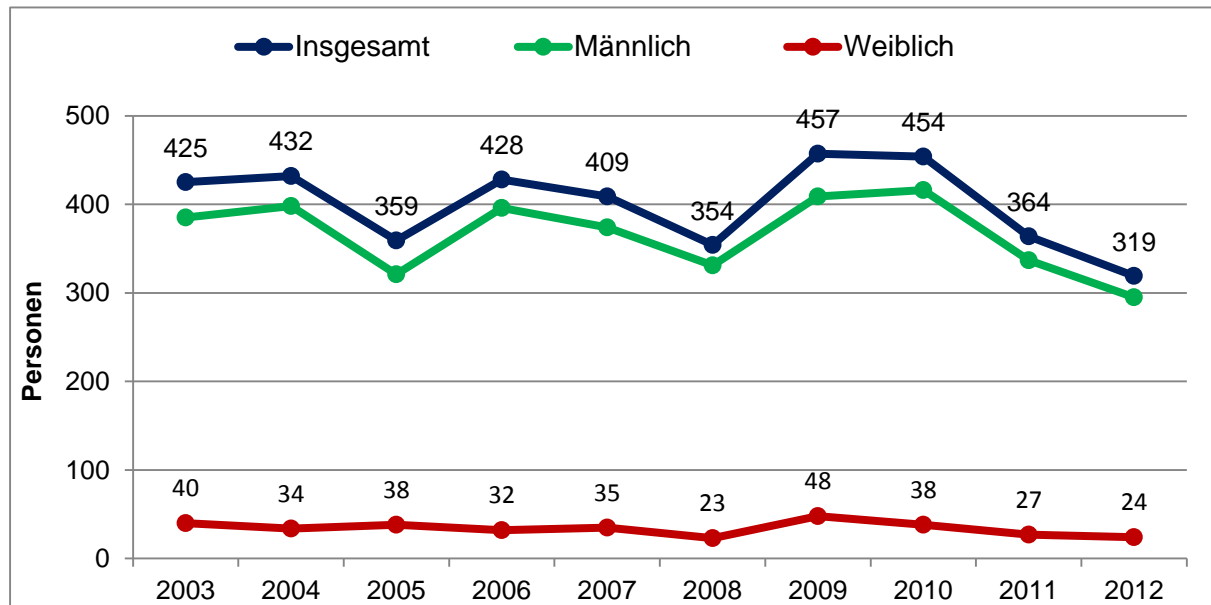
### 6.1.2 Zurückstellung der Strafvollstreckung

In der Fachserie 10 der Rechtspflege-Statistiken finden sich auch verschiedenartige Daten, die Aufschluss über die Entwicklungen in der Zurückstellung der Strafvollstreckung geben. Im Zusammenhang mit der Fragestellung der vorliegenden Studie wurden die

- Statistik zum Bestand der Gefangenen und Verwahrten in deutschen Justizvollzugsanstalten [2003-2012], die
- Bewährungshilfestatistik (Fachserie 10 Reihe 5, Tabelle 1.2. [2001-2010]), und die
- Strafverfolgungsstatistik (Fachserie 10 Reihe 4.1, Tab. 6 [2001-2011]) einbezogen.

Daten zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zugunsten einer Therapieaufnahme finden sich in der Statistik zum Bestand der Gefangenen und Verwahrten in deutschen Justizvollzugsanstalten. In dieser Statistik sind Abgänge aus dem geschlossenen und offenen Vollzug wegen der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG dokumentiert. Die Abgänge werden seit 2003 mehrfach pro Jahr für den abgelaufenen Kalendermonat verzeichnet. Die nachfolgende personenbezogene Auswertung bezieht sich jeweils auf den 31. März des angegebenen Jahres (Abbildung 4).

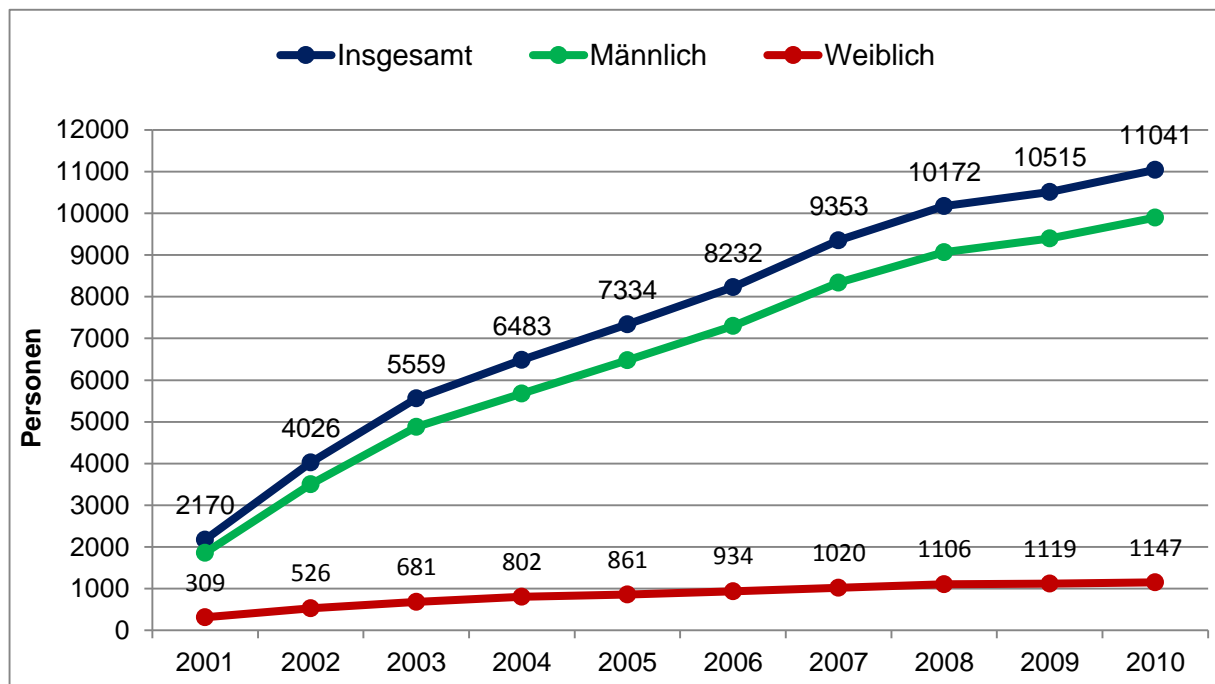
**Abbildung 4:** Abgänge aus dem bundesweiten Justizvollzug im März des angegebenen Jahres wegen Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG – 2003-2012



Wird davon ausgegangen, dass der Therapieantritt nach § 35 BtMG aus dem Gefängnis heraus der Regelfall ist, so erlauben die Angaben zu den Abgängen aus den Justizvollzugsanstalten gemäß § 35 BtMG eine Trendeinschätzung. In dem Zeitraum von 2003 bis 2012 weist die Anzahl an aus der JVA entlassenen Personen zum Therapieantritt nach § 35 BtMG deutliche Schwankungen auf. So gab es im Jahr 2005 und 2008 jeweils einen Rückgang an solchen Haftentlassungen, in den Folgejahren stieg diese Anzahl jedoch wieder an. Auf Grundlage der bundesweiten Daten lässt sich seit 2010 ein Rückgang an Haftentlassenen zum Therapieantritt nach § 35 BtMG beobachten. Zugleich lässt sich aus den Daten insgesamt kein veränderter Trend in der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG ablesen. Möglicherweise ist auch der Rückgang seit 2010 Ausdruck einer weiteren Schwankung und die Anzahl an haftentlassenen Personen zur Therapieaufnahme nach § 35 BtMG wird in den Folgejahren wieder ansteigen.

Nach Abschluss einer gemäß § 35 BtMG „erfolgreich“ beendeten Rehabilitationsmaßnahme wird die Aussetzung des Strafrestes nach § 36 BtMG oftmals mit weiteren Auflagen verbunden. In der Bewährungshilfestatistik ist die Zahl der gemäß §§ 35, 36 BtMG einem hauptamtlichen Bewährungshelfer unterstellten „betäubungsmittelabhängige Straftäter“ erfasst, die einer Bewährung unterstellt sind und sich einer Rehabilitationsmaßnahme unterzogen haben. Die Auswertung zu den Bewährungsunterstellungen nach §§ 35, 36 BtMG bietet folglich Aufschluss darüber, wie häufig ein Bewährungshelfer bzw. eine Bewährungshelferin bei denjenigen straffälligen Drogenabhängigen bestellt wird, die eine Drogentherapie beendet haben. Die Angaben in der Statistik beziehen sich auf das frühere Bundesgebiet einschließlich Gesamt-Berlin, jedoch ohne Hamburg (Abbildung 5).

**Abbildung 5:** Bewährungsunterstellungen im früheren Bundesgebiet nach §§ 35, 36 BtMG am 31.12. des angegebenen Jahres – 2001-2010



\* Für die Jahre 2003-2005 stammen die Angaben für Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2002, für das Jahr 2006 aus dem Jahr 2003.

Wird die Entwicklung der Bewährungsunterstellungen nach §§ 35, 36 BtMG in dem Zeitraum von 2001 bis 2010 betrachtet, zeichnet sich ein deutlicher Trend dahingehend ab, dass bei Drogenabhängigen nach (regulärer) Beendigung der Drogentherapie zunehmend ein Bewährungshelfer oder eine Bewährungshelferin bestellt wird. Der Anteil an solchen Bewährungsunterstellungen hat sich zwischen 2001 und 2010 mehr als verfünffacht.

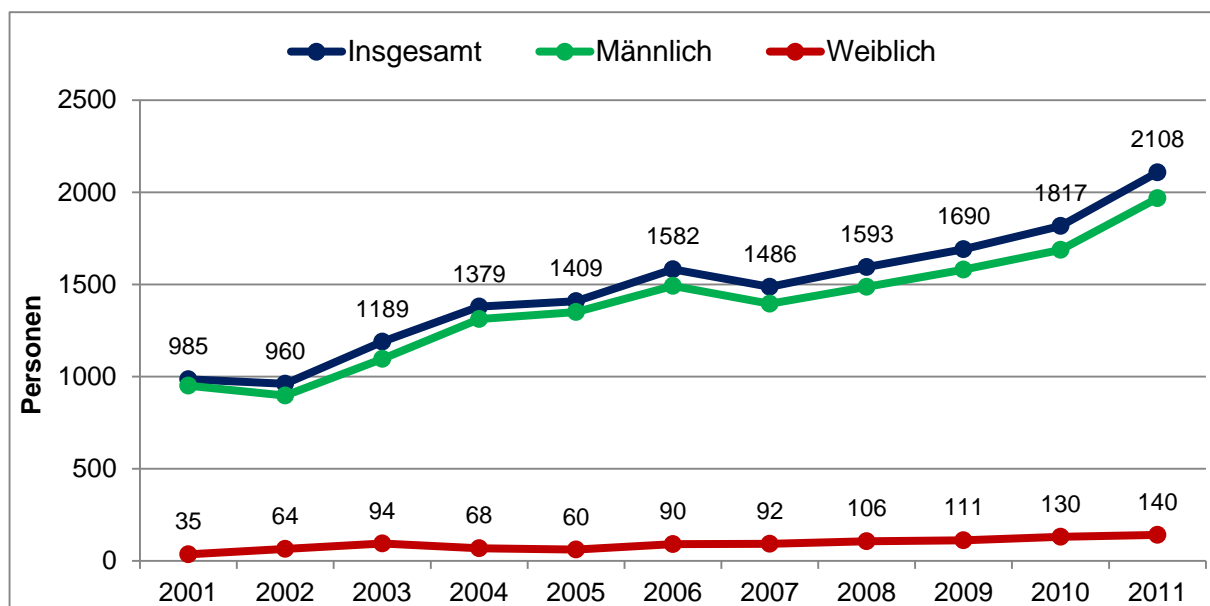
Nach Auskunft der interviewten Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen wird vermehrt eine Bewährungshilfe nach Abschluss der stationären Rehabilitation bestellt, da Regeltherapiedauer bei Drogenabhängigen im Laufe der Jahre deutlich verringert wurde. Von der ursprünglichen Therapiedauer von 12 bis 24 Monate um 1980 hat sich etwa 20 Jahre später die Behandlungsdauer für Drogenabhängige auf 26 Wochen verkürzt (Geyer & Wernado, 2006; Sonntag & Künzel, 2000).

Im Zusammenhang mit der Anwendung des §§ 35, 36 BtMG bei Konsumierenden illegaler Drogen stellt sich auch die Frage, ob in der Unterbringung nach § 64 StGB eine Veränderung zu beobachten ist. Um dieser Frage nachzugehen, wurde die Anzahl der zu einer Freiheitsstrafe Verurteilten mit Unterbringung in eine Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ausgewertet (Strafvollzugsstatistik. Fachserie 10 Reihe 4.1, Tab. 6 [2001-2011]). Die ausgewerteten Daten beziehen sich auf Verurteilte (ohne Trunksucht), die aufgrund strafrichterlicher Anordnung in einer Entziehungsanstalt am 31.03 des jeweiligen Jahres untergebracht waren. Angaben zu dem im

Maßregelvollzug Untergebrachten umfassen das frühere Bundesgebiet einschließlich Gesamt-Berlin.

Im 10-Jahresverlauf ist die Anordnung einer Maßregel der Sicherung und Besserung nach § 64 StGB nahezu kontinuierlich angestiegen (Abbildung 6). Waren im März 2001 insgesamt 985 Drogenabhängige im Maßregelvollzug untergebracht, war das im März 2011 bei insgesamt 2.108 Personen der Fall. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB hat sich bei männlichen Verurteilten im Verlaufe von 10 Jahren nahezu verdoppelt, bei den weiblichen Verurteilten sogar vervierfacht.

**Abbildung 6:** Verurteilte mit einer Unterbringung in eine Entziehungsanstalt nach § 64 StGB am 31. März des angegebenen Jahres (ohne Trunksucht) – 2001-2011



\* Daten für Rheinland-Pfalz: aus 1999 für 2001; aus 2008 für 2009; aus 2010 für 2011.

Auch im Vergleich zu den eingewiesenen Alkoholabhängigen hat die Anordnung einer Maßregel nach § 64 StGB bei Drogenabhängigen überproportional zugenommen (von der Haar, 2012; Wittmann, 2012). Die beiden primären Einweisungsdelikte bestehen bei Drogenabhängigen in Verstößen gegen das BtMG und Eigentumsdelikten (bei Alkoholabhängigen: Körperverletzung; von der Haar, 2012). Doch offenbar hat in den letzten 10 Jahren nicht nur die Einweisung von Drogenabhängigen in den Maßregelvollzug, sondern auch die Dauer der Unterbringung zugenommen. Nach Einschätzung von Experten ist dies auf die verschärften gesetzlichen Regelungen etwa bei der Entlassungsprognose zurückzuführen (von der Haar, 2012; Wittmann, 2012).

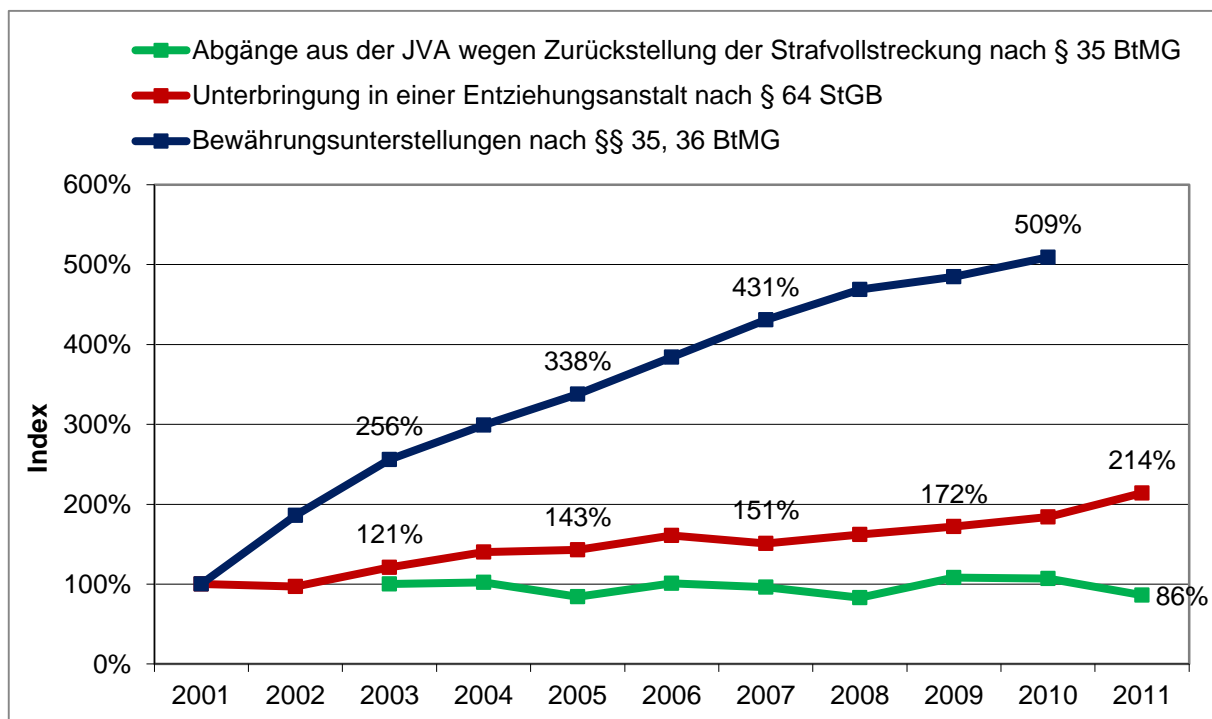
Der Anstieg in der Anordnung einer Maßregel kann auch Ausdruck der veränderten Rechtsprechung sein, die seit Novellierung der Vorschrift des § 64 StGB im Jahr 2007 gilt. Demzufolge hat die Maßregel der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt Vorrang vor der Anwendung des § 35 BtMG. Das Gericht hat bei drogenabhängigen Straftätern zunächst die Voraussetzungen für

die Anwendung des § 64 StGB zu prüfen und wenn diese Voraussetzungen vorliegen, ist die Unterbringung in eine Entziehungsanstalt anzuordnen.

Abschließend wird der bundesweite Trend in der Anwendung des §§ 35, 36 BtMG sowie des § 64 StGB in einer vergleichenden Analyse veranschaulicht. Zur Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Datenquellen wurde ein Index gebildet, indem die Anzahl der im Jahr 2001 jeweils Verurteilten 100% gesetzt wurde. Ab diesem Ausgangspunkt wird der 10-Jahrestrend ermittelt, wobei die Anzahl an Verurteilten des angegebenen Jahres jeweils im Verhältnis zu den 100% berechnet ist.

Die Abbildung 7 stellt einen 10-Jahresvergleich der vorangegangenen Auswertungen auf Basis des gebildeten Indexes dar.

**Abbildung 7:** Bundesweiter Trend in Anwendung des §§ 35, 36 BtMG und § 64 StGB – 2001 -2011



Im Vergleich der strafrechtlichen Anwendungen des §§ 35, 36 BtMG sowie des § 64 StGB zeigt sich, dass sich der Anteil an Zurückstellungen der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG bei inhaftierten Drogenabgängigen im 10-Jahreszeitraum bis 2011 kaum verändert hat. Ganz anders stellt sich die Entwicklung bei der Bewährungsunterstellung und der Unterbringung im Maßregelvollzug dar. Verurteilte Drogenabhängige, die sich einer Rehabilitationsmaßnahme unterzogen haben, werden zunehmend häufiger einer Bewährung nach §§ 35, 36 BtMG unterstellt. Im Laufe von neun Jahren ist dieser Anteil auf 509 % gestiegen. Auch der Anteil an Drogenabhängigen, die zu einer Maßregel der Sicherung und Besserung verurteilt und nach § 64 StGB in einer Ent-

ziehungsanstalt untergebracht wurden, ist kontinuierlich angestiegen. Im Vergleich zu 2001 befanden sich im Jahr 2011 mehr als doppelt so viele drogenabhängige im Maßregelvollzug.

Die Trendentwicklung ist vor dem Hintergrund der gesamten justiziellen Strafverfolgung zu sehen. In 2009 wurden 80 % aller angeklagten Personen auch gerichtlich verurteilt. Insgesamt 7 % aller Verurteilungen erfolgten wegen Delikten gegen das BtMG, wobei diese Delikte seit 1985 deutlich angestiegen sind. Zugleich ist die Gefangenenrate aufgrund von Maßnahmen der Haftvermeidung seit 2000 insgesamt leicht rückläufig (Statistisches Bundesamt, 2011). Der kontinuierliche Anstieg von Drogenabhängigen im Maßregelvollzug lässt jedoch darauf schließen, dass bei dieser Gruppe haftvermeidende Maßnahmen nicht (mehr) angewendet werden. Das Statistische Bundesamt gibt in der Ausgabe „Justiz auf einen Blick“ auch Aufschluss über die Rückfälligkeit drei Jahre nach der letzten strafrechtlichen Sanktion. Die Auswertung zeigt, dass ein Rückfall umso wahrscheinlicher ist, je schwerer die Sanktion war:

*„Generell gilt, dass Personen, die zu eingriffsintensiven Sanktionen verurteilt wurden, ein höheres Rückfallrisiko aufweisen“ (Statistisches Bundesamt, 2001, S.35).*

Im Hinblick auf diese Erkenntnis stellt sich einmal mehr die Frage, warum der in § 37 BtMG verwirklichte Grundsatz „Therapie statt Strafe“ als eine Maßnahme der Haftvermeidung in der Rechtspraxis kaum Bedeutung erfährt.

## 6.2 Analyse von Daten aus Drogenhilfeeinrichtungen

### 6.2.1 Stationäre Rehabilitation

Im Rahmen der Studie wurden 10 Einrichtungen der stationären Rehabilitation in den drei Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen zur Durchführung von Interviews aufgesucht. Alle Einrichtungen wurden darum gebeten, aggregierte Daten zur Anzahl an Patienten und Patientinnen in den Jahren 2001 bis 2011 zur Verfügung zu stellen. Die jährliche Anzahl an Therapiebeendigungen sollte getrennt für diejenigen erfolgen, die die Therapie gemäß § 35 BtMG und ohne einen solchen strafrechtlichen Hintergrund angetreten haben. Nicht alle Einrichtungen waren in der Lage, die angefragten Daten zu übermitteln, teils da die Daten nicht elektronisch vorliegen (z.B. Holthäuser Mühle in NRW) und teils da die Software für die elektronische Datenerfassung gewechselt oder umstrukturiert wurde (z.B. Fachklinik Nordfriesland).

Insgesamt liegen somit vollständige Daten für eine Trendabschätzung aus Hamburg und einer Fachklinik aus Bergisch Gladbach in NRW vor. Für Schleswig-Holstein wurden Daten von dem Träger Therapiehilfe übermittelt, wobei eine genaue Aufschlüsselung der Therapieantritte nach § 35 BtMG erst ab dem Jahr 2007 möglich war. Von der Fachklinik ‚Holthäuser Mühle‘ in NRW wurden die Handakten für die letzten drei Jahre ausgewertet.

Seit dem Justizmodernisierungsgesetz vom 24. August 2004 (BGBl. I, S. 2198) sind die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen in der Staatsanwaltschaft für die Vollstreckungsverfahren zuständig. Diese Zuständigkeit gilt auch für Entscheidungen zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG. Es ließe sich also vermuten, dass sich die Auslegung des Ermessensspielraumes bei der Verfahrensentscheidung verändert hat und sich dieses in den Therapieantritten nach § 35 BtMG widerspiegelt. Des Weiteren könnten die von den Suchthilfeverbänden angenommenen Zweifel an dem „Kausalzusammenhang“ zwischen Straftat und Betäubungsmittelabhängigkeit eine rückläufige Tendenz in den Strafzurückstellungen begründen (Problemanzeige der Sucht-Fachverbände, 30.09.2010). Bei den nachfolgenden Auswertungen wird geprüft, ob es für eine solche Tendenz Hinweise gibt.

Die nachfolgende Tabelle umfasst sieben von den 10 Einrichtungen, die an einem Interview teilnahmen (Tabelle 4)<sup>22</sup>. Die Prozentwerte für diejenigen Patienten und Patientinnen, die eine Rehabilitation gemäß § 35 BtMG begonnen haben, sind jeweils auf- bzw. abgerundet worden. Anhand des Anteils an Patienten und Patientinnen, die eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 BtMG aufgenommen haben, lässt sich kein Trend feststellen. Vielmehr schwankt der Anteil an Therapieantritten gemäß § 35 BtMG im 11-Jahresverlauf teilweise beträchtlich und variiert zwischen 20-40 %.

---

<sup>22</sup> Von den anderen drei Rehabilitationseinrichtungen konnten keine entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt werden.



**Tabelle 4:** Anzahl an Patienten und Patientinnen in stationärer Rehabilitation - nach Jahr und gesetzlicher Grundlage

JAHR	Hamburg <sup>1</sup>		Schleswig-Holstein <sup>2</sup>		NRW Bergisch Gladbach <sup>3</sup>		NRW Holthäuser Mühle	
	Gesamt	davon nach § 35 in %	Gesamt	davon nach § 35 in %	Gesamt	davon nach § 35 in %	Gesamt	davon nach § 35 in %
2001	137	20			105	41		
2002	159	30			133	35		
2003	169	27			149	24		
2004	150	30			122	26		
2005	167	22			147	27		
2006	212	21			125	37		
2007	205	33	166	34	133	34		
2008	210	39	190	25	134	21		
2009	155	36	188	28	144	12	156	20
2010	160	43	212	31	154	15	135	30
2011	94	43	188	21	152	22	142	28

1= Die Angaben für Hamburg beziehen sich auf Therapiebeendigungen in den Einrichtungen ‚Projekt Jork‘ vom Träger Jugendhilfe e.V. und ‚Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften‘ vom Träger Jugend hilft Jugend e.V.

2= Die Angaben für Schleswig-Holstein umfassen die Therapiebeendigungen in der Fachklinik ‚Do it‘ des Trägers Therapiehilfe e.V. Die Fachklinik befindet sich in Lübeck-Travemünde und die Einrichtung für die anschließende externe Adaption befindet sich in Hamburg.

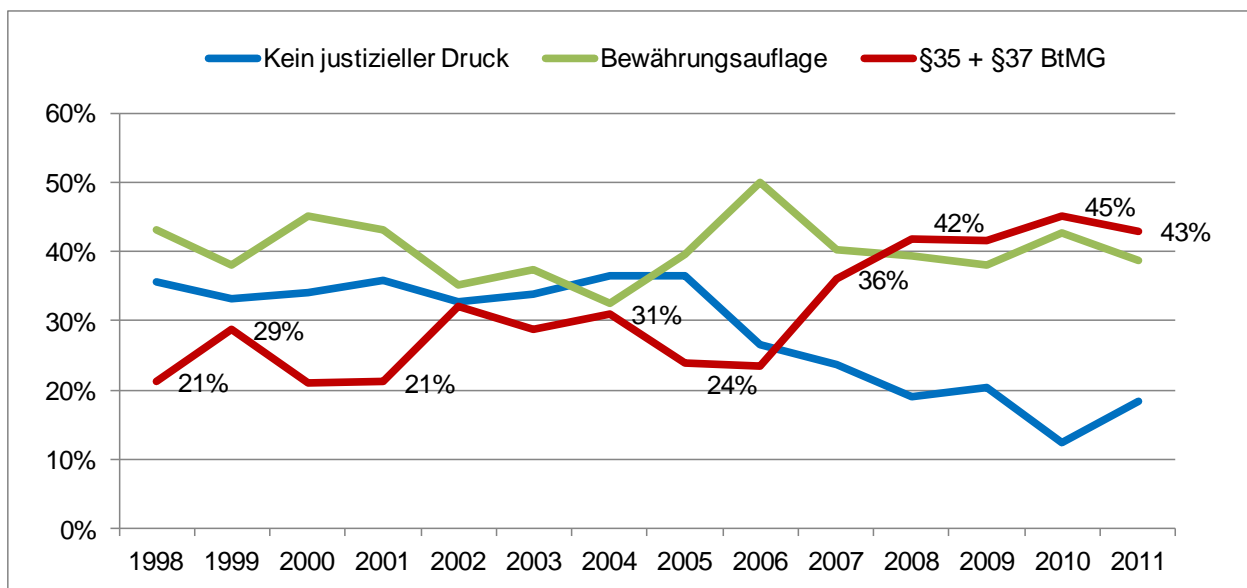
3= In Bergisch Gladbach befindet sich die Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen. Die Angaben stammen aus der Psychosomatischen Klinik ‚Haus Lindscheid‘, Behandlung einer Anhängigkeit von illegalen Drogen erfolgt.

In dem Zeitraum von 2001 bis 2011 haben in der Fachklinik in Bergisch Gladbach durchschnittlich 27 % aller Patienten und Patientinnen eine stationäre Drogenbehandlung aufgrund einer Strafzurückstellung gemäß „Therapie statt Strafe“ begonnen. In den Hamburger Einrichtungen von Jugendhilfe e.V. und Jugend hilft Jugend e.V. haben in diesem Zeitraum durchschnittlich 31 % der Patienten und Patientinnen gemäß § 35 BtMG eine stationäre Behandlung wegen ihrer Drogenproblematik aufgenommen. In den Einrichtungen der Therapiehilfe e.V. sind durchschnittlich 28 % aller Behandlungen zwischen 2007 und 2011 nach § 35 BtMG erfolgt. In der

Fachklinik ‚Haus Aggerblick‘ in NRW wurden in dem Zeitraum von 2001 bis 2011 insgesamt 882 Patienten und Patientinnen behandelt und 57 % davon aufgrund der Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG.

Von den Hamburger Rehabilitationseinrichtungen der Jugendhilfe e.V. (Projekt Jork) und Jugend hilft Jugend e.V. liegen Daten zur Therapiebeendigung über einen 14-jährigen Zeitraum von 1998 bis 2011 vor. In diesem Zeitraum haben insgesamt 2.116 Patienten und Patientinnen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung beendet. Neben einer gemäß § 35 BtMG veranlassten Rehabilitation gibt es auch andere gesetzliche Grundlagen, die bei Therapieantritt vorlagen oder diesen begründen. So kommen der § 37 BtMG (Absehen von der öffentlichen Anklage) ebenso zum Tragen wie Bewährungsauflagen mit und ohne Therapieweisung sowie noch bevorstehende Gerichtsverfahren (Abbildung 8). Wird die Entwicklung über den Zeitraum von 14 Jahren betrachtet, dann zeichnet sich eine Tendenz ab den Jahren 2004 und 2005 ab. Anders als zu vermuten wäre, hat der Anteil an Therapieantritten gemäß § 35, 37 BtMG nicht abgenommen, sondern deutlich zugenommen. Zugleich sinkt der Anteil an Patienten und Patientinnen, die sich ohne jeglichen justiziellen Druck in stationärer Drogenbehandlung befinden, kontinuierlich ab von etwa 36 % in 2005 auf 12 % in 2010. Von den 2.116 Patienten und Patientinnen in dem 14-jährigen Beobachtungszeitraum wurde bei 31 % die Rehabilitationsmaßnahme durch die Justiz gemäß § 35, 37 BtMG veranlasst.

**Abbildung 8:** Beendigung einer stationären Rehabilitation in Hamburg in den Jahren 1998 – 2011 - nach Art gesetzlicher Grundlage (n=2.116)



Anhand Langzeitbeobachtung von Patienten und Patientinnen in Rehabilitationseinrichtungen von zwei großen Hamburger Trägern zeigt sich, dass eine Therapieaufnahme ohne jeglichen justiziellen Druck seit 2005 zunehmend seltener geworden ist. Somit ist in Hamburg die Tendenz sichtbar, eine Rehabilitation immer häufiger aufgrund von Bewährungsauflagen oder gemäß

§ 35, 37 BtMG zu beginnen. Der Anteil an drogenabhängigen Patienten und Patientinnen, die sich in den Hamburger Einrichtungen zur stationären Entwöhnung befinden, liegt seit 2005 nahezu kontinuierlich bei 70-80 %.

Insgesamt verdeutlichen die Daten aus den drei Bundesländern, dass – mit Schwankungen – etwa ein Drittel aller Patientinnen und Patientinnen in den untersuchten Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG eine stationäre Drogentherapie begonnen haben. In einzelnen Einrichtungen befindet sich sogar die Hälfte aller Patientinnen und Patientinnen nach dieser Strafvorschrift in stationärer Entwöhnungsbehandlung.

### **6.2.2 Ambulante Sucht- und Drogenhilfe (BADO Hamburg)**

Neben der Trendanalyse auf Basis der stationären medizinischen Rehabilitation wurde eine solche Analyse auch für die Daten der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe vorgenommen. Die BADO Hamburg beinhaltet unter dem Item „Probleme mit der Justiz“ eine Vielzahl an differenzierten Antwortkategorien. Die Antwortmöglichkeiten bestehen in: 1. keine Probleme mit der Justiz; 2. Therapie statt Strafe gemäß §§ 35,37 BtMG; 3. einfache Bewährung; 4. Bewährung mit Weisung bzw. Auflage; 5. laufendes oder noch offenes Gerichtsverfahren; 6. in U-Haft; 7. in Strafhaft; 8. in Jugendhaft; 9. Sonstiges wie Führungsaufsicht und 10. Führerscheinentzug.

Um den Trend in der Anwendung des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ abzuschätzen, wurde eine Auswertung derjenigen Klientinnen und Klienten vorgenommen,

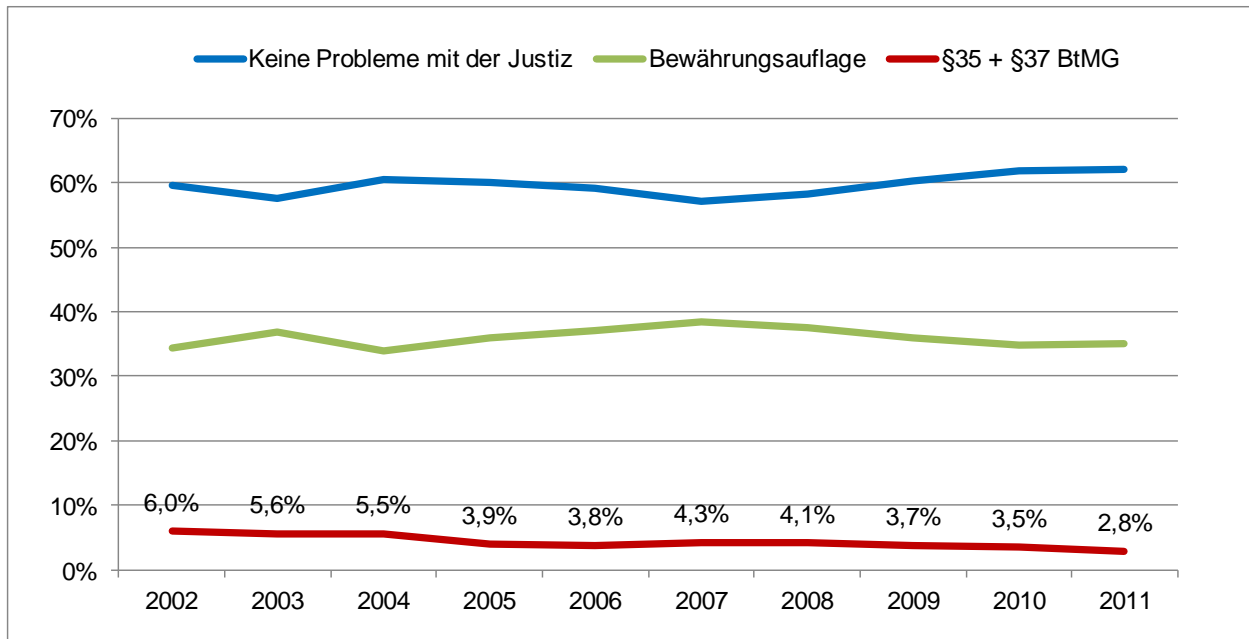
- die sich in dem jeweiligen Jahr des Beobachtungszeitraumes von 2002 bis 2011
- wegen ihres Opiat-, Cannabis- oder Kokainkonsums (Hauptdrogenproblem) in ambulanter Betreuung oder Behandlung in einer der Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen befanden.

In dem Zeitraum von 2002 bis 2011 haben insgesamt 50.229 Personen eine ambulante Betreuung bzw. Behandlung wegen eines Hauptdrogenproblems mit Opiaten, Cannabis oder Kokain in Anspruch genommen. Analog zur Trendanalyse bei der stationären Rehabilitation wurden auch hier die zentralen drei Vergleichsgruppen betrachtet. In der Kategorie „Probleme mit der Justiz“ sind die Antwortmöglichkeiten ‚keine Probleme mit der Justiz‘, ‚§§ 35,37 BtMG‘ und ‚Bewährungsaufgaben‘ für die Auswertung berücksichtigt worden. Bewährungsaufgaben umfassen die einfache Bewährung, die Bewährung mit Therapieweisung sowie noch bevorstehende Gerichtsverfahren.

Von den 50.229 ambulant Betreuten mit einer Opiat-, Cannabis- oder Kokainproblematik lag bei 42.818 Betreuten (85 %) entweder kein justizielles Problem vor oder sie hatten eine Bewährungsaufgabe oder wurden nach §§ 35,37 BtMG behandelt (Abbildung 9). Die Auswertung zeigt deutlich, dass die jeweiligen Probleme mit der Justiz im dem Zeitraum von 2002 bis 2011 nahezu unverändert geblieben sind. Zwischen 50-60 % der Drogenkonsumierenden in ambulanter Betreuung hat keine Probleme mit der Justiz, und wenn diese Probleme bestehen, dann primär wegen einer Bewährungsaufgabe oder einem aktuellen Gerichtsverfahren. Eine ambulante Betreuung oder Behandlung nach §§ 35,37 BtMG nimmt demgegenüber eine marginale Rolle

ein. Über die Jahre hinweg hat der Anteil an ambulanten Behandlungen und Betreuungen gemäß §§ 35,37 BtMG zudem tendenziell eher abgenommen.

**Abbildung 9:** Drogenkonsumierende in ambulanter Betreuung/Behandlung in Hamburg in 2002 – 2011 - nach Problemen mit der Justiz und Hauptdrogenproblem (n=42.818)



### 6.2.3 Exkurs: BADO Schleswig-Holstein und der Deutsche Kerndatensatz (KDS)

Ebenso wie bei der Auswertung der BADO Hamburg sollte auch die BADO Schleswig-Holstein im Hinblick auf den Anteil an Klienten und Klientinnen in ambulanter Betreuung mit einer „Auflage“ gemäß § 35 BtMG ausgewertet werden. Geplant war die Entwicklung dieses Anteils in letzten 10 Jahren aufzuzeigen und die Gruppe derjenigen mit und ohne eine solche Auflage miteinander zu vergleichen. Indem die Daten aus zwei Bundesländern (Hamburg und Schleswig-Holstein) ausgewertet werden, sollte sich der Frage nach dem Trend besser angenähert werden können.

Vom Institut für Therapieforschung (IFT) ist eine bundesweite Auswertung von Klienten und Klientinnen vorgenommen worden, die gemäß „Therapie statt Strafe im Jahr 2009 eine ambulante Behandlung/Betreuung begonnen oder beendet haben (Künzel, Steppan, & Pfeiffer-Gerschel, 2012). Die Auswertung basiert auf dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS), und auf dieser Datengrundlage erfolgte die Identifizierung der Betreuten mit einer „Auflage“ nach § 35 BtMG anhand des Kriteriums ‚gerichtliche Auflage‘.<sup>23</sup> Die entsprechenden Analysen umfassen 190.899 Personen, die in 2009 eine Betreu-

<sup>23</sup> Im Manual zum KDS befindet sich unter 2.2.5 das Item „Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen“. Darunter stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: 1. Keine ge-

ung begonnen und 169.685 Personen, die eine Betreuung beendet haben. Bezogen auf diese Personengruppe erfolgte ein Vergleich derjenigen Klienten und Klientinnen, die auf Grundlage einer „Auflage nach § 35 BtMG“ in Betreuung waren mit allen übrigen Klienten und Klientinnen. Die Auswertung ergibt, dass sich in 2009 insgesamt 15 % der Klienten und Klientinnen aufgrund gerichtlicher Auflagen in Betreuung befanden. Bei 24.154 dieser Betreuten wurde festgestellt, dass die Betreuung gemäß § 35 BtMG stattfand (8,3%). Klienten und Klientinnen mit einer „Auflage nach § 35 BtMG“ wurden zu 40 % wegen des Konsums von Opioiden und zu 33 % wegen des Konsums von Cannabinoiden betreut bzw. behandelt (Künzel et al., 2012).

Problematisch an der Auswertung des IFT ist, dass die Antwortmöglichkeit „BtMG“ unter „gerichtliche Auflage“ nicht per se gleichzusetzen ist mit einer Betreuung oder Behandlung gemäß § 35 BtMG. Als gerichtliche Auflage nach dem BtMG kann eine Vielzahl von Fällen subsumiert werden, wie beispielsweise den Kontakt zu einer Drogenberatung zu halten, einen Nachweis über die psychosoziale Betreuung bei einer Substitutionsbehandlung zu erbringen, oder durch eine Auflage nach dem BtMG zur Teilnahme an einer cannabisspezifischen Intervention teilzunehmen.

Die BADO Schleswig-Holstein ebenso wie die BADO in Nordrhein-Westfalen basieren auf dem KDS und haben somit dieselben Schwierigkeiten, Klienten und Klientinnen mit einer Betreuung nach § 35 BtMG zu identifizieren.

Für diesen Bericht stellte sich somit die Frage, anhand welcher Kriterien der BADO Schleswig-Holstein eine Annäherung an die Gruppe derjenigen mit einer Auflage nach § 35 BtMG möglich ist. Ein erster Versuch bestand darin, das Kriterium „Verurteilungen“ im 10-Jahresverlauf und nach Hauptsubstanz auszuwerten. Das Kriterium „Verurteilungen“ hat folgende Antwortmöglichkeiten: 1. Geldstrafe, 2. Führerscheinentzug, 3. Maßregeln, 4. Therapieauflage (nach BtMG), 5. Haftstrafe, 6. andere Verurteilungen und 7. bisher keine Verurteilungen. Diese Auswertung wurde verworfen, da sich in der gesamten Datenbank lediglich 349 Einträge zur Therapieauflage nach dem BtMG finden. Die einzige Aussage, die sich zu den insgesamt dokumentierten 7.005 Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung mit mindestens einem Eintrag bzgl. der Verurteilungen treffen lässt, ist, dass lediglich eine Minderheit der Betreuten bisher noch keine Verurteilung hatte.<sup>24</sup>

Eine zweite Annäherung an die Frage nach der Gruppe der gemäß § 35 BtMG Betreuten bestand darin, ebenso wie das IFT von dem Kriterium „gesetzliche Grundlage“ auszugehen, jedoch zur weiteren Eingrenzung die Kriterien „Art der Vermittlung in die Betreuung“ und die „Wohnsituation“ zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende in die Auswertung einzubeziehen. Diese Aus-

---

richtlichen Auflagen, 2. BtMG, 3. Psych-KG/Landesunterbringungsgesetz und 4. Andere strafrechtliche Gründe (z.B. bei Gewaltdelikten im Zusammenhang mit Substanzkonsum). Zwischen diesen vier Ausprägungen muss eine Entscheidung getroffen werden, da eine Mehrfachantwort nicht möglich ist (<http://www.suchthilfestatistik.de/cms/content/view/81/110/>).

<sup>24</sup> Es ist jedoch anzunehmen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Beratungsstellen das Item „Verurteilungen“ vorrangig dann dokumentiert haben, wenn eine solche auch vorlag. Der Anteil der Kategorie „keine Verurteilung“ dürfte daher real höher liegen.

wertungen wurden für die Klienten und Klientinnen vorgenommen, die in 2009 und/oder 2010 eine ambulante Betreuung begonnen haben. Von den in Schleswig-Holstein in den beiden Jahren Betreuten wurde bei insgesamt 13.715 Betreuungen eine „gesetzliche Grundlage“ dokumentiert (Tabelle 5). Bei 5 % dieser Betreuungen wurde angegeben, dass diese auf Grundlage des BtMG stattfand. Dieser Anteil an Betretungen nach dem BMG ist nur geringfügig geringer als der vom IFT ermittelten bundesweiten Anteil von 8,3 % (Künzel et al., 2012).

**Tabelle 5:** (Schleswig-Holstein) - Ambulante Betreuungen die in 2009 oder 2010 begonnen wurden mit dem Eintrag „gesetzliche Grundlage“

	%	Anzahl
Keine gerichtlichen Auflagen	86,6	11.879
Zivilrechtliche Grundlage	1,1	152
Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz	0,1	11
BtMG	5,0	681
Andere strafrechtliche Grundlage	7,2	992
Gesamt	100	13.715

Eine Auswertung der 681 Betreuungen gemäß BtMG nach der Hauptsubstanz kommt ebenfalls zu vergleichbaren Ergebnissen wie die Auswertung des IFT. Auch in Schleswig-Holstein fanden von den Betreuungen nach dem BtMG knapp 32 % aufgrund einer Cannabisproblematik und etwa 43 % aufgrund einer Heroinproblematik statt.

Für diejenigen Klienten und Klientinnen, die in 2009 oder 2010 den Eintrag „gesetzliche Grundlage“ hatten und als Hauptsubstanz den Konsum von Cannabis, Kokain oder Opiaten angaben, wurde ein Gruppenvergleich vorgenommen. Die eine Gruppe besteht aus Betreuten, die keine gerichtliche Auflage hatten (n=3646; 31% der Bezugsgruppe), und die andere Gruppe besteht aus denjenigen mit einer ambulanten Betreuung nach dem BtMG (n=608; 89 % der Bezugsgruppe).

Zunächst wurde ausgewertet, durch welche Institutionen oder Personen die Klienten und Klientinnen der beiden Vergleichsgruppen in die ambulante Betreuung oder Behandlung vermittelt worden sind (Tabelle 6). In der Gruppe ohne gerichtliche Auflagen haben fast 40 % eine Beratungsstelle oder ambulante Behandlungseinrichtung von sich aus, ohne eine Vermittlung, aufgesucht. In der BtMG-Gruppe waren mit 35 % etwas weniger Klienten und Klientinnen ohne Vermittlung in die ambulante Betreuung oder Behandlung gekommen. Der weitaus größte Teil in dieser Gruppe wurde jedoch über justizielle Institutionen wie der Bewährungshilfe oder dem Justizvollzug in die Betreuung oder Behandlung vermittelt (46,3 %).

**Tabelle 6:** (Schleswig-Holstein) -  
Vermittlung in die ambulante Betreuung oder Behandlung im Gruppenvergleich

	Keine gerichtlichen Auflagen		BtMG	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Ohne Vermittlung/Selbstmelder	39,8	1.389	35,2	203
Familie / Freunde	12,4	433	3,5	20
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	3,5	122	0,3	2
Medizinische Dienste (Arzt / Krankenhaus)	18,8	653	8,4	48
Stationäre (Sucht-) Einrichtung	5,9	207	1,7	10
Niedrigschwellige und aufsuchende Arbeit	0,3	10	0,0	0
Übergangseinrichtung, Beratungsdienste	5,4	189	2,8	16
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	2,7	95	0,9	5
Behörden (Sozialamt, Wohnungsamt, Arbeitsagentur, Straßenverkehrsbehörde etc.)	4,9	173	0,3	2
Justizbehörden/Bewährungshilfe	3,7	130	45,2	260
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	0,1	5	1,2	7
Sonstiges	2,5	84	0,5	3
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>	<b>3.490</b>	<b>100</b>	<b>576</b>

Auch wenn die meisten Klienten und Klientinnen aus der BtMG-Gruppe über Institutionen der Justiz vermittelt worden sind, lässt sich nicht beantworten, ob es sich hierbei um eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG oder um das Absehen von der Erhebung der Anklage nach § 37 BtMG handelt.

Für die beiden Vergleichsgruppen wurde daher die Wohnsituation einen Tag vor Betreuungsbeginn und am Tag des Betreuungsendes analysiert. Einen Tag vor Betreuungsbeginn haben sich nahezu die Hälfte der Klienten und Klientinnen in der BtMG-Gruppe in einer stabilen und selbständigen Wohnsituation befunden (Tabelle 7). Insgesamt 44 % dieser Gruppe war allerdings noch einen Tag vor Betreuungsbeginn in Untersuchungs- oder Strafhaft.

**Tabelle 7:** (Schleswig-Holstein) -  
Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn im Gruppenvergleich

	Keine gerichtlichen Auflagen		BtMG	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Selbstständig in stabiler Wohnsituation <sup>1</sup>	87,6	2.595	48,7	229
Suchthilfeeinrichtung	1,1	34	0,4	2
Betreute Wohneinrichtung	3,5	104	1,9	9
Instabile Wohnsituation <sup>2</sup>	4,6	135	4,9	23
Justizvollzug (U-Haft-Strafhaft)	2,2	63	44,1	207
Andere Wohnsituation	1,0	29	0,0	0
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>	<b>2.960</b>	<b>100</b>	<b>470</b>

1=eigene Wohnung, andere Wohnung, bei Eltern, bei anderen Angehörigen

2=bei Freunden/Bekannten, Hotel/Pension, Obdachlos, (Übergangs-)Wohnheim, Notunterkunft

Am Tag des Betreuungsendes hat sich die Wohnsituation in beiden Gruppen kaum verändert (Tabelle 8). In der BtMG-Gruppe befinden sich zu diesem Zeitpunkt 44 % der Klientinnen und Klienten im Justizvollzug. Weitere Auswertungen zeigten, dass nahezu der gleiche Anteil während der gesamten Betreuungszeit durchgehend in Haft war. In insgesamt 194 Betreuungsverläufen waren Klienten und Klientinnen mit dem Dokumentationseintrag „BtMG“ von Betreuungsbeginn bis Betreuungsende ohne Unterbrechung inhaftiert (41 %). Für diesen beträchtlichen Anteil an Betreuten nach dem „BtMG“ lässt sich eindeutig feststellen, dass es sich keineswegs um eine ambulante Betreuung oder Behandlung gemäß § 35 BtMG oder § 37 BtMG handelt.

**Tabelle 8:** (Schleswig-Holstein) -  
Wohnsituation am Tag des Betreuungsendes im Gruppenvergleich

	Keine gerichtlichen Auflagen		BtMG	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Selbstständig in stabiler Wohnsituation	87,9	2.635	49,4	240
Suchthilfeeinrichtung	1,1	33	0,2	1
Betreute Wohneinrichtung	3,9	117	1,4	7
Instabile Wohnsituation	3,9	115	4,7	23
Justizvollzug (U-Haft-Strafhaft)	2,2	67	44,1	214
Andere Wohnsituation	1,0	30	0,2	1
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>	<b>2.997</b>	<b>100</b>	<b>486</b>



Die Analysen der Daten der BADO-SH machen deutlich, dass eine Auswertung nach dem Kriterium „gerichtlichen Auflage“ mit der Ausprägung „BTMG“ nicht geeignet ist, Aussagen zu einer ambulanten Betreuung oder Behandlung auf Grundlage des § 35, 37 BtMG zu treffen. Diese Tatsache bestätigt sich auch in weiteren Detailauswertungen. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass der Anteil an Betreuungen nach dem Kriterium „BtMG“ in einer Beratungseinrichtung in Schleswig-Holstein auffallend hoch war. Auf Nachfrage wurde von der Beratungseinrichtung erläutert, dass darunter Personen nach dem § 35 BtMG sowie nach § 57 StGB und externe Beratungen im Justizvollzug fallen. Es ist demzufolge keineswegs gesichert, dass es sich bei dem Eintrag „BtMG“ überhaupt um eine Betreuung nach dem Betäubungsmittelgesetz handelt. Die Merkmale der nach § 35 BtMG ambulanten Betreuten lassen sich somit unter Rückgriff auf BADO-Datensätze, welche sich eng an dem KDS-K orientieren, nicht analysieren.

### III Gruppenvergleich

## 7. Merkmale von Drogenabhängigen in Behandlung

In diesem Kapitel werden einige ausgewählte Merkmale von Drogenabhängigen beschrieben, die sich in einem der beiden Jahre 2010 und 2011 in ambulanter oder stationärer Behandlung in einer Hamburger Hilfeeinrichtung befunden haben. Die Beschreibung wird dabei im Vergleich von drei Gruppen vorgenommen.

Auf Grundlage der BADO Hamburg werden die Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung und Behandlung beschrieben, die Probleme mit der Substanz Cannabis, Opiate oder Kokain haben („Hauptproblemdroge“). Charakteristika dieser Klientinnen und Klienten werden im Vergleich der folgenden drei Gruppen dargestellt:

- Gruppe 1: Betreuung oder Behandlung nach §§ 35, 37 BtMG,
- Gruppe 2: Auflage durch die Justiz (Bewährung, bevorstehendes Gerichtsverfahren, Führungsaufsicht) oder andere justizielle Probleme,
- Gruppe 3: keine justizielle Auflage (keine Probleme mit der Justiz).

Im Hinblick auf die stationäre medizinische Rehabilitation werden die Patientinnen und Patienten näher betrachtet, die entweder in der Einrichtung ‚Projekt Jork‘ oder in den Einrichtungen von Jugend hilft Jugend e.V. eine Drogenentwöhnungsbehandlung in 2010 oder 2011 beendet haben. Unter den Therapiebeendern werden folgende drei Gruppen miteinander verglichen:

- Gruppe 1: Therapieaufnahme nach § 35 BtMG,
- Gruppe 2: andere justizielle Probleme bei Therapieantritt (Bewährung, bevorstehendes Gerichtsverfahren, Führungsaufsicht etc.),
- Gruppe 3: Therapieantritt ohne justizielle Auflage.

Im Mittelpunkt des Gruppenvergleichs steht die Frage, ob Drogenkonsumierende mit der strafrechtlichen Grundlage § 35 BtMG bestimmte Merkmale aufweisen, die sie von denjenigen ohne eine solche Grundlage unterscheiden. Um dieser Frage nachzugehen werden die soziale und gesundheitliche Situation, die Vorstrafen- und Haftbelastung und die vorherigen Behandlungen untersucht.

Die Ergebnisse wurden Signifikanztests unterzogen. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass aufgrund der hohen Fallzahl an ambulant Betreuten fast alle Analysen der BADO Hamburg statistisch signifikant sind. In Bezug auf die Daten der stationären Drogenentwöhnungsbehandlung verhält es sich anders herum. Wegen der geringen Fallzahl in den drei Gruppen sind die meisten Ergebnisse nicht statistisch signifikant.

## 7.1 Vergleich von Gruppen in der ambulanten Betreuung in Hamburg

In den beiden Jahren 2010 und 2011 haben insgesamt 16.097 Personen mit einem problematischen Cannabis-, Opiat- oder Kokainkonsum die ambulante Drogenhilfe in Hamburg genutzt, wobei der Anteil an Betreuten pro Jahr nahezu gleich ist (50,3 % in 2010 und 49,7 % in 2011). Mit 77,3 % war die Mehrheit der Drogenkonsumierenden männlich. Von allen Personen in ambulanter Betreuung oder Behandlung hatten insgesamt 14.630 Personen keine justizielle Auflage (91 %), während lediglich bei 316 Personen (2,0 %) die ambulante Maßnahme gemäß §§ 35, 37 BtMG erfolgte. Weitere 1.151 Betreute hatten eine justizielle Auflage (7,2 %). Der Anteil an Frauen unter den ambulant Betreuten ist in der Gruppe ohne justizielle Auflagen mit 24,0 % am größten (n=3.506) und in der Gruppe mit justiziellen Auflagen mit 8,6 % am geringsten (n=99). In der Gruppe mit einem Therapieantritt nach §§ 35, 37 BtMG lag der Frauenanteil bei 14,9 % (n=47). Eine geschlechtsspezifische Auswertung wird lediglich bei eindeutigen Unterschieden vorgenommen.

### 7.1.1 Alter und Hauptdrogenproblem

Zum Zeitpunkt der ambulanten Betreuung oder Behandlung waren die Klientinnen und Klienten in der Gruppe mit einer strafrechtlichen Grundlage nach §§ 35, 37 BtMG am ältesten (36,6 Jahre) und diejenigen in der Gruppe mit justiziellen Auflagen am jüngsten (30,0 Jahre). Die durchschnittliche Altersdifferenz zwischen beiden Gruppen beträgt mehr als sechs Jahre (Tabelle 9).

**Tabelle 9:** Alter und Hauptdrogenproblem von ambulant Betreuten (BADO Hamburg)

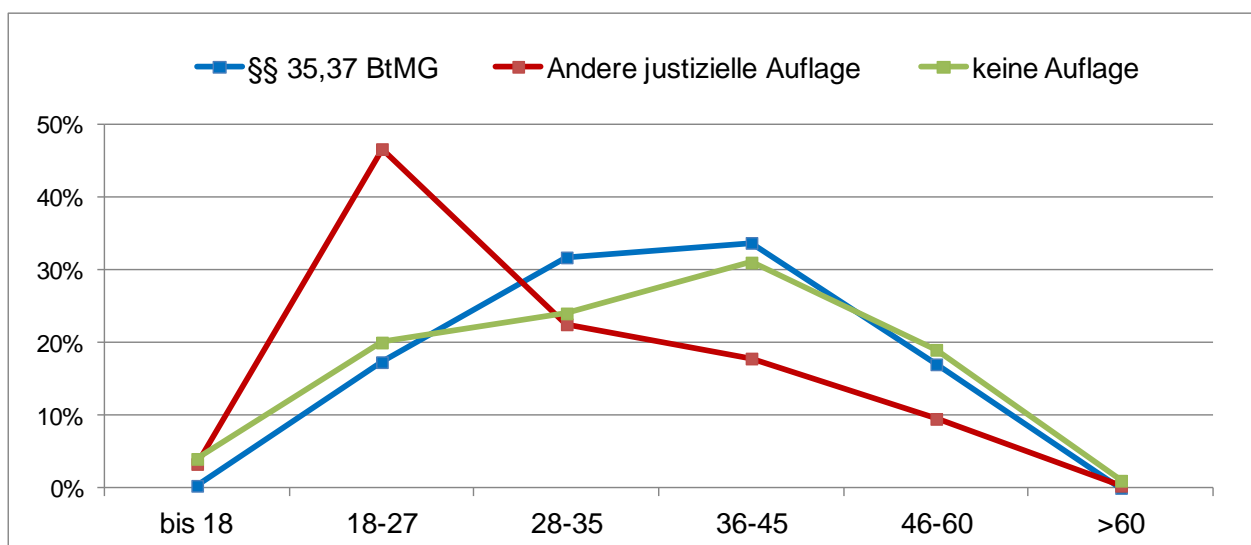
	§§ 35, 37 BtMG		Justizielle Auflage		Keine justizielle Auflage		Gesamt		Signifi- kanz <sup>25</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Aktuelles Alter (Mittelwert)	36,6		30,0		35,8		35,4		Annova ***
<i>Hauptdrogenproblem</i>									Chi <sup>2</sup> -Test ***
Cannabis	14	4,4	466	40,5	3.802	26,0	4.282	26,6	
Opiate	263	83,2	410	35,6	8.748	59,8	9.421	58,5	
Kokain	39	12,3	275	23,9	2.080	14,2	2.394	14,9	
Gesamtgruppe	316	100	1.151	100	14.630	100	16.097	100	

<sup>25</sup> Signifikanzniveau: \*\*\* bedeutet p<0,001; \*\* bedeutet p<0,01; \* bedeutet p<0,05: Diese Darstellung der Signifikanzen wird auch in den nachfolgenden Auswertungen verwendet.

Dieser Altersunterschied zwischen beiden Gruppen lässt sich mit dem jeweils unterschiedlichen Hauptdrogenproblem erklären. So weisen die jüngeren Klientinnen und Klienten mit 40 % primär einen problematischen Konsum von Cannabis auf, während die älteren mit 83 % überwiegend ein Hauptproblem mit Opiaten haben. Über alle drei Gruppen hinweg zeigt sich, dass der Opiatkonsum mehrheitlich das Hauptdrogenproblem darstellt, gefolgt von einem problematischen Cannabiskonsum, der bei mehr als einem Viertel der ambulant Betreuten vorlag.

In der nachfolgenden Abbildung 10 ist das aktuelle Alter der in 2010 und 2011 ambulant Betreuten nach Kategorien und im Gruppenvergleich dargestellt. Die Altersverteilung ist in den drei Vergleichsgruppen signifikant unterschiedlich. In der § 35, 37 BtMG-Gruppe waren die meisten Klientinnen und Klienten zum Zeitpunkt der aktuellen Betreuung bereits zwischen 30 und 45 Jahre alt. Demgegenüber war fast die Hälfte aller Betreuten in der Gruppe mit anderen justiziel- len Auflagen zwischen 18 und 27 Jahre alt. Die Klientinnen und Klienten ohne justizielle Auflage verteilen sich wiederum zu nahezu gleichen Anteilen auf alle mittleren Alterskategorien. Insgesamt waren in 2010 und 2011 nur etwa 10-20 % der ambulant Betreuten älter als 46 Jahre.

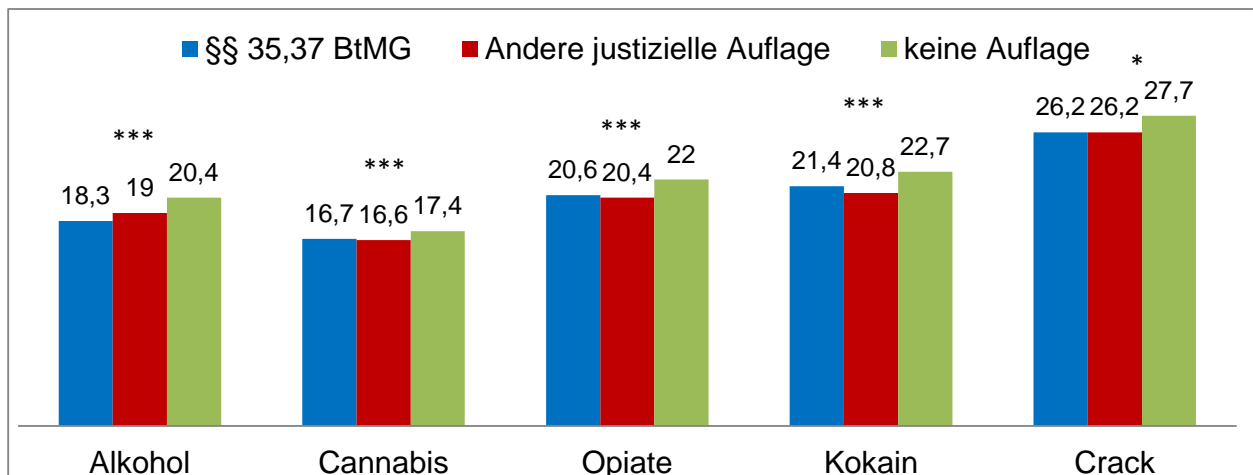
**Abbildung 10:** Alter differenziert nach Kategorien und Gruppen – N=14.081 (BADO Hamburg)



Chi<sup>2</sup>-Test: p<0,001

Im Hinblick auf das Alter bei Beginn eines problematischen Konsums unterschiedlicher Substanzen wie Alkohol, Cannabis, Opiate, Kokain oder Crack zeigen sich leichte Unterschiede zwischen den drei Gruppen (Abbildung 11). Im Vergleich zu der Gruppe ohne justizielle Auflagen haben die Klientinnen und Klienten der beiden anderen Gruppen alle Substanzen tendenziell in einem jüngeren Alter erstmalig auf eine problematische Weise konsumiert. So wurde ein problematischer Konsum von Alkohol und Opiate im Mittel zwei Jahre früher als in der Gruppe ohne justizielle Auflagen entwickelt. Der problematische Konsum von Kokain und Crack begann durchschnittlich etwa eineinhalb Jahre früher.

**Abbildung 11:** Alter bei Störungsbeginn für ausgewählte Substanzen – Mehrfachangaben (BADO Hamburg)



Signifikanztest Anova

Aus der Auswertung geht somit hervor, dass die ambulant Betreuten mit justiziellen Problemen nach §§ 35, 37 BtMG oder eine justiziellen Auflage bei Beginn eines problematischen Substanzkonsums jünger sind und damit in der Regel eine längere Abhängigkeitsdauer aufweisen als andere Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung.

### 7.1.2 Soziale Situation

Die meisten der Drogenkonsumierenden in ambulanter Betreuung oder Behandlung sind in Deutschland geboren und haben keinen Migrationshintergrund (Tabelle 10). Im Gruppenvergleich wird allerdings deutlich, dass diejenigen mit einer justiziellen Auflage zu über 40 % einen Migrationshintergrund aufweisen. Auch in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe haben mit 38,2 % deutlich mehr Klientinnen und Klienten einen Migrationshintergrund als jene ohne justizelle Auflage.

Bei der Hälfte der Klientinnen und Klienten bestand das aktuelle Haupteinkommen in staatlichen Transferleistungen wie dem Arbeitslosengeld I und II. Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass insbesondere die §§ 35, 37 BtMG-Gruppe ihr Einkommen vorrangig aus diesen Leistungen bezogen hat (61,7 %). Die zweithäufigste Einkommensquelle stellten „sonstige“ Versorgungsleistungen dar. So wurde etwa ein Fünftel der Klientinnen und Klienten mit justiziellen Auflagen durch ihre Unterkunft in Institutionen versorgt (20,5 % in der Gruppe nach §§ 35, 37 BtMG und 23,0 % in der Gruppe mit justiziellen Auflagen im Vergleich zu 11,8 % in der Gruppe ohne Auflagen). Dieses korrespondiert mit dem aktuellen Aufenthaltsort; etwa ein Fünftel der Betreuten in der Gruppe mit justiziellen Auflagen befand sich zum Zeitpunkt der ambulanten Betreuung im Gefängnis, bei den Betreuten in der §§ 35,37 BtMG-Gruppe waren das 16,8 %. In der Gruppe ohne justizielle Auflagen waren lediglich 9,5 % während der Betreuung inhaftiert.

**Tabelle 10:** Migrationshintergrund, Haupteinkommen und aktueller Aufenthaltsort (BADO Hamburg)

	§§ 35,37 BtMG		Justizielle Auflage		Keine justizielle Auflage		Gesamt		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Migrationshintergrund</i>									
Kein Migrationshintergrund	188	61,8	627	56,7	10.227	73,1	11.042	71,7	***
Selbst migriert	64	21,1	230	20,8	2.185	15,6	2.479	16,1	
Als Kind von Migranten geboren	52	17,1	249	22,5	1.571	11,2	1.872	12,2	
<i>Aktuelles Haupteinkommen</i>									
Einkommen aus Erwerbstätigkeit	26	8,6	145	13,0	2.207	16,2	2.378	15,8	**
Arbeitslosengeld I od. II	187	61,7	49	44,4	6.949	51,2	7.632	50,8	
Grundsicherung (SGB XII) /Rente	12	4,0	30	2,6	710	5,2	752	5,0	
Unterstützung durch Eltern/ Verwandte	6	2,0	10	9,7	922	6,7	1.037	6,9	
Sonstiges <sup>1</sup>	72	23,7	33	30,3	2.810	20,6	3.221	21,4	
<i>Aktueller Aufenthaltsort</i>									
In eigener Wohnung	125	40,3	40 9	36,6	8.189	59,1	8.723	57,0	***
Bei Partner(in) / Angehörigen	71	22,9	35 5	31,9	2.229	16,1	2.655	17,4	
In Hilfeinrichtung <sup>2</sup>	22	7,1	39	3,5	676	4,9	737	4,8	
In einer Haftanstalt	52	16,8	22 6	20,3	1.318	9,5	1.596	10,4	
Hotel/ Pension/ Frauenhaus	9	2,9	26	2,3	533	3,8	568	3,7	
Obdachlos	8	2,6	17	1,5	382	2,8	407	2,7	
Sonstige Unterkunft	23	7,4	44	4,0	540	3,9	607	3,9	

1 „Sonstiges“ umfasst Krankengeld, Ausbildungsvergütung, Erziehungsgeld, Einkommen aus selbstständiger Arbeit, kein Einkommen und Versorgung in einer Institution.

2 „Hilfeinrichtung“ beinhaltet Betreutes Wohnen in einer Suchthilfeinrichtung oder öffentliche Erziehung in einer Jugendwohnung oder Pflegefamilie.

Die meisten Klientinnen und Klienten haben in 2010 und 2011 in einer eigenen Wohnung gewohnt. Diese stabile Wohnsituation traf insbesondere auf die Gruppe ohne justizielle Auflagen zu (59,1 %). Von denjenigen mit einer justiziellen Auflage hat nur gut ein Drittel in einer eigenen Wohnung (36,6 %), und bei einem Partner bzw. Angehörigen gewohnt (31,9 %). Angesichts des deutlich jüngeren Durchschnittsalters in dieser Gruppe ist diese Wohnsituation nicht ungewöhnlich. In der Gruppe mit einem Justizdruck nach §§ 35, 37 BtMG wohnten 40,3 % der Betreuten in einer eigenen Wohnung und etwas mehr als ein Fünftel bei einem Partner oder Angehörigem (22,9 %). Eine höchst instabile aktuelle Wohnsituation hatten etwa 5 % bis 7 % der Klientinnen und Klienten, wobei tendenziell mehr Personen ohne justizielle Auflagen entweder in Hotels/Pensionen unterkamen oder obdachlos waren.

In den Jahren 2010 und 2011 verfügten etwas mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass diejenigen aus der Gruppe mit einer justiziellen Auflage den schlechtesten Ausbildungsstand haben, da hier lediglich 34,0 % eine Ausbildung abgeschlossen hatten – wobei hier wiederum das jüngere Durchschnittsalter dieser Gruppe berücksichtigt werden muss.

Wird die aktuelle Arbeits- und Ausbildungssituation für die Betreuten betrachtet, die sich nicht in Haft befanden, dann war die Mehrheit erwerbslos (60,9 %). Die Erwerbslosigkeit war mit 74,8 % in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe besonders hoch. Neben der hohen Rate an Erwerbslosigkeit spielten alle anderen Arbeitssituationen eine deutlich geringere Rolle. Nennenswert ist, dass eine Vollzeitbeschäftigung mit 16,1 % an zweiter Stelle der aktuellen Arbeitssituation steht. Eine Vollzeitbeschäftigung hatten vor allem die Betreuten ohne justizielle Auflagen (16,3 % vs. 9,4 % in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe). In einer Ausbildung befanden sich 12,6 % derjenigen mit justiziellen Auflagen und 11,5 % derjenigen ohne Auflage (2,4 % in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe).

Fast alle Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung waren verschuldet (88 %), und bei mehr als der Hälfte der Betroffenen betragen die Schulden zwischen 5.000 und 25.000 Euro. Während es bei Prävalenz und Höhe der Verschuldung keine großen Unterschiede zwischen den Gruppen gibt, wurde die Notwendigkeit einer Schuldenregulierung jedoch signifikant unterschiedlich bewertet. In der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe wurde von 38 % der Betreuten eine Schuldenregulierung für erforderlich gehalten, was in den beiden anderen Gruppen bei etwa einem Viertel zutraf (Chi<sup>2</sup>-Test  $p < 0,05$ ).

### 7.1.3 Justizielle Situation

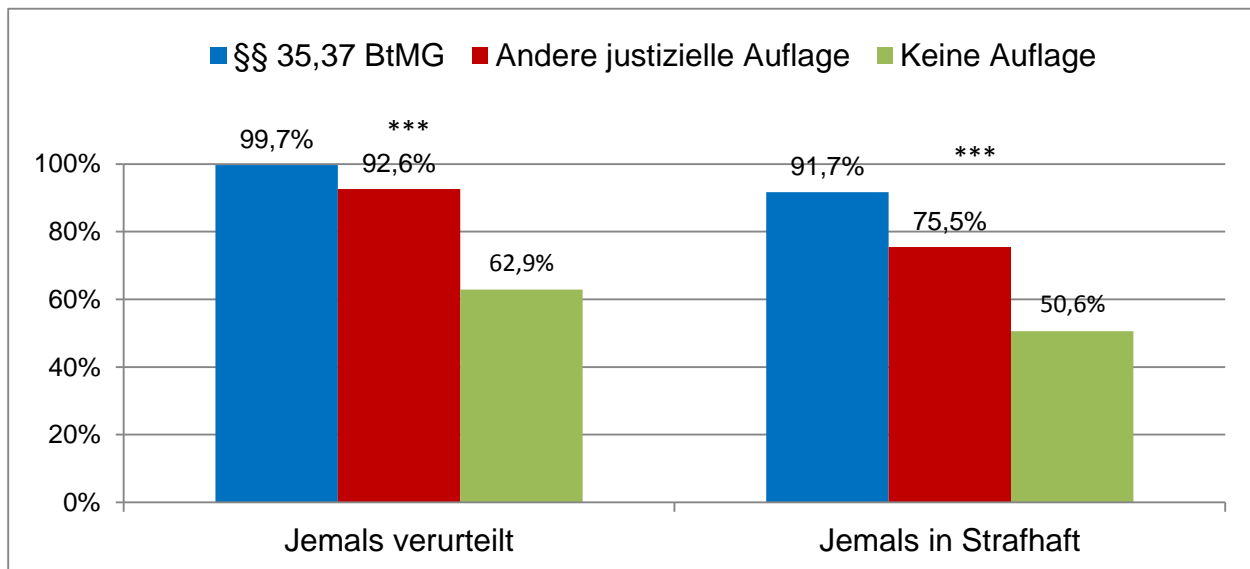
Die justizielle Belastung durch gerichtliche Verurteilungen und Unterbringungen im Strafvollzug stellt sich im Gruppenvergleich signifikant verschieden dar (Abbildung 12). Die höchste justizielle Belastung weisen die Drogenkonsumierenden in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe auf. Bis auf eine Person sind alle anderen in dieser Gruppe bereits jemals gerichtlich verurteilt worden<sup>26</sup>. Des Weiteren sind mit Ausnahme von 24 Personen alle anderen bereits inhaftiert worden. Fast alle

---

<sup>26</sup> Die Anwendung des § 35 BtMG verlangt ein rechtskräftiges Urteil, während die Anwendung des § 37 BtMG bedeutet, dass keine Anklage erhoben wird und somit eine Verurteilung nicht erfolgt.

Betreuten in der Gruppe mit anderen justiziellen Auflagen sind ebenfalls jemals in ihrem Leben gerichtlich verurteilt worden, allerdings führte die Verurteilung seltener zu einer Haftstrafe. Doch auch in dieser Gruppe waren drei Viertel der Personen bereits im Strafvollzug untergebracht. Eine vergleichsweise geringere justizielle Belastung findet sich in der Gruppe der Betreuten ohne justizielle Auflage. Hier führte eine Verurteilung bei der Hälfte der Personen dazu, eine Freiheitsstrafe im Justizvollzug verbüßen zu müssen.

**Abbildung 12:** Verurteilungen und Inhaftierungen - Lifetime (BADO Hamburg)



Chi<sup>2</sup>-Test

Bei den Gründen für vorherige Verurteilungen dominieren mit 69,8 % Delikte gegen das Betäubungsmittelgesetz (Tabelle 11). An zweiter Stelle stehen Verurteilungen aufgrund von Beschaffungsdelikten (56,7 %), wobei unklar bleibt, welche Straftaten genau im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum begangen wurden.<sup>27</sup> Bei mehr als einem Drittel der Betreuten erfolgte eine Verurteilung wegen einer Körperverletzung. Andere Delikte begründeten in fast der Hälfte der Betreuten eine gerichtliche Verurteilung.

Im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen erfolgten in der Gruppe der nach §§ 35, 37 BtMG Betreuten die meisten Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (85 %). Des Weiteren wurden die Betreuten in dieser Gruppe zu über 70 % aufgrund von Beschaffungsdelinquenz verurteilt. Demgegenüber wurde etwas mehr als die Hälfte der Klientinnen

<sup>27</sup> In der BADO werden Straftaten so dokumentiert, dass sie den in der Tabelle 11 genannten Rubriken zugeordnet werden. Straftaten, die nicht einer konkreten vorgegebenen Kategorie zugeordnet werden können – wie z.B. als Körperverletzung oder Beschaffungskriminalität – werden als „andere Delikte“ dokumentiert. Über die jeweiligen Straftaten, die als Beschaffungskriminalität oder andere Delikte zu einer Verteilung führten, liegen keine Informationen vor.



und Klienten mit justiziellen Auflagen wegen Delikten gegen das BtMG verurteilt, während Körperverletzung mit knapp 48 % am zweithäufigsten zu einer gerichtlichen Verurteilung führte.

**Tabelle 11:** Gründe für die gerichtlichen Verurteilungen - Mehrfachantworten (BADO Hamburg)

	§§ 35,37 BtMG		Justizielle Auflage		Keine justizielle Auflage		Gesamt		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
BtMG-Delikte (Handel, Besitz)	247	85,2	494	54,5	4.982	71,1	5.723	69,8	***
Beschaffungskriminalität	209	72,1	424	46,8	4.017	57,3	4.650	56,7	***
Körperverletzung	102	35,2	435	48,0	2.292	32,7	2.829	34,5	***
Andere Delikte	129	44,5	404	44,6	3.430	49,0	3.963	48,3	*
Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer	34	11,7	65	7,2	796	11,4	895	10,9	***
Gesamtgruppe	290	100	906	100	7.005	100	8.201	100	

Ein weiterer Indikator für die justizielle Belastung ist die Gesamtdauer aller bisherigen Inhaftierungen im Strafvollzug. Im Laufe ihres Lebens waren die Drogenkonsumierenden in ambulanter Betreuung im Durchschnitt bereits zwei Jahre im Gefängnis (Tabelle 12). Die durchschnittliche Gesamtdauer der Unterbringung im Strafvollzug ist jedoch geschlechts- und gruppenspezifisch höchst unterschiedlich. Drogenkonsumierende Frauen haben insgesamt eine deutlich niedrigere Haftbelastung als drogenkonsumierende Männer. Im Vergleich zu den Frauen befanden sich die Männer 2-3-mal so lange im Gefängnis. In der Gruppe ohne justizielle Auflagen war die Gesamthaftdauer sowohl bei den Männern wie bei den Frauen im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen deutlich geringer. Die männlichen Klienten in dieser Gruppe weisen eine Gesamthaftdauer von 26,7 Monaten auf. Demgegenüber hat die Gruppe der Betreuten nach §§ 35, 37 BtMG die höchste Gesamthaftdauer. Im Durchschnitt waren die Männer in dieser Gruppe in ihrem Leben mehr als vier Jahre im Strafvollzug untergebracht, und auch die Frauen in dieser Gruppe verbrachten im Mittel bereits knapp 28 Monate im Gefängnis.

**Tabelle 12:** Gesamtdauer aller bisherigen Inhaftierungen im Strafvollzug in Monaten (BADO Hamburg)

	§§ 35,37 BtMG		Justizielle Auflage		Keine justizielle Auflage		Gesamt	
	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N
männlich	51,9	226	31,1	912	26,7	8876	27,7	10.014
weiblich	27,9	39	17,6	84	8,8	2700	9,4	2.823
Gesamtgruppe	48,4	265	29,9	996	22,5	11.576	23,6	12.837

2-faktorielle Anova: Geschlecht  $p < 0,001$ ; Gruppenvergleich  $p < 0,001$ ; Interaktion n.s.

Die Auswertungen verdeutlichen, dass fast alle Klientinnen und Klienten in der §§ 35,35 BtMG-Gruppe bereits gerichtlich verurteilt und im Strafvollzug untergebracht worden waren. In ihrem Leben waren sie im Mittel mehr als vier Jahre inhaftiert. Im Vergleich dazu hat die Gruppe der Betreuten ohne justizielle Auflagen die geringste justizielle Belastung, denn die Hälfte dieser Personen war bisher noch nie im Strafvollzug inhaftiert. Diejenigen aus dieser Gruppe mit Hafterfahrungen haben insgesamt eine kürzere Zeit ihres Lebens in Haft verbracht als die anderen beiden Gruppen.

#### 7.1.4 Gesundheitliche Situation

Die gesundheitliche Situation wird im Hinblick auf die aktuelle psychische Belastung, die körperliche Beeinträchtigung und dem Hepatitis C Infektionsstatus betrachtet.

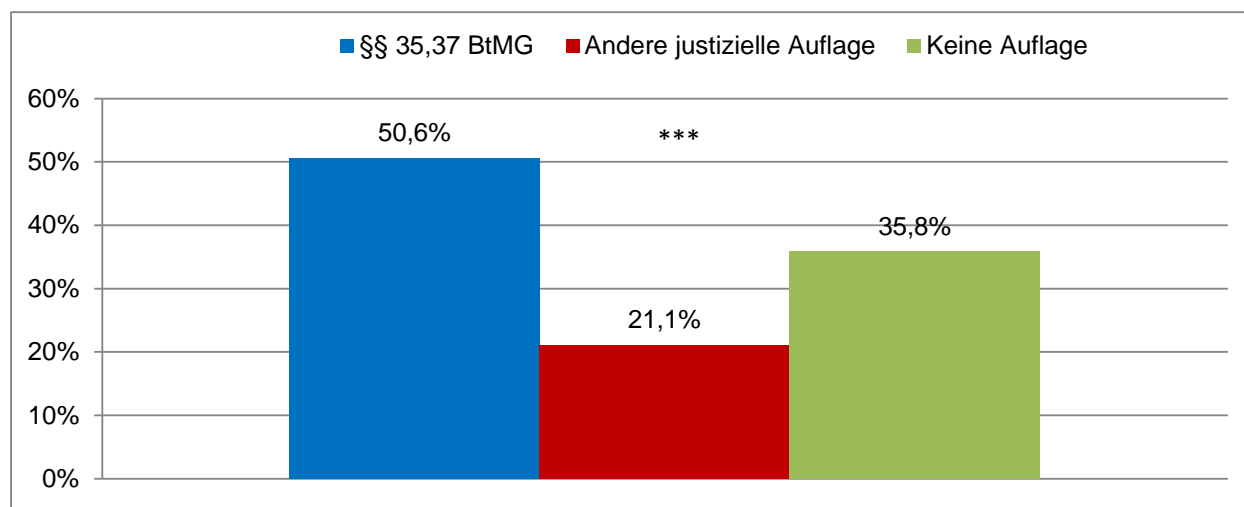
Deutlich wird, dass unter den Drogenkonsumierenden in ambulanter Betreuung nur ein sehr kleiner Anteil keine psychischen Belastungen hat (Tabelle 13). Die Mehrheit der Betreuten berichtete von wenigen bis mittleren psychischen Belastungen und ein Drittel der Drogenkonsumierenden in der BtMG-Gruppe und in der Gruppe ohne justizielle Auflagen gab an, unter erheblichen bis extremen psychischen Belastungen zu leiden. Im Vergleich dazu waren erhebliche psychische Belastungen in der Gruppe mit justiziellen Auflagen deutlich weniger häufig.

**Tabelle 13:** Aktuelle psychische Belastung und körperliche Beeinträchtigung (BADO Hamburg)

	§§ 35,37 BtMG		Justizielle Auflage		Keine justizielle Auflage		Gesamt		H-Test Kruskal- Wallis
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Psychische Belastung</i>									
keine	14	5,0	75	7,3	765	6,3	854	6,3	***
wenig + mittel	174	62,4	707	68,7	5.297	59,8	8.178	60,4	
erheblich + extrem	91	32,6	247	24,0	4.152	34,0	4.490	33,2	
<i>Körperliche Beeinträchtigung</i>									
keine	61	22,0	424	42,4	2.772	23,2	3.257	24,6	***
wenig + mittel	176	63,5	486	48,5	7121	59,7	7783	58,9	
erheblich + extrem	40	14,4	91	9,1	2.042	17,1	2.173	16,4	

Im Vergleich zu psychischen Beeinträchtigungen wurden körperliche Beeinträchtigungen von insgesamt weniger Betreuten berichtet und wenn diese vorhanden sind, sind sie weniger stark ausgeprägt. Ein Viertel der Betreuten insgesamt verspürte keinerlei körperliche Beeinträchtigungen, wobei dies insbesondere auf die Gruppe mit justiziellen Auflagen zutrifft; hier bestätigten 42,4 % keine körperlichen Beschwerden zu haben. Von allen Betreuten nannten 58,9 % wenige oder mittlere körperliche Beeinträchtigungen. Diese Bewertung findet sich besonders häufig in der Gruppe mit einer strafrechtlichen Grundlage nach §§ 35, 37 BtMG. Insgesamt weist die Gruppe mit justiziellen Auflagen die geringsten psychischen und körperlichen Beschwerden auf.

Von den auf eine Infektion mit Hepatitis C (HCV) getesteten Drogenkonsumierenden in ambulanter Betreuung waren in 2010 und 2011 insgesamt 35,1 % HCV-positiv. Die HCV-Infektionsrate stellt sich im Gruppenvergleich höchst verschieden dar. (Abbildung 13) So ist die BtMG-Gruppe am stärksten von einer Infektion mit HCV betroffen, die bei etwa der Hälfte dieser Klientinnen und Klienten vorhanden war. Auf der anderen Seite stellen die Betreuten in der Gruppe mit anderen justiziellen Auflagen diejenige Gruppe dar, in der eine HCV-Infektion am wenigsten verbreitet ist. Über drei Viertel der Drogenkonsumierenden in dieser Gruppe hatten nachweislich keine Infektion mit Hepatitis C. In der Gruppe der Betreuten ohne justizielle Auflagen hatte die Mehrheit keine HCV-Infektion, etwa 39 % waren mit HCV infiziert.

**Abbildung 13:** Aktuelle Infektion mit Hepatitis C – N= 11.403 (BADO Hamburg)Chi<sup>2</sup>-Test

### 7.1.5 Vorherige Betreuungen und Behandlungen

In den letzten 60 Tagen vor Beginn der aktuellen ambulanten Betreuung in 2010 oder 2011 waren die meisten Drogenkonsumierenden bereits in einer anderen Hilfe- oder Behandlungsmaßnahme (63 %). Der Gruppenvergleich lässt im Hinblick auf vorangegangene Betreuungen oder Behandlungen signifikante Unterschiede erkennen (Tabelle 14). Während die überwiegende Mehrheit der Klientinnen und Klienten in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn eine Hilfsmaßnahme in Anspruch genommen hat (86,4 %), war dies nicht einmal bei der Hälfte der Klientinnen und Klienten in der Gruppe mit justiziellen Auflagen der Fall (48,5 %). Bei der Art der vorangegangenen Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahmen zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Von den Klientinnen und Klienten in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe war etwas mehr als ein Viertel zuvor in einer stationären medizinischen Rehabilitation. Des Weiteren haben jeweils ein Fünftel der Betreuten in dieser Gruppe niedrigschwellige Hilfen und/oder eine ambulante Beratung genutzt. In den beiden anderen Gruppen wurden diese beiden Hilfeangebote ebenfalls genutzt, jedoch von einem deutlich geringeren Anteil.

**Tabelle 14:** Vorangegangene Betreuungen und Behandlungen in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn (BADO Hamburg)

	§§ 35,37 BtMG		Justizielle Auflage		Keine justizielle Auflage		Gesamt		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
In vorgegangener Betreuung <i>Art vorangegangener Betreuung</i>	209	86,4	479	48,5	7.095	63,8	7783	63,0	***
Niedrigschwellige Hilfen	50	20,7	76	7,7	1.243	11,2	1.369	11,1	***
Ambulante Betreuung/Beratung	52	21,5	159	16,1	1.155	10,4	1.366	11,1	***
Externe Haftbetreuung	23	9,5	61	6,2	177	1,6	261	2,1	***
Substitutionsbehandlung	87	36,0	126	12,8	3.945	35,5	4.158	33,6	***
Entgiftung/Entzug	46	19,0	110	11,1	1.379	12,4	1.535	12,4	**
Ambulante Rehabilitation	11	4,5	15	1,5	139	1,2	165	1,3	***
Stationäre Rehabilitation	66	27,3	107	10,8	784	7,0	957	7,7	***
Medizinische Behandlung (ambulant od. stationär)	46	19,0	100	10,1	1.231	11,1	1.377	11,1	***
Psychiatrische/psycho- therapeutische Behandlung	9	3,7	20	2,0	413	3,7	442	3,6	
Ambulantes betreutes Wohnen	11	4,65	14	1,4	262	2,4	287	2,3	*
Sonstiges <sup>1</sup>	40	16,5	117	11,9	1.417	12,7	1.574	12,7	*
<b>Gesamtgruppe</b>	<b>242</b>	<b>100</b>	<b>987</b>	<b>100</b>	<b>11.128</b>	<b>100</b>	<b>12.357</b>	<b>100</b>	

1=Sonstiges umfasst die ambulante und stationäre Eingliederungshilfe, Jugendspezifische Hilfe, Psychosoziale Betreuung für Substituierte, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, Aufsuchende Arbeit, Selbsthilfegruppen.

Substitutionsbehandlungen sind eine der Standardbehandlungen von Opiatabhängigkeit, so dass diese Behandlungsform etwas näher betrachtet wird. Etwa die Hälfte der untersuchten ambulant Betreuten hat Erfahrungen mit einer Substitutionsbehandlung (49,4 %). Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass insbesondere diejenigen aus der BtMG-Gruppe jemals in einer Substitutionsbehandlung waren. Insgesamt 69,8 % dieser Betreuten war jemals in Substitutionsbehandlung und von diesen war etwas mehr als ein Drittel auch in den 60 Tagen vor der aktuellen Betreuung in einer Substitutionsbehandlung. Unter den Betreuten in der Gruppe ohne justizielle Auflagen hat

die Hälfte Erfahrungen mit einer Substitutionsbehandlung (51,1 %), und mehr als ein Drittel dieser Personen wurde auch noch in den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn substituiert. In der Gruppe mit justiziellen Auflagen findet sich dagegen ein deutlich geringerer Anteil an Substituierten (jemals: 23,6 %, in letzten 60 Tagen: 12,8 %). Dieser geringe Anteil ist darin begründet, dass in dieser Gruppe nicht Opiate, sondern vornehmlich Cannabis und Kokain das Hauptdrogenproblem war.

Die erstmalige Substitution fand durchschnittlich im Alter von 32 Jahren statt und wurde somit im Mittel acht Jahre vor der aktuellen Betreuung aufgenommen (Tabelle 15). Im Vergleich zu der Gruppe ohne Auflagen waren die Betreuten in der BtMG-Gruppe bei Beginn der Erstsitution etwa drei Jahre jünger.

**Tabelle 15:** Alter bei Erstsitution und Lebensalter (BADO Hamburg)

	Alter bei Erstsitution		Aktuelles Lebensalter	
	Mittelwert	N	Mittelwert	N
§§ 35, 35 BtMG	29,9	137	38,6	136
Justizielle Auflagen	31,1	180	38,7	180
Keine justiziellen Auflagen	33,0	4.739	40,8	4.712
Signifikanztest Anova	p<0,001		p<0,001	
Gesamtgruppe	32,8	5056	40,6	5028

Im Hinblick auf die Behandlungsvorerfahrungen weist somit die Gruppe mit einer strafrechtlichen Grundlage nach §§ 35, 37 BtMG im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen einige Besonderheiten auf. Ein Großteil der Betreuten in der BtMG-Gruppe war vor Beginn der aktuellen Betreuung bereits in Behandlung oder Betreuung, und von diesen wiederum mehr als ein Viertel in einer stationären medizinischen Rehabilitation. Überdies wurden 70 % der Klientinnen und Klienten schon mal substituiert und das im Mittel erstmals mit knapp 30 Jahren.

## 7.2 Vergleich von Gruppen in der stationären Rehabilitation in Hamburg

Die Auswertung zur stationären medizinischen Rehabilitation beruht auf Patientinnen und Patienten, die in 2010 oder 2011 aus einer Entwöhnungsbehandlung inklusive Adaption in den Hamburger Einrichtungen ‚Projekt Jork‘ oder ‚Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften‘ entlassen wurden. In diesen Einrichtungen ist die Adaption integraler Bestandteil der stationären Rehabilitation. Mit dieser Auswertung der Therapiebeender ist ein Großteil der stationären Rehabilitation abgedeckt, die in der Stadt Hamburg für erwachsene Drogenabhängige verfügbar sind.

In 2010 und 2011 haben in den genannten Einrichtungen insgesamt 254 Drogenabhängige eine stationäre Rehabilitation beendet. Mit knapp 82 % war die überwiegende Mehrheit der Therapie-

beender männlich (n=207). Der Frauenanteil unter den Therapiebeendern beträgt somit nicht einmal ein Fünftel (n=47). Differenziert nach den drei Vergleichsgruppen, verteilen sich die Therapiebeender wie folgt:

- Gruppe mit einer Therapie nach §§ 35 BtMG: Diese Gruppe besteht aus 109 Personen, darunter sind 11 Frauen. Der Anteil an allen Therapiebeendern beträgt 43 %.
- Gruppe mit anderen justiziellen Problemen: Zu dieser Gruppe zählen 111 Personen, darunter 19 Frauen. Der Anteil an allen Therapiebeendern beträgt 44 %.
- Gruppe ohne justiziellen Druck: Diese Gruppe besteht lediglich aus 34 Personen, wovon die Hälfte Frauen sind. Der Anteil an allen Therapiebeendern beträgt 13 %.

Drogenabhängige, die eine stationäre Rehabilitation ohne justiziellen Druck angetreten sind, stellen in den Hamburger Drogentherapieeinrichtungen somit eine Minderheit dar. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der hohe Anteil an Therapiebeginnern mit justiziellen Problemen nicht die spezifische Situation in Hamburg, sondern die in stationären Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige widerspiegelt. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass eine geschlechterdifferente Auswertung vorgenommen wird, wenn sich deutliche Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Therapiebeendern zeigen.

### 7.2.1 Alter und Drogenkonsum

Bei Aufnahme in die stationäre Drogentherapie waren die Patientinnen und Patienten zwischen 20 und 56 Jahre alt. Im Mittel wurde die Therapiemaßnahme im Alter von 34 Jahren aufgenommen, wobei die Patientinnen und Patienten ohne Justizdruck im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen bei Therapieantritt etwa drei Jahre jünger waren (Tabelle 16).

Um das Ausmaß des Drogenkonsums vor Therapieantritt zu untersuchen, wurde im Zusammenhang mit Alkohol die Diagnose „alkoholgefährdet“ oder „alkoholabhängig“ ausgewertet. Für die illegalen Drogen wurden der wöchentliche (an 1-3 Tagen pro Woche) und der tägliche Konsum in den sechs Monaten vor Therapieantritt ausgewertet. In Zeitraum von sechs Monaten vor Therapiebeginn haben von allen Patientinnen und Patienten insgesamt 42,4 % Heroin und 38,8 % Kokain wöchentlich oder täglich konsumiert. Zudem bestätigte mehr ein Viertel alkoholgefährdet oder alkoholabhängig gewesen zu sein, wobei ein Alkoholproblem im Gruppenvergleich signifikant häufiger in der Gruppe ohne justiziellen Druck vorlag (47,1 %). Zwar zeigen sich zwischen den Gruppen keine weiteren signifikanten Unterschiede, dennoch gibt es erwähnenswerte Auffälligkeiten im Substanzkonsum. So wurde Cannabis in der Gruppe mit anderen justiziellen Problemen deutlich seltener problematisch konsumiert als in den beiden anderen Gruppen. Heroin wurde wiederum vergleichsweise seltener in der BtMG-Gruppe konsumiert.

**Tabelle 16:** Alter bei Therapieantritt und problematischer Drogenkonsum in den 6 Monaten vor Therapieantritt - (REHA Hamburg)

	§ 35 BtMG		Andere justizielle Probleme		Kein justizieller Druck		Gesamt		Signi- fikanz
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alter bei Therapieantritt (Mittelwert)	34,4		34,7		31,9		34,2		Anova n.s
<i>Konsum 6 Monate vor Therapieantritt</i>									Chi <sup>2</sup>
Alkohol	19	17,6	30	28,0	16	47,1	65	26,1	**
Cannabis	37	33,9	26	24,5	11	32,4	74	29,7	n.s
Heroin	39	35,8	51	47,7	16	47,1	106	42,4	n.s
Kokain	46	42,2	40	37,4	11	32,4	97	38,8	n.s
Crack	37	33,9	29	27,4	10	30,3	76	30,6	n.s
Gesamtgruppe	109	100	111	100	34	100	254	100	

n.s. steht für nicht signifikant.

Der Substanzkonsum vor Therapieantritt ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich. So gaben mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen einen problematischen Alkoholkonsum an (37,4 % vs. 17,0 %); dieser Unterschied ist statistisch signifikant (Chi<sup>2</sup>-Test p<0,01). Des Weiteren konsumierten Männer signifikant häufiger als Frauen Cannabis (34,3 % vs. 8,7 %; Chi<sup>2</sup>-Test p<0,001). Umgekehrt verhält es sich mit dem Konsum von Heroin und Crack. Diese beiden Substanzen wurden signifikant häufiger von Frauen als von Männern vor Antritt der stationären Therapie konsumiert. Während 61,5 % der Frauen Heroin konsumierten, wiesen nicht mehr 39,1 % der Männer einen problematischen Heroinkonsum Chi<sup>2</sup>-Test p<0,01). Einen problematischen Crackkonsum bestätigten 48,9 % der Frauen und 27,3 % der Männer (Chi<sup>2</sup>-Test p<0,01).

In den sechs Monaten vor Therapiebeginn hatten insgesamt 92 der Patientinnen und Patienten Drogen intravenös konsumiert (36,2 %). Einen intravenösen Konsum wiesen 46,7 % in Gruppe mit anderen justiziellen Problemen und nur 18,5 % in Gruppe ohne justizielle Probleme auf. In der § 35 BtMG-Gruppe haben 34,8 % vor Therapieantritt intravenös konsumiert. Opiat- und Kokainkonsumierende in der Gruppe mit justiziellen Problemen neigen deutlich häufiger als die beiden anderen Gruppen dazu, diese Substanzen zu injizieren.

Bei Aufnahme in die stationäre medizinische Rehabilitation wurden die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Anamnese nach der Dauer ihrer Drogenabhängigkeit gefragt. Aus den Angaben geht hervor, dass die Drogenabhängigkeit im Mittel seit 14-16 Jahren besteht (Tabelle 17). Allerdings ist die Spannweite der Abhängigkeitsdauer sehr groß und reicht von weniger als ein



Jahr bis hin zu 37 Jahren. Eine vergleichsweise lange Abhängigkeitsdauer findet sich vor allem in der Gruppe mit anderen justiziellen Problemen.

**Tabelle 17:** Dauer der Abhängigkeit nach Selbsteinschätzung - (REHA Hamburg)

	§ 35 BtMG	Andere justizielle Probleme	Kein justizieller Druck	Gesamt
Dauer in Jahren	15,0 (±2,9)	15,9 (±2,9)	14,1 (±5,4)	15,3 (±1,9)
Gesamtgruppe	109	111	34	254

Die Ergebnisse zur Abhängigkeitsdauer sind statistisch nicht signifikant (Anova:  $F=0,879$ ;  $p=416$ ).

### 7.2.2 Soziale Situation

Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit (80,4%), wobei ein Teil dieser Personen einen Migrationshintergrund hat (Tabelle 18). Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass ein Migrationshintergrund besonders häufig in der § 35 BtMG-Gruppe vorhanden ist, während diejenigen ohne justiziellen Druck vergleichsweise selten Migrationshintergrund haben (45,2 % vs. 21,2 %).

**Tabelle 18:** Migrationshintergrund der Therapiebeender - (REHA Hamburg)

	§ 35 BtMG		Andere justizielle Probleme		Kein justizieller Druck		Gesamt		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Mit Migrationshintergrund	42	45,2	33	33,3	7	21,2	82	36,4	*
Deutsche Staatsangehörigkeit	85	78,0	85	79,4	31	91,2	201	80,4	n.s.

In den sechs Monaten vor Therapiebeginn haben 77,2 % der Patientinnen und Patienten ihren Lebensunterhalt durch Arbeitslosengeld I oder II bestritten (Tabelle 19). Mit 27,6 % bestand die zweithäufigste (zusätzliche) Einnahmequelle aus illegalen Aktivitäten. Insgesamt bezog nicht einmal ein Fünftel der Therapiebeender ihr Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit (18,4 %). Im Hinblick auf die Einkünfte zur Finanzierung des Lebensunterhaltes zeigt sich, dass in der § 35 BtMG-Gruppe ein Viertel der Personen ihren Lebensunterhalt aus der Erwerbstätigkeit bezog, was im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen ein höherer Anteil an Erwerbstätigen ist. Allerdings haben 30 % der Personen in der § 35 BtMG-Gruppe vor Therapiebeginn illegale Ein-

künfte gehabt. Im Unterschied dazu finanzierten nahezu alle Personen in der Gruppe ohne justiziellen Druck ihren Lebensunterhalt durch Arbeitslosengeld I oder II, und nicht mehr als ein Fünftel erwarb sich ein illegales Einkommen.

**Tabelle 19:** Einkommen und Wohnsituation vor Therapiebeginn - (REHA Hamburg)

	§ 35 BtMG		Andere justizielle Probleme		Kein justizieller Druck		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Einkommen 6 Monate vor Therapie (Mehrfachangaben)</i>								
Erwerbstätigkeit	26	24,5	15	13,6	5	14,7	46	18,4
Arbeitslosengeld I od. II	73	68,9	89	80,9	31	91,2	193	77,2
Grundsicherung (SGB XII) /Rente	5	4,7	10	9,1	2	5,9	17	6,8
Unterstützung durch Eltern/ Verwandte	9	8,5	5	4,5	3	8,8	17	6,8
Illegale Einkünfte	32	30,2	30	27,3	7	20,6	69	27,6
Sonstiges <sup>1</sup>	1	0,9	4	3,6	2	5,9	7	2,8
<i>Wohnsituation vor Therapie</i>								
In eigener Wohnung	26	23,9	38	34,5	14	41,2	87	30,8
Bei Angehörigen	12	11,0	18	16,4	5	14,7	35	13,8
Bei Freunden/Bekanntem	9	8,3	12	10,9	3	8,8	24	9,5
In Hilfeeinrichtung <sup>2</sup>	9	8,3	10	9,0	6	17,7	25	9,8
In einer Haftanstalt	48	44,0	27	24,5	0	0	75	29,6
Hotel/ Pension	6	5,5	5	4,5	2	5,9	13	5,1
Obdachlos	2	1,8	2	1,8	1	2,9	5	2,0
Sonstige Unterkunft	2	1,8	1	0,9	0	0	3	1,2

1 „Sonstiges“ bedeutet Einkommen aus der Sexarbeit oder Ausbildungsbeihilfe.

2 „Hilfeeinrichtung“ beinhaltet die Unterkunft in einer niedrigschwelligen stationären Drogenhilfeeinrichtung, in einer Übergangseinrichtung oder einer Clean-Wohnrichtung.

Vor Beginn der stationären medizinischen Rehabilitation lebten 30,8 % der Patientinnen und Patienten in einer eigenen Wohnung und ein ähnlich hoher Anteil war im Justizvollzug untergebracht. Weiterhin wohnten jeweils knapp 10 % bei Freunden/Bekanntem oder befanden sich in einer Hilfeeinrichtung. Bei der Wohnsituation vor Therapiebeginn finden sich erneut die größten Unterschiede zwischen der BtMG-Gruppe und der Gruppe ohne justizielle Probleme. Von denjenigen in der § 35 BtMG-Gruppe waren vor Beginn der Therapie 44,0 % in einer Justizvoll-

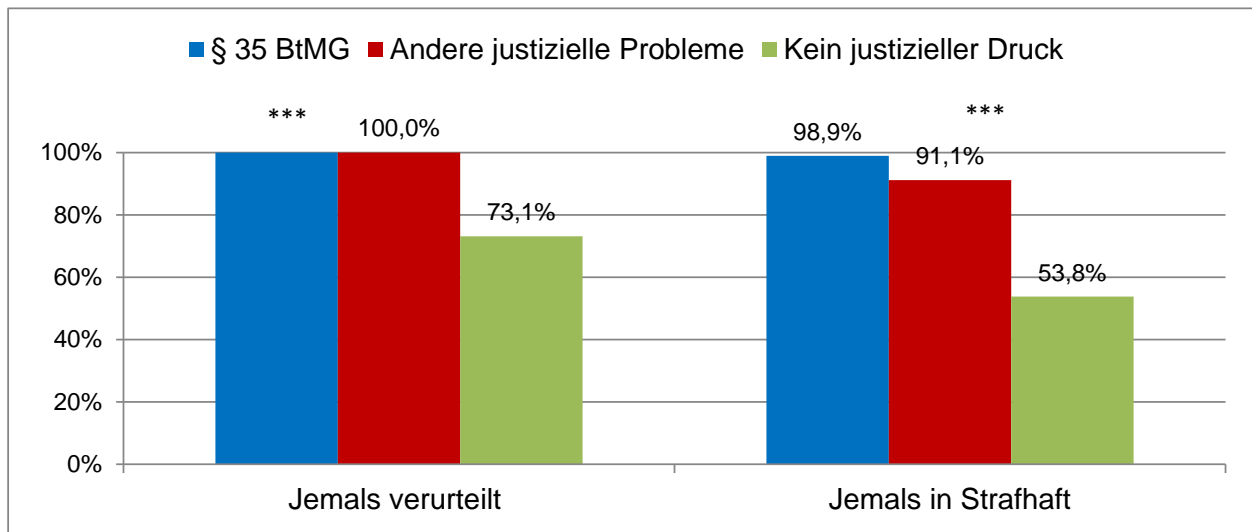
zugsanstalt untergebracht, und lediglich etwa ein Viertel hat zuvor in einer eigenen Wohnung gelebt. Demgegenüber war niemand aus der Gruppe ohne justiziellen Druck vor Therapiebeginn in Haft. Vielmehr lebten 41,2 % dieser Personen in einer eigenen Wohnung, und weiterhin waren 7,7 % in einer Hilfeinrichtung untergebracht, bevor sie die stationäre Drogentherapie begonnen haben.

Unter denjenigen, die in 2010 oder 2011 die stationäre medizinische Rehabilitation beendet haben, verfügte etwa ein Drittel über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Der Anteil an einer abgeschlossenen Berufsausbildung war etwas geringer in der Gruppe mit einer Therapie gemäß § 35 BtMG (27 %). Dessen ungeachtet hatte die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten Arbeitserfahrungen, wobei etwa die Hälfte mindestens zwei Jahre lang kontinuierlich gearbeitet hat und weitere 40 % immer wieder kurzzeitige Jobs angenommen hatten. Im Hinblick auf die Arbeitserfahrung zeigten sich keine Gruppenunterschiede. Sechs Monate vor Therapiebeginn waren allerdings insgesamt 86 % aller Personen weder schulisch noch beruflich integriert. Eine mangelnde berufliche Integration traf vor allem auf die § 35 BtMG-Gruppe zu, was jedoch damit erklärbar ist, dass sechs Monate vor Therapieantritt viele dieser Personen in Haft waren.

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten war verschuldet (82 %), und im Mittel betragen die Schulden 15.850 Euro. Bei der Prävalenz der Verschuldung gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen, jedoch bei der Schuldenhöhe. Mit durchschnittlich 18.575 Euro Schulden war die Schuldenbelastung in der Gruppe ohne justiziellen Druck am höchsten. In den beiden anderen Gruppen betrug die Schuldenhöhe dagegen um die 15.400 Euro. Diese Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant (Anova  $p=0,831$ ).

### **7.2.3 Justizielle Situation**

Die weitaus meisten der Therapiebeender wurden bereits jemals gerichtlich verurteilt, wobei die Verurteilung mindestens einmal in einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung bestand. Alle Drogenabhängigen, die ihre Therapie nach § 35 BtMG angetreten haben, sind zuvor verurteilt worden und bis auf eine Person waren auch alle bereits im Strafvollzug inhaftiert (Abbildung 14). In der Gruppe mit anderen justiziellen Problemen stellt sich die justizielle Belastung ähnlich dar. Auch in dieser Gruppe wurden alle Personen bereits jemals verurteilt und bis auf acht Personen waren auch alle bereits in Strafhaft. Im Vergleich dazu weist die Gruppe ohne justizielle Probleme eine deutlich geringere justizielle Belastung auf. Zwar wurde auch hier die überwiegende Mehrheit von 73,1 % jemals gerichtlich verurteilt, diese Verurteilungen resultierten jedoch signifikant seltener in einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung. Von den Drogenabhängigen, die ihre Therapie ohne justiziellen Druck angetreten sind, waren zuvor 53,8 % jemals in Strafhaft. Das unterschiedliche Ausmaß an Hafterfahrungen in den Gruppen ist statistisch hoch signifikant.

**Abbildung 14:** Verurteilungen und Inhaftierungen – Lifetime (n=208) – (REHA Hamburg)Chi<sup>2</sup>-Test

Unter den Delikten, die zu einer Verurteilung führten, dominieren Straftaten im Bereich der Beschaffungskriminalität (Tabelle 20). Illegale Aktivitäten zur Beschaffung von Drogen wurden vor allem in der § 35 BtMG-Gruppe ausgeübt (76,1 %), wohingegen diese Straftaten Gruppe ohne justizielle Probleme von deutlich weniger Personen begangen wurden (56,0 %). Verstöße gegen das BtMG gehören ebenfalls zu den Delikten, die von der Mehrheit der Patientinnen und Patienten begangen wurden (68,0 %). Im Vergleich zu drogenbezogenen Delikten sind Körperverletzungsdelikte zwar insgesamt weniger verbreitet, wurden aber von 44,4 % begangen. Andere Delikte, die hier ebenso wenig wie in der BADO Hamburg näher spezifiziert sind, gehören zu den am wenigsten verbreiteten Delikten.

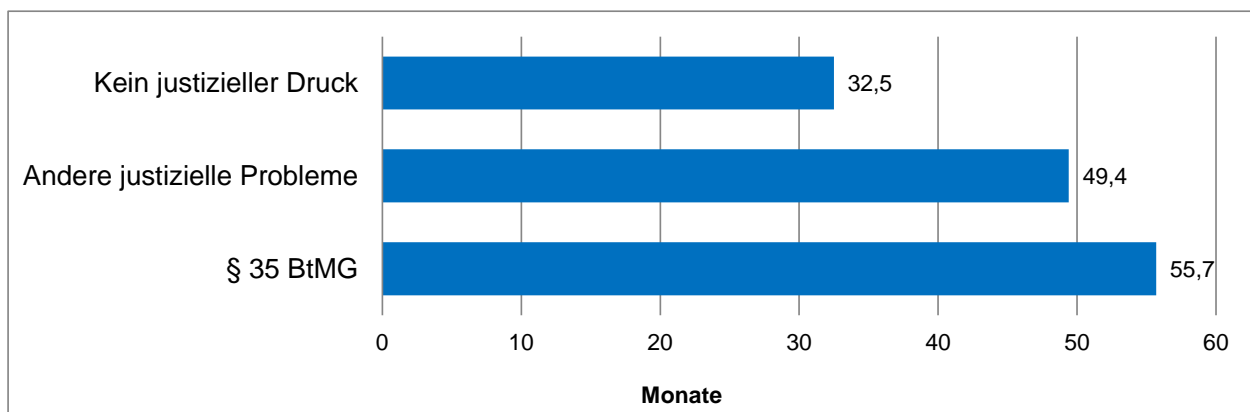
**Tabelle 20:** Delikte der Therapiebeender – Mehrfachnennungen (REHA Hamburg)

	§ 35 BtMG		Andere justizielle Probleme		Kein justizieller Druck		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BtMG-Delikte (Handel, Besitz)	77	70,6	70	65,4	17	68,0	164	68,0
Beschaffungskriminalität	83	76,1	73	68,2	14	56,0	170	70,5
Körperverletzung	50	45,9	48	44,9	9	36,0	107	44,4
Andere Delikte	22	20,2	23	21,5	7	28,0	52	21,6
Gesamtgruppe	109	100	107	100	25	100	241	100

Chi<sup>2</sup>-Test: keine Signifikanz

Wie zuvor berichtet, waren insgesamt 90 % der 208 Patientinnen und Patienten bereits mindestens einmal im Strafvollzug inhaftiert. Die Gesamtdauer der Unterbringung in Strafhaft betrug im Mittel 51,2 Monate, wobei die Dauer aller bisherigen Inhaftierungen in Einzelfällen sogar bis zu 20 Jahre ausmachte. Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass diejenigen aus der § 35 BtMG-Gruppe die längste Haftdauer haben, und im Mittel 55,7 Monate in einer Strafvollzugsanstalt inhaftiert waren (Abbildung 15). Im Unterschied dazu waren diejenigen ohne justiziellen Druck durchschnittlich fast zwei Jahre weniger inhaftiert.

**Abbildung 15:** Mittlere Gesamthaftdauer (n=184) – (REHA Hamburg)



Anova  $p=0,290$

Insgesamt weist die § 35 BtMG-Gruppe die höchste justizielle Belastung auf, da fast alle Drogenabhängigen in dieser Gruppen nicht nur verurteilt und inhaftiert worden sind, sondern zudem mehr als viereinhalb Jahre ihres Lebens im Strafvollzug verbracht haben. Im Vergleich dazu sind diejenigen ohne justiziellen Druck in einem erheblich geringeren Ausmaß durch strafrechtliche Sanktionen belastet. In dieser Gruppe waren etwas mehr als die Hälfte der Drogenabhängigen jemals im Strafvollzug untergebracht und diejenigen mit Hafterfahrungen hatten eine durchschnittliche Gesamthaftdauer von 2,7 Jahren.

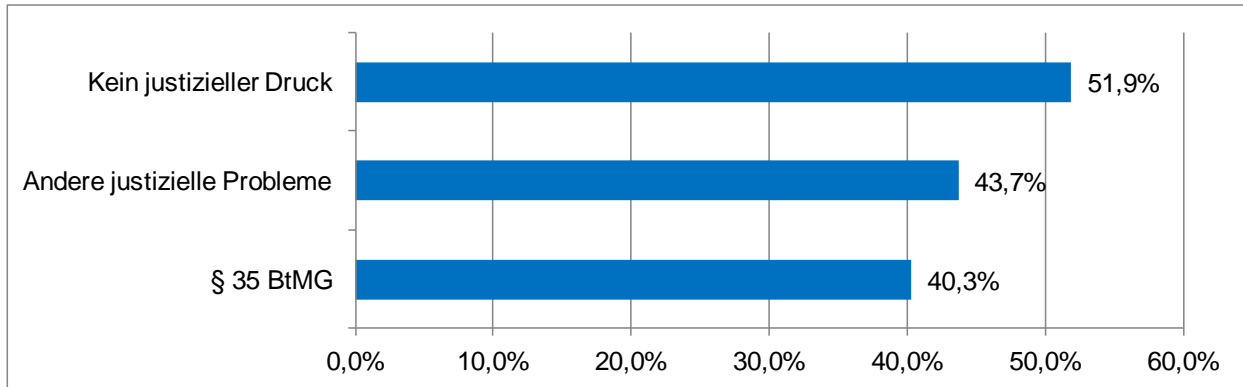
#### 7.2.4 Gesundheitliche Situation

Bei der Aufnahme in die stationäre medizinische Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten nach ihren vorhandenen Gesundheitsproblemen gefragt. Gesundheitliche Probleme können physischer wie psychischer Natur sein oder aus sehr belastenden Lebensereignissen resultieren. Eine genauere Angabe zur Art der gesundheitlichen Probleme ist nicht verfügbar, so dass sich die nachfolgende Auswertung auf den allgemeinen Angaben zu vorhandenen Gesundheitsproblemen insgesamt gründet (Abbildung 16).

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre medizinische Rehabilitation berichtete nahezu die Hälfte der Patientinnen und Patienten von gesundheitlichen Problemen. Das Vorhandensein von Gesundheitsproblemen ist in den drei Gruppen unterschiedlich ausgeprägt. Unter Drogenabhän-

gigen ohne justiziellen Druck waren gesundheitliche Probleme etwas verbreiteter als in den beiden anderen Gruppen.

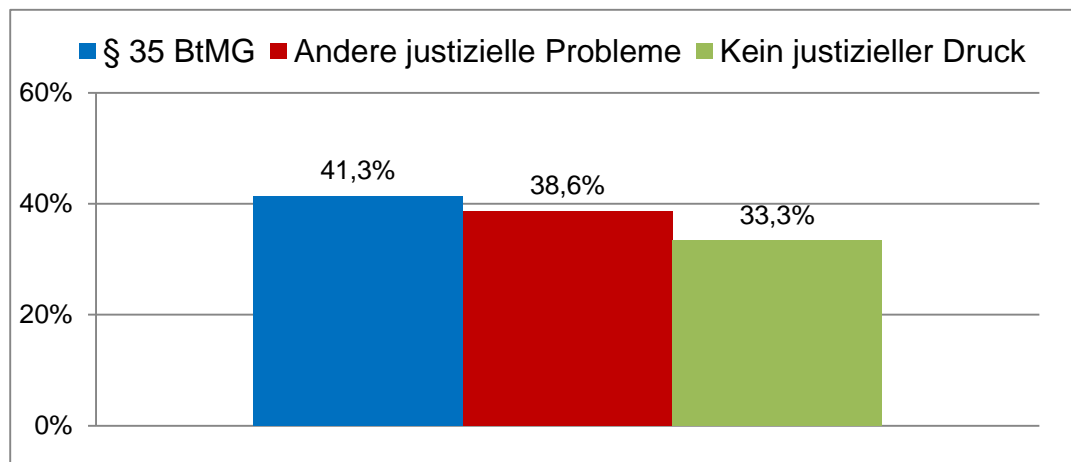
**Abbildung 16:** Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsproblemen bei Therapieaufnahme (n=181) – (REHA Hamburg)



Chi<sup>2</sup>-Test p=0,593

Im Hinblick auf eine Infektion mit HIV oder Hepatitis C lassen die Auswertungen erkennen, dass die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten wusste, ob sie infiziert sind oder nicht. Von 179 bzw. 181 Therapiebeendern mit Angaben zur Virusinfektion bestätigten nur 5-8 Personen, ihren Infektionsstatus nicht zu kennen oder sich nicht sicher zu sein.

Nur eine Person unter den Therapiebeendern in 2010 und 2011 war HIV-infiziert. Eine Infektion mit Hepatitis C hatten insgesamt 67 Personen (37 %). Die HCV-Prävalenz stellt sich in den drei Gruppen leicht unterschiedlich dar (Abbildung 17). In der Gruppe ohne justiziellen Druck war ein Drittel mit HCV infiziert und in der Gruppe mit einer Therapie nach § 35 BtMG lag der Anteil an HCV-Infizierten bei 41 %.

**Abbildung 17:** Prävalenz der Infektion mit Hepatitis C (n=181) – (REHA Hamburg)

Chi<sup>2</sup>-Test p=0,708

Die Rate an HCV-Infizierten ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich. Von den 150 Patienten gaben 37 % an, eine Infektion mit Hepatitis C zu haben. Von den 31 Patientinnen bestätigten jedoch 68 %, mit Hepatitis C infiziert zu sein (n=21).

### 7.2.5 Vorherige Drogenbehandlungen

Im Zusammenhang mit vorherigen Drogenbehandlungen wird ausgewertet, ob vor Aufnahme in die stationäre Drogenbehandlung jemals eine Entzugsbehandlung, eine ambulante und/oder stationäre Drogentherapie oder eine Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen wurde.

Anhand der Selbstangaben der Patientinnen und Patienten wird deutlich, dass bis auf wenige Ausnahmen nahezu alle dieser Personen vor Therapieantritt eine der genannten Drogenbehandlungen genutzt haben (Tabelle 21). Zumeist wurden Entzugsbehandlungen in Anspruch genommen, die von insgesamt 84,7 % der Drogenabhängigen vor Beginn der stationären medizinischen Rehabilitation durchlaufen wurden. Eine detaillierte Auswertung zeigt, dass die letzte Entzugsbehandlung vor Aufnahme der aktuellen stationären Therapie in der § 35 BtMG-Gruppe zu 42,2 % in der Haftanstalt stattfand. Werden bereits in der Vollzugsanstalt Abstinenzbeweise erbracht, kann die Aufnahme in die stationäre medizinische Rehabilitation direkt aus dem Justizvollzug erfolgen.

Insgesamt befanden sich 68,7 % der Drogenabhängigen mindestens einmal in einer Substitutionsbehandlung (Tabelle 21). Vor ihrer aktuellen stationären Drogentherapie hatten insgesamt 65,6% Patientinnen und Patienten bereits zuvor eine stationäre Therapie aufgenommen. Ein Großteil der Patientinnen und Patienten war also bei Therapiebeginn schon therapieerfahren. Im Hinblick auf die grundsätzliche Nutzung vorheriger Drogenbehandlungen weisen alle drei Gruppen ein ähnliches Bild auf, d.h. gibt es keine nennenswerten Gruppenunterschiede.

**Tabelle 21:** Drogenbehandlungen vor Therapiebeginn – Mehrfachangaben (REHA Hamburg)

	§ 35 BtMG		Andere justizielle Probleme		Kein justizieller Druck		Gesamt		Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
In vorgegangener Behandlung	98	89,9	100	93,5	33	97,1	231	92,4	n.s.
<i>Art vorangegangener Behandlung</i>									
Entzugsbehandlungen	88	80,7	91	86,7	31	91,2	210	84,7	n.s.
Ambulante Rehabilitation	21	19,6	17	16,2	7	20,6	45	18,3	n.s.
Stationäre Rehabilitation	71	66,4	68	64,8	21	65,6	160	65,6	n.s.
Substitutionsbehandlung	71	65,7	77	72,0	23	67,6	171	68,7	n.s.

In der nachfolgenden Tabelle ist die mittlere Anzahl und Dauer vorheriger Drogenbehandlungen in Bezug auf alle Personen dargestellt, die in 2010 oder 2011 ihre stationäre Rehabilitationsmaßnahme beendet haben (Tabelle 22).

**Tabelle 22:** Anzahl und Dauer vorheriger Drogenbehandlungen (REHA Hamburg)

	§ 35 BtMG		Andere justizielle Probleme		Kein justizieller Druck		Gesamt		Anova
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	
Anzahl Entzüge	92	4,3	88	5,4	26	7,6	206	5,2	*
Anzahl ambulante Reha	91	0,4	87	0,2	26	0,8	204	0,3	n.s.
Anzahl stationäre Reha	91	1,5	88	1,5	25	1,4	204	1,5	n.s.
Zeit in stationärer Reha in Wochen	59	39,1	60	40,9	18	42,0	137	40,3	n.s.
Dauer der Substitution in Monaten	58	42,4	63	40,9	16	70,1	137	44,9	n.s.
<i>Längste Cleanphase vor der Therapie in Monaten</i>	54	31	60	24	18	25	132	27	n.s.



Vor Therapiebeginn hatten die Patientinnen und Patienten im Mittel bereits 5,2 Entzugsbehandlungen erhalten. Die Anzahl vorheriger Entzugsbehandlungen ist im Vergleich der Gruppe mit § 35 BtMG und der Gruppe ohne justiziellen Druck allerdings signifikant verschieden. Während diejenigen in der BtMG-Gruppe durchschnittlich 4-5-mal in Entzugsbehandlung waren, war das bei denjenigen ohne justizielle Probleme 7-8-mal der Fall. Eine ambulante Rehabilitation wurde zumeist lediglich einmal aufgenommen. Wenn zuvor bereits eine stationäre Drogentherapie durchlaufen wurde, dann in der Regel nur ein- oder zweimal. Die durchschnittliche Zeit in einer vorangegangenen stationären medizinischen Rehabilitation betrug 40,3 Wochen. Die Dauer einer vorherigen Substitutionsbehandlung lag im Mittel bei 44,9 Monaten, wobei diejenigen ohne justiziellen Druck eine deutliche längere Substitutionsdauer von durchschnittlich 70,1 Monaten aufwiesen.

Etwa die Hälfte aller Patientinnen und Patienten hatte vor Aufnahme der stationären Rehabilitationsmaßnahme bereits seit vielen Monaten drogenabstinent gelebt. Im Mittel dauerte die längste Abstinenzphase 2-2,5 Jahre an. Insgesamt wird anhand der Auswertungen deutlich, dass die meisten Drogenabhängigen vor ihrem Therapieantritt andere Drogenbehandlungen genutzt haben, hierunter insbesondere Entzugsbehandlungen. Des Weiteren waren mehr als 66 % der Patientinnen und Patienten mindestens einmal in einer vorherigen stationären Therapie und/oder in einer Substitutionsbehandlung. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass diejenigen Personen ohne justizielle Auflagen dazu tendieren, Entzugsbehandlungen häufiger und Substitutionsbehandlungen sowie stationäre Rehabilitationsmaßnahmen länger zu nutzen als die beiden anderen Gruppen.

## IV Wirksamkeit

### 8 Wirksamkeit stationärer Rehabilitation bei Drogenabhängigen

Bei der Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation stand die Frage im Vordergrund, ob sich bei der Art der Therapiebeendigung Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten mit einer strafrechtlichen Grundlage nach § 35 BtMG und denjenigen ohne eine solche Grundlage feststellen lassen. Anders als in den vorangegangenen Auswertungen wird die Wirksamkeit nicht im Vergleich von drei, sondern von Gruppen (mit/ohne § 35 BtMG) untersucht. Patientinnen und Patienten mit anderen justiziellen Problemen als § 35 BtMG sind in den nachfolgenden Auswertungen in der Gruppe ‚ohne § 35 BtMG‘ subsumiert. Der Vergleich von zwei Gruppen wurde gewählt, um die Daten aus anderen Rehabilitationseinrichtungen, mit denen Interviews geführt wurden, berücksichtigen zu können.

Für die Hamburger Einrichtungen der stationären Drogentherapie – Projekt Jork und Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften – liegen weitere Merkmale vor, die Aufschluss über die Wirksamkeit der Behandlung geben. So werden die Behandlungsdauer für die planmäßige und vorzeitige Therapiebeendigung sowie Rückfälle während der Behandlung ausgewertet.

#### 8.1 Art der Therapiebeendigung

Die Art der Therapiebeendigung wurde ermittelt für zwei Gruppen,

- für Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Rehabilitation gemäß § 35 BtMG begonnen haben, und
- für Patientinnen und Patienten, deren stationäre Rehabilitation nicht auf Grundlage des § 35 BtMG erfolgte (mögliche justizielle Auflagen bei Therapiebeginn sind nicht ausgeschlossen).

Als eine reguläre Beendigung der stationären Rehabilitationsmaßnahme gelten die planmäßige Beendigung im Sinne des Behandlungsplans oder der planmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung. Des Weiteren gilt als planmäßige Beendigung, wenn eine vorzeitige Entlassung in ärztlichem oder therapeutischem Einverständnis stattgefunden hat. Der vorzeitige Therapieabbruch durch die Patientin oder den Patienten sowie eine disziplinarische Entlassung gelten als unplanmäßige Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme. Ausgewertet wurden alle Therapiebeendigungen, die in den beiden Jahren 2010 und 2011 erfolgten.

In der nachfolgenden Auswertung sind die Daten aus verschiedenen stationären Rehabilitationseinrichtungen eingeflossen. Aus den jeweiligen Angaben der Einrichtungen wurde ein Gesamtdurchschnittswert errechnet. Basierend auf dieser Berechnung zeigt sich, dass insgesamt 45,1 % aller 1.231 Patientinnen und Patienten die Rehabilitationsmaßnahme regulär beendet haben (Tabelle 23). Wird die planmäßige Beendigung der stationären Rehabilitation nach Gruppen betrachtet, dann schließen mehr Patientinnen und Patienten mit einer strafrechtlichen Grundlage

nach § 35 BtMG die Therapie regulär ab als die Vergleichsgruppe ohne eine solche Auflage. In der § 35 BtMG-Gruppe haben 50,4 % die stationäre Drogentherapie planmäßig beendet, wohingegen der Anteil an planmäßigen Beendigungen in der Gruppe ohne § 35 BtMG bei 43,0 % lag.

**Tabelle 23:** Art der Therapiebeendigung in 2010 und 2011 getrennt nach Patientinnen und Patienten mit/ohne § 35 BtMG

Gruppen <sup>1,2</sup>	Planmäßige Entlassung		Unplanmäßige Beendigung		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Mit § 35 BtMG	176	50,4	173	49,6	349	100
Ohne § 35 BtMG	379	43,0	503	57,0	882	100
Gesamtgruppe	555	45,1	676	54,9	1.231	100

1=Die Angaben beinhalten Daten aus zwei Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, einer Einrichtung aus Schleswig-Holstein und den Einrichtungen in Hamburg.

2=In Hamburg beziehen sich Therapiebeendigungen auf die beiden Einrichtungen ‚Projekt Jork‘ und ‚Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften‘. Zu berücksichtigen ist, dass hier die Adaption integraler Bestandteil des Gesamttherapiekonzeptes ist und die Angaben somit die stationäre Entwöhnung inklusive Adaption beinhaltet. Dadurch ist der Anteil an regulären Beendigungen insgesamt geringer als in Einrichtungen, deren Angaben ausschließlich auf einer Entwöhnungsbehandlung beruhen.

Von einer Einrichtung in Nordrhein-Westfalen sowie von den Hamburger Einrichtungen liegen Daten zur Beendigung der stationären Rehabilitation für einen längeren Zeitraum vor, wobei die jeweilige Datengrundlage und auch beobachtete Zeitraum unterschiedlich ist. In der Einrichtung in Nordrhein-Westfalen basieren Angaben zur Beendigung der Entwöhnungsbehandlung auf insgesamt 533 Patientinnen und Patienten, die in den Jahren 2009 bis 2012 die Drogentherapie beendet haben. Von den insgesamt 131 Personen mit einem Therapieantritt nach § 35 BtMG haben 61,8 % die Entwöhnungsbehandlung regulär abgeschlossen. Bei den 402 Personen ohne eine justiziell initiierte Therapie nach § 35 BtMG lag der Anteil an planmäßigen Therapiebeendigungen bei 50,7 %. Nach diesen Daten ist die stationäre Drogentherapie bei denjenigen mit einer justizbedingten Maßnahme nach § 35 BtMG wirksamer als bei denjenigen ohne diesen justiziellen Druck. Die höhere Rate an regulären Therapiebeendigungen im Zusammenhang mit dem § 35 BtMG mag auch mit der drohenden Wiederinhaftierung bei einem Therapieabbruch zusammenhängen.

In Hamburg liegen Daten zur Beendigung der Entwöhnungsbehandlung und Adaption von 1.678 Personen aus den Entlassungsjahren 2002 bis 2011 vor. Demnach haben insgesamt 30,3% derjenigen mit § 35 BtMG und 34,7% ohne § 35 BtMG die stationäre Entwöhnung und Adaption regulär beendet. Zudem wurden die Daten zur Therapiebeendigung nach Geschlecht ausgewer-

tet. Aus dem Geschlechtervergleich geht hervor, dass 32,6 % von den 1.353 Patienten und 36,3 % von den 325 Patientinnen die stationären Therapiemaßnahmen regulär beendet haben. Während unter den Männern kein Unterschied in dem Anteil an regulären Therapiebeendigungen zwischen denjenigen mit und ohne gesetzliche Grundlage nach § 35 BtMG besteht (31,6 % vs. 33,1 %), stellt sich das für die Frauen anders dar. So haben Patientinnen ohne eine gerichtliche Grundlage nach § 35 BtMG doppelt so häufig die Therapie planmäßig abgeschlossen wie Patientinnen mit einer solchen Grundlage (40 % vs. 20 %). Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass eine stationäre Drogentherapie bei Frauen wirksamer ist, wenn sie nicht durch eine Strafe gemäß § 35 BtMG veranlasst wird.

Wie zuvor gezeigt, ist die stationäre Drogentherapie bezogen auf das Kriterium der planmäßigen Beendigung insgesamt bei 45 % aller Patientinnen und Patienten wirksam. Dieser Anteil liegt allerdings deutlich unter dem Anteil, der vom BUSS zur Beendigung einer stationären Drogentherapie für die Entlassungsjahrgänge 2010 (n=2.941) und 2011 (n=3.164) ermittelt wurde (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2011, 2012). Nach den BUSS-Daten wurden in 2010 bzw. 2011 insgesamt 55,3 % bzw. 56,0 % der Patientinnen und Patienten planmäßig entlassen. Wird die Deutsche Suchthilfestatistik zur Art der Beendigung einer stationären Rehabilitation (Typ 9) für das Jahr 2011 und bezogen auf die Hauptdiagnose Opioiden betrachtet, dann liegt der Anteil an regulären Therapiebeendigungen bei 54,0 % (Pfeiffer-Gerschel, Kipke, & Steppan, 2012).

Auf der anderen Seite bedeutet dieses Ergebnis allerdings auch, dass es eine erhebliche Quote an unplanmäßigen Entlassungen gibt. Aus den vorliegenden Daten der stationären Rehabilitationseinrichtungen geht hervor, dass unplanmäßige Therapiebeendigungen seltener disziplinarische Gründe haben, sondern zumeist in dem Therapieabbruch durch die Patientinnen und Patienten begründet sind. So zeigen, die BUSS-Daten, dass in 2010 und 2011 der Anteil an Behandlungsabbrüchen bei 26,9 % und 26, % lag und derjenige der disziplinarischen Entlassungen deutlich niedriger mit 16,7 % und 16,5 %. Ähnlich stellt sich auch das Verhältnis von Behandlungsabbrüchen und disziplinarischen Entlassungen in der Suchthilfestatistik für Opioidabhängigen dar; 24,7 % Behandlungsabbrüche und 19,5 % disziplinarische Entlassungen.

Im Gruppenvergleich wird deutlich, dass ein Therapieabbruch häufiger bei denjenigen ohne Therapie nach § 35 BtMG vorkommt als bei denjenigen mit einer Therapie gemäß § 35 BtMG. Basierend auf den Daten der Rehabilitationseinrichtungen in NRW und Schleswig-Holstein zeigt sich: ein vorzeitiger Behandlungsabbruch kam bei 40 % bis 43 % der Personen ohne § 35 BtMG vor, während in der § 35 BtMG-Gruppe zwischen 16 % und 33 % der Personen die Entwöhnungsbehandlung vorzeitig abgebrochen haben.

## 8.2 Dauer der stationären Rehabilitation

Die Auswertungen zur Dauer der stationären Rehabilitation basieren auf den Beendigungen der Entwöhnung und Adaption in den Jahren 2010 und 2011 in den Hamburger Einrichtungen Projekt Jork‘ und ‚Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften‘.

Es wurde an anderer Stelle bereits darauf hingewiesen, dass sich seit 2010 die Dauer der stationären medizinischen Rehabilitation für Abhängige von illegalen Drogen verkürzt hat. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat folgende Zeitrahmen festgelegt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010): bis zu 26 Wochen für die Langzeittherapie (mit Möglichkeit der Verlängerung), 12 bis 16 Wochen für die Kurzzeittherapie und 10 Wochen für die Auffangbehandlungen (nach vorheriger oder abgebrochener Therapie). Die Adaption ist als letzte Phase der Entwöhnungsbehandlung zu verstehen, die - nach zeitlicher Vorgabe durch die Rentenversicherungsträger – weitere 11 bis 12 Wochen dauert.

In den betrachteten Hamburger Einrichtungen ist die Adaption Bestandteil der stationären Drogenbehandlung. Die gesamte Therapiedauer schließt somit die Adaptionsphase ein.

Von den 254 Therapiebeendern in den Hamburger Einrichtungen hat die Mehrheit von über 60 % in beiden Gruppen eine Kurzzeitbehandlung aufgenommen, die bis zu sechs Monate dauern konnte (Tabelle 24). In einer längeren Entwöhnungsbehandlung von bis zu 10 Monaten befanden sich etwa ein Fünftel aller Patientinnen und Patienten. Nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung wechselt die Mehrheit in die anschließende Adaptionsbehandlung. Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass diejenigen mit einer Entwöhnungsbehandlung nach § 35 BtMG etwas mehr dazu tendieren eine anschließende Adaption aufzunehmen als die Vergleichsgruppe. Nach der Entwöhnungsbehandlung oder Adaption haben sich insgesamt knapp 30 % aller Behandelten in eine ambulante Nachsorge begeben. Eine ambulante Nachsorge wurde erheblich häufiger von denjenigen ohne § 35 BtMG aufgenommen als von denjenigen mit § 35 BtMG (34,3 % vs. 23,4 %).

**Tabelle 24:** Art der Rehabilitationsmaßnahme in Hamburg getrennt nach Patientinnen und Patienten mit § 35 BtMG und ohne §35 BtMG

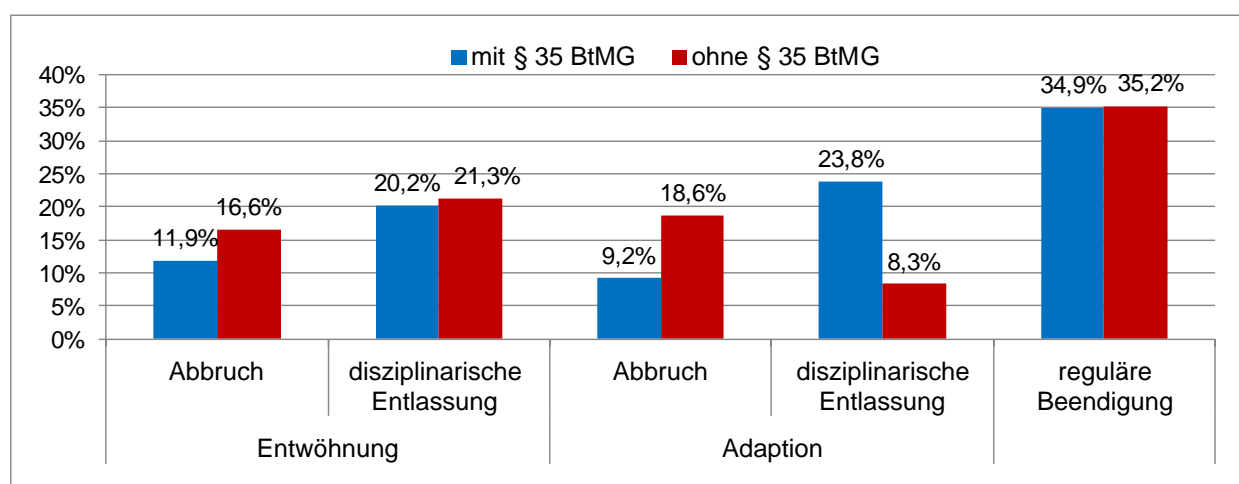
Therapievariante	Mit § 35 BtMG		Ohne § 35 BtMG		Gesamt		Chi <sup>2</sup>
	N	%N	N	%	N	%	
Entwöhnungsbehandlung – 10 Monate	22	21,0	32	22,2	542	21,6	n.s
Kurzzeitbehandlung – 6 Monate	70	66,6	89	61,8	159	63,9	
Auffangbehandlung – 3 Monate	13	12,4	23	16,0	361	14,5	
Adaption <sup>1</sup>	74	67,9	90	62,1	164	64,6	n.s.
Wechsel in die Nachsorge	25	23,4	49	34,3	74	29,6	*

1=Alle Personen, die in die Adaption wechseln, haben die Entwöhnungsbehandlung regulär beendet.

\* Chi<sup>2</sup>-Test p<0,05

Die Dauer der stationären Maßnahmen ist von der Art der Therapiebeendigung abhängig. In der nachfolgenden Abbildung ist dargestellt, wie die Entwöhnungsbehandlung und die Adaption von den beiden Vergleichsgruppen beendet wurde (Abbildung 18). Etwas mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen beenden die Entwöhnungsbehandlung inklusive Adaption regulär<sup>28</sup>. Insgesamt 21 % der Patientinnen und Patienten beenden die Entwöhnungsbehandlung vorzeitig aufgrund einer disziplinarischen Entlassung. Im Hinblick auf eine vorzeitige disziplinarische Entlassung aus unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum. Bei einer unplanmäßigen Beendigung der Adaption überwiegen disziplinarische Entlassungen gegenüber einem Abbruch durch die Patientin oder den Patienten. Bei der unplanmäßigen Entlassung aus der Adaption sind signifikante Gruppenunterschiede erkennbar. Während diejenigen aus der Gruppe ohne § 35 BtMG die Adaption doppelt so häufig abbrechen wie diejenigen mit § 35 BtMG (18,6 % vs. 9,2 %), werden diejenigen mit § 35 BtMG erheblich häufiger disziplinarisch entlassen (23,8 % vs. 8,3 %). In beiden Gruppen erfolgten disziplinarische Entlassungen in der Hälfte der Fälle aufgrund von Rückfällen.

**Abbildung 18:** Art der Beendigung der Entwöhnungsbehandlung<sup>1</sup> und Adaption getrennt nach Patientinnen und Patienten mit/ohne § 35 BtMG (n=254)



Chi<sup>2</sup>-Test p=0,005

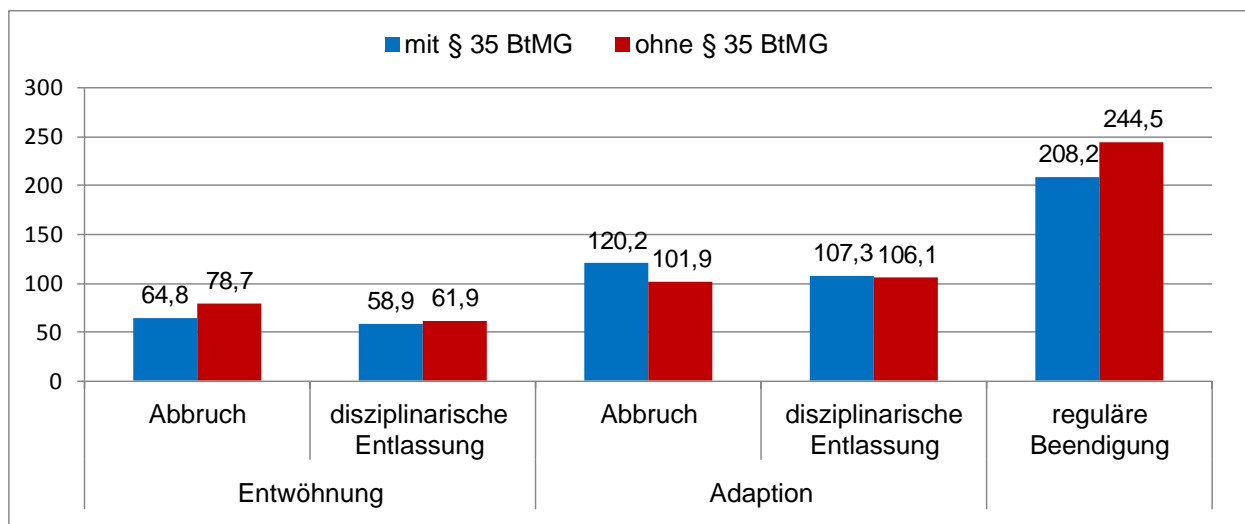
1=Alle Personen, die keine Adaption beginnen, gelten nach dem Therapiekonzept als Therapieabbrecher am Ende der Entwöhnungsbehandlung.

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen wurde nach Art der Therapiebeendigung ausgewertet. Wie viel Zeit in der stationären Maßnahme jeweils verbracht wurde, ist abhängig davon, auf welche Weise die Maßnahme beendet worden ist. Wird zunächst die Therapiezeit bei einer regulären Beendigung der Entwöhnungsbehandlung inklusive Adaption betrachtet, dann zeigt

<sup>28</sup> Von allen 254 Personen haben 79 % die Entwöhnungsbehandlung regulär beendet. Diese hohe Rate an regulären Beendigungen kommt dadurch zustande, dass diejenigen mit einer anschließenden Adaption miteingerechnet wurden. Insofern ist die Beenderrate artifiziell.

sich, dass Patientinnen und Patienten ohne § 35 BtMG etwas länger in der in den stationären Maßnahmen waren als diejenigen mit § 35 BtMG (Abbildung 19). Diejenigen ohne § 35 BtMG haben die Rehabilitationsmaßnahmen nach knapp 35 Wochen und diejenigen mit § 35 BtMG nach knapp 30 Wochen planmäßig beendet. Dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Wird die Entwöhnungsbehandlung vorzeitig beendet, dann zumeist in der 8. bis 11. Therapiewoche. Dabei erfolgte eine disziplinarische Entlassung zu einem etwas früheren Zeitpunkt als der Therapieabbruch durch den Patienten oder die Patientin. Im Vergleich zur § 35 BtMG-Gruppe haben mehr Personen ohne § 35 BtMG die Entwöhnungsbehandlung abgebrochen, doch der Abbruch im Mittel etwa zwei Wochen später (78,7 Tage vs. 64,8 Tage). Insgesamt 164 Patientinnen und Patienten sind im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung in die Adaption gewechselt. Unter Anrechnung ihrer Therapiezeit in der Entwöhnungsbehandlung wurde eine disziplinarische Entlassung aus der Adaption im Mittel in der 15. Therapiewoche ausgesprochen (nach 106,1 bzw. 107,3 Tagen). Obgleich fast ein Viertel der Personen aus der § 35 BtMG-Gruppe in der Adaption disziplinarisch entlassen wurden, spiegelt sich das im Vergleich zur anderen Gruppe nicht in einer geringeren durchschnittlichen Anzahl an Therapietagen bis zur Entlassung wider. Wird die Adaption durch die Patientinnen und Patienten selbst abgebrochen, dann erfolgte der Abbruch in der Gruppe ohne § 35 BtMG im Mittel nach 109,1 Tagen. Diejenigen mit § 35 BtMG brechen die Adaption zu einem späteren Zeitpunkt nach durchschnittlich 120,2 Tagen ab.

**Abbildung 19:** Zeit in Tagen in Entwöhnungsbehandlung und Adaption nach Art der Beendigung und Gruppen (n=254)



Die Zeit in Tagen sind Mittelwerte.

Signifikanztest: zweifaktorielle Anova: Gruppeneffekt  $p=0,530$  (n.s.), Interaktion  $p=0,427$  (n.s.)

Zur mittleren Verweildauer in einer stationären Drogenbehandlung bieten auch die BUSS-Daten Informationen (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2011). Bei den planmäßi-

gen Entlassungen aus der Entwöhnungsbehandlung lag die Therapiedauer im Mittel bei 134,9 Tage in 2010 und bei 127,3 Tage in 2011. Patientinnen und Patienten, die unplanmäßig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen wurden, hielten sich im Mittel 53 Tage in 2010 und 51,1 Tage in 2011 in den Einrichtungen auf.

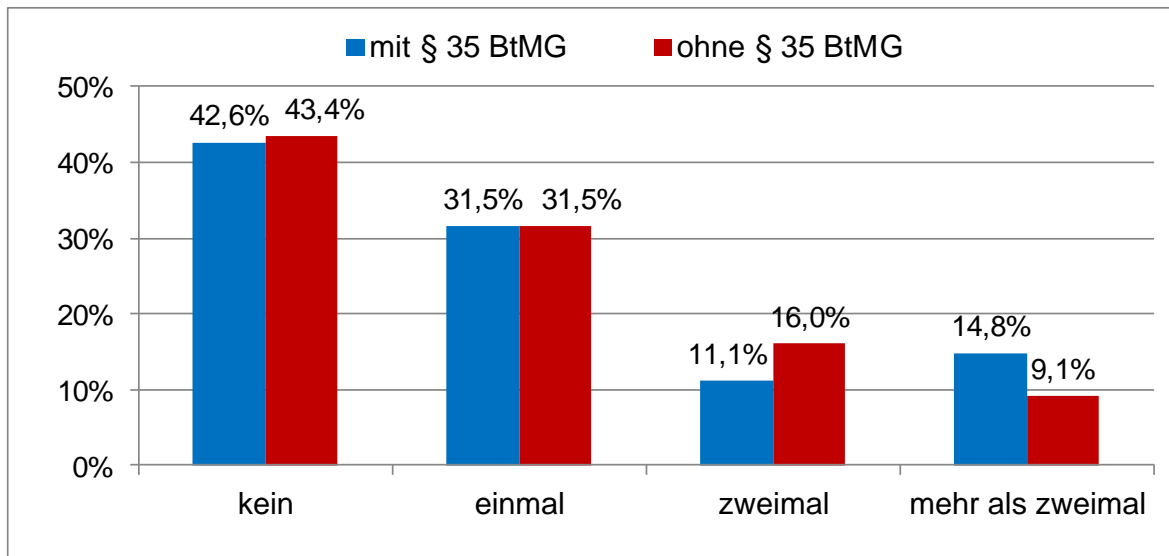
Zusammenfassend verdeutlichen die Auswertungen zu den Hamburger Einrichtungen, dass von den betrachteten 254 Drogenabhängigen etwa 64 % eine Kurzzeitbehandlung von bis zu 6 Monaten in einer stationären Entwöhnungseinrichtung in Hamburg begonnen haben. Fast 65 % der Behandelten wechselten nach der Entwöhnung in die Adaption und insgesamt 35 % haben die Behandlungsmaßnahme regulär beendet. Die reguläre Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme inklusive Adaption erfolgte im Mittel nach 35 Wochen bei denjenigen ohne § 35 BtMG und nach 30 Wochen bei denjenigen mit § 35 BtMG. Ein Abbruch der Entwöhnungsbehandlung fand zumeist in der 8. bis 11. Therapiewoche statt.

### **8.3 Rückfälle während der Behandlung**

Die meisten Rehabilitationseinrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen arbeiten mit Rückfällen, d.h. dass ein Rückfall nicht per se zu einer disziplinarischen Entlassung führt, sondern in den therapeutischen Prozess integriert wird. Die nachfolgende Abbildung bietet Aufschluss über die Abstinenzverletzungen, die von den Patientinnen oder Patienten in der Entwöhnungsbehandlung inklusive der Adaption begangen wurden (Abbildung 20). Insgesamt 43 % der Patientinnen und Patienten hatten während ihrer stationären Behandlung keinerlei Rückfälle. Hierbei gibt es zwischen den beiden Gruppen keinen Unterschied. Wenn ein Rückfall vorkam, dann zumeist nur einmal; in beiden Gruppen kam es jeweils bei 31,5 % zu einer einmaligen Abstinenzverletzung. Im Gruppenvergleich zeigt sich eine Tendenz, dass etwas mehr Personen aus der Gruppe ohne § 35 BtMG zwei Rückfälle hatten, während etwas mehr Personen mit § 35 BtMG mehr als zwei Rückfälle hatten. Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist jedoch statistisch nicht signifikant.



**Abbildung 20:** Rückfälle während der stationären Behandlung getrennt nach Patientinnen und Patienten mit/ohne § 35 BtMG (n=254)



Chi2-Test p=0,416

## V Praxis

### 9 Interviews mit Staatsanwaltschaft und stationärer Rehabilitation

In den drei Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen sind im Rahmen der Studie leitfadengestützte qualitative Interviews mit Fachkräften aus der Staatsanwaltschaft und Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation geführt worden. Insgesamt fünf Interviews wurden in der Staatsanwaltschaft in Hamburg, Lübeck und Köln mit Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern durchgeführt. Weitere 10 Interviews sind mit Fachkräften aus Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation durchgeführt worden. Die Auswertung der Interviews wird in diesem Kapitel präsentiert.

#### 9.1 Staatsanwaltschaften

##### 9.1.1 Änderungen in der Praxis

In den Staatsanwaltschaften haben zwei Vorgaben, das Justizmodernisierungsgesetz vom 24. August 2004 und das BGH-Urteil zur Vollstreckungsreihenfolge vom 4. August 2010, die Bearbeitung von Anträgen auf Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG deutlich verändert.

##### Zur Justizmodernisierung

Vor dem Justizmodernisierungsgesetz waren die Staatsanwälte und Vollstreckungsdezernenten für Vollstreckungsverfahren, also auch für Verfahren zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG, zuständig. Mit dem Justizmodernisierungsgesetz ist die Zuständigkeit für solche Verfahren auf die Rechtspfleger in den Staatsanwaltschaften übertragen worden. So sind zum Beispiel in der Staatsanwaltschaft Lübeck 12 Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger für Verfahren nach § 35 BtMG zuständig, in Hamburg und Köln gibt es eine eigene Abteilung für BtM-Verfahren.

Mit der Zuständigkeit für Verfahren nach § 35 BtMG waren die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen zunächst gefordert, sich in diese Thematik einzuarbeiten. In den drei aufgesuchten Staatsanwaltschaften Lübeck, Köln und Hamburg wurden die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger durch die zuständigen Staatsanwälte in die Bearbeitung solcher Verfahren eingeführt. Mit dieser Einführung wurde auch die jeweilige Haltung des Staatsanwaltes zum Prinzip „Therapie statt Strafe“ transportiert.

*„Unser Staatsanwalt hat dafür gelebt. Unser Staatsanwalt hat für den 35er wirklich gelebt!“  
(STA 5).*

In Nordrhein-Westfalen hat ein Großteil der Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen an Fortbildungen zum Thema ‚Sucht‘ und ‚Verfahren nach § 35 BtMG‘ teilgenommen, um sich auf die neuen Aufgaben in der Staatsanwaltschaft vorzubereiten. Diese Fortbildungen wurden von den Interviewten als sehr hilfreich bewertet, da somit nicht nur eine fachliche Qualifizierung erfolgte, sondern sich auch das Wissen zur Drogenabhängigkeit verbessert hat.

*„Zum Thema Fortbildung, das ist auf jeden Fall sehr hilfreich. Fortbildungen werden bei uns auch regelmäßig für Rechtspfleger (...) angeboten. Einmal im Jahr auf jeden Fall, wobei man da natürlich auch nicht immer hinkommt. Dafür gibt’s einfach zu viele BtM-Rechtspfleger“ (STA 2).*

Von einem der Interviewpartner wurde auf die unterschiedliche Funktion und Ausbildung von Staatsanwälten und Rechtspflegern verwiesen. Während Staatsanwälte qua ihrer Position einen größeren Entscheidungsspielraum haben, interpretieren die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen die gesetzlichen Vorgaben zumeist enger. Die engere Auslegung der Gesetzesgrundlagen hat Auswirkungen auf die Entscheidungen von Vollstreckungsverfahren im Zusammenhang mit dem § 35 BtMG.

*„Der Rechtspfleger ist eine Entscheidungsinstanz. (...) Wir kriegen Anträge und müssen entscheiden. Und wenn die Gesetzesgrundlage nicht gegeben ist, dann müssen wir ablehnen. Während der Staatsanwalt das früher nicht so eng gesehen hat, der war eher geneigt etwas zu gestatten. (Rechtspfleger sind) strenger vielleicht, die gucken genauer hin. Aber das hängt eben mit unserer Position zusammen, weil wir eben anders ausgebildet und erzogen sind“ (STA 5).*

Seit der Gesetzesänderung hat sich unter den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern eine Routine in der Bearbeitung von Vollstreckungsverfahren entwickelt. Wie die Bearbeitung auch von Verfahren nach § 35 BtMG erfolgt, ist abhängig vom dem persönlichen Wissen und Stil des jeweiligen Rechtspflegers. Haben Drogenhilfeeinrichtungen und auch verurteilte Drogenabhängige zuvor mit wenigen Personen aus der Staatsanwaltschaft zu tun gehabt, deren Haltung zu § 35 BtMG-Verfahren bekannt war, so sind seit der Justizmodernisierung eine Reihe von Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern zuständig, die ihr Ermessen jeweils unterschiedlich nutzen.

*„Früher waren das drei Kollegen, die Ihre Sichtweisen gehabt haben. Die gesagt haben, so ist das und dann wird zurückgestellt. Und heute sind das 30 verschiedene Kollegen. Da hat so jeder seinen Ermessensspielraum, den er auch ausnutzt oder nicht“ (STA 1).*

### Zum BGH-Urteil

Von allen Interviewten wurde bestätigt, dass das BGH-Urteil zur Vollstreckungsreihenfolge den Ermessensspielraum bei Entscheidungen zu Vollstreckungsverfahren nach § 35 BtMG stark einschränkt. Vor dem Urteil war es gängige Praxis in den Staatsanwaltschaften, die nicht zurückstellungsfähigen Strafen zuerst zu vollstrecken und die zurückstellungsfähigen Strafen, welche maßgeblich für die Bewilligung einer „Therapie statt Strafe“ gemäß § 35 BtMG sind, im Anschluss zu vollstrecken. Diese Reihenfolge in der Strafvollstreckung ist seit der obergerichtlichen Entscheidung nicht mehr möglich. Jetzt muss die Entscheidung zur Aussetzung des Straf-

restes zur Bewährung nach § 57 StGB nach Zweidritteln der Haftstrafe abgewartet werden. Wird eine Bewährungsaussetzung abgelehnt, kann theoretisch eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG beantragt werden, sofern keine nicht zurückstellungsfähigen Strafe(n) mehr zu vollstrecken sind<sup>29</sup>.

*„Wir hatten ja früher die nicht zurückstellungsfähige Strafe vorweg vollstreckt und haben dann im Anschluss die 35er Entscheidung getroffen. Heute ist es ja so, dass die Vorwegvollstreckung nicht mehr geht. Die Strafe, die nicht zurückstellungsfähig ist, muss erst mal bis zu einem 2/3 Zeitpunkt verbüßt werden, dann kommt eine gemeinsame Entscheidung nach § 57 StGB mit der zurückstellungsfähigen Strafe“ (STA 5).*

*„Ich kann nicht eine Sache vorziehen, und schreiben könnt ihr mal eine Sache komplett vorab vollstrecken? Ich verzichte auf eine Aussetzung bei § 57 StGB, damit ich dann den 35er in Anspruch nehmen kann. Das geht nicht. Ich muss bis 2/3 warten, und dann klär ich die auf, und sag, der 2/3-Termin ist erreicht, der ist jetzt abgelehnt worden. Wenn ihr nach wie vor eine Therapie macht, dann teilen wir denen auch den Termin mit, wann eine Aussetzung möglich ist“ (STA 3).*

Auch wenn eine Umstellung der Vollstreckungsreihenfolge entsprechend der Erfordernisse zur Bewilligung des § 35 BtMG rechtlich nicht mehr möglich ist, wird die BGH-Entscheidung zur Vollstreckungsreihenfolge aus Sicht der Befragten grundsätzlich für richtig gehalten.

#### Zum Rückgang von Verfahren nach § 35 BtMG

Die Frage, ob es in letzten Jahren zu einem Rückgang an Zurückstellungsverfahren nach § 35 BtMG gekommen ist, wurde von den Interviewten in den Staatsanwaltschaften verneint. In der Staatsanwaltschaft Lübeck gibt es nach Aussage der Befragten generell nicht sehr viele Verfahren nach § 35 BtMG, und diese Anzahl ist über die Jahre mehr oder weniger stabil. Aus der Staatsanwaltschaft in Köln wurde berichtet, dass die Anträge auf Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG von jährlich etwa 250 Anträgen auf etwa 180 Anträge zurückgegangen ist. Als Gründe für diesen leichten Rückgang wurden die Veränderung in den „operativen Entscheidungen“ durch das BGH-Urteil und die wahrgenommene Zurückhaltung der Rentenversicherungen in der Kostenübernahme für eine Rehabilitation genannt. Seitens der Hamburger Staatsanwaltschaft wurde zudem darauf hingewiesen, dass möglicherweise mehr Ermittlungsverfahren nach § 31a Abs. 1 BtMG vorläufig eingestellt werden, was dann zu einer geringeren Anzahl an Vollstreckungsverfahren führt und Verfahren nach § 35 BtMG einschließt. Insgesamt lassen die Interviewaussagen darauf schließen, dass Anträge auf eine Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG in den drei Staatsanwaltschaften nicht bzw. nur geringfügig abgenommen haben.

Zugleich berichteten die Interviewpartner aus der Staatsanwaltschaft in Lübeck und Köln, dass die Verurteilungen zu einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB in der

<sup>29</sup> Wenn alle nicht zurückstellungsfähigen vollständig vollstreckt sind, werden in der Regel auch die zurückstellungsfähigen Strafen zum größten Teil oder ganz vollstreckt sein. Aus diesem Grund kann es sein, dass dann eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG nicht mehr in Betracht kommt.

letzten Zeit „extrem“ zugenommen haben. War die Anordnung der Unterbringung im Maßregelvollzug zuvor die Ausnahme, gibt es in Lübeck zum Teil mehr Entscheidungen im Sinne des § 64 StGB als nach § 35 BtMG. In der Staatsanwaltschaft Hamburg besteht bereits eine Warteliste für die Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB.

*„Also, der Maßregelentzug hat immens zugenommen. (...) Für die Entziehungsanstalt, die wir ja auch hier bei der Klinik betreiben, führe ich eine Warteliste. Und als ich vor vier Jahren angefangen habe, gab es keine Warteliste“ (STA 1).*

Die Einschätzung, dass die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erheblich zugenommen hat, deckt sich auch mit der Auswertung der Rechtspflege-Statistiken (vgl. Kapitel 6.1.2).

### **9.1.2 Bearbeitung von Anträgen auf Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG**

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die interviewten Rechtspflegeinnen und Rechtspfleger die Voraussetzungen für die Bewilligung eines Antrages auf Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG prüfen. Dabei wird ein Hauptaugenmerk insbesondere auf die Anwendung des Ermessensspielraumes gelegt.

Zumeist werden die Anträge auf Strafzurückstellung nach § 35 BtMG von den Inhaftierten selbst bei der Staatsanwaltschaft gestellt. Nicht selten wird ein solcher Antrag von der externen Drogenberatung oder einer anwaltlichen Vertretung unterstützt. Ein schriftlicher Antrag, ob nun formlos handschriftlich oder formal z.B. über eine Drogenberatung, ist notwendig, um die Bearbeitung des Verfahrens in der Staatsanwaltschaft in Gang zu setzen.

Grundsätzlich werden zunächst die wesentlichen gesetzlichen Voraussetzungen geprüft. Insbesondere wird geprüft, ob die zeitlichen Vorgaben des § 35 BtMG vorliegen, d.h. es darf keine Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren noch zu vollstrecken sein. Sind zum Zeitpunkt des Antrages bei mehreren zu vollstreckenden Freiheitsstrafen nicht alle rückstellungsfähig, muss der Antrag abgelehnt werden. Ist eine Zurückstellung der Strafe zugunsten einer Therapie nicht durch die zeitliche Einschränkung ausgeschlossen, werden die Anträge durch ein intensives Aktenstudium geprüft. Alle Interviewpartner berichteten, die Ermittlungsakten und das beigelegte Gerichtsurteil genau zu lesen. Wenn nötig werden auch das Hauptverhandlungsprotokoll und die Sitzungsprotokolle als Informationsquelle hinzugezogen. Aus Sicht der Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger reicht es nicht, nur das Gerichtsurteil zu berücksichtigen, sondern der gesamte Akteninhalt muss zur Beurteilung eines Antrages auf Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG beachtet werden.

*„Ich kann nicht, ich muss alle Informationen, die ich habe heranziehen. Und wenn das bedeutet, ich muss die ganze Akte genau lesen. Das kann ja nur ein bis zwei Stunden dauern. Aber die Mühe muss ich mir dann machen, da komm ich einfach nicht drum rum. (...) Weil ich ja will, dass er in die Therapie geht, wenn die Voraussetzungen vorliegen. Weil ich ja auch versuchen will, ihm zu helfen“ (STA 3).*

Insgesamt zeigte sich in den Interviews, dass sich die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger große Mühe geben, die Akten wohlwollend im Sinne der Bewilligung einer Rehabilitation nach

§ 35 BtMG zu prüfen. Diese Haltung ist darin begründet, dass bei einer bestehenden Drogenabhängigkeit eine Therapiemaßnahme für wichtig und geeignet gehalten wird, um die Abhängigkeit zu überwinden und ein straffreies Leben zu führen.

### Ermessensspielraum

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass nach Einschätzung der Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger die Zurückstellungen der Strafvollstreckung früher durch die Staatsanwälte großzügig gehandhabt worden sind. Im Vergleich dazu prüfen die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger die Voraussetzungen heute genauer, was sich einschränkend auf die Ausübung ihres Ermessens auswirkt. Mehrere Interviewpartner äußerten, dass sich ihr Ermessen eigentlich nur noch darauf beschränkt, den vorhandenen Therapiewillen zu beurteilen. Zugleich ist ihnen klar, dass der Therapiewille nicht überprüfbar ist.

*„Und eine Prüfungsinstanz ist ja auch die Kostenstelle. Also die Versicherung oder die Rentenstelle. Die prüfen ja auch die Therapiemotivation“ (STA 3).*

In Hamburg hat sich zur Prüfung der Therapiebereitschaft das Vorgehen etabliert, von der jeweiligen Strafvollzugsabteilung eine Stellungnahme zur Therapiemotivation einzuholen. Eine solche Stellungnahme wird von beiden anderen befragten Staatsanwaltschaften (Köln, Lübeck) nicht angefordert. Die Einschätzung der Justizvollzugsanstalt zur Therapiemotivation kann die Entscheidung eines Rechtspflegers gravierend beeinflussen. Dessen ungeachtet fließen in die Entscheidungen zur Bewilligung einer Therapiemaßnahme nach § 35 BtMG immer auch die individuelle Überzeugung zum Sinn einer solchen Maßnahme ein.

*„Dann spielen bei solchen Entscheidungen natürlich auch immer die Persönlichkeiten eine Rolle. Denn man ist ja derjenige, der man ist und man hat eine bestimmte Überzeugung“ (STA 1).*

Die Bedeutung der Therapiemotivation ist auf die Vorstellung zurückzuführen, dass die Unterbringung in einer stationären Rehabilitation kostenintensiver und teuer ist als die Unterbringung im Strafvollzug. In den meisten Interviews wurde die Kostenfrage bei Drogenabhängigen thematisiert, die bereits einige Therapieversuche unternommen haben, wieder erneut inhaftiert wurden und einen weiteren Antrag auf eine Therapie nach § 35 BtMG stellen. Diese Diskussion gab den Anlass, der Kostenfrage in persönlichen Gesprächen nachzugehen. In Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen kostet ein Haftplatz pro Tag etwa 100 Euro, und ein Platz in einer stationären Drogentherapie je nach Einrichtung zwischen 101 und 107 Euro. In Hamburg belaufen sich die Kosten für einen Haftplatz auf 151 Euro. Die stationäre medizinische Rehabilitation für Drogenabhängige ist also keineswegs kostenintensiver als die Haftunterbringung.

Neben der Therapiemotivation unterliegt die Akzeptanz der Therapieeinrichtung dem Ermessensspielraum. Grundsätzlich werden alle Therapieeinrichtungen akzeptiert, die eine Anerkennung nach § 35 BtMG haben. Ob diese Anerkennung zwingend vorhanden sein muss, wird von den jeweiligen Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern durchaus unterschiedlich beurteilt. Zum Teil wird eine Strafzurückstellung prinzipiell abgelehnt, wenn eine Kostenzusage für eine Einrichtung vorliegt, die nicht nach § 35 BtMG anerkannt ist.

*„Ansonsten sage ich auch: Ist das keine anerkannte Einrichtung nach 35, such dir eine neue. Das bespreche ich auch mit den Drogenabhängigen (...). Wenn die nicht anerkannt ist, lehne ich ab“ (STA 4).*

Andere Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger weichen von diesen Vorgaben unter bestimmten Umständen allerdings auch ab. Ausschlaggebend ist dann, ob eine Rehabilitationseinrichtung ein schlüssiges Therapiekonzept vorlegen kann, dort Drogentherapien erfolgreich durchgeführt werden oder andere Staatsanwaltschaften eine Zurückstellung für diese Einrichtung vornehmen. In Einzelfällen akzeptieren einige der Befragten auch stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die nicht durch eine Rentenversicherung finanziert wird und für die demzufolge auch keine Kostenzusage vorliegt. In diesen Fällen ist wiederum die subjektive Bewertung des Therapiekonzeptes sowie die Bestätigung eines Aufnahmetermins maßgeblich für einen positiven Rückstellungsbescheid.

### 9.1.3 Prüfung der Kausalität

Die Prüfung der Kausalität zwischen Drogenabhängigkeit und Straftat ist einer der zentralen Dreh- und Angelpunkte bei der Prüfung der Voraussetzungen für eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG. Die Kausalität wird offenbar selten bereits im Gerichtsurteil explizit festgestellt, so dass die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen die Kausalität nach Aktenlage entscheiden müssen. Aus Sicht der Befragten wäre es wünschenswert, wenn der Zusammenhang zwischen Straftat und Abhängigkeit in der Hauptverhandlung bei Gericht explizit geklärt würde, da dort sowieso alle Aspekte der Straffälligkeit beleuchtet werden. Fehlt eine Aussage zur Kausalität, müssen die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger den Einzelfall daraufhin prüfen. Anders als seitens der Rehabilitationsträger angenommen (vgl. Kapitel 1.2) lassen die Vorgehensweisen der Befragten erkennen, dass die Kausalität nicht häufiger infrage gestellt, sondern durchaus großzügig ausgelegt wird. So schilderten alle Befragten, die konkreten Lebensumstände der Verurteilten und die Hintergründe der Tat in Betracht zu ziehen. Einzelne Befragte vertreten die Meinung, dass jede Straftat eines Drogenabhängigen in kausalem Zusammenhang mit seiner Sucht steht. Diese Haltung wird zwar nicht von allen Befragten geteilt, dennoch ist eine weite Interpretation der Kausalität erkennbar.

*„Man muss sich mal in die Situation des Verurteilten herein versetzen und dann aus dieser Perspektive mal gucken, (...) wie kann man vor diesem Hintergrund davon ausgehen, dass das wohl auch dazu gedient hat seine Drogen zu befriedigen oder Geld dafür zu beschaffen. Und wenn Sie diese sogenannte lebensnahe Betrachtungsweise heranziehen, dann weitet sich der Horizont in der Kausalität durchaus schon“ (STA 1).*

*„Wir prüfen sicher auch großzügig“ (STA 2).*

*„Aber auch eine Körperverletzung kann im Einzelfall kausal sein. Im Einzelfall! Aber das ist kaum zu begründen. Deshalb steht natürlich so ein bisschen dahinter, was will ich? Will ich ihn in die Therapie bringen oder will ich ihn nicht in die Therapie bringen? Und danach habe ich so ein bisschen den Ermessensspielraum“ (STA 3).*

#### 9.1.4 Dauer und Hindernisse bei der Bearbeitung der § 35 BtMG-Anträge

Inhaftierte oder auch externe Drogenberatungen beklagen immer wieder, dass die Zeit zwischen einem Rückstellungsantrag und dem Rückstellungsbescheid sehr lange dauern kann (Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V., 2011). Angesichts dessen wurden die interviewten Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen nach der üblichen Bearbeitungsdauer von § 35 BtMG-Anträgen befragt. Übereinstimmend wurde berichtet, dass sich alle Beteiligten um eine zügige Bearbeitung bemühen. Prinzipiell ist die Dauer der Bearbeitung davon abhängig, für wie viele Strafen eine Zurückstellungsfähigkeit geprüft werden muss, was sich umso aufwändiger gestaltet, wenn diese Prüfung für Strafen erfolgen muss, für die andere Gerichte zuständig sind. Jedes Gericht muss eine Zustimmung zur Rückstellung der Strafvollstreckung geben. Verwehrt ein Gericht diese Zustimmung, muss der Antrag auf § 35 BtMG insgesamt abgelehnt werden. Hinzu kommt, dass für die endgültige Bearbeitung eine Reihe von Unterlagen wie die Kostenzusage für eine Rehabilitation und ein Aufnahmetermine für eine Therapieeinrichtung vorliegen müssen.

Für alle erforderlichen Verfahrensschritte zur Bearbeitung eines Antrages auf Strafzurückstellung nach § 35 BtMG ist eine Person zuständig. Auf diese Weise hat die zuständige Person einen umfassenden Überblick über den Bearbeitungsstand, und die Arbeit wird gebündelt. Der weitere Bearbeitungsweg weist einige Unterschiedlichkeiten auf.

In der Staatsanwaltschaft in Lübeck werden alle Verfahren nach § 35 BtMG als Eilverfahren bearbeitet. Liegt eine Begründung für die Bewilligung einer Therapiemaßnahme vor, wird die richterliche Zustimmung eingeholt und die Akte zu diesem Zweck per Kurier zum Gericht gebracht. Die richterliche Zustimmung erfolgt zumeist am gleichen Tag.

*„Ein Eilverfahren bei uns. Von Hand zu Hand. Wenn so ein Antrag reinkommt, kommt sofort die Geschäftsstelle und bringt mir den. Dann gucke ich welche Verfahren offen sind, und dann haben sie gleich alle Akten beizufügen, so schnell es geht. (...) Dann kommen die Akten hier reingeflogen, wieder Hand zu Hand. Liegen sie hier morgens auf dem Tisch, dann werden sie sofort bearbeitet. (...) Weil das alles Terminalsachen sind. Da haben wir manchmal nur eine Woche. Und die werden auch sofort per Kurier zum Gericht gebracht“ (STA4).*

Auch in der Staatsanwaltschaft in Köln wird von einer zügigen Bearbeitung der Anträge berichtet. Sofern es nicht eine Reihe anderer Verfahren gibt, die einer Abklärung bedürfen, dauert die Bearbeitung von der Prüfung der Voraussetzungen für eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG bis zur Zustimmung durch das Gericht und das Verschicken des Zustellungsbescheides üblicherweise 10 Tage.

*„Ich brauche die Zustimmung des Gerichts, und dann kommt es drauf an wie lange die Akte unterwegs ist. Wir schreiben drauf (...) die sollen sich beeilen. Hier in Köln geht das schnell. Spätestens nach einer Woche hab ich die mit der Zustimmung zurück (...) Wenn ich die Akte auf dem Tisch hab, (...) dann mache ich Zurückstellung fertig und schick die direkt raus. Dann dauert das zehn Tage“ (STA 3).*

Von den Befragten in Lübeck wie in Köln wurde betont, dass die Richter der Befürwortung einer Zurückstellung der Staatsanwaltschaft in nahezu allen Fällen zustimmen. In der Regel vertrauen



die Richter den Begründungen durch die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger, was auch die richterliche Entscheidung beschleunigt.

In der Staatsanwaltschaft Hamburg besteht ebenfalls die Intention, Anträge nach § 35 BtMG zügig zu bearbeiten. Hier verzögert sich die Bearbeitung jedoch dadurch, dass regelhaft eine Stellungnahme der JVA zur Therapiebereitschaft eingeholt wird. Zudem wurde geschildert, dass es durchaus mehr als drei Wochen dauern kann, bis die gerichtliche Zustimmung zu einem Zurückstellungsantrag erfolgt. Aus Sicht der Interviewten ist diese Wartezeit dadurch begründet, dass in der Metropolregion Hamburg die Gerichte und Dezernate überlastet sind, und Akten von der Staatsanwaltschaft nicht bevorzugt behandelt werden.

#### Praktische Hindernisse bei der Zustimmung zu einer Strafzurückstellung nach § 35 BtMG

Ein zentrales Hindernis besteht, wenn eines der zuständigen Gerichte die Zustimmung zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG verweigert, obgleich die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen eine solche Zurückstellung befürworten. Zwar muss auch die Ablehnung begründet werden, dennoch bedeutet eine fehlende Zustimmung, dass der Antrag auf Strafzurückstellung nach § 35 BtMG dann abgelehnt werden muss. In Hamburg besteht ein spezifisches Hindernis auch darin, dass die Justizanstalt jeweils eine Einschätzung zur Therapiemotivation eines Gefangenen abgibt. So kann die Situation entstehen, dass seitens der Rechtspflege eine Strafzurückstellung befürwortet wird, die Einschätzung seitens der JVA jedoch negativ ausfällt und das Gericht dieser ablehnenden Einschätzung folgt.

*„Letzte Woche wurde eine Zurückstellung, die ich eigentlich machen wollte, abgelehnt. Ich habe die Sachen an zwei verschiedene Gerichte geschickt. Das eine Gericht sagt ja, und das andere sagt nein. Weil im Bericht der JVA stand, er hätte sich auch mal für die (therapievorbereitende) Station melden können. Da hat die Richterin dann gesagt: Ja, hätte er mal machen sollen. Und ohne diese Vorbereitung halte ich eine Therapie für wenig erfolgreich. Also lehne ich die Zustellung ab. Muss ich insgesamt ablehnen“ (STA 1).*

Fraglich ist, ob das Hamburger Verfahren, die Stellungnahme der JVA generell bei der Bearbeitung von Anträgen auf Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG einzubeziehen, adäquat ist. Hinzu kommt, dass drogenabhängige Inhaftierte mit einer Therapiebereitschaft von der JVA offenbar dazu aufgefordert werden, an der Therapievorbereitung teilzunehmen, sofern diese in der Justizvollzugsanstalt angeboten wird. Wenn die Voraussetzungen für eine Rückstellung vorliegen, mutet es jedoch als doppelte Bestrafung an, wenn das Gericht die Zustimmung zu einer Zurückstellung verweigert, weil sich der Gefangene nicht zuvor in eine therapievorbereitende Station begeben hat. Die Freiheitsstrafe ist bereits eine gerichtlich angeordnete Strafe, und die Bereitschaft in der Haft an einer Therapievorbereitung teilzunehmen darf nicht zu einer weiteren Voraussetzung dafür werden, ob eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 BtMG gewährt wird oder nicht.

Eine Voraussetzung für die Zurückstellung nach § 35 BtMG ist die Betäubungsmittelabhängigkeit und eine damit zusammenhängende Straftat. Während eine Abhängigkeit bei Substanzen wie Opiaten oder Kokain nicht infrage steht, stellt sich das für Cannabis anders da. So äußerten

einige Interviewpartner, dass sie nicht recht wissen, ob sie bei einem Cannabiskonsum ebenfalls von einer Abhängigkeit ausgehen sollen, da hier vor allem die psychische und nicht die körperliche Abhängigkeit im Vordergrund steht. Des Weiteren wurde thematisiert, wie sich ein Kausalzusammenhang zwischen dem Cannabiskonsum und der Straftat herstellen lässt<sup>30</sup>.

*„Probleme, die wir immer haben, ist Cannabis. Kann man aufgrund von Cannabis wirklich eine Abhängigkeit herleiten? Wir haben Gutachter, die gesagt haben, nein. Das sind Fragen, die wir haben. Klar!“ (STA 4).*

In der stationären medizinischen Rehabilitation stellt der problematische Cannabiskonsum ebenso wie z.B. der Opiatkonsum ein Behandlungsgrund dar. Laut Suchthilfestatistik 2011 befanden sich von insgesamt 6.045 Personen mit einer Hauptdiagnose im Bereich der illegalen Drogen 1.914 Personen wegen Cannabis in einer stationären Rehabilitation (Pfeiffer-Gerschel et al, 2012; Tabelle T2\_01).

### 9.1.5 Entscheidungen im Zusammenhang mit der Rehabilitation

In diesem Kapitel werden die zentralen Aspekte beleuchtet, die im Zusammenhang mit einer Rehabilitation gemäß § 35 BtMG stehen. Dazu zählen die Haltungen der Interviewpartner zur stationären und ambulanten Rehabilitation nach § 35 BtMG sowie das Thema ‚Kostenzusage‘. Des Weiteren werden die Verfahrensweisen bei einem Therapieabbruch und die Entscheidungen der Strafvollstreckungskammer zur Reststrafenaussetzung im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme exploriert.

#### Stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

Alle Interviewpartner wurden gefragt, ob sie einer Zurückstellung nach § 35 BtMG ausschließlich für eine stationäre oder auch für eine ambulante Rehabilitation zustimmen. Grundsätzlich wurde auf diese Frage geantwortet, dass das Ziel einer Rehabilitationsmaßnahme die Drogenfreiheit ist und eine Substitutionsbehandlung deshalb in den meisten Fällen nicht in Betracht gezogen wird. Bei anderen ambulanten Behandlungsformen gilt es abzuwägen, welche Therapiemaßnahme für einen Verurteilten geeignet ist. Aus Sicht der meisten Befragten kommt eine ambulante Drogenbehandlung nur für Verurteilte in Frage, die berufstätig sind, über stabile soziale Bindungen verfügen, einen festen Wohnsitz haben oder für jene, die noch nicht langjährig drogenabhängig sind. Bei einer langjährigen Drogenabhängigkeit und einer häufigen strafrechtlichen Auffälligkeit werden eindeutig stationäre Therapieeinrichtungen befürwortet.

*„In den letzten 10 Jahren habe ich keinen Antrag auf Zurückstellung in eine ambulante Therapie gehabt. Keine. Nicht mal einen Antrag“ (STA 1).*

Den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern ist natürlich bekannt, dass nach der geltenden Rechtsprechung stationäre ebenso wie ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 BtMG anerkannt sind. In den meisten Staatsanwaltschaften wird von der Möglichkeit einer ambulanten Drogenbehandlung jedoch nur selten Gebrauch gemacht, vorrangig dann, wenn ein ärztliches

---

<sup>30</sup> Der Cannabiskonsum ist nur dann relevant, wenn diese Substanz missbräuchlich (BGHR StGB § 64 Anordnung), d.h. in einer ungewöhnlichen Konsummenge konsumiert wird (BGH NStZ 1993, 339).

Gutachten vorliegt, dass ein Therapieerfolg nur in einer ambulanten Maßnahme erzielt werden kann.

Lediglich von der Staatsanwaltschaft in Köln wurde berichtet, dass eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG durchaus häufig auch aufgrund einer ambulanten Drogenbehandlung erfolgt. Das schließt hier auch Substitutionsbehandlungen – unter klaren Regelungen – ein.

*„Ich hab jetzt einen, der ist in der Substitution und der hat ständig Beikonsum. Und das geht gar nicht. Das sagen mir auch die Leute in der Substitution. Dann müssen wir immer UKs machen. Dann schreibe ich in die Rückstellungsverfügung rein, es dürfen keine BtM genommen werden, die in Anlage 1 §§ 35,36 BtMG aufgeführt sind“ (STA 3).*

### Kostenzusagen

Alle befragten Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger schilderten übereinstimmend ihre Erfahrung, dass es zum einen sehr lange dauert, bis eine Kostenzusage für eine Rehabilitation vorliegt, und zum anderen sehr viel häufiger als früher eine Kostenzusage von den Rentenversicherungsträgern abgelehnt wird. Insbesondere nach einer vorzeitigen Beendigung der Drogenbehandlung durch den Patienten oder die Patientin sind Kostenträger nicht mehr ohne weiteres gewillt, die Kosten für eine weitere Rehabilitationsmaßnahme zu übernehmen. Aus Sicht der Strafvollstreckungsbehörde gehören mehrere Therapieversuche zum Krankheitsbild bei einer Drogenabhängigkeit, und spielen daher bei ihren Entscheidungen keine Rolle. Die Befürwortung einer Strafzurückstellung nach § 35 BtMG ist nicht von der Anzahl an Therapieantritten abhängig. Da Kostenträger unplanmäßige Therapiebeendigungen anders als die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger bewerten, befinden sich letztere in einem Dilemma. Wie eine der Interviewaussagen verdeutlicht, hat der zuständige Rechtspfleger die Zurückstellung trotz eines Therapieabbruchs nicht widerrufen, um dem Betroffenen die Aufnahme in einer anderen Therapieeinrichtung zu ermöglichen. Obgleich ein Therapieplatz vorhanden war, wurde die Kostenzusage erst nach über drei Monaten erteilt. Normalerweise würde in einer solchen Situation ein Widerruf der Zurückstellung erfolgen, mit der Konsequenz der Wiederinhaftierung.

*„Die Rentenversicherer sagen, der hat jetzt schon dreimal. Und die entscheiden nach zwei oder drei gescheiterten Therapieversuchen gibt es keine Kostenzusagen mehr. Also hier spielt es keine Rolle“ (STA 1).*

*„Ich habe jetzt gerade ein Verfahren, da weigert sich der Kostenträger die Kosten zu übernehmen. Der (Gefangene) hat aus der Haft heraus eine Therapie bekommen und hat die abgebrochen. Und hat sich dann gleich hier gemeldet, und wollte erneut eine Therapie machen. Und wir haben die Zurückstellung nicht gleich widerrufen. Wir haben gesagt: O.k., bring eine neue Kostenzusage – einen Therapieplatz hatte er – dann kannst du nahtlos wieder in die Therapie gehen. Und er hat die Kostenzusage über ein viertel Jahr nicht eingereicht. Er hat jeden Tag hier angerufen und gesagt, die geben sie mir nicht“ (STA 4).*

Die Frage der Kostenübernahme und Therapieabbrüche nahm in den Interviews einigen Raum ein und wurde unterschiedlich diskutiert. So äußerte ein Interviewpartner Verständnis dafür, dass ein Kostenträger nach mehreren Therapieabbrüchen nicht mehr bereit ist, die Kosten für eine weitere Drogentherapie zu übernehmen. Ein anderer Interviewpartner hat dagegen die Position,

dass ein Therapieabbruch ein Anzeichen dafür sein kann, dass die Einrichtung mit dem spezifischen Konzept für die Person nicht geeignet ist. In einem seiner Fälle hat ein Drogenabhängiger über einen Zeitraum von fünf Jahren sechsmal eine Therapie angetreten, und eine von diesen Therapiemaßnahmen regulär beendet. Nach Einschätzung eines weiteren Interviewpartners wird eine Kostenzusage nur dann erteilt, wenn mindestens ein Jahr zwischen dem letzten und dem nächsten Therapieantritt liegt.

#### Vorgehensweise der Strafvollstreckungsbehörde bei einem Therapieabbruch

Laut Gesetz besteht die Verpflichtung des Verurteilten, einen Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme umgehend zu melden. Die Strafvollstreckungsbehörde muss dann die Strafzurückstellung sofort widerrufen und einen Haftbefehl erlassen. Sobald der Widerruf erfolgt, muss für eine erneute Rehabilitation nach § 35 BtMG das gesamte Bearbeitungsprozedere wieder in Gang gesetzt werden, d.h. einen § 35 BtMG-Antrag erneut prüfen, die Kostenzusage, einen Therapieplatz und die Zustimmung vom Gericht erhalten. Angesichts dieses Aufwandes wird die Strafzurückstellung nicht generell widerrufen, sondern der Widerruf im Einzelfall unterschiedlich lange hinausgezögert. Alle Befragten gaben an, den Zeitpunkt des Widerrufs von dem Verhalten des Verurteilten nach einem Therapieabbruch abhängig zu machen. Zeigt sich die Person kooperativ, meldet sich umgehend bei dem Rechtspfleger oder der Rechtspflegerin, begründet die vorzeitige unplanmäßige Beendigung der Rehabilitation und bemüht sich um eine weitere Therapiemaßnahme, dann wird der Zeitpunkt bis zum Widerruf hinausgezögert.

*„Das hängt da wirklich vom Verhalten desjenigen ab, der abgebrochen hat. Wenn er sich kooperativ zeigt, wenn der Kontakt hatte und man sieht, der bemüht sich, der will was Neues finden. Dann wird man einen Teufel tun und den gleich wieder einsperren“ (STA 1).*

Wird wiederholt eine Drogentherapie vorzeitig durch einen Abbruch beendet, fragen die Rechtspflegerinnen und -pfleger telefonisch bei der Behandlungseinrichtung nach, was zu dem Therapieabbruch geführt hat. Um ihr Vorgehen bei einem Behandlungsabbruch zu ermessen, sind diese Hintergrundinformationen von wesentlicher Bedeutung.

*„Wir sagen immer – ganz unter der Hand – vier bis fünf Freischüsse hat jeder, auch in kurzen Abständen. Dann guck ich mir zwar die Sache immer noch an, aber ganz allgemein gesprochen, bei dem 5. und 6. Abbruch frag ich wirklich nach“ (STA 3).*

Als Therapieabbruch gelten auch disziplinarische Entlassungen. Im Zusammenhang mit der Entscheidung zu einem Widerruf der Strafzurückstellung ist nicht nur das Verhalten des Verurteilten selbst, sondern auch der Entlassungsgrund ausschlaggebend. Führte beispielsweise ein Rückfall oder der einmalige Alkoholkonsum zur disziplinarischen Entlassung, haben die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger durchaus Verständnis für die Verurteilten. Zum Teil wurden die Therapieeinrichtungen auch dafür kritisiert, Rückfälle nicht zu bearbeiten, sondern deswegen eine disziplinarische Entlassung auszusprechen.

Liegt bei den Rechtspflegerinnen und -pfleger kein Verständnis für eine unplanmäßige Therapiebeendigung vor oder verhalten sich die Verurteilten nicht kooperativ, wird von den meisten Befragten die Position vertreten, dass eine Wiederinhaftierung angemessen ist. In diesen Fällen

wird umgehend ein Haftbefehl gestellt. Dieses Vorgehen wird damit begründet, den Verurteilten vor der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten und die Gefahr des „Abrutschens“ in die Drogenabhängigkeit abwenden zu wollen. Zudem soll die Haft dazu genutzt werden, über die Therapiebereitschaft noch mal nachzudenken.

*„Und sagen wir eher, schnell zurück in die JVA, um zu gucken welche Möglichkeiten es gibt. Die laufen ohne Therapie draußen rum, sind rückfallgefährdet, und begehen neue Straftaten. Dann ist es sinnvoller, die sofort zu inhaftieren. Also ich lauf dann meistens auch zur Fahndungsstelle und versuch, die sofort auszuschreiben“ (STA 3).*

### Entscheidungen zur Strafrestausssetzung

Nach einer regulären Beendigung der Rehabilitation entscheidet das Gericht des ersten Rechtszuges über die Aussetzung des Strafrestes zur Bewährung nach § 36 BtMG. Je kürzer die reguläre Therapiedauer, desto länger ist auch der Strafrest. Aus Sicht der Befragten ist die Höhe des Strafrestes ohne Bedeutung für die Entscheidung zur Reststrafenaussetzung. Vielmehr wird es als kontraproduktiv erachtet, wenn die Reststrafe nach einer regulären Therapiebeendigung nicht zur Bewährung ausgesetzt wird.

Da eine günstige Sozialprognose Voraussetzung für die Strafaussetzung zur Bewährung nach § 36 BtMG ist, nehmen die Bescheinigungen der Rehabilitationseinrichtungen zum Therapieverlauf eine wichtige Rolle als Entscheidungsgrundlage für den zuständigen Rechtspfleger bzw. die zuständige Rechtspflegerin bei ihrer Empfehlung ein. Eine knappe Bescheinigung zur regulären Therapiebeendigung ist jedoch für die meisten Interviewten nicht ausreichend informativ, so dass eine ausführlichere Stellungnahme bei den Einrichtungen angefordert wird. Hierfür wurden in den Interviews zwei zentrale Gründe genannt: Zum einen weil sich die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger als „Laien“ bezeichnen, die nicht über das nötige medizinische und therapeutische Fachwissen verfügen, um für die Empfehlung an das Gericht die Sozialprognose zu beurteilen. Zum anderen, weil das Gericht die Strafrestausssetzung aber im Hinblick auf die Prognose für ein straffreies Leben beurteilen soll.

*„Bei drei Monaten hat man dann zwei Therapiebescheinigungen; dass er sich noch in Therapie befindet, dann den Abschlusssatz, er hat die Therapie erfolgreich abgeschlossen. Was soll der Richter da groß machen? Da kann der ja gar keine Prognose für ihn treffen, ob das erfolgreich war“ (STA 2).*

Eine solche Beurteilung ist auf Grundlage eines Berichtes zum Therapieverlauf leichter. Darüber hinaus werden insbesondere Empfehlungen der Rehabilitationseinrichtung zu weiteren Hilfsmaßnahmen als sehr hilfreich empfunden. Ob eine ausführliche Stellungnahme inklusive Empfehlungen angefordert wird oder nicht, ist von der persönlichen Haltung des Rechtspflegers oder der Rechtspflegerin abhängig. Somit kann innerhalb einer Staatsanwaltschaft eine zuständige Person eine ausführliche Stellungnahme verlangen und eine andere Person die übliche Therapiebescheinigung als hinreichende Information beurteilen. Werden keine ausführlichen Stellungnahmen verlangt, wird die Reststrafenaussetzung zur Bewährung mit der Auflage verbunden, sich einer Bewährungshilfe zu unterziehen. Wenn eine umfassende Stellungnahme mit Empfeh-

lungen angefordert und von den Therapieeinrichtungen auch übermittelt wird, dann sind die Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen sehr konkret.

*„Also ich mach’s normalerweise nicht. Weil, wenn die (Rehabilitationseinrichtungen) mir bescheinigen ‚regulär beendet‘, reicht das. (...) Wenn ich nur eine Bescheinigung hab, ‚hat regulär beendet‘, dann beantrage ich immer, dass die einem Bewährungshelfer unterstellt werden sollen“ (STA 3).*

*„Da fragen wir in der Therapieeinrichtung nach und bitten um Hilfestellung. (...) So konkret. Die sagen z.B., erst muss er eine ambulante Therapie machen – wöchentlich, zweimal, auch wirklich in Zeitfenstern. (...) Ich habe in dem Moment ja kein fundiertes medizinisches Wissen und versuche das in den Bewährungsbeschluss mit aufzunehmen, um diesen Verurteilten ein drogenfreies Leben zu ermöglichen. So und dann sagt der wirklich: nach drei Monaten nur noch Urinkontrolle, erst zweimal die Woche (...) und nach sechs Monaten dann nur noch einmal die Woche. Und vielleicht Gruppengespräche Und dann bestellt man ihm wieder einen Bewährungshelfer, der ihm da Hilfestellung gibt. Wohnsitzauflagen, dass er sich einen festen Wohnsitz nimmt. Und den Wechsel der Wohnsitze auch immer mitteilt“ (STA 4).*

Wie umfassend eine Stellungnahme und wie konkret die darin enthaltenen Empfehlungen sein sollen, wurde in den Interviews mit den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern, aber auch in den Interviews mit den Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich diskutiert (siehe Kapitel 9.2). Inhalt und Umfang der geforderten Therapiebescheinigung ist auf beiden Seiten Gegenstand einer Kontroverse. Für die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen sind die fachlichen Einschätzungen zur Notwendigkeit weiterer Hilfemaßnahmen sinnvoll, um die Art der Bewährungsauflage festzusetzen. Daher wünschen sie möglichst konkrete Empfehlungen. Die Rehabilitationseinrichtungen vertreten wiederum primär den Standpunkt, nur die von der Staatsanwaltschaft geforderten Therapiebescheinigungen zu übermitteln, nicht aber Informationen zum Therapieverlauf oder Empfehlungen an eine Patientin oder einen Patienten. Wie dem auch sei, in aller Regel finden die Empfehlungen von den Rehabilitationseinrichtungen Eingang in die Auflagen, die für eine Aussetzung des Strafrestes zur Bewährung festgesetzt werden.

Eine Drogentherapie, die weniger als sechs Monate dauert, ist aus Sicht der befragten Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger kontraproduktiv, da eine solche Therapie insbesondere bei langjährigen Drogenabhängigen nicht intensiv genug ist, um die Gefahr der Rückfälligkeit zu reduzieren. Aufgrund der kurzen Therapiedauer wird in der Regel nach der regulären Therapiebeendigung eine Bewährungsunterstellung im Rahmen der Reststrafenaussetzung nach § 36 BtMG durch das Gericht angeordnet.

*„Das ist so bei mir der Hintergrund, dass ich denke, das kann nicht sein, drei bis sechs Monate. Wenn er dann auch noch eine Adaption macht, dann sind es neun Monate. (...) Aber wenn das nur drei, vier, fünf Monate sind, das ist mir zu kurz, um ihn einfach ohne Bewährungshelfer dann nach draußen zu lassen“ (STA 2).*

### 9.1.6 Vernetzung zwischen Strafvollstreckungsbehörde und Drogenhilfe

Zur Vernetzung mit der Drogenhilfe haben sich die befragten Rechtspflegerinnen und -pfleger aus der Staatsanwaltschaft in Lübeck und Köln geäußert. Aus den Interviewaussagen geht her-

vor, dass zwischen der Staatsanwaltschaft und der örtlichen Drogenhilfe gute Kontakte bestehen. Der Grad der Vernetzung mit der Drogenhilfe ist allerdings bei den beiden Staatsanwaltschaften unterschiedlich.

In Lübeck stehen die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger in engem Kontakt mit der örtlichen Drogenberatungsstelle und alle Personen kennen sich auch persönlich. Überdies finden regelmäßig zwei- bis dreimal im Jahr Netzwerktreffen statt, an dem Vertreter aus der Staatsanwaltschaft, Bewährungshilfe, Polizei und Drogenhilfe teilnehmen. Diese Treffen dienen dazu, die jeweilige Arbeitsweise der Akteure kennenzulernen und aktuelle Schwierigkeiten zu diskutieren. Das Forum wird ebenfalls von Fachkliniken genutzt, um das Therapiekonzept vorzustellen.

*„Wir haben hier in Lübeck eine ganz enge Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe. (...) Wir kennen uns alle, wir telefonieren miteinander, wir besuchen gemeinsam Foren. Die setzen sich zusammen aus der Anstaltsärztin, Drogenhilfe, Rechtsanwälten, wir, als Strafvollstreckungsbehörde. Also wie gesagt, dann werden zu diesen Foren immer Leute eingeladen. Rententräger, die darüber referieren, welche Voraussetzungen die haben“ (STA4).*

In Köln haben die Rechtspflegerinnen und -pfleger gute Kontakte zu den Drogenberatungseinrichtungen und zu den Fachkräften, die in der JVA drogenabhängige Gefangene beraten. Den für die Anträge auf § 35 BtMG Zuständigen aus der Strafvollstreckungsbehörde sind zudem einige Rehabilitationseinrichtungen durch persönliche Besuche bekannt. Der Austausch mit der Drogenhilfe wird für wichtig erachtet, um Verständnis für die jeweilige Arbeitsweise zu ermöglichen. Die Kooperation zwischen Strafvollstreckungsbehörde und Drogenhilfe wird in Abhängigkeit von der jeweiligen Hilfeinrichtung unterschiedlich bewertet. Eine gute Zusammenarbeit bietet für beide Seiten den Vorteil kurzer Wege, indem Angelegenheiten direkt telefonisch geklärt werden können.

*„Die haben ihre Seite geschildert, wo ihre Probleme liegen. Wir haben gesagt, wo unsere rechtlichen Probleme liegen, wo wir auch keine Kompromisse eingehen. Wenn eine Sache nicht geht, geht's halt nicht“ (STA 3).*

*„Teilweise sehr gut, und teilweise gemischt. Das hängt manchmal auch so von der Qualität der Einrichtung ab, wie die Verwaltung da läuft, wie engagiert die Mitarbeiter sind. Je engagierter die sind, umso besser die Verwaltung läuft, umso besser läuft natürlich auch die Zusammenarbeit. Kann man mal telefonisch Sachen erledigen, (...) und dann werden die auch schnell erledigt“ (STA 2).*

In der Praxis haben sich die Kooperationen dahingehend entwickelt, die Chancen auf einen Antrag zur Strafzurückstellung nach § 35 BtMG vor Antragstellung zu klären. So ist es in Lübeck mittlerweile eine gängige Praxis, dass die externe Drogenberatung zunächst bei der Staatsanwaltschaft anfragt, ob die Voraussetzungen für einen solchen Antrag gegeben sind und ob eine Kausalität vorliegt. Diese Vorabanfrage dient dazu, einzuschätzen, ob sich der Aufwand für die Antragstellung zu dem Zeitpunkt überhaupt lohnt. Die Rechtspflegerinnen und -pfleger begrüßen diese Vorabanfragen und nehmen eine entsprechende Prüfung vor.

*„Ich arbeite anders. Ich sage, er soll erst mal nur mich fragen, ob überhaupt die Kausalität gegeben ist, bevor du alles andere machst. Nachher sage ich: geht nicht und du hast dich umsonst bemüht. (...) Wir versuchen ja immer, die Gefangenen dahin zu bringen, dass sie gleich zur Drogenberatung kommen, die geht in die JVA und hält dort regelmäßig Sprech-*

*stunden ab. Und dann gibt es eine Liste und dann (...) rufen sie uns an, und dann prüfe ich“ (STA 5).*

In Köln haben sich diese Vorabanfragen noch nicht etabliert. Bislang nutzt offenbar lediglich eine Einrichtung die Möglichkeit, bei der Strafvollstreckungsbehörde nachzufragen, wann eine Strafzurückstellung nach § 35 BtMG möglich ist. Auch wenn die Interviewten die externen Drogenberatungen explizit als sehr fachkompetent bezeichnen, verfügen diese Fachkräfte nicht immer über alle erforderlichen Informationen zur Beurteilung der Chancen für eine § 35 BtMG-Antrag. Daher begrüßen die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger das Vorgehen der Drogenberatung, die Rückstellungsfähigkeit vorab mit ihnen zu klären.

*„Es gibt eine Therapieeinrichtung, die regelmäßig vorab fragt, sind diese Verfahren zurückstellungsfähig. Finde ich auch sehr gut, also insoweit kann sich jeder drauf einstellen. (...) Wenn er sagt, ich will unbedingt die Therapie machen, dann können wir denen manchmal auch sagen, was das Problem ist. Dann sagen wir, wann frühestens eine Rückstellung möglich ist. Das rechnen wir dann aus. (...) Dann konnten wir sagen, nächstes Jahr im Juni könnt ihr den Antrag stellen, dann ist der 57er Termin vorbei, und die nicht-rückstellungsfähige Strafe endet am, sag ich mal, 30.07.2013. Am 1.8. könnte gehen. Das ist der früheste Termin. Und darauf stellen die dann auch ihre Anträge“ (STA 2).*

Deutlich wird, dass sowohl die Strafvollstreckungsbehörde als auch die Drogenhilfe von einer guten Vernetzung und Kooperation profitieren. Von der Antragstellung auf eine Rehabilitation nach § 35 BtMG bis zur richterlichen Zustimmung sind eine Reihe von Akteuren (Rechtspfleger, Rentenversicherung, Gerichte, Therapieeinrichtung, Drogenberatung etc.) in das komplexe Verfahren involviert, und je besser die gegenseitige Zusammenarbeit funktioniert, desto eher wird das Verfahren beschleunigt. Zudem ist es im Sinne aller Beteiligten, auftretende Hindernisse auf unkompliziertem und kurzem Wege miteinander zu klären. Insbesondere das Vorgehen von Drogenberatung oder auch den Inhaftierten selbst, die Chancen auf einen positiven Rückstellungsbescheid vorab mit den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern abzuklären, erspart den Beteiligten nicht nur Zeit, sondern ermöglicht auch eine realistische Planung. Das ist umso wichtiger, da Kostenzusagen der Rentenversicherungsträger bei einem langandauernden Bearbeitungsverfahren nicht mehr gültig sind. Die Erkenntnisse aus den Interviews verdeutlichen zudem, dass es für die Kooperation von großer Bedeutung ist, die Sichtweise und Alltagspraxis der jeweils anderen Institution annähernd zu verstehen. Insofern ist der in Lübeck etablierte Arbeitskreis ein gutes Forum, bei dem die Strafvollstreckungsbehörde, die Drogeneinrichtungen und andere Organisationen sich gegenseitig informieren und über aktuelle Themen austauschen können.

## 9.2 Rehabilitationseinrichtungen

Mit Fachkräften aus 10 Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation für Abhängige von illegalen Drogen wurden persönliche Interviews geführt. Die nachfolgende Tabelle bietet einen Überblick über die einzelnen Rehabilitationseinrichtungen, die an einem Interview teilgenommen haben.



**Tabelle 25:** Rehabilitationseinrichtungen, die an einem Interview teilnahmen

	<b>Einrichtung</b>	<b>Entstanden in</b>	<b>Anerkennung nach § 35 BtMG</b>	<b>Anzahl der Plätze</b>
Nordrhein-Westfalen	Bussmannshof	1995	1995	40
	Haus Aggerblick	1996	1996	24 für Entwöhnung + 10 für Adaption (nur für Männer)
	Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach	1998	1998	30 für Entwöhnung + 10 für Adaption
	Holthausener Mühle	1998	Nicht vorhanden	40 für Entwöhnung und Adaption
Schleswig-Holstein	Fachklinik Nordfriesland	2012 (neue Klinik)		24 für Entwöhnung + 10 für Adaption
	Do it	1978	1995	42
	Peers Hoop	1985	1995	26 für Entwöhnung + 4 für Adaption
Hamburg	Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften	1972	1995	30
	Fachklinik Hamburg-Mitte	2012 (neue Klinik, anstelle von Projekt Jork)		50 inklusive 11 für die Adaption
	Do it – externe Adaption	Gehört organisatorisch zur stationären Entwöhnung Do it		17

### 9.2.1 Haltung zur Freiwilligkeit und Therapiemotivation

In stationären Rehabilitationseinrichtungen, die in den 1989er Jahren entstanden sind, gab es kontroverse Diskussionen zur Freiwilligkeit einer Drogentherapie. Oftmals bestand die Haltung, dass eine abstinenzorientierte Drogentherapie nur Sinn macht, wenn diese freiwillig und nicht aufgrund von justiziellem Druck aufgenommen wird. Aus diesem Grund bestanden Widerstände, mit Patientinnen und Patienten therapeutisch zu arbeiten, die nach § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“) aus der Justizvollzugsanstalt in die Rehabilitation entlassen wurden. Des Weiteren wurde eine Aufnahme dieser Patientengruppe damit assoziiert, aufgrund der Meldepflicht an die Strafvollstreckungsbehörde als „verlängerter Arm der Justiz“ zu fungieren, was abgelehnt wurde.

*„Es gab früher in unserer Einrichtung den Wunsch, nicht mit 35ern zu arbeiten. Sondern nur mit Menschen zu arbeiten, die freiwillig in die Therapie kommen, und nicht unter justiziellem*

*Druck. (...) Das war natürlich auch diese Voreinnahme, dass aufgrund dieser Therapieauf-  
lage auch die Motivationslage schlechter wäre. Und man macht sich nicht zum Büttel der  
Justiz und nicht zum verlängerten Arm der Polizei und Staatsanwaltschaft. (...). Und das ist  
eine Marktfrage gewesen und von daher gab es dann die Entscheidung mit 35er zu arbeiten“  
(REHA 6).*

Im Laufe der Zeit hat bei den Einrichtungen ein Umdenken zu dem Aspekt Eigen- und Fremdmotivation stattgefunden. So hat sich der Grundsatz durchgesetzt, dass eine Therapie in jedem Fall besser ist als eine Haftstrafe. Zudem wurde die Freiwilligkeit kritisch hinterfragt, da eine Therapieaufnahme fast immer durch einen Druck, sei es durch die Partnerschaft, Familie oder Beruf, motiviert ist. Bei einem Therapieantritt nach § 35 BtMG ist nur die Art des Drucks eine andere, letztendlich trifft aber jede Patientin und jeder Patient eine freiwillige Entscheidung zu einer stationären Drogentherapie. Diese Entscheidung spricht dann auch für die vorhandene Therapiemotivation.

*„Also zu unterscheiden, das ist es jetzt eine justizielle Fremdmotivation und das ist eine partnerschaftliche Fremdmotivation, das ist aus meiner Sicht Augenwischerei. Es gibt aus meiner Sicht keinen signifikanten, oder ermessenden Unterschied in der Motivationslage von Menschen mit einer Therapieaufgabe. Die sogenannten Freiwilligen sind nur die ohne justizielle Therapieaufgabe“ (REHA 6).*

*„Er hat sich für Therapie statt Strafe entschieden. Ich habe das nicht entschieden. Er hat sich selbst entschieden. Der Antrag nach §35, den stellt der selbst. Dann ist er motiviert für mich“ (REHA 7).*

Aus Sicht der Befragten ist die Therapiemotivation nicht davon abhängig, ob ein justizieller Druck besteht oder nicht. Viel wichtiger ist die vorhandene Bereitschaft, sich mit seinem Leben auseinanderzusetzen und eine Veränderung herbeiführen zu wollen.

### **9.2.2 Trends und aktuelle Praxis bei Therapieantritten nach § 35 BtMG**

Nach Einschätzung der interviewten Fachkräfte hat sich der Anteil an Therapieantritten nach § 35 BtMG in den letzten Jahren nicht verändert. Zwar schwankt die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einer Rehabilitation gemäß § 35 BtMG von Jahr zu Jahr, doch insgesamt ist das Verhältnis von Therapieaufnahmen mit und ohne Justizdruck konstant geblieben. In den meisten Rehabilitationseinrichtungen sind zwischen 30 % und 45 % aller Patientinnen und Patienten auf Grundlage einer Strafzurückstellung nach § 35 BtMG in der Einrichtung. Von mehreren Interviewpartnern wurde allerdings betont, dass ein Therapieantritt ohne jeglichen justiziellen Druck die Minderheit darstellt. Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten befindet sich auf Grundlage einer strafrechtlichen Sanktion in der Drogenbehandlung, sei es nach §§ 35 BtMG oder nach §§ 56, 57 BtMG (Aussetzung der (Rest-)Strafe zur Bewährung). Dass unter den Drogenabhängigen in stationärer Rehabilitation eine Form des Justizdrucks der Regelfall ist, hat auch die Auswertung der Hamburger Daten zur Therapiebeendigung gezeigt (vgl. Kapitel 7.2).

*„Jetzt liegen wir immer so um die 30%. In 2011 hatten wir 43% 35er, während wir sonst immer um 30-35% gelegen haben (...) Wirklich ohne Justizdruck sind nur immer so um die 20 % gewesen. Das hat sich auch trotz der 35er nicht verändert“ (REHA 4).*

Weder die Veränderung in der Vollstreckungsreihenfolge noch die Änderungen durch das Justizmodernisierungsgesetz haben in den drei untersuchten Bundesländern Auswirkungen in Richtung einer geringeren Anzahl an justiziell veranlassten Therapieantritten gezeitigt. Vielmehr wird grundsätzlich eine geringere Nachfrage nach einer abstinenten Drogenbehandlung bei Opiatabhängigen beobachtet. Der wesentliche Grund für eine nachlassende Nachfrage wird in der erheblichen Ausweitung einer differenzierten Substitutionsbehandlung sowie dem Ausbau von akzeptanzorientierten Hilfeangeboten gesehen. Zudem haben sich auch die Konsummuster gewandelt, so dass sich vermehrt Menschen mit einem problematischen Konsum von Amphetaminen, psychoaktiven Designer-Substanzen und Cannabis in der stationären medizinischen Rehabilitation befinden.

*„Und dadurch, dass es viel mehr Substituierte gibt, gibt es viel weniger Interessenten für eine abstinentenorientierte Therapie. (...). Das Angebot ist massiv ausgeweitet worden; Heroinvergabe, Methadonvergabe, Konsumräume, akzeptierte Drogenarbeit. Und das macht uns die Arbeit schwerer“ (REHA 3).*

*„Gewandelt hat sich der Trend zu den anderen Drogen; Designerdrogen, Ecstasy, Amphetamine, dann Haschisch, zum Teil Alkohol, das läuft ja immer nebenher, um wieder runterzukommen. Opiatabhängigkeit ist schon deutlich weniger geworden als in der Vergangenheit“ (REHA 10).*

#### Aufnahme von Patientinnen und Patienten nach § 35 BtMG

Den befragten Rehabilitationseinrichtungen ist bekannt, dass die Bearbeitungszeit von der Antragstellung auf „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtMG bis zur Zustimmung des Gerichtes lange dauert. Ihrer Einschätzung nach vergehen bereits mehrere Wochen bis Inhaftierte einen Termin bei einer Drogenberatung zur Unterstützung bei der Antragstellung bekommen. Zudem muss erst die Kostenzusage für einen Therapieplatz vorliegen, bevor seitens der Rehabilitationseinrichtung eine Bescheinigung mit einem Aufnahmetermin an die Strafvollstreckungsbehörde geschickt werden kann. Bis ein Therapieantritt nach § 35 BtMG erfolgt, dauert es nach Erfahrung der Befragten mindestens zwei bis drei Monate. Da sich der Zeitpunkt bis zum Therapieantritt aus verschiedenen formalen Gründen immer wieder verschieben kann, ist es für die Rehabilitationseinrichtungen mitunter schwierig, die Zusage zu einem Therapieplatz realistisch zu terminieren.

*„Also wir müssen in der Regel bestimmt drei, vier Mal eine Platzverlängerung machen. (...) Es ist für uns schwierig, das tatsächliche Antrittsdatum einigermaßen gesichert hinzukriegen“ (REHA 4)*

Befinden sich inhaftierte Drogenabhängige in einer therapievorbereitenden Station, dauert die Aufnahme in eine stationäre Drogentherapie noch länger, da zunächst das therapeutische Programm in der Justizvollzugsanstalt beendet werden muss. Hinzu kommt, dass sich die Teilnahme an einer therapievorbereitenden im Justizvollzug nachteilig auf die Therapiemotivation auswirkt, wenn im Anschluss daran die stationäre medizinische Rehabilitation außerhalb des Gefängnisses beginnt. Für diese Drogenabhängigen beginnt nach der Therapie in Haft eine

zweite Therapie in Freiheit, so dass sich die Notwendigkeit einer therapeutischen Bearbeitung ihrer Abhängigkeitsproblematik offenbar nicht mehr so drängend stellt.

*„Was ich problematisch finde ist, wenn die Patienten von so einer Station kommen, dann schlagen die hier oft nach dem Motto auf: Therapie hab ich jetzt schon gemacht. Ich hab jetzt schon über meine Vergangenheit nachgedacht und drüber geredet“ (REHA 10).*

Für die Aufnahme in die stationäre medizinische Rehabilitation muss die Drogenabstinenz nachgewiesen werden. Ob die Abstinenz bei Therapieantritt erneut geprüft wird, hängt davon ab, vorher die Patientinnen und Patienten kommen. Auf eine Urinkontrolle zum Abstinenznachweis wird zumeist verzichtet, wenn sie direkt aus einer Entzugsbehandlung kommen oder wenn für die letzten drei Wochen der Haft Abstinenznachweise vorliegen. Bei allen anderen Aufnahmen werden routinemäßig Urinkontrollen durchgeführt.

Auch wenn bei der Aufnahme von Drogenabhängigen gemäß § 35 BtMG durchaus wirtschaftliche Erwägungen zur Belegungsrate in der Einrichtung eine Rolle spielen, berichteten fast alle Interviewpartner, den Anteil an solchen Drogenabhängigen zu begrenzen. Üblicherweise gilt die interne Regel, dass möglichst nicht mehr als ein Drittel aller Patientinnen und Patienten aus Personen besteht, die aus dem Gefängnis heraus gemäß § 35 BtMG die stationäre medizinische Rehabilitation beginnen. Diese implizite Kontingentierung ist dadurch begründet, die Bildung einer Subkultur mit einem haftspezifischen Macht- und Dominanzverhalten innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Den Erfahrungen nach kann eine solche Subkultur nicht nur die Atmosphären für alle Patientinnen und Patienten beeinträchtigen, sondern mitunter die therapeutische Arbeit in der gesamten Einrichtung blockieren.

*„Also es ist schon wichtig, ein gewisses Gleichgewicht zu haben. Wenn wir sehr viele 35er und auch sehr dominante Leute hier haben, muss man natürlich sehr darauf achten, wie die Stimmung im Haus ist. Das macht sich bemerkbar und wenn die in der Überzahl sind, ist das schwierig“ (REHA 5).*

*„Der ganze Laden war ein Knast, weil der so eine informelle Macht hatte. Der war im Team - da gibt es ja auch so interne Strukturen, wo Inhaftierte sitzen - und der hat dann den ganzen Laden im Griff gehabt“ (REHA 8).*

Offenbar haben die Schwierigkeiten, die aus der Bildung einer Gefängniskultur in der gesamten Drogentherapie resultieren, auch die Kostenträger dazu veranlasst, eine Kontingentierung bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten gemäß § 35 BtMG zu empfehlen.

*„Die Deutsche Rentenversicherung hat uns nahe gelegt - nach deren prognostischen Einschätzung - diesen Anteil so nicht weiter zu fahren. 60% 35er sei zu viel und sie gehen davon aus, dass sich das auf den Rehabilitationserfolg und auf die Nachhaltigkeit auswirken würde“ (REHA 6).*

## **9.2.2 Merkmale von Patientinnen und Patienten**

Im Zusammenhang mit den Merkmalen der Patientinnen und Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation wird dargestellt, welche Merkmale im therapeutischen Prozess mit größeren Schwierigkeiten verbunden sind und sich ungünstig auf den Therapieverlauf auswirken können.

Übereinstimmend erläuterten alle Interviewpartner, dass nicht die justiziellen Probleme an sich, sondern die biographischen Hintergründe der Patientinnen und Patienten von entscheidender Bedeutung für den Therapieprozess sind. Biographische Belastungsfaktoren stellen insbesondere eine frühzeitige und langanhaltende Kriminalität, eine massive Gewalttätigkeit und langjährige Gefängnisunterbringungen dar. Im Hinblick auf die Kriminalität wurde betont, dass nicht nur die Art der Delikte von Bedeutung ist, sondern auch, ob diese Delikte der typischen Beschaffungskriminalität zuzurechnen sind. So wurde von Patienten berichtet, die über lange Jahre hinweg schwere Straftaten begangen haben, so dass hier eher die Kriminalität und nicht die Drogenabhängigkeit im Vordergrund steht. Schwierig gestaltet sich der Therapieverlauf auch für Menschen, die einen Großteil ihres bisherigen Lebens in Haft verbracht haben und sich erst wieder an ein Leben außerhalb des Gefängnisses gewöhnen müssen.

*„Aber wenn man genauer hinguckt, sind das ja oft Patienten, die kriminell sind und die Kriminalität sehr fraglich mit der Sucht in Verbindung steht. Und ist eine Sache, die wir anamnestisch sehr genau differenzieren. Und bei den Patienten ist es auch dann oft so, dass ich denke, das viel größere Problem als die Sucht ist die Kriminalität. Von Suchtmittel abstinenz zu leben gelingt dann oft. Aber nie mehr kriminell zu werden, sich das Geld auf legale Art und Weise zu verdienen?“ (REHA 9).*

*„Das Problem ist eher, wie viel justizielle Vorerfahrung hat er? Wie lange hat er schon gesessen, mit welchen Delikten? Dieser Hintergrund ist für die Haltequote und das Klima in den Einrichtungen viel entscheidender als ob jemand einen 35er hat“ (REHA 4).*

### 9.2.3 Wirksamkeit der stationären Rehabilitation

Den Erfahrungen der befragten Fachkräfte nach gibt es keinen Unterschied zwischen denjenigen mit oder ohne einem Therapieantritt nach § 35 BtMG was die Haltequote, die Therapiedauer und die Abbruchrate betrifft. Einige Befragte schilderten, dass Patientinnen und Patienten mit der strafrechtlichen Grundlage nach § 35 BtMG tendenziell sogar eher länger in der Therapie verweilen, weil sie die Anpassung an einen strukturierten Alltag gewöhnt sind und ihnen bei einer vorzeitigen unplanmäßigen Therapiebeendigung die Wiederinhaftierung droht.

*„In kritischen Phasen der Therapie habe ich den Eindruck, für diejenigen mit §35 kann das eine Hilfe sein die Therapie fortzusetzen. Und nicht an der Stelle das Handtuch zu schmeißen und abzuhauen. Sondern den Konflikt durchzustehen. Also, das ist die Variante wenn es günstig läuft“ (REHA 1).*

#### Behandlungsabbruch

Ein Behandlungsabbruch durch die Patientin oder den Patienten findet zumeist in den ersten drei bis sechs Wochen der Drogentherapie statt, da in dieser Zeit die Entscheidung fällt, überhaupt eine solche Therapie machen zu wollen oder ob die jeweilige Drogentherapie mit ihrem spezifischen Konzept die subjektiv richtige Therapie ist. Eine weitere kritische Behandlungsphase beobachten die Befragten, wenn die Patientinnen und Patienten kurz vor der Entlassung stehen. Behandlungsabbrüche sind Ausdruck einer Krisensituation, die unterschiedliche Gründe haben kann. Solche Gründe sind Zweifel an dem Therapiekonzept, den Regeln in der Einrichtung, das

Verlangen nach Drogen oder auch Traumatisierungen, die während der Behandlung als zu belastend erlebt werden.

*„Also die meisten brechen in den ersten vier bis sechs Wochen ab. Und dann gibt's noch mal eine Welle im vierten, fünften Monat kurz vor Ende. In den ersten sechs Wochen ist es auch die Entscheidung, will ich das hier, stimmt es hier für mich, stimmt der Regelkatalog. Oder will ich doch lieber in eine andere Einrichtung, oder will ich überhaupt was verändern, oder hab ich so viel Suchtdruck. Das finde ich auch nachvollziehbar. Die kommen hierher und dann sind sie hier die ersten vier Wochen in einem völlig fremden Rahmen“ (REHA 7).*

Ein Befragter schilderte, dass die Abbruchquote in seiner Einrichtung vergleichsweise hoch ist, da die Therapieregeln strenger als in anderen stationären Drogentherapieeinrichtungen sind. So ist in dieser Einrichtung die Benutzung eines eigenen Mobiltelefons während der gesamten Therapiedauer verboten.

### Umgang mit Rückfällen

Der von den Rehabilitationseinrichtungen praktizierte Umgang mit einem Rückfall – und dazu zählt der Konsum von illegalen Drogen wie auch Alkohol – hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Art der Therapiebeendigung. Neben Gründen wie z.B. der Gewaltandrohung kann auch ein Rückfall zu einer disziplinarischen Entlassung führen. Alle Rehabilitationseinrichtungen bestätigten, mit Rückfällen zu arbeiten. Die Art der Bearbeitung von Rückfällen ist jedoch zum Teil sehr unterschiedlich. In den meisten der befragten Einrichtungen werden Rückfälle, die außerhalb der Therapieeinrichtung stattfinden, therapeutisch bearbeitet, während Rückfälle innerhalb der Einrichtung zu einer disziplinarischen Entlassung führen.

In den anderen Rehabilitationseinrichtungen wird dagegen nicht zwischen einem Rückfall innerhalb und außerhalb der Einrichtung differenziert. Rückfälle werden hier anhand bestimmter Kriterien aufgearbeitet und für die Beurteilung des Rückfalls sind der individuelle Therapieprozess und das Erreichen der Therapieziele maßgeblich. Von Bedeutung ist auch, wie sehr sich ein Rückfall auf die Situation der anderen Patientinnen und Patienten auswirkt.

*„Wer Sucht versteht, versteht auch, dass der Weg nie gerade sein kann. Das ist meine Grundhaltung. (...) Wir sagen nicht, wie manche es wiederum machen, da muss jemand von sich aus zu uns kommen und sagen, ich war rückfällig. Könnte auch ein Kriterium sein. Aber diese Hürde schaffen nicht immer alle. Wir haben ein Rückfall Bearbeitungsprogramm und erwarten schon, dass jemand dann kommen kann. Das Programm geht 14 Tage, und dazu gehört ein Gespräch bei dem die Motivation überprüft wird. Erst mal muss er im Rückfallbericht aufklären, warum er mit uns noch weiter arbeiten sollte und die Hintergründe möglichst realistisch beschreiben“ (REHA 8).*

Grundsätzlich wird bei Rückfällen ein Rückfallprotokoll erstellt, bei dem die Patientin oder der Patient die Gründe für den Rückfall darlegt. Anhand dessen wird dann das weitere Behandlungsangebot mit dem Therapeuten oder der Therapeutin besprochen.

### 9.2.4 Erfahrungen mit Kostenübernahme und Berichtspflicht

Während die Kostenübernahme bei einer Erstbehandlung unproblematisch ist, steht das bei einer wiederholten stationären Entwöhnungsbehandlung mitunter infrage. Alle Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, einen umfassenden Abschlussbericht zum Behandlungsverlauf für jede Patientin bzw. jeden Patienten in standardisierter Form an den jeweiligen Kostenträger zu schicken. Auf Grundlage dieser Berichte entscheiden die Kostenträger dann darüber, die Kosten für eine weitere Rehabilitation zu übernehmen oder auch zu verweigern. Ob eine wiederholte Behandlung sinnvoll ist, wird unter Umständen gemeinsam von Kostenträger und Rehabilitationseinrichtung entschieden. Vor diesem Hintergrund wird die Kooperation mit dem Kostenträger als gut bewertet.

*„Bei Mehrfachtherapien beurteilt dann auch schon der Sachbearbeiter beim Rentenversicherer, das geht es noch mal und macht das Sinn, unter welchen Voraussetzungen macht das Sinn. Wenn wir jetzt jemanden zum dritten Mal aufnehmen, was ja durchaus vorkommt, sind wir in Kontakt mit dem jeweiligen Rentenversicherer und (...) entscheiden dann auch gemeinsam über die Kostenübernahme. (...) Und das finde ich eine ganz gute Kooperation“ (REHA 7).*

In Schleswig-Holstein sucht der medizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) die Justizvollzugsanstalten auf, um im Gespräch mit drogenabhängigen Inhaftierten über eine Kostenübernahme und eine geeignete Therapieeinrichtung zu entscheiden. Hier wird also nicht nur auf Grundlage einer Akte eine Entscheidung zur Kostenbewilligung getroffen, sondern der individuelle Fall des Inhaftierten wird auf Basis eines persönlichen Bildes begutachtet. Bislang praktiziert die DRV Nord dieses Verfahren noch nicht in allen Bundesländern, die in ihrem Zuständigkeitsbereich liegen. Seitens der Rehabilitationseinrichtungen wird das Aufsuchen von drogenabhängigen Inhaftierten begrüßt.

*„Das ist ja ein ganz anderes Gespräch als wenn man nur eine Aktenlage hat. (...) Also eigentlich finde ich das ein begrüßenswertes Modell, grundsätzlich. Ich finde das nicht verkehrt. Denn die sind ja letztendlich diejenigen, die die Bewilligung erteilen. So wie heute alles um Geld und Kürzungen geht, ist das ja ganz gut, wenn man dann auch mal die Menschen sieht, und darüber diskutieren kann“ (REHA 2).*

Dessen ungeachtet schilderten mehrere Interviewpartner, dass es in den letzten zwei Jahren zunehmend mühsamer geworden ist, eine Kostenübernahme zu erhalten. Hinzu kommt, dass verschiedene Kostenträger eine unterschiedliche Dauer der Entwöhnungsbehandlung finanzieren. Üblicherweise hat sich eine Therapiedauer von sechs Monaten für die Entwöhnungsbehandlung und vier Monate für die Adaption etabliert.

*„Die DRV-Bund ist ja unser Hauptbeleger, und die bewilligen bei einer Erstbehandlung sechs Monate. Und die DRV-Westfalen bezahlt zum Beispiel nur noch 22 Wochen, Oldenburg Bremen nur noch 19 Wochen, und in Rheinland Pfalz kriegen die nur noch 12 -16 Wochen. Also das ist ganz unterschiedlich je nach Land“ (REHA 9).*

Werden die Patientinnen und Patienten über unterschiedliche Kostenträger zugewiesen, haben die Rehabilitationseinrichtungen zwei Alternativen. Entweder muss ihr Therapiekonzept flexibel an die bewilligte Therapiedauer angepasst werden, oder es muss eine Verlängerung der Thera-

piemaßnahme beim Kostenträger beantragt werden. Sollen Patientinnen und Patienten die Regeltherapiedauer durchlaufen oder benötigen sie individuell länger bis zur Erreichung der Therapieziele, muss eine weitere Kostenübernahme beantragt werden. Somit bedeuten die Verschiedenheit und generelle Verkürzung der vom Kostenträger bewilligten Drogenbehandlungen für die Rehabilitationseinrichtungen einen deutlichen bürokratischen Mehraufwand.

### Berichtspflicht gegenüber der Strafvollstreckungsbehörde

Ebenso wie in den Interviews mit den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern wurde auch in den Interviews mit den Rehabilitationseinrichtungen die Ausführlichkeit der Stellungnahme an die Strafvollstreckungsbehörde kontrovers diskutiert. Von einzelnen Rehabilitationseinrichtungen wurde geschildert, dass die Strafvollstreckungsbehörde den Entlassungsbericht zu der Patientin oder dem Patienten anfordert. Keine der befragten Einrichtungen kommt dieser Aufforderung nach, da der Entlassungsbericht detaillierte patientenspezifische Informationen enthält und als Eigentum der Leistungsträger betrachtet wird, bzw. aus datenschutzrechtlichen Gründen eine Weitergabe nicht zulässig ist. Der Strafvollstreckungsbehörde wird ausschließlich eine Stellungnahme ausgehändigt, wobei diese je nach Rehabilitationseinrichtung unterschiedlich knapp oder auch umfassend ist. Zumeist wurde geäußert, dass die Stellungnahme eine halbe Seite lang ist und eine Kurzzusammenfassung zur Therapiebeendigung beinhaltet.

*„Halbe Seite. Wir schreiben dann da rein, dass sie die Therapie regulär abgeschlossen haben. Dass sie an den Therapieangeboten aktiv teilgenommen haben. (...) Und welche Empfehlungen wir ausgesprochen haben. Und dann kommt da noch so ein Satz hin, wenn sie das, was wir vorschlagen weiter in Anspruch nehmen, dann ist die Prognose vorsichtig günstig. Das ist die Standardformulierung“ (REHA 9).*

Alle Interviewpartner bestätigten, in der Stellungnahme an die Strafvollstreckungsbehörde auch Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen auszusprechen. Welche Maßnahmen empfohlen werden, hängt von dem individuellen Therapieverlauf und dem Bedarf nach einer weiteren Unterstützung ab. Somit kann die Empfehlung lauten, eine Adaption aufzunehmen, eine ambulante Rehabilitation zu beginnen oder Kontakt mit einer Drogenberatungsstelle zu halten. Die abgegebenen Empfehlungen sind fachlich begründet, wobei einem Teil der Interviewpartner durchaus bewusst ist, dass die Empfehlungen in die Bewährungsaufgabe eingehen und damit rechtlich bindend sind. Ein Verstoß gegen diese Auflage birgt das Risiko der Wiederinhaftierung.

*„Das ist dann ja schwierig, wenn jemand schon seit einiger Zeit drogenfrei lebt, und dann plötzlich Bescheid kriegt, sie müssen jetzt aber eine Nachsorge machen, und wenn sie es nicht machen, gehen sie bitte schön in Haft. (...) Wir wollen ja keinem schaden mit diesen Bewertungen“ (REHA 5).*

Aus Sicht der Strafvollstreckungsbehörde ist die weitere Prognose eines Patienten nach Therapiebeendigung von großer Wichtigkeit, um über die Art der Aussetzung des Strafrestes zur Bewährung zu entscheiden. Von den befragten Rehabilitationseinrichtungen wird die Anfrage der Strafvollstreckungsbehörde, eine Prognose zur zukünftigen Straffälligkeit und Abstinenz



abzugeben, unterschiedlich behandelt. Der Umgang mit der Thematik „Prognose“ umfasst das Spektrum von einer „therapeutisch begründete Prognose abzugeben“ über „sich bei dem Prognosegeschäft sehr, sehr bedeckt zu halten“ bis hin zur der Auffassung, dass eine Abgabe einer Prognose „unseriös und fachlich inkompetent“ wäre.

*Und wir werden öfter nach der Therapie angefragt, eine Prognose abzugeben, die halten wir aber sehr kurz (...) Also wir versuchen eher das Positive herauszustellen, und wenn es nix Positives gibt, dann sagen wir nix“ (REHA 3).*

*Es gibt ja schon Indikatoren für eine günstige Prognose. Wenn man den Prognosebegriff jetzt mal mehr als „wir glauben“ interpretiert, dann ist es günstig, wenn jemand wieder Arbeit hat, wenn man ein soziales Umfeld hat, das nicht szeneeidentisch ist (...) Wir versuchen diese klassischen Indikatoren durchzuführen, und sagen dann: Das ist zumindest nach jetzigen vorliegenden Bedingungen eigentlich eine günstige Prognose“ (REHA 6).*

### 9.2.5 Gegenwärtige Herausforderungen

Zu den gegenwärtigen Herausforderungen, die von den Interviewpartnern genannt wurden, zählen insbesondere die kostendeckende Belegung ihrer Einrichtung, der Umgang mit der veränderten Therapiedauer sowie die Anforderungen an neuen Standards für Rehabilitationseinrichtungen.

Da die Tagessätze in den meisten Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation je nach Verhandlung mit dem Kostenträger bei durchschnittlich etwa 105 Euro liegen, arbeiten die Einrichtungen nur bei einer Belegung von nahezu 100% kostendeckend. Wird eine abstinentenorientierte Drogentherapie weniger nachgefragt, ist eine entsprechende Auslastung nicht mehr gesichert. So wurde von einer der interviewten Rehabilitationseinrichtungen geschildert, deswegen bereits die Anzahl der Therapieplätze reduziert zu haben.

*„Also wir sind von 38 auf 30 Plätze runtergegangen, weil die Vollaustattung nicht gegeben war. Insgesamt sind es weniger Leute, die Therapien machen“ (REHA 4).*

Schwierigkeiten mit der Auslastung entstehen auch, wenn Patientinnen und Patienten die Therapie nicht antreten, obgleich ihnen ein Therapieplatz zugesagt wurde. Ein Interviewpartner berichtete, dass der Anteil an Nicht-Antritten im Vorjahr bei 30 % lag und somit die kostendeckende Belegung gefährdet ist. Gemessen an ihrem Anteil von 35-45 % stellt die Aufnahme von Drogenabhängigen nach § 35 BtMG einen immensen Wirtschaftsfaktor dar. Würden der Anteil an diesen Patientinnen und Patienten erheblich sinken, wären die Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr existenzfähig.

*„Der Anteil ist so erheblich. Wenn wir entschließen würden, nicht mit 35er Patienten zu arbeiten, dann wären wir von jetzt auf gleich tot! Dann würden wir nicht existieren. Definitiv!“ (REHA 3).*

Die über die Jahre beständige Verkürzung der Therapiedauer wurde von den Befragten unterschiedlich bewertet. Grundsätzlich bestand Einigkeit darin, eine früher übliche Dauer der stationären Drogentherapie von 18 Monaten als zu lang zu beurteilen. Um dem Behandlungsauftrag zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und gesellschaftlichen Integration nachzukommen, wird eine Therapiedauer als ausreichend angesehen, die die Entwöhnung und Adaption umfasst.

Aus diesem Grund wird den meisten Patientinnen und Patienten auch nahegelegt, im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung in die Adaption zu wechseln, so dass die gesamte Rehabilitationsmaßnahme eine Dauer von 10 Monaten hat. Ein Therapiekonzept, das eine Regeltherapiedauer von 6 plus 4 Monate vorsieht, ist jedoch nicht immer kompatibel mit der Therapiedauer, die von den Kostenträgern bewilligt wird. Bei einer Diskrepanz zwischen der konzeptionell festgelegten Therapiedauer und der finanzierten Therapiedauer dürfte entweder die Einrichtung nicht mehr von dem Kostenträger belegt werden oder aber die Beantragung einer Therapieverlängerung ist der Kostenbewilligung bereits immanent.

*„Was ich erkennen kann ist, dass die 18 Monate früher manchmal zu lang waren. Ich glaube, 6 Monate sind sehr kurz. Wenn eine Adaption plus vier Monate dazukommt, ist es ausreichend, jemanden sozial und beruflich zu integrieren. Und das ist ja unser Behandlungsauftrag“ (REHA 7).*

*„Unsere Konzepte werden ja immer eingefordert und geprüft. Wenn dann von dem Leistungsträger gesagt wird, wir streichen 2 Wochen, dann müssen alle neue Konzepte schreiben für die 24 Wochen Behandlung. Dann dürfen die Einrichtungen, die ein 26-wöchiges Behandlungskonzept haben, nicht belegen. Oder aber sie müssen zugestehen, dass dann für 2 Wochen ein Verlängerungsantrag geschrieben wird“ (REHA 1).*

In einigen Interviews wurde thematisiert, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund sehr hohe Standards für die Qualität der Rehabilitation formuliert, welche für einige Rehabilitationseinrichtungen nur schwer umzusetzen sind. So wird in dem Anforderungsprofil an die stationäre medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen definiert, welche personellen und räumlichen Voraussetzungen in den Einrichtungen vorhanden sein müssen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010). Dazu gehört beispielsweise eine ärztliche Leitung mit einer Facharztanerkennung für Psychiatrie und Psychotherapie und die Unterbringung der Patientinnen und Patienten in einem Doppelzimmer oder Einzelzimmer mit Nasszelle. Des Weiteren wurde eine Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) vorgenommen, die unter anderem Angaben zu Berufsgruppen, Indikationsstellung und Gruppenstärke enthält. Einige der bestehenden Rehabilitationseinrichtungen stehen somit unter dem Druck, diesen Standards zu entsprechen, da sie ansonsten von den Kostenträgern nicht mehr belegt werden. Aus Sicht der Befragten ist eine Umsetzung der Standards nur in großen Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 50 Betten finanziell realisierbar. Damit gehören kleine Drogentherapieeinrichtungen zum „Auslaufmodell“, zumal auch in den vorhandenen Gebäuden Veränderungen zur Aufstockung der Bettenzahl und zur Einrichtung von Zimmern mit eigener Nasszelle nicht möglich sind. Die stationäre medizinische Rehabilitation soll zukünftig auf einem einheitlichen und standardisierten Rehabilitationsmodell basieren. Damit geht die Vielfältigkeit in den Angeboten der stationären medizinischen Rehabilitation für Drogenabhängige verloren.

### **9.2.6 Vernetzung zwischen Drogenhilfe und Strafvollstreckungsbehörde**

Aus Sicht der interviewten Rehabilitationseinrichtungen haben sich die Kontakte zu den Strafvollstreckungsbehörden merklich verändert, seitdem nicht mehr Staatsanwältinnen und Staatsanwälte sondern Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger für die Bearbeitung von Anträgen auf

Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zuständig sind. Zum einen werden seitdem vermehrt das Therapiekonzept oder weitere Informationen zu der Therapieeinrichtung angefordert. Zum anderen haben einige Befragten geschildert, dass sie die Rechtspflegerinnen und -pfleger als unsicher erleben. Die wahrgenommene Unsicherheit begründet ihrer Ansicht nach einen restriktiveren Umgang mit der Entscheidung, einer Therapiemaßnahme gemäß § 35 BtMG zuzustimmen. Nach Einschätzung der Befragten wollen die zuständigen Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger vermeiden, dass sie eine falsche Entscheidung treffen und ihnen die Akte erneut zur Bearbeitung vorliegt.

*„Die Rechtspfleger sind jetzt die kleinen Staatsanwälte. Die Staatsanwälte haben viel Macht und viel Selbstbewusstsein. (...) Die Rechtspfleger sind wahrscheinlich sehr gesetzestreu und wollen keinen Fehler machen, weil sie noch einen Staatsanwalt über sich haben, der sie kontrolliert“ (REHA 3).*

Insgesamt besteht bei einigen Rehabilitationseinrichtungen der Eindruck, dass sich die Voraussetzungen für die Strafzurückstellung nach § 35 BtMG mit der Zuständigkeit der Rechtspflegerinnen und -pfleger verschärft hat. Zugleich ist den befragten Rehabilitationseinrichtungen auch klar, dass die Haltung der Rechtspflegerinnen und -pfleger individuell verschieden ist und oftmals von dem jeweiligen Verständnis von Sucht abhängt. Auf großes Unverständnis trifft allerdings, wenn seitens der Strafvollstreckungsbehörde Auskünfte zu einzelnen Patienten verlangt werden, welche der Schweigepflicht unterliegen. Für die Befragten ist es auch irritierend, dass die Rechtspflegerin oder der Rechtspfleger bei einer unplanmäßigen Therapiebeendigung detaillierte Nachfragen hat und die Gründe für eine solche Beendigung implizit unterschiedlich gewichtet werden. Dass die Begründung für eine disziplinarische Entlassung von den Rechtspflegerinnen und -pflegern verschieden bewertet wird, bestätigte sich auch in den Interviews mit diesen Fachkräften. Ein erneuter Konsum illegaler Drogen gilt als ein schwerwiegender Entlassungsgrund als ein anderer Regelverstoß.

*„Nachfragen kommen ausschließlich zu den irregulären Behandlungsenden. Da wird sehr genau nachgefragt – also sehr detailliert. Offensichtlich auch noch mal sehr wohlwollend geprüft, ob es ein einvernehmliches Behandlungsende war, oder welche disziplinarischen Begründungen wir anführen. Also Suchtmittelkonsum scheint etwas zu sein. Aber Regelverstöße, die ja bei uns auch zu einer disziplinarischen Entlassung führen kann, scheint zumindest bei der Art wie gefragt wird einen Unterschied zu machen“ (REHA 1).*

Anders als zu Zeiten, in denen Staatsanwälte und Staatsanwältinnen für die Erledigung von Verfahren nach § 35 BtMG zuständig waren, ist heute eine erheblich größere Anzahl an Personen in der Strafvollstreckungsbehörde zuständig. Aufgrund dessen gestaltet sich die Kooperation zwischen Rehabilitation und Strafvollstreckungsbehörde insgesamt schwieriger, denn beide Seiten kennen sich nicht mehr persönlich.

*„Vorher gab es vier, fünf Staatsanwälte, und mit denen hat man gesprochen. Da hat man sich quasi gekannt. Und damit war auch die Frage der Würdigung der unterschiedlichen Arbeitsaufträge, die jeder hatte, klar. Oder wir haben sie eben eingeladen, die haben sich die Einrichtung angeguckt. Sie haben gesehen, wie wir arbeiten, und das hat zur gegenseitigen Akzeptanz eigentlich sehr beigetragen“ (REHA 4).*

Der Austausch über die jeweilige Arbeitsweise im persönlichen Kontakt fehlt gegenwärtig, obgleich die Erfahrungen vorliegen, dass ein solcher Austausch die gegenseitige Akzeptanz fördert. Gegenwärtig – so die Aussage der meisten Interviewpartner – beschränken sich die Kontakte zu den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern auf Briefe, Faxe und Telefonate. Vereinzelt wird in einem interdisziplinären Arbeitskreis auch die Drogentherapieeinrichtung vorgestellt, was allerdings mit dem Eindruck verbunden ist, dass auf Seite der Strafvollstreckung wenig Wissen über die Arbeitsweise in der Rehabilitation vorhanden ist.

Insgesamt verdeutlichen die Interviewaussagen, dass von einer Vernetzung und einer funktionierenden Kooperation zwischen der Rehabilitation und der Strafvollstreckung nicht die Rede sein kann. Auf Seite der Drogentherapie dominiert der Eindruck, dass die Strafvollstreckungsbehörde zunehmend detailliertere Informationen verlangt, die der therapeutischen Vertraulichkeit und dem Datenschutz unterliegen. Das schafft nicht nur Unverständnis, sondern auch Misstrauen gegenüber den Anfragen durch die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger. Hier ist noch viel gegenseitige Aufklärung über die jeweiligen Hintergründe von Anfragen und Stellungnahmen auf beiden Seiten nötig, um die Kooperation zu verbessern.

## 10 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

In der Studie standen drei zentrale Fragestellungen zur Rehabilitation von Drogenabhängigen gemäß § 35 BtMG im Mittelpunkt, die aus unterschiedlichen Perspektiven und auf Basis verschiedener Datenquellen untersucht wurden. Zum einen wurde der Frage nachgegangen, ob in den letzten 10 Jahren ein rückläufiger Trend in der Anwendung des § 35 BtMG zu beobachten ist. Dazu wurden Rechtspflegestatistiken sowie Daten aus der ambulanten und stationären Suchthilfe ausgewertet. Zum anderen wurde untersucht, ob sich Drogenabhängige mit einer justiziell bedingten Therapie nach § 35 BtMG in bestimmten Merkmalen von denjenigen unterscheiden, die andere justizielle Auflagen oder keine Auflagen haben. Ein Vergleich dieser drei Gruppen wurde auf Grundlage von Hamburger Daten der ambulanten Suchtkrankenhilfe (BADO Hamburg) und der stationären Rehabilitation für die Jahre 2010 und 2011 vorgenommen. Bei der dritten Fragestellung ging es um die Wirksamkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die Art der Therapiebeendigung. Die Wirksamkeit wurde im Vergleich von zwei Gruppen untersucht; einer Gruppe mit § 35 BtMG und einer Gruppe aus allen anderen Patientinnen und Patienten. Grundlage für den Gruppenvergleich waren die Daten zur Art der Therapiebeendigung von drei Bundesländern – NRW, Schleswig-Holstein und Hamburg. In diesen drei Bundesländern wurden auch persönliche Interviews mit Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern in Staatsanwaltschaften (Köln, Lübeck, Hamburg) sowie mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Rehabilitationseinrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen geführt, um die Erfahrungen aus der Praxis zu explorieren.

Im Folgenden sind die zentralen Ergebnisse zusammengefasst.

### 10-Jahres Trend bei der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG

- Die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in eine Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB ist von 2001 bis 2011 enorm angestiegen; im Zeitraum von 10 Jahren hat sich die Unterbringung § 64 StGB bei männlichen Verurteilten nahezu verdoppelt und bei weiblichen Verurteilten sogar vervierfacht.
- Nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme werden Drogenabhängige zunehmend einer Bewährungshilfe gemäß §§ 35, 36 BtMG unterstellt, was nach Auskunft der interviewten Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger durch die deutlich verringerte Dauer der stationären Drogentherapie begründet ist. Der Anteil an Bewährungsunterstellungen im Anschluss an die Rehabilitation hat sich zwischen 2001 und 2010 mehr als verfünffacht.
- Der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ ist eigentlich in dem vorläufigen Absehen von der Erhebung der Anklage gemäß §§ 37, 38 BtMG verwirklicht. Der Anteil an solchen Entscheidungen ist jedoch von 2001 bis 2011 um 76 % zurückgegangen.
- Im Hinblick auf die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zeigt sich kein eindeutiger Trend. So unterliegen die Entlassungen aus dem bundesweiten Justizvollzug zum Antritt einer Therapie nach § 35 BtMG zwar Schwankungen, weisen aber keine eindeutige Tendenz auf. Ein ähnliches Bild vermitteln auch die Daten aus der stationären und ambulan-

ten Suchthilfe. Der Anteil an Patienten und Patientinnen, die eine stationäre Rehabilitation nach § 35 BtMG aufgenommen haben, variiert im Beobachtungszeitraum von 20 % bis 43 %. In der ambulanten Suchthilfe hat eine Betreuung oder Behandlung nach §§ 35,37 BtMG kaum Bedeutung. Von den in 2002 bis 2011 insgesamt 50.229 ambulant Betreuten in Hamburg fanden lediglich 3-6 % der Betreuungen gemäß §§ 35,37 BtMG statt.

## **Merkmale von Drogenabhängigen in Behandlung im Vergleich von drei Gruppen**

### Ambulante Suchthilfe

- Im Bereich der Hamburger ambulanten Suchthilfe bezog sich die Auswertung auf 16.097 Personen mit einem problematischen Cannabis-, Opiat- oder Kokainkonsum.
- Im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen waren die Klientinnen und Klienten in der § 35, 37 BtMG-Gruppe mit 36,6 Jahren deutlich älter und hatten primär einen problematischen Heroinkonsum (80 %). Die meisten der ambulant Betreuten hatten keinen Migrationshintergrund (72 %). Wenn ein Migrationshintergrund vorliegt, dann insbesondere in den beiden Gruppen mit justiziellen Problemen (38-40 %). Im Hinblick auf die gesundheitliche Situation war auffällig, dass die §§ 35, 37 BtMG-Gruppe mit knapp 51 % am stärksten von einer Infektion mit HCV betroffen war (21,1 % in der Gruppe mit justiziellen Auflagen).
- Fast alle Personen mit justiziellen Problemen sind jemals gerichtlich verurteilt worden, während dies bei 63 % derjenigen ohne justizielle Probleme der Fall war. In der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe führten die Verurteilungen bei 93% zu einer Inhaftierung im Strafvollzug. Von den Betreuten mit justiziellen Auflagen waren drei Viertel der Personen bereits im Strafvollzug untergebracht. Bei denjenigen ohne justizielle Auflagen mündeten die Verurteilungen bei der Hälfte der Personen in einer Haftstrafe. In dieser Gruppe war die Gesamthaftdauer mit durchschnittlich 22,5Monate deutlich geringer als in den beiden anderen Gruppen. Die Betreuten in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe wiesen mit durchschnittlich 48,4 Monate die höchste Gesamthaftdauer auf.
- Etwa die Hälfte der Betreuten war bereits in einer Substitutionsbehandlung (49,4 %), wobei insbesondere diejenigen aus der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe jemals eine Substitutionsbehandlung aufgenommen haben (69,8 %). In den letzten 60 Tagen vor Betreuungsbeginn hat die überwiegende Mehrheit der Klientinnen und Klienten in der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe irgendeine Hilfemaßnahme in Anspruch genommen (86,4 %). Demgegenüber haben nicht einmal bei der Hälfte der Betreuten in der Gruppe mit justiziellen Auflagen Hilfen genutzt (48,5 %). Bei der Art der vorangegangenen Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahmen zeigen sich ebenfalls signifikante Gruppenunterschiede. So befanden sich diejenigen aus der §§ 35, 37 BtMG-Gruppe zu 27 % in einer stationären medizinischen Rehabilitation (7-11% in den beiden anderen Gruppen).

### Stationäre Entwöhnungsbehandlung und Adaption

- In 2010 und 2011 haben 254 Patientinnen und Patienten die Entwöhnungsbehandlung inklusive Adaption in den Hamburger Einrichtungen ‚Projekt Jork‘ oder ‚Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften‘ beendet. Nur 13 % der Therapiebeender hatte keinen justiziellen Druck und 43 % hatten eine strafrechtliche Grundlage nach § 35 BtMG.
- Im Mittel waren die Therapiebeender seit 15,3 Jahren drogenabhängig; hierbei gab es keine Gruppenunterschiede. Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit (80 %) und nicht mehr als 36 % haben einen Migrationshintergrund. Ist letzterer vorhanden, dann besonders häufig in der § 35 BtMG-Gruppe im Vergleich zu der Gruppe ohne justiziellen Druck (45 % vs. 21 %).
- Nahezu alle Patientinnen und Patienten mit justiziellen Problemen wurden bereits jemals gerichtlich verurteilt, wobei die Verurteilung mindestens einmal zu einer Unterbringung im Strafvollzug geführt hat. Im Unterschied dazu wurden diejenigen ohne justiziellen Druck zu 73% verurteilt, wobei in die Verurteilung in 54% der Personen in eine Haftstrafe resultierte. Die Gesamtdauer der Unterbringung in Strafhaft betrug im Mittel 51,2 Monate. Im Gruppenvergleich hatte die § 35 BtMG-Gruppe die längste Haftdauer und war im Mittel 55,7 Monate in einer Strafvollzugsanstalt untergebracht.
- Vor dem Therapieantritt hat die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten eine andere Drogenbehandlung in Anspruch genommen. In knapp 85 % bestand die vorherige Behandlung in einer Entzugsbehandlung und in 69 % in einer Substitutionsbehandlung. Des Weiteren waren 66 % bereits zuvor in einer stationären Therapie und sind somit Therapie-wiederholer. Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich bei der Inanspruchnahme einer Entzugsbehandlung. Diejenigen aus der § 35 BtMG-Gruppe waren im Mittel 4-5-mal in einer Entzugsbehandlung waren, wohingegen das bei denjenigen ohne justizielle Probleme 7-8-mal der Fall war. In der § 35 BtMG-Gruppe fand die letzte Entzugsbehandlung zu 42 % im Gefängnis statt.

### **Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation im Vergleich von zwei Gruppen**

- Die Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation wurde anhand der regulären und unplanmäßigen Beendigung untersucht. Basis für die Auswertung sind die Therapiebeendigungen in den Jahren 2010 und 2011, die im Vergleich von zwei Gruppen betrachtet wurden: der Gruppe mit § 35 BtMG und der Gruppe aus allen anderen Therapiebeendern (ohne § 35 BtMG).
- Unter Berücksichtigung der Daten mehrerer Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich, dass von insgesamt 1.231 Patientinnen und Patienten 50,4 % aus der § 35 BtMG-Gruppe die stationäre Drogentherapie regulär beendet haben. Demgegenüber lag der Anteil der regulären Beendigungen in der Gruppe ohne § 35 BtMG bei 43,0 %. Zugleich liegt der Anteil an planmäßigen Therapiebeendigungen hier deutlich unter dem Anteil, der beispielsweise von „BUSS“ ermittelt wurde. Deren Daten zufolge wurden in 2011 insgesamt 56,0 % aller drogenabhängigen Patientinnen und Patienten planmäßig entlassen.

- Wird die stationäre Drogentherapie unplanmäßig beendet, dann zumeist, weil diese von den Patientinnen und Patienten selbst abgebrochen wird. Im Gruppenvergleich kommt ein Therapieabbruch seltener bei denjenigen vor, die eine Therapie nach § 35 BMG begonnen haben; 16 % bis 33 % vs. 40 % bis 43 % bei denjenigen ohne diesen Justizdruck.
- Basierend auf den Hamburger Daten zu 254 Therapiebeendern verdeutlichte die Auswertung, dass fast 65 % der Behandelten nach der Entwöhnung in die Adaption wechselten. Etwas mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen hat die Entwöhnungsbehandlung inklusive Adaption regulär beendet. Die reguläre Beendigung der Rehabilitation erfolgte im Mittel nach 35 Wochen bei denjenigen ohne § 35 BtMG und nach 30 Wochen bei denjenigen mit § 35 BtMG. Ein Abbruch der Entwöhnungsbehandlung fand zumeist in der 8. bis 11. Therapiewoche statt.

## **Ergebnisse der Interviews**

### Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger in der Staatsanwaltschaft in Lübeck, Köln und Hamburg

- Zur Bearbeitung eines Antrages auf Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG prüfen die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger nicht nur das Gerichtsurteil, sondern den gesamten Akteninhalt. Dabei werden die vorliegenden Informationen tendenziell wohlwollend im Sinne der Bewilligung einer Rehabilitation nach § 35 BtMG geprüft.
- Übereinstimmend berichteten die Befragten, sich um eine zügige Bearbeitung der Anträge zu bemühen. Der Zeitraum für die Bearbeitung ist unterschiedlich und hängt auch von der Priorisierung dieser Anträge ab. So werden in der Staatsanwaltschaft in Lübeck alle Verfahren nach § 35 BtMG als Eilverfahren bearbeitet.
- Die Kausalität zwischen Drogenabhängigkeit und Straftat wird offenbar selten bereits im Gerichtsurteil explizit angeführt. Um die Kausalität festzustellen, werden die konkreten Lebensumstände der Verurteilten und die Hintergründe der Tat berücksichtigt. Eine restriktive Auslegung des Kausalzusammenhanges lässt sich auf Grundlage der Interviews nicht feststellen.
- Grundsätzlich werden alle stationären Therapieeinrichtungen akzeptiert, die eine Anerkennung nach § 35 BtMG haben. Ob diese Anerkennung zwingend vorhanden sein muss, wird von den jeweiligen Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern durchaus unterschiedlich beurteilt. Von der Zustimmung zu ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 35 BtMG berichteten lediglich die Befragten aus Köln.
- Welche Auflagen im Zusammenhang mit der Strafrestausssetzung nach §36 BtMG im Anschluss an die Therapiebeendigung gemacht werden, ist von den Empfehlungen der Rehabilitationseinrichtungen abhängig. Strafvollstreckungskammer und Gericht begreifen sich als Laien und folgen diesen Empfehlungen. Aufgrund der zunehmend verkürzten Therapiedauer wird allerdings in den meisten Fällen eine Bewährungshilfe angeordnet.
- Aus Sicht der Befragten bestehen zwischen der Staatsanwaltschaft und der örtlichen Drogenhilfe gute Kontakte. Die Art der Kooperation mit der Drogenhilfe ist allerdings bei den



Staatsanwaltschaften unterschiedlich. In Lübeck stehen die Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger in engem Kontakt mit der örtlichen Drogenberatungsstelle und alle Personen kennen sich auch persönlich. Das ist in größeren Ballungsräumen wie Hamburg und Köln schwerer zu realisieren.

#### Fachkräfte aus 10 stationären Rehabilitationseinrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen

- Den Erfahrungen der Befragten nach hat sich die Anzahl der Therapieantritte gemäß § 35 BtMG in den letzten Jahren nicht verändert und liegt – mit Schwankungen – zwischen 30 % bis 45 %. Allerdings wird beobachtet, dass die Nachfrage nach einer abstinenzorientierten Drogentherapie insgesamt sinkt, was auch an der Ausweitung der Substitutionsbehandlungen liegt.
- Allen Einrichtungen ist daran gelegen, den Anteil an Therapieaufnahmen gemäß § 35 BtMG zu begrenzen, um der Bildung von Patientengruppen mit gefängnispezifischen Machtstrukturen vorzubeugen. Im Zusammenhang mit dem Therapieverlauf sind jedoch nicht die justiziellen Probleme von Bedeutung, sondern die biographischen Hintergründe eines Patienten sind entscheidend. So gelten Personen mit sehr langen Gefängnisaufenthalten, einer langjährigen Straffälligkeit und schweren Delikten wie Körperverletzung oder Totschlag als schwierige Patienten.
- Eine Gesamttherapiedauer von 6 Monaten Entwöhnungsbehandlung plus 4 Monate Adaption wird als ausreichend beurteilt, um dem Behandlungsauftrag zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und sozialen Integration nachzukommen. Die Erfahrungen mit der Übernahme der Kosten für diese Behandlungsdauer sind je nach Einrichtung unterschiedlich. Zugenommen hat die Notwendigkeit, eine Therapieverlängerung bei dem Leistungsträger zu beantragen, da die Kostenbewilligungen in der Regel eine kürzere Therapiedauer abdecken.
- Die Kontakte zur Strafvollstreckungsbehörde beschränken sich bei den meisten Rehabilitationseinrichtungen auf das dienstlich Notwendige. Zumeist kennen die Fachkräfte aus den Rehabilitationseinrichtungen die zuständigen Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger nicht persönlich. Hinzu kommt, dass die von der Strafvollstreckungsbehörde zunehmend angefragten „Entlassungsberichte“ und Stellungnahmen zur weiteren Prognose einer guten Kooperation mit dieser Behörde im Wege stehen. Entlassungsberichte unterliegen dem Datenschutz und Prognosen werden von den meisten Rehabilitationseinrichtungen nur ungern erstellt. Üblich ist, eine Stellungnahme zur Art der Therapiebeendigung und den Empfehlungen für weiterführende Hilfemaßnahmen an die Strafvollstreckungsbehörde zu schicken.

#### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Die Vorschrift des § 35 BtMG existiert bereits seit über 30 Jahren, so dass sowohl die Strafvollstreckungsbehörde als auch die Rehabilitationseinrichtungen längst ihre Routinen im Umgang mit dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ entwickelt haben. Zugleich haben beide Akteure eine

gewisse Skepsis gegenüber der Arbeitsweise des jeweilig anderen. So vermuten die Befragten aus den Rehabilitationseinrichtungen, dass die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen zum einen die Voraussetzungen für eine Zurückstellung nach § 35 BtMG streng prüfen, zum anderen aber großzügig in der Bewertung von Behandlungsabbrüchen sind. Auf der anderen Seite gibt es bei den Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern die Vorstellung, dass Patientinnen und Patienten mitunter wegen Nichtigkeiten aus der Rehabilitation disziplinarisch entlassen werden und mehr mit Rückfällen gearbeitet werden sollte.

Ein kritischer Punkt zwischen der Strafvollstreckungsbehörde und den Rehabilitationseinrichtungen stellt die Berichtspflicht im Zusammenhang mit einem Therapieantritt nach § 35 BtMG dar. Die befragten Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger argumentieren, möglichst umfassende Informationen zum Erfolg der Drogentherapie von den Rehabilitationseinrichtungen haben zu wollen, um dem Gericht Empfehlungen zur Strafrestaussetzung zur Bewährung zu übermitteln. Für die Entscheidung zur Bewährungsaufgabe wird deshalb auch eine Stellungnahme zur zukünftigen Prognose und den empfohlenen weiteren Hilfen von den Rehabilitationseinrichtungen gefordert. Aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen gehen die Forderungen der Strafvollstreckungsbehörde an den Berichtsumfang jedoch zu weit. Zum einen werden vertrauliche Informationen nachgefragt, die dem Datenschutz unterliegen. Zum anderen lehnen es einige therapeutische Fachkräfte ab, die zukünftige Straffreiheit und Abstinenz eines Patienten oder einer Patientin zu prognostizieren. Das Konfliktpotenzial zwischen Strafvollstreckungsbehörde und Rehabilitationseinrichtungen verdeutlicht, dass auf beiden Seiten eine Aufklärung zur Arbeitsweise und den Gründen für ihren jeweiligen Umgang mit dem Thema „Stellungnahme“ nötig ist.

Einigkeit herrscht in der Frage, dass eine Drogentherapie im Sinne der Resozialisierung besser ist als die weitere Unterbringung im Gefängnis. Einer Ausweitung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ stehen gegenwärtig zwei Entwicklungstendenzen entgegen. Erstens wird durch die Zunahme von Substitutionsbehandlungen eine geringere Nachfrage nach einer Abstinenztherapie beobachtet. Zweitens ist die Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB erheblich angestiegen, so dass weniger drogenabhängige Straftäter für eine Drogentherapie nach § 35 BtMG in Betracht kommen.

Aus den Auswertungen geht hervor, dass im Hinblick auf eine reguläre Therapiebeendigung die stationäre medizinische Rehabilitation bei Drogenabhängigen mit einem Therapieantritt gemäß § 35 BtMG mindestens genauso erfolgreich ist wie bei allen anderen Drogenabhängigen. Der justizielle Druck an sich hat keinen Einfluss auf die reguläre Beendigung der Drogentherapie. Allerdings wirkt sich eine hohe Haftbelastung ungünstig auf den Therapieverlauf aus. Dieses Ergebnis spricht dafür, vorhandene Voraussetzungen zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 möglichst auszuschöpfen. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus der vorliegenden Untersuchung können in diesem Sinne folgende Empfehlungen abgeleitet werden.

1. Die externe Sucht- und Drogenberatung nimmt eine wichtige Funktion ein, Inhaftierte bei der Beantragung der Strafzurückstellung nach § 35 BtMG zu unterstützen. Bis es zu einem Kontakt mit der externen Drogenberatung kommt, dauert es in den meisten Bun-

desländern mehrere Wochen, wenn nicht Monate. Die Wartezeit bis zu einer Therapievermittlung sollte deutlich verkürzt werden, was beinhaltet, die Sucht- und Drogenberatungsangebote in den Haftanstalten auszubauen.

2. Die Praxis in einer Staatsanwaltschaft, grundsätzlich eine Stellungnahme der JVA zur Therapiemotivation des inhaftierten Drogenabhängigen einzuholen, ist fragwürdig. Fällt eine solche Stellungnahme negativ aus, kann das Gericht aufgrund dessen die Strafzurückstellung nach § 35 BtMG ablehnen, auch wenn alle anderen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Zudem ist die Erwartung kontraproduktiv, dass ein Inhaftierter zunächst an der Therapievorbereitung im Justizvollzug teilnehmen soll, um dann eine stationäre Drogentherapie nach § 35 BtMG zu beantragen. Die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an einer haftinternen Therapievorbereitung darf keine Voraussetzung für die gerichtliche Zustimmung zu einer Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG sein. Es wird daher empfohlen, auf die Berücksichtigung einer Stellungnahme der JVA zu verzichten.
3. Obgleich auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ möglich sind, machen die Strafvollstreckungsbehörden nur sehr zögerlich von dieser Möglichkeit Gebrauch. Bei den meisten Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger besteht eine große Skepsis, dass eine ambulante Rehabilitation nach § 35 BtMG zur Abstinenz führen kann. Vielmehr besteht die Vorstellung, dass im Rahmen einer ambulanten Therapie ein höheres Risiko besteht, wieder straffällig zu werden. Unter dem Gesichtspunkt der Evidenz gibt es keinen Grund, nur eine stationäre Drogentherapie als eine „der Rehabilitation dienende Maßnahme“ zu bewerten. Zukünftig sollte in den Strafvollstreckungsbehörden stärker im Einzelfall geprüft werden, ob eine stationäre oder ambulante Maßnahme besser geeignet ist. Dazu sind die zuständigen Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger gefordert, eine ambulante Rehabilitation nach § 35 BtMG nicht mehr nur als Ausnahme, sondern als eine gleichwertige weitere Behandlungsoption zu betrachten.
4. Die Beantragung und Bearbeitung einer Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG ist sehr aufwändig. Aus diesem Grunde ist es von Bedeutung, nicht unnötig Zeit und personelle Ressourcen für ein solches Verfahren aufzubringen, das aus verschiedenen Gründen keine Aussicht auf Erfolg hat. Ein sehr pragmatischer Umgang mit dieser Thematik hat sich in der Staatsanwaltschaft Lübeck etabliert. Dort prüfen die zuständigen Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger auf (telefonische) Anfrage von Inhaftierten oder Drogenberatung hin, ob und wann ein Antrag auf Strafzurückstellung nach § 35 BtMG gestellt werden kann. Diese Art der kurzen Vorabprüfung wird von allen Beteiligten als hilfreich und arbeitserleichternd erlebt. Das „Lübecker Modell“ ist auch für andere Staatsanwaltschaften zu empfehlen, da es pragmatisch und leicht im Arbeitsalltag umzusetzen ist.
5. Seitdem eine Vielzahl von Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern für die Bearbeitung von Anträgen auf eine Strafzurückstellung nach § 35 BtMG zuständig ist, sind auch die Haltungen zu dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ vielfältiger geworden. Aus diesem

Grunde ist auch die Kooperation zwischen Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern und Fachkräften aus den Rehabilitationseinrichtungen schwieriger geworden, zumal es kaum persönliche Kontakte gibt. Um gegenseitige Missverständnisse abzubauen und die Akzeptanz zu erhöhen, muss ein Weg geebnet werden, der den Austausch über die jeweilige Arbeitsweise und die Gründe für ein spezifisches Vorgehen ermöglicht. Das kann in Form eines Arbeitskreises von Drogenhilfe und Justiz (wie in Lübeck) erfolgen, oder indem Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger in die Einrichtung eingeladen werden. In welcher Form ein solcher Austausch organisiert wird, ist zweitrangig.

Der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ ist im eigentlichen Sinne nur in § 37 BtMG (Absehen von der öffentlichen Anklage) verwirklicht. Diese Vorschrift bedeutet, dass es nicht erst zu einer Verurteilung und Inhaftierung kommt, um dann aus der Haft heraus eine Drogentherapie nach § 35 BtMG zu beantragen. Vielmehr wird nach § 37 BtMG das Ermittlungsverfahren von der Staatsanwaltschaft vorläufig zugunsten einer Rehabilitationsmaßnahme eingestellt. In der Rechtspraxis findet der § 37 BtMG jedoch kaum Anwendung. Diese eigentliche Alternative zur Haft sollte zukünftig eine größere fachliche Aufmerksamkeit erfahren.

Die vorliegende Studie lässt einige brennende Fragen offen. So bleibt unklar, ob weniger Drogenabhängige zu einer Freiheitsstrafe verurteilt werden, die sie im Justizvollzug verbüßen, bzw. worin der Anstieg in der Unterbringung im Maßregelvollzug begründet ist. Zudem ist nicht zu beantworten, in welchem Umfang ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 BtMG in der Praxis vorkommen. Es ist unbestritten, dass externe Drogenberatungen eine wichtige Funktion bei der Therapievermittlung einnehmen. Über die Vermittlungstätigkeit im Hinblick auf Wartezeiten, Fallzahl und erfolgte Vermittlungen liegen jedoch so gut wie keine Informationen vor. Zu den genannten Themenbereichen besteht noch Forschungsbedarf.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (2011). Befragung von Patienten/innen in stationärer medizinischer Rehabilitation bei Drogenabhängigkeit, die aus dem Justizvollzug in die stationäre Therapie gewechselt sind. Köln, 29.07.2011.
- Böllinger, L., & Pollähne, H. (2010). Kommentierung zu § 64 StGB. In U. Kindhäuser, U. Neumann & H.-U. Paeffgen (Eds.), *Strafgesetzbuch Kommentierung* (Vol. 3. Auflage ). Baden-Baden: Nomos.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2011). Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2010. Stand: Juli 2011: [www.suchthilfe.de/](http://www.suchthilfe.de/).
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2012). Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2011. Stand: Juni 2012: [www.suchthilfe.de/](http://www.suchthilfe.de/).
- Dannhorn, R. (2012). Zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64). *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 8, 414-419.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2010). Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen M. P. Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 01.10.2010 - Dezernat 8023 (Ed.)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011). Stellungnahme Deutsche Rentenversicherung Bund (Ed.) *Antwort vom 31.10.2011 an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung*
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., & Schwehm, H. (2007a). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen („Drogenkatamnese“). Teil 1: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. *Sucht Aktuell*, 1, 41-47.
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., & Schwehm, H. (2007b). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen („Drogenkatamnese“). Teil 2: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. *Sucht Aktuell*, 2, 37-46.
- Franke, U., & Wienroeder, K. (Eds.). (2008). *Betäubungsmittelgesetz Kommentar* (Vol. 3. Auflage). Heidelberg: C.F. Müller Verlag.
- Gerasch, H. (2009). Die Vollstreckungsvorschriften der §§ 35, 36 BtMG und Probleme in der Praxis bei deren Anwendung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 302-308.
- Geyer, D., & Wernado, M. (2006). Indikationsgeleitete Therapiedauer in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. *Sucht aktuell*, 1, 73-75.
- Jehle, J.-M. (2007). Drogentherapie im strafrechtlichen Rahmen – die Zurückstellungslösung der §§ 35, 38 Betäubungsmittelgesetz. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Eds.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 1. Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie* (pp. 349-378). Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Katholnigg, O. (1981). Neue Verfahrensmaßnahmen in Betäubungsmittelstrafsachen. *Neue Zeitschrift für das Strafrecht*, 11, 417-421.

- Körner, H. H. (1998). Sonderfragen der Therapieüberleitung in Betäubungsmittel-Strafverfahren. In A. Kreuzer (Ed.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (pp. 1301-1328). München.
- Kornprobst, H. (2007). Kommentierung zu § 35 BtMG. In W. Joecks & K. Miebach (Eds.), *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band 5. Nebenstrafrecht I. Strafvorschriften aus: AMG, BtMG, GÜG, TPG, TFG, GenTG, TierSchG, BNatSchG, VereinsG, VersammlungsG, WaffG, KrWaffG, SprengG* (Vol. 1. Auflage). München.
- Künzel, J., Steppan, M., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Ambulante Behandlung und Beratung von Patienten mit einer Therapieauflage nach §35 BtMG. Kurzbericht NR.2/2011 – Deutsche Suchthilfestatistik 2009 (pp. 18). München: Institut für Therapieforschung.
- Kurze, M. (1994). *Strafrechtspraxis und Drogentherapie: eine Implementationsstudie zu den Therapieregelungen des Betäubungsmittelrechts* (Vol. Band 12). Wiesbaden: KrimZ.
- Lackner, K., & Kühl, K. (2011). *Strafgesetzbuch Kommentar* (Vol. 27. Auflage). München: C.H. Beck.
- Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern. (2004). Einspareffekte für die bayerische Staatsregierung durch die Vermittlung von inhaftierten Suchtmittelabhängigen in Medizinische Rehabilitation. Eine Kosten-Nutzen-Analyse *Projekt: Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)*. München: Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bayern (LAGFW).
- Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern. (2011). Problemanzeige Handlungsbedarf zu den Entwicklungen im Bereich § 35 BtMG *Brief vom 11.01.2011 an das Bayerische Staatsministerium für Justiz und für Verbraucherschutz*. München: Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bayern (LAGFW).
- Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg. (2010; 2011). Jahresstatistik der externen Suchtberatung im Strafvollzug *Suchthilfestatistik Baden-Württemberg*.
- Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V. (2005). Einspareffekte in Justizvollzugsanstalten durch Vermittlung von inhaftierten Drogenabhängigen in Medizinische Rehabilitation. Eine Kosten-Nutzen-Analyse für das Jahr 2004. Stuttgart: Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V.
- Landmann, W. (2011). Suchtarbeit im Strafvollzug braucht neue Übereinkunft *Condrobs News* (Vol. 2, pp. 4-4): [http://www.condrobs.de/fileadmin/user\\_upload/media/images/news/Condrobs\\_News\\_2\\_2011-1.pdf](http://www.condrobs.de/fileadmin/user_upload/media/images/news/Condrobs_News_2_2011-1.pdf).
- Laubenthal, K., & Nestler, N. (2010). *Strafvollstreckung*. Heidelberg: Springer.
- Patzak, J. (2012). Kommentierung zu § 35 BtMG. In H. H. Körner, J. Patzak & M. Volkmer (Eds.), *Betäubungsmittelgesetz Kommentar*. München: C.H. Beck.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., & Steppan, M. (2012). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 9). München: Institut für Therapieforschung.
- Problemanzeige der Sucht-Fachverbände. (18.02.2011). Das System der Suchtrehabilitation gerät massiv unter Druck! Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V (buss), Caritas Suchthilfe e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR),

- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS)
- Problemanzeige der Sucht-Fachverbände. (30.09.2010). Frühzeitige Herstellung des Krankenversicherungsschutzes bereits während der Haft für die Zeit nach der Entlassung. from Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V (buss), Fachverband Sucht e.V., Caritas Suchthilfe e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR), Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS)
- Röttle, R., & Wagner, A. (2009). *Strafvollstreckung* (Vol. 8.Auflage). München: C.H. Beck.
- Schöfberger, F. (2005). Zurückstellung nach § 35 BtMG und Vollstreckungsreihenfolge. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 8, 441- 443.
- Sonntag, D., & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht Sonderheft 2*, 46, 89-176.
- Statistisches Bundesamt. (2011). *Justiz auf einen Blick*. Ausgabe 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Volkmer, M. (2012). Kommentierung zu § 37 BtMG. In H. H. Körner, J. Patzak & M. Volkmer (Eds.), *Betäubungsmittelgesetz Kommentar*. München: C.H. Beck.
- von der Haar, M. (2012). §64 StGB in der Praxis - ein Überblick. *Suchttherapie*, 13(2), 58-65.
- Weber, K. (2009). *Betäubungsmittelgesetz Kommentar* (Vol. 3. Auflage). München: Beck.
- Wittmann, B. (2012). Zur forensischen Behandlung Drogenabhängiger. *Suchttherapie*, 13(2), 66-73.