

Drogenrehabilitation unter justiziellem Zwang

Arbeitsgruppe auf der Jahrestagung des buss e.V.
am 18.03.2015

Dipl.-Psych. Marcus Breuer
psycholog. Psychotherapeut





Inhalte der Arbeitsgruppe

- Einige Vorbemerkungen
- Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Kriminalität
- Veränderungen an der Schnittstelle
Justiz – Rehabilitation in den letzten Jahren
- Das Behandlungssystem „Medizinische Rehabilitation“ vor
dem Hintergrund strafrechtlicher und sozialrechtlicher Aspekte
- Entwicklungen im Maßregelvollzug
- Kostenaspekte
- Drogenrehabilitation:
freiwillige Behandlung vs. § 35 BtmG
- Motivations- und Bindungsaspekte



Einige Vorbemerkungen

Adaptionshaus
Kiefernngarten

Fachklinik Grafrath





Suchtmittelabhängige Menschen sind in erster Linie krank



- und zwar psychisch krank
(ICD-10 F 1X.2)



Der Gesetzgeber und die Justiz werden diesem
Tatbestand nicht annähernd gerecht!

(z.B. erhebliche Ungleichbehandlung
von Alkohol- vs. Drogenabhängigen)



Suchterkrankungen
(insbesondere
die Abhängigkeit von illegalen Substanzen)
sind

Erkrankungen des Lebensstiles



Aaaaaah!



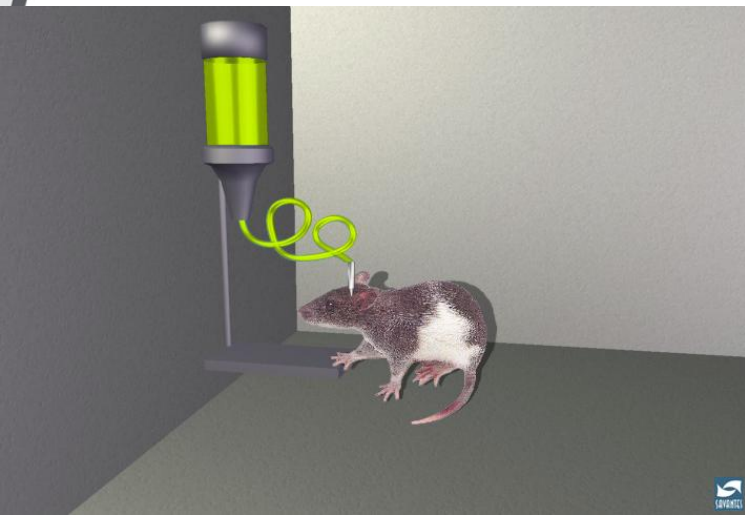
ZISCH!



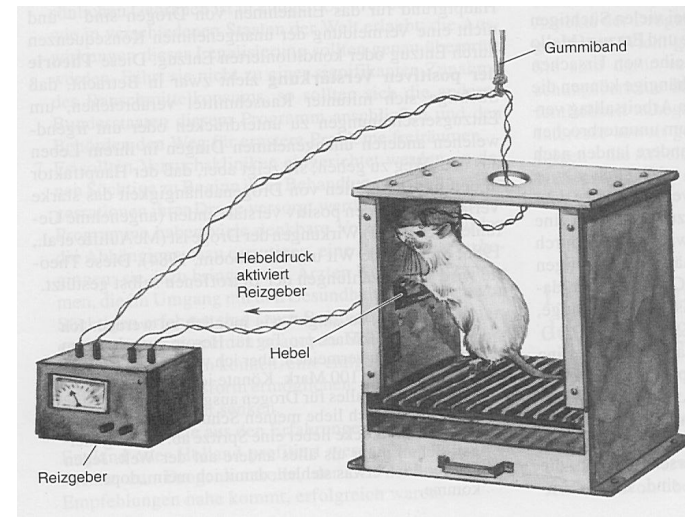
Grundsätzlich geht es darum, dass...

- Durch exzessives belohnendes Verhalten in seiner pathologischen Form, schnell und effektiv
 - positive Gefühle gesteigert werden können bzw.
 - negative Gefühle unterdrückt bzw. vermindert werden können

Wise (1992)



Olds & Millner (1954)





Grundelemente von Veränderung



Menschen lernen aus Konsequenzen....



... und von Modellen ...



... und aus Einsicht!



... beim Modelllernen und der Einsichtsbildung
spielen Beziehungsaspekte (= Bindung) eine
wichtige Rolle!



Veränderungen an der Schnittstelle Justiz – Rehabilitation in den letzten Jahren



Es gibt ganz unterschiedliche Formen von justiziellem Außendruck:

- Bewährungsaufgabe
- Bedingte Entlassung nach § 57 StGB
- § 88 JGG (Jugendstrafvollzug)
- Strafaussetzung nach §§ 35/36 BtmG
- §§ 63/64 StGB („Maßregelvollzug“)



- Verschärfung der Bewilligungspraxis im Bereich des § 35 BtmG in Bayern
 - erheblicher Rückgang der Bewilligungen
 - penible Prüfung „Kausalzusammenhang“
- BGH-Urteil vom 05.08.2010 zur Reihenfolge der Strafvollstreckung (5 AR 23/10)
- Versch. Schnittstellen-Wechselwirkungen (z.B. § 57 StGB, § 88 JGG; WW zwischen Justiz und DRV - § 12 SGB VI)



Die sich in den letzten Jahren abzeichnende, immer noch restriktivere Haltung von Politik und Justiz in Deutschland (und insbesondere in Bayern) **verhindert Gesundheit** und führt tendenziell zu einer Chronifizierung bei den betroffenen Personen und damit auch zu einer Zunahme von entsprechenden Delikten und Gefängnisaufenthalten in der Zukunft!



Dies widerspricht
fundamental
sämtlichen Überlegungen
zur Tertiärprävention!



Dies kann in
niemandes
Interesse sein!



Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Kriminalität

These:	Erläuterung:
„drug use leads to crime“	Drogenkonsum führt zu Kriminalität: Danach steigen Kriminalitätsraten bei Drogengebern in aktiven Konsumphasen deutlich an und sinken in Abstinenzperioden ebenso ab.
“crime leads to drug use”	Drogenkonsum ist das Resultat krimineller Orientierung: Diese These wird durch Beobachtungen gestützt, dass dem Drogengebrauch oft kleine sowie schwere Kriminalität vorangeht.
“ common-cause-model ”	Drogenkonsum und Kriminalität sind gemeinsamer Ausdruck devianter Orientierung : Danach wurzeln Drogenkonsum und Kriminalität in einer gemeinsamen Orientierung zu deviantem Verhalten. Der Zusammenhang von Kriminalität und Drogengebrauch ist über soziale und psychologische Faktoren oder subkulturelle Orientierungen vermittelt.



Anmerkung zu den empirischen Zahlen:

Die betrachteten Stichproben (Populationen) sind nur begrenzt vergleichbar:

1. Es gibt zwar Überschneidungen zwischen „freiwilliger“ Reha-Klientel (Alkohol/Drogen), Reha-Klientel unter juristischem Druck und Klientel im Maßregelvollzug,
2. die betrachteten Gruppen sind jedoch keinesfalls deckungsgleich!
3. Dies erschwert Vergleiche.

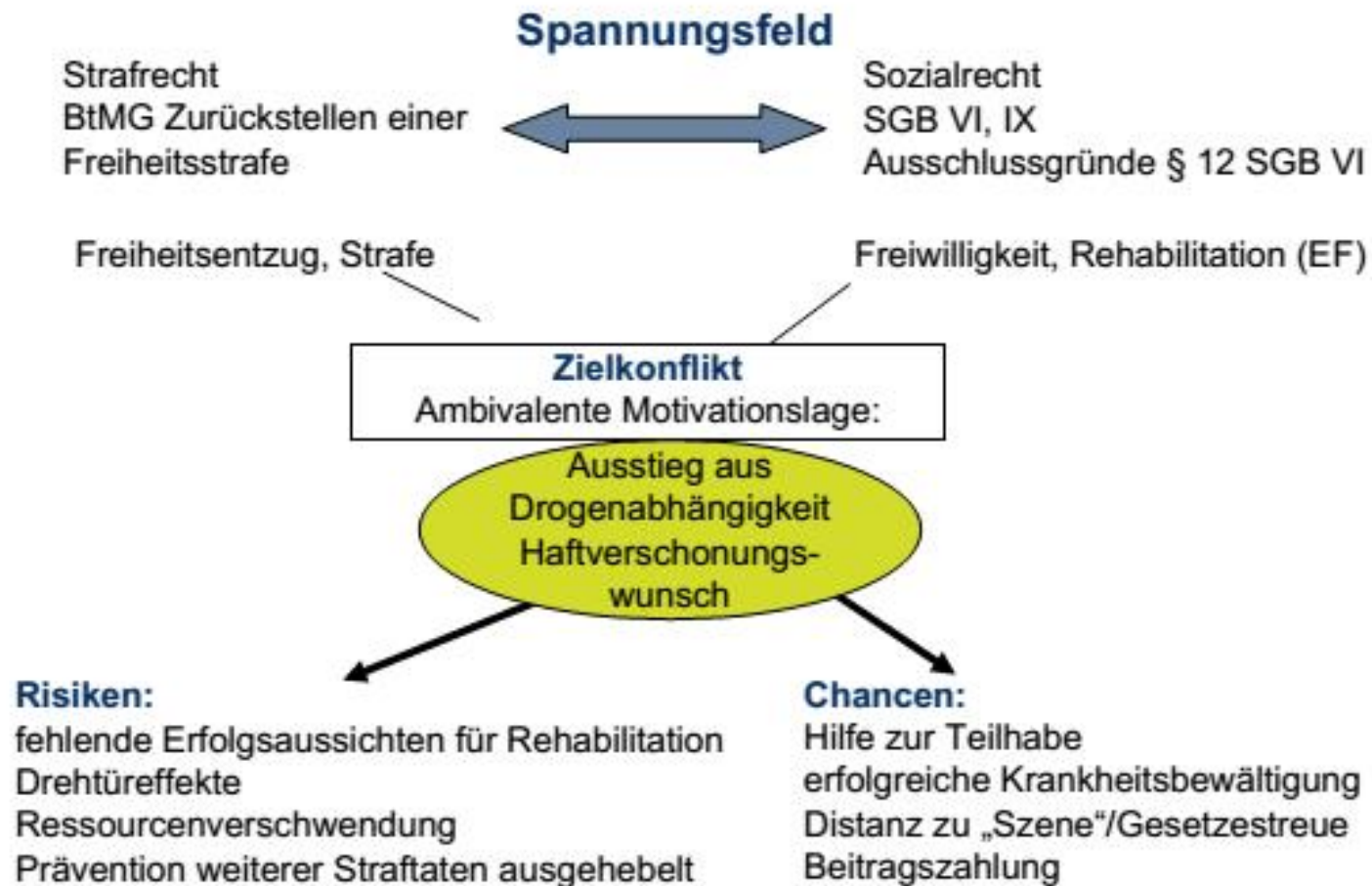


Das Behandlungssystem „Medizinische Rehabilitation“ vor dem Hintergrund strafrechtlicher und sozialrechtlicher Aspekte



Rehabilitationsprognose Berücksichtigung spezifischer Belastungen bei Drogenabhängigen

- Arbeitslosigkeit 70 – 80 %
- Überschuldung ca. 70 %
- komorbide psychische Störungen,
z. B. Angst, Depression antisoziale Per-
sönlichkeitsstörung 50 – 70 %
- deviantes Verhalten in Kindheit und Pubertät > 50 %
(LADA-Studie)
- Familiäre Vorbelastung 40 %
- Hochrisikogruppe für HIV- und Hepatitis-Infektion
- wegen BtMG/gerichtlicher Auflage ca. 45 %
in medizinischer Rehabilitation
- anamnestisch: strafbare Handlungen > 80 %





Zum Vergleich:

Aktuelle Zahlen aus der medizinischen Rehabilitation in Deutschland (2012):

N=43.765 (zu Lasten der DRV)

- davon ca. 66 % Alkoholrehabilitation
- davon ca. 31% Drogenrehabilitation:
ca. N=13.500



Haltequoten in Drogenrehabilitation

Art der Beendigung	Fälle	Anteile
Planmäßige Entlassung	1.784	57,3%
Unplanmäßige Entlassung	1.327	42,6%
Keine Angabe	2	0,1%
Gesamt	3.113	100,0%

Buss-Daten – Entlassjahrgang 2012 (n=3.113)



Art der Beendigung – Kommentar

- 57,3% der Rehabilitanden wurden 2012 regulär bzw. vorzeitig mit Einverständnis entlassen oder verlegt. Die Haltquote hat sich über 50% stabilisiert.
- Der Anteil der Behandlungsabbrüche ist ebenso mit 25,3% zu den Vorjahren vergleichbar.
- Der Anteil der disziplinarischen Entlassungen ist mit 16,5% stabil.

In der Auswertung des FVS Drogen 2010 und 2011 finden sich ähnliche Daten.

- Haltequote = 54,9% / 59,0%
- Abbrüche = 28,1% / 25,2%
- Disziplinarische Entlassungen = 15,6% / 14,7%



Entwicklungen im Maßregelvollzug



Entwicklung der Unterbringungen von 1995-2009 (bundesweit):

Unterbringungen nach § 64 StGB haben sich
zwischen 1995 und 2009 mehr als verdoppelt!

1995: n = 1373

2009: n = 2811



Tab. 1 Unterbringungsraten und -quoten je 10000 Einwohner bundesweit (1992 – 2009).

R.Sponsel IP-GIPT 1.1.2014

Daten-Quelle1 Zivil- und öffentlich-rechtliche Unterbringungen nach:

Valdes-Stauber, J.; Deinert, H. & Kilian, R. (2012) Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992 – 2009). Fortschr Neurol Psychiat 2012; 80: 267–275. Tab 1, S. 271

Daten-Quelle2 Statistisches Bundesamt Rechtspflege Fachserie 10 Unterbringungen nach §§ 63, 64 StGB

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/Strafverfolgung/Vollzug/Strafvollzug2100410127005.xls?__blob=publicationFile

Kollineare Artefakte entfernt und Tabelle transponiert					1-7 Quelle1	Lesebeispiele grün markiert.			
	Unterbr- Raten BG	Unterbr- PsychKG	Unterbr- §1846	UntbrÄhnl § 1906	Ablehngr § 1906, 1	Rat.jährl Psych.Aufn	MittlDauer Tage	Quelle2 §63StGB	Quelle2 §64 StGB
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1995	4.21	6.92	1.18	2.85	2	99.2	35.9	2902	1373
1996	3.22	6.93	1.32	3.33	2.2	100	38	2956	1277
1997	3.49	7.26	1.47	3.84	2.18	108	29.1	3216	1363
1998	3.82	7.02	1.62	4.74	1.69	108	26.4	3539	1529
1999	4.15	6.66	1.77	5.85	2.14	109	25.6	3838	1657
2000	4.26	6.94	1.94	6.57	1.8	111	23.7	4098	1774
2001	4.75	6.92	2	7.47	2.12	119	22.6	4297	1922
2002	4.88	7.08	2	8.1	4.69	120	22.7	4462	2088
2003	5.26	7.2	1.94	9.06	4.38	120	22.8	5118	2281
2004	5.62	7.27	1.99	9.62	4.15	123	21.4	5390	2412
2005	5.55	7.66	1.87	10.2	4.38	127	20.8	5640	2473
2006	5.66	7.58	1.86	10.1	3.68	128	20.9	5917	2619
2007	6.08	8.05	1.77	10.3	3.47	133	20.8	6061	2603
2008	6.44	8.59	1.88	11.2	3.25	138	20.3	6287	2656
2009	6.61	8.7	1.88	11.7	3.47	140	20.4	6440	2811
wr-stetig	0.0322	0.0164	0.0333	0.1009	0.0394	0.0246	-0.0404	0.0569	0.0512
wr-diskret	0.0327	0.0165	0.0338	0.1061	0.0401	0.0249	-0.0396	0.0586	0.0525

Lesebeispiele Rohwerte (oben). Die Unterbringungsrate nach dem Betreuungsgesetz (Spalte 1) zeigen eine stetige Wachstumsrate von 3,22%, diskret 3,27%. Die stärkste stetige Wachstumsrate mit 5,69%, diskret 5,86% gibt es bei Unterbringungen nach § 63 StGB, also bei Straftätern mit psychischen Erkrankungen (Spalte 8), gefolgt von § 64 StGB, Unterbringung wegen Sucht mit 5,12 stetiger und 5,25% diskreter Wachstumsrate. Die absoluten Werte betragen 1995 bei § 63 2902 und 2009 6440, haben sich also in 14 Jahren mehr als verdoppelt.



Die Zahl der im Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB ist in Bayern (wie insgesamt in Deutschland) in den letzten 15 Jahren erheblich gestiegen.

Untergebrachte nach	§ 63 StGB	§ 64 StGB
Bayern		
31. 12. 1998	599	513
31. 12. 2012	1170	1224
Bund		
31. 03. 1998	3539	1529
31. 03. 2012	6750	3526

Quellen:

Verband der Bayerischen Bezirke

Statistisches Bundesamt Maßregelvollzugsstatistik 2011/2012



Maßregelvollzugspatienten und Investitionsfördermittel in Bayern

Entwicklung der Maßregelvollzugspatienten in Bayern 1980 bis 2009



1) Patientenstand jeweils zum 31.12.

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung



Als Erklärungen für die Zunahme der Unterbringungen im Maßregelvollzug werden genannt:

- Veränderungen bei der Begehung von Straftaten,
- eine veränderte kriminalpolitische Sichtweise mit stärkerer Betonung von Sicherheitsinteressen,
- eine entsprechende mediale Aufbereitung („Wegsperrten für immer“) sowie
- teilweise ein Versagen der Allgemeinpsychiatrie (Drehtürpsychiatrie, immer kürzere Verweildauern auf Druck der Krankenkassen)

Quelle:

Dr. Rolf Marschner: Kurzgutachten zum Maßregelvollzug in Bayern, 2013

- im Auftrag der Grünen-Landtagsfraktion in Bayern



Kostenaspekte



Kostenvergleich I

- **Drogen-Rehaplatz pro Tag: 90 – 100 Euro (2013)**
 - Haftplatz/Tag: 76,80 Euro (Bayern, 2011)
Die durchschnittlichen Kosten des Haftvollzugs für einen Gefangenen betragen in Bayern 2011:
 - a) Tages-Haftkosten: 68,58 EUR
 - b) Baukostensatz: 8,22 EUR**Insgesamt: 76,80 EUR**
Quelle : STMJ
(bayerisches Staatsministerium für Justiz, www.justizvollzug-bayern.de)
 - **Tagessatz im Maßregelvollzug: ca. 274 Euro (2013)**
Quelle: Marschner (2013)

394 DM/Tag in 2002 (Quelle: Kammeier H, Der Preis der Sicherheit – Aufwendungen der Bundesländer für den Maßregelvollzug, R&P 2002, 168ff.)
- > **Es gilt bei solchen „System-Vergleichen“, auch dass Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu berücksichtigen!**



Kostenvergleich II

Die sehr unterschiedlichen Aufenthalts- bzw. Behandlungsdauern verändern diesen Vergleich der Gesamt-Maßnahmekosten noch sehr viel weiter.

**Gesamtkostenverhältnis:
Reha vs. §64-Maßregelvollzug
ca. 1:6 bis 1:10**



Kosten Maßregelvollzug

Die Kosten des Maßregelvollzugs in Bayern wurden zwischenzeitlich budgetiert. Es werden prospektive Budgets vereinbart. Nach der Aufstellung von Kammeier betrugen die Kosten des Maßregelvollzugs in Bayern im Jahr 2000 (vor der Budgetierung) DM 143.750 für jeden Patienten/Jahr bzw. **DM 394 für jeden Patienten/Tag** (Kammeier R&P 2002, 168). Pro 100.000 Einwohner liegen die aufgewendeten Kosten in Bayern mit DM 1.604.200 im oberen Bereich. **Heute wird von ca. Euro 100.000 pro Jahr und Patient ausgegangen.** Durch den Anstieg der im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten ist von einer Kostensteigerung in absoluten Zahlen auszugehen. In Bayern wurde darüber hinaus erheblich in Neubauten investiert (z.B. in Straubing, München Ost, Taufkirchen). Aktuelle Zahlen liegen nicht vor. Es ist aber davon auszugehen, dass eine ausreichende finanzielle Ausstattung des Maßregelvollzugs in Bayern gewährleistet ist.

Quelle:

Dr. Rolf Marschner: Kurzgutachten zum Maßregelvollzug in Bayern (2013) – erstellt im Auftrag der Grünen-Landtagsfraktion in Bayern



Reha – lohnt sich das?

Verhältnis von Aufwand zu Ertrag:

5:1

- d.h. für jeden Euro entstandener Rehakosten entsteht ein gesellschaftlicher Return von 5 Euro

⇒ **Reha lohnt sich!**

Quelle: Prognos-Studie, 2009



- Kritisch könnte man hier anmerken, dass diese Quote vermutlich in der Drogenrehabilitation schlechter ist.
- Allerdings gilt es hier, auch gesamt-gesellschaftliche Kosteneinsparungseffekte zu berücksichtigen (z.B. durch weniger zukünftige Inhaftierungen in der Klientel)



Studie der DRV Rheinland-Pfalz zu Drogenrehabilitation unter § 35 BtmG vs. „freiwillige“ Behandlung

(Kulick, 2009/2010, unveröffentlicht)



Auswertungsergebnisse 2009

Drogen-Entwöhnungsbehandlungen Nicht- / aus Haft

Entlassungsformen

2009		
Entlassungsform	Nicht Haft N=502	Haft N=157
planmäßig (1, 2, 3)	47,6 %	43,3 %
Abbruch (4, 5)	38,8 %	40,0 %



Studie „Drogenkatamnese“ der DRV Rheinland-Pfalz *

Abstinenz von Suchtmitteln

Einjahreskatamnese

MLR	DGSS 1 (N=88)	DGSS 2 (N=198)	DGSS 3 (N=124)	DGSS 4 (N=303)
freiwillig	59,6 %	31,5 %	54,2 %	25,5 %
mit Auflage (BtMG)	56,1 %	21,1 %	53,8 %	18,7 %

*Fischer M., Missel P., Nowak M., Schwehm H., Stapel M. (2009)



Studie „Drogenkatamnese“ der DRV Rheinland-Pfalz Nicht aus Haft vs. aus Haft N=99

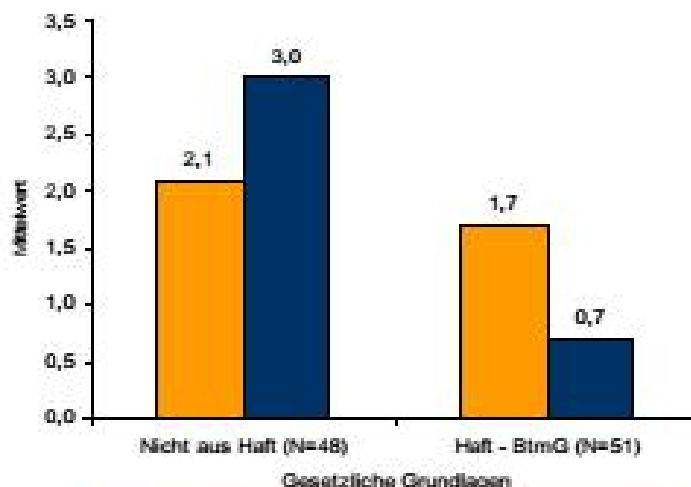
Anzahl an Beitragsmeldungen bzw. Lücken
2 Jahre vor und 2 Jahre nach der Entwöhnungsbehandlung

2 Jahre prä

2 Jahre post

■ Anzahl an Beitragslücken je Versicherten

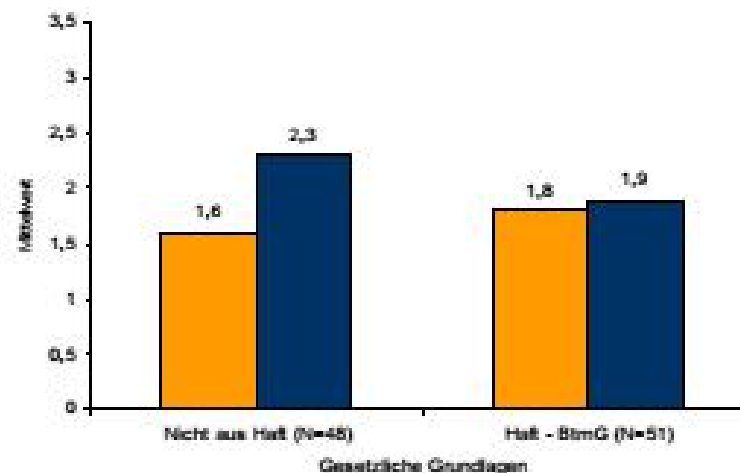
■ Anzahl an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung je Versicherten **



** MW-Unterschiede sind statistisch bedeutsam

■ Anzahl an Beitragslücken je Versicherten

■ Anzahl an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung je Versicherten



Keine statistisch bedeutsamen MW-Unterschiede

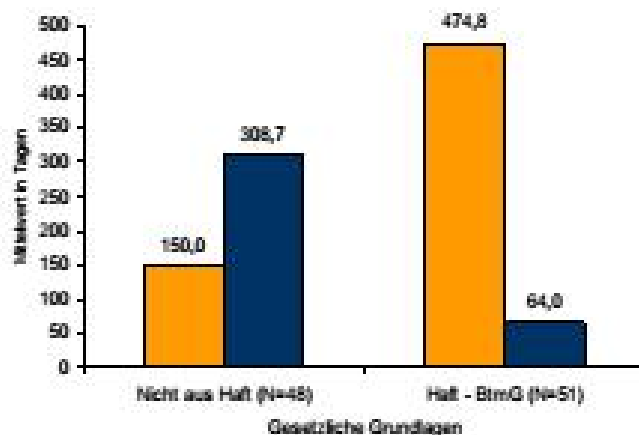


Studie „Drogenkatamnese“ der DRV Rheinland-Pfalz Nicht aus Haft vs. aus Haft N=99

Dauer je Beitragsmeldung bzw. Lücke
2 Jahre vor und 2 Jahre nach der Entwöhnungsbehandlung

2 Jahre prä

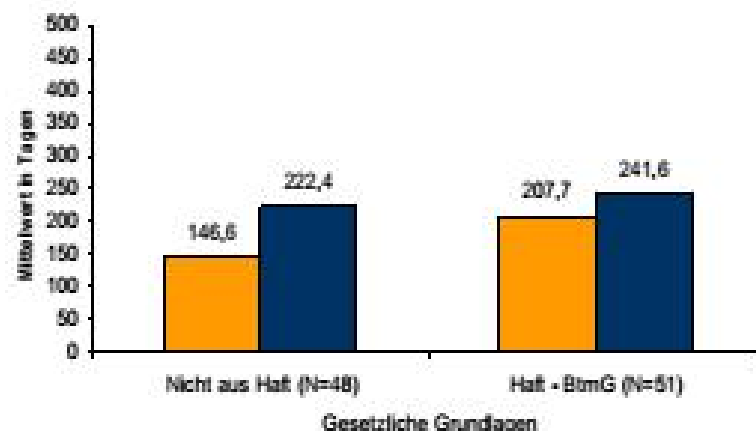
- Dauer je Beitragslücke und Versicherten **
- Dauer je sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und Versicherten **



** MW-Unterschiede sind statistisch bedeutsam

2 Jahre post

- Dauer je Beitragslücke und Versicherten
- Dauer je sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und Versicherten



Keine statistisch bedeutsamen MW-Unterschiede



Studie „Drogenkatamnese“ der DRV Rheinland-Pfalz

Substichprobe

Inhaftierte Versicherte N=51

**Dauer und Art der Beendigung der stationären
Drogenentwöhnung –**

**Prädiktor für eine erfolgreiche
erwerbsbezogene Wiedereingliederung
inhaftierter Versicherter?**



Inhaftierte Versicherte N=51

Dauer und Art der Beendigung der stationären Drogenentwöhnung

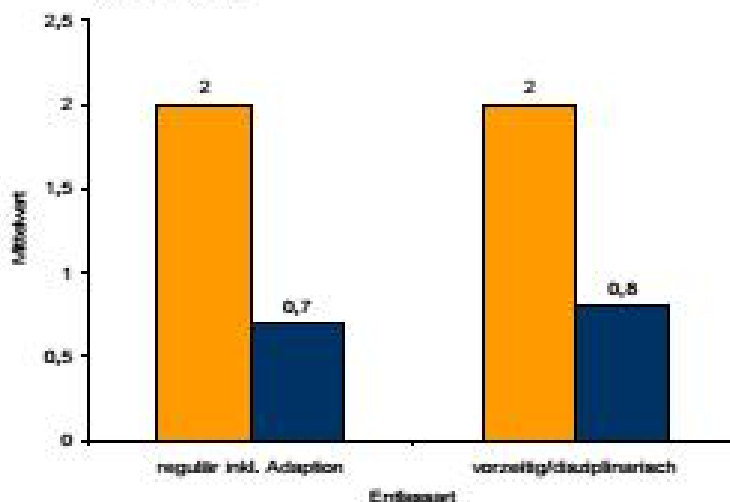
Anzahl an Beitragsmeldungen bzw. Lücken 2 Jahre vor und 2 Jahre nach der Entwöhnungsbehandlung



Deutsche
Rentenversicherung
Kassen und Verbände

2 Jahre prä

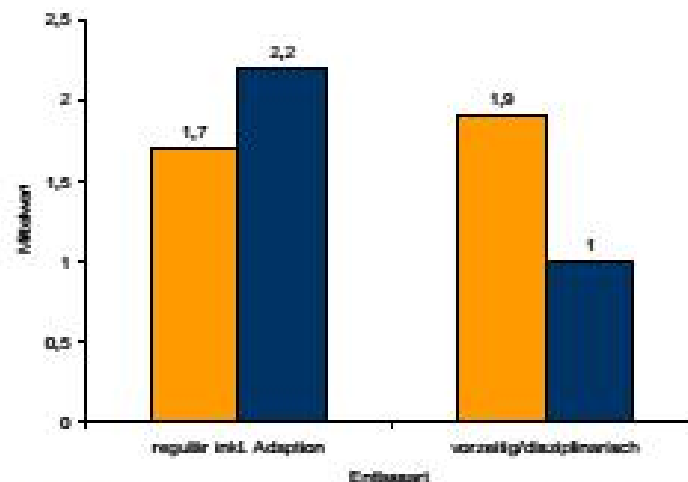
■ Anzahl an Beitragslücken je Versicherten
■ Anzahl an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung je Versicherten



Keine statistisch bedeutsamen MW-Unterschiede

2 Jahre post

■ Anzahl an Beitragslücken je Versicherten
■ Anzahl an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung je Versicherten **



** MW-Unterschiede sind statistisch bedeutsam



Inhaftierte Versicherte N=51



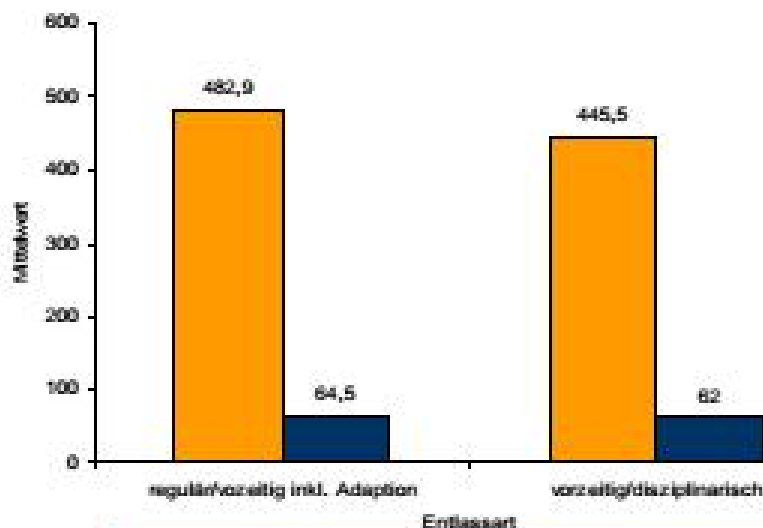
Deutsche
Rentenversicherung
Krankenkasse

Dauer und Art der Beendigung der stationären Drogenentwöhnung

Dauer je Beitragsmeldung bzw. Lücke
2 Jahre vor und 2 Jahre nach der Entwöhnungsbehandlung

2 Jahre prä

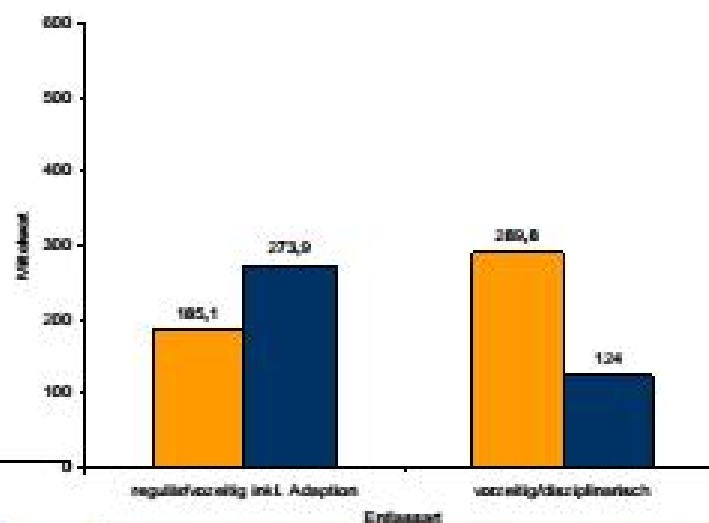
- Dauer je Beitragslücke und Versicherten
- Dauer je sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und Versicherten



Keine statistisch bedeutsamen MW-Unterschiede

2 Jahre post

- Dauer je Beitragslücke und Versicherten
- Dauer je sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und Versicherten**



** MW-Unterschiede sind statistisch bedeutsam



Fazit: Zurückstellung der Freiheitsstrafe – Hilfe oder Drehtüre ?

- **Medizinische Rehabilitation erweist sich als Hilfe und Chance – Differenzierung erforderlich!**
- **Indikatoren für erfolgreiche Rehabilitation aus Leistungsträgersicht:**
 - **Intensive Prüfung der persönlichen Voraussetzungen durch Fachdienste der Leistungsträger**
 - **Erstrehabilitation**
 - **planmäßig abgeschlossene Entwöhnungsbehandlung inkl. Adaption**
 - **Versichertenmerkmale:**
 - höherer Schulabschluss**
 - abgeschlossene Berufsausbildung**
 - keine Schulden**
 - kein polyvalenter Missbrauch**
 - Hauptdrogen: Cannabis, Amphetamine**
- **Evidenzbasierung erforderlich!**



Fazit 1:

**Behandlungen unter § 35 BtmG liefern
– verglichen mit sog. „freiwilligen“
Behandlungen –
in etwa vergleichbare Ergebnisse
(evtl. minimal schlechter)**



Fazit 2:

Notwendigkeit zur Konzeptanpassung:

- wg. schwierigerer Motivationsarbeit mit „gezwungener“ Klientel**
- wg. Notwendigkeit der Behandlung von Devianz**



Motivations- & Bindungsaspekte



Motivation

- Behandlungsmotivation muß nicht bereits vorab vorhanden sein (wenngleich dies günstig ist); es reicht, wenn diese im Verlauf der Behandlung (intrinsisch!) entsteht.
- Viele Sucht-Rehabilitations-Behandlungen entstehen zunächst nicht wirklich „freiwillig“ im engeren Sinne (Bsp.e: Druck des Partners, des Arbeitsgebers, der Eltern etc.)





„Hilf mir so, dass ich mich nicht unterlegen
fühlen muß“ (Singer, 2001)

-> es geht um eine bestimmte
therapeutisch-menschliche Haltung



Begriff der „misstrauischen Empathie“ (Feuerlein, 2004)

„Den **Begriff der „misstrauischen Empathie“** habe ich im Interesse der Patienten gewählt. In der Suchttherapie ist es notwendig, kritisch zu hinterfragen. Er ist Ausdruck der Ambivalenz der Patienten gegenüber einer Therapie.

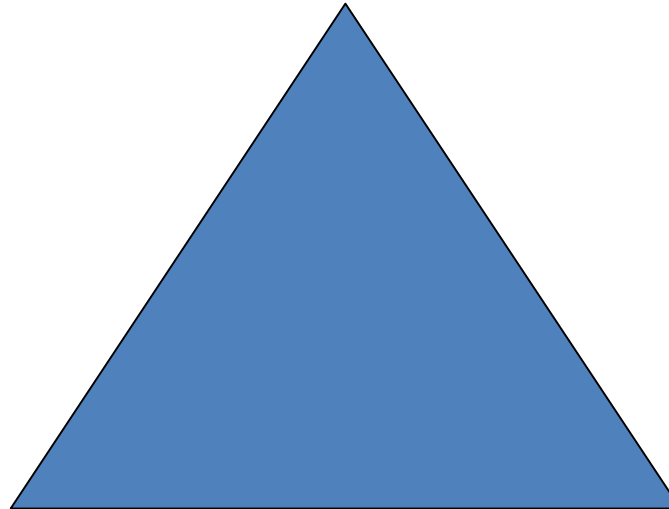
Einerseits wünscht der Patient die Abstinenz, andererseits ist die Sucht immer noch aktiv und führt zu Gedanken und Wünschen, erneut zu konsumieren. Übersetzt meint dieser Satz: „Weil ich es gut mit Dir meine, muss ich Dir auf die Finger schauen“.

Man könnte auch sagen: „**moralfreie Akzeptanz**“.“



Wechselseitige Beeinflussung innerhalb der Therapie

Motivation



Regeln / Grenzen

Bindungs- und
Beziehungsaspekte



Suchterkrankung = Erkrankung der Grenzen



- Lernen, Spannungen aushalten
- Einüben von Verzicht
- Abgrenzung und Nein-Sagen
- Affekte aushalten und suchtmittelfrei bewältigen



Prof. Dr. Klaus Dörner:

Der sich und andere in Versuchung
führende Mensch





Dialektik / Waagschale:

Kontrolle

vs.

Vertrauen



2. Dialektik:

Akzeptanz vs Veränderung

-> DBT / Marsha Linehan



Therapeutische Doppelrolle:

- Supportiv (klassische Therapeutenrolle)
- vs.
- Grenzsetzend (Regeleinhaltung etc.)



Gefahr von Machtmißbrauch

→ grundsätzliche Gefahr in allen „totalen Institutionen“
(E. Goffman)



Störungsspezifisches Wissen
als notwendige
(aber nicht hinreichende! ->
Beziehungskompetenz) Voraussetzung
für eine Behandlung „auf Augenhöhe“



Wirkfaktoren der Psychotherapie (n. Grawe, 1995):

- 1. Problemaktualisierung**
- 2. Ressourcenaktivierung**
- 3. Motivationale Klärung**
- 4. Aktive Hilfe zur Problembewältigung**
- 5. gute Therapeut-Klient-Beziehung**



Vielen Dank!

Dipl.-Psych. Marcus Breuer
psycholog. Psychotherapeut
Klinikleitung

Therapiezentrum Grafrath
Bahnhofstr. 61
82284 Grafrath

www.therapiezentrum-grafrath.de



Adaptionshaus Kieferngarten
Schlößlanger 1
80939 München

www.kieferngarten.de

marcus.breuer@do-suchthilfe.de