

Suchtakademie Berlin-Brandenburg  
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Masterstudiengang Suchthilfe/Suchttherapie

## **Masterthesis**

# **Entwicklung der Abstinenzsicherheit von Rehabilitanden nach § 35 BtMG in der stationären Suchtrehabilitation**

Vorgelegt von Esther Jochum

Erstprüfer: Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch

Zweitprüfer: Prof. Dr. Rolf Jox

Matrikelnummer: 509119

Tag der Abgabe: 11.05.2016

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis .....	4
Tabellenverzeichnis .....	5
1. Einleitung .....	6
2. Problemlage und Rahmenbedingungen der Studie .....	10
2.1. Zuweisung zu Therapiemaßnahmen durch das Strafvollzugssystem .....	10
2.1.1. §§ 35, 36 BtMG.....	10
2.1.2. § 64 StGB.....	16
2.1.3. Bewährungsaufgaben und Weisungen nach §§ 56, 57 StGB.....	20
2.1.4. Internationale Vergleichsdimensionen.....	23
2.2. Abstinenz als Zielsetzung der Suchttherapie .....	25
2.3. Zum Zusammenhang Therapiemotivation/Abstinenzzuversicht .....	33
2.3.1. Zum theoretischen Modell der Abstinenzzuversicht.....	33
2.3.2. Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht – HEISA-38“ .....	35
2.3.3. Abstinenzzuversicht als Indikator für katamnestiche Abstinenz.....	37
2.4. Die DTZ Fachklinik LAGO.....	39
2.4.1. Daten und Fakten zur Einrichtung .....	39
2.4.2. Therapeutisches Setting, Therapieprogramm.....	41
2.4.3. Zahlen und Fakten zur Klientel.....	45
2.4.4. Rahmenbedingungen der konkreten Forschungsarbeit .....	46
2.5. Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Arbeit .....	47
3. Methode.....	48
3.1. Ableitung von Hypothesen .....	48
3.1.1. Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn .....	48
3.1.2. Abbruchwahrscheinlichkeit, Rehabilitanden mit/ohne § 35 BtMG .....	48
3.1.3. Wirkung der Therapie, Rehabilitanden mit/ohne § 35 BtMG.....	49
3.1.4. Abstinenzzuversicht bei Therapieende.....	49
3.2. Erhebungsmethodik .....	50
4. Ergebnisse .....	52
4.1. Beschreibung der Stichprobe .....	52
4.2. Abstinenzzuversicht zu Beginn der Therapie .....	62
4.3. Abbruchraten, Therapiedauer .....	62
4.4. Wirkung der Therapie .....	70
4.5. Abstinenzzuversicht am Ende der Therapie .....	71
5. Diskussion.....	72
5.1. Charakterisierung der Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG.....	72
5.1.1. Zur Frage der Abstinenzzuversicht und ihrer Dynamik.....	72

5.1.2.	Zur Frage der Abbruchrate .....	75
5.1.3.	Zur Frage der Therapieerfolge .....	77
5.1.4.	Zur Frage der Erfüllung der Gesamtzielsetzung von § 35 BtMG im Hinblick auf die Stichprobe.....	78
5.2.	Limitationen der Studie .....	80
5.2.1.	Hinsichtlich der Probandengruppe und Stichprobe.....	80
5.2.2.	Hinsichtlich des Erhebungsinstruments HEISA-38 .....	82
6.	Fazit.....	84
	Literaturverzeichnis .....	88
	Selbstständigkeitserklärung .....	95

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bewährungsunterstellungen im früheren Bundesgebiet nach §§ 35, 36 BtMG am 31.12. des angegebenen Jahres, 2001–2010 (Zurhold et al. 2013, 60).....	14
Abbildung 2: Durchschnittliche Verweildauer bei planmäßiger Entlassung aus der stationären Drogenrehabilitation in Tagen, 2009–2014. ....	15
Abbildung 3: Art der Therapiebeendigung von Rehabilitanden der stationären Suchtrehabilitation mit/ohne § 35, Anteile in Prozent.....	16
Abbildung 4: Bundesweiter Trend in Anwendung von §§ 35, 36 BtMG und § 64 StGB 2001–2011 (Zurhold et al. 2013, 62) .....	20
Abbildung 5: Klassische Zielpyramide in der Suchttherapie nach Körkel & Kruse 2000.....	30
Abbildung 6: Zielskala der Suchttherapie .....	31
Abbildung 7: Altersverteilung der Rehabilitanden nach § 35 BtMG (Testgruppe) .....	54
Abbildung 8: Altersverteilung Rehabilitanden ohne § 35 BtMG (Kontrollgruppe) .....	55
Abbildung 9: Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn, Mittelwerte aus HEISA-38 .....	62
Abbildung 10: Therapiebeendigung, Rehabilitanden nach § 35 BtMG, Angaben in Prozent .	63
Abbildung 11: Therapiebeendigung, andere Rehabilitanden, Angaben in Prozent .....	63
Abbildung 12: Reguläre Beendigung der Therapie, Prozentanteile nach Altersgruppen.....	66
Abbildung 13: Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn, abhängig von vorzeitiger/regulärer Beendigung. Mittelwerte aus HEISA-38 .....	68
Abbildung 14: Wirkung der Therapie auf die Abstinenzzuversicht, Zuwachs der Mittelwerte aus HEISA-38 .....	70
Abbildung 15: Abstinenzzuversicht bei Therapieende, Mittelwerte aus HEISA-38.....	71

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Maßnahmenpool der DTZ Fachklinik LAGO, medizinische Rehabilitation (nach Papke 2013, 37) .....	42
Tabelle 2: Maßnahmenpool der DTZ Fachklinik LAGO, indikative Angebote (nach Papke 2013, 38) .....	43
Tabelle 3: Exemplarischer Wochenplan für Rehabilitanden der Hauptphase .....	44
Tabelle 4: Rahmendaten zur Klientel der DTZ Fachklinik LAGO (nach Papke 2013, 80) .....	45
Tabelle 5: Demografische Rahmendaten der Rehabilitanden nach Gruppe .....	53
Tabelle 6: Therapeutische Rahmendaten der Stichprobe vor Beginn .....	58
Tabelle 7: Präferenzdrogen .....	60
Tabelle 8: Therapiebeendigung nach Ausbildungsabschluss, Rehabilitanden nach § 35 BtMG .....	64
Tabelle 9: Therapiebeendigung nach Therapieerfahrung, Rehabilitanden nach § 35 BtMG .....	65
Tabelle 10: Dauer regulär abgeschlossener Therapien .....	67
Tabelle 11: Mittelwerte HEISA-38 t <sub>0</sub> , mit/ohne § 35, reguläre/vorzeitige Beendigung .....	69

# 1. Einleitung

Zu Motivation und Erfolgsaussichten von Rehabilitanden, die auf Grundlage des § 35 BtMG (bzw. allgemeiner aufgrund einer Verweisung an eine Therapieeinrichtung durch das Strafvollzugssystem) eine Suchttherapie aufnehmen, bestehen in Forschung und therapeutischer Praxis unterschiedliche Einschätzungen. Eine Mehrheit von Studien geht davon aus, dass Rehabilitanden, die in Maßnahmen nach dem häufig so bezeichneten Grundsatz „Therapie statt Strafe“ eingebunden sind, eine geringere eigene Motivation haben, den Therapieprozess positiv zu gestalten (vgl. Ilgen et al. 2007; Schalast 2000; Heckmann 1997; Sickinger 1994; so auch die Ergebnisse aus ersten Evaluationen des Instrumentariums durch die Projektgruppe Rauschmittelfragen 1991 sowie Egg & Kurze 1989). Auch ihre Erfolgsaussichten, am Ende der Therapie über längere Zeit abstinent zu sein, schätzen sie zurückhaltend ein (vgl. Schalast 2000). Patienten mit einer bestehenden rechtlich problematischen Situation haben demzufolge auch höhere Abbruchraten als andere Patienten (vgl. Wiese 2012).

Auf der anderen Seite liegen Ergebnisse vor, die darauf hindeuten, dass gerade der vom Strafvollzugssystem ausgeübte institutionelle Druck auf die Rehabilitanden eine anfänglich geringere Motivation ersetzen kann, sodass letzten Endes die Ergebnisse (Verweildauer im Therapieprozess, positive Katamnese) denen anderer Rehabilitanden entsprechen (vgl. etwa die frühen Ergebnisse bereits von Egg 1993; Petry 1993; Schroeder 2002; Zurhold et al. 2013; Kiluk et al. 2015). Diese Vorstellung hat auch den Gesetzgeber bewegt, „Therapie statt Strafe“-Instrumente im Bereich der Betäubungsmittelkriminalität zu etablieren – die Aussetzung der Strafvollstreckung zugunsten von Therapiemaßnahmen nutzt dabei die Drohung, dass eine Strafe im Abbruchfall vollstreckt werden kann, als externale Stütze der Motivation (vgl. Weber 2013, Rn. 3).

Sowohl Skeptiker als auch Befürworter des Instrumentariums gehen davon aus, dass der Motivation der Rehabilitanden eine entscheidende Rolle für den Therapieausgang und die Erfolgsaussichten zukommt (vgl. Hauler 2015; Wiese 2012; Ilgen et al. 2005; Keller et al. 1999; Goldbeck et al. 1997; anders hingegen Schneider et al. 2002). Die Motivation wird jedoch wesentlich gesteuert von der Zuversicht der Rehabilitanden, einen erfolgreichen Therapieprozess absolvieren und an dessen Ende auch in kritischen Situationen abstinent bleiben zu können (Selbstwirksamkeitserwartung, vgl. Bandura 1977; in Bezug auf Suchterkrankungen und das vor allem im Bereich der Therapie von Alkoholerkrankungen entwickelte Maß der „Abstinenz-zuversicht“ nach Marlatt & Gordon 1985, vgl. Petry 1996; Schneider et al. 2002; Wiese 2012).

Ein wichtiges Ziel der Therapie ist daher die Steigerung dieser Zuversicht, die in diversen Studien als Prädiktor für eine längerfristige Abstinenz im Anschluss an die Therapie angesehen wird (vgl. Rist & Watzl 1983; Marlatt & Gordon 1985; Schindler et al. 1997; Schneider et al. 2002; Ilgen et al. 2005; Hauler 2015). Es wird davon ausgegangen, dass anhand der Abstinenzzuversicht der Rehabilitanden zu Beginn und am Ende der Therapie Aussagen zu den Ausgangsbedingungen bzw. zur Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen bei unterschiedlichen Rehabilitandengruppen getroffen werden können (vgl. die vor allem hinsichtlich stationärer Therapieformen positiven Ergebnisse bei Zingg et al. 2008; vgl. auch McKellar et al. 2008; Lindenmeyer 2013).

In Bezug auf Rehabilitanden nach § 35 BtMG stellt sich dabei die Frage, ob sich die Abstinenzzuversicht ähnlich entwickelt, wie es bei sonstigen Rehabilitanden der Fall ist. Potenzielle Differenzen in der Abstinenzzuversicht zu Beginn der Therapie versprechen Aufschluss über das Motivationslevel von Rehabilitanden nach § 35 BtMG im Vergleich zu sonstigen Rehabilitanden. Das Niveau der Abstinenzzuversicht am Ende der Therapie gibt darüber Aufschluss, ob sich vermutete Differenzen zu Therapiebeginn während der Therapie auflösen lassen oder ob Rehabilitanden nach § 35 BtMG eine geringere Abstinenzzuversicht aufweisen,

was für eine schlechtere Zukunftsprognose bzw. eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit sprechen würde.

Insgesamt wären aus diesen Ergebnissen Rückschlüsse über das Erreichen der mit § 35 BtMG verbundenen Ziele durch diese Maßnahmen sowie letztlich zur Sinnhaftigkeit des Instrumentariums „Therapie statt Strafe“ abzuleiten. Für die therapeutische Praxis in der stationären Suchtrehabilitation können sich hieraus Konsequenzen zum gewinnbringenden Umgang mit dieser Rehabilitandengruppe sowie zum Einsatz spezifischer diagnostischer und therapeutischer Instrumente ergeben.

Im Folgenden wird zunächst der in dieser Masterthesis bearbeitete Therapiebereich näher beschrieben und eingegrenzt. Hierzu wird eine Skizze der juristischen Rahmenbedingungen gegeben, die über die verschiedenen Möglichkeiten der Zuweisung zu Therapiemaßnahmen durch das Strafvollzugssystem in Deutschland sowie in Ansätzen auch zu internationalen Vergleichsdimensionen Auskunft gibt (Kapitel 2.1). Im Anschluss hieran beschäftige ich mich mit der Rolle der Abstinenz als Zielsetzung der Suchttherapie, die im Kontext der Suchtrehabilitation nach § 35 BtMG eine besondere Rolle spielt (Kapitel 2.2). In einem dritten Schritt gilt es, das Maß der Abstinenzzuversicht als eine besondere Ausprägung des Konzepts der Selbstwirksamkeitserwartung sowie das hier verwendete Messinstrument der „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ (HEISA) vorzustellen (Kapitel 2.3). Das Kapitel zu den Rahmenbedingungen schließt mit der Darstellung der Einrichtung, in der die Studie durchgeführt wurde, sowie einer Konkretisierung von Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Arbeit (Kapitel 2.4 und 2.5).

Der zweite Teil der Arbeit stellt die methodische Vorgehensweise näher dar. Hierzu wird im ersten Schritt auf die gebildeten Forschungshypothesen eingegangen (Kapitel 3.1), bevor dann die konkrete Durchführung der empirischen Arbeit skizziert wird (Kapitel 3.2).

Im Rahmen der Präsentation der Ergebnisse wird in einem ersten Schritt die Stichprobe der Rehabilitanden genauer charakterisiert (Kapitel 4.1), bevor dann die einzelnen Hypothesen



vor dem Hintergrund der gewonnenen Ergebnisse genauer geprüft werden (Kapitel 4.2–4.5). Im Anschluss daran werden die Ergebnisse diskutiert und im Hinblick auf die bestehende Forschung eingeordnet (Kapitel 5.1), bevor abschließend Limitationen der Studie aufgezeigt werden (Kapitel 5.2).

Die vorliegende Studie entstand im Rahmen meiner Tätigkeit als Suchttherapeutin in der DTZ Fachklinik LAGO, einer Einrichtung der stationären Suchtrehabilitation in Berlin-Wannsee in Trägerschaft des Drogentherapie-Zentrums Berlin e. V. Vor diesem Hintergrund sind auch Schlussfolgerungen für die therapeutische und diagnostische Praxis ein erwünschtes Ergebnis dieser Arbeit, die in bescheidenem Rahmen auch über die Erfolge der therapeutischen Anstrengungen dieser Einrichtung Auskunft gibt. Für die Freigabe der Rehabilitandendaten für mein Projekt durch den Träger und die Unterstützung meiner Kollegen – insbesondere Christoph Ickert und Dr. Angelika Papke – möchte ich mich an dieser Stelle recht herzlich bedanken.

## 2. Problemlage und Rahmenbedingungen der Studie

### 2.1. Zuweisung zu Therapiemaßnahmen durch das Strafvollzugssystem

#### 2.1.1. §§ 35, 36 BtMG

Das Instrumentarium der §§ 35, 36 BtMG besteht in der Bundesrepublik seit dem Jahr 1982. Lag der Schwerpunkt des Betäubungsmittelgesetzes bei seiner Einführung im Jahr 1971 noch auf einer Politik, die durch die durchgehende Kriminalisierung des Drogenkonsums der Absicht folgte, einer vermeintlichen „Drogenwelle“ Herr zu werden, hatte sich elf Jahre später immerhin insoweit ein Paradigmenwechsel ereignet, als es nun möglich wurde, nach dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ im Anschluss an eine Verurteilung eine Abwägung zu ermöglichen, ob therapeutische Maßnahmen je nach Fall womöglich mehr Erfolg versprechen, als es bei der bloßen Inhaftierung (bzw. der Durchführung von Therapiemaßnahmen im Kontext des geschlossenen Maßregelvollzuges oder innerhalb der Haft) der Fall wäre (vgl. Jakob et al. 2013, 47). Insofern trägt die Regelung der Erkenntnis Rechnung, dass die Resozialisierung drogenabhängiger Täter Hauptbedingung einer erfolgreichen Prävention ist und es sich bei Drogen sucht um ein gesellschaftliches und pathologisches Problem handelt, dem mit therapeutischen Maßnahmen erfolgversprechender begegnet werden kann als allein mit einer repressiven strafrechtlichen Vorgehensweise (vgl. Gerasch 2009, 302 f.; Zurhold et al. 2013, 27 f.; vgl. a. Körner 1998, 1302 f.; Patzak 2016, § 35 Rn. 24, 25). Vor allem die Entwicklung im Bereich von AIDS-Erkrankungen bei Heroinabhängigen, deren Verschärfung durch die Mittel des Strafrechts nicht verhindert werden konnte, und eine generell stärkere Orientierung am Moment der *Harm Reduction* im Umgang mit Drogenabhängigkeit schlugen sich in der Gesetzesnovelle nieder (vgl. Backmund & Meyer-Thompson 2015). Die entsprechenden Paragraphen tragen der auch in empirischen Studien gestützten Einschätzung Rechnung, dass unter den Bedingungen

der Straftat therapeutische Maßnahmen deutlich weniger Erfolg versprechen, als dies in externen Therapieeinrichtungen der Fall ist (vgl. Jakob et al. 2013; Kornprobst 2007, § 35 Rn. 1; Schalast 2006, 338 f.). Auch verspricht sich der Gesetzgeber von der Regelung eine Erhöhung der Therapiemotivation bei den Rehabilitanden, da ihnen im Fall des Abbruchs der Therapie die Wiederaufnahme der Haft bzw. die Vollstreckung der Strafe droht – ein Zusammenhang, den auch die Vereinten Nationen in ihrer Empfehlung zur Verlagerung der Drogentherapie in derartige Maßnahmen unterstreichen (vgl. Gerra & Clark 2010, 4 f.), der in der Forschung jedoch umstritten ist (vgl. Zurhold et al. 2013, 28; Jehle 2007, 354). Ein weiterer, therapeutisch nachrangiger, aber politisch nicht unwichtiger Aspekt, unter dem Instrumente dieser Art gesetzgeberisch interessant sein können, sind ihre Kosten: Im Rahmen einer Vergleichsstudie zu „Therapie statt Strafe“-Maßnahmen in mehreren europäischen Ländern kam McSweeney zu dem Ergebnis, dass die Unterbringung eines Delinquenten im Gefängnis 28 000 Euro im Jahr kostet, zuzüglich zu den Kosten der Einrichtung eines Haftplatzes, die er auf 139 000 Euro beziffert. Demgegenüber kostete die Durchführung einer (ambulanten oder stationären) Maßnahme im Bereich der „Therapie statt Strafe“-Regelungen im europäischen Durchschnitt nur etwa 9 500 Euro (McSweeney 2007, 2; vgl. a. die US-Zahlen bei Gerra & Clark 2010, 9 f.), für teilstationäre Maßnahmen in Deutschland geben Ackermann-Siegle et al. einen Kostenrahmen von durchschnittlich 12 355 Euro an, für stationäre Therapien 27 244 Euro, sodass dieser „Spareffekt“ im letzteren Fall nur gering ist (vgl. Ackermann-Siegle et al. 2008, 76).

Die Logik des BtMG, die auf Grundlage von dessen Entstehungskontext das Strafrecht als zentrales Mittel in der Bekämpfung von Drogenkonsum ansieht, bringt es mit sich, dass §§ 35, 36 BtMG kein Recht auf „Therapie statt Strafe“ im engeren Sinn etablieren, sondern die Möglichkeit einer Anwendung dieses Grundsatzes auf Antrag eines Verurteilten in die Hände von Staatsanwaltschaft (als Strafvollstreckungsbehörde) und Richtern legen – nicht zuletzt aus diesem Grund kritisiert etwa die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin das Gesetz und fordert, es von Grund auf neu zu fassen (vgl. Backmund & Meyer-Thompson 2015).

So heißt es in § 35, Abs. 1 BtMG:

Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist.

Neben der hier offensichtlich werdenden beim Gericht bzw. der Vollstreckungsbehörde liegenden Entscheidung über einen Antrag des Verurteilten auf Aussetzung der Vollstreckung einer Strafe spielt in der Praxis die in Abs. 1 formulierte Notwendigkeit, dass die „Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen“ worden ist, Fachverbänden zufolge eine wichtige Rolle für die Tatsache, dass die Zahl der Zuweisungen in die Therapie auf Grundlage dieser Regelung in den letzten Jahren rückläufig ist (sog. Kausalitätsfrage; vgl. Gerasch 2009, 304 f.; Zurhold et al. 2013, 7, 32). Die Frage der Kausalität spielt ebenfalls bei Mehrfachstraftätern eine Rolle, wenn sie sowohl Strafen zu verbüßen haben, bei denen das Gericht im Urteil die Kausalität bejaht hat, als auch solche, bei denen das nicht der Fall ist – in der Regel wird hier die Zurückstellung der Strafvollstreckung erst dann möglich, wenn die nicht zurückstellungsfähigen Strafen bereits vollstreckt sind (vgl. Zurhold et al. 2013, 34); da der Bundesgerichtshof 2010 zu der Entscheidung gelangt ist, dass die gesetzlich vorgesehene Vollstreckungsreihenfolge nicht zugunsten der Anwendung von § 35 BtMG geändert werden darf, ergeben sich für diese Praxis seitdem größere Hindernisse (vgl. BGH, NStZ-RR 2010, 353 f.; Jehle 2007, 364). Darüber hinaus ist die Einschränkung zu beachten, dass Gegenstand des BtMG ein in den Anhängen I bis III festgelegter Katalog von Suchtmitteln ist, sodass etwa Straftaten, die unter Einfluss von Alkoholkonsum oder bedingt durch die Abhängigkeit von Medikamenten begangen wurden, nicht unter das BtMG fallen, weshalb eine Anwendung der entsprechenden „Therapie statt Strafe“-Regelungen in diesen Fällen nicht möglich ist – auch ergeben sich hier zuweilen Abgrenzungsprobleme, sofern eine Kausalität im Zusammenhang mit vom Gesetz benannten

Suchtmitteln oder mit Alkohol bzw. verschreibungsfähigen Medikamenten infrage kommt (vgl. Zurhold et al. 2013, 31).

Grundlage für die Anwendung des § 35 BtMG ist ein rechtskräftiges Urteil, das eine Freiheitsstrafe von nicht mehr als 2 Jahren anordnet. Das Instrument der Aussetzung der Strafvollstreckung ist insofern dem Instrument der Bewährung (gemäß §§ 56, 57 StGB, vgl. Kapitel 2.1.3) nachgebildet und bezieht sich daher nur auf „Straftäter mit leichteren und mittelschweren Delikten“ (Zurhold et al. 2013, 30) bzw. auf Täter, die bereits einen Teil ihrer Strafe in Haft abgeleistet haben und bei denen die Vollstreckung einer Reststrafe von unter 2 Jahren ausgesetzt wird (hierbei treten häufiger rechtliche und sozialversicherungsbezogene Probleme beim Übergang in die Therapieeinrichtung auf, vgl. Jakob et al. 2013, 44 f.). Die Rechtsprechung ermöglicht im Rahmen der im Gesetz benannten der „Rehabilitation dienenden Behandlung“ unterschiedliche Therapieformen, so vor allem psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen, die sowohl stationär, teilstationär oder auch ambulant durchgeführt werden können (vgl. Zurhold et al. 2013, 32). Kernziel der therapeutischen Maßnahmen ist dem Gesetz und der Rechtsprechung zufolge die Abstinenz. So formuliert § 35, Abs. 1 BtMG das Ziel, „die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken“, wobei sich in den letzten Jahren bei den Gerichten eine dominante Rechtsprechung herausgebildet hat, die die Abstinenz auch als langfristiges Therapieziel als ausreichend ansieht und so beispielsweise auch eine Therapie von substituierten Heroin-Usern nach § 35 BtMG akzeptiert.

Eine die Therapiemotivation von Straftätern tendenziell stärkende Regelung bietet § 36 BtMG, der vorsieht, dass die in Therapie verbrachte Zeit der Aussetzung der Vollstreckung auf die Freiheitsstrafe angerechnet werden kann, und zwar bis zu maximal zwei Dritteln der Strafe (vgl. Patzak 2016, § 36, Rn. 1). Der Aufenthalt in einer stationären Einrichtung muss sogar auf die Strafe angerechnet werden, und zwar unabhängig davon, ob die Therapie letztlich erfolgreich verläuft bzw. regulär beendet wird (vgl. Jehle 2007, 353) – in Fällen, in denen eine ambulante Therapie erfolgt, ist die Anrechnung nicht zwingend, aber möglich; in der Regel erfolgt

eine Anrechnung zumindest der Tage, an denen therapeutische Leistungen in Anspruch genommen wurden (vgl. Gerasch 2009, 306). Im Anschluss an die Therapie besteht die Möglichkeit, den Rest der Strafe zur Bewährung auszusetzen, worüber auf Grundlage der Prognose, die dem Rehabilitanden gestellt wird, entschieden wird. Die Zahl der Fälle, in denen den Straftätern, die erfolgreich eine Therapie absolviert haben, ein Bewährungshelfer zur Seite gestellt wird, ist in den letzten Jahren massiv angestiegen (vgl. Abbildung 1).

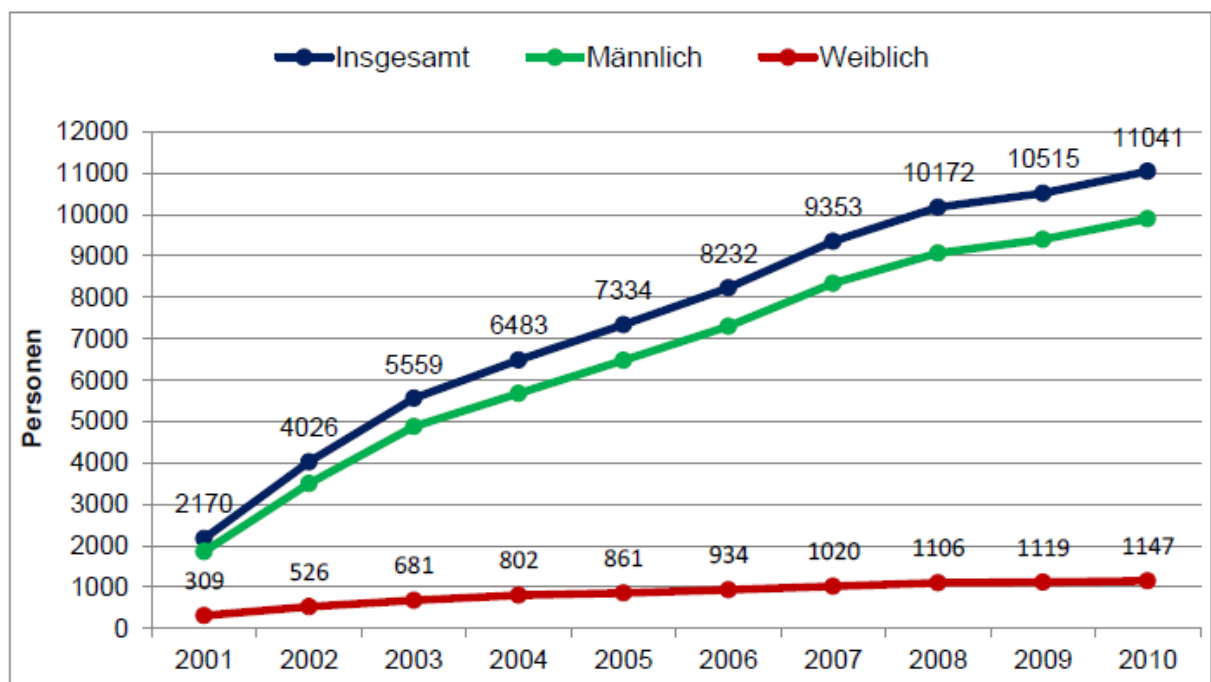
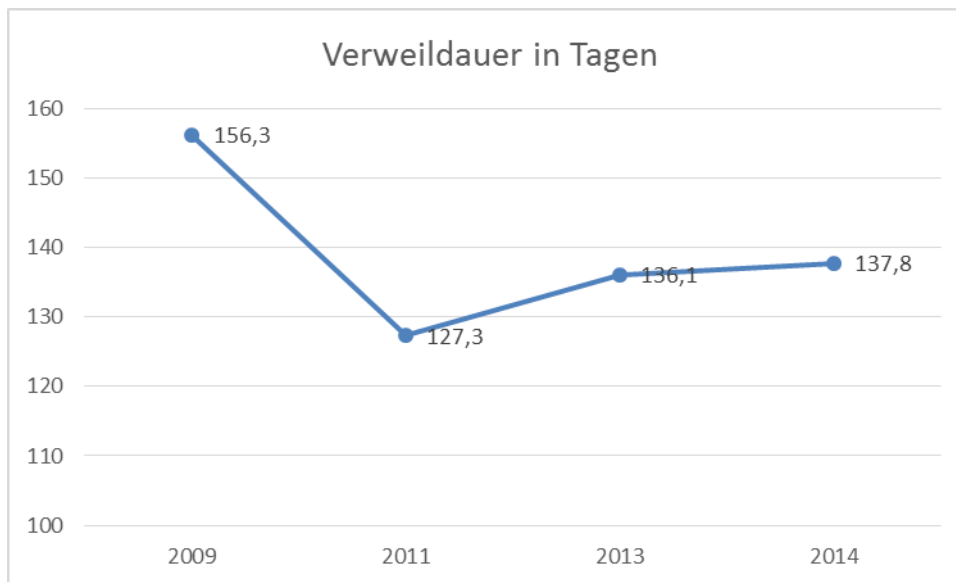


Abbildung 1: Bewährungsunterstellungen im früheren Bundesgebiet nach §§ 35, 36 BtMG am 31.12. des angegebenen Jahres, 2001–2010 (Zurhold et al. 2013, 60).

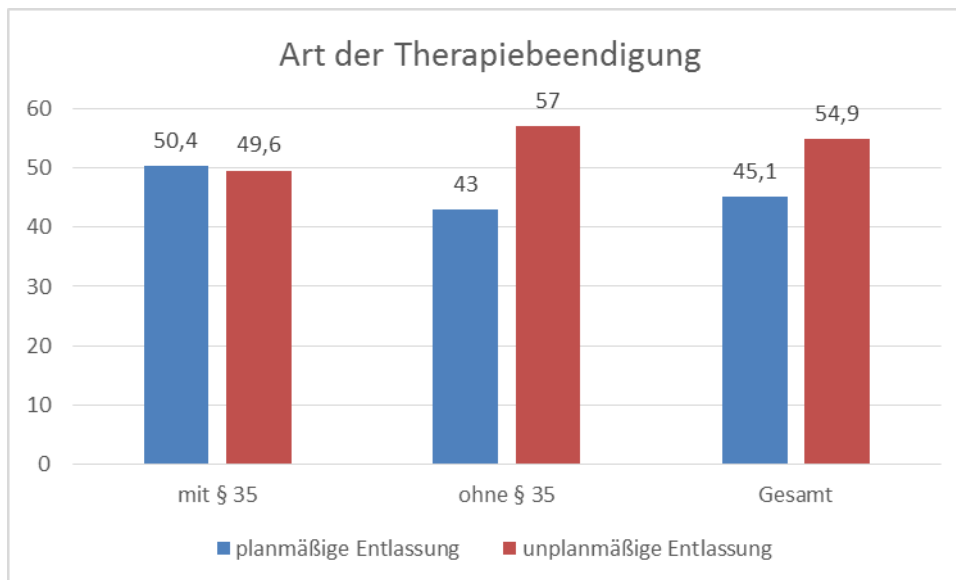
Einer der wesentlichen Gründe für diesen Anstieg ist die Tatsache, dass sich die tatsächlichen Therapiezeiten im Vergleich zu früheren Zeitabschnitten deutlich verkürzt haben: Betrug eine typische Therapiedauer um das Jahr 1980 noch zwischen 12 und 24 Monaten, hatte sich die Therapiezeit 20 Jahre später auf durchschnittlich 26 Wochen verkürzt (Geyer & Wernado 2006). Dieser Trend zu kürzeren Verweildauern hat sich seither fortgesetzt; die durchschnittliche Aufenthaltszeit von planmäßig entlassenen Rehabilitanden in Drogentherapieeinrichtungen betrug nach der Auswertung der Basisdaten des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. im Jahr 2009 noch 156,3 Tage (also gut 22 Wochen), im Jahr 2014 schließlich noch 137,8 Tage (entsprechend knapp 20 Wochen; BUSS 2015, 30, vgl. Abbildung 2).



*Abbildung 2: Durchschnittliche Verweildauer bei planmäßiger Entlassung aus der stationären Drogenrehabilitation in Tagen, 2009–2014.*

*Eigene Darstellung nach: BUSS 2015, 30.*

Für die Anrechnung auf die Gesamtstrafe nicht entscheidend ist die Frage, ob eine Therapiemaßnahme in dieser Zeit erfolgreich abgeschlossen wurde; auch bei Abbruch der Therapie wird die bis zum Abbruch verstrichene Therapiezeit angerechnet. Da Grundlage für die Entscheidung über eine Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung die Sozialprognose ist, in die die Prognose der Therapieeinrichtung einfließt, ist es jedoch nach Abbruch der Therapie unwahrscheinlich, dass das Gericht die Strafe zur Bewährung aussetzt. Insofern soll die Regelung, dass maximal zwei Drittel der Strafzeit anrechnungsfähig sind, die Motivation der Straftäter stärken, die Therapie erfolgreich abzuschließen und so die Chancen auf eine Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung zu steigern (vgl. Zurhold et al. 2013, 38). Dieser Effekt lässt sich statistisch stützen. So kommen Zurhold et al. 2013 in ihrer Evaluation der „Therapie statt Strafe“-Instrumente des BtMG anhand von zwei Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, einer in Schleswig-Holstein und sämtlicher Einrichtungen in Hamburg (N=1231) zum Ergebnis, dass die Rehabilitanden nach § 35 BtMG (N=349) zu einem Anteil von 50,9 Prozent ihre Therapiemaßnahme planmäßig beenden, während es bei allen anderen Rehabilitanden (N=882) nur 43,0 Prozent sind (vgl. Abbildung 3; vgl. a. Pfeiffer-Gerschel et al. 2014, 178 f.).



*Abbildung 3: Art der Therapiebeendigung von Rehabilitanden der stationären Suchtrehabilitation mit/ohne § 35, Anteile in Prozent.*

*Eigene Darstellung nach: Zurhold et al. 2013, 99.*

Die §§ 37, 38 BtMG, die sich mit dem Absehen von der Erhebung einer öffentlichen Klage (§ 37) und der sinngemäßen Anwendung der „Therapie statt Strafe“-Regelungen bei Jugendlichen und Heranwachsenden (§ 38) befassen, werden hier nicht eingehender vorgestellt. Sie entfalten für das vorliegende Forschungsprojekt keine größere Relevanz, da die DTZ Fachklinik LAGO auf erwachsene Rehabilitanden ausgerichtet ist und Fälle, die nach § 37 BtMG geregelt werden, angesichts der nicht vorhandenen Verurteilung der Rehabilitanden anders gelagert sind als die hier im Fokus stehenden §-35-Fälle.

### **2.1.2. § 64 StGB**

Ein alternativer und von der Rechtsprechung der Aussetzung der Vollstreckung nach § 35 BtMG vielfach vorgezogener Weg, Straftäter zu therapeutischen Maßnahmen zu bewegen, ist der sogenannte Maßregelvollzug nach § 64 StGB: Während die Zahl der Abgänge aus dem Strafverfolgungssystem in Maßnahmen nach § 35 BtMG im Jahr 2011 lediglich 391 betrug, waren zur selben Zeit 2 108 drogenabhängige Personen im Maßregelvollzug untergebracht (vgl. Zurhold et al. 2013, 59, 61; Pfeiffer-Gerschel et al. 2014, 178 f.); insofern hat sich die



Entwicklung zu steigenden Zahlen von §-35-Fällen zulasten von §-64-Anordnungen hier in den letzten 15 Jahren umgekehrt, sodass sich Kühnes von 1998 datierender Einschätzung einer „immer kleiner werdende[n] Bedeutung des § 64 StGB“ aufgrund der „Beliebtheit des § 35 BtMG, der mehr Flexibilität bietet“ und letztlich den Richtern dazu diene, „den Vollzug des § 64 StGB auszuhebeln“, nicht mehr halten lässt (Kühne 1998, 1435). Im Gegenteil kann man in Bezug auf dessen gesteigerte Anwendung womöglich von einer „ungeahnte[n] Renaissance“ von „Repression, Punitivität und Internierungsdenken“ sprechen, wie es Pollähne zuspitzend im Hinblick auf die Reform des Maßregelvollzugs von 2007 tut (Pollähne 2007, 422; vgl. ähnlich auch Schalast 2006, 341).

Der wesentliche Unterschied der Maßnahme nach § 64 StGB zum § 35 BtMG besteht darin, dass die Vollstreckung einer vom Gericht ausgesprochenen Strafe nicht ausgesetzt wird, sondern im Rahmen der Strafe für bis zu zwei Jahre die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, also einer speziellen Suchtklinik stattfindet (vgl. Ziegler 2015, Rn. 19; Best & Rössner 2007, 325) – der Maßregelvollzug kombiniert demnach die Vollstreckung einer Strafe mit einem Therapieangebot an den Straftäter, um dessen „Besserung“ (so der Gesetzestext) zu erreichen; anstatt im Gefängnis seine Strafe abzusitzen, wird der Täter in einem besonders gesicherten, auf Straftäter spezialisierten Krankenhaus oder einer entsprechend ausgestatteten gesonderten Station untergebracht. Im Vordergrund der Unterbringung nach § 64 StGB steht der Schutz der Allgemeinheit davor, „dass der Täter infolge seines Hanges erneut *erhebliche rechtswidrige Taten* begehen wird“ (Ziegler 2015, Rn. 8). Insofern steht diese Schutznotwendigkeit über dem persönlichen Interesse des Täters an einer Heilbehandlung (vgl. Ziegler 2015, Rn. 1; Best & Rössner 2007, 330), während in der Abwägung zur Anwendung von § 35 BtMG auch im Hinblick auf die begangenen Straftaten die Vorstellung dominiert, dass die deliktpräventive und resozialisierende Wirkung der Therapiemaßnahme ausreicht, um eine vergleichbare Schutzwirkung zu erzielen. Insofern nimmt der Maßregelvollzug eine Zwischenposition

zwischen der Aussetzung der Strafe zu Therapiezwecken nach § 35 BtMG und der Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB ein, die ausschließlich dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit dient und in der nicht davon ausgegangen wird, dass eine therapeutische Besserung des Straftäters möglich ist. Die höchstrichterliche Rechtsprechung privilegiert die auf das Schutzinteresse der Allgemeinheit abzielenden Regelungen des Maßregelvollzugs gegenüber den das Resozialisierungs- und Heilinteresse des Täters bevorzugenden Regelungen des § 35 BtMG: „Liegen die Voraussetzungen – einschließlich der Verhältnismäßigkeit – vor, muss die Unterbringung grundsätzlich angeordnet werden“ (Ziegler 2015, Rn. 14) – eine Regelung, die in Fachkreisen umstritten ist, weil argumentiert wird, dass die Motivation des Rehabilitanden zu einer Therapie, die unter Aussetzung der Strafvollstreckung aufgenommen wird, tendenziell höher ist, als das in den geschlossenen Settings des Maßregelvollzuges der Fall ist (vgl. Zurhold et al. 2013, 42 f.). Auch im Hinblick auf die verhältnismäßig geringen Erfolgsquoten kann diese Praxis infrage gestellt werden (vgl. Schalast 2006, 341).

Die Verhängung einer Maßregel nach § 64 StGB basiert nicht wie im Fall des § 35 BtMG auf einem unmittelbaren Kausalzusammenhang zwischen Sucht und Delikt, sondern es genügt die Feststellung eines „symptomatischen Zusammenhangs“, d. h. auch ein eher indirekter Bezug der begangenen Tat zum „Hang“ des Täters zum Drogenkonsum reicht aus, um ihn dem Maßregelvollzug zuzuweisen, was beispielsweise bei einer Gemengelage verschiedener Umstände, die zur Tat geführt haben, der Fall sein kann (vgl. Ziegler 2015, Rn. 6). Insofern unterliegt die Anwendung von § 64 StGB geringeren Hindernissen im Bereich der Zuordnung der Tat zur zugrunde liegenden Sucht. Die Maßregel wird nicht auf Antrag des Verurteilten ermöglicht, sondern direkt vom Gericht im Urteilstenor angeordnet; Bedingung ist somit nicht der erklärte Therapiewille des Straftäters, wie es bei der Strafaussetzung nach § 35 BtMG der Fall ist, sondern es muss nur die vom Gericht (in der Regel mit gutachterlicher Hilfe) angenommene „konkrete Aussicht“ bestehen, „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“ (§ 64 StGB, Satz 2). Dies bedeutet, dass eine Unterbringung im Maßregelvollzug bisweilen auch gegen den Willen des Straftäters stattfinden kann – seine Motivation ist hierfür keine notwendige Bedingung (zu den kritischen Folgen, die dies für die Therapieerfolge haben kann, vgl. Schalast 2000). Die Privilegierung des Schutzinteresses gegenüber der Therapienotwendigkeit kommt auch darin zum Ausdruck, dass der Umfang des therapeutischen Angebots im Maßregelvollzug in der Regel deutlich geringer bzw. weniger dicht ist als in stationären Angeboten, die mit Rehabilitanden nach § 35 BtMG belegt werden; während Behandlungen nach § 35 BtMG in der Regel nur für maximal 22 bis 26 Wochen (plus evtl. Adaptionsbehandlung von 17 Wochen) genehmigt werden, beträgt die Dauer der Therapie im Maßregelvollzug in der Regel zwischen 18 und 24 Monaten (vgl. Müller-Isberner & Eucker 2009, 58 f.). Dies hängt auch damit zusammen, dass die therapeutischen Interventionen bisweilen über einen längeren Zeitraum gestreckt werden, um die Mindestverbüßungsdauer zu erreichen und im Anschluss an die Therapie einen direkten Übergang in die ambulante Nachsorge zu ermöglichen; bisweilen sind Unterbringungen einer Dauer von vier Jahren und mehr möglich (vgl. Best & Rössner 2007, 332, 336). Es handelt sich bei den von den Sozialversicherungsträgern finanzierten Maßnahmen nach § 35 BtMG demnach um kürzere, aber intensivere Therapieangebote, während die Therapien im Maßregelvollzug in der Regel länger andauern und in geringerer wöchentlicher Stundenzahl stattfinden.

Dass der Maßregelvollzug gegenüber der Zurückstellung der Strafvollstreckung von den Gerichten inzwischen klar vorgezogen wird, ist statistisch deutlich belegbar (Abbildung 4): Im Jahrzehnt 2001–2011 hat sich die Zahl der nach § 64 StGB in den Maßregelvollzug verwiesenen Straftäter mehr als verdoppelt, während die Zahl der Fälle nach § 35 BtMG um 14 Prozent zurückgegangen ist. Die Zahl der Fälle, in denen Straftäter im Anschluss an eine Therapiemaßnahme nach § 35 BtMG einem Bewährungshelfer unterstellt werden, hat sich in derselben Zeit verfünffacht. Aus suchttherapeutischer Sicht ist der Trend zu einer zunehmenden gerichtlichen

Bevorzugung des Maßregelvollzugs gegenüber Maßnahmen nach § 35 BtMG kritisch zu bewerten, da statistische Auswertungen von Katamnesedaten 3 Jahre nach Abschluss der Behandlung zeigen, dass diese stärker ins Leben des Rehabilitanden eingreifenden Maßnahmen mit einer geringeren Erfolgsaussicht einhergehen: „Generell gilt, dass Personen, die zu eingriffsintensiven Sanktionen verurteilt wurden, ein höheres Rückfallrisiko aufweisen.“ (Statistisches Bundesamt 2011, 35; vgl. Zurhold et al. 2013, 63).

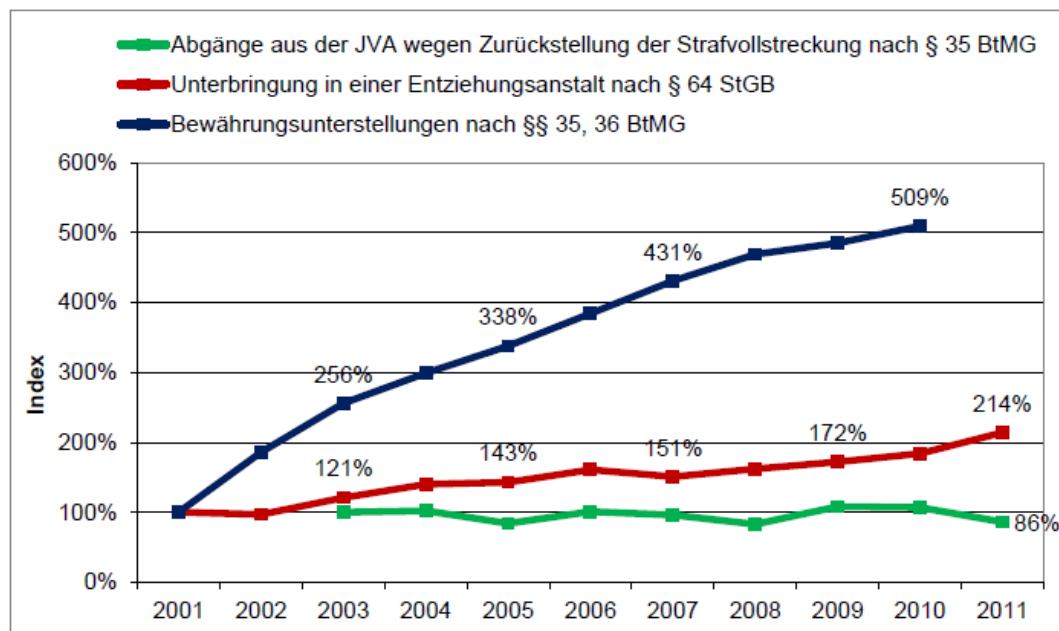


Abbildung 4: Bundesweiter Trend in Anwendung von §§ 35, 36 BtMG und § 64 StGB 2001–2011 (Zurhold et al. 2013, 62)

### 2.1.3. Bewährungsauflagen und Weisungen nach §§ 56, 57 StGB

Bei den Bewährungsauflagen und Weisungen nach den §§ 56, 57 StGB handelt es sich um ein komplexes Feld, das hier nicht in Gänze abgebildet werden kann und das durch einfache Gliederung nicht einzuteilen ist. Dem entspricht das weitgehende Fehlen von Studien, die sich mit dieser Klientel genauer befassen.

Die Aussetzung einer Strafe zur Bewährung bedeutet, dass auf den Aufenthalt des Verurteilten in Haft verzichtet werden kann, sofern „zu erwarten ist, daß der Verurteilte sich schon die Verurteilung zur Warnung dienen lassen und künftig auch ohne die Einwirkung des Strafvollzugs keine Straftaten mehr begehen wird“ (§ 56 StGB, Abs. 1). Möglich ist dies in Fällen,

in denen die Freiheitsstrafe 1 Jahr nicht übersteigt; in besonderen Fällen kann die Aussetzung zur Bewährung auch bei Freiheitsstrafen bis zu 2 Jahren stattfinden, vor allem unter Berücksichtigung des „Bemühen[s] des Verurteilten, den durch die Tat verursachten Schaden wieder-gutzumachen“ (§ 56 StGB, Abs. 2). § 57 StGB betrifft die Aussetzung von Restfreiheitsstrafen zur Bewährung und entspricht in den praktischen Auswirkungen ansonsten dem § 56 StGB.

Von Bedeutung im vorliegenden Zusammenhang sind insbesondere Weisungen, die das Gericht im Zusammenhang mit § 56 c StGB erlassen kann. In § 56 c, Abs. 2, 3 StGB heißt es:

Das Gericht kann den Verurteilten namentlich anweisen,

1. Anordnungen zu befolgen, die sich auf Aufenthalt, Ausbildung, Arbeit oder Freizeit oder auf die Ordnung seiner wirtschaftlichen Verhältnisse beziehen,  
[...]

4. bestimmte Gegenstände, die ihm Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können, nicht zu besitzen, bei sich zu führen oder verwahren zu lassen  
[...]

[...]

(3) Die Weisung,

1. sich einer Heilbehandlung, die mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist, oder einer Entziehungskur zu unterziehen oder

2. in einem geeigneten Heim oder einer geeigneten Anstalt Aufenthalt zu nehmen,

darf nur mit Einwilligung des Verurteilten erteilt werden.

Die Regelungen der Aussetzung zur Bewährung können mithin dazu dienen, einen verurteilten Straftäter unter den angegebenen Bedingungen zur Aufnahme einer Therapie in einer entsprechenden Einrichtung zu bewegen, wenn er selbst dem zustimmt. Anders als im Fall von § 35 BtMG erfolgen die Aussetzung zur Bewährung und der Erlass entsprechender Weisungen nicht auf Antrag eines Verurteilten, sondern direkt durch das Gericht; auch eine Konsultation der Staatsanwaltschaft, wie sie für § 35 BtMG gilt, ist hier nicht vonnöten, ebenso wenig wie ein kausaler Zusammenhang der Tat mit der Betäubungsmittelabhängigkeit. Ein wichtiger Unterschied in Bezug auf die Anrechnung der Therapiezeit auf die Strafe besteht darin, dass im Fall der Anwendung der §§ 56, 57 StGB ein erfolgloser Abbruch der Therapie zur Folge hat, dass die Strafe in Gänze vollstreckt wird, während im vergleichbaren Fall unter der Maßgabe von

§§ 35, 36 BtMG die absolvierten Therapiezeiten (bei stationärer Unterbringung) in jedem Fall angerechnet werden (vgl. Jehle 2007, 353).

Wie deutlich wird, macht der Gesetzestext zur Bewährungsaussetzung und den entsprechenden Weisungen sehr knappe Angaben, was es mit sich bringt, dass im Prinzip alles, was dem urteilenden Gericht zur Sicherung bzw. Unterstützung eines rechtmäßigen Verhaltens des Verurteilten sinnvoll erscheint, im gegebenen Rahmen als Weisung bzw. Auflage ergehen kann, sodass die Gerichte hier verglichen mit den in den vorangegangenen Abschnitten skizzierten Instrumentarien nach §§ 35, 36 BtMG bzw. § 64 StGB eine deutlich größere Freiheit haben.

Für die Forschungspraxis bringt diese Freiheit mit sich, dass eine gegliederte Erfassung von Bewährungsweisungen mit suchtttherapeutischem Bezug praktisch nicht möglich ist. Insofern greifen verschiedene Studien auf allgemeinere Merkmale zurück (etwa Formulierungen wie „rechtliche Problematik“, wie sie im EuropASI zu finden sind; Gsellhofer et al. 1999), um Rehabilitanden zu erfassen, deren Aufenthalt in einer Therapieeinrichtung durch rechtliche Weisungen bestimmt ist. Alternativ kann – je nach Einrichtung, Erkenntnisinteresse und forschungspragmatischen Erwägungen – die Konzentration auf eine spezifische Gruppe aus diesem begrifflichen Sammelbecken sinnvoll sein (etwa die demgegenüber leichter zu erfassenden Rehabilitanden nach § 35 BtMG), was aber bedeutet, dass nicht alle Rehabilitanden erfasst werden, für die sich möglicherweise ähnliche Bedingungen ergeben. Dies gilt es, in der Durchführung der Studie zu berücksichtigen – einerseits im Hinblick auf die Interpretation der eigenen Ergebnisse (vgl. hierzu insbesondere Kapitel 5.2.1), andererseits durchgehend im Hinblick auf das Heranziehen anderer Studien, die unter Umständen einen jeweils abweichenden Fokus haben.

#### 2.1.4. Internationale Vergleichsdimensionen

Eine detaillierte Darstellung der international unterschiedlichen Praxis im Zusammenhang mit der Verweisung von drogenabhängigen Straftätern an das Therapiesystem ist in diesem Zusammenhang nicht möglich oder zielführend. Die Vorgehensweisen in verschiedenen Staaten unterscheiden sich deutlich voneinander, was die Tragfähigkeit der Übertragung internationaler Studien auf den deutschen Fall zum Teil begrenzt (so auch Heckmann et al. 2003, 11).

Für europäische Maßnahmen, die der deutschen Regelung nach § 35 BtMG ähneln – international bezeichnet als *Quasi-compulsory Treatment of Drug-dependent Offenders*, kurz QCT –, entstand zwischen 2002 und 2006 eine aus EU-Mitteln geförderte vergleichende Studie (N=845), die die Situation von Rehabilitanden in Deutschland, Großbritannien, Italien, Österreich und der Schweiz verglich. In den Ländern bestehen relativ ähnliche, im Detail jedoch zu spezifizierende Instrumentarien – in Deutschland, Österreich und der Schweiz gibt es vergleichbare Regelungen, in Großbritannien und Italien ähneln die Regelungen eher denen des § 64 StGB in Deutschland (vgl. Schaub et al. 2010). Die QCT-Studie kam zum Ergebnis, dass entsprechende Maßnahmen dieselbe Effektivität besäßen wie Maßnahmen nach freiwilliger Therapieaufnahme und betonte die positiven Effekte der Programme im Hinblick auf die Reduzierung von Substanzgebrauch, damit verbundener Delinquenz sowie Reintegration der Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt (vgl. Uchtenhagen et al. 2006, 73) – Ergebnisse, die auch von einer Nachfolgestudie bestätigt wurden (vgl. Schaub et al. 2010). Die Bandbreite der QCT-Instrumentarien in den Ländern ist Gegenstand einer qualitativen Schwesterstudie zur Untersuchung von Uchtenhagen et al., auf die hier nicht ausführlicher eingegangen werden kann (vgl. Soulet & Oeuvery 2006). Auf Basis der QCT-Studie und diese um einen Vergleich mit den liberaleren Präventionsansätzen Schwedens und der Niederlande ergänzend argumentiert der QCT-Leiter Stevens (2011), der gleichzeitig Grenzen dieser Studie hervorhebt (hohe Drop-out-Rate, für den Ländervergleich zu wenig signifikante Ergebnisse).

Von Bedeutung ist darüber hinaus insbesondere der Fall des US-amerikanischen Justizsystems, da sich auf dessen Zusammenhänge viele wissenschaftliche Studien beziehen. Die Lage ist hier uneinheitlich, da ein großer Teil der entsprechenden auf das Strafvollzugssystem bezogenen Gesetzgebung von niedrigeren föderativen Ebenen verantwortet wird (City-, County- und State-Ebene; spezifisches System der Drug Courts, an denen ausschließlich suchtmittelbezogene Kriminalität verhandelt wird; vgl. Huddleston & Marlowe 2011). Insofern ist jeweils im Einzelfall zu berücksichtigen, wie weit entfernt die juristischen Rahmenbedingungen einer konkreten Studie vom deutschen Fall entfernt sind. Einige für diese Arbeit ausgewertete Studien verwenden hierbei einen sehr offenen Begriff und stellen einer nicht vom Justizsystem in die Therapie überwiesenen Gruppe eine Gruppe gegenüber, die von *irgendeiner* justiziellen Ebene in die Therapie überwiesen wurde („prompted to treatment by the criminal justice system“, vgl. Kiluk et al. 2015; „mandated“/„court-ordered“, vgl. Coviello et al. 2013) – hier kommen insbesondere Überweisungen durch Gerichte und sogenannte Probation-/Parole-Officers der verschiedenen föderativen Ebenen infrage. Die juristische Regelung der „Probation“ entspricht dabei in Verbindung mit der Überweisung in die Therapie am ehesten der Regelung nach § 35 BtMG in Deutschland, weil sie an die Stelle des Haftantritts die Therapie setzt. Während der deutsche Fall rechtssystematisch jedoch an der Aussetzung einer *Vollstreckung* der Strafe ansetzt, setzt der US-amerikanische Fall an der Strafe selbst an, die modifiziert wird (vgl. zu Möglichkeiten des Vergleichs Sieverts & Schneider 1979, 276). Unter „Parole“ wird die bedingte Haftentlassung verstanden, es handelt sich also im vorliegenden Fall um eine der Haft nachgelagerte Therapieauflage (wie sie nach § 35 BtMG ja ebenfalls möglich ist, aber in der deutschen Rechtssystematik auch von § 57 StGB ermöglicht wird). Die Drug Courts bilden ein demgegenüber neueres Modell, das dazu dient, das Strafvollzugssystem von nicht gewalttätigen Straffälligen zu entlasten und diese stattdessen dem Behandlungssystem zu überantworten. Die Ergebnisse der Drug Courts gelten als vergleichsweise äußerst positiv, da sie einerseits kosten-



günstig und andererseits effizient arbeiten (gemessen an Therapiebeendigungsquoten und Reduktion von Kriminalität und Drogenkonsum unter Rauschmittelabhängigen). Daher wird dieses System, das sich von den deutschen Systemen durch die direkte Kontrollfunktion des Gerichts über die Dauer des Therapieprozesses abhebt, in den letzten Jahren stark ausgebaut (vgl. insgesamt die detaillierte Evaluation der Drug Courts bei Huddleston & Marlowe 2011). Die vorliegenden Studien aus den USA differenzieren in der Regel jedoch nicht zwischen den unterschiedlichen vom Strafvollzugssystem angeordneten Zugangsweisen, sodass eine direkte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die deutschen Rahmenbedingungen nur mit Abstrichen gegeben ist, was im Einzelnen zu reflektieren sein wird.

## **2.2. Abstinenz als Zielsetzung der Suchttherapie**

Das Ziel der vollständigen Abstinenz eines Süchtigen prägt ein Therapieparadigma, das auf eine lange Historie zurückblicken kann. Eine ausführliche Darstellung der historischen Zusammenhänge ist hier nicht zielführend – es sei jedoch daran erinnert, dass die Vorstellung, die Abstinenz sei eine günstige Methode, um die negativen Wirkungen von Substanzkonsum einzuschränken, bereits aus dem 18. Jahrhundert stammt (vgl. zu dieser historischen Darstellung insgesamt Uchtenhagen 2009; Korte 2007, 77 ff.). Der Psychiater und amerikanische Gründungsvater Benjamin Rush kam in den 1780er-Jahren zu der Erkenntnis, dass es sich bei Alkoholsucht um eine „Krankheit des Willens“ handle, die durch die Wirkungen des Alkohols ausgelöst werde, weshalb der vollständige Verzicht auf dessen Konsum ein zentrales Mittel zur Bekämpfung der Krankheit sei (Korte 2007, 79) – neben die Sicht auf übermäßigen Alkoholkonsum als bloße moralische Schwäche des Einzelnen trat so die Sicht auf die „Trunksucht“ als Krankheitsbild, eine Kombination moralischer und medizinischer Sichtweisen, die in der Folge über lange Zeit in verschiedenen Mischungsformen Bestand hatte.

Ausgehend von Rushs Erkenntnissen, die weniger die individuelle Neigung zum Konsum als die vermeintlich zu Kontrollverlust führende Wirkung des Alkohols in den Mittelpunkt

stellten, entstand unter Einbezug moralischer und ökonomischer Vorstellungen der Zeit die Annahme, dass eine grundlegende Bekämpfung des Konsums bis hin zum vollkommenen Verbot für sämtliche Bevölkerungsteile gesellschaftlich positive Wirkungen entfalten könnte. Die (auf Minderung des Konsums abzielenden) Temperanz- und die (auf völligen Verzicht ausgerichteten) Abstinenzbewegungen seit dem ersten Drittel des 19. Jahrhunderts – einen wesentlichen Ausgangspunkt bildete die Gründung der *British and Foreign Temperance Society* 1831 – verfolgten eine doppelte Stoßrichtung: Einerseits sahen sie die Abstinenz als individualtherapeutische Maßnahme für Alkoholranke im beschriebenen Sinne, andererseits begriffen sie die gesellschaftliche Verbreitung des Abstinenzgedankens jedoch auch als sozial relevante Maßnahme, die auf Grundlage eines spezifischen Tugendkonzepts dazu beitragen sollte, das gesellschaftliche Zusammenleben zu verbessern und soziale Härten vor allem in unteren Klassen zu mildern. Neben dezidiert weltlichen Vereinen (Guttemplerorden, USA, 1851) entstanden auch religiös fundierte Vereine unter dieser Zielsetzung – so das Blaue Kreuz (protestantisch, Schweiz, 1877) und der Kreuzbund (katholisch, Deutschland, 1896) (vgl. Korte 2007, 80; Schneider 2012, 65). Ihren Höhepunkt erreichten diese Bewegungen in Europa um die Wende zum 20. Jahrhundert; in den USA erlangte das Abstinenzparadigma im Rahmen der Prohibition zwischen 1919 und 1933 schließlich sogar Gesetzeskraft bzw. durch den 18. Zusatzartikel Verfassungsrang (nicht ohne die Folge einer Illegalisierung des Alkoholkonsums mit den heute im Fall anderer Substanzen zu beobachtenden gesellschaftlich-juristischen Begleiterscheinungen).

Seit den 1930er-Jahren erfolgte gestützt durch die einfluss- und hoch erfolgreiche Gruppe der Anonymen Alkoholiker (AA) eine Verengung der Problematik von ihren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf ein stärker individualistisches Paradigma. Setzten Abstinenzvereine und Prohibitionsgesetzgebung auf eine breite gesellschaftliche Mobilisierung gegen den Alkoholkonsum, bildet den Kern der Programmatik der Anonymen Alkoholiker das sogenannte Zwölf-Schritte-Programm, das der Abhängige durchläuft, um eine Art Konversion zu bewerkstelligen – der Abhängige wird hier als chronisch Kranker angesprochen, der dem

Alkohol gegenüber „machtlos“ sei (vgl. Schneider 2012, 65; AA 2016). Kern sind die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit und deren Anerkennung; über eine moralisch geprägte, auch spirituell grundierte Umorientierung soll schließlich mit Gottes Hilfe das Ziel einer dauerhaften Abstinenz auf der Grundlage „geistiger Gesundheit“ (AA 2016) erreicht und gefestigt werden – ein Paradigma, das sich auch auf andere Drogenarten übertragen ließ und das sich nach wie vor einer großen Anhängerschaft erfreut, auch in verschiedenen Bereichen der verhaltensorientierten Suchttherapie, wenngleich hier in der Regel auf die Orientierung an einem religiösen Bezugssystem, wie sie die Programmatik der AA prägt, verzichtet wird (vgl. Uchtenhagen 2009).

Die Konzentration auf die Vorstellung eines mit Alkohol- und Drogenkonsum einhergehenden Kontrollverlusts ließ die Vermeidung des Konsums als zentrale und letztlich einzig denkbare Vorgehensweise erscheinen, um der negativen Wirkungen dieses Kontrollverlusts Herr zu werden. Unter diesen Voraussetzungen waren Ziele wie ein kontrollierter Substanzkonsum nicht denkbar, insbesondere weil ja gerade an der Kontrollierbarkeit der Wirkungen psychoaktiver Substanzen heftiger Zweifel bestand. Insofern setzte sich über weite Strecken im 20. Jahrhundert das Abstinenzparadigma als Kernbestand der Suchttherapie durch – bis heute spielt es aus den genannten Gründen eine sehr wichtige Rolle in der therapeutischen Praxis.

Das Abstinenzparadigma sieht sich in den vergangenen Jahrzehnten jedoch zunehmender Kritik ausgesetzt. So wird bereits die Grundvorstellung, bei Sucht handle es sich um ein Krankheitsbild, das an bestimmten physiologischen oder psychiatrisch festzulegenden Parametern festzumachen sei (wie sie etwa das von der WHO etablierte dispositionelle *Disease Concept of Alcoholism* vertritt, vgl. Jellinek 1960), infrage gestellt (vgl. Körkel 2005, 2); im Mittelpunkt stehen statt der Vorstellung einer biologisch bzw. physiologisch messbaren „Suchterkrankung“ dann die auch in der ICD-10 niedergelegten zurückhaltenderen Diagnosen eines „Abhängigkeitssyndroms“, das pragmatisch als „eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und

körperlichen Phänomenen“ angesehen wird, die aus „wiederholtem Substanzgebrauch“ resultieren, sowie eines „schädlichen Gebrauchs [...] psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt“ (DIMDI 2016, vgl. FVS 2012, 16). Dessen Auswirkungen sind im Sinne einer *Harm Reduction* zu verringern, und zwar nicht notwendigerweise durch Abstinenz (vgl. Schuhler 2005, 32).

Auch ist festgestellt worden, dass Abstinenz *an sich* definitionsgemäß kein Ziel eines psychotherapeutischen Umgangs mit Sucht sein könne, der doch in der Regel darauf ausgerichtet sei, „dass einengende Begrenzungen überwunden, das Gefühl der Selbstkontrolle und -steuerung für das eigene Schicksal erweitert und glückliche Momente im Leben häufiger werden sollen“ (Schneider 2012, 65). Wenn Abstinenz dabei als Ziel gesetzt werde, dann sei dies widerspruchsfrei nur dann möglich, wenn sie als „Erweiterung des Spielraums für Erleben und Verhalten und als hinzugewonnene Freiheit für gute Alternativen empfunden werden“ kann (Schneider 2012, 65). Abstinenz erfüllt in dieser Perspektive verschiedene Funktionen: Sie kann – wie nach dem traditionellen Paradigma – das Endziel des Therapieprozesses sein, Abstinenzphasen können aber ebenso als Voraussetzung der Therapieaufnahme oder als Mittel des Behandlungsprozesses dienen (sogenannte abstinenzgestützte Behandlung, vgl. Meili et al. 2004, 5). Der Fachverband Sucht fordert die Leistungsträger mithin dazu auf, Abstinenz als „prozessorientiertes Behandlungsziel“ anzusehen und sie demzufolge nicht als Behandlungs- und damit Finanzierungsvoraussetzung einzuordnen; die „initiale Behandlungsmotivation“ solle als Kriterium für die Rehabilitationswilligkeit angesehen werden, nicht die „Abstinenzmotivation“ des Rehabilitanden (FVS 2012, 38).

Die Idee eines kontrollierten Suchtmittelkonsums wird daher immer häufiger vertreten, insbesondere in Fällen, in denen abstinenzorientierte Therapiekonzepte nicht zum Ziel geführt haben und in denen es noch zu keiner nachhaltigen körperlichen Schädigung gekommen ist – also in Situationen, in denen das Abstinenzziel einer gewinnbringenden Therapie bisweilen so-

gar im Weg stehen kann, in denen Betroffene durch das Suchtsystem sonst womöglich überhaupt nicht zu erreichen sind oder vor dem Hintergrund ihrer autonomen Entscheidung zur Therapie und deren Zielen andere Schwerpunkte setzen (vgl. Körkel 2002, 2005). In einer umfangreichen Metastudie, die die katamnestiche Entwicklung von etwa 30 000 Opiatabhängigen 20 Jahre nach der Therapie in den Blick nahm, konnten Schippers & Cramer 2002 (75) zeigen, dass es in 20 Prozent der Fälle auf Grundlage von „Selbstkontrollregeln“ zu einem kontrollierten, „sozial unauffälligen“ Konsummuster gekommen war (ebenso viele Personen waren in diesem Zeitraum verstorben, weitere 20 Prozent verfolgten einen nach wie vor problematischen Konsum, während 40 Prozent das Abstinenzziel verwirklicht hatten). Die von Schippers & Cramer formulierte Schlussfolgerung stellt die Ausrichtung von Drogentherapie und -politik daher grundlegend infrage: „Auch wenn man nicht nach vollständiger Entkriminalisierung oder Legalisierung illegaler Drogen strebt, ist es ethisch nicht länger verantwortbar, Hilfen für Drogenabhängige und ein ganzes Hilfesystem vom Streben nach Abstinenz abhängig zu machen“ (Schippers & Cramer 2002, 80). Es kommt unter diesen Voraussetzungen zu einer Verlagerung der wesentlichen Zielsetzung: Während dem klassischen Abstinenzparadigma zufolge die Abstinenz selbst das zentrale Ziel der Suchttherapie ist, wird sie im Rahmen eines Paradigmenwandels nun eher als instrumentelle Maßnahme gesehen, die einem anderen Endziel dient – der Schaffung der Voraussetzungen für ein subjektiv befriedigendes und sozial verträgliches Leben (vgl. Uchtenhagen 2009). In diesem Kontext etabliert hat sich das Konzept einer Zielpyramide der Suchttherapie, das von Körkel & Kruse vorgeschlagen wurde und der Unterschiedlichkeit der Zielsetzungen suchttherapeutischer Arbeit je nach vorliegender Gesamtsituation Rechnung trägt:

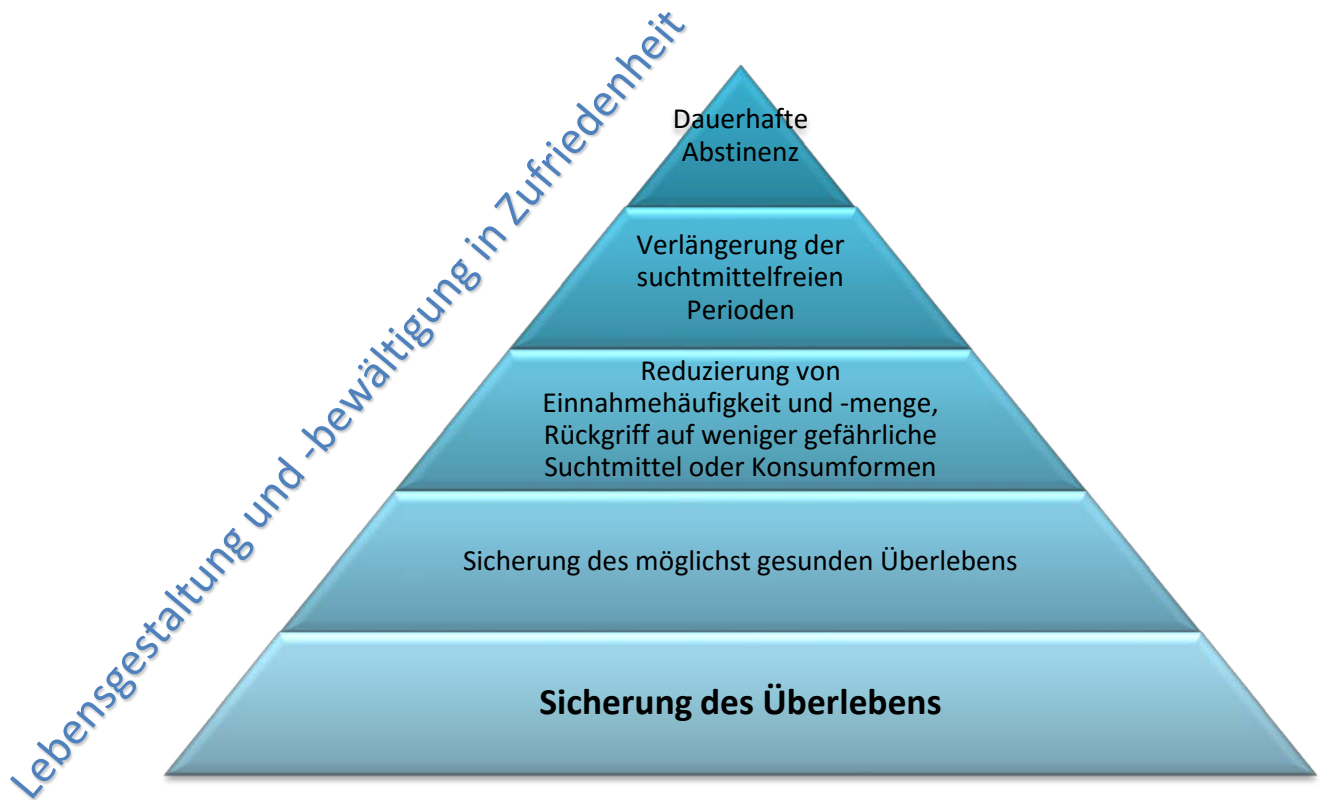
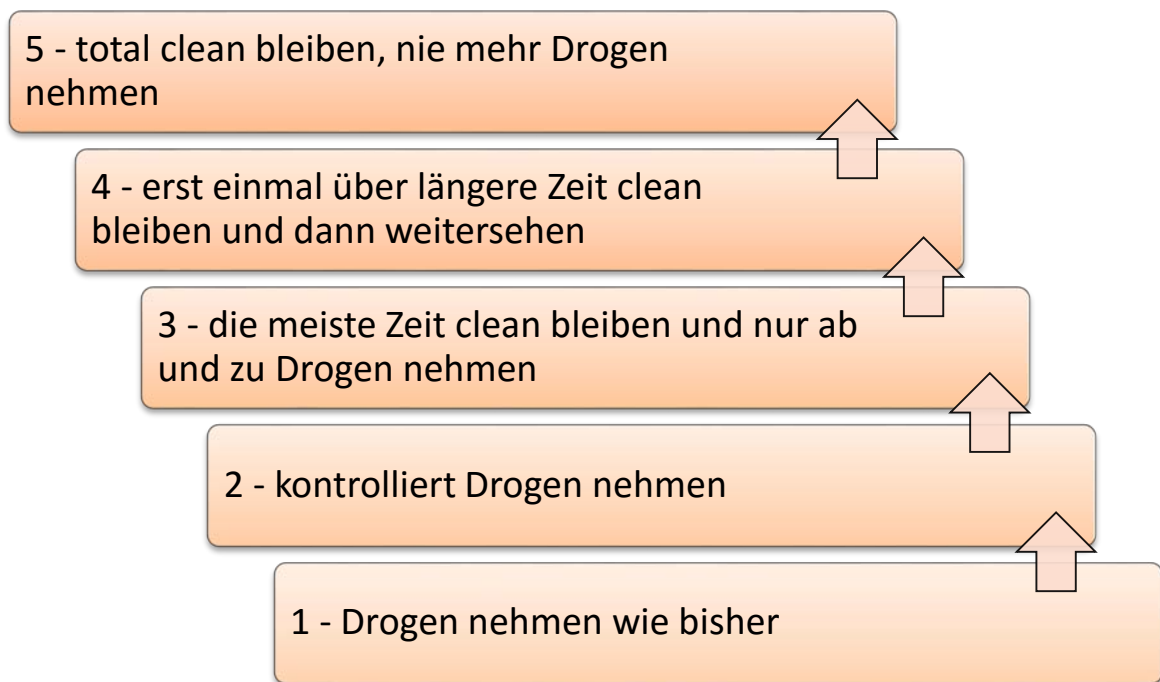


Abbildung 5: Klassische Zielpyramide in der Suchttherapie nach Körkel & Kruse 2000

Eigene Darstellung nach: Meili et al. 2004, 5

Mithilfe derartiger pyramidenförmiger Zielstrukturen erfolgt eine Relativierung des „überbewerteten Ziels“ oder „Irrlichts“ der Abstinenz, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Einschätzung eines „ausbleibenden langfristigen Erfolgs“ von Maßnahmen nach dem Abstinenzparadigma, die „realistischere Erfolgsvorgaben“ für die suchtttherapeutische Praxis notwendig machen (Meili et al. 2004, 4). Der Annahme divergierender Ziele bei verschiedenen Rehabilitanden tragen Instrumente wie die von Körkel & Schindler (1997) entwickelte „Zielskala“ der Suchttherapie Rechnung, die dazu dienen sollen, die je nach angestrebtem Ziel des Rehabilitanden geeigneten therapeutischen Instrumente auszuwählen (vgl. a. Rink et al. 1999):



*Abbildung 6: Zielskala der Suchttherapie*

*Eigene Darstellung nach Körkel & Schindler 1997*

Vor diesem Hintergrund der anhaltenden Forschungsauseinandersetzung und der tendenziellen Infragestellung des Abstinenzziels ist es besonders signifikant, dass im Kontext der Aussetzung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG – angesichts der unveränderten juristischen Sachlage weitgehend unabhängig von diesen jüngeren fachlichen Diskussionen – das Ziel der Abstinenz weiterhin nahezu uneingeschränkt im Mittelpunkt steht. In § 35, Abs. 1 BtMG formuliert der Gesetzgeber als notwendige Voraussetzung für die Aussetzung der Strafvollstreckung den Aufenthalt des Straffälligen „in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung [...]. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken“. Rechtsprechung und Kommentierung des § 35 BtMG haben klargestellt, dass unter Rehabilitation demzufolge das Ziel der Betäubungsmittelabstinenz zu verstehen ist: „Methoden, die nicht primär darauf ausgerichtet sind, [...] können die Zurückstellung nicht begründen“ (Weber 2013, Rn. 62; vgl. Patzak 2016, Rn. 179). Insbesondere eine alleinige soziale Wiedereingliederung oder eine Minderung des Substanzkonsums im Sinne einer „akzeptierenden Drogenarbeit“ (Weber

2013, Rn. 62) sind daher in diesem Rahmen nicht zulässig – auf Grundlage derartiger Behandlungsansätze ist eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nicht zu erreichen, das „Therapieziel“ ist „durch das Gesetz vorgegeben“ (Weber 2013, Rn. 67). Eine gewisse Ausnahme besteht im Hinblick auf die Therapie von Opiatabhängigen mit verschreibungsfähigen Ersatzpräparaten im Kontext der Substitution: Sofern diese als „Endziel“ (Weber 2013, Rn. 65) die Abstinenz im Blick behält, muss die Therapie hier nicht auf die unmittelbare Abstinenz setzen und die Strafe bleibt gleichwohl rückstellungsfähig.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des BtMG setzen also weiterhin auf die Abstinenz als einzige und zentrale Zielsetzung der Suchttherapie, womit sie in ein Spannungsverhältnis zu den fachlichen Entwicklungen geraten. In der praktischen Arbeit mit Süchtigen, die nach § 35 BtMG die Therapie aufnehmen, ergeben sich daraus spezifische Schwierigkeiten, da die Festlegung auf das Abstinenzziel unabhängig von den fachlichen Überzeugungen des therapeutischen Personals und unter Umständen auch den Vorstellungen und Wünschen der Rehabilitanden rechtlich vorgegeben ist. Einen Antrag auf Rückstellung der Strafvollstreckung zu stellen, bedeutet für Letztere, sich dem Abstinenzziel des Gesetzgebers zu verschreiben, was für die Therapiemotivation zur Folge haben kann, dass dieses extern vorgegebene Ziel an die Stelle eines internalen Therapiewunsches tritt und damit der Glaube des Rehabilitanden an die Sinnhaftigkeit der Therapie eingeschränkt wird. Bei Rehabilitanden, die allein aus instrumentellen Erwägungen die Therapie aufnehmen, um dem Strafvollzug zu entgehen, und die keine entsprechende interne Motivation mitbringen, wären entsprechend die Therapieaussichten zurückhaltend zu beurteilen.



## 2.3. Zum Zusammenhang Therapiemotivation/Abstinenzzuversicht

### 2.3.1. Zum theoretischen Modell der Abstinenzzuversicht

Das Konstrukt der Abstinenzzuversicht beschreibt eine spezifische Anwendung des Konzepts der Selbstwirksamkeitserwartung, das in den 1970er-Jahren von Albert Bandura entwickelt wurde (Bandura 1977, 1992). Selbstwirksamkeitserwartung ist nach Schwarzer & Jerusalem (2002, 35) definiert als

die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Dabei handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich macht.

Im Hintergrund dieses Konzeptes steht die Annahme, dass „kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert“ werden können (Schwarzer & Jerusalem 2002, 35). Ist ein Proband davon überzeugt, über die Kompetenzen und Fähigkeiten zu verfügen, eine kritische Situation, der er gegenübersteht, erfolgreich zu bewältigen, wirkt sich dies demnach positiv auf seine Motivation aus. Nicht nur in der ersten Phase einer (therapeutischen) Anstrengung, sondern auch in der anschließenden Phase, in der es darauf ankommt, Handlungen umzusetzen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (sog. volitionale Phase), spielt die Selbstwirksamkeitserwartung eine große Rolle (vgl. Schwarzer & Jerusalem 2002, 37). Sie stärkt Menschen zudem darin, Versuchungen zu widerstehen, einen einmal eingeschlagenen Weg nicht fortzusetzen, bzw. nach einem Rückschlag auf diesem Weg weiter fortzufahren (sog. *Resistance* und *Coping Self-Efficacy*). Die Selbstwirksamkeitserwartung ist dabei, wie empirisch gezeigt worden ist, im Hinblick auf positive Ergebnisse eine von anderen Faktoren, etwa tatsächlichen intellektuellen oder Handlungskompetenzen, unabhängige Variable, das heißt, dass allein die eigene Überzeugung, eine Aufgabe erfolgreich meistern zu können, auch dazu führt, dass sie tendenziell häufiger erfolgreich gemeistert wird. Insofern

ist – unabhängig bzw. zusätzlich zum Erwerb weiterer Strategien, ein Problem erfolgreich lösen zu können – die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung an sich ein Ziel, dem sich pädagogische bzw. therapeutische Interventionen widmen sollten (Schwarzer & Jerusalem 2002, 37 f.). Bandura zufolge lässt sich die Selbstwirksamkeitserwartung durch Maßnahmen in vier verschiedenen Bereichen beeinflussen (vgl. Schwarzer & Jerusalem 2002, 42), was für gezielte suchttherapeutische Interventionen von entscheidender Bedeutung ist:

1. Handlungsergebnisse in Gestalt eigener Erfolge oder Misserfolge;
2. stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen;
3. sprachliche Überzeugungen (z. B. Fremdbewertung oder Selbstinstruktion);
4. Wahrnehmung eigener Gefühlserregung.

Wendet man das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung im Rahmen einer abstinenzenorientierten Suchttherapie an, ergibt sich hieraus eine *bereichsspezifische* Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Schwarzer & Jerusalem 2002, 40), die man als Abstinenzzuversicht bezeichnen kann. Abstinenzzuversicht meint dann das Vertrauen eines Suchtrehabilitanden, generell im Anschluss an die Therapie bzw. zu einem anders spezifizierten Zeitpunkt abstinent bleiben, das heißt also auf den Rückgriff auf ein Suchtmittel verzichten zu können. Die Abstinenzzuversicht lässt sich dabei einerseits in einer wie skizziert globalen Weise betrachten, andererseits bietet sich die Möglichkeit, in diesem Rahmen nach unterschiedlichen herausfordernden Konstellationen zu unterscheiden und so von der *situationsspezifischen* Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Abstinenz zu sprechen (vgl. Schwarzer & Jerusalem 2002, 40).

Die Rolle der Abstinenzzuversicht im Suchttherapieprozess ist 1985 erstmals von Marlatt & Gordon theoretisch spezifiziert worden. Sie gingen davon aus, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Zahl gemeisterter Risikosituationen (die die Selbstwirksamkeitserwartung stärken) und der langfristigen Entwicklung des Rückfallrisikos. Je häufiger der aus der Therapie entlassene Süchtige einer Risikosituation begegnet, ohne rückfällig zu werden, desto höher wird

die Wahrscheinlichkeit, dass er einen Rückfall überhaupt vermeiden kann, weil er seine Überzeugung stärkt, dass ein erfolgreicher Umgang mit Risikosituationen möglich ist – seine Abstinenzzuversicht steigt und kann so als die Rückfallwahrscheinlichkeit positiv beeinflussender Faktor wahrgenommen werden.

Der Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Therapiemotivation ist relativ gut belegt. So fanden etwa Hampton et al. 2011 signifikante Zusammenhänge zwischen beiden Parametern in einer gemischten Stichprobe von 289 freiwilligen und justiziell überwiesenen Rehabilitanden in Kalifornien. Ein Einfluss der Abstinenzzuversicht auf die Therapieadhärenz ließ sich dabei jedoch nur für die freiwilligen Rehabilitanden nachweisen (Hampton et al. 2011). Der allgemeine Zusammenhang zwischen den beiden Parametern wurde auch von Irving et al. (2004) sowie Gregoire & Burke (2004) nachgewiesen.

### **2.3.2. Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht – HEISA-38“**

Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“, als Diagnoseinstrument entwickelt von einem Forscher- und Praktikerteam um den Heidelberger Suchtforscher Jürgen Rink und den Erlanger Psychologieprofessor Joachim Körkel (Rink et al. 1999), bauen auf der im Vorangegangenen skizzierten Erkenntnis auf, dass Banduras Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung prognostische Relevanz für das tatsächliche zukünftige Verhalten von Probanden hat (vgl. Rink et al. 1999, 348). Sie dienen dazu, die bereichs- und situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung von Rehabilitanden im Suchtbereich zu erheben, indem sie den Probanden in Bezug auf 38 konkret ausgeführte Situationen die Frage stellen, wie zuversichtlich sie sind, abstinent bleiben zu können, sollten sie in die geschilderte Lage kommen. Die Rehabilitanden bewerten ihre Zuversicht auf einer sechsstufigen Skala mit den Werten 0, 20, 40, 60, 80 und 100, wobei die Antwort 0 bedeutet, dass sie „überhaupt nicht zuversichtlich [sind], in der geschilderten Situation dem Konsum meiner Problemdroge(n) widerstehen zu können“, während 100 darauf verweist, dass sie „total zuversichtlich“ seien, dass dies der Fall wäre (Rink et al. 1999, 353).

Auf diese Weise lässt sich aus den 38 Antworten zunächst ein durchschnittlicher Score-Wert bestimmen, der die globale, bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung erkennen lässt. Neben diesem Globalwert und den situativen Einzelwerten, die dazu dienen können, konkrete Therapieansätze zu identifizieren, weil sie auf spezifische Stärken und Schwächen in der Selbstwirksamkeitserwartung des Rehabilitanden hinweisen, werden die 38 Items des Fragebogens darüber hinaus noch in vier Kategorien eingeteilt, in denen bestimmte ähnliche Situationen zusammengefasst werden: Hieraus ergeben sich dann situationsspezifische Abstinenzzuversichtswerte für Herausforderungen durch „unangenehme Gefühle“ (etwa Item 2: „Ich bin zögerlich, auch dann keine Drogen zu nehmen, wenn ich mich niedergeschlagen fühle.“), für Situationen, in denen „angenehme Gefühle“ dominieren (etwa Item 13: „... wenn ich mit meinem Leben zufrieden bin.“), schließlich für Situationen, die den Rehabilitanden mit „Versuchung und Verlangen“ konfrontieren (etwa Item 12: „... wenn ich einem Dealer begegne.“), und Momente, in denen er eine „Leichtsinnigkeit im Denken“ gewärtigen muss (beispielsweise Item 6: „... wenn ich anfangs zu denken, daß Drogen vielleicht kein Problem mehr für mich sind“).

Voraussetzung für die Anwendung des HEISA-38-Fragebogens ist, dass die damit konfrontierten Rehabilitanden überhaupt das Ziel haben, Abstinenz zu erreichen – idealerweise aus eigenem Antrieb, ersatzweise auch im Hinblick auf Anforderungen des Therapiesystems. Zur Überprüfung des Abstinenzwunsches des Rehabilitanden verwenden die Forscher eine fünfstufige Zielskala, auf der dieser das Ziel seiner Bemühungen einschätzen kann (vgl. Rink et al. 1999, 357; Körkel & Schindler 1997; vgl. auch oben, Abbildung 6). Nur Rehabilitanden, die auf dieser Skala die beiden höchsten Werte angeben – 4/d: „erst einmal über längere Zeit clean bleiben und dann weitersehen“ bzw. 5/e: „total clean bleiben, nie mehr Drogen nehmen“ –, sollten sinnvollerweise einer Diagnostik mithilfe von HEISA-38 unterworfen werden. Für andere Zielsetzungen haben dieselben Forscher ein Instrument entwickelt, das zur Einschätzung

der „Kontrollzuversicht“ beim Ziel kontrollierten Substanzgebrauchs dienen kann („Heidelberger Skalen zur Kontrollzuversicht“, HEIS-KOTZ, Körkel & Schindler 1998).

Vor der Publikation der Heidelberger Skalen 1999 sind diese an 125 Rehabilitanden validiert worden; einzelne Fragen an bis zu 400 Abhängigen; sie bilden bei Vergleichen zwischen Therapieaufnahme und -beendigung für gewöhnlich einen Zuwachs in der Abstinenzzuversicht ab, der als Therapieerfolg bewertet wird. Zum Veröffentlichungszeitpunkt galten hohe Zuversichtseinschätzungen außerdem als Prädiktor für eine erfolgreiche Therapiebeendigung (vgl. Rink et al. 1999, 351).

### **2.3.3. Abstinenzzuversicht als Indikator für katamnestiche Abstinenz**

Eine Mehrheit von Studien geht nicht nur von einer Steigerung der Abstinenzzuversicht als Therapieziel aus, sondern begreift die Abstinenzzuversicht auch als Prädiktor für katamnestiche Abstinenz. Höhere Zuversichtswerte – die mit unterschiedlichen Messinstrumenten erhoben werden – haben demnach eine positivere Prognose zur Folge, nach einer gewissen Zeit noch den Zustand der Abstinenz aufrechterhalten zu können.

So berichteten Zingg et al. 2008 eine prognostische Relevanz der Abstinenzzuversichtswerte bei Kurzzeit-Rehabilitanden mit Alkoholsucht, die in einer 6-Monats-Katamnese geprüft wurde – für Langzeit-Rehabilitanden und eine weitere 12-Monats-Follow-up-Untersuchung ergab sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang. Zingg et al. setzten *die Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale* (AASE, DiClemente et al. 1994) zur Erhebung der Abstinenzzuversicht ein. Hauler kam in ihrer Untersuchung zu Alkoholabhängigen von 2015 mit demselben Instrument und einer 12-Monats-Katamnese zu keinen relevanten Zusammenhängen zwischen Abstinenzzuversicht und positiven Katamneseaussichten (Hauler 2015, 63). Für die an die HEISA angelegte Skala KAZ-35 (Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht, Körkel & Schindler 1996) ergab sich jedoch ein positiver Zusammenhang zwischen hohen Zuversichtswerten auf der Skala „Negative Gefühle“ und einer Abstinenz nach 12 Monaten – gleichzeitig zeigten sich

jedoch Hinweise darauf, dass besonders hohe Werte auf der Skala „Leichtsinnigkeit“, denen keine positive Katamnese entsprach, ein Anzeichen für eine Selbstüberschätzung der Rehabilitanden darstellten (Hauler 2015, 63 f.).

Positiv im Hinblick auf die Auswertung der Abstinenzzuversicht als Prognosekriterium für die katamnestiche Abstinenz äußern sich auch Goldbeck et al. (1997; Vorhersage einer Abstinenz nach 3 Monaten) sowie Ilgen et al. (2005, 100-Prozent-Wert bei der Abstinenzzuversicht bei Therapieende als stärkster Prädiktor für eine Abstinenz nach einem Jahr). Die europäische Vergleichsstudie zu QCT-Maßnahmen von 2006 kam zu dem Ergebnis einer positiven Prognosekraft hoher Werte der Abstinenzzuversicht bzw. Selbstwirksamkeitserwartung für die Reduzierung des Konsums (Uchtenhagen et al. 2006, 68). Burling et al. (1989) kamen zu dem Befund, dass nicht die absolute Höhe, sondern die relative Steigerung der Abstinenzzuversichtswerte mit positiven Katamneseaussichten einhergehe.

Diesen positiven bzw. ambivalenten Ergebnissen stehen jedoch auch Studien gegenüber, die die Prognosekraft der Abstinenzzuversicht skeptisch beurteilen. Dies gilt, was im vorliegenden Zusammenhang von Bedeutung ist, besonders bei Rehabilitandengruppen, die bestimmte Merkmale aufweisen, die als therapieerschwerend angesehen werden können.

Schneider et al. (2002) stellten so in Bezug auf Therapiewiederholer der Alkoholverwöhnung fest, dass diese einerseits besonders hohe Abstinenzzuversichtswerte bereits am Beginn der Therapie hatten. In Bezug auf die 3- und 12-Monats-Katamnese kamen sie zu dem Erkenntnis, dass diejenigen Rehabilitanden, die im Therapieverlauf eine besonders starke Zunahme der Zuversichtswerte verzeichneten (eingesetzt wurde auch hier der KAZ-35), besonders schlechte Katamneseaussichten aufwiesen. Hinsichtlich der Prognosekraft der Abstinenzzuversichtswerte für die Katamnese allgemein ergab die Studie keine positiven Ergebnisse. Die Resultate weisen jedoch auf einen Effekt hin, der auch in anderen Bereichen mit erwartbar problematischer Rehabilitanden-Klientel immer wieder auftritt, nämlich den einer Überschätzung der eigenen Abstinenzfähigkeiten bei diesen Gruppen. Faget (2012) hat derartige Effekte im

Hinblick auf Patienten der Alkoholrehabilitation mit Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt. Hierauf wird in Bezug auf die Diskussion der Ergebnisse dieser Studie zurückzukommen sein (vgl. Kapitel 5.1.1, 5.1.3). Dass besonders hohe Abstinenzzuversichtswerte als Prädiktor für negative Katamneseaussichten angesehen werden können, haben auch bereits ältere Studien festgestellt (vgl. Powell et al. 1993; Reilly et al. 1995).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Abstinenzzuversicht sich in einer Mehrzahl der Studien als mehr oder weniger zuverlässiger Prädiktor für die katamnestiche Abstinenz erwiesen hat. Dies gilt vor allem für Studien mit einem durchschnittlichen, nicht von spezifischen sonstigen Problemlagen gekennzeichneten Probandenfeld. Die Prognosefähigkeit der Abstinenzzuversicht scheint bei Gruppen, die von besonderen medizinischen oder sozialen Herausforderungen geprägt sind, die Therapieerfolge erschweren, jedoch abzunehmen bzw. infrage gestellt zu werden.

## **2.4. Die DTZ Fachklinik LAGO**

### **2.4.1. Daten und Fakten zur Einrichtung**

Die Fachklinik LAGO befindet sich in der Trägerschaft des 1977 als gemeinnütziger Verein gegründeten Drogentherapie-Zentrums Berlin e. V. (DTZ). Seit 2003 ist der Verein Krankenhaussträger im Land Berlin. Die Fachklinik LAGO ist im Juni 2011 aus der Zusammenlegung der beiden Einrichtungen Grunewald-Villa (1977) und Haus Collignon (1992) als moderne Rehabilitationsklinik entstanden und liegt in direkter Nähe zum Großen Wannsee im Südwesten Berlins. Mit der Zusammenführung wurden das Behandlungsspektrum erweitert, die Struktur- und Behandlungsqualität erhöht und zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen flexiblere Übergänge hergestellt (vgl. Papke 2013, 7). Auf dem 7 000 Quadratmeter großen Ge-

lände verfügt die Klinik über Wohn- und Therapieeinrichtungen, eine eigenständige arbeitstherapeutische Einrichtung, Sportanlagen und ein separates Wohngebäude für den Adaptionsbereich.

Die Belegung der Klinik erfolgt durch Rentenversicherungsträger und gesetzliche Krankenkassen. Diese führen als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch. Der federführende Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation in der Klinik ist die Deutsche Rentenversicherung Bund (vgl. Papke 2013, 5).

Die Klinik ist eine Fachklinik zur Behandlung von volljährigen Rehabilitanden mit Störungen durch psychotrope Substanzen. Das Behandlungsangebot bei LAGO richtet sich an Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen, Alkohol und Medikamenten gemäß ICD 10-GM 2013: F 10–19, die den Wunsch haben, suchtmittelfrei zu leben, jedoch vorübergehend, für längere Zeit oder auf Dauer allein nicht dazu in der Lage sind.

Angesprochen werden Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch:

- Alkohol (F10.2x) (in der Regel nicht als einzige Hauptdiagnose)
- Opioide (F11.2x)
- Cannabinoide (F12.2x)
- Sedativa oder Hypnotika (F13.2x)
- Kokain (F14.2x)
- Stimulantien (F15.2x)
- Halluzinogene (F16.2x)
- multiplen Substanzgebrauch (F19.x).

Mitbehandelt werden andere stoffliche oder nichtstoffliche Süchte sowie alle die Sucht begleitenden, u. a. psychiatrischen, internistischen oder neurologischen Erkrankungen. Zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung leiden die Rehabilitanden mehrheitlich auch an Persönlichkeits- und



Verhaltensstörungen. Teilweise liegen daneben u. a. depressive, somatoforme Störungen und Angststörungen mit Krankheitswert vor. Nicht behandelt werden können Patienten mit den Kontraindikationen „akute Suizidalität“, „floride Psychose“, mit vorrangig akutmedizinischem Behandlungsbedarf, gravierenden hirnorganische Schädigungen sowie, aufgrund der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ausrichtung, solche mit einer Intelligenzminderung mit gravierender Beeinträchtigung der kognitiven und emotionalen Einsicht in die eigene Abhängigkeit und der Introspektionsfähigkeit (vgl. Papke 2013, 20).

Die DTZ Fachklinik LAGO bietet 61 Behandlungsplätze (24 Kurzzeit-, 28 Langzeittherapie, 9 Adaption) und steht unter der medizinischen Leitung von zwei Fachärzten der Psychiatrie. Insgesamt sind in der Klinik 31 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Das interdisziplinäre Behandlungsteam besteht aus Fachärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Arbeits- und Ergotherapeuten, Diätassistenten, Sport- und Physiotherapeuten, Kunsttherapeuten, Krankenpflegepersonal und Verwaltungskräften.

#### **2.4.2. Therapeutisches Setting, Therapieprogramm**

Im Mittelpunkt des Therapieprogramms stehen Maßnahmen der kognitiven Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting sowie flankierend arbeits-, ergo-, sport- und kunsttherapeutische Maßnahmen. Außerdem nehmen die Rehabilitanden ergänzend an indikativen didaktisch-therapeutischen Maßnahmen teil (Gruppentraining sozialer Kompetenzen, GSK; Stressbewältigungstraining; Schulungen in Progressiver Muskelrelaxation, PMR; Ernährungsberatung; Sportangebote; Rauchentwöhnung; Selbstständigkeitstraining; Motivationstraining; spezifische Gruppen zu Depression, Trauma, Psychose, Borderline PS etc.). Je nach Bewilligung durch die Kostenträger (DRV-Bund, Krankenkassen) absolvieren die Rehabilitanden einen 13-wöchigen (Kurzzeittherapie) oder 26-wöchigen (Langzeittherapie) stationären Klinikaufenthalt. Eine Übersicht über die angebotenen Maßnahmen im therapeutischen sowie ergänzenden indikativen Bereich geben Tabelle 1 und Tabelle 2.

Die Konzeption der Klinik legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Förderung einer „nachhaltigen und selbstbestimmten Abstinenzfähigkeit“ durch Steigerung der Abstinenzvorsicht und „Förderung von Gruppenkohäsion, zwischenmenschlicher Verbindlichkeit und gegenseitiger Unterstützung in einem überschaubaren sozialen Feld, das [...] auch als soziale Kontrollinstanz z. B. bei Suchtmittelverlangen und Risikosituationen fungiert“ (Papke 2013, 7). Aufgrund der Zielgruppe der Klinik (dominant sind hier Drogen- oder jüngere Suchtmittelabhängige) setzt sie in ihrer Arbeit zudem einen Schwerpunkt auf qualifizierte beruflich orientierte Angebote für Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund des Anspruchs der DRV-finanzierten Rehabilitation, die Rehabilitanden wieder arbeitsfähig zu machen (in den Jahren 2011–2013 waren über 90 Prozent der Rehabilitanden vor Beginn der Therapie ohne reguläre Beschäftigung, vgl. Papke 2013, 39).

*Tabelle 1: Maßnahmenpool der DTZ Fachklinik LAGO, medizinische Rehabilitation (nach Papke 2013, 37)*

	<b>Medizin/ Gesundheitsförde- rung</b>	<b>Psychotherapie</b>	<b>Arbeitsbezogene Therapie</b>	<b>Sozialer Dienst und Berufsintegrations- beratung</b>
<b>originäre Aufga- ben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufnahmeuntersuchung</li> <li>▪ Medizinische Anamnese</li> <li>▪ Diagnostik</li> <li>▪ Zielfindung mit d. Rehabil.</li> <li>▪ Behandlungsplanung</li> <li>▪ Einzelbetreuung</li> <li>▪ Gruppenvorträge</li> <li>▪ Ernährungsberatung</li> <li>▪ Raucherentwöhnung</li> <li>▪ Pflege</li> <li>▪ Sporttherapie</li> <li>▪ Abschlussuntersuchung, sozialmed. Beurteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufnahmegespräch</li> <li>▪ Biograf. Anamnese</li> <li>▪ Psychodiagnostik</li> <li>▪ Zielfindung mit d. Rehabil.</li> <li>▪ Behandlungsplanung</li> <li>▪ Einzeltherapie</li> <li>▪ Gruppentherapie/individuelle Gruppen</li> <li>▪ Pat.schulung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufnahmegespräch</li> <li>▪ Arbeitsbezogene Diagnostik</li> <li>▪ Melba</li> <li>▪ Zielfindung mit d. Rehabil.</li> <li>▪ Behandlungsplanung</li> <li>▪ Einzelbetreuung</li> <li>▪ Gruppenbetreuung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufnahmeregie, Begrüßung</li> <li>▪ Erhebung der sozialen Situation</li> <li>▪ MBOR-bezogene Maßnahmen</li> <li>▪ Arbeits- und Berufsanamnese</li> <li>▪ Zielfindung mit d. Rehabil.</li> <li>▪ Einzelbetreuung</li> <li>▪ Überleitung in Anschlussmaßnahmen</li> <li>▪ Entlassungsregie</li> </ul>
<b>Angebot regulär:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sprechstunde, tägl.</li> <li>▪ Fachärztl. Visite, wöchentlich</li> <li>▪ Indikationsgeleitete Behandlung</li> <li>▪ Gesundheitsschulung</li> <li>▪ Sport- und Bewegungstherapie, 2 x wöchentl.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einzelpsychotherapie, 1 x wö.</li> <li>▪ Gruppenpsychotherapie unspezifisch: Bezugsgruppe 2 x wö. spezifisch: 2 x wö.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indikationsgeleitete Ergo- und Arbeitstherapie 5 x wö.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tägl. Sprechstunde</li> <li>▪ regelmäßige Einzelbetreuung</li> <li>▪ Gruppenbetreuung</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorträge Gesundheitsschulung</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychoedukative Gruppe: Basiswissen Sucht</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychoedukative Gruppe: Rückfallprävention</li> </ul>		

Tabelle 2: Maßnahmenpool der DTZ Fachklinik LAGO, indikative Angebote  
(nach Papke 2013, 38)

Körperlicher Bereich	Sozial-emotionaler Bereich	Sozialer/berufsbezogener Bereich	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährungsberatung/Lehrküche</li> <li>▪ Hygieneschulung</li> <li>▪ Gymnastik, Rückenschule</li> <li>▪ Lauftraining</li> <li>▪ Walken</li> <li>▪ Radfahren</li> <li>▪ Volleyball, Ballsport</li> <li>▪ Anleitung Freizeitsport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selbstsicherheitstraining</li> <li>▪ Gruppentraining sozialer Kompetenzen</li> <li>▪ Stressbewältigung</li> <li>▪ Trauma</li> <li>▪ Depression</li> <li>▪ Psychose</li> <li>▪ interaktives Skills-Training für Borderline-Pat.</li> <li>▪ „Medium Pferd“</li> <li>▪ kreative Medien in der Psychotherapie</li> <li>▪ Frauengruppe, Männergruppe</li> <li>▪ Arbeit mit Angehörigen</li> <li>▪ Paartherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interne Arbeitserprobung</li> <li>▪ AT: Lehrküche</li> <li>▪ AT: Tischlerei</li> <li>▪ AT: Garten</li> <li>▪ AT: Fahrradwerkstatt</li> <li>▪ Modellarbeitsplatz: Büro</li> <li>▪ Modellarbeitsplatz: Küche</li> <li>▪ Ergotherapie Holz</li> <li>▪ Ergotherapie: Ton u.a.</li> <li>▪ ggfs. externe Arbeitserprobung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische Sozialarbeit bzgl.:</li> <li>▪ Wohnen</li> <li>▪ Ausbildung</li> <li>▪ Arbeitsstelle</li> <li>▪ Schuldnerberatung</li> <li>▪ Umgang mit Geld</li> <li>▪ gerichtliche Angelegenheiten</li> <li>▪ berufsbezogene Motivationsförderung</li> <li>▪ Information, Beratung, Controlling</li> <li>▪ Arbeitgebergespräch</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entspannungstraining (PMR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alltagsplanung, Selbständigkeitstraining</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Raucherentwöhnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hygieneschulung</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivationsförderung</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ berufsbezogene Gruppen, z.B. Stress- und Konfliktbewältigung am Arbeitsplatz, Bewältigung von Arbeitslosigkeit</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PC-Training/ EDV-Schulung</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewerbungstraining</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berufsorientierung</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ externe berufsbezogene Diagnostik, Arbeitserprobung, Praktikum im Berufsförderungswerk Oberlinhaus</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ externes Praktikum</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachsorge, Selbsthilfe, Wohnen</li> </ul>	

Jeder Rehabilitand ist über seine gesamte Therapiezeit fest einem Bezugstherapeuten sowie einer halboffenen Bezugsgruppe von 6–10 Teilnehmern zugeordnet (unspezifische Gruppentherapie); hinzu kommt die Zuordnung zu einzelnen themenbezogenen halboffenen/geschlossenen indikativen Gruppen (spezifische Gruppentherapie). In der Regel absolvieren die Rehabilitanden pro Woche eine 60-minütige Einzeltherapiesitzung, zwei 90-minütige Sitzungen der Bezugsgruppe sowie ebenfalls mindestens zwei 90-minütige Sitzungen indikativer Gruppen; hinzu kommen arbeits-, ergo-, sport- und kreativtherapeutische Maßnahmen. Eine beispielhafte Gestaltung des jeweils individuell nach den spezifischen Bedürfnissen der Rehabilitanden auszurichtenden Wochenplans bietet – hier für den Fall der Hauptphase in der Kurzzeittherapie –

Tabelle 3:

Tabelle 3: Exemplarischer Wochenplan für Rehabilitanden der Hauptphase

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:30	Frühstück, anschl.	Frühstück, anschl.	Frühstück, anschl.	Frühstück, anschl.	Frühstück, anschl.		
8:00							
8:30	Atemalkohol-kontrolle	Atemalkohol-kontrolle	Atemalkohol-kontrolle	Atemalkohol-kontrolle	Atemalkohol-kontrolle	Frühstück, anschl. Atemalkohol-kontrolle	Frühstück, anschl. Atemalkohol-kontrolle
9:00	Bezugsgruppe	Wassertherapie/ Schwimmgruppe	Bezugsgruppe	Ergotherapie			
9:30							
10:00							
10:30	Ergotherapie		Wegweiser „Ambulante Therapie“	Arbeits- therapie: Fahrradwerk- statt	Bezugs- gruppe		
11:00							
11:30							
12:00							
12:30						Wäsche- wechsel	
13:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Besuchszeit	Besuchszeit
13:30					Ergo- therapie		
14:00		Einzeltherapie		Sozialarbeit			
14:30							
15:00	Arbeits- therapie: Fahrradwerk- statt	Indikative Gruppe: Basiswissen Sucht	Koch-AG		Schreibwerk- statt		
15:30							
16:00				Schreibwerk- statt			
16:30							
17:00							
17:30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18:00							
18:30			Vorstellungs- runde				

Rot: Einzel- und Gruppentherapie; Gelb: Sport- und Ergotherapie;  
Lila: Arbeitstherapie; Grün: Kreativtherapie; Blau: Versorgung/Sozialarbeit

Bedingung für die Aufnahme in das Rehabilitationsprogramm der Klinik ist die Abstinenz der Rehabilitanden, die in der Regel durch die vorgängige Absolvierung von Entgiftungsmaßnahmen in unterschiedlichen Einrichtungen dokumentiert wird (vgl. Papke 2013, 24); substituierte Rehabilitanden werden in der Klinik mithin nicht behandelt.

Zu Beginn der Therapie wird zudem erhoben, ob die Rehabilitanden das Ziel haben, dauerhafte Abstinenz zu erreichen, was Bedingung für bestimmte suchtherapeutische Maßnahmen und den Einsatz der HEISA ist. Hierzu dient der validierte 5-Item-Zielskala-Test von Rink et al. (1999, 353; vgl. Körkel & Schindler 1997), der im Zusammenhang mit dem Ausfüllen des HEISA-38-Fragebogens erfolgt (Angabe der Klienten, dass sie „über längere Zeit“ bzw. „total abstinent“ bleiben möchten; Antworten d und e bzw. 4 und 5; vgl. oben Kapitel 2.2). Im Laufe der Therapie erfolgen regelmäßige Abstinenztests (Urin-, Atem-, Speichelkontrollen), wobei die positive Testung auf Suchtmittel das Einsetzen eines Rückfallmanagementprozesses zur Folge hat. Ist der Rehabilitand rückfallbedingt nicht in der Lage oder nicht mehr willens,

die Therapie fortzusetzen, oder erscheint diese, etwa bei vermehrten Rückfällen, als aussichtslos, wird er – bevorzugt in Richtung anderer Institutionen des Suchthilfesystems – disziplinarisch entlassen (vgl. Papke 2012, 90–92).

### 2.4.3. Zahlen und Fakten zur Klientel

Konkrete historische Daten zum Anteil der nach § 35 BtMG die Therapie aufnehmenden Klienten liegen nicht vor; eine interne Auswertung von 2011 verweist hingegen auf das allgemeinere Kennzeichen „gerichtliche Auflagen“, das im damaligen Erhebungszeitraum 14,8 Prozent der Rehabilitanden der Kurzzeit- und 20,4 Prozent der Rehabilitanden in der Langzeittherapie betraf (Papke 2013, 80, vgl. Tabelle 4). Die Daten zeigen, dass es sich bei den Rehabilitanden der DTZ Fachklinik LAGO in hohem Maße um Klienten mit „besonderen beruflichen Problemlagen“ (BBPL) handelt, was die Anwendung eines vielschichtigen Programms zur Vorbereitung der beruflichen (Re-)Integration erforderlich macht.

*Tabelle 4: Rahmendaten zur Klientel der DTZ Fachklinik LAGO (nach Papke 2013, 80)*

	<b>Anteil unter Rehabilitanden in Kurzzeittherapie (in %)</b>	<b>Anteil unter Rehabilitanden in Langzeittherapie (in %)</b>
Schulabschluss	88,8	45,2
Berufsausbildung abgeschlossen	54,3	20,8
Arbeitsplatz/Ausbildungs-/Studienplatz vorhanden	14,8	3,0
wohnungslos	49,1	75,6
hohe/mittlere Verschuldung	62,2	70,1
gerichtliche Auflagen	14,8	20,4
Weitervermittlung in anschließende Maßnahmen	68,5	83,5

#### **2.4.4. Rahmenbedingungen der konkreten Forschungsarbeit**

Im Zeitraum der Erhebung war ich als Suchttherapeutin in der DTZ Fachklinik LAGO beschäftigt. Die Erhebung der Daten erfolgte durch Auswertung der internen Rehabilitandenakten, insbesondere der Anamnese- und Abschlussberichte, die im Rahmen der therapeutischen Betreuung der Rehabilitanden angefertigt werden. Die genommene Stichprobe umfasst dabei nicht nur Rehabilitanden, die die Verfasserin persönlich therapeutisch betreute, sondern zum größeren Teil solche, die anderen Bezugstherapeuten zugeordnet waren.

Das dezentrale, in der Regel von den Bezugstherapeuten verantwortete Berichtswesen in Bezug auf die Rehabilitanden bringt es mit sich, dass die Berichte nicht durchgehend den formalen Vorgaben des Trägers entsprechen. Zwar umfassen alle Berichte die diagnostischen Kennziffern mit suchtherapeutischer Relevanz sowie die sonstigen Daten des Deutschen Kern Datensatzes (vgl. DHS 2010), sodass ein guter Überblick über die Eckdaten der Stichprobe möglich ist (vgl. hierzu Kapitel 3.2 dieser Arbeit). Insbesondere bezüglich der Testung der Rehabilitanden mit dem Instrument HEISA-38 zu Beginn und zum Ende der Therapie bestehen jedoch aufgrund der individuellen Vorgehensweise der Bezugstherapeuten Probleme, da im Erhebungszeitraum einige der therapeutischen Kollegen diese Tests nicht flächendeckend durchgeführt haben. Bei 9 der 86 Rehabilitanden der Stichprobe liegen aus diesem Grund keine HEISA-38-Daten zum Zugangszeitpunkt vor, sodass sich die Auswertungen der Stichprobe in Bezug auf die HEISA-38-Daten nur auf 75 Rehabilitanden beziehen. Zu beachten ist ferner, dass nur bei regulärer Beendigung auch zum Abgangzeitpunkt erneut eine HEISA-38-Testung erfolgt; Auswertungen hinsichtlich der Veränderung der Abstinenzsicherheit bei Rehabilitanden, die das Therapieprogramm vorzeitig abbrechen, sind somit nicht möglich, wiewohl sie sicherlich hochinteressant wären.

## **2.5. Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Arbeit**

Vor dem Hintergrund der konkreten Tätigkeit in der Praxis der stationären Suchtrehabilitation stellt sich die Arbeit grundsätzlich die Frage, welches Profil die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG im Vergleich zu den sonstigen Rehabilitanden hat. In einem ersten Schritt werden beide Gruppen einer Therapiekohorte dazu hinsichtlich ihrer demografischen Rahmen-daten verglichen.

Vor allem vor dem Hintergrund widerstreitender Forschungsergebnisse gilt es, die Frage zu beantworten, welche Erfolgsaussichten Rehabilitanden nach § 35 BtMG in der Therapie im Vergleich zu anderen Rehabilitanden haben: Wie häufig kommen sie verglichen mit anderen zu einem erfolgreichen Abschluss der Therapie und wie häufig misslingt dies? Und welche Rolle spielt die mit der Therapiemotivation assoziierte Abstinenzzuversicht der Rehabilitanden für ihre Therapieadhärenz und die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Beendigung? Diese globalere Fragestellung wird im Folgenden im Rahmen der Hypothesenbildung weiter ausdifferenziert hinsichtlich der Frage, wie die Abstinenzzuversicht der beiden Rehabilitandengruppen ausfällt und sich im Therapieprozess entwickelt (vgl. Kapitel 3.1).

## **3. Methode**

### **3.1. Ableitung von Hypothesen**

#### **3.1.1. Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn**

Es ist dem Tenor der Forschung zufolge davon auszugehen, dass die Abstinenzzuversicht der Rehabilitanden nach § 35 BtMG zu Beginn der Therapie geringer ausfällt als bei anderen Rehabilitanden (vgl. etwa in Bezug auf § 64 StGB Schalast 2000; in Bezug auf spezifische Persönlichkeitsmerkmale Van Horn & Frank 1998, Müller 2012; in Bezug auf Beschäftigungsstatus Ertl et al. 2006; generell zu justiziell überwiesenen Rehabilitanden Coviello et al. 2013).

Gegenhypothese 1: Denkbar ist, dass sich keine Unterschiede in der Abstinenzzuversicht zwischen beiden Gruppen ergeben (vgl. Wiese 2012).

Gegenhypothese 2: Möglich wäre auch eine höhere Abstinenzzuversicht bei den Rehabilitanden nach § 35 BtMG. Dies ließe womöglich auf eine überhöhte Selbsteinschätzung dieser Rehabilitandengruppe schließen (vgl. Fischer et al. 2012; Powell et al. 1993; Reilly et al. 1995).

#### **3.1.2. Abbruchwahrscheinlichkeit, Rehabilitanden mit/ohne § 35 BtMG**

Es ist dem Tenor der Forschung zufolge davon auszugehen, dass die Rehabilitanden nach § 35 BtMG eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, das geplante Therapieprogramm (3-monatige stationäre Kurzzeit- bzw. 6-monatige stationäre Langzeittherapie) nicht erfolgreich abzuschließen, sondern es zuvor abubrechen bzw. disziplinarisch entlassen zu werden (vgl. Wiese 2012; Schalast 2000).

Gegenhypothese: Einige Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Verweisung der Rehabilitanden an die Therapie durch das Strafvollzugssystem einen Bleibeeffekt hervorruft, was auch die Zielsetzung des Gesetzgebers bei der Einführung des Instrumentariums war (vgl. Kiluk et al. 2015; Coviello et al. 2013; vgl. auch bereits Egg 1993). Demnach wäre davon



auszugehen, dass trotz anfangs bestehender Motivationsunterschiede die Abbruchraten solcher Rehabilitanden nicht signifikant höher sind als bei anderen.

### **3.1.3. Wirkung der Therapie, Rehabilitanden mit/ohne § 35 BtMG**

Generell ist davon auszugehen, dass die Abstinenzzuversicht im Verlauf der Therapie zunimmt (vgl. Rist & Watzl 1983; Marlatt & Gordon 1985; Burling et al. 1989; Schindler et al. 1997; Schneider et al. 2002; Haller 2012).

Gegenhypothese: Möglich ist, dass im Bereich der Rehabilitanden nach § 35 BtMG keine Erfolge der Therapie hinsichtlich der Entwicklung der Abstinenzzuversicht festzustellen sind. Dies würde die Praxis der Verweisung an die Therapie statt Strafe infrage stellen, da es der Begründung von § 35 BtMG, die von einer Reduktion der Neigung zu Straftaten nach BtMG durch therapeutische Maßnahmen ausgeht, widersprechen würde.

### **3.1.4. Abstinenzzuversicht bei Therapieende**

Neuere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Rehabilitanden nach § 35 BtMG am Ende der Therapiemaßnahmen ein vergleichbares Level der Abstinenzzuversicht erreichen wie andere Rehabilitanden (vgl. Kiluk et al. 2015). Ist die Abstinenzzuversicht am Ende der Therapie bei allen Rehabilitanden auf einem vergleichbaren Level, ließe sich dies als Rechtfertigung für den Einsatz von Maßnahmen nach § 35 BtMG interpretieren, da die anfänglichen Motivationsunterschiede offensichtlich durch die Therapiemaßnahmen ausgeglichen werden können.

Gegenhypothese: Denkbar ist, dass die Rehabilitanden nach § 35 BtMG ein geringeres Level der Abstinenzzuversicht erreichen als die sonstigen Rehabilitanden (vgl. Ilgen et al. 2007). Dies spräche dafür, dass die Praxis, Rehabilitanden nach § 35 BtMG der Therapie zuzuweisen, zumindest nicht durch Erfolge gleicher Größenordnung gestützt würde.

Gegenhypothese: Verschiedene Studien verweisen auf besonders hohe Grade der Abstinenzzuversicht, die bei spezifischen Gruppen erreicht werden, denen jedoch keine guten Katamneseaussichten gegenüberstehen (vgl. Schneider et al. 2002 zu Therapiewiederholern; Faget 2012 zu Rehabilitanden mit Borderline-Persönlichkeitsstörung). Dies wird auf die Selbstüberschätzung bzw. unrealistische Einschätzung der Situationen durch die Rehabilitanden zurückgeführt. Entsprechende Ergebnisse wären auch für Rehabilitanden nach § 35 BtMG denkbar.

### **3.2. Erhebungsmethodik**

Als unabhängige Variable dient die Aufteilung der Rehabilitanden in eine Gruppe, die nach § 35 BtMG die Rehabilitation aufnimmt, und eine Gruppe, die sich aus anderen Gründen in die Rehabilitation begibt (Kontrollgruppe).

Für die Messung der abhängigen Variable der Abstinenzzuversicht wird das oben skizzierte validierte Instrument der „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ verwendet (HEISA-38; Körkel, Schindler & Hannig 2010; Rink et al. 1999, vgl. Kapitel 2.3.2). Diese erfassen die Zuversicht des Rehabilitanden, in 38 geschilderten rückfallkritischen Situationen abstinent bleiben zu können. Untersucht wird das Level der Abstinenzzuversicht in den Zeitpunkten  $t_0$  (Beginn der Therapie) und  $t_{\text{Ende}}$  (Abschluss der Therapie). Für 9 Rehabilitanden liegen keine HEISA-38-Daten vor, sodass sie in die Auswertung nicht eingehen können (Testgruppe: N=2, Kontrollgruppe: N=7). Für den Zeitpunkt  $t_{\text{Ende}}$  liegen nur bei denjenigen Rehabilitanden Daten vor, die die Therapie regulär beendet haben (N=50, Testgruppe: N=13, Kontrollgruppe: N=37) – nur auf diese Gruppe beziehen sich dementsprechend die Ergebnisse im Hinblick auf Wirkung der Therapie und Abstinenzzuversicht am Ende der Therapie (Kapitel 4.4 und 4.5).

Um eventuelle abweichende Einflussgrößen feststellen zu können, wurde in Bezug auf die Patienten ein Datensatz in Anlehnung an den „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation

im Bereich der Suchtkrankenhilfe“ (DHS 2010) erhoben, der neben den genannten folgende Items umfasst:

- Alter (Item 2.1.2 in DHS 2010)
- Geschlecht (Item 2.1.3)
- Vorangegangene Therapieversuche (Zahl), -abbrüche (Zahl) („Vorgeschichte“, Item 2.2.7)
- Familienstand, Partnerbeziehung (Item 2.3.1, 2.3.2)
- Schul- und Ausbildungsabschluss (Item 2.3.6, 2.3.7)
- Hauptsuchtmittel/Präferenzdroge (Item 2.4.1.1)
- Beikonsum anderer Drogen (Item 2.4.1.2 bzw. 2.4.1.6)
- Dauer des regelmäßigen Konsums der Präferenzdroge vor Beginn der Entzugsmaßnahmen („Alter bei Störungsbeginn“, Item 2.4.1.4)

Über die genannten Items des Deutschen Kerndatensatzes hinaus wurde festgehalten, welche Art der Therapie die Rehabilitanden in der DTZ Fachklinik LAGO absolvierten: eine Kurzzeit- oder Langzeittherapie mit u. U. anschließender Adaptionstherapie.

Die Erhebung der Daten erfolgte mithilfe von Fragebogen eingebettet in die psychologischen Anamnese- bzw. Abschlussgespräche und wurde von den Einzeltherapeuten (DRV- anerkannte Suchttherapeuten; psychologische Psychotherapeuten; medizinische Psychotherapeuten) durchgeführt und der Patientenakte zugeordnet. Die Datenerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts erfolgte auf Grundlage der vorliegenden Patientenakten, die für das Forschungsprojekt vom Träger zur Nutzung freigegeben wurden. Die statistische Auswertung der Stichprobe erfolgte mithilfe des Programms SAS JMP Pro 11.0.0, zur grafischen Darstellung wurde Microsoft Excel 2013 verwendet.

## **4. Ergebnisse**

### **4.1. Beschreibung der Stichprobe**

Als Stichprobe dienen 86 Rehabilitanden, die ab Oktober 2014 mit einem integrierten stationären Therapieprogramm in der DTZ Fachklinik LAGO begonnen und dies bis zum 31.12.2015 abgeschlossen haben. Von den in dieser Zeit in der Klinik behandelten Rehabilitanden wurden dabei diejenigen ausgewählt, bei denen Daten zur Abstinenzsicherheit zur Verfügung standen. 25 der Teilnehmer dieser Gruppe nahmen das Programm gemäß § 35 BtMG auf, das entspricht einem Anteil von rund 29 Prozent.

Tabelle 5 gibt die demografischen Rahmendaten der Probandengruppen wieder. Unterschieden wird hierbei nach §-35-Rehabilitanden und Rehabilitanden, die nicht aufgrund der Regelung nach § 35 BtMG die Therapie aufgenommen haben (Kontrollgruppe).

Tabelle 5: Demografische Rahmendaten der Rehabilitanden nach Gruppe

<b>Merkmal</b>	<b>Rehabilitanden nach § 35 BtMG  (N=25)  <i>n</i> (%)</b>	<b>Kontrollgruppe  (N=61)  <i>n</i> (%)</b>	<b>Gesamt- gruppe  (N=86)  <i>n</i> (%)</b>	<b>p</b>
männlich	24 (96)	48 (79)	72 (84)	0,05*
Alter bei Aufnahme (Jahre)	$\bar{x} = 31,08$ $\sigma = 8,55$	$\bar{x} = 31,36$ $\sigma = 8,00$	$\bar{x} = 31,27$ $\sigma = 8,12$	
vorangegangene Therapie- versuche	$\bar{x} = 0,72$ $\sigma = 0,79$	$\bar{x} = 0,48$ $\sigma = 0,78$	$\bar{x} = 0,54$ $\sigma = 0,78$	
ledig	24 (96)	56 (92)	80 (93)	0,49
in fester Beziehung lebend	11 (44)	29 (48)	40 (47)	0,50
ohne Schulabschluss	2 (8)	7 (12)	9 (10)	0,50
mit Abitur	0 (0)	8 (13)	8 (9)	0,06
ohne Ausbildungsab- schluss	12 (48)	26 (24)	38 (45)	0,50
Bildungsjahre <sup>1</sup>	$\bar{x} = 10,76$ $\sigma = 1,71$	$\bar{x} = 11,67$ $\sigma = 2,61$	$\bar{x} = 11,4$ $\sigma = 2,41$	

\* signifikantes Ergebnis

<sup>1</sup> Die Bildungsjahre wurden aus den Angaben der Rehabilitanden zu Schul- und Ausbildungsabschluss berechnet. Hierbei wurden nach Frietsch 2005 feste Zahlenwerte angesetzt, die der üblichen Dauer entsprechen, die benötigt wird, um einen Bildungsabschluss zu erreichen. Für Probanden ohne Schul- und Ausbildungsabschluss wird demnach ein Wert von 8 Bildungsjahren angesetzt. Haupt-, Realschul- oder Gymnasialabschluss entsprechen 9, 10 oder 13 Bildungsjahren. Eine Ausbildung wird mit zusätzlichen 3, ein Studium mit 5, ein Meister-/Technikerabschluss mit 6 Jahren angesetzt (vgl. Frietsch 2005, 8). Diese Methode ermöglicht einen näherungsweise Vergleich der Bildungslevel der verschiedenen Gruppen, wobei in Kauf genommen werden muss, dass die konkreten Verläufe der individuellen Bildungskarrieren nicht mit vollkommener Genauigkeit abgebildet werden können.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Test- und Kontrollgruppe betrifft die Geschlechterverteilung. Von den 22 Frauen, die zur Gesamtgruppe gehören, hat nur eine einzige nach § 35 BtMG die Therapie aufgenommen. Das entspricht einem Anteil weiblicher Personen in dieser Gruppe von nur 4 Prozent, während in der Kontrollgruppe immerhin 21 Prozent Frauen waren – für Letztere entspricht der Frauenanteil damit dem vom Fachverband Sucht angegebenen Durchschnitt in stationären Drogenrehabilitationseinrichtungen (FVS 2012, 32; Basis ist der Entlassjahrgang 2010), während er für die Gesamtgruppe etwas geringer liegt (Gesamtgruppe: 16 Prozent). Insgesamt ist festzuhalten, dass die Dominanz von männlichen Rehabilitanden in der Einrichtung unter den Rehabilitanden nach § 35 BtMG noch deutlich stärker ausfällt.

Hinsichtlich ihres Alters unterscheiden sich beide Gruppen nur marginal; durchschnittlich sind die Rehabilitanden der Testgruppe um 0,28 Jahre (also etwa 3 Monate) jünger als die Rehabilitanden der Kontrollgruppe, wobei das Durchschnittsalter bei etwa 31 Jahren liegt, ebenfalls ein Wert, der für die stationäre Suchtrehabilitation typisch ist (vgl. FVS 2012, 32; durchschnittliches Alter: 30,2 Jahre). Die folgenden Abbildungen zeigen die Altersverteilung in beiden Gruppen noch einmal im Detail:

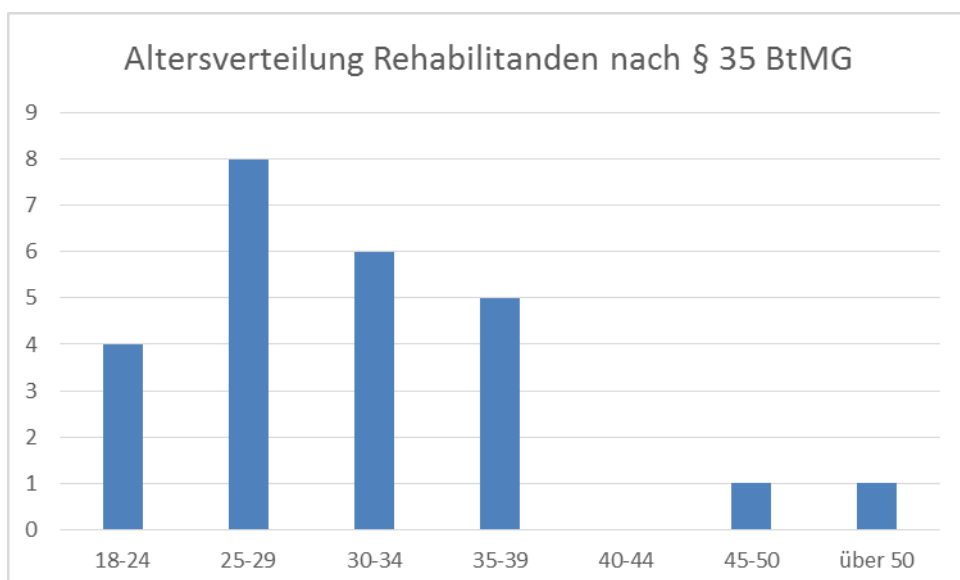
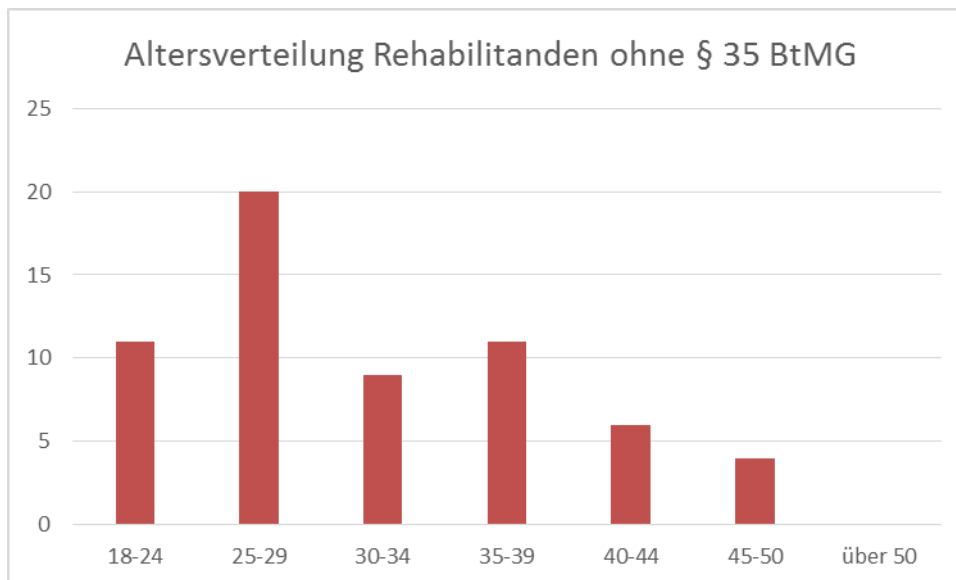


Abbildung 7: Altersverteilung der Rehabilitanden nach § 35 BtMG (Testgruppe)



*Abbildung 8: Altersverteilung Rehabilitanden ohne § 35 BtMG (Kontrollgruppe)*

Die Altersstruktur beider Gruppen stellt sich als relativ ähnlich dar. Während der Median in der Testgruppe bei 32 Jahren liegt, liegt er in der Kontrollgruppe nur bei 29 Jahren, sodass trotz des vergleichbaren Durchschnittsalters ein größerer Anteil der Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG auf die tendenziell älteren Rehabilitanden entfällt. In der Testgruppe sind 48 Prozent der Rehabilitanden unter 30 Jahre alt (Kontrollgruppe: 51 Prozent); 44 Prozent haben ein Eintrittsalter zwischen 30 und 39 Jahren (Kontrollgruppe: 33 Prozent); und nur 8 Prozent (2 Rehabilitanden) haben ein Alter von 40 Jahren und darüber, während es in der Kontrollgruppe 17 Prozent sind.

Ein deutlich überwiegender Anteil aller Rehabilitanden war noch nie verheiratet; dies trifft auf 93 Prozent aller Rehabilitanden zu, wobei die Quote hier unter denen der Testgruppe geringfügig höher ist als unter denen der Kontrollgruppe (96 gegenüber 92 Prozent; der hier erzielte Wert entspricht dem der deutschen Rehabilitanden in der europäischen Vergleichsstudie von Uchtenhagen et al. 2006, 19). Etwas weniger als die Hälfte der Rehabilitanden leben in festen Partnerschaften (47 Prozent); auch hier ergeben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Gruppen (Testgruppe: 44 Prozent, Kontrollgruppe: 48 Prozent).

Deutliche Unterschiede weisen beide Gruppen hinsichtlich ihres Bildungsstandes auf. Zwar ergeben sich keine besonders großen Differenzen in der Zahl derjenigen Rehabilitanden, die über keinen Schulabschluss verfügen (dies trifft auf 8 Prozent in der Testgruppe und auf immerhin 12 Prozent in der Kontrollgruppe zu, sodass hier die Rehabilitanden nach § 35 BtMG sogar etwas besser dastehen). Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, in der im Jahr 2014 3,6 Prozent ohne Schulabschluss waren (vgl. Statistisches Bundesamt 2016), ist die Zahl unter den Rehabilitanden der DTZ Fachklinik LAGO damit deutlich erhöht. Verglichen mit bestehenden einrichtungsspezifischen Daten aus dem Jahr 2011, aus denen sich ein Anteil von 11,2 Prozent für Rehabilitanden ohne Schulabschluss in der Kurzzeit- und ein Anteil von 54,8 Prozent für solche in der Langzeittherapie ergibt, hat die Probandengruppe deutlich häufiger eine abgeschlossene Schulausbildung vorzuweisen (vgl. Papke 2013, 80; vgl. Kapitel 2.4.3, Tabelle 4).

Die Hochschulreife hat keiner der Rehabilitanden nach § 35 BtMG erreicht; unter den Rehabilitanden der Kontrollgruppe sind es hingegen immerhin 8, was einem Anteil von 13 Prozent entspricht. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind die Rehabilitanden der DTZ Fachklinik LAGO, die das Abitur erreicht haben, damit deutlich unterrepräsentiert: Den 9 Prozent derjenigen, die unter ihnen die Hochschulreife erworben haben, steht aufseiten der Gesamtbevölkerung ein Wert von 28,8 Prozent gegenüber (vgl. Statistisches Bundesamt 2016).

Im Hinblick auf Ausbildungsabschlüsse zeigt sich, dass die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG hier deutlich schlechter abschneidet als die Kontrollgruppe. Der Anteil derjenigen, die über keinerlei abgeschlossene Ausbildung verfügen, liegt hier mit 48 Prozent doppelt so hoch wie unter den Rehabilitanden der Kontrollgruppe, der mit einem Wert von 24 Prozent eine in einer ähnlichen Dimension liegt wie die Gesamtbevölkerung (25,8 Prozent, vgl. Statistisches Bundesamt 2016). Dies spricht dafür, dass die Rehabilitanden nach § 35 BtMG einen weniger stabilen sozialen Hintergrund haben als andere Rehabilitanden; Delinquenz und Ausbildungsstand korrelieren miteinander. Dieser Effekt zeigt sich bei den Ausbildungsabschlüssen deutlicher als bei anderen Parametern des Bildungsstandes. Allerdings ist auch im Hinblick



auf die durchschnittlichen Bildungsjahre zu erkennen, dass die Kontrollgruppe hier einen Vorsprung von etwa einem Jahr hat (der Wert der Testgruppe entspricht dabei fast genau dem auch von Uchtenhagen et al. 2006 im europäischen Vergleich für die deutschen Probanden erhobenen, der bei 10,5 Jahren lag). Die Minderung des Effekts ist darauf zurückzuführen, dass Ausbildungszeiten beim Maß der Bildungsjahre einen verglichen mit der Schulzeit geringeren Anteil aufweisen, da in der Regel 8–13 Jahre für die Schulbildung und nur 1–5 Jahre für die Berufsausbildung in die Rechnung eingehen (vgl. hierzu Frietsch 2005, 8). Hinsichtlich des Anteils der Rehabilitanden ohne Ausbildungsabschluss schneiden die Probanden der Stichprobe – wie hinsichtlich der Schulabschlüsse – deutlich besser ab, als es die einrichtungsspezifischen Daten aus dem Jahr 2011 erwarten lassen würden. Damals betrug der Anteil derjenigen, die keine Ausbildung abgeschlossen hatten, unter den Rehabilitanden der Kurzzeit- 45,7 Prozent, unter denen der Langzeittherapie hingegen sogar 79,2 Prozent (vgl. Papke 2013, 80; vgl. Kapitel 2.4.3, Tabelle 4).

Tabelle 6 gibt erste Informationen zu den therapeutischen Rahmendaten der Rehabilitanden.

Tabelle 6: Therapeutische Rahmendaten der Stichprobe vor Beginn

<b>Merkmal</b>	<b>Rehabilitanden nach § 35 BtMG (N=25) <i>n</i> (%)</b>	<b>Kontroll- gruppe (N=61) <i>n</i> (%)</b>	<b>Gesamt- gruppe (N=86) <i>n</i> (%)</b>	<b>p</b>
vorangegangene Therapieversuche	$\bar{x} = 0,72$ $\sigma = 0,79$	$\bar{x} = 0,48$ $\sigma = 0,78$	$\bar{x} = 0,54$ $\sigma = 0,78$	
bereits mindestens 1 vorangegangener Therapieversuch	13 (80)	22 (36)	35 (41)	0,18
Bewilligung Langzeit	16 (64)	32 (52)	48 (56)	0,33
Alter bei Störungsbeginn	$\bar{x} = 16,38$ $\sigma = 6,93$	$\bar{x} = 15,99$ $\sigma = 5,65$	$\bar{x} = 16,05$ $\sigma = 6,01$	
Konsumdauer insgesamt (Jahre)	$\bar{x} = 14,46$ $\sigma = 8,40$	$\bar{x} = 15,42$ $\sigma = 7,16$	$\bar{x} = 15,14$ $\sigma = 7,49$	
Polytoxikomanie/ multipler Substanzgebrauch	10 (40)	20 (33)	30 (35)	0,50

Hinsichtlich ihrer vorhandenen Therapieerfahrung unterscheiden sich die Rehabilitanden nach § 35 BtMG deutlich von der Gruppe derjenigen, die aus anderen Gründen die Therapie aufnehmen (das Ergebnis ist allerdings nicht statistisch signifikant, Konfidenzniveau: 82 Prozent). Während in letzterer Gruppe nur 36 Prozent der Rehabilitanden bereits mindestens einen Therapieversuch absolviert haben, bevor sie in der DTZ Fachklinik LAGO aufgenommen wurden, liegt diese Quote bei den Rehabilitanden nach § 35 StGB bei 80 Prozent. Es handelt sich also bei den durch die Strafvollzugsbehörden überwiesenen Fällen um Rehabilitanden, die vielfach bereits Therapieerfahrung mitbringen.

Auch die Einschätzung durch die Kostenträger spiegelt wider, dass es sich bei der Gruppe der Rehabilitanden um diejenige Gruppe handelt, deren Symptomatik als schwerwiegender angesehen wird. So erhalten 64 Prozent der Testgruppe von vornherein die Bewilligung einer Langzeittherapie (i. d. R. Kostenübernahme für 26 Wochen), während die Quote derjenigen, für die unter den anderen Rehabilitanden dasselbe gilt, nur bei 52 Prozent liegt. Eine weitere Kennzahl, die in eine ähnliche Richtung deutet, ist der Anteil der Rehabilitanden, bei denen eine Polytoxikomanie (so die Wortwahl im „Deutschen Kerndatensatz“, ICD-10 spricht hiervon abweichend von „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch“) diagnostiziert wurde – hiervon wird in der Regel ausgegangen, wenn eine Abhängigkeit von mindestens drei verschiedenen Substanzen angenommen wird: In der Stichprobe liegt der Wert der polytoxikomanen Rehabilitanden nach § 35 BtMG bei 40 Prozent und ist damit gegenüber dem Wert der sonstigen Rehabilitanden, der bei 33 Prozent liegt, geringfügig erhöht.

Ein Einfluss der Zeit des Drogengebrauchs oder des Alters zum Zeitpunkt des ersten Drogenkonsums auf die Wahrscheinlichkeit, eine Therapie nach § 35 BtMG aufzunehmen, lässt sich anhand der erhobenen Daten nicht belegen: Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum liegt in der Testgruppe mit knapp 16 ½ Jahren etwa ein halbes Jahr über dem der Kontrollgruppe (16 Jahre); bei den Rehabilitanden nach § 35 BtMG ist zudem die Gesamtzeit des Drogenkonsums im Durchschnitt um etwa ein Jahr geringer (14 ½ vs. 15 ½ Jahre). Die Rehabilitanden der Stichprobe blicken damit im Vergleich zum allgemeinen Durchschnitt in der stationären Suchtrehabilitation auf eine um 2–3 Jahre höhere Zeit der Abhängigkeit zurück: Der Fachverband Sucht kommt in seiner Erhebung für den Entlassjahrgang 2010 auf einen Durchschnittswert der Zeit der Drogenabhängigkeit von 12,8 Jahren (FVS 2012, 32).

Tabelle 7: Präferenzdrogen

<b>Merkmal</b>	<b>Rehabilitanden nach § 35 BtMG  (N=25)  n (%)</b>	<b>Kontrollgruppe  (N=61)  n (%)</b>	<b>Gesamtgruppe  (N=86)  n (%)</b>	<b>p</b>
Alkohol (F10)	4 (16)	20 (32)	24 (28)	0,12
Opioide (F11)	5 (20)	12 (20)	17 (20)	0,50
Cannabis (F12)	12 (48)	37 (61)	49 (57)	0,29
Sedativa (F13)	4 (16)	3 (5)	7 (8)	0,09
Kokain (F14)	7 (28)	16 (26)	23 (27)	0,50
Stimulantien (F15)	17 (68)	28 (46)	45 (52)	0,07
Halluzinogene (F16)	3 (12)	2 (3)	5 (6)	0,12
Tabak (F17)	6 (24)	11 (18)	17 (20)	0,50

Zu den Präferenzdrogen der Stichprobe (vgl. Tabelle 7) ist zunächst zu sagen, dass die Diagnose einer Alkohol- oder Tabakabhängigkeit bei den Rehabilitanden in keinem Fall ausschlaggebend für die Aufnahme der Therapie in der DTZ Fachklinik LAGO ist, die über keine spezifische Profilierung im Bereich der Behandlung Alkoholabhängiger verfügt. Die Angaben zu diesen Suchtmitteln haben dementsprechend ergänzende Funktion; gleichzeitig sind sie – vor allem im Fall des Tabaks – mit Zurückhaltung zu behandeln, da anzunehmen ist, dass in Diagnostik und Anamnesen angesichts der im Vordergrund der Therapieaufnahme stehenden anderen Suchtmittel nicht von allen Diagnostikern gleichermaßen die Tabak- und Alkoholsucht als eigene Diagnose erhoben wurde. Die alltägliche Beobachtung in der Klinik geht zudem dahin, dass unter den Rehabilitanden eine wesentlich höhere Zahl von Rauchern (und potenziell Nikotinabhängigen) ist, als es die hier erhobenen Kennziffern (20 Prozent in der Gesamtgruppe) nahelegen. Ebenso ist es unwahrscheinlich, dass der Anteil der Alkoholabhängigen in der Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG tatsächlich nur halb so groß ist wie in der Gruppe der

sonstigen Rehabilitanden (16 vs. 32 Prozent) – auch hier kann angenommen werden, dass die Diagnostik einer Alkoholabhängigkeit aufgrund der im Vordergrund stehenden anderen Symptomatik nicht stattfindet.

Als markante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fallen hinsichtlich der Präferenzdrogen die Werte bei Sedativa, Stimulantien und Halluzinogenen auf (wenngleich die Werte keine statistische Signifikanz erreichen, vgl. Tabelle 7, letzte Spalte). Zu diesen Drogenarten haben Rehabilitanden nach § 35 BtMG deutlich häufiger gegriffen als diejenigen der Kontrollgruppe. Bei Sedativa und Halluzinogenen sind die absoluten Fallzahlen relativ gering (4 bzw. 3 Rehabilitanden in der Testgruppe), sodass geringe absolute Abweichungen hier zu hohen prozentualen Unterschieden führen. Stimulantien spielen hingegen in der Testgruppe eine deutlich höhere Rolle als in der Kontrollgruppe: Bei über zwei Dritteln der Rehabilitanden nach § 35 BtMG ist eine Abhängigkeit von Stimulantien diagnostiziert worden; in der Kontrollgruppe liegt dieser Wert bei nur 46 Prozent (wenngleich auch hier die Stimulantien nach Cannabis die am zweithäufigsten gewählte Präferenzdroge darstellen). Bei Cannabis stellen sich die Werte umgekehrt dar: Einem Anteil von 61 Prozent in der Kontrollgruppe stehen hier 48 Prozent Cannabis-User in der Testgruppe gegenüber – Cannabis ist damit insgesamt diejenige Droge, die von den meisten Rehabilitanden konsumiert wird, nämlich von 57 Prozent. Nur in 5 Fällen ist Cannabis jedoch die einzige Droge, wegen der ein Rehabilitand eine Behandlung aufgenommen hat. In Bezug auf Opioide (20 Prozent) und Kokain (28 bzw. 26 Prozent) unterscheiden sich beide Gruppen kaum.

## 4.2. Abstinenzzuversicht zu Beginn der Therapie

Die Auswertung der HEISA-Fragebogen für die Stichprobe bietet hinsichtlich der Werte zu Therapiebeginn kein einheitliches Bild (vgl. Abbildung 9).

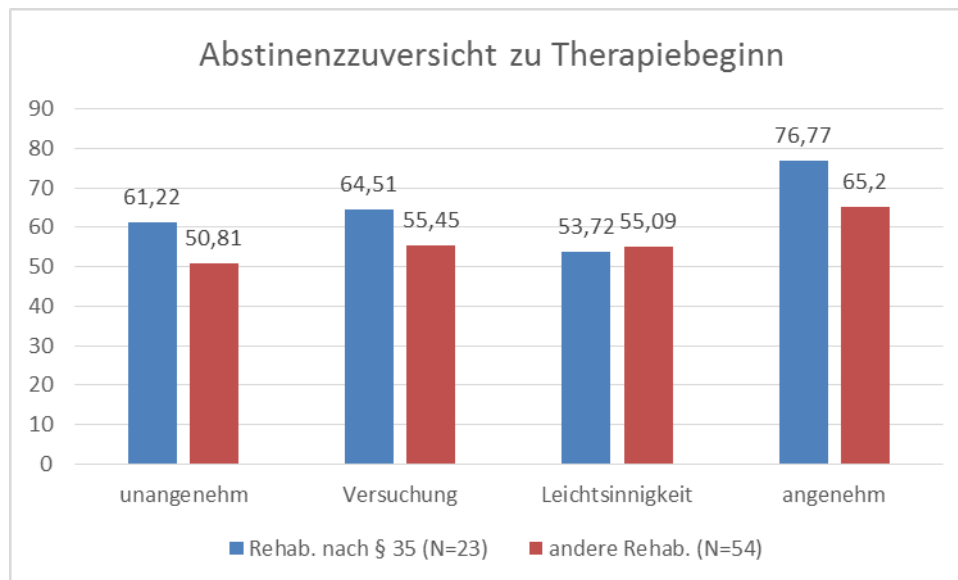


Abbildung 9: Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn, Mittelwerte aus HEISA-38

Die Rehabilitanden nach § 35 BtMG weisen zu Therapiebeginn in den drei HEISA-Kategorien „unangenehme Situationen“ (+10,41), „Versuchung“ (+9,06) und „angenehme Situationen“ (+11,57) eine höhere Abstinenzzuversicht auf als die Rehabilitanden der Kontrollgruppe. Dies widerspricht dem Tenor in der Forschung, der davon ausgeht, dass die Rehabilitanden der Testgruppe insgesamt eher ein geringeres Niveau der Abstinenzzuversicht erreichen. Beim Faktor der „Leichtsinnigkeit“ liegen beide Rehabilitandengruppen praktisch gleichauf (-1,37).

## 4.3. Abbruchraten, Therapiedauer

Zur Frage des Therapieverbleibs der Rehabilitanden ergibt die Studie eine tendenzielle Bestätigung der traditionellen These, dass der Anteil der Rehabilitanden, die die Therapie regulär zu Ende führen, bei den Rehabilitanden nach § 35 BtMG geringer ist (Abbildung 10, Abbildung 11). Das Ergebnis ist jedoch statistisch nicht signifikant (Konfidenzniveau: 67 Prozent). Für

beide Gruppen liegen die Werte derjenigen, die die Therapie regulär zu Ende führen, über den bundesweiten Durchschnittswerten der stationären Suchtrehabilitation (vgl. FVS 2012, 32; reguläre Beendigung: 54,9 Prozent).

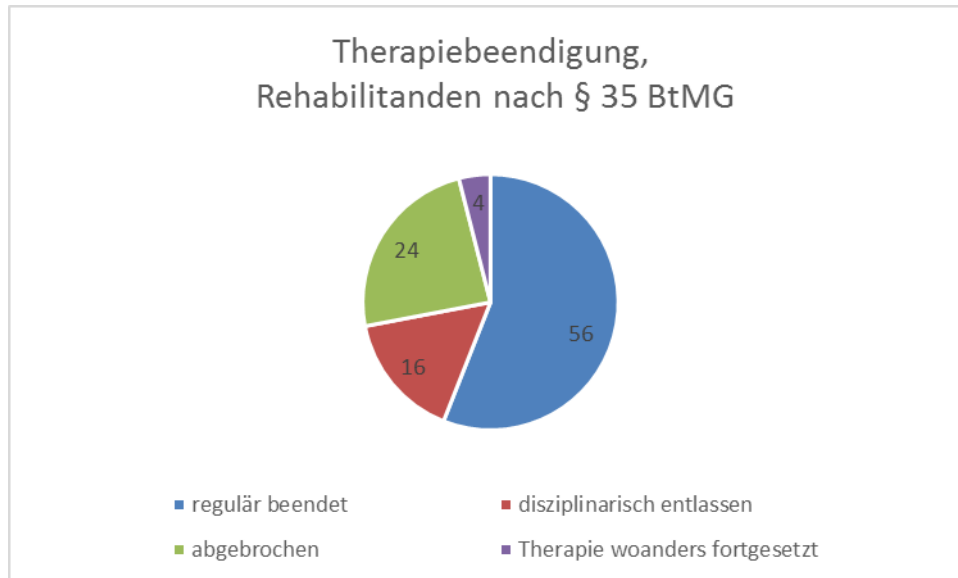


Abbildung 10: Therapiebeendigung, Rehabilitanden nach § 35 BtMG, Angaben in Prozent

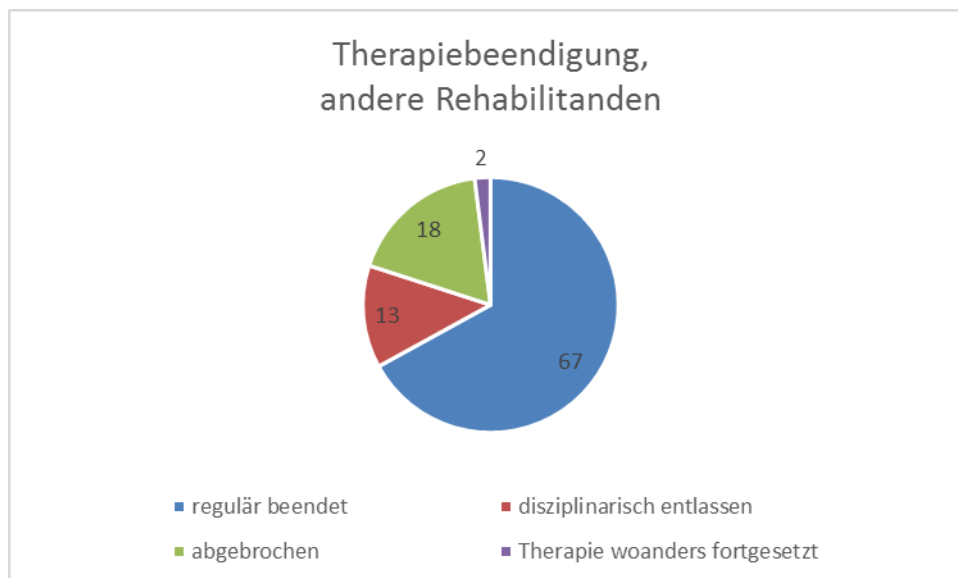


Abbildung 11: Therapiebeendigung, andere Rehabilitanden, Angaben in Prozent

Die Rate derjenigen Rehabilitanden, die die Therapie nicht erfolgreich beenden können, weil sie entweder disziplinarisch entlassen werden oder die Therapie von sich aus abbrechen, liegt im Fall der Rehabilitanden nach § 35 BtMG bei 40 Prozent und ist damit erhöht gegenüber den

anderen Rehabilitanden, wo sie bei nur 31 Prozent liegt. Dies spricht dafür, dass der von manchen Studien wie auch vom Gesetzgeber erwartete „Halteeffekt“, das heißt eine Steigerung der Therapieadhärenz durch die bei Rehabilitanden nach § 35 BtMG bestehende Gefahr einer Vollstreckung ihrer Strafe im Falle einer vorzeitigen Therapiebeendigung, so nicht eintritt.

Möglich wäre, dass dies mit einer allgemein schwierigeren sozialen Lage dieser Rehabilitanden zusammenhängt, die auf Grundlage des Datenmaterials im Hinblick auf die Ausbildungsabschlüsse nahegelegt werden könnte: So verfügen unter den Rehabilitanden der Testgruppe 48 Prozent über keine abgeschlossene Ausbildung, während es unter denen der Kontrollgruppe nur halb so viele sind (vgl. Tabelle 5). Ein genauerer Blick auf die Daten lässt diese Schlussfolgerung jedoch nicht zu:

*Tabelle 8: Therapiebeendigung nach Ausbildungsabschluss, Rehabilitanden nach § 35 BtMG*

<b>Merkmal</b>	<b>Rehab. mit abgeschlossener Ausbildung (N=13) <i>n</i> (%)</b>	<b>Rehab. ohne abgeschlossene Ausbildung (N=12) <i>n</i> (%)</b>	<b>Gesamtgruppe der Rehab. nach § 35 BtMG (N=25) <i>n</i> (%)</b>	<b>p</b>
regulär beendet	6 (46)	8 (67)	14 (56)	0,31
disziplinarisch entlassen	1 (8)	3 (25)	4 (16)	0,24
abgebrochen	5 (38)	1 (8)	6 (24)	0,08
Therapie woanders fortgesetzt	1 (8)	0 (0)	1 (4)	0,33

Wie deutlich wird, birgt die Stichprobe den überraschenden Effekt, dass die Rehabilitanden nach § 35 BtMG ohne Ausbildungsabschluss deutlich häufiger die Therapie regulär beenden konnten, als dies bei denjenigen mit abgeschlossener Ausbildung der Fall war. Angesichts der geringen Fallzahl ist dies Ergebnis jedoch mit Zurückhaltung zu bewerten (Konfidenzniveau:



69 Prozent, statistisch nicht signifikant). Jedenfalls lässt sich auf der gegebenen Datengrundlage nicht bestätigen, dass das Fehlen eines Ausbildungsabschlusses einen Erfolg der therapeutischen Anstrengungen unwahrscheinlicher macht.

*Tabelle 9: Therapiebeendigung nach Therapieerfahrung, Rehabilitanden nach § 35 BtMG*

<b>Merkmal</b>	<b>Rehabilitanden, ohne bisherigen Therapieversuch (N=12) <i>n (%)</i></b>	<b>Rehabilitanden, mindestens 1 Therapieversuch (N=13) <i>n (%)</i></b>	<b>Gesamtgruppe der Rehab. nach § 35 BtMG (N=25) <i>n (%)</i></b>	<b>p</b>
regulär beendet	9 (75)	5 (38)	14 (56)	0,07
disziplinarisch entlassen	1 (8)	3 (23)	4 (16)	0,32
abgebrochen	1 (8)	5 (38)	6 (24)	0,08
Therapie woanders fortgesetzt	1 (8)	0 (0)	1 (4)	0,29

Die Wahrscheinlichkeit, die Therapie regulär zu beenden, ist bei den Rehabilitanden nach § 35 BtMG dann deutlich größer, wenn sie zuvor noch keine Therapieerfahrung gesammelt haben. Die geringe Fallzahl mahnt auch hier zur Zurückhaltung in der Interpretation der Ergebnisse (Konfidenzniveau: 88 Prozent, statistisch nicht signifikant), allerdings ist der Anteil der erfolgreichen Absolventen unter denjenigen ohne Therapieerfahrung mit 75 Prozent etwa doppelt so hoch wie unter denjenigen mit Therapieerfahrung (38 Prozent). In etwas milderer Form ergibt sich dasselbe Ergebnis auch für die Gesamtgruppe aller Rehabilitanden: Therapieerfahrene Rehabilitanden schließen die Therapie demnach zu 54 Prozent positiv ab, Rehabilitanden ohne Therapieerfahrung hingegen zu 71 Prozent (Konfidenzniveau: 87 Prozent, statistisch nicht signifikant).

Ein weiterer Hinweis auf ein Rehabilitandenmerkmal, das mit den Aussichten, die Therapie regulär zu beenden, positiv korreliert, ist das Alter der Rehabilitanden bei Aufnahme der Therapie. Abbildung 12 zeigt die Anteile der Rehabilitanden, die die Therapie regulär beenden, nach Altersgruppen gegliedert. In die Abbildung nicht aufgenommen wurde die Altersgruppe „50 Jahre und älter“; dieser Altersgruppe gehört in der Stichprobe nur ein einziger Rehabilitand an, der die Therapie erfolgreich abgeschlossen hat (Quote: 100 Prozent), dasselbe gilt für die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG im Alter zwischen 45 und 50 Jahren.

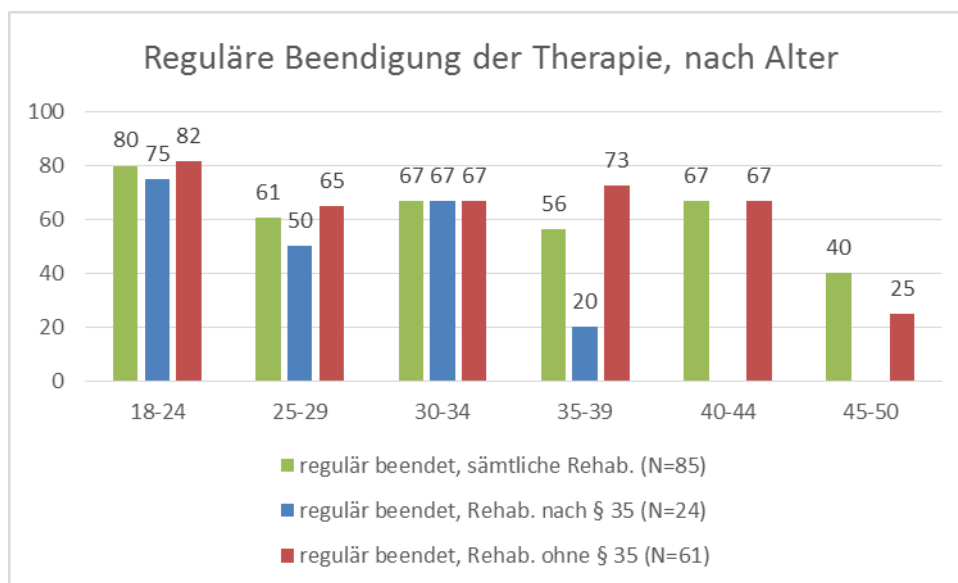


Abbildung 12: Reguläre Beendigung der Therapie, Prozentanteile nach Altersgruppen

Die Abbildung verdeutlicht, dass der Anteil der Rehabilitanden, die die Therapie erfolgreich beenden, über beide Gruppen hinweg in der Altersklasse „18–24 Jahre“ am höchsten ist – er liegt hier für die Gesamtgruppe bei 80 Prozent (75 Prozent in der Test-, 82 Prozent in der Kontrollgruppe; in absoluten Zahlen: 3 bzw. 9 Rehabilitanden). Das Ergebnis ist jedoch statistisch nicht signifikant ( $p=0,20$ ) – es ist daher nur als dezenter Hinweis auf eine potenziell höhere Chance der Rehabilitanden jüngeren Alters zu bewerten, die Therapie erfolgreich abzuschließen.

Tabelle 10: Dauer regulär abgeschlossener Therapien

<b>Merkmal</b>	<b>Rehabilitanden nach § 35 BtMG</b>	<b>Kontrollgruppe</b>	<b>Gesamtgruppe</b>
Therapiezeit in Wochen, alle Bewilligungen (Mittelwert)	21,7 (N=14)	23,2 (N=41)	22,9 (N=55)
Therapiezeit in Wochen, Kurzzeitbewilligung (Mittelwert)*	15,5 (N=6)	15,4 (N=17)	15,4 (N=23)
Therapiezeit in Wochen, Langzeitbewilligung (Mittelwert)**	26,0 (N=7)	25,2 (N=18)	25,4 (N=25)
<p>* Aus der Berechnung ausgenommen wurde je Gruppe 1 Rehabilitand, der im Anschluss eine Adaptionstherapie abschloss.</p> <p>** Aus der Berechnung ausgenommen wurden in der Kontrollgruppe 5 Rehabilitanden, die im Anschluss eine Adaptionstherapie abschlossen.</p>			

Die Rehabilitanden, die die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, unterscheiden sich in beiden Gruppen hinsichtlich der Therapiedauer nur geringfügig. Die Rehabilitanden in der DTZ Fachklinik LAGO liegen mit einem Gesamtwert von 22,9 Wochen (oder umgerechnet 160,3 Tagen) um etwa 3 Wochen bzw. 22,5 Tage über dem vom Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. für das Jahr 2014 berechneten Durchschnittswert für sämtliche Einrichtungen der stationären Drogentherapie in Deutschland: Dieser Wert liegt bei 137,8 Tagen bzw. knapp 20 Wochen (BUSS 2015, 30).

Eine weitere relevante Frage im Untersuchungsdesign bezieht sich darauf, ob die Absinzenzuversicht der Rehabilitanden zu Therapiebeginn als Prädiktor infrage kommt, um ihre

Aussichten auf einen erfolgreichen Abschluss der Therapie vorherzusagen. Da für die Therapieabbrecher bzw. vorzeitig disziplinarisch entlassene Rehabilitanden keine HEISA-Daten vorliegen (vgl. Kapitel 2.4.4), kann diese Frage nur hinsichtlich der Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn (t<sub>0</sub>) geprüft werden (vgl. Abbildung 13).

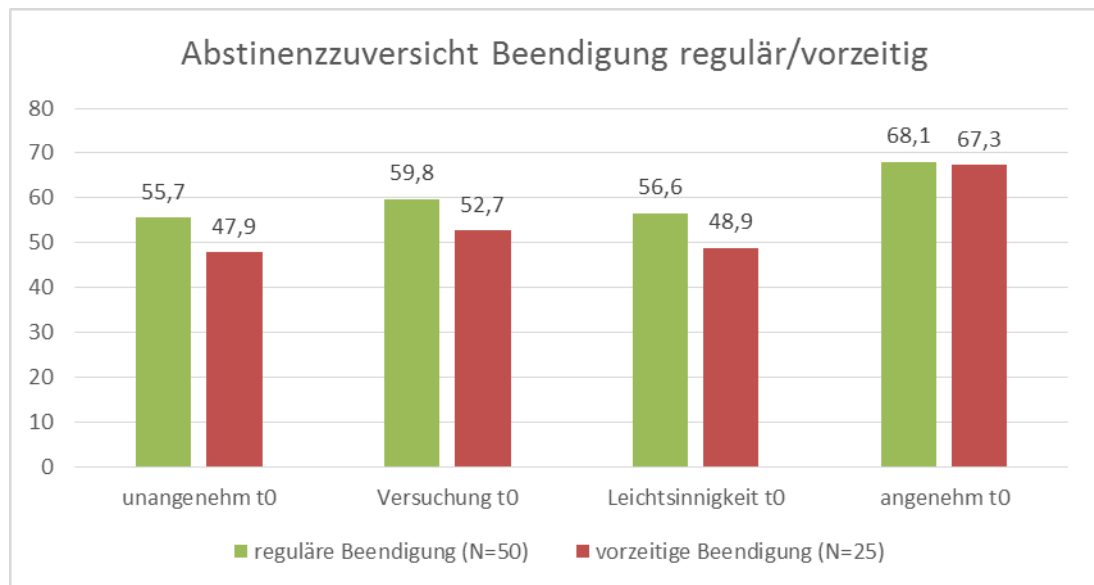


Abbildung 13: Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn, abhängig von vorzeitiger/regulärer Beendigung. Mittelwerte aus HEISA-38

Die Gruppe der Rehabilitanden, die die Therapie vorzeitig von sich aus verlassen bzw. disziplinarisch entlassen werden, und die Gruppe derjenigen, die die Rehabilitation regulär beenden, unterscheiden sich in ihren Zuversichtswerten zu Therapiebeginn insgesamt nur geringfügig. Deutlich wird, dass die Therapieabbrecher durchschnittlich etwas niedrigere Abstinenzzuversichtswerte erreichen als diejenigen, die die Therapie regulär abschließen. Angesichts des oben ausgeführten Zusammenhangs zwischen Therapiemotivation und Abstinenzzuversicht (vgl. Kapitel 2.3) erscheint dies nicht überraschend bzw. könnte als Hinweis auf eine empirische Bestätigung dieses theoretisch angenommenen Zusammenhangs aufgefasst werden: Wer eine geringere Zuversicht verspürt, mithilfe der Therapie abstinent werden zu können, mag so die Sinnhaftigkeit der Therapie generell infrage stellen und daher eher dazu neigen, sie nicht regulär zu beenden. Hingewiesen werden muss jedoch darauf, dass die Abweichungen relativ gering sind, sodass ihr Einfluss in der Interpretation der Daten nicht überschätzt werden sollte.

Interessante Beobachtungen ergeben sich, wenn man in Bezug auf dieselbe Frage nach Zugehörigkeit zur Test- oder Kontrollgruppe unterscheidet, sich also ansieht, wie sich die Werte bei den Rehabilitanden verhalten, die mit oder ohne § 35 BtMG die Therapie aufnehmen.

*Tabelle 11: Mittelwerte HEISA-38  $t_0$ , mit/ohne § 35, reguläre/vorzeitige Beendigung*

Merkmal	Rehabilitanden nach § 35 BtMG		Kontrollgruppe		Gesamtgruppe	
	regulär N=13	vorzeitig N=10	regulär N=37	vorzeitig N=15	regulär N=50	vorzeitig N=25
unangenehm $t_0$	58,3	65,0	54,7	40,2	55,7	47,9
Versuchung $t_0$	62,3	67,7	58,9	47,1	59,8	52,7
Leichtsinnigkeit $t_0$	54,7	52,4	57,2	49,9	56,6	48,9
angenehm $t_0$	76,1	77,8	65,3	63,4	68,1	67,3

Nimmt man die genannte Differenzierung vor, zeigt sich, dass die oben skizzierte Folgerung, dass erhöhte Zuversichtswerte tendenziell häufiger zu einer regulären Beendigung der Therapie führen, nur aufgrund der Überrepräsentation der Kontrollgruppe, für die dies der Fall ist, in der Gesamtgruppe entsteht. Tatsächlich verhält es sich bei der Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG in der Tendenz genau umgekehrt: Mit Ausnahme der Skala „Leichtsinnigkeit“ erreichen in der Testgruppe diejenigen Rehabilitanden, die die Therapie später vorzeitig beenden, höhere Abstinenzzuversichtswerte. Dies spricht für die bereits im Hinblick auf die absolute Höhe der Werte beobachtete Annahme, dass sich Rehabilitanden nach § 35 BtMG tendenziell häufiger selbst überschätzen bzw. falsch einschätzen – für sie gilt also eher: Erhöhte Werte der Abstinenzzuversicht zu Therapiebeginn deuten auf eine verstärkte Selbstüberschätzung hin, da ihnen keine gleichermaßen positiven Abschlussaussichten gegenüberstehen. Dies kann mit spezifischen Faktoren zusammenhängen, von denen die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG geprägt sein könnte, die im aktuellen Studiendesign jedoch nicht abgefragt wurden. Die Frage möglicher Gründe für dieses Ergebnis wird in Kapitel 5.1.1 ausführlicher diskutiert.

#### 4.4. Wirkung der Therapie

Betrachtet man die Veränderung der Abstinenzzuversicht als Auswirkung des Therapieprozesses, so lässt sich feststellen, dass bei beiden Gruppen klare Anstiege in der Abstinenzzuversicht zu erkennen sind. Dies stützt die Hypothese, dass eine der Wirkungen der Therapie von Rauschmittelabhängigen ist, dass ihre Zuversicht, in kritischen Situationen abstinent bleiben zu können, steigt (vgl. Abbildung 14).

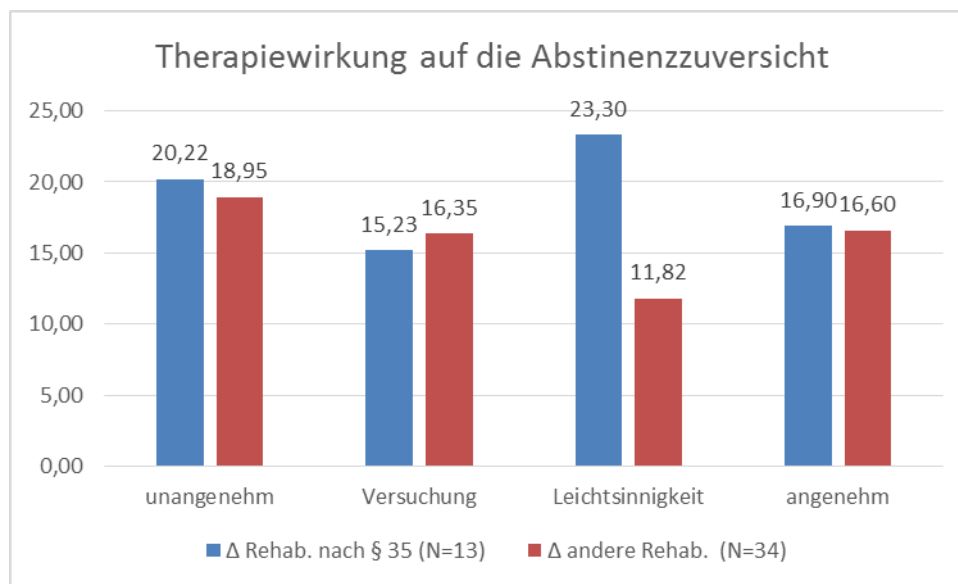


Abbildung 14: Wirkung der Therapie auf die Abstinenzzuversicht, Zuwachs der Mittelwerte aus HEISA-38

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass bei beiden Gruppen die Werte der Abstinenzzuversicht in sämtlichen Kategorien gestiegen sind. Fallen die Anstiege in den Kategorien „unangenehme Situationen“ ( $\Delta=1,27$ ), „Versuchung“ ( $\Delta=1,12$ ) und „angenehme Situationen“ ( $\Delta=0,3$ ) sehr ähnlich aus, überrascht doch, dass der Anstieg in der Kategorie „Leichtsinnigkeit“ bei den Rehabilitanden nach § 35 BtMG deutlich stärker ausfällt als in der Kontrollgruppe ( $\Delta=11,84$ ).

## 4.5. Abstinenzzuversicht am Ende der Therapie

Die Resultate der HEISA-38-Erhebungen zum Entlassungszeitpunkt zeigen ein einheitliches Bild, demzufolge die Abstinenzzuversicht bei den Rehabilitanden nach § 35 BtMG durchgehend höher ausgeprägt ist als bei den Rehabilitanden der Kontrollgruppe (vgl. Abbildung 15).

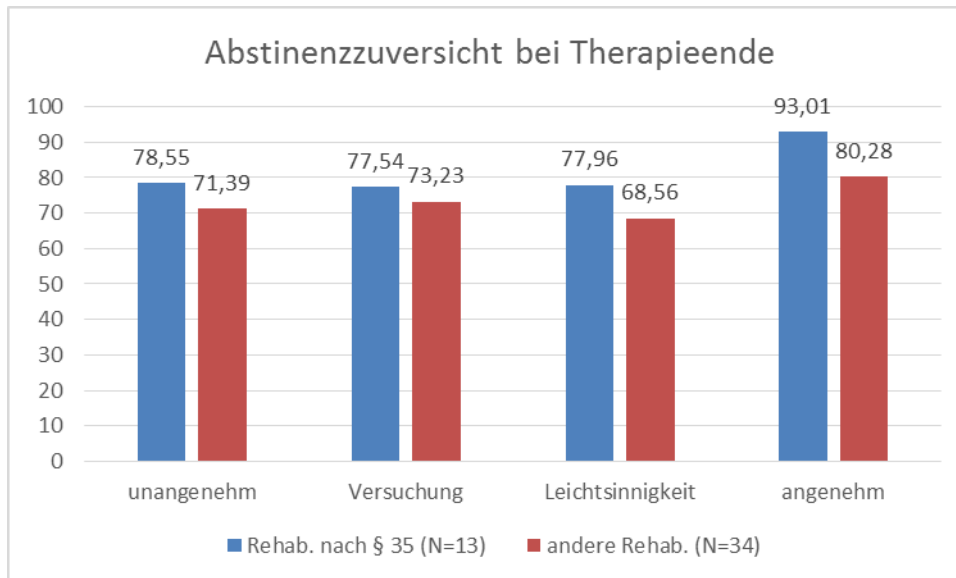


Abbildung 15: Abstinenzzuversicht bei Therapieende, Mittelwerte aus HEISA-38

Es zeigt sich, dass die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG in den Kategorien „unangenehme Situationen“ (+7,16 statt +10,41) und „Versuchung“ (+4,31 statt +9,06) etwas an Boden auf die Kontrollgruppe verloren hat, wobei die Abstinenzzuversicht nach wie vor über der der Kontrollgruppe liegt. In der Kategorie „angenehme Situationen“ ist ein besonders hoher Wert von 93,01 festzustellen; hier haben die Rehabilitanden der Testgruppe ihren Vorsprung auf die Rehabilitanden der Kontrollgruppe noch ausgebaut (+12,73 statt +11,57). In der Kategorie der „Leichtsinnigkeit“ haben die Rehabilitanden nach § 35 BtMG die Kontrollgruppe überholt (+9,4 statt -1,37), sodass sie nun bei allen Werten der Abstinenzzuversicht höher liegen.

## **5. Diskussion**

### **5.1. Charakterisierung der Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG**

#### **5.1.1. Zur Frage der Abstinenzzuversicht und ihrer Dynamik**

Hinsichtlich der Abstinenzzuversicht der Rehabilitanden nach § 35 BtMG lässt sich die vom Forschungstenor vertretene Einschätzung, dass diese bei der Gruppe der vom Strafvollzugssystem an die Therapie Verwiesenen geringer ausfalle, angesichts der erhobenen Daten nicht bestätigen. Die Abstinenzzuversicht zu Beginn der Therapie ist bei dieser Gruppe tendenziell höher als bei der Gruppe der sonstigen Rehabilitanden, wobei die Ergebnisse statistisch nicht signifikant ausfallen, was insgesamt zur Zurückhaltung in der Interpretation der Daten mahnt.

Tendenziell verweisen die erhobenen Daten vielmehr auf eine Bestätigung der Gegenhypothese, dass die Rehabilitanden nach § 35 BtMG eine übertrieben positive Selbsteinschätzung haben, insbesondere vor dem Hintergrund des Resultats, dass ihre Wahrscheinlichkeit, die Therapie erfolgreich bzw. regulär zu beenden, geringer ausfällt als bei den anderen Rehabilitanden (vgl. hierzu Kapitel 4.3). Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten lassen selbst keine Rückschlüsse auf die Gründe für dieses Ergebnis zu, sodass hier nur Anschluss hypothesen aufgestellt werden können, die in weiteren Untersuchungen zu prüfen wären.

Denkbar ist, dass Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur zwischen beiden Gruppen bestehen, wobei bestimmte Persönlichkeitsmerkmale der Rehabilitanden dafür verantwortlich sind, dass diese sich zu positiv einschätzen. Eine Anschlussuntersuchung mit der Erhebung von Werten etwa nach dem Persönlichkeitsstil- und -störungsinventar (PSSI, Kuhl & Kazén 2009), die im gegebenen Rahmen nicht geleistet werden konnte, könnte hierüber weiteren Aufschluss geben. Eine vor dem Hintergrund der praktischen Therapieerfahrung naheliegende Hypothese



für eine derartige Untersuchung wäre, dass Patienten mit ehrgeizig-narzisstischem oder selbstbehauptend-antisozialem Persönlichkeitsstil (Skalen NA und AS) in der Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG verglichen mit der Kontrollgruppe überrepräsentiert sind.

Für ein Therapiesetting mit opiatgestützter Behandlung Heroinabhängiger fand Wiese heraus, dass die Therapieerfolge bei Rehabilitanden mit hoher Impulsivität (gemessen mit der *Barratt Impulsiveness Scale*, BIS; Barratt 2000) geringer ausfielen, was darauf hindeuten könnte, dass eine Überrepräsentation impulsiver Rehabilitanden in der Testgruppe dazu führt, dass die Selbsteinschätzung dieser Gruppe entsprechend höher ausfällt (vgl. Wiese 2012, 56, 83 f., 101). Hinsichtlich weiterer Persönlichkeitsmerkmale, die mithilfe von *Cloningers Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ; Cloninger 1987) und der *Sensation Seeking Scale* (SSS; Zuckermann 1984) erhoben wurden, ergaben sich keine repräsentativen Ergebnisse, sodass vor diesem Hintergrund nicht zu belegen ist, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale einen Einfluss auf die Therapieergebnisse haben (vgl. Wiese 2012, 56 f., 82–85).

Im Hinblick auf die Steigerung der Abstinenzzuversicht ist festzustellen, dass die therapeutischen Maßnahmen bei beiden Rehabilitandengruppen positive Effekte auf die Zuversicht haben, im Anschluss an die Therapie abstinent zu bleiben. Da in der vorliegenden Stichprobe nicht der aufgrund der Mehrheit der Studien erwartbare Motivations- und Zuversichtsvorsprung der Nicht-§-35-Rehabilitanden ermittelt wurde, sondern die Rehabilitanden nach § 35 BtMG von vornherein die höhere Abstinenzzuversicht aufwiesen, erübrigt sich die hieran anschließende Standardhypothese, die von einem Aufholen dieses Vorsprungs durch die Testgruppe ausgeht. Vielmehr deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich die Gegenhypothese bestätigen lässt, der zufolge spezifische Rehabilitandengruppen mit tendenziell schlechteren Katamneseaussichten ihre Fähigkeit zur Erhaltung der Abstinenz zu positiv einzuschätzen (vgl. Schneider et al. 2002 zu Therapiewiederholern; Faget 2012, 84, zu Rehabilitanden mit Borderline-Persönlichkeitsstörung). Faget (2012, 84) nimmt in Bezug auf die von ihm untersuchte Gruppe von

Rehabilitanden mit Borderline-Persönlichkeitsstörung an, dass deren zu positive Selbsteinschätzung zusammenhängt mit einer verminderten Fähigkeit zu Selbsteinschätzung und Introspektion sowie einem insgesamt häufiger diffusen Gefühlserleben, außerdem mit einer erhöhten Dissimulationstendenz solcher Rehabilitanden, die durch die sozialen und therapeutischen Rahmenbedingungen forciert wird. Es erscheint denkbar, dass derartige Gründe auch für die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG infrage kommen, zumal die mit der Haftverschonung gesellschaftlich und juristisch verbundene Anforderung, Abstinenz zu erreichen, dazu führen kann, dass die Angaben zur Abstinenzzuversicht aus strategischen Gründen nach oben verzerrt werden.

Insbesondere die sehr hohe Steigerung des Zuversichtswerts auf der Skala „Leichtsinnigkeit“ könnte in Richtung einer Bestätigung der „Überschätzungshypothese“ weisen: Es ist eher unwahrscheinlich, dass dem starken Zuwachs, den die Testgruppe hier zeigt, ein entsprechender Zuwachs an „Abstinenzkompetenz“ entspricht, der sie tatsächlich davor bewahren wird, einem leichtsinnigen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu widerstehen (vgl. die hiermit übereinstimmenden Ergebnisse bei Hauler 2014, 63 f.). Da in dieser Studie keine Katamnesedaten erhoben wurden, lässt sich dies aufgrund der Datenlage natürlich nicht mit letzter Sicherheit sagen; die größten Katamnesestudien im Suchtbereich, die BUSS-Katamnesedaten und die FVS-Katamnesestudie, beziehen die Merkmale des Therapiezugangs nicht in ihre Auswertung ein und bieten also ebenfalls keinen Aufschluss zur hier verfolgten Fragestellung, so dass entsprechende Anschlussuntersuchungen sinnvoll wären (vgl. BUSS 2015a und Fischer et al. 2012).

Bemerkt werden kann hier zudem, dass einige Studien darauf hindeuten, dass eine besonders starke Zunahme der Abstinenzzuversicht im Therapieverlauf eher zu skeptischen Annahmen hinsichtlich der Katamnese berechtigt. Schneider et al. kamen in einer katamnestischen Untersuchung von Therapiewiederholern zu dem Ergebnis, dass die bei der 3-Monats- und 1-Jahres-Katamnese untersuchten Rehabilitanden, die noch abstinent waren, im Therapieverlauf

signifikant geringere Zuwächse in der Abstinenzzuversicht aufgewiesen hatten (vgl. Schneider et al. 2002, 32 f.). Auch sie führen diesen Effekt auf Momente wie „Hoffnung auf Erfolg“, ‚soziale Erwünschtheit‘ oder ein[en] gewisse[n] ‚Zwangsoptimismus‘ zurück, die die Ergebnisse von Rehabilitanden verzerren, die bei sich schlechtere Erfolgsaussichten bemerken (Schneider et al. 2002, 33). Ergebnisse wie die genannten können letztlich zudem dazu dienen, infrage zu stellen, ob fragebogenbasierte Messungen der Abstinenzzuversicht ein valides Instrument zur Erfolgsmessung in der Suchttherapie darstellen, weil sie mit dem generellen Problem behaftet sind, dass spezifische, unter sozialem oder juristischem Druck stehende Rehabilitandengruppen hier keine realistischen Antworten geben, sondern sich in ihrem Antwortverhalten diesem Druck anpassen.

### **5.1.2. Zur Frage der Abbruchrate**

Die Abbruchrate unter den Klienten, die die Therapie nach § 35 BtMG aufnehmen, liegt den Ergebnissen der Studie zufolge über derjenigen der anderen Rehabilitanden (40 vs. 31 Prozent), wobei dieses Ergebnis nicht signifikant ausfällt. Dabei handelt es sich um Werte, die besser sind als die in anderen Studien mit ähnlicher Fragestellung beobachteten: So kommen Zurhold et al. in ihrer deutlich größer angelegten Auswertung (N=1231) der „Therapie statt Strafe“-Instrumente in Hamburg und Schleswig-Holstein zu Werten von 49,6 (Kontrollgruppe) bzw. 57 Prozent (Testgruppe) der Rehabilitanden, die die Therapie unplanmäßig beenden (vgl. Zurhold et al. 2013, 99). Verglichen mit diesen Zahlen sind die Beendigerquoten, die in der DTZ Fachklinik LAGO erreicht werden, ein für die Einrichtung erfreuliches Ergebnis.

Die Studie bestätigt also nicht in vollem Maße neuere Ergebnisse, denen zufolge beide Gruppen vergleichbare Resultate erzielen (vgl. Kiluk et al. 2015), sondern folgt in der Tendenz schon länger bestehenden Annahmen, die davon ausgehen, dass eine schwierigere soziale Gesamtsituation, wie sie beispielsweise bei Inhaftierten bzw. von Strafverfolgung Bedrohten vorliegt, mit geringeren Aussichten einhergeht, die Therapie erfolgreich zu beenden (vgl. etwa

Gibbs & Flanagan 1977; Kufner et al. 1986). Neben der Studie von Zurhold et al. hat etwa auch Wiese in ihrer Untersuchung zur Therapiebeendigung bei opiatgestützter Behandlung einen signifikanten Einfluss hoher Werte hinsichtlich rechtlicher Probleme, die durch Therapeuteinschätzung gemäß dem European Addiction Severity Index (EuropASI; Gsellhofer et al. 1999) erhoben wurden, auf die Wahrscheinlichkeit, die Therapie nicht erfolgreich zu beenden, festgestellt (vgl. Wiese 2012, 73, 101). Wieses Ergebnis, dass geringe Werte auf der HEISA-Skala „unangenehme Gefühle“ als Prädiktor für ein vorzeitiges Therapieende gelten können (vgl. Wiese 2012, 100, 141), bestätigt die vorliegende Erhebung tendenziell: Die durchschnittlichen Ausgangswerte derjenigen Rehabilitanden, die die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, fallen höher aus als bei denjenigen, die die Therapie nicht regulär beendet haben, wobei die Differenz auf der Skala „unangenehme Gefühle“ bei den Rehabilitanden ohne § 35 am deutlichsten ausfällt (54,7 bei erfolgreichen, nur 40,2 Punkte bei nicht regulär beendenden Rehabilitanden; vgl. Tabelle 11). Dieses Ergebnis gilt allerdings nicht für die Gruppe der Rehabilitanden, die nach § 35 BtMG die Therapie aufnahmen: Diese wiesen mit Ausnahme der Skala „Leichtsinnigkeit“ jeweils deutlich höhere Zuversichtswerte auf, wenn sie später die Therapie abbrachen.

Wiese fand zudem heraus, dass die Einschätzung der Probanden durch Behandler als depressiv sowie negative Werte auf den Skalen „Alltag“, „Arbeit“, „Selbstwertgefühl“, „Gesundheitsverhalten“, „Gesundheitszustand“, „Selbstkontrolle“ und „Selbstrealisierung“ im Inventar Personale Ressourcen (IPR; Kufner 2000) die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs erhöhen (vgl. Wiese 2012, 101). Auch wenn in ihrer Studie juristische Gründe für den Therapiezugang nicht erhoben wurden, wären Gründe für die erhöhte Abbruchrate unter den Rehabilitanden nach § 35 BtMG in der vorliegenden Studie möglicherweise in einer Überrepräsentation von Probanden mit den genannten Merkmalen in der Testgruppe zu suchen.

Der Bildungs- und Ausbildungsstand der Klienten beider Gruppen ist kein wirksamer Prädiktor für die erfolgreiche Therapiebeendigung. Hinsichtlich der Schulbildung unterscheiden sich beide Gruppen nicht, hinsichtlich der Ausbildungsabschlüsse wurde sogar (in nicht signifikantem Maße) der Effekt beobachtet, dass unter den Klienten der Testgruppe diejenigen ohne Ausbildungsabschluss die Therapie tendenziell häufiger erfolgreich abschlossen als solche mit abgeschlossener Berufsausbildung (vgl. oben, Tabelle 8). Einflüsse des Status einer Partnerbeziehung sind ebenfalls nicht festzustellen: Während unter den Therapieabbrechern 48 Prozent in einer festen Beziehung lebten, waren es unter den regulären Beendern mit 45 Prozent annähernd gleich viele; auch Test- und Kontrollgruppe unterscheiden sich hier nur marginal (Testgruppe: 44, Kontrollgruppe: 48 Prozent).

Die Hypothese eines „Halteeffekts“ des § 35 BtMG, wie sie der Gesetzgeber bei der Entscheidung für diese Regelung zugrunde gelegt hat und wie sie sich vor allem in einigen älteren Studien belegen ließ (vgl. etwa Egg 1993; vgl. auch die analogen, jedoch nur eingeschränkt vergleichbaren Ergebnisse zu den USA bei Kiluk et al. 2015), lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigen – die Rehabilitanden nach dieser „Therapie statt Strafe“-Regelung haben höhere Abbruchraten als die sonstigen Rehabilitanden. Hinsichtlich der Schlussfolgerungen aus diesem Ergebnis ist jedoch Zurückhaltung angebracht, da die Ergebnisse hierzu nicht signifikant sind und also nur eine Tendenz erkennen lassen.

### **5.1.3. Zur Frage der Therapieerfolge**

Bemisst man den Therapieerfolg an einer Steigerung der Abstinenzzuversicht im Verlauf der Therapie, ergibt die Untersuchung ein positives Ergebnis (wenngleich manche Studien die Sinnfälligkeit dieses Erfolgskriteriums mit Blick auf die Katamnese infrage stellen, vgl. Schneider et al. 2002 und die Diskussion hierzu oben im Kapitel 5.1.1). Sowohl in der Test- als auch in der Kontrollgruppe kommt es zu einer deutlichen Steigerung der Abstinenzzuversicht auf allen HEISA-Skalen (vgl. Kapitel 4.4), was, wie viele Studien nahelegen, ein anzustrebendes

und realistisches Therapieziel ist (vgl. Rist & Watzl 1983; Marlatt & Gordon 1985; Burling et al. 1989; Schindler et al. 1997; Haller 2012).

#### **5.1.4. Zur Frage der Erfüllung der Gesamtzielsetzung von § 35 BtMG im Hinblick auf die Stichprobe**

Begreift man die Steigerung der Abstinenzzuversicht und die damit tendenziell geringer werdende Neigung zu Straftaten nach dem BtMG als Zielsetzung einer Suchttherapie unter den Vorzeichen von § 35, stützen die Studienergebnisse die grundlegende Rechtfertigung dieses Instrumentariums. Ein mit 56 Prozent verhältnismäßig großer Anteil der Rehabilitanden nach § 35 BtMG, die die Therapie in der DTZ Fachklinik LAGO aufgenommen haben, hat die Therapiemaßnahmen erfolgreich zu Ende geführt und dabei eine deutliche Steigerung der Abstinenzzuversicht erreicht. Dies erhöht der Theorie des Gesetzgebers zufolge die Chance, dass die Zahl suchtmittelinduzierter Straftaten verringert wird.

Folgt man zudem der Annahme, dass die Strafverschonung als externale Stütze der Therapiemotivation dienen kann, also die Motivation der Rehabilitanden nach § 35 BtMG dadurch gesteigert wird, dass sie der Haft durch die erfolgreich abgeschlossene Therapie und eine sich daraus ergebende positive Sozialprognose vermeiden können, ließe sich diese Annahme durch die gegenüber der Kontrollgruppe erhöhten Werte der Abstinenzzuversicht stützen. Dies bedingt, dass man einen logischen Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Therapiemotivation annimmt – eine Annahme, die jedoch nicht von allen Arbeiten in diesem Feld geteilt wird. Zu beachten ist ferner, dass hier erwogen werden muss, dass die Werte der auf einer Selbstauskunft der Rehabilitanden basierenden Abstinenzzuversicht davon verzerrt werden könnten, dass die Gesetzeslage die erfolgreiche, abstinenzenorientierte Therapie an den Effekt der Haftverschonung koppelt; insofern sorgt möglicherweise eben diese Verknüpfung von Therapieerfolg und gesetzlicher Grundlage für Werte, die die Abstinenzzuversicht und damit die

Motivation der Rehabilitanden nicht realistisch abbilden, weil sie durch Faktoren der sozialen Erwünschtheit verfälscht werden.

Ein besonderer „Halteeffekt“, der sich daran ablesen lassen müsste, dass Rehabilitanden nach § 35 BtMG eher dazu neigen, die Therapie regulär abzuschließen, als sonstige Rehabilitanden, lässt sich nicht beobachten – unter den Rehabilitanden der Kontrollgruppe liegt die Zahl der erfolgreichen Beender mit 67 Prozent deutlich höher. Die demografischen Rahmendaten der beiden Gruppen im Hinblick auf Bildung, Ausbildung und Partnerbeziehungen lassen keine Rückschlüsse darauf zu, dass die Unterschiede in den Ergebnissen auf Differenzen in diesen Feldern zurückgeführt werden könnten. Mögliche Erklärungen könnten jedoch im Bereich von psychiatrischen Symptomen (sogenannten Doppeldiagnosen) sowie im Bereich der Persönlichkeitsstruktur liegen, was in dieser Studie nicht erhoben wurde, im Hinblick auf Erfahrungen in der therapeutischen Praxis jedoch nahezuliegen scheint. Insofern erscheint es denkbar, dass die verglichen mit den sonstigen Rehabilitanden geringere Abschlussquote der §-35-Rehabilitanden gleichwohl ein positives Ergebnis darstellt, da unter Umständen die hier erfolgreichen Rehabilitanden seltener die Therapie beendet hätten, wenn der äußere Druck einer drohenden Strafvollstreckung im Falle des Abbruchs nicht bestanden hätte. Insofern könnte man mutmaßen, dass sich eine Art „versteckter Halteeffekt“ ergibt, der sich statistisch jedoch auf Grundlage der Daten nicht beobachten lässt. Weitere Forschungen im Hinblick auf die Persönlichkeitsstrukturen und psychiatrischen Profile der Rehabilitanden nach § 35 BtMG erscheinen zur Aufklärung dieses Konstrukts eines „versteckten Halteeffekts“ vielversprechend, konnten hier jedoch nicht geleistet werden.

## **5.2. Limitationen der Studie**

### **5.2.1. Hinsichtlich der Probandengruppe und Stichprobe**

Einige Merkmale der Stichprobe sorgen dafür, dass die Übertragbarkeit der gewonnenen Ergebnisse eingeschränkt ist bzw. dass diese nur begrenzte Aussagekraft haben.

Ein erster Aspekt diesbezüglich ist die Frage der Probandenauswahl und der Durchdringung der Gesamtzahl der Rehabilitanden hinsichtlich der Untersuchung. In der Auswahl der Rehabilitanden war es aus praktischen Gründen nötig, eine Konzentration auf diejenigen vorzunehmen, die zu Beginn und, nach Möglichkeit, am Ende ihrer Therapiezeit mit dem HEISA-38-Fragebogen gescreent worden waren. Dies führte angesichts der unterschiedlichen Praxis bei den verschiedenen Therapeuten, die dieses Screening im Klinikalltag durchführen, zu dem Problem, dass die Auswahl nach diesem Kriterium gleichzeitig einer Auswahl nach Einzeltherapeuten entsprach. Insofern bilden die Ergebnisse keine Durchschnittswerte für die Klinik ab, sondern sind nach diesem Faktor verzerrt, sodass also mögliche therapeutenbezogene Parameter, die die Ergebnisse beeinflussen, nicht ausgeschlossen werden können. Daten für die Gesamtzahl der im Studienzeitraum behandelten Rehabilitanden liegen nicht vor, insofern sind Aussagen darüber, ob die erhobenen Ergebnisse auf die Klinik als Ganzes übertragbar sind, nicht möglich.

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist, dass Test- und Kontrollgruppe nach der unabhängigen Variablen „Verweisung durch § 35 BtMG“ aufgeteilt wurden, eine Erhebung sonstiger juristischer Auflagen oder Vorgeschichten jedoch nicht stattfand. Dies führt dazu, dass Rehabilitanden, die etwa Bewährungsauflagen zu erfüllen haben, die zu ähnlichen Folgen für die Therapie führen können, weil beispielsweise der Therapieerfolg für die Erfüllung der Auflage relevant ist und sein Ausbleiben zur Vollstreckung einer Strafe führen kann, in die Kontrollgruppe eingruppiert werden. Dies beeinträchtigt zwar nicht die Aussagekraft der Angaben, die zu den §-35-BtMG-Rehabilitanden gemacht werden, führt aber unter Umständen zu



einer Verzerrung der Ergebnisse der Kontrollgruppe bzw. von Vergleichsüberlegungen. Eine Möglichkeit, diesem Problem abzuweichen, bestünde darin, eine genauere Erhebung der juristischen Vorgeschichte mit in die Analyse einzubeziehen, was umgekehrt womöglich den Nachteil einer sich verschärfenden Zersplitterung der Probandengruppen und damit sinkender Aussagekraft der statistischen Ergebnisse mit sich brächte.

Wie die Auswertung der Daten verdeutlicht hat, erlauben die Größe der Stichprobe und die hieraus resultierenden relativen Werte nur in wenigen Fällen Aussagen über die Signifikanz von Einzelbeobachtungen. Die deskriptiven Daten können so meist nur ins Verhältnis gesetzt werden zu Studien größeren Umfangs, es ist aber nicht ausgeschlossen, dass es sich in manchen Fällen um Zufallsergebnisse handelt. Dem wäre unter Umständen mit einer über einen längeren Zeitraum gestreckten Auswahl der Rehabilitanden und damit einer größeren Probandenzahl zu begegnen, was in diesem Fall angesichts der noch relativ kurzen Vorgeschichte der Klinik und einiger bereits in den vier Jahren ihres Bestehens erfolgten Umstrukturierungen nicht zu leisten war.

Generell ist – hinsichtlich der Möglichkeit, Aussagen aus der Studie abzuleiten, die über die DTZ Fachklinik LAGO hinausreichen – das spezifische Profil der Klinik zu beachten, die insgesamt eher auf jüngere Drogenabhängige mit herausforderndem sozialen Profil ausgerichtet ist und ein konkretes therapeutisches Profil aufweist, das möglicherweise Ergebnisse zur Folge hat, die in anderen therapeutischen Kontexten anders ausfallen. Dass gleichwohl angesichts dieser Tatsache, die die Erwartung begünstigt, dass die Klinik eher geringere positive Abschlussraten erzielen sollte, ein höherer Anteil der Rehabilitanden der Stichprobe die Behandlung erfolgreich beendet hat, als das in größeren Vergleichsstudien der Fall ist, kann als positives Ergebnis für die Klinik gewertet werden.

### 5.2.2. Hinsichtlich des Erhebungsinstruments HEISA-38

Die wesentliche Limitation der Studie durch das gewählte Erhebungsinstrument basiert auf der Frage, ob ein auf Selbsteinschätzung der Rehabilitanden basierender Fragebogen valide Ergebnisse im gegebenen Kontext ermöglichen kann. Zwar ist der HEISA-38-Fragebogen ausreichend validiert und findet weitreichenden Einsatz in der Therapiepraxis (vgl. Rink et al. 1999). Allerdings ist in Bezug auf die Studie und die Datenauswertung zu berücksichtigen, dass die Rehabilitanden der Testgruppe einige Spezifika aufweisen, die die Einschlägigkeit der erhobenen Daten infrage stellen können.

Ein wesentlicher Punkt hierbei ist die Tatsache, dass die Therapie nach § 35 BtMG von einer engen Verknüpfung von Therapiebereitschaft, Therapieerfolg und Strafverschonung geprägt ist. Zentral für die Rehabilitanden, die unter diesen Bedingungen die Therapie aufnehmen, ist häufig in erster Linie die Chance, der Strafhaft zu entgehen, indem sie an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen. Lehnt die Klinik sie als Rehabilitanden ab, etwa aufgrund einer mangelnden Motivation zur Therapie oder der mangelnden Bereitschaft, Abstinenz anzustreben, oder entlässt sie sie im Lauf der Therapie aufgrund der Tatsache, dass sie rückfällig geworden sind oder aus anderen Gründen als nicht therapiewillig/-fähig erscheinen, ist damit für diese Rehabilitanden häufig die Konsequenz, dass sie eine Haftstrafe antreten müssen. Hierdurch könnte ein Anreiz geschaffen werden, in Untersuchungen mit Instrumenten wie HEISA-38 strategische Antworten zu geben, die jeden Eindruck mangelnder Motivation oder ausbleibenden Therapieerfolgs zu zerstreuen suchen, was dementsprechend die Werte dieser Probanden verzerren würde (Faktor der „sozialen Erwünschtheit“). Auch ist nicht auszuschließen, dass in unbewusster Weise Verzerrungen stattfinden, weil sich Faktoren des Persönlichkeitsprofils oder besonderer psychiatrischer Komorbiditäten bei den Rehabilitanden der Testgruppe in dieser Weise auswirken (beispielsweise reduzierte Fähigkeiten zur Selbsteinschätzung und Dissimulationsneigung bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen, Neigung zur Selbstüberschätzung bei

Persönlichkeitsstilen, die in der Testgruppe überrepräsentiert sind). Dass solche Effekte tatsächlich vorhanden sind, kann man angesichts der überdurchschnittlichen Abstinenzzuversichtswerte in der Testgruppe und ihrer Dynamik annehmen.

Ein Ausweg aus dieser Problematik könnte sein, Motivation und Abstinenzzuversicht mithilfe anderer Instrumente zu erfassen, die statt bzw. neben der Selbsteinschätzung der Rehabilitanden weitere Quellen zur Bewertung heranziehen, etwa die Therapeuteneinschätzung (die beispielsweise dem EuropASI zugrunde liegt; Gsellhofer et al. 1999) oder mit der Therapiemotivation korrelierende soziale/demografische Faktoren, die eine größere Unabhängigkeit von Verzerrungen durch Dissimulations- bzw. Selbsteinschätzungsabweichungen aufweisen.

## 6. Fazit

In Folgenden sollen die Ergebnisse der Studie noch einmal zusammengeführt und gesammelt bewertet werden.

Ziel dieser Untersuchung war es, näheren Aufschluss über die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG in der stationären Suchtrehabilitation zu erhalten. Im Zentrum stand neben der Differenzierung dieser Gruppe hinsichtlich demografischer Faktoren die Frage, wie sie im Hinblick auf die mit der Therapiemotivation verbundene Abstinenzzuversicht, deren Dynamik und ihre Auswirkungen auf die reguläre oder vorzeitige Beendigung der Therapie abschneidet.

Die Auswertung der Daten ergab, dass hinsichtlich der Frage der Abstinenzzuversicht einige Spezifika der Testgruppe ins Auge fallen:

- Die Abstinenzzuversichtswerte der Rehabilitanden nach § 35 BtMG waren von Anfang an höher als die der Kontrollgruppe.
- Dieser Effekt galt bei den erfolgreich Abschließenden auch noch zum Ende der Therapiezeit (während für vorzeitig entlassene Rehabilitanden keine HEISA-Daten zum Therapieende vorliegen).
- Den erhöhten Zuversichtswerten standen jedoch keine vergleichbar positiven Werte hinsichtlich der erfolgreichen Therapiebeendigung gegenüber. Zwar schloss die Mehrheit der Rehabilitanden der Testgruppe die Therapie erfolgreich ab, allerdings seltener, als dies in der Kontrollgruppe der Fall war. Ein spezifischer „Halteeffekt“ der Maßnahme nach § 35 BtMG ließ sich so nicht verifizieren.
- Für alle erfolgreich abschließenden Rehabilitanden ergab sich der Effekt einer Steigerung der Werte der Abstinenzzuversicht im Verlauf der Therapie, sodass diese Steigerung als Ergebnis der Therapiemaßnahmen interpretiert werden kann.

- Demografisch ergaben sich zwischen beiden Gruppen einige Unterschiede, die statistisch jedoch nicht mit der Wahrscheinlichkeit ihrer erfolgreichen Therapiebeendigung in Zusammenhang gebracht werden konnten (Altersverteilung, Bildungsstand, Präferenzdrogen, Therapieerfahrung).
- Für die Rehabilitanden nach § 35 BtMG besteht kein positiver Zusammenhang zwischen erhöhten Zuversichtswerten zu Therapiebeginn und dem erfolgreichen Abschluss der Therapie. Im Gegenteil weist die Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG, die die Therapie vorzeitig beendet, höhere Zuversichtswerte auf als die Gruppe derjenigen, die die Therapie regulär zu Ende führen.

Betrachtet man die Ergebnisse nun hinsichtlich der Frage, ob die Ziele, die mit § 35 BtMG angestrebt wurden, auch tatsächlich erreicht werden, ergibt sich ein tendenziell zustimmendes Bild.

Festzuhalten ist hier, dass mehr als die Hälfte der Rehabilitanden nach § 35 BtMG die Therapie erfolgreich abschließt. Ein beobachtbarer „Halteeffekt“ ergibt sich aus den Zahlen der Studie zwar nicht, da der Anteil der regulären Therapiebeendiger unter den Rehabilitanden der Testgruppe geringer ist als unter denen der Kontrollgruppe. Möglicherweise ergibt sich jedoch eine Art „versteckter Halteeffekt“, dem folgend die Ergebnisse der Testgruppe besser ausfallen, als das eigentlich zu erwarten wäre. Nur geringfügige Hinweise hierauf ergeben sich vor dem Hintergrund der demografischen Daten; hinsichtlich des psychiatrischen und persönlichkeitspezifischen Profils der Testgruppe (das, wie zu vermuten ist, eher problematischer ist als das der Kontrollgruppe) wären weitere Untersuchungen nötig, um diese Vermutung zu bestätigen bzw. auch statistisch stützen zu können. Insgesamt lässt sich zudem eine Steigerung der Abstinenzzuversicht erkennen, was aus Sicht des Gesetzgebers hoffen lässt, dass dem auch eine Steigerung der realen katamnestic Abstinenz und damit ein Rückgang an betäubungsmittelbezogener Kriminalität entspricht.

Ob dieser Zusammenhang tatsächlich besteht, kann jedoch infrage gestellt werden, sowohl hinsichtlich bereits bestehender Forschung als auch im Hinblick auf die Ergebnisse dieser Studie: Die skizzierten Ergebnisse spiegeln als ein wesentliches Charakteristikum der Gruppe der Rehabilitanden nach § 35 BtMG die erhöhten Werte der Abstinenzzuversicht wider, denen jedoch keine entsprechend positiven Aussichten zur Therapiebeendigung entsprechen. Im Gegenteil deuten bei dieser Gruppe hohe Zuversichtswerte zu Therapiebeginn eher auf verminderte Aussichten eines erfolgreichen Therapieabschlusses hin. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, warum dies so ist, für die sich grundsätzlich zwei verschiedene Erklärungshypothesen anbieten:

Eine erste Hypothese wäre – in Übertragung von Ergebnissen anderer Rehabilitandengruppen mit spezifischen Herausforderungen auf die hier untersuchte Testgruppe –, dass Spezifika in deren Persönlichkeitsstruktur oder die Überrepräsentation bestimmter Doppeldiagnosen zu einer weniger treffenden Selbsteinschätzung bei den Rehabilitanden nach § 35 BtMG führen, sodass den hohen Zuversichtswerten keine entsprechenden positiven Ergebnisse gegenüberstehen. Weitere Forschungen in Bezug auf das Persönlichkeits- bzw. psychiatrische Profil der Testgruppe wären nötig, um diese Anschlusshypothese zu prüfen.

Eine alternative, vielleicht noch näherliegende Erklärung für den beobachteten Effekt könnte in einem verzerrten Antwortverhalten liegen, das aufgrund der Rechtslage als wahrscheinlich erscheint: Da die Therapieaufnahme nach § 35 BtMG mit der Vermeidung von Straftat einhergeht und eine motivierte Durchführung der Therapie hierfür Voraussetzung ist, liegt es nahe, dass die entsprechenden Rehabilitanden keine ehrlichen Antworten in der HEISA-38-Diagnostik geben, sondern ihr Antwortverhalten zugunsten der Dissimulation einer hohen Therapiemotivation verzerrt ist. Dies würde zur Zurückhaltung in der Verwendung eines derartigen auf Selbstaussagen der Rehabilitanden basierenden Instruments zur Diagnostik mahnen und dessen Aussagekraft im konkreten Fall infrage stellen. Um diese Anschlusshypothese zu prü-

fen, wären ebenfalls weitere Untersuchungen nötig, die die Abstinenzzuversicht bzw. Therapiemotivation mithilfe anderer Parameter als der Selbstauskunft der Rehabilitanden einschätzen.

Eine mögliche Schlussfolgerung, falls sich diese Hypothese bestätigen ließe, wäre, dass eine Überarbeitung der Rechtslage hinsichtlich der §§ 35, 36 BtMG nahe läge. Deren einseitige Ausrichtung auf die vollständige Abstinenz der Rehabilitanden und die Kopplung von Abstinenz, Therapieerfolg und Haftverschonung führen zu größeren Problemen für die Gruppe der entsprechenden Rehabilitanden und den therapeutischen Umgang mit ihnen, da sie sich zur Simulation gezwungen sehen und so eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Rehabilitanden und Therapieeinrichtung infrage gestellt wird. Diese Hindernisse könnten abgebaut werden, wenn sich der Gesetzgeber vom Paradigma einer rein abstinenzorientierten Therapie in einem bestimmten Maße lösen würde, wie es auch Verbände der Suchtkrankenhilfe immer wieder fordern.

## Literaturverzeichnis

- AA 2016: Die Zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker. <https://www.anonyme-alkoholiker.de/download/01schri.pdf> (16.02.2016).
- Ackermann-Siegle, A., Beer, M. & Hautzinger, M. 2008: Katamnese von Patienten einer teilstationären Drogenrehabilitationseinrichtung. In *Sucht* 54(2), 71–77.
- Backmund, M. & Meyer-Thompson, H. G. 2015: Warum das Betäubungsmittelgesetz auf den Prüfstand gehört. Zur Diskussion gestellt vom Vorstand der DGS – Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin. [http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info\\_extra\\_20150218/DGS-BtMG-Pru%CC%88fbedarf-2015.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_extra_20150218/DGS-BtMG-Pru%CC%88fbedarf-2015.pdf) (25.04.2016).
- Bandura, A. 1977: Toward a unifying theory of behavioral change. In *Psychological Review* 84, 191–215.
- Bandura, A. 1992: Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Hg.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Barratt, E. S. 2000: Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11). In *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 691–693.
- Best, D. & Rössner, D. 2007: Der Maßregelvollzug und die Aussetzung der Maßregelvollstreckung zur Bewährung. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Band 1. Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie, Darmstadt: Steinkopff Verlag, 323–340.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. & Ziff, D. L. 1989: Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. In *Journal of Studies on Alcohol* 50, 354–360.
- BUSS Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. 2015: Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2014. Stand: September 2015. Kassel: BUSS.
- BUSS Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. 2015a: Auswertung der Katamnesedaten zum Entlassungsjahrgang 2013. Stand: September 2015. Kassel: BUSS.
- Cloninger, C. R. 1987: *Tridimensional Personality Questionnaire, Version 4*. St. Louis, MO: Washington University School of Medicine.
- Coviello, D. M., Zanis, D. A., Wesnoski, S. A., Palman, N., Gur, A., Lynch, K. G. & McKay, J. R. 2013: Does mandating offenders to treatment improve completion rates? In *Journal of Substance Abuse Treatment* 44(4), 417–425.
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2010: *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe*. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G & Hughes, S. O. 1994: The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. In *Journal of Studies on Alcohol* 55, 141–148.



- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2016: ICD-10-GM, Version 2016, Kapitel V. <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f10-f19.htm> (25.04.2016).
- Egg, R. 1993: Drogenabhängige Straftäter: Therapiemotivation durch justitiellen Zwang? In *Bewährungshilfe* 40(1), 26–37.
- Egg, R. & Kurze, M. 1989: Drogentherapie in staatlich anerkannten Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Ertl, M., Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Vigl, A., Kemmler, G., Hinterhuber, H. & Kurz, M. 2006: Abstinenzzuversicht und Beikonsumverhalten substituierter Drogenabhängiger in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus. In *Neuropsychiatrie* 20(4), 265–272.
- Faget, M. 2012: Alkoholwirkungserwartungen, Selbstaufmerksamkeit, Hochrisiko-Trinksituationen und Abstinenzzuversicht bei Alkoholabhängigen mit komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diss. Freiburg i. Br.
- Fischer, M., Garbe, D., Weissinger, V., Missel, P., Bange, S., Stehr, M. & Kemmann, D. 2012: Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. In *Sucht aktuell* 19(3), 42–45.
- FVS Fachverband Sucht e. V. 2012: Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung. In *Sucht aktuell* 19(2), 2–87.
- Gerasch, H. 2009: Die Vollstreckungsvorschriften der §§ 35, 36 BtMG und Probleme in der Praxis bei deren Anwendung. In *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 3(4), 302–308.
- Gerra, G. & Clark, N. 2010: From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence Through Health Care, Not Punishment; Discussion Paper. United Nations Office on Drugs and Crime. [http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/Final\\_eBook\\_Sept\\_2010.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/Final_eBook_Sept_2010.pdf) (25.04.2016).
- Geyer, D., & Wernado, M. 2006: Indikationsgeleitete Therapiedauer in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. In *Sucht aktuell* 13(1), 73–75.
- Gibbs, L. & Flanagan, J. 1977: Prognostic indicators of alcoholism treatment outcome. In *International Journal of the Addictions* 12, 1097–1141.
- Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. 1997: End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. In *Addiction* 92 (3), 313–324.
- Gregoire, T. K. & Burke, A. C. 2004: The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. In *Journal of Substance Abuse Treatment* 26, 35–41.
- Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. 1999: European Addiction Severity Index, EuropASI. Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem EuropASI. Baltmannsweiler: Schneider.
- Haller, V. 2012: Alkoholabhängigkeit. Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge. Eine katamnestische Studie. Diss. Köln.

- Hampton, A. S., Conner, B. T., Albert, D., Anglin, M. D., Urada, D. & Longshore, D. 2011: Pathways to treatment retention for individuals legally coerced to substance use treatment: The interaction of hope and treatment motivation. In *Drug and Alcohol Dependence* 118(2–3), 400–407.
- Hauler, D. V. 2015: Abstinenzsicherheit, Selbstwirksamkeitserwartungen und Rückfallwahrscheinlichkeit von Alkoholabhängigen. Diss. Regensburg.
- Heckmann, W. 1997: „Schwedische Gardinen“: Zur Tradition der Zwangsbehandlung Suchtkranker und -gefährdeter in Schweden. In *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 43(3), 207–220.
- Heckmann, W., Kersch, V. & Steffan, E. 2003: QCT Europe Literaturübersicht Deutschland. European Institute of Social Services, University of Kent, Canterbury, UK.
- Huddleston, C. W. & Marlowe, D. B. 2011: *Painting the Current Picture: A National Report on Drug Courts and Other Problem-Solving Court Programs in the United States*. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Ilgen, M., McKellar, J. & Moos, R. 2007: Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. In *Journal of studies on alcohol and drugs* 68(1), 126–132.
- Ilgen, M., McKellar, J. & Tiet, Q. 2005: Abstinence Self-Efficacy and Abstinence 1 Year After Substance Abuse Disorder Treatment. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(6), 1175–1180.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. & Nelson, N. 2004: The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. In *Journal of Psychotherapy Integration* 14, 419–443.
- Jakob, L., Stöver, H. & Pfeiffer-Gerschel, T. 2013: Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. In: *Sucht* 59(1), 39–50.
- Jehle, J.-M. 2007: Drogentherapie im strafrechtlichen Rahmen – die Zurückstellungslösung der §§ 35, 38 Betäubungsmittelgesetz. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 1. Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 349–378.
- Jellinek, E. 1960: *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: Yale UP.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. 1999: Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In S. Keller (Hg.), *Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg: Lambertus Verlag, 17–44.
- Kiluk, B. D., Serafini, K., Malin-Mayor, B., Babuscio, T. A., Nich, C., & Carroll, K. M. 2015: Prompted to Treatment by the Criminal Justice System: Relationships With Treatment Retention and Outcome Among Cocaine Users. In *American Journal on Addictions* 24, 225–232.
- Körkel, J. 2002: Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. In *Suchttherapie* 3, 87–96.
- Körkel, J. 2005: Kontrolliertes Trinken: Zwischen freiem Willen und biologischem Determinismus. [http://www.kontrolliertes-trinken.de/download/pdf/kt\\_willensfreiheit.pdf](http://www.kontrolliertes-trinken.de/download/pdf/kt_willensfreiheit.pdf) (25.04.2016).

- Körkel, J. & Kruse, G. 2000: Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Körkel, J. & Schindler, C. 1996: Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) – Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. In *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 42, 156–166.
- Körkel, J. & Schindler, C. 1997: Die „Zielskala“ – Ein Baustein im Rahmen der Therapieziel festlegung bei Alkohol- und Drogenabhängigen. Nürnberg: Ev. Fachhochschule, FB Sozialwesen.
- Körkel, J. & Schindler, C. 1998: Die Durchhalte-Skala. Wien: Schutzfried.
- Körkel, J., Schindler, C., & Hannig, J. 2010: Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA). In A. Glöckner-Rist & F. Rist (Hg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 4.00. Bonn: GESIS.
- Körner, H. H. 1998: Sonderfragen der Therapieüberleitung in Betäubungsmittel-Strafverfahren. In A. Kreuzer (Hg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*. München: Beck, 1301–1328.
- Kornprobst, H. 2007: Kommentierung zu § 35 BtMG. In W. Joecks & K. Miebach (Hg.), *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Band 5. Nebenstrafrecht I. Strafvorschriften aus: AMG, BtMG, GÜG, TPG, TFG, GenTG, TierSchG, BNatSchG, VereinsG, Versammlungsg, WaffG, KrWaffG, SprengG. München: Beck.
- Korte, S. 2007: Rauschkonstruktionen. Eine qualitative Interviewstudie zur Konstruktion von Drogenrauschwirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhl, J. & Kazén, M. 2009: PSSI. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. 2., überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. 2000: Inventar Personale Ressourcen (IPR). Unveröffentlichtes Manuskript.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. 1986: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. In *Suchtgefahren* 32, 1–86.
- Kühne, H.-H. 1998: Betäubungsmittel-Straftäter im Maßregelvollzug. In A. Kreuzer (Hg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*. München: Beck.
- Lindenmeyer, J. 2013: Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Marlatt, G. & Gordon, J. 1985: *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B. S. & Moos, R. 2008: Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. In *Journal of Substance Abuse Treatment* 35(2), 148–155.
- McSweeney, T. 2007: A European Conference on ‚Quasi-Compulsory‘ Drug-Treatment (QCT) and Other Alternatives to Imprisonment. Conclusions and Recommendations. [https://www.researchgate.net/publication/290448757\\_A\\_European\\_confer-](https://www.researchgate.net/publication/290448757_A_European_confer-)

ence\_on\_'quasi-compulsory'\_drug\_treatment\_QCT\_and\_other\_alternatives\_to\_imprisonment\_Conclusions\_and\_recommendations\_Strasbourg\_Council\_of\_Europe\_Pompidou\_Group (20.04.2016).

- Meili, D., Dober, S. & Eyal, E. 2004: Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. In Suchttherapie 5, 2–9.
- Müller, R. 2012: Auswirkungen der „Male Depression“ auf die Abstinenzsicherheit bei alkoholabhängigen Männern und Frauen im Rahmen des ambulanten Suchthilfesystems. Eine Vergleichsstudie. Masterthesis KatHo Köln.
- Müller-Isberner, R. & Eucker, S. 2009: Therapie im Maßregelvollzug. Berlin: MWV.
- Papke, A. 2013: Fachklinik LAGO. Rehabilitationskonzept für die stationäre medizinische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen in der Kurzzeittherapie, Langzeittherapie und Adaption. Berlin: Drogentherapie-Zentrum e. V.
- Patzak, J. 2016: Kommentierung zu § 35 BtMG. In H. H. Körner, J. Patzak & M. Volkmer (Hg.), Betäubungsmittelgesetz Kommentar. 8. Aufl. München: Beck.
- Petry, J. 1993: Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendung in der Suchttherapie. Weinheim: Psychologische Verlagsunion.
- Petry, J. 1996: Alkoholismustherapie. Weinheim: Beltz.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A., & Rummel, C. 2014: Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. München: DBDD.
- Pollähne, H. 2007: Effektivere Sicherheit der Bevölkerung und schärfere Kontrolle der Lebensführung. Zur Reform des Maßregelrechts und der Führungsaufsicht. In Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft 90(4), 386–424.
- Powell, J., Dawe, S., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J. & Gray, J. 1993: Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. In Addictive Behaviors 18, 473–490.
- Projektgruppe Rauschmittelfragen 1991: Forschungsprojekt „Amsel“. Abschlussbericht Band 1. Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. Frankfurt a. M.
- Reilly, J., Sees, K. L., Shopshire, M. S., Hall, S.M., Delucchi, K. L., Tusel, D. J., Banys, P., Clark, H. W. & Piotrowski, N. A. 1995: Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63, 158–162.
- Rink, J., Körkel, J., Schindler, C. & Gantner, R. 1999: Diagnose abstinenzbezogener Kompetenzüberzeugungen bei Abhängigen illegaler Drogen. In: Fachverband Sucht e. V. (Hg.), Suchtbehandlung – Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht: Neuland, 348–357.
- Rist, F. & Watzl, H. 1983: Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. In Addictive Behaviors 8, 121–127.

- Schalast, N. 2000: Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 46(2), 111–120.
- Schalast, N. 2006: Suchtkranke Rechtsbrecher. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*, Darmstadt: Steinkopff Verlag, 326–349.
- Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Trinkl, B., Werdenich, W. & Uchtenhagen, A. 2010: Comparing Outcomes of ‚Voluntary‘ and ‚Quasi-Compulsory‘ Treatment of Substance Dependence in Europe. In *European Addiction Research* 16, 53–60.
- Schindler, C., Körkel, J., Grohe, G. & Stern, M. 1997: Testtheoretische Güte des „Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht“ (KAZ-35): Validität und Reliabilität. In *Sucht* 43, 319–328.
- Schippers, G. & Cramer, E. 2002: Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. In *Suchttherapie* 3(1), 71–80.
- Schuhler, P. 2005: Schädlicher Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten: wie frühzeitig geholfen werden kann – ein Beitrag aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht. In *Sucht aktuell* 12(1), 32–35.
- Sieverts, R. & Schneider, H.J. (Hg.) 1979: *Handwörterbuch der Kriminologie, Ergänzungsband*. Berlin/New York: De Gruyter.
- Schneider, R. 2012: Abstinenz oder was? Was ist das Ziel der Suchttherapie? In *Psychotherapie im Dialog* 13(4), 64–68.
- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W. & Garbe, D. 2002: Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. In *Suchttherapie* 3(1), 29–34.
- Schroeder, M. 2002: Therapie statt Strafe. In J. Fengler (Hg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention*. Landsberg: Ecomed, 562–567.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. 2002: Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*. Weinheim: Beltz (*Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft*; 44), 28–53.
- Sickinger, R. 1994: *Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit. Wer und was geholfen hat, drogenfrei zu werden und zu bleiben*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Soulet, M. H. & Oeuvray, K. 2006: *QCT-Europe: Final Report. Constructing, producing and analysing the qualitative evidence*. Fribourg: Université de Fribourg.
- Statistisches Bundesamt 2011: *Justiz auf einen Blick*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt 2016: *Bevölkerung nach Bildungsabschluss in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus, Bevölkerung über 15 Jahren*. Online unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html> (9.2.2016).

- Stevens, A. 2011: *Drugs, Crime and Public Health. The Political Economy of Drug Policy*. Oxon: Routledge.
- Uchtenhagen, A. 2009: Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke. In *Suchttherapie* 10, 75–80.
- Uchtenhagen, A., Schaaf, S., Bock, I., Frick, U., Grichting, E. & Bolliger, H. 2006: QCT Europe: Quasi-compulsory and compulsory treatment of drugdependent offenders in Europe. Final report on quantitative evaluation. Zürich: Research Institute for Public Health and Addiction at Zurich University.
- Van Horn, D. H. A. & Frank, A. F. 1998: Substance-use situations and abstinence predictions in substance abusers with and without personality disorders. In *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 24, 395–404.
- Weber, K. 2013: *Betäubungsmittelgesetz. Kommentar*. 4. Auflage. München: Beck.
- Wiese, B. 2012: *Prädiktoren für die vorzeitige Therapiebeendigung von Patienten in opiatgestützter Behandlung*. Diss. München (LMU).
- Ziegler, T. 2015: § 64 StGB. Kommentar. In B. von Heintschel-Heinegg, *Beck'scher Online-Kommentar StGB*. München: Beck.
- Zingg, C., Schmidt, P., Kufner, H., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. 2008: The Relationship Between Self-Efficacy and Abstinence from Alcohol after Outpatient and Inpatient Treatment – A Two Year Follow-Up. In *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 59 (8), 307–313.
- Zuckermann, M. 1984: Sensation Seeking. A comparative approach to a human trait. In *Behavioral and Brain Sciences* 7, 413–471.
- Zurhold, H., Verthein, U., Reimer, J. & Savinsky, A. L. 2013: *Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends*. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung.

## **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: „Entwicklung der Abstinenzsicherheit von Rehabilitanden nach § 35 BtMG in der stationären Suchtrehabilitation“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Berlin, den 11.05.2016

Esther Jochum