



Die Novellierung des § 64 StGB – Vorschläge zur Anwendung aus rechts- und erfahrungswissenschaftlicher Sicht

Susanne Stübner^{1,2} · Raik Werner^{1,3} · Gregor Groß⁴ · Michael Schwarz^{5,6}  · Johannes Kaspar⁷

Eingegangen: 31. Januar 2024 / Angenommen: 15. Mai 2024 / Online publiziert: 5. Juli 2024
© The Author(s) 2024

Zusammenfassung

Die Novellierung des § 64 des Strafgesetzbuches (StGB) ist am 01.10.2023 in Kraft getreten. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit den rechts- und erfahrungswissenschaftlichen Voraussetzungen der Anwendung des neu gefassten § 64 StGB und soll als Übersicht und Anregung für die Praxis von Begutachtung und Rechtsprechung dienen.

Schlüsselwörter Maßregelvollzug · Entziehungsanstalt · Erfolgsaussicht · Unterbringung · Substanzkonsumstörung

The amendment of § 64 of the German Criminal Code—Proposals for application from a legal and empirical perspective

Abstract

The amendment of Section 64 of the German Criminal Code (§ 64 Strafgesetzbuch) came into force on 1 October 2023. This article deals with the jurisprudential and experiential prerequisites for its application and is intended to serve as an overview and stimulus for the practice of expert assessment and jurisprudence.

Susanne Stübner, Raik Werner: gleichberechtigte
Erstautorenschaft.

Prof. Dr. med. Susanne Stübner: Prof. (apl.) Ludwig-Maximilians-Universität München, <https://ror.org/05591te55>; Stv. Direktorin FPP, Chefärztin ZFST, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Stationäre Forensische Therapie Rheinau; *Prof. Dr. jur. Raik Werner:* Richter am Bundesgerichtshof; Honorarprofessor an der Ludwig-Maximilians-Universität München; *Dr. med. Gregor Groß:* Leitender Medizinaldirektor, Leitung der Psychiatrischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Straubing; *Michael Schwarz* M.Sc.: Organisatorische Bereichsleitung § 64 StGB, Klinik für Forensische Psychiatrie, Bezirksklinikum Ansbach; Lehrgebiet Persönlichkeits-, Rechtspsychologie und Diagnostik, Fakultät für Psychologie, FernUniversität in Hagen; *Prof. Dr. jur. Johannes Kaspar:* Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Kriminologie und Sanktionenrecht, Universität Augsburg.

Prof. Dr. med. Susanne Stübner
susanne.stuebner@pukzh.ch

Prof. Dr. jur. Raik Werner
raik.werner@jura.uni-muenchen.de

Dr. med. Gregor Groß
gregor.gross@jv.bayern.de

✉ Michael Schwarz, M.Sc.
michael.schwarz@bezirkskliniken-mfr.de

Prof. Dr. jur. Johannes Kaspar
johannes.kaspar@jura.uni-augsburg.de

- ¹ Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland
- ² Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Stv. Dir., CA Universitätsklinik Rheinau), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Alleestrasse 51A, 8462 Rheinau, Schweiz
- ³ Bundesgerichtshof, Karl-Heine-Straße 12, 04229 Leipzig, Deutschland
- ⁴ Psychiatrische Abteilung, Justizvollzugsanstalt Straubing, Äußere Passauer Str. 90, 94315 Straubing, Deutschland
- ⁵ Klinik für Forensische Psychiatrie, Bezirksklinikum Ansbach, Feuchtwanger Straße 38, 91522 Ansbach, Deutschland
- ⁶ Lehrgebiet Persönlichkeits-, Rechtspsychologie und Diagnostik, Fakultät für Psychologie, FernUniversität in Hagen, Universitätsstraße 47, 58097 Hagen, Deutschland
- ⁷ Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Kriminologie und Sanktionenrecht, Universität Augsburg, Universitätsstraße 24, 86153 Augsburg, Deutschland

Keywords Forensic psychiatric hospital · Forensic addiction treatment · Treatment prognosis · Forensic hospitalization · Substance use disorder

Einleitung

Im Januar 2022 wurde über das Bundesjustizministerium der Abschlussbericht einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit Vorschlägen zu einer Neufassung des § 64 des Strafgesetzbuches (StGB) und weiterer, damit zusammenhängender Vorschriften (§ 67 Absatz 2 Satz 3 und Absatz 5 Satz 1 StGB, § 463 Absatz 6 Satz 3 der Strafprozessordnung [StPO]) veröffentlicht (Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches [BL-AG] 2022). Als Anlass wurde u. a. der deutliche und kontinuierliche Anstieg der Zahl der gemäß § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt untergebrachten Personen benannt; sie stieg von 4462 in 2017 auf 5280 in 2020 an (BL-AG 2022). Die Vorschläge sind in einen im Dezember 2022 von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf zur Reform des Sanktionenrechts eingeflossen (Bundestagsdrucksache [BT-Drs.] 20/5913), der am 22.06.2023 vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Die Neuregelung ist zum 01.10.2023 in Kraft getreten (Art. 1 Nr. 7, 8 und Art. 2 Nr. 4 des Gesetzes zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vom 26.07.2023, Bundesgesetzblatt [BGBl.] I Nr. 203). In § 64 StGB wurden folgende Änderungen beschlossen:

§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ¹Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die ~~überwiegend sie im Rausch begangen hat oder die~~ auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird; *der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort dauert.* ²Die Anordnung ergeht nur, wenn *aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten ist eine hinreichend konkrete Aussicht besteht*, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 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.

Diese Änderungen bedingen Auseinandersetzungen mit den Auswirkungen auf rechts- und erfahrungswissenschaftlicher Ebene (Schwarz und Stübner 2023; Querengässer und Baur 2024; Schüler-Springorum et al. 2024; Soyka 2024; Schwarz et al. 2024; Stübner und Schwarz 2024 under review). Die tatsächlichen Effekte der Novellierung auf den Maßregel- und Justizvollzug sind gegenwärtig noch schwer einschätzbar, wobei erste empirisch basierte Überlegungen von einem deutlichen Rückgang der Anordnungszahlen von § 64 StGB ausgehen (Schwarz und Stübner 2023). Vorherige Novellierungen erbrachten nicht die intendierten Effekte einer Reduktion der Zuweisungen (Schalast 2021). Mit der Rechtsreform 2007 war zunächst Absatz 2 dahingehend erweitert worden, dass eine „hinreichend konkrete Aussicht“ gefordert wurde, „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“. Ferner war die Anordnung als „Soll-Vorschrift“ gefasst worden. Die Novellierung 2016 betraf die Ergänzung um Fristen, die einen größeren Spielraum zur Therapiedauer eröffneten. Aus diesem Grund werden die zu erwartenden Effekte der vorliegenden Novellierung auch kritisch diskutiert (z. B. Querengässer und Baur 2024; Baur und Querengässer 2024).

Zunächst wird sich die Praxis der Begutachtung und der Rechtsprechung auf die einzelnen Veränderungen einzustellen haben. Der vorliegende Beitrag will dabei eine erste Hilfestellung bieten. Dazu soll das Vorgehen anhand der vier Anordnungsvoraussetzungen der Unterbringung nach § 64 StGB („Hang“, „symptomatischer Zusammenhang“, „Gefahr“ und „Erfolgsaussicht“) beleuchtet werden, wobei im Folgenden jeweils zunächst die rechtswissenschaftlichen und dann die erfahrungswissenschaftlichen Aspekte dargelegt werden sollen. Insgesamt können die Ausführungen dabei nicht durchgehend trennscharf sein, da die eingehende Beschäftigung mit der speziellen Thematik ein stetes Wechselspiel der Paradigmen erfordert. Die hier vorgestellte Sichtweise ist möglicherweise auch durch die Erfahrungen vorwiegend im süddeutschen Raum geprägt.

Rechts- und erfahrungswissenschaftliche Grundlagen

Vorzustellen ist die Zuständigkeit der jeweiligen Disziplinen. Die Fallführung, einschließlich der Anleitung des Sachverständigen¹, obliegt dem Gericht bzw. dem rechtswissenschaftlichen Part, der zu Beginn auch festlegt, ob eine Begutachtung angezeigt ist. Von erfahrungswissenschaftlicher Seite besteht die Aufgabe in diesem Kontext darin, dem Gericht Hilfestellungen, die dieses für die Entscheidungsfindung heranziehen kann, zu geben. Der Umgang mit den juristischen Termini *technici* ist den Juristen vorbehalten, so auch das Feststellen der in einer gesetzlichen Norm formulierten einzelnen Voraussetzungen. Die Erfahrungswissenschaftler können aus ihrem Fachgebiet lediglich berichten, wobei Befunderhebung und Diagnosestellung die ureigenen Fertigkeiten des erfahrungswissenschaftlichen Gebietes darstellen. Das medizinische Denken geht von einem Symptom bzw. einem Syndrom aus und bemüht sich um das Ergründen der zugrunde liegenden Ätiologie, insgesamt der Diagnose. Für die rechtswissenschaftliche Sichtweise ist eher das Ausmaß der pathologischen Veränderungen von Relevanz, demnach die Einordnung in Bezug auf eine normative Schwelle. Beide Disziplinen haben insofern unterschiedliche wissenschaftliche Paradigmen und zudem separate Terminologien. Es gilt insofern, ein Verständnis und eine Übersetzungsleistung zu erzielen.

In Gutachtenaufträgen für forensisch-psychiatrische oder psychologische Sachverständige wird häufig gleichzeitig eine Einschätzung sowohl zur Schuldfähigkeit als auch zu einer möglichen Unterbringung nach § 63 StGB (Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus) und § 64 StGB erfragt. Zwischen diesen Kategorien bestehen rechtliche Unterschiede, aber auch faktische Verbindungen, die bei Beauftragung und Erstattung von Gutachten bedacht werden sollten.

So nimmt § 64 StGB – anders als § 63 StGB – nicht auf die Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB Bezug. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erfordert keine erhebliche Minderung oder Aufhebung der Schuldfähigkeit; ihre Voraussetzungen sind gänzlich unabhängig hiervon zu beurteilen. Das gilt auch nach neuer Rechtslage. Faktisch sind allerdings im Kontext von Suchterkrankungen zumindest Einschränkungen der Schuldfähigkeit nicht selten (LK/Verrel/Linke/Koranyi, StGB, § 20 Rn. 97f. für Alkohol, Rn. 116 für Drogen; Fischer, StGB, 70. Aufl., § 20 Rn. 11, 11a). Infrage kommt zunächst ein schwerer Rauschzustand zum Zeitpunkt der Tat, dessen Einordnung aber stets ei-

ne Gesamtwürdigung unter Einbezug weiterer persönlicher und situativer Faktoren erfordert. Selbst hohe Blutalkoholkonzentrationen (BAK) implizieren daher kein bestimmtes Ergebnis, sondern haben nur indizielle Bedeutung (Bundesgerichtshof [BGH], Beschluss vom 29.05.2012 – 1 StR 59/12, *BGHSt* 57, 247) und müssen das Gericht ggf. veranlassen, die Frage der Schuldfähigkeit im Urteil zu erörtern (BGH, Beschluss vom 13.02.2013 – 4 StR 557/12, *NStZ-RR* 2013, 272). Rauschunabhängig können daneben auch drogeninduzierte Psychosen und Persönlichkeitsänderungen für §§ 20, 21 StGB relevant werden (z. B. BGH, Beschluss vom 12.05.2022 – 5 StR 99/22, *NJW* 2022, 1966), bei Drogenabhängigen zudem auch schwere Entzugssymptome sowie die Angst vor solchen (z. B. BGH, Beschluss vom 06.05.2020 – 2 StR 493/19, *StV* 2021, 358). Das Vorliegen von Entzugssymptomatik wird in der Regel Einfluss auf die Einschätzung der Schwere der Substanzkonsumstörung haben.

Auch die zeitlichen Bezugspunkte der Bewertung der Schuldfähigkeit und der Prüfung einer Unterbringung unterscheiden sich. Die Schuldfähigkeit ist für den Zeitpunkt der Tat zu beurteilen. Die Voraussetzungen des § 64 StGB müssen dagegen zum Zeitpunkt des tatrichterlichen Urteils vorliegen. Sind zu diesem maßgeblichen Zeitpunkt Hang, Gefahr und Erfolgsaussicht gegeben, ist die Unterbringung auch dann anzuordnen, wenn bereits Therapiemaßnahmen eingeleitet wurden; Letzteres ist ggf. im Rahmen der Entscheidung über die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung gem. § 67b StGB zu berücksichtigen (BGH, Beschluss vom 21.10.2020 – 2 StR 362/20, *NStZ-RR* 2021, 77, Rn. 12).

Bestehen dringende Gründe für die Annahme, dass die §§ 20, 21 StGB in Verbindung mit § 64 StGB zur Anwendung kommen werden, so kann ein Beschuldigter gemäß § 126a StPO aus Gründen der öffentlichen Sicherheit bereits vor Rechtskraft des Urteils vorläufig untergebracht werden. Auch wenn hiervon in der Praxis kaum Gebrauch gemacht wird, erscheint dies im Kontext einer ausgeprägten Substanzkonsumstörung durchaus sinnvoll, da eine Unterbringung im Maßregelvollzug den Betroffenen viel mehr als die stattdessen typischerweise verhängte Untersuchungshaft die Gelegenheit bietet, sich bereits im Vorfeld des Urteils mit den Gegebenheiten einer entsprechenden Therapie vertraut zu machen. Hierdurch könnten indirekt auch Rückschlüsse auf die Erfolgsaussicht einer entsprechenden Behandlung gezogen werden – eines Merkmals also, dass im Zuge der aktuellen Reform in seinen Anforderungen verschärft wurde.

Sofern eine Freiheitsstrafe neben der Maßregel ausgesprochen wird, kann die Unterbringung im Maßregelvollzug zu zwei Dritteln darauf angerechnet werden (§ 67 Abs. 4 StGB; durch die Reform nicht geändert). Bei einem schuldunfähigen Täter kann dagegen keine begleitende Freiheits-

¹ Zur besseren Lesbarkeit ist hier und im Folgenden die männliche Form gewählt. Gemeint sind stets alle entsprechenden Personen (m/w/d).

strafe verhängt werden. Der von dem Untergebrachten u. U. nach wie vor ausgehenden Gefahr kann dann im Falle einer Erledigung der Maßregel gem. 67d Abs. 5 StGB lediglich im Rahmen der Führungsaufsicht, aber nicht im Rahmen des Weitevollzugs einer Freiheitsstrafe Rechnung getragen werden. Einen Ausweg bieten in solchen Fällen nur noch landes- oder zivilrechtliche Maßnahmen, welche – gerade bei Suchterkrankungen – nur unter engen Voraussetzungen angeordnet werden können.

Zu den Kriterien des § 64 StGB im Einzelnen

Bereits in der bisherigen Fassung von § 64 StGB mussten zusammengefasst vier Voraussetzungen einer Unterbringung juristisch geprüft bzw. aus erfahrungswissenschaftlicher Sicht beleuchtet werden. Drei dieser Kriterien wurden in der Novellierung im Text modifiziert: der Hang, der symptomatische Zusammenhang sowie die Erfolgsaussicht. Beim Kriterium der „Gefahr“ wurde der Gesetzestext zwar nicht geändert, jedoch könnte sich die Neugestaltung der Norm auch hier auf die Auslegung und praktische Anwendung auswirken (vgl. Abschn. 3.2.1).

1 Das Kriterium „Hang ... im Übermaß“

1.1 Rechtswissenschaftliche Betrachtung

1.1.1 Frühere Rechtslage

§ 64 StGB in der bisherigen Fassung erforderte beim Beschuldigten „den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“. Das Gesetz enthielt dazu nach früherer Rechtslage keine weiteren Maßgaben.

1.1.2 Bisherige Handhabung durch die Rechtsprechung

a) Der Begriff „Hang“ Der BGH legte den Begriff des Hangs bisher weit aus und definierte ihn in ständiger Rechtsprechung als eine eingewurzelte, auf psychische Disposition zurückgehende oder durch Übung erworbene Neigung, immer wieder Rauschmittel zu konsumieren, wobei diese Neigung noch nicht den Grad einer physischen Abhängigkeit erreicht haben musste (z. B. BGH, Beschluss vom 01.12.2021 – 1 StR 432/21, Rn. 7).

Diese Definition nimmt Bezug auf medizinische Abhängigkeitsbegriffe, nämlich explizit auf die physische Abhängigkeit und inhaltlich auf die psychische Abhängigkeit. *Physische Abhängigkeit* äußert sich nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO]) in starken körperlichen Störungen, wenn

die Einnahme der Droge unterbrochen oder ihre Wirkung durch die Verabreichung eines spezifischen Antagonisten beeinträchtigt wird. Dies ist nicht zu verwechseln mit physischen *Folgen* des Konsums (wie beispielsweise einem Leberschaden). Nach der Rechtsprechung ist eine solche physische Abhängigkeit für die Annahme eines Hangs nicht erforderlich. Nach ihrem Verständnis umschreibt die obige Definition vielmehr eine psychische Abhängigkeit. So wird im Beschluss des BGH vom 15.05.2014 (2 StR 11/14, Rn. 3 bei *juris*) betont, dass es einem Hang nicht entgegenstehe, wenn der Angeklagte während der Inhaftierung nicht unter körperlichen Entzugerscheinungen gelitten habe. Eine körperliche Abhängigkeit sei nicht erforderlich, aber doch eine psychische Abhängigkeit im Sinne einer „auf Disposition beruhenden oder durch Übung erworbenen intensiven Neigung, Rauschmittel im Übermaß zu konsumieren“ (s. oben). Auch in der Literatur wird z. T. zumindest eine psychische Abhängigkeit verlangt (Lackner/Kühl/Heger/Heger, 30. Aufl. 2023, StGB § 64 Rn. 2; MüKo-StGB/van Gemmeren, 4. Aufl. 2020, § 64 Rn. 23; Schönke/Schröder/Kinzig, StGB, 30. Aufl. 2019, § 64 Rn. 5).

Die in der Erfahrungswissenschaft gängigen Definitionen *psychischer Abhängigkeit* gehen auf Bemühungen der WHO in den 1960er-Jahren zurück. Hierunter wird gemeinhin ein Bedürfnis bis hin zu einem zwanghaften Drang verstanden bzw. ein Verlangen nach periodischem oder dauerndem Konsum der Substanz, um ein Lustgefühl zu erlangen und/oder ein Unlustgefühl zu vermeiden. Eine andere Abgrenzung zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit wurde von Nathan et al. (1965) vorgenommen: „... eine physische Abhängigkeit kann ohne nennenswerte psychische Abhängigkeit entstehen; in der Tat ist die physische Abhängigkeit eine unvermeidliche Folge der pharmakologischen Wirkung einiger Drogen, wenn sie in ausreichender Menge und über einen ausreichenden Zeitraum verabreicht werden. Die psychische Abhängigkeit hängt zwar auch mit der pharmakologischen Wirkung zusammen, ist aber v. a. ein Ausdruck der Reaktion des Einzelnen auf die Wirkung einer bestimmten Droge und variiert sowohl mit der Person als auch mit der Droge.“

In einzelnen jüngeren Entscheidungen hat der BGH nicht mehr zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit unterschieden (z. B. BGH, Beschluss vom 09.02.2021 – 6 StR 17/21) oder gar – ohne inhaltliche Auseinandersetzung – auch eine psychische Abhängigkeit für nicht erforderlich erklärt (z. B. BGH, Beschluss vom 12.01.2017 – 1 StR 587/16, *NSiZ-RR* 2017, 250). Zur obigen Definition des Hangs, die sich ihrerseits ja als Umschreibung einer psychischen Abhängigkeit verstehen lässt, steht dies in gewissem Widerspruch (LK/Cirener, StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 57 mit kritischer Übersicht über die Entwicklung der Rechtsprechung).

Die Rechtsprechung hat zudem für einige potenziell gegenläufige Umstände klargestellt, dass sie einem „Hang“ nicht entgegenstehen. Das soll nicht nur für das Fehlen von Entzugssymptomen gelten, sondern auch für eine phasenweise Abstinenz (BGH, Beschluss vom 01.12.2021 – 1 StR 432/21, Rn. 7). Auch eine Substitution führt nicht zu einem Wegfall des Hangs (BGH, Beschluss vom 19.09.2017 – 3 StR 418/17, *NStZ-RR* 2018, 13). Außerdem muss für die Begründung eines Hangs kein täglicher oder häufig wiederholter Konsum vorliegen; es könne genügen, „wenn der Täter von Zeit zu Zeit oder bei passender Gelegenheit seiner Neigung zum Rauschmittelkonsum folgt“ (BGH, Beschl. v. 17.05.2018 – 3 StR 166/18, *NStZ-RR* 2018, 238 [Ls.]). Im Verhältnis zu den Eingangsmerkmalen des § 20 StGB wird schließlich betont, dass eine suchtbedingte Abhängigkeit auch dann einen Hang begründen könne, wenn der Schweregrad einer seelischen Störung im Sinne der §§ 20, 21 StGB nicht erreicht werde (BGH, Beschluss vom 21.10.2020 – 2 StR 362/20, *NStZ-RR* 2021, 77, Rn. 12). Alles in allem zeigte sich schon hier bei den Voraussetzungen des „Hangs“ eine recht großzügige Handhabung durch die Rechtsprechung.

b) Der Begriff „Übermaß“ Auch für die Annahme eines Hangs zum Konsum „im Übermaß“ wurden in der bisherigen Rechtsprechung keine besonders strengen Anforderungen formuliert. So setzte die Rechtsprechung keine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit voraus, sondern maß einer solchen nur indizielle Bedeutung bei (BGH, Beschluss vom 01.04.2008 – 4 StR 56/08, *NStZ-RR* 2008, 198; BGH, Beschluss vom 10.11.2015 – 1 StR 482/15, *NStZ-RR* 2016, 113, Rn. 14 bei *juris*; auch Lackner/Kühl/Heger/Heger, 30. Aufl. 2023, StGB § 64 Rn. 2). Nicht erforderlich sei es auch, dass beim Täter bereits eine Persönlichkeitsdepravation eingetreten ist (BGH, Beschluss vom 06.09.2007 – 4 StR 318/07, *NStZ-RR* 2008, 8). Vielmehr sollte eine durch den Konsum bewirkte soziale Gefährdung oder Gefährlichkeit ausreichen (s. nur BGH, Beschl. v. 21.04.2022 – 3 StR 106/22; Beschl. v. 24.02.2021 – 6 StR 18/21; Beschl. v. 30.07.2019 – 2 StR 93/19 Rn. 9; Urt. v. 15.05.2014 – 3 StR 386/13 Rn. 10). Letzteres komme auch in Fällen der Beschaffungskriminalität in Betracht (aus jüngerer Zeit m. w. N.: BGH, Beschl. v. 01.12.2021 – 1 StR 432/21, Rn. 7; kritisch dazu LK/Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 61–63).

1.1.3 Neufassung des § 64 StGB

Der § 64 Satz 1 wurde nun um einen zweiten Halbsatz ergänzt: Nach neuer Rechtslage erfordert der Hang „eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestal-

tung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort dauert.“

1.1.4 Ziel des Gesetzgebers

Die Änderung will der eben beschriebenen Tendenz zur Absenkung der Voraussetzungen eines „Hangs“ durch die Rechtsprechung entgegenwirken, dabei aber zugleich an dem Begriff als solchem festhalten.² Mit der „Substanzkonsumstörung“ wurde nun bewusst ein medizinisch geprägter Begriff in das Gesetz übernommen. Es handelt sich gleichwohl um einen eigenständigen Rechtsbegriff. Dessen Auslegung obliegt folglich den Gerichten und hängt nicht direkt von Inhalt und Wandlungen von Klassifikationssystemen wie ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 10th edition) oder neuerdings ICD-11 ab; die dort enthaltenen Definitionen wurden bewusst nicht unmittelbar in das Gesetz übertragen.

Der Anwendungsbereich des § 64 StGB soll nun stärker auf Fälle begrenzt werden, in denen der Substanzkonsum des Betroffenen nach Art und Grad behandlungsbedürftig ist. Die Voraussetzung „Substanzkonsumstörung“ soll Täter mit einer „substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung im medizinischen Sinne (ICD-10-GM [German Modification] F10–F19, Erweiterung .2: „Abhängigkeitssyndrom“)“ erfassen sowie Fälle eines Substanzmissbrauchs, dessen „Schweregrad unmittelbar unterhalb einer Abhängigkeit einzuordnen“ ist (*BT-Drs.* 20/5913, S. 44). Damit ist laut der Gesetzesbegründung ein Missbrauch gemeint, der nach ICD-10 als eine schwere Form des „schädlichen Gebrauchs“ (ICD-10-GM F10–F19, Erweiterung .1: „Schädlicher Gebrauch“) einzustufen ist. Diese entspreche nach der Gesetzesbegründung „bei einer künftigen dreistufigen³ Gliederung der Grade des Substanzmissbrauchs nach dem Inkrafttreten der ICD-11 („Episode of harmful use“, „Harmful pattern of use“, „Dependence“) der mittleren Stufe „schädliches Gebrauchsmuster“ (ICD-11 6C40 ff., Erweiterung .1: „Harmful pattern of use“, z. B. 6C40.1: „Harmful pattern of use of alcohol“)“⁴. Bei einem

² Dazu und zum Folgenden: *BT-Drs.* 20/5913, S. 44–46.

³ „Dreistufig“ ist insofern etwas verwirrend, als der schädliche Gebrauch („harmful use“) in der ICD 11 genau genommen in vier verschiedene Unterformen untergliedert wird („episode of harmful use“ sowie „harmful pattern of use“ – untergliedert in „... episodic“, „...continuous“ und „... unspecific“), und es unter der Rubrik „Disorders due to substance use or addictive behaviours“ noch „dependence“ (Abhängigkeit) gibt, und zudem auch noch die diagnostische Abbildung eines Risikokonsums vorgesehen ist (QE11 „Hazardous drug use“ bzw. QE10 „Hazardous alcohol use“).

⁴ Die ICD-11 liegt gegenwärtig ausschließlich in englischer Form vor. Es gibt eine deutsche Entwurfsfassung, die aus lizenzrechtlichen Gründen noch nicht nutzbar ist. Eine erste Version einer deutschen Übersetzung, die sich noch im Qualitätssicherungsprozess befindet, ist

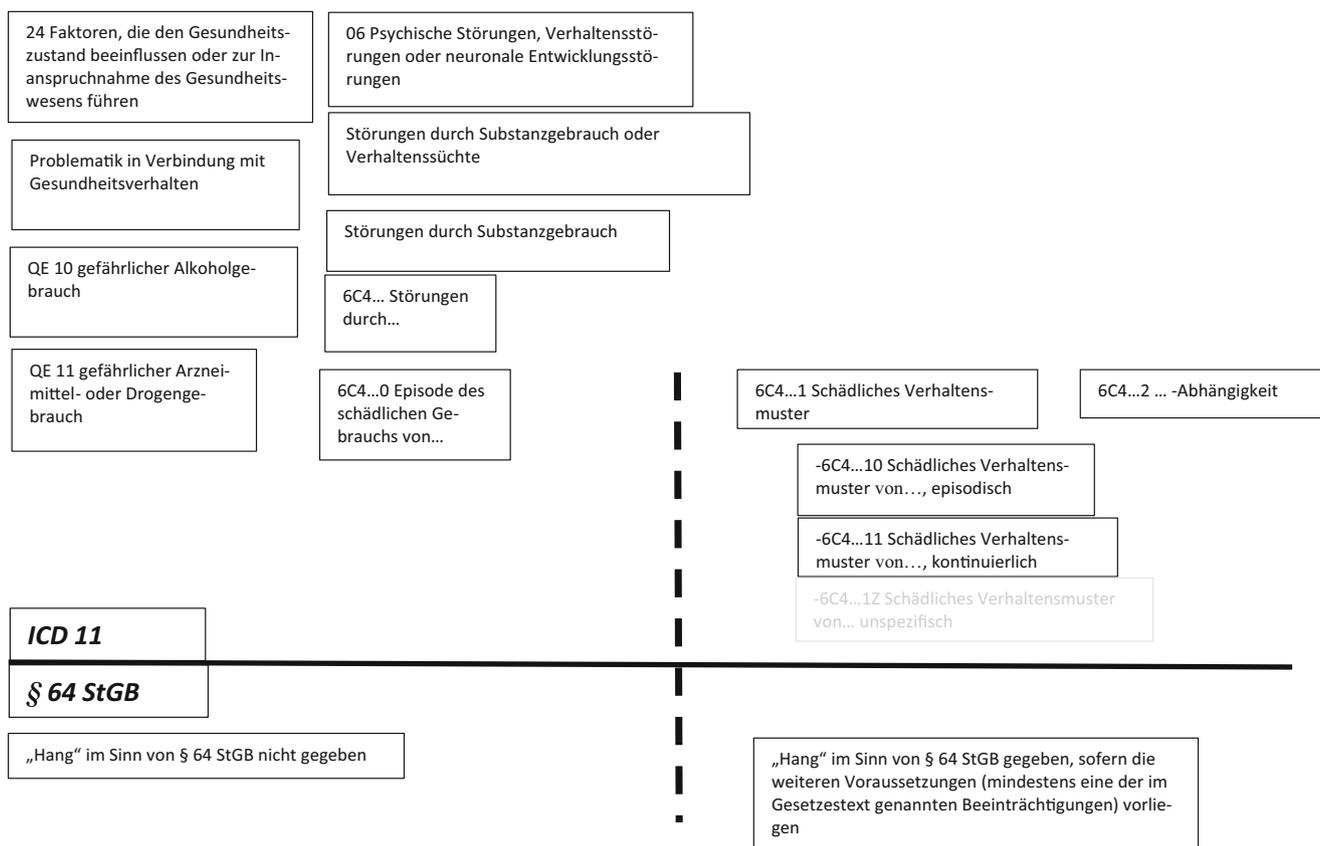


Abb. 1 Der „Hang“ gemäß § 64 StGB im Raum von ICD-11

lediglich „einfachen“ „schädlichen Gebrauch“, auch wenn dieser unter ICD-10-GM F10–F19, Erweiterung .1 fällt, oder künftig bei einem „episodenhaften schädlichen Gebrauch“ (ICD-11 6C40ff., Erweiterung .0: „Episode of harmful use“) soll dagegen eine Unterbringung nicht (mehr) möglich sein“ (*BT-Drs.* 20/5913, S. 45; Abb. 1).

Die Therapieanordnung soll so nach der Vorstellung des Gesetzgebers enger an den Therapiebedarf gekoppelt und z. B. die Einweisung von Personen vermieden werden, bei denen der Betäubungsmittelkonsum zwar Teil des Lebensstils ist, aber keine Behandlung und Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erfordert. Zugleich soll § 64 StGB aber für Täter eröffnet bleiben, bei denen sich „der Substanzmissbrauch noch nicht zu einer Abhängigkeit verfestigt“ hat (*BT-Drs.* 20/5913, S. 45); gedacht ist insoweit v. a. an Jugendliche und Heranwachsende, bei denen ein therapeutisches Eingreifen schon möglich sein soll in einem Entwicklungsstadium des Substanzkonsums, in dem der Behandlungsaufwand geringer ist und die Erfolgsaussichten größer sind als bei einer bereits ausgebildeten Abhängig-

keitskrankung (siehe hierzu vertiefend Schwarz et al. *under review*).

Mit dem Erfordernis einer „dauernden und schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit“ wurde § 64 Satz 1 StGB zudem um eine aus der älteren Rechtsprechung stammende Formel ergänzt (BGH, Urteil vom 04.12.1952 – 3 StR 671/52). Sie bildet eine eigenständige Anordnungsvoraussetzung, die selbstständiger Feststellung im Urteil bedarf. Dies soll nach der Gesetzesbegründung (*BT-Drs.* 20/5913, S. 45) auch einer Objektivierung der bislang mitunter bloß auf Konsumangaben des Beschuldigten gestützten Feststellungen zum Übermaß des Konsums dienen: Erforderlich sei eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung mindestens eines der genannten Bereiche der Lebensführung. Die Einschränkung dürfe also nicht nur zeitweise eingetreten sein, sondern müsse im Tatzeitpunkt⁵ für längere Zeit vorhanden gewesen sein. Zudem müsse sich die Störung schwerwiegend auswirken, also das Funktionsniveau im jeweiligen Bereich in gravierender Weise

über die Seite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) abrufbar (https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html).

⁵ Trotz dieser Bezugnahme dürfte unverändert gelten, dass der Hang auch im Urteilszeitpunkt noch vorhanden sein muss, wenn eine Unterbringung angeordnet werden soll.

Tab. 1 Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit nach ICD-10, ICD-11 und DSM-5-TR im Vergleich

ICD-10	DSM-5-TR	ICD-11
Kontrollverlust	Konsum größerer Mengen oder länger als beabsichtigt Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern	Kontrollverlust*
Starkes Verlangen	Craving	Starker Drang*
Einengung des Verhaltens	Zeitaufwand (Beschaffung, Konsum, Erholung) Verpflichtungen werden nicht erfüllt Konsum trotz zwischenmenschlicher Probleme Aufgabe von Freizeitaktivitäten Konsum in riskanten Situationen	Zunehmende Priorität gegenüber anderen Aktivitäten*
Schädliche Gesundheitsfolgen	Wiederkehrende körperliche/psychische Probleme	Gebrauch trotz gesundheitlicher Schäden oder negativer Folgen
Toleranzentwicklung	Toleranz, Dosissteigerung, verminderte Wirksamkeit	Physiologische Merkmale, wie z. B. Toleranz, Entzugerscheinungen, Einnahme von ähnlichen Substanzen, um Entzugerscheinungen zu verhindern
Körperliches Entzugssyndrom	Entzugssyndrom/gleiche o. ä. Substanz wird konsumiert, um Entzugssymptome zu vermeiden	
> 1 Monat	> 1 Monat	> 1 bzw. 3 Monat(e) ^a
Mindestens 3 Kriterien	2–3 Kriterien: leicht 4–5 Kriterien: mittelschwer 6 oder mehr Kriterien: schwer	Alle der mit * markierten Kriterien

^aJe nachdem, ob aktuell konsumierend: z. B.: 3 Monate bei 6C4 ... 2 (Abhängigkeit); 1 Monat z. B. bei 6C4 ... 20 (Abhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch, kontinuierlich)

beeinträchtigen. Beide Merkmale, dauernd und schwerwiegend, müssen nach der Gesetzesbegründung im betroffenen Lebensbereich kumulativ erfüllt sein. Entgegen der bisherigen Rechtsprechung sollen Beschaffungstaten bei bloßem Missbrauch von Betäubungsmitteln, insbesondere von Cannabis, nicht ausreichen.

Um trotzdem die vielgestaltige Realität von Suchterkrankungen erfassen zu können, setzt die neue Fassung von § 64 StGB aber keine kumulative Beeinträchtigung mehrerer Bereiche der sozialen Funktionsfähigkeit voraus („oder“) und bezieht außerdem den Bereich der „Lebensgestaltung“ ein. Dabei muss nicht zwangsläufig die gesamte Lebensführung tangiert sein; erfasst sind auch Fälle, in denen Konsumenten zwar ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit als „Fassade“ aufrechterhalten, aber ein sonstiges Sozialleben aufgegeben haben. Mit dem Terminus „Lebensgestaltung“ greift die Gesetzesbegründung explizit auf einen bereits im Straftatbestand der Nachstellung in § 238 StGB eingeführten Begriff zurück, der allgemein die „Freiheit der menschlichen Entschlüsse und Handlungen“ umfasst, die beeinträchtigt wird, wenn es „zu einer (erzwungenen) Veränderung der Lebensumstände und so zumindest zu einer Einbuße von Lebensqualität kommt“ (*BT-Drs.* 20/5913, S. 46). Die Substanzkonsumstörung muss sich hier in einer Veränderung der äußeren Lebensumstände (z. B. einer Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit oder des Soziallebens) manifestiert haben. Insgesamt kommt es für das Eingangsmerkmal nicht nur auf das Vorliegen biomedizinischer Symptome (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome) an, sondern es muss daneben eine umfassende Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus gegeben sein.

In Anwendung des neuen Rechts hat der Bundesgerichtshof bereits bekräftigt, dass das „Beeinträchtigungserfordernis“ eine vom Substanzkonsum zu trennende und darüber hinausgehende Voraussetzung beinhaltet: Auch aus einem täglichen Konsum oder einer Abhängigkeit ergebe sich noch nicht die Annahme, dass dadurch die Lebensgestaltung, Gesundheit, Arbeits- oder Leistungsfähigkeit dauernd und schwerwiegend beeinträchtigt wurde (BGH, Beschlüsse vom 09.11.2023 – 4 StR 358/23 und vom 30.01.2024 – 4 StR 397/23).

1.2 Erfahrungswissenschaftliche Betrachtung

1.2.1 Begrifflichkeiten

Im Lauf der Zeit veränderten sich die Begrifflichkeiten in Bezug auf die medizinischen Beeinträchtigungen durch den Konsum von psychotropen Substanzen (im Folgenden, sofern nicht explizit anders angegeben, Alkohol, Betäubungsmittel und neue psychoaktive Stoffe). Daher ist es wichtig, immer das jeweilige Bezugssystem anzugeben. Derzeit sind die Klassifikationssysteme ICD-10, ICD-11 und DSM-5-TR [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision] gültig (Tab. 1). Die jeweiligen Kapitel heißen „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, „Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltensstörungen“ bzw. „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“. Im ICD-System wird unterschieden zwischen einem schädlichen Gebrauch und einer Abhängigkeit. In DSM-5-TR werden solche Störungen unter dem Oberbegriff der Substanzgebrauchsstörung („substance use

disorder“) kodiert. Es gibt Diskrepanzen zwischen dem medizinischen und dem allgemeinen Sprachgebrauch und dem natürlichen Empfinden: Auch wenn jeglicher Substanzkonsum (einschließlich des Gebrauchs von legal erhältlichen Stoffen wie z. B. Tabak oder Alkohol) oder auch nur derjenige bestimmter psychotroper Substanzen (wie Heroin oder Amphetaminen) gemeinhin als negativ erscheint, kann gemäß ICD-10 nur dann ein „schädlicher Gebrauch“ diagnostiziert werden, wenn er zu einer Gesundheitsstörung geführt hat (wie z. B. einer Leberentzündung oder einer depressiven Episode). Auch wird im klinischen Alltag gelegentlich ein schädlicher Gebrauch als Vorstufe zu einer Abhängigkeit konzeptualisiert, was jedoch der eigentlichen Definition gemäß ICD-10 nicht entspricht.

Der Begriff der „Substanzkonsumstörung“ könnte als Überbegriff sämtlicher substanzbezogener Störungen verwendet werden. Im Folgenden soll er lediglich dann herangezogen werden, wenn damit die medizinische Entsprechung des juristischen Hangbegriffs gemeint ist (als eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung).

1.2.2 Vergleichende Darstellung von Abhängigkeitserkrankungen in ICD-10, ICD-11, DSM-5-TR

Im Laufe der letzten Jahre wurden mehrere Versuche unternommen, allgemeine Grundsätze für die Definition einer Abhängigkeitserkrankung festzulegen, welche sich bei näherer Betrachtung aber nicht grundsätzlich unterscheiden. Gemeinsam ist diesen diagnostischen Konzepten eine kategoriale Struktur, welche im Falle von ICD-10 und DSM-5-TR starr ist (mindestens 3 beliebige der 6 Kriterien bei ICD-10 oder mindestens 2 beliebige der 11 Kriterien bei DSM-5-TR müssen erfüllt sein), während ICD-11 für die Diagnose besonders bedeutsame Kriterien hervorhebt (Kontrollverlust, starker Drang und eine zunehmende Einengung des Verhaltens) und die weiteren Kriterien nur optional hinzugezählt werden können. ICD-10 und ICD-11 differenzieren zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch, während DSM-5-TR nur eine Substanzgebrauchsstörung aufführt, welche jedoch unterschiedliche Schweregrade aufweist. Die diagnostischen Kriterien einer substanzbezogenen Störung gemäß DSM-5-TR entsprechen grundsätzlich den Kriterien von ICD-10 und ICD-11, wie aus Tab. 1 ersichtlich wird. (Vorliegend werden die Kriterien gekürzt wiedergegeben.)

1.2.3 Substanzbezogene Störungen – Basiswissen

Vorliegend sollen einige Grundlagen und Aspekte angesprochen werden, deren Kenntnis im hier vorliegenden forensischen Kontext hilfreich sein könnten^{6,7}.

Die Anamnese von Substanzgebrauch gestaltet sich – unabhängig von forensischen Kontexten – oftmals sehr schwierig, da sowohl Dissimulationsneigungen (Schamgefühle, Verdrängung, Verleugnung) als auch Simulationstendenzen (Ersuchen um Unterstützung und Hilfsleistungen) in bewusstseinsnahen bzw. -fernen Graden bzw. auch kontextabhängig veränderlich vorliegen können. Angaben sind schwer verifizierbar, gegenständliche Belege gibt es häufig nicht. Insofern ist anzustreben, möglichst viele und insbesondere möglichst objektive Informationen zusammenzutragen, wobei auch Letztere oftmals unterschiedlich interpretiert werden können (z. B. Haargutachten: Interferenzen durch äußere Kontamination, je nach Substanz wenig genaue Schlussfolgerungen auf Konsum). Es ist demnach immer ein Gesamtbild zu entwickeln, aus eigenen Angaben (einschließlich Hinweisen auf Folgen), möglicherweise vorliegenden Fremdanfragen, bestenfalls medizinischen Berichten sowie den eigenen Befunden. Dies ist mit dem Stand der Wissenschaft und dem medizinischen Erfahrungswissen abzugleichen. Auf Konsistenz und Diskrepanzen ist dabei zu achten; diese sind ggf. auch darzulegen.

Bei der Beurteilung des Schweregrads einer Abhängigkeitsstörung ist zu beachten, dass allgemeines Sprachempfinden, alltäglicher Sprachgebrauch, diagnostische Klassifikationssysteme und juristisch-normatives Verständnis nicht identisch sind. Im forensischen Kontext sind zur Abbildung der Schweregrade zwei Konzepte gebräuchlich, dasjenige des psychopathologischen Referenzsystems nach Saß (Saß 1985) und dasjenige des strukturell-sozialen Krankheitsbegriffs nach Rasch (Rasch 1986 bzw. Konrad et al. 2019). Sowohl als qualitative und quantitative Ausprägung psychopathologischer Alterationen sind die Beeinträchtigungen abzubilden als auch in den durch die Krankheit bedingten Folgeerscheinungen auf den unterschiedlichen Gebieten wie den sozialen, beruflichen, freizeitbezogenen und finanziellen Bereichen. Auch in den allgemeinspsychiatrischen Skalen zur überblickshaften Abbildung der Schweregrade (z. B. Global Assessment of Functioning Scale [GAF-Skala] im DSM-System) finden sich diese zwei Grundprinzipien: Die Symptomschwere und die Auswirkungen der Erkrankung. Zu Letzterem gibt es noch differenziertere Übersichten und Skalierungen (z. B. die von der WHO herausgegebene Internationale Klassifikation der Funktionsfä-

⁶ Zu physischer und psychischer Abhängigkeit: 1.1.2.a).

⁷ Für eingehende suchtmmedizinische Ausführungen und Übersichten sei auf Lehrwerke verwiesen (z. B. Geschwinde 2018; Batra und Bilke-Hentsch 2022).

higkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF] in der deutschsprachigen Kurzversion für psychische Störungen [Mini-ICF-P-Rating]; Linden und Baron 2005), wie sie auch besonders im Bereich der zivil- und sozialrechtlichen Begutachtungen Anwendung finden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. [AWMF] 2019).

Sachverständige sollten die ihnen berichteten Informationen auf die Vereinbarkeit mit dem medizinischen Erfahrungswissen hin überprüfen (z. B. ein Konsum von 41 Wodka am Tag).

Dies ist jedoch nicht zu verwechseln mit der Beurteilung der Glaubhaftigkeit und der Beweiswürdigung, die allein dem Gericht obliegen und nicht von Sachverständigen vorgenommen werden dürfen. Sachverständige müssen unabhängig zu einer diagnostischen Einordnung kommen und diese auch darlegen und begründen können. Alle anderen Schritte, insbesondere alle Zuordnungen zu juristischen Begriffen sind jedoch von dem Gericht vorzunehmen. Deshalb ist es im forensischen Kontext besonders wichtig, die empirische Basis einer Diagnose transparent zu machen. So hat selbst bei gegenüber dem Sachverständigen getätigten Angaben eines Probanden, etwa zu seinem Konsumverhalten, letztlich das Gericht zu entscheiden, inwieweit es diese für glaubhaft erachtet (BGH, Urteile vom 21.08.2003 – 3 StR 234/03, *StV* 2004, 415; vom 25.11.2004 – 5 StR 411/04, *BGHSt* 49, 365). Dabei muss das Gericht zudem rechtliche Grenzen beachten, insbesondere darf es aus zulässigem Verteidigungsverhalten (z. B. Schweigen, Leugnen, Schuld auf andere schieben) grundsätzlich keine dem Angeklagten nachteiligen Schlüsse ziehen (z. B. BGH, Beschluss vom 12.08.2020 – 4 StR 588/19, *StV* 2021, 254). In der Praxis hat sich deshalb bewährt, strikt bei den medizinischen Sachverhalten zu bleiben – wobei diese in allgemein verständlichen Worten auszudrücken sind.

In vielen Fällen kann eine Diagnose, speziell einer Suchterkrankung, vornehmlich anhand der mehr oder weniger detaillierten Angaben eines Probanden hergeleitet werden – die mit dem Erfahrungswissen abzugleichen sind –, objektive Befunde sind oftmals nicht vorhanden. Auch die meisten diagnostischen Kriterien für eine Suchterkrankung sind im Wesentlichen subjektiver Natur. Das Fehlen objektiver Belege rechtfertigt demzufolge nicht unbedingt die Verneinung einer Diagnose, es sei denn, objektive Belege sprechen deutlich gegen einen entsprechenden Konsum. Hierauf ist zu achten, und Konsistenzen bzw. Inkonsistenzen sind darzulegen. Bei Aggravations- oder Dissimulationstendenzen sollten diese aufgezeigt werden, diagnostische Schlussfolgerungen sind allerdings auch in solchen Fällen meistens möglich.

Amnesien können bei Intoxikationen auftreten, werden allerdings in forensischen Kontexten wohl auch oftmals mit bestimmten Zielsetzungen angegeben. Letztlich sind

Erinnerungslücken nicht verifizierbar. Auch diesbezüglich kommt es auf das gesamte Muster an: Punktuell ausgestanzte Erinnerungslücken z. B. exakt für das verfahrensgegenständliche Ereignis sind eher unwahrscheinlich; mit dem medizinischen Erfahrungswissen eher vereinbar sind diffuse Zeitgitterstörungen und/oder Amnesien zu größeren Zeiträumen auch in anderen Kontexten. Bei schweren Rauschzuständen sind retro- und anterograde Amnesien, die z. T. mehrere Stunden umfassen können möglich, allerdings gestattet das Vorliegen einer Amnesie keinen Rückschluss auf die Schwere eines Rauschzustandes zum jeweiligen Zeitpunkt. Insbesondere nach dem Konsum von Alkohol oder Benzodiazepinen kann die Überführung von Erlebnisinhalten in das Langzeitgedächtnis gestört sein; gleichzeitig können trotz eines bestehenden Rauschzustandes der Realitätsbezug ungestört sowie ein umsichtiges und zielgerichtetes Handeln möglich sein. Amnesien können bei entsprechender Prädisposition bereits bei nur mäßig ausgeprägten Rauschzuständen auftreten, sind aber häufiger bei ausgeprägten Intoxikationen.

1.2.4 Medizinische Voraussetzung „Hang“

Die Neufassung von § 64 StGB hat sich sehr eng am medizinischen Paradigma orientiert, und zwar im speziellen an demjenigen, welches der Klassifikation von ICD-11 zugrunde liegt. In der ICD-11 gibt es eine Unterscheidung hinsichtlich substanzbezogener Störungen unterhalb der Schwelle zur manifesten Abhängigkeit. Definiert werden ein „schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch“ und eine „Episode des schädlichen Gebrauchs“. Beide werden dadurch charakterisiert, dass sie zu Schäden an der körperlichen oder geistigen Gesundheit einer Person oder zu Verhalten führen, welches die Gesundheit anderer gefährdet. Die Grenze zur Betrachtung als „Substanzkonsumstörung“ im Sinne des Gesetzgebers verläuft jedoch genau zwischen diesen beiden Diagnosen (Abb. 1), wobei die „Episode des schädlichen Gebrauchs“ ihrer Natur nach nicht dem Hang entsprechen kann. Die Diagnose eines „schädlichen Verhaltensmusters“ wird weiter unterteilt und erfordert zusätzlich ein Zeitkriterium von mindestens 12 Monaten bei episodischem oder mindestens einem Monat bei kontinuierlichem, d. h. täglichem oder fast täglichem Gebrauch. Ein „Hang“ unterhalb der Schwelle einer Abhängigkeit kann bei Vorliegen eines „schädlichen Verhaltensmusters“ v. a. bei Jugendlichen bzw. Heranwachsenden angenommen werden, bei denen der Substanzmissbrauch „sich noch nicht zu einer Abhängigkeit verfestigt“ (*BT-Drs.* 20/5913, S. 45) hat (z. B. kurze Konsumdauer bei jungem Alter; Schwarz et al. under review). Eine bereits eingetretene körperliche oder geistige Gesundheitsschädigung der betroffenen Person oder einer anderen Person, Kontrollverlust oder

starker Drang, welche für die Diagnose einer Abhängigkeit erforderlich wären, werden in diesem Fall nicht gefordert.

1.2.5 Zu den einzelnen hangbedingten Formen der „Beeinträchtigung“ nach neuer Rechtslage

Die Neufassung von § 64 StGB hat den Hang unter die weitere Voraussetzung einer Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit gestellt. Besonders zu beachten dabei sind die Wendungen „dauernd und schwerwiegend“ sowie „eingetreten ist und fort dauert“. Die einzelnen Voraussetzungen sind mit „oder“ verbunden, es genügt demnach eine Beeinträchtigung in einem der genannten Bereiche (*BT-Drs.* 20/5913, S. 46). Das Vorliegen einer solchen Beeinträchtigung ist umgekehrt keine notwendige Bedingung für die Bejahung einer Substanzkonsumstörung nach den gängigen Diagnoseschlüsseln; schon deshalb, aber auch aufgrund des vom BVerfG betonten Verbots der „Verschleifung“ von selbstständigen Tatbestandselementen (BVerfGE 126, 170) verbietet es sich, von einer entsprechenden Diagnose auf das Vorliegen einer ausreichenden „Beeinträchtigung“ zu schließen. Letztere muss vielmehr eigenständig geprüft und ggf. bejaht werden. Aus erfahrungswissenschaftlicher Perspektive kann hierzu beigetragen werden, dass nach ICD-10 zu einer Diagnose eines schädlichen Gebrauchs zwar eine Gesundheitsstörung gefordert wird, diese aber vorübergehender Natur sein kann. Zur Diagnose einer Abhängigkeit ist das Vorliegen von mindestens drei von sechs Kriterien erforderlich, welches aber nicht notwendigerweise eine körperliche Symptomatik einschließt (Tab. 1). In der ICD-11 ist zur Diagnose einer Abhängigkeit eine somatische Beeinträchtigung ebenfalls nicht zwingend erforderlich (Tab. 1), ebenso wenig wie zu derjenigen eines schädlichen Gebrauchs (auch nichtvorübergehender Natur).

Erste Einschätzungen der Anwendungspraxis dieser neuen Kriterien (Schwarz und Stübner 2023; Stübner und Schwarz 2024) unter review lassen befürchten, dass diese Zuordnung durch den Sachverständigen nicht ganz eindeutig vorzunehmen sein dürfte, insbesondere zur „Lebensgestaltung“ und zur „Leistungsfähigkeit“. Es zeigten sich Überlappungen zwischen den einzelnen Bereichen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind wahrscheinlich noch am klarsten zu erkennen und zu belegen anhand von Anamnese, Befunden, medizinischen Vorberichten und ggf. apparativen Zusatzuntersuchungen. Gesucht werden muss sowohl nach körperlichen (z. B. Leberentzündung) als auch nach psychischen Folgestörungen (z. B. amotivationales Syndrom, hirnorganische Störung). Auch suchtfolgende Beeinträchtigungen im Berufsleben scheinen noch relativ klar greifbar: Unzuverlässigkeiten (Verspätungen, unentschuldigte und/oder häufige Fehlzeiten, riskantes Verhalten, auch Unfälle) treten bei Konsumstörungen oftmals auf. Na-

türlich sind hierfür auch andere Ursachen (z. B. dissoziale Haltungen) denkbar, die möglichst abgegrenzt werden sollten. Verantwortungslosigkeit kann sich bei langem Konsum mit Schwere der Abhängigkeit entwickeln, aber auch Dissozialität begleiten, dann jedoch häufig mit Beginn im Kindes- und Jugendalter und als überdauerndes, gleichförmiges Verhalten. Langzeitarbeitslosigkeit ist oftmals Folge eines langen und schweren Konsums, kann aber ebenfalls im Rahmen von dissozialen oder anderen psychiatrischen Störungen auftreten.

Zur Beeinträchtigung der Lebensgestaltung: Bei sehr früh einsetzendem ausgeprägtem Konsumverhalten können die Entwicklungsphasen gestört und die einzelnen Entwicklungsschritte, die in Sozial- und Berufsleben sowie in allen anderen Lebensbereichen anstehen (z. B. Freizeitverhalten, Finanzen), behindert werden. Bei später einsetzender süchtiger Entwicklung sind eher sich schleichend entwickelnde zunehmende Schwierigkeiten und/oder Verarmungen in den einzelnen Bereichen zu erwarten. Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit wird sich in einem fehlenden Durchhaltevermögen äußern, in Abbrüchen von Tätigkeiten oder Vorhaben.

Im Falle einer Abhängigkeit nach den Kriterien der ICD-11 genügt nicht die Feststellung eines Kontrollverlustes oder eines starken Drangs, ebenso wenig eine zunehmende, aber noch nicht sonderlich ausgeprägte Priorität gegenüber anderen Aktivitäten. Vielmehr ist eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung zum Tatzeitpunkt und auch für längere Zeit zuvor erforderlich, welche das Funktionsniveau in gravierender Weise beeinträchtigt hat. Das Gericht wird bei der Feststellung des Hanges v. a. angewiesen sein auf die gutachterliche Einschätzung der Frage, ob und welche äußerlich zu beobachtenden „Beeinträchtigungen“ auf eine Abhängigkeit zurückzuführen sind und welche nicht.

In einer explorativen Sekundäranalyse der Daten aus der Untersuchung von Schwarz und Stübner (2023) zeigte sich, dass Patienten, deren Unterbringung in einer Entziehungsanstalt regulär mit einer bedingten Entlassung abgeschlossen worden war, eine signifikant höhere Anzahl von substanzkonsumstörungsbedingten Formen der Beeinträchtigung („Hangkriterien“) aufwiesen als Patienten, deren Unterbringung vorzeitig erledigt worden war (Stübner und Schwarz, 2024) unter review). Unter der Annahme, dass eine höhere Anzahl von Hangkriterien einer schwerer ausgeprägten Substanzgebrauchsstörung entspricht, könnte dieses Ergebnis dahingehend interpretiert werden, dass schwerer suchtkranke Patienten besser von der Therapie in einer Entziehungsanstalt profitieren. Bei der Diskussion dieses Befundes ist – neben weiteren Limitierungen – der erwähnte Umstand zu bedenken, dass für die Bejahung der medizinischen Voraussetzung für die Anwendung von § 64 StGB des Hanges eine Substanzkonsumstörung er-

forderlich ist, infolge derer lediglich *eine* substanzkonsumstörungsbedingte Form der dauernden und schwerwiegenden Beeinträchtigung eines Funktions- oder Lebensbereichs vorliegen muss. Unter Berücksichtigung dieser und weiterer Besonderheiten in den Paradigmenwechseln zwischen Rechts- und Erfahrungswissenschaft deutet dieses Ergebnis dennoch die Schlussfolgerung an, dass sich die Intention der rechtswissenschaftlich vorgenommenen Revision des Gesetzes erfahrungswissenschaftlich abbilden lässt: Die neuen Hangkriterien scheinen dazu geeignet, manifest abhängigkeitskranke Personen mit gravierenden Beeinträchtigungen identifizieren zu können, um sie – bei Vorliegen der weiteren medizinischen Voraussetzungen einer Anordnung von § 64 StGB – einer geeigneten Behandlung zuzuführen.

1.2.6 Indikatoren für bzw. gegen das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung von § 64 StGB; hier: einer deutlichen Substanzkonsumstörung (im Sinne des „Hangs“)

In vielen Prognoseinstrumenten finden sich Parameter, die auf eine Bedeutung von Substanzgebrauchsstörungen im forensischen Kontext hinweisen, und zwar im Hinblick auf jede einzelne der medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung von § 64 StGB (Hang, symptomatischer Zusammenhang, Gefahr und Erfolgsaussicht). Insofern kann ein Rückgriff auf die verfügbaren Checklisten oder Instrumente bzw. auf die Operationalisierung deren Items hilfreich

sein, die im Rahmen eines Structured Professional Judgement (SPJ) Anwendung finden (Boetticher et al. 2019; Kröber et al. 2019). Zu diesen gehört z.B. die Integrierte Liste der Risikovariablen (ILRV, Nedopil 2005), die ihrerseits Variablen des Historical-Clinical-Risk Management-20 Violence Risk Assessment Scheme einschließt (HCR-20, Webster et al. 1997; deutsche Version von Müller-Isberner et al. 1998), das Historical-Clinical-Risk Management-20 Violence Risk Assessment Scheme Version 3 (HCR-20^{V3}, Douglas et al., 2013; deutsche Version von Bolzmaier et al. 2014), das Level of Service Inventory – Revised (LSI-R, Andrews und Bonta 1995; deutsche Version von Dahle et al. 2012) sowie der Violence Risk Appraisal Guide – Revised (VRAG-R; Harris et al. 2015; deutsche Version von Rettenberger et al. 2017). Vorliegend wurden die erwähnten Prognoseinstrumente in die Überlegungen einbezogen, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit oder Ausschließlichkeit zu erheben ist.

In Tab. 2 wurden einige Faktoren aus der klinischen und gutachterlichen Erfahrung sowie unter Bezugnahme auf die bereits verfügbare Literatur, wie z.B. die erwähnten Prognoseinstrumente zusammengetragen, um Indikatoren für bzw. gegen das Vorliegen einer deutlichen Substanzkonsumstörung zu sammeln.

Das klinische und gutachterliche Erfahrungswissen legt eine Relevanz dieser Faktoren für bzw. gegen die Annahme eines Hangs nahe, wobei eine empirische Überprüfung und Validierung einzelner Parameter bzw. dieser Zusammenstel-

Tab. 2 Indikatoren für bzw. gegen das Vorliegen einer deutlichen Substanzkonsumstörung (SKS), wie sie die Voraussetzung für die Annahme eines Hangs (H) darstellen könnte; für einen Hang sprechende Faktoren werden mit dem Kürzel *Hp* (pro), gegen einen Hang sprechende Faktoren mit *Hc* (contra) bezeichnet

	Pro	Contra	
Hp1	Substanzspezifische Faktoren	Substanzspezifische Faktoren	Hc1
Hp2	Früher Beginn des Konsums	–	–
Hp3	Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit oder Jugend	Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit oder Jugend	Hc3
Hp4	Frühere Gesetzesverstöße infolge des Substanzmissbrauchs	–	–
Hp5	Langjähriger Konsum	Kein durchgehend fortgesetzter Konsum	Hc5
Hp6	Konsum großer Mengen	–	–
Hp7	Zeitgitterstörungen in Konsumphasen	–	–
Hp8	Abhängigkeit von verschiedenen Substanzklassen	–	–
Hp9	Suchtverlagerung	–	–
Hp10	Kurze Abstinenzphasen bzw. rasche Rückfälligkeiten	–	–
Hp11	Medizinische Hinweise auf Substanzmissbrauch	Sehr gute gesundheitliche Verfassung	Hc11
Hp12	Weitere Folgeschäden (sozial, beruflich)	Keine soziale Beeinträchtigung	Hc12
Hp13	Missbrauch medizinischer Versorgung	–	–
Hp14	Riskante Applikationsweisen	–	–
Hp15	Nachweis von Substanzen in Proben	–	–
Hp16	Verherrlichung des Rauschmittelkonsums	–	–
Hp17	Emotionale Labilität	Emotionale Stabilität	Hc17
Hp18	Überwiegend soziale Bezugspersonen mit Suchtmittelproblematik	–	–
Hp19	Coping-Strategien	Coping-Strategien	Hc19
Hp20	Fehlendes Gefühl der Selbstwirksamkeit	–	–

Tab. 2 (Fortsetzung)

Hp1/Hc1 Das Suchtpotenzial der betreffenden Substanz kann für oder gegen eine deutliche SKS sprechen: Beispielsweise erzeugen schnell wirksame Substanzen bzw. Applikationsformen eine raschere Abhängigkeitsentwicklung (z. B. inhalative Zubereitungen von Kokain, wie Crack, oder i.v.-Konsum vs. orale Einnahme von Opiaten/Opioiden), während Substanzen, die ihre Wirkung langsamer entfalten wie Benzodiazepine, Cannabis oder Alkohol eher häufiger und über längere Zeiträume hinweg konsumiert werden müssen, um eine Abhängigkeit zu erzeugen. Substanzen, die physiologische Entzugssymptome hervorrufen können, wie Alkohol, Benzodiazepine oder Opiate/Opioide, gehen, wenn es zur Ausbildung von Entzugssymptomen gekommen ist, einher mit einer starken Abhängigkeit, die sich z. B. in großer Angst vor einem Entzug äußert, der als „grausam“ empfunden wird und auch mit einer erhöhten Letalität einhergehen kann.

Hp2 Je früher in der Persönlichkeitsentwicklung ein intensiver Konsum berauschender Substanzen beginnt, umso eher können Entwicklungsschritte verpasst werden und starke Prägungen des Verhaltens auf den Konsum erfolgen (VRAG-R 3; HCR-20^{V3} H5). Allerdings sind auch intensive Abhängigkeitsentwicklungen, die erst in wesentlich späteren Lebensabschnitten aufkommen, bekannt; z. B. Alkoholabhängigkeit nach Arbeitsplatzverlust, Opioidabhängigkeit nach Schmerzbehandlung oder Stimulanzienabhängigkeit im Kontext eines Wunsches nach sexueller Leistungssteigerung.

Hp3/Hc3 Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit oder Jugend weisen ggf. auf eine andere Störung in Komorbidität hin (z. B. ADHS oder traumatische Erlebnisse), welche ihrerseits die Entwicklung einer Substanzkonsumstörung begünstigt haben könnte (in Anlehnung an ILRV B7 [HCR-20 H8]). Auf der anderen Seite können andere Störungen, die bereits in Kindheit und frühen Jugend einsetzen, z. B. affektive oder schizophrene Psychosen, ihrerseits vom Substanzkonsum begleitet werden, aber primäre Ursache späterer Verhaltensauffälligkeiten bleiben und das klinische Bild dominieren. Frühe dissoziale Entwicklungen ohne Hinweise auf weitere psychische Störungen gehen typischerweise ebenfalls zumindest zu ihrem Beginn nicht mit einer starken Abhängigkeitsentwicklung einher. Aus Stimulationsbedürfnis besteht zwar eine Neigung zum riskanten Konsum, ein starkes Autonomiebedürfnis kann in diesen Fällen jedoch eine Abhängigkeitsentwicklung verhindern. Bei konstantem langjährigem Konsum können sich allerdings auch schwerere Abhängigkeiten entwickeln.

Hp4 Wiederholte Gesetzesverstöße aufgrund von Substanzkonsum, die nicht mehr als Ausdruck jugendlicher Neugier und Probiervhaltens zu verstehen sind, können ebenfalls auf eine deutliche SKS hinweisen (LSI-R 41; VRAG-R 3).

Hp5 Je länger der Konsum von berauschenden Substanzen besteht, umso höher wird das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung, insbesondere, wenn große Mengen der Substanzen konsumiert werden. Dies gilt auch für Stoffe mit primär eher geringerem Suchtpotenzial wie Alkohol oder Cannabis.

Hc5 Kann der Konsum ohne wesentlichen äußeren Anreiz immer wieder spontan unterbrochen werden, spricht dies eher gegen eine deutliche SKS.

Hp6 Der Konsum großer Mengen kann hinweisend sein auf eine ausgeprägte Störung, wobei berücksichtigt werden muss, dass die Angaben von Konsummengen je nach (bewusstseinsnaher oder -ferner) Zielrichtung stark gefärbt sein können. Eine Plausibilitätsprüfung ist aus diesem Grund wichtig (z. B. Erhebung des finanziellen Aufwands, Abgleich mit medizinischem Erfahrungswissen).

Hp7 Chronischer Konsum psychotroper Substanzen wird oft begleitet von mnestischen Störungen, welche bei der Rekonstruktion der Biografie anhand von Schwierigkeiten, wichtigen Lebensereignissen Jahreszahlen zuzuordnen oder ihre Chronologie richtig aufzureihen, auffallen können.

Hp8 Die Abhängigkeit von verschiedenen Substanzklassen kann darauf hinweisen, dass der Impuls besteht, verschiedenste Stimmungs- und Bedürfnislagen durch den Konsum geeigneter Substanzen zu beeinflussen.

Hp9 Bei fortgeschrittenen Suchterkrankungen kann, beispielsweise bei mangelnder Verfügbarkeit der präferierten Substanz (z. B. in Haft) oder wenn der Applikationsweg nicht mehr zur Verfügung steht (z. B. Venenschäden bei i.v.-Konsum) ein Ausweichen auf andere Substanzen oder Konsumarten auftreten.

Hp10 Die Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung von Abstinenzphasen trotz äußerer Kontrollen, beispielsweise anderslautender Bewährungsaufgaben, oder erhöhten Kontrolldrucks wie während einer Haft oder Therapie, können auf eine hohe Rückfallgefährdung und eine entsprechend starke Ausprägung der SKS hinweisen. Zu unterscheiden wären persönlichkeitsbedingte Grenzüberschreitungen, deren Motivation anders begründet sein kann (z. B. Psychopathie oder Tendenz zu oppositionellem Verhalten).

Hp11 Gerade im Verlauf schwerer Suchterkrankungen sind wiederholte Behandlungsversuche typisch, ebenso wie die Notwendigkeit einer Behandlung diverser Folgeerkrankungen des Konsums wie Leberfunktionsstörungen, Infektionskrankheiten etc. (LSI-R 44).

Hc11 Eine sehr gute gesundheitliche Verfassung ohne Hinweise auf eine konsum- oder konsumfolgebedingte Einschränkungen der physischen und/oder psychischen Konstitution spricht gegen eine ausgeprägte SKS (je nach Substanz, z. B. Stimulanzien/Kokain: keine Zahnschäden, keine Akne, keine intranasale Schleimhautatrophie; Opiate/Opioide: keine Infektionskrankheiten, kein i.v.-Konsum bzw. bei i.v.-Konsum: keine Spritzenstraßen, keine Abszesse; Alkohol: regelrechte Laborparameter [MCV, γ -GT, LDH], zumindest in kurzem zeitlichen Abstand zum Konsum; Cannabis: keinerlei kognitiv-mnestische Auffälligkeiten, keinerlei Antriebsstörungen [Amotivationalität]).

Hp12 Folgeschäden von anhaltendem Konsum berauschender Substanzen können sehr vielseitig sein: Neben gesundheitlichen Aspekten kommt es oft zu Ehe-/Familienproblemen als Folge der SKS (LSI-R 42), zu schulischen und beruflichen Problemen (LSI-R 43), zu finanziellen Schwierigkeiten (bzw. Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung, in Anlehnung an LSI-R 21/22), zu Beeinträchtigungen des Freizeitverhaltens (bzw. keiner aktuellen Einbindung in protektive organisierte Aktivitäten, keiner sinnvollen Nutzung der Freizeit; in Anlehnung an LSI-R 30/31) oder zu sozialer Isolation (in Anlehnung an LSI-R 32).

Hc12 Bestehen keinerlei soziale Beeinträchtigungen, kann dies als Hinweis auf eine fehlende Determiniertheit hinsichtlich einer anhaltenden Neigung zum Konsum berauschender Substanzen aufgefasst werden.

Hp13 Im Verlauf von chronischen Suchterkrankungen zeigt sich oftmals eine Neigung, medizinische Behandlungsangebote zur Aufrechterhaltung der Sucht zu instrumentalisieren (z. B. Schlafstörungen oder Schmerzsymptome zu aggravieren, um entsprechende Substanzen zu erhalten).

Hp14 Riskante Applikationsformen, insbesondere eine i.v.-Verabreichung von Substanzen oder eine mangelnde Hygiene bei der Zufuhr deuten ebenfalls in Richtung einer ausgeprägten SKS.

Hp15 Eine Objektivierung des Konsums kann der Prüfung der Plausibilität der Angaben dienen (LSI-R 45), wobei ein unmittelbarer Rückschluss auf das Vorliegen einer SKS nicht möglich ist. Gerade Substanzen, die mit einer eher langsamen Abhängigkeitsentwicklung (Alkohol, Cannabinoide) einhergehen, können trotz erheblicher Konsummengen noch nicht zu Verhaltensauffälligkeiten geführt haben.

Hp16 Verherrlichung von Rauschzuständen, Idealisierung des Rauschmittelkonsums und eine intensive Beschäftigung mit Substanzen und Rauschwirkungen sind bei schweren SKS häufig zu beobachten.

Hp17 Nach langjährigem Konsum sind oftmals auch etliche Zeit nach Abklingen von Entzugssymptomen eine deutliche emotionale Labilisierung, anhaltende depressive Verstimmungen, Schreckhaftigkeit, psychomotorische Unruhe oder Schlafstörungen zu beobachten (in Anlehnung an ILRV C5 [HCR-20 C4]; HCR-20^{V3} C4), da alternative Belohnungssysteme noch nicht ausreichend zur Verfügung stehen, und eine dysphorische Stimmungslage das klinische Bild dominiert.

Hc17 Emotionale Stabilität auch ohne das Bedürfnis nach Regulierung durch psychotrope Substanzen spricht eher gegen eine ausgeprägte SKS.

Hp18 Im Verlauf einer SKS kommt es oftmals zu einer Verlagerung des sozialen Umfelds hin zu einem Milieu, in dem der Konsum von Substanzen eine vornehmliche Rolle spielt (in Anlehnung an LSI-R 33–36). Allerdings kann bei entsprechender Prädisposition durchaus auch ein Konsum in sozialer Isolation oder im Sinne eines Doppellebens erfolgen.

Hp19/Hc19 Der Konsum berauschender Substanzen dient bei SKS oftmals der Emotionsregulation und/oder der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung und/oder der Verdrängung von Belastungen. Andere Strategien zur Bewältigung des Alltags gehen zunehmend verloren. Personen mit ausreichender Alltagskompetenz auch ohne Konsum sind hinsichtlich einer Abhängigkeitsentwicklung weniger gefährdet (in Anlehnung an ILRV C6; HCR-20^{V3} R5).

Hp20 Von SKS betroffene Personen haben oftmals wenig Vertrauen, aktuelle oder künftige Schwierigkeiten ohne Konsum psychotroper Substanzen bzw. ohne fremde Hilfe bewältigen zu können.

lung noch vorzunehmen wäre. Es handelt sich somit um einen ersten Beitrag zu einer Diskussion, die im Hinblick auf die Novellierung von § 64 StGB erst am Beginn steht. Es kann zudem kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben und keines der hier aufgelisteten Kriterien kann als eine unbedingte Voraussetzung dargestellt werden; stets ist das Gesamtprofil zu betrachten.

2 Das Kriterium „symptomatischer Zusammenhang“

Dieses Kriterium ist so nicht ausdrücklich im Gesetzestext erwähnt, geht aber implizit daraus hervor und ist dabei (auch nach der Rechtsprechung des BGH) von wesentlicher Bedeutung.

2.1 Rechtswissenschaftliche Betrachtung

2.1.1 Frühere Rechtslage

Das Erfordernis eines symptomatischen Zusammenhangs wurde bislang aus folgender Formulierung im früheren Gesetzestext abgeleitet: „(...) wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt (...)“.

2.1.2 Bisherige Handhabung durch die Rechtsprechung

Der BGH führte bisher in ständiger Rechtsprechung aus, dass der symptomatische Zusammenhang vorliegt, wenn die Tat im Hang ihre „Wurzel“ findet; die Tat müsse „Symptomwert“ für den Hang zum Missbrauch von Rauschmitteln haben, indem sich in ihr die „hangbedingte Gefährlichkeit“ geäußert habe (st. Rspr., aus jüngerer Zeit: BGH, Beschlüsse vom 01.03.2022 – 4 StR 2/22; vom 28.04.2020 – 2 StR 95/20). Daran fehle es etwa, wenn sich der Täter bereits nüchtern zur Tat entschlossen hat und sich lediglich zur Erleichterung der Tatausführung Mut antrinkt (BGH 11.09.1990 – 1 StR 293/90). Im Übrigen wurde aber in st. Rspr. betont, dass der Hang nicht die „alleinige Ursache oder bestimmender Auslöser“ für die Anlasstat sein müsse (BGH, Beschluss vom 09.11.2021 – 5 StR 208/21 Rn. 8). Es genüge, wenn der Hang „neben anderen Umständen mit dazu beigetragen hat, dass der Angeklagte erhebliche rechtswidrige Taten begangen hat, oder der Hang Einfluss auf die Qualität der Straftat hatte und ihm ein solcher Einfluss auch für künftig zu befürchtende Straftaten zukommen kann“ (BGH, Beschluss vom 03.01.2023 – 5 StR 496/22 m. w. N.). Bei Beschaffungskriminalität sei dies an sich immer gegeben (BGH, Urt. v. 22.03.2023 – 6 StR 398/22); anders zu beurteilen sein soll dagegen etwa ein Handeltreiben mit Betäubungsmitteln, das allein der Finan-

zierung des allgemeinen Lebensbedarfs dient (BGH, Beschluss vom 18.12.2019 – 2 StR 331/19; LK/Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 44f.). Ausreichend sei auch eine enthemmende Wirkung der Rauschmittel bei Tatbegehung, ohne dass die Schwelle des § 21 StGB erreicht sein müsse (BGH, Beschluss vom 25.04.2023 – 5 StR 61/23; BGH, Beschluss vom 03.01.2023 – 5 StR 496/22, *NStZ-RR* 2023, 138). Wenn der Angeklagte mehrere Taten begangen habe, reiche es für die Anordnung der Unterbringung aus, wenn nur ein Teil von ihnen auf den Hang zurückzuführen sei (BGH, Urt. v. 24.01.2023 – 6 StR 407/22). Auch bezüglich der Bejahung des symptomatischen Zusammenhangs zeigte sich also eine großzügige Tendenz in der bisherigen Rechtsprechung.

2.1.3 Neufassung des § 64 StGB

„(...) wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend ~~sie im Rausch begangen hat~~ oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt (...)“

2.1.4 Ziel des Gesetzgebers

Zunächst wurde die Variante der „im Rausch begangenen“ Tat gestrichen, da sie schon nach bisherigem Verständnis lediglich einen Unterfall des symptomatischen Zusammenhangs bildete (dazu und zum Folgenden: *BT-Drs.* 20/5913, S. 46–48). Zudem sollen die Kliniken von Patienten entlastet werden, bei denen eine Konsumstörung nur Begleitscheinung eines delinquenten Lebenswandels ist, v. a. eines primär aus Profitinteresse und nur nachrangig dem eigenen Drogenkonsum dienenden Drogenhandels. Die Tat muss daher nunmehr zumindest „überwiegend“ auf dem Hang beruhen, sodass die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wieder vorrangig angeordnet wird bei Personen, die dort gut zu erreichen sind und die Angebote nutzen können. Gedacht ist an Täter, deren Motivation z. B. in „Drogenhunger“ oder der Vermeidung von Entzugssymptomen besteht, oder wenn aggressive Handlungen infolge der Abhängigkeit bzw. einer Intoxikation begangen worden sind.

Auf Basis des neuen Rechts hat die Rechtsprechung bereits mehrfach entschieden, dass der Substanzkonsum nunmehr überwiegende Ursache für die Anlasstat gewesen sein muss, was das Tatgericht im Urteil durch entsprechende Feststellungen zu belegen hat (z. B. BGH, Beschlüsse vom 25.10.2023 – 5 StR 246/23, *NStZ* 2024, 161; vom 02.01.2024 – 5 StR 545/23, *StV* 2024, 251).

Tab. 3 Beispiele für mögliche Motiv- und Bedürfnislagen für Substanzkonsum

Bedürfnis	Typische Substanzkonsummuster
Eskapismus	Alkohol, Sedativa, Cannabinoide, Halluzinogene; polytroper Konsum, vielfältige Substanzen
Beruhigung, Dämpfung	Alkohol, Sedativa, Opiate/Opioide, Cannabinoide
Schmerzbekämpfung	Opiate/Opioide, Cannabinoide
Angstlösung	Benzodiazepine, beruhigende Substanzen
Leistungssteigerung, auch sexuell, Überwindung von Insuffizienzgefühlen, soziale Anerkennung	Amphetamine, Kokain
Stimulationsbedürfnis, „sensation seeking“	„Bewusstseinsweiternde“ Substanzen, Halluzinogene, Konsum insgesamt
Emotionsregulation	Polytroper Konsum, vielfältige Substanzen
Verhinderung von Entzugssymptomen	Insbesondere Substanzen mit starker Induktion körperlicher Abhängigkeit (z. B. Alkohol, Benzodiazepine, Opiate/Opioide)
Identitätsbildung	Nicht substanzspezifisch
Zugehörigkeit, Lebensstil	Nicht substanzspezifisch; entsprechende Konsumgewohnheiten der Umgebung

2.2 Erfahrungswissenschaftliche Betrachtung

2.2.1 Delinquenzhypothese

Die Begutachtung erfolgt in der Regel vor der Hauptverhandlung. Insofern kann eine Delinquenzhypothese nur unter Vorbehalt entwickelt werden, was stets berücksichtigt und auch klar dargelegt werden muss. Sie kann jedoch helfen, alle bis dato verfügbare Informationen und auch ggf. relevante Informationsdefizite in einer kritischen Synopsis darzulegen und insbesondere hinsichtlich der Anteile des symptomatischen Zusammenhangs zu gewichten.

Vormals lautete eine zentrale Frage zum Kriterium des symptomatischen Zusammenhangs, ob die Tat ohne Konsum und assoziierte Störung denkbar gewesen wäre, wobei zwischen Intoxikation und eigentlich relevanter überdauernder Störung dem Eindruck nach nicht immer genau separiert wurde. Eine eigene Untersuchung mittels Querschnittvollerhebung bei untergebrachten Personen in einer forensischen Entziehungsanstalt ergab, dass die Voraussetzungen für den symptomatischen Zusammenhang gemäß § 64 StGB in der bisherigen Fassung nur bei nahezu der Hälfte der Fälle im psychiatrischen Eingangsgutachten bejaht worden waren, was somit einer Zufallswahrscheinlichkeit entsprach (Schwarz und Stübner 2023).

Eine akute Intoxikation kann Einfluss auf eine Beeinträchtigung oder Aufhebung der Schuldfähigkeit haben, maßgeblich für die Frage nach einer Unterbringung ist jedoch das Vorliegen einer überdauernden Störung. Eine Berausung kann immer zwanglos mit einer Substanzkonsumstörung in Zusammenhang gebracht werden – sie lässt jedoch nicht zwingend auf diese schließen und kann vollkommen unabhängig auftreten.

Die neue Festlegung auf einen „überwiegenden“ Anteil der Substanzkonsumstörung an der Delinquenzgenese bzw. am symptomatischen Zusammenhang dürfte helfen, auch

situative Faktoren als solche beschreiben zu können, ohne ihnen per se eine dominante Bedeutung zukommen lassen zu müssen.

Die Art der Indextat und Vordelinquenz können hierzu wesentliche Informationen liefern. Ein Handel von großen Mengen von Substanzen in einer hochkomplexen Organisation lässt auf ein hohes Leistungsvermögen schließen, was wiederum eine schwere Abhängigkeitserkrankung bis auf wenige Sonderkonstellationen eher unwahrscheinlich macht und die Delinquenz möglicherweise eher in einem kriminellen Lebensstil verorten lässt. Allerdings kann eine Person, die den gesamten Lebensfokus auf den Konsum von und Handel mit Rauschmitteln lenkt, insbesondere auf solche, bei denen keine unmittelbare schwere Beeinträchtigung der Gesundheit droht, durchaus kriminell leistungsfähig und dennoch auch hochgradig süchtig sein – ähnlich wie bei einem Wahn wird dann die gesamte psychosoziale Leistungsfähigkeit in den Dienst der Erkrankung gestellt, weshalb das kriminelle Verhalten dann letztendlich doch primär auf der Suchterkrankung beruht. Ohne eine bestehende Suchterkrankung wäre es wahrscheinlich nicht zu dem vorliegenden kriminellen Verhalten gekommen. Einige Beispiele: Aus einer zunächst punktuellen Einnahme von Kokain erfolgt eine zunehmende Begeisterung für die Substanz; es folgt die Aufgabe der Tätigkeit als Investmentbanker und der Rolle als Familienvater. Der Betroffene ist fortan nur noch Drogenhändler mit dem Lebensziel, andere von dem Glanz der Droge zu überzeugen, mit dem Gewinn einen luxuriösen Lebensstil zu betreiben und selbst nur noch beste Qualität zu konsumieren. Oder: Nach anfänglichem Konsum von Amphetaminen zur Steigerung sexueller Leistungsfähigkeit dient der „Chemsex“ im Verlauf nur noch zur Rationalisierung des eigenen Konsumverhaltens, das zunehmend im Vordergrund steht – die Leistungsfähigkeit im Beruf als Ingenieur leidet nicht unbedingt, da der Konsum ausschließlich in der Freizeit erfolgt.

Möglicherweise kann es – auch zur Entwicklung einer Delinquenzhypothese (Kröber et al. 2019) – hilfreich sein, sich Beispiele für potenzielle Motiv- und Bedürfnislagen für Substanzkonsum zu vergegenwärtigen und ggf. diejenigen für kriminelles Verhalten gegenüberzustellen. Die der Konsumneigung zugrunde liegenden inneren Prozesse werden auch in suchtspezifischen Therapien (z. B. in Entziehungsanstalten) thematisiert und eingehend beleuchtet, um den Patienten zu einem besseren Verständnis der eigenen Pathologie zu verhelfen sowie zu einer Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien (Therapiemanuale, z. B. Klos und Görgen 2020). Die individuelle Bedürfnislage spiegelt sich dabei zumeist auch in der Auswahl des Konsummittels wider. In Tab. 3 findet sich eine allgemeine Übersicht zu häufigen Konstellationen, wobei stets die individuelle Gegebenheit berücksichtigt werden muss. Auch im Prozess der Begutachtung kann es hilfreich sein, auf diese Zusammenhänge zu achten, um die verschiedenen Informationen und Verknüpfungen auf ihre Konsistenz hin zu untersuchen. In Tab. 3 wurden einige solche Motivlagen und entsprechende Konsummuster zusammengestellt, wie sie nach klinischem und gutachterlichem Erfahrungswissen häufiger anzutreffen sind – worauf auch in den entsprechenden Lehrwerken und Therapiemanualen Bezug genommen wird (exemplarisch: Geschwinde 2018; Klos und Görgen 2020; Batra und Bilke-Hentsch 2022).

Auch delinquentem Verhalten liegen bestimmte Motiv- und Bedürfnislagen zugrunde. Diese können normalpsychologischer Natur sein und sich aus (interaktionellen) Grundbedürfnissen ergeben (z. B. Grawe 2004; Sachse 2013). Ferner gibt es kriminogene Motive, die sich z. B. aus der Frustration von Bedürfnissen ergeben können. Schließlich sind auch intrinsisch krankhafte Motivlagen denkbar. Es gibt Bedürfnisse, deren Befriedigung sowohl durch Konsum begegnet wird als auch durch Verhalten, das zu Delinquenz führen kann (z. B. Stimulationsbedürfnis/„sensation seeking“). In der Kriminaltherapie sind die Ergründung dieser Bedürfnisse und Veranlassungen zu delinquentem Verhalten Gegenstand und Ausgangspunkt für Interventionen. Auch in der Begutachtung spielt bei der Erstellung der Delinquenzhypothese das Nachzeichnen des Motivationsgefüges und des resultierenden Verhaltens eine große Rolle (Kröber et al. 2019) und bildet seinerseits die Basis prognostischer Überlegungen.

2.2.2 Indikatoren für bzw. gegen das Vorliegen eines überwiegenden symptomatischen Zusammenhangs

In Tab. 4 wurden einige Indikatoren für bzw. gegen einen überwiegenden symptomatischen Zusammenhang zwischen Tat und Substanzkonsumstörung zusammengetragen aus der klinischen und gutachterlichen Erfahrung sowie unter Bezugnahme auf die bereits verfügbare Literatur, wie

z. B. die in Abschn. 1.2.6 erwähnten Prognoseinstrumente. Das klinische und gutachterliche Erfahrungswissen legt eine Relevanz dieser Faktoren für die Annahme eines überwiegenden symptomatischen Zusammenhangs nahe, wobei eine empirische Überprüfung und Validierung einzelner Faktoren bzw. dieser Zusammenstellung noch vorzunehmen wäre. Es handelt sich somit um einen ersten Beitrag zu einer Diskussion, die im Hinblick auf die Novellierung von § 64 StGB erst am Beginn steht. Insofern kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, und keines der hier aufgelisteten Kriterien stellt eine unbedingte Voraussetzung dar, weshalb immer das Gesamtprofil betrachtet werden muss.

3 Das Kriterium „Gefahr“

3.1 Rechtswissenschaftliche Betrachtung

Nach § 64 StGB soll die Unterbringung einer Person angeordnet werden, „wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird“. Die Maßstäbe der dabei zu stellenden Gefahrenprognose sind (auch im Vergleich zu § 63 StGB) teils vage, teils umstritten.

Das betrifft zunächst den Begriff der „erheblichen“ zu erwartenden Straftaten. Grundsätzlich soll die Gefahr jeder erheblichen hangbedingten Tat genügen, während Bagatelltaten ausgeschlossen seien (BGH, Urteil vom 15.09.1995 – 5 StR 642/94, *NStZ-RR* 1996, 257). Es können dabei beliebige Straftatbestände im Raum stehen; die Taten müssen nicht der Anlasstat ähneln (LK/Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 105 m. w. N.; SSW-StGB/Kaspar, 5. Aufl. 2021, § 64 Rn. 31). Eine Gefahr für die Allgemeinheit soll nicht erforderlich sein (BGH *NStZ-RR* 2010, 238); bloße Selbstgefährdungen genügen nicht (Oberlandesgericht [OLG] Hamm, Beschluss vom 20. November 1973 – 2 Ws 241/73 zu §§ 42c, 42g StGB a.F., Leitsatz in NJW 1974, 6144). Im Übrigen wird auf eine Gesamtbetrachtung abgestellt; sobald zu rechnen sei mit Taten der „mittleren Kriminalität“, die den Rechtsfrieden stören und geeignet sind, „das Gefühl der Rechtssicherheit der Bevölkerung erheblich zu beeinträchtigen“, sei die Erheblichkeit zu bejahen (Schönke/Schröder/Kinzig, 30. Aufl. 2019, StGB § 63 Rn. 18) – was den Gerichten ersichtlich viel Spielraum für Einzelfallentscheidungen lässt.

Vor allem der Grad der Wahrscheinlichkeit ist umstritten. Aus der zu § 63 StGB abweichenden Formulierung des Gefahrenmaßstabs in § 64 StGB („wenn die Gefahr besteht ...“ statt „zu erwarten sind ...“) wird z. T. abgeleitet, dass bei § 64 StGB an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Taten geringere Anforderungen zu stellen sind (Schönke/Schröder/Kinzig, 30. Aufl. 2019, StGB § 64 Rn. 12; LK/

Tab. 4 Indikatoren für bzw. gegen einen überwiegenden symptomatischen Zusammenhang (S); für einen symptomatischen Zusammenhang sprechende Faktoren werden mit dem Kürzel *Sp* (pro), gegen einen symptomatischen Zusammenhang sprechende Faktoren mit *Sc* (contra) bezeichnet

	Pro	Contra	
Sp1	Süchtige Entwicklung in Delinquenzgenese nachzuzeichnen	–	–
Sp2	Suchtproblematik vor oder parallel zur kriminellen Karriere	Kriminelle Karriere und Substanzkonsumanamnese klar voneinander abzugrenzen	Sc2
–	–	Polytrope Kriminalität außerhalb von Konsumphasen	Sc3
Sp4	Frühere Gesetzesverstöße als Folge der substanzbezogenen Störung	–	–
Sp5	Tat durch Substanzeffekte erklärbar	Bedeutung nichtkonsumbezogener Faktoren oder Störungen für die Delinquenzgenese	Sc5
Sp6	Tat dient Verhinderung von Entzugssymptomen	–	–
Sp7	Substanzbezogenes Problemverhalten auch außerhalb des verfahrensgegenständlichen Sachverhalts	Hohes Organisations- und Leistungsniveau	Sc7
–	–	Instrumenteller Einsatz der Substanz	Sc8
–	–	Delinquenz zur Finanzierung eines gehobenen Lebensstils	Sc9
–	–	Professionalisierung der kriminellen Karriere	Sc10
Sp11	Coping-Strategien	Coping-Strategien	Sc11

Sp1 Eine lange und konsistente süchtige Entwicklung lässt sich in der Delinquenzgenese nachzeichnen (z. B. Konsumsteigerung, höherer Bedarf, Verschuldung, Beschaffungskriminalität; oder: Konsumsteigerung, Konflikte in der Partnerschaft, gewalttätiger Übergriff).

Sp2 Eine Substanzkonsumstörung (SKS) manifestierte sich vor oder zumindest parallel zum kriminellen Verhalten, oder Letzteres war typischer Ausdruck des konsumbedingten Verhaltens.

Sc2 Eine von der SKS völlig unabhängige kriminelle Entwicklung (z. B. bestimmte Sexualdelikte) spricht eher gegen einen überwiegenden symptomatischen Zusammenhang.

Sc3 Polytrope Kriminalität mit Delinquenzbereitschaft ist auch außerhalb von Konsumphasen anzutreffen: ein Aspekt, der eher für Dissozialität, Psychopathie oder andere kriminelle Bedürfnisse spricht.

Sp4 In der Vorgeschichte zeigten sich bereits Gesetzesverstöße als Folge des Substanzmissbrauchs (LSI-R 41).

Sp5 Die zur Last gelegte Tat lässt sich gut auf substanzbedingtes Verhalten zurückführen. Derartige Effekte können sein: Verhalten, das auf einen Rauschzustand zurückzuführen ist, im Kontext von Entzugssymptomen steht oder auch längerfristige oder weiterreichende Folgen der SKS, beispielsweise ein amnestisches Syndrom oder eine drogeninduzierte Psychose. Selbst bei psychischen Störungen, die sich vor der SKS manifestiert hatten, kann eine erst später hinzugetretene Substanzkonsumproblematik die Delinquenzgenese begünstigen.

Sc5 Nichtkonsumbezogene situative Faktoren sind für die Delinquenzgenese von Bedeutung (in Anlehnung an ILRV A2). Es finden sich normalpsychologische Motive für die Tat, wie Eifersucht oder Geltungsstreben. Ein Rausch diene ggf. lediglich der erleichterten Umsetzung. Auch andere psychische Störungen, die strafrechtlich relevantes Verhalten bedingen können, wären hierunter zu nennen z. B. eine Persönlichkeitsstörung (ILRV A4), insbesondere Dissozialität (antisoziale Lebenseinstellung; ILRV C4), eine Paraphilie, aber auch Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ILRV A3), die ggf. intrinsisch krankhaft motiviertes Verhalten induzieren können.

Sp6 Die zur Last gelegte Tat diene der Verhinderung als besonders grausam erlebter Entzugssymptome, wobei eine derartige Konstellation besonders bei Opiat-/Opioidabhängigkeit in Verbindung mit einer fehlenden Möglichkeit einer zeitnahen medizinischen Behandlung mit Opiat-/Opioidersatzstoffen angetroffen werden kann.

Sp7 Ähnlich konstelliertes wie das verfahrensgegenständliche Verhalten ist auch außerhalb der zur Last gelegten Tat anzutreffen; typischerweise auch mit entsprechenden Konsequenzen (wie Problemen in Familie/Partnerschaft, Freundschaften/Bekanntschäften, Ausbildung/Erwerbstätigkeit, Wohnsituation, finanzielle Situation sowie medizinischen Hinweisen auf Konsum; LSI-R 42–45, 21/22; Hp17 in Tab. 2).

Sc7 In der Delinquenz wird ggf. trotz eines begleitenden Rauschmittelkonsums ein hohes Organisations- und Leitungsniveau erkennbar, beispielsweise bei komplexen Betrugshandlungen oder in Verbindung mit Drogenhandel.

Sc8 Der Konsum dient der Erleichterung eines geplanten Tatverhaltens (beispielsweise eine Alkoholisierung zum Abbau von Handlungshemmnissen oder der instrumentelle Einsatz von Stimulanzien zur Steigerung des Verhandlungsgeschicks bei geplantem Betrug oder Kokaineinnahme zur Leistungssteigerung vor geplantem Einbruch).

Sc9 Die Delinquenz dient zur Finanzierung eines gehobenen Lebensstils, nicht vornehmlich zur Deckung des Rauschmittelkonsums.

Sc10 Es erfolgte eine Professionalisierung der kriminellen Karriere in speziellen Deliktbereichen (z. B. Einbrüche in Büros mit fortschreitender Raffinesse, um eine Entdeckung zu verhindern; eine Ausnahme kann ggf. ein bereits sehr langes, gut eingeübtes Tatverhalten darstellen).

Sp11/Sc11 Hierzu auch Hp19/Hc19 aus Tab. 2 (in Anlehnung an ILRV C6; HCR-20^{V3} R5). Das Fehlen von anderen als substanzbezogenen Coping-Strategien kann ein Hinweis auf eine deutliche Einengung des Verhaltensspielraums sein, im Rahmen dessen nur noch Verhalten vorkommt, welches im Zusammenhang mit der Einnahme von berauschenden Substanzen oder der Verhinderung von Entzugssymptomen steht. Andererseits können erhaltene Coping-Strategien, insbesondere die Fähigkeit zur Bewältigung von akuten Krisen- und Belastungssituationen zeigen, dass es Handlungsalternativen zum tatrelevanten Verhalten gegeben hätte.

Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 92; a. A. NK-StGB/Pollähne, 6. Aufl. 2023, StGB § 64 Rn. 41). Damit ist die Frage des inhaltlichen Maßstabs noch nicht beantwortet; abgestellt wird von der Rechtsprechung auf ein „Übergewicht der negativen Faktoren“, also eine überwiegende Wahrscheinlichkeit; eine lediglich geringe Wahrscheinlichkeit oder bloße Wiederholungsmöglichkeit genügt dagegen nicht (BGH, Urt. v. 29.03.2023 – 2 StR 343/22; MüKoStGB/van Gemmeren StGB § 64 Rn. 55). Nach ständiger Rechtsprechung wird die geforderte Gefahr in aller Regel schon allein durch eine hangbedingte schwere Gewalttat als Anlasstat hinreichend belegt (z. B. BGH, Beschluss vom 28.07.2022 – 1 StR 108/22, StV 2023, 238; krit. SSW-StGB/Kaspar, 5. Aufl. 2021, § 64 Rn. 29). In der Tendenz werden also auch hier keine strengen Maßstäbe seitens der Rechtsprechung formuliert.

3.2 Erfahrungswissenschaftliche Betrachtung

3.2.1 Die „Gefahr“ im Sinne des § 64 StGB: derjenige Teil des gesamten Risikos, der auf die substanzbedingte Störung zurückzuführen ist

Der diesbezügliche Passus im Gesetzestext wurde in der Novellierung nicht modifiziert. Allerdings ist eine Änderung des Kriteriums *Gefahr* in der Novellierung doch zumindest implizit vorhanden: Nach der Betrachtung des *Hangs* steht zunächst der *symptomatische Zusammenhang* im Fokus, demnach die etwaige kausale Verbindung zwischen einer Substanzkonsumstörung und dem zur Last gelegten Delikt. Bei der Betrachtung der *Gefahr* wird sodann auf diese Beziehung rekurriert. Insofern zieht die Änderung des Grades des *symptomatischen Zusammenhangs* (zu „überwiegend“) auch eine Modifikation der *Gefahr* nach sich: Das Ausmaß desjenigen Teils des Risikos, das auf die substanzbedingte Störung zurückzuführen ist, wird deutlicher, auch wenn eine genaue Quantifizierung der Anteile nicht möglich ist (Schwarz und Stübner 2023).

Zwar hat der Gesetzgeber mit dem Zusammenhang zwischen Hang und Anlasstat nur eine der beiden Kausalbeziehungen im § 64 StGB explizit modifiziert; er hätte dies auch für die im Gesetz selbstständig umschriebene Beziehung zwischen Hang und Gefahr vornehmen können (etwa durch Einfügung eines weiteren „überwiegend“ vor „infolge des Hangs“) und hat dies unterlassen. Es liegt jedoch nicht nahe, hierin einen bewussten Verzicht zu sehen, weil es ersichtlich dysfunktional wäre, die beiden Bögen des vom Hang ausgehenden und treffend als „zweipolig“ zu beschreibenden (LK/Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 104 i. V. m. § 63 Rn. 61, 66, 117) Kausalitätsverhältnisses unterschiedlich auszugestalten. Schon bei der Erhöhung der Anforderungen an den symptomatischen Zusammenhang zwischen Hang und Anlasstat wollte der Gesetz-

geber ja explizit der verfassungsrechtlichen Legitimierung des § 64 StGB, die bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt noch mehr als bei der Unterbringung nach § 63 StGB in der Chance auf einen Behandlungserfolg besteht (BT-Drs. 20/5913, S. 47), Rechnung tragen. Die Anordnung soll dadurch auf Fälle fokussiert werden, in denen das Kriminalitätsrisiko gerade durch Suchtbehandlung reduzierbar erscheint, und nicht lediglich als Nebeneffekt eines Freiheitsentzugs. Damit ist – ausgehend von der Ursächlichkeit des Hangs für die Anlasstat – zwangsläufig zugleich die Ursächlichkeit des Hangs für zu befürchtende künftige Straftaten in den Blick genommen.

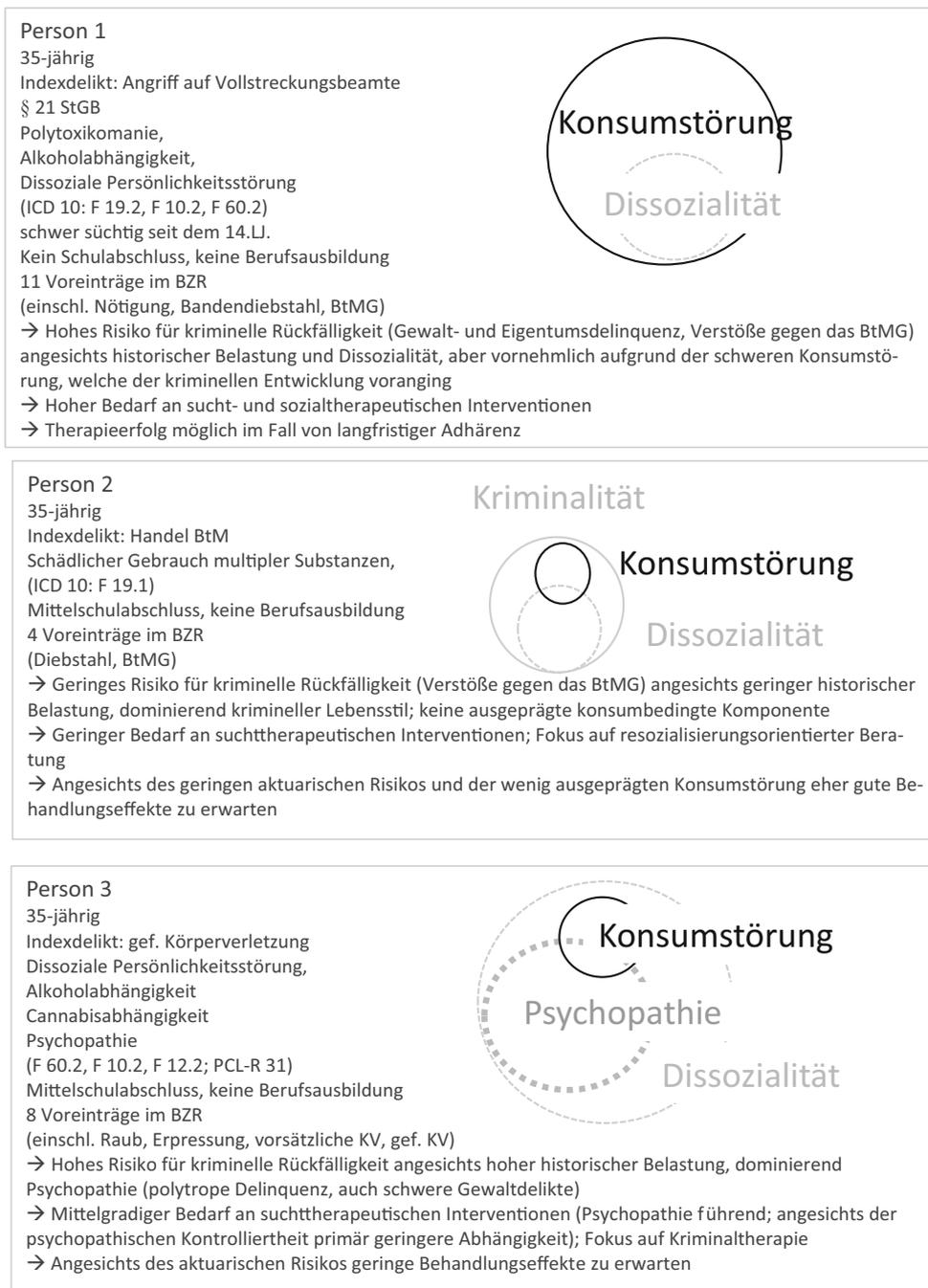
Bei der Annäherung an eine Bestimmung desjenigen Anteils des gesamten kriminellen Risikos, der auf die Substanzkonsumstörung zurückgeführt werden kann, ist zu beachten, dass es einen Zusammenhang bzw. Überlappungen gibt zwischen Substanzkonsum, Impulsivität, Dissozialität, Psychopathie und Kriminalität.

Auf der einen Seite führen schwere Abhängigkeitserkrankungen in der Regel zu dissozialem Verhalten, nicht nur im Sinne von (Beschaffungs-)Kriminalität, sondern auch durch die inneren Haltungen (Zunahme von prokriminellen/antisozialen Einstellungen; Identifikation mit sozial randständiger Lebensführung) und die Gestaltung der Beziehungen. Auf deskriptiver Ebene wird in der Psychiatrie von einem „Syndrom süchtigen Verhaltens“ gesprochen, das weit mehr als die reinen Konsumgewohnheiten umfasst und z. B. auch die Vernachlässigung von Interessen (ICD-10, Kriterium 5 des Abhängigkeitssyndroms), den Verfall von Werten und Verhaltensauffälligkeiten wie Unzuverlässigkeit und konsekutive Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen einschließt. All dies sind Merkmale, die sich auch bei dissozialen Persönlichkeitszügen finden. Empathiedefizite und Egozentrik sind häufig und bei nahezu jeder Art schwerer somatischer und psychiatrischer Erkrankung zu beobachten; ab einer gewissen Erkrankungsschwere sind keine Ressourcen mehr außer für lebensnotwendige Prozesse verfügbar.

Auf der anderen Seite ist der Konsum psychotroper Substanzen häufig Bestandteil eines dissozialen Lebensstils und kann auch Psychopathie begleiten. Dissozialität im psychiatrischen Verständnis wie in der ICD-10 oder der ICD-11 umfasst als Hauptmerkmal die Missachtung der Rechte und Gefühle anderer, was sowohl Egozentrik als auch mangelndes Einfühlungsvermögen einschließt.

Psychopathie wird heute gemeinhin im Sinne des Konzepts der Psychopathy nach Hare (2003; Mokros et al. 2017) verstanden und ist, kurz zusammengefasst, durch die drei Kernmerkmale der Egozentrik, Grandiosität und Empathielosigkeit umrissen; im Sinne einer „dunklen Triade“ bzw. „dunklen Tetrade“ finden sich hohe interkorrelative Zusammenhänge zu Machiavellismus und Narzissmus sowie Sadismus (z. B. Paulhus und Williams 2002; Paulhus

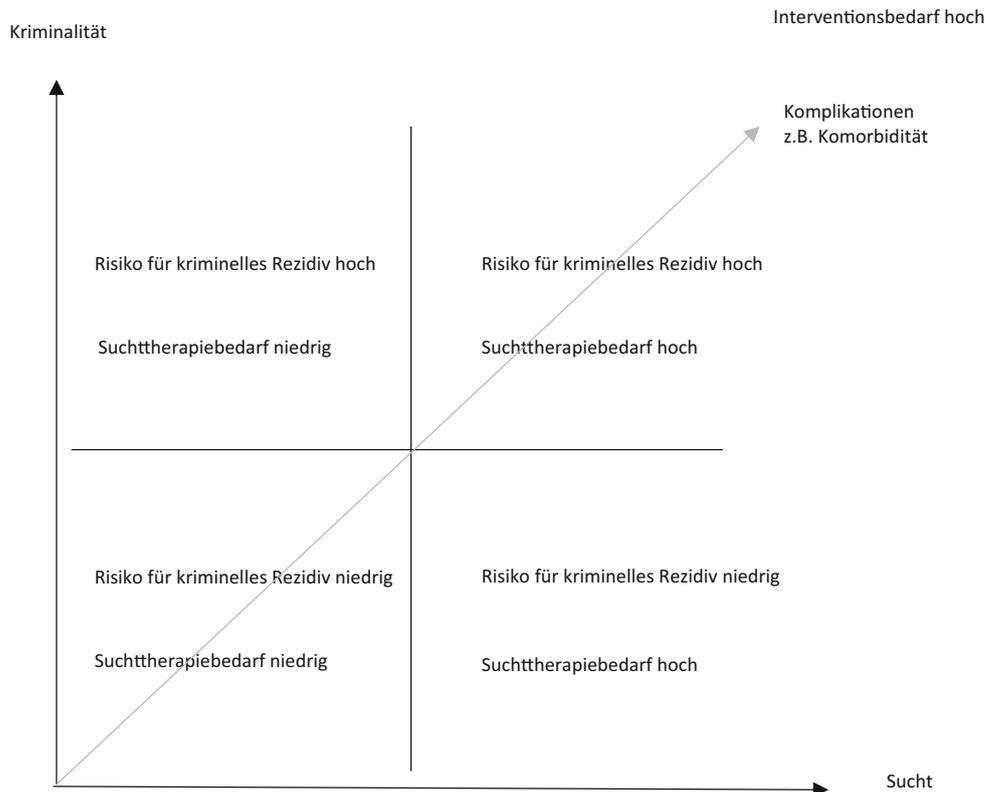
Abb. 2 Schematische Darstellung verschiedener krimineller Rezidivrisikoprofile mit den jeweils relativen Anteilen, die durch die Konsumstörung bedingt sind



2014). Psychopathisches Verhalten findet sich nicht nur in kernkriminellen Kontexten, sondern auch als „weiße“ oder „erfolgreiche Psychopathie“ bei beruflich höchst erfolgreichen Personen in beruflichen Spitzenpositionen. In der Regel bestehen eine hohe Kontrolliertheit, andererseits auch eine Neigung zu risikoreichem Verhalten, hohem Stimulationsbedürfnis und Verantwortungslosigkeit – was wiederum mit einem mehr oder weniger instrumentellen Konsum von psychotropen Substanzen einhergehen kann. Nach dem System des DSM werden die Persönlichkeitsstörun-

gen in sog. Cluster zusammengefasst, da einzelne Merkmale der verschiedenen Störungen sich unterschiedlich überlappen. Eine solche Überschneidung findet sich zwischen den narzisstischen, histrionischen, emotional instabilen und antisozialen Zügen. Emotionale Instabilität ist oftmals mit Impulsivität verbunden und weist eine hohe Komorbidität mit Substanzkonsumstörungen auf; psychotrope Substanzen werden nicht selten im Sinne einer Selbstmedikation zur Emotionsregulation eingesetzt.

Abb. 3 Schematische Darstellung von Behandlungsbedarf und Risiko in Abhängigkeit von den Ausprägungen von Kriminalität und Sucht. Das Vorliegen einer Komorbidität impliziert zusätzlichen Interventionsbedarf



Je nachdem, auf welchem dieser Faktoren der Akzent im individuellen Fall zu sehen ist – ob in der eigentlichen Konsumstörung, ggf. einer schweren Abhängigkeitserkrankung, oder aber in einer emotionalen Instabilität oder Impulsivität bzw. im dissozialen oder im kriminellen Lebensstil oder im psychopathischen Potenzial – ergibt sich ein spezifisches Profil, das mehr oder weniger von Substanzkonsum nur tangiert oder aber dominiert wird (Abb. 2).

In Abhängigkeit von der Ausprägung der Suchterkrankung und dem Ausmaß des Gesamtrisikos ergeben sich Implikationen für Therapiebedarf und Risikoeinschätzung (Abb. 3). Behandlungs- und Kriminalprognose hängen vom Ausmaß der Erkrankung ab, aber auch vom Ausmaß des kriminellen Potenzials, welches sich aus der kriminellen Vorbelastung und weiteren Variablen, wie z. B. der gegenwärtigen Identifikation mit einem delinquenten Lebensstil, zusammensetzt. Im Gesamtprofil kommt weiteren Faktoren Einfluss zu, wie z. B. Komorbidität, die auch weiteren Interventionsbedarf bedingen.

Es gibt Hinweise darauf, dass in Gutachten zur Fragestellung nach den medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung von § 64 StGB in der bisherigen Fassung fast regelhaft das Kriterium der Gefahr bejaht wurde (z. B. Schwarz und Stübner 2023). Dieser Befund könnte damit zu erklären sein, dass in der Stichprobe lediglich Gutachten aus den Erkenntnisverfahren von später gemäß § 64 StGB untergebrachten Personen vorlagen. Er könnte möglicherweise aber

auch darin begründet sein, dass Gutachter ausdrücken, dass Konsum von psychotropen Substanzen ganz allgemein zu Aggressivität führen bzw. Kontrollmechanismen hemmen kann und somit immer einen Risikofaktor darstellt. Eine solche pauschale Herangehensweise an die Frage dürfte allerdings nicht im Sinn des Gesetzgebers liegen; erforderlich ist vielmehr das Bemühen um eine Aufschlüsselung spezifischer Risikoprofile mit der möglichst genauen Deklaration der spezifisch auf Substanzkonsumstörungen zurückzuführenden Anteile im individuellen Fall.

Anders betrachtet: Die Verneinung einer substanzkonsumassoziierten Gefährlichkeit bedeutet nicht, dass kein Kriminalitätsrisiko besteht, gegenteilig kann sogar eine sehr problematische Konstellation vorliegen, z. B. hohe Dissozialität oder Psychopathie, aber auch eine das Bild dominierende komorbide Erkrankung, wie z. B. eine organische Störung oder eine Schizophrenie. Dies wird vom Gutachter auszuführen sein.

Bei der Beurteilung der Gefahr ist nicht nur auf die Index-, sondern auf die Gesamtdelinquenz abzielen. Beispielsweise ist mitunter das Eingangsdelikt (beispielsweise Einfuhr oder Handel von Betäubungsmitteln) im Zusammenhang mit einer Konsumstörung zu sehen; die besondere Gefährlichkeit hat sich jedoch schon in einer gewalttätigen Vordelinquenz manifestiert und liegt eher in der dissozialen Persönlichkeitsstruktur begründet. Durch die im Gutachten explizite Darlegung der Anteile der Gefahr, wel-

Tab. 5 Indikatoren für bzw. gegen einen dominierenden Anteil des SKS-bezogenen am gesamten kriminellen Risikoprofil bzw. der Gefahr (G); für eine Gefahr sprechende Faktoren werden mit dem Kürzel *Gp* (pro), gegen eine Gefahr sprechende Faktoren mit *Gc* (contra) bezeichnet

	Pro	Contra	
Gp1	Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit oder Jugend	Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit oder Jugend	Gc1
Gp2	Vordelinquenz	Vordelinquenz	Gc2
Gp3	Gesamtdelinquenz auf Konsumgeschehen rückführbar	Bedeutung nichtkonsumbezogener Faktoren oder Störungen für die gesamte Delinquenzgenese	Gc3
Gp4	Verstöße gegen Auflagen	Verstöße gegen Auflagen	Gc4
Gp5	Soziale Instabilität nach Konsumbeginn	–	–
Gp6	Ausgeprägte emotionale Instabilität	Ausgeprägte emotionale Instabilität	Gc6
Gp7	Substanzverherrlichung, Bagatellisierung	–	–
Gp8	Fehlende konsumunabhängige Coping-Strategien	–	–
Gp9	Konsumbegünstigendes Umfeld	–	–
Gp10	Neue Auffälligkeiten in der Zeit zwischen Indexdelikt und Untersuchung	Neue Auffälligkeiten in der Zeit zwischen Indexdelikt und Untersuchung	Gc 10

Gp1/Gc1 Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit oder Jugend (ILRV B7 [HCR-20 H8]) können hinweisen auf eine andere Störung in Komorbidität oder Differenzialdiagnose, welche das Gesamtbild dominieren kann. Falls eine Störung aufgetreten ist, im Rahmen derer es bereits vor Auftreten einer SKS und ohne Beteiligung berauschender Substanzen delinquentes Verhalten gegeben hat (z. B. Schulhofraufereien), so spricht dies eher gegen eine primär konsumassoziierte Gefährlichkeit. Sollten die Verhaltensauffälligkeiten und die hieraus resultierenden delinquenzbegünstigenden Verhaltensweisen eher konsumbezogen gewesen sein, spricht dies allerdings eher für ein konsumassoziiertes Risikoprofil.

Gp2/Gc2 Vordelinquenz sind einer der robustesten Prädiktoren für künftige Delikte, dies gilt ebenso für substanzkonsumbezogene Vorkommnisse. Ist Delinquenz weitgehend unabhängig von Konsum aufgetreten, spricht dies eher gegen eine kausale Verknüpfung und damit auch gegen eine hohe Bedeutung im Gesamtrisikoprofil. Frühere Delinquenz kann dann eher für einen höheren Anteil des konsumassoziierten Risikos am Gesamtrisiko sprechen, wenn sie mit einer Konsumproblematik zusammengetroffen ist (in Anlehnung an ILRV B1; HCR-20^{V3} H2; LSI-R 41). Dies gilt insbesondere dann, wenn derartiges Verhalten sich bereits früh im Leben zeigte (in Anlehnung an ILRV B2). Auch eine Veränderung einer vorbestehenden Delinquenzbereitschaft (z. B. ein Hinzutreten von Gewaltdelikten zu Eigentumsdelikten) in Verbindung mit Konsumproblematik kann auf eine entsprechende Korrelation und Bedeutung im Gesamtrisikoprofil hinweisen.

Gp3 Nahezu die gesamte Delinquenz ist auf das Konsumgeschehen zurückzuführen.

Gc3 Auf die Bedeutsamkeit nichtsubstanzbezogener Faktoren (in Anlehnung an ILRV A2) oder Störungen (in Anlehnung an ILRV A3, A4) auf die Delinquenzgenese wurde bereits im Kontext des symptomatischen Zusammenhangs hingewiesen (Tab. 4 Sp5/Sc5); dies gilt auch für das gesamte Risikoprofil (d. h. hier nicht ausschließlich bezogen auf das Indexdelikt, sondern auf die Gesamtdelinquenz).

Gp4/Gc4 Verstöße gegen Auflagen können bei ausgeprägten SKS oftmals direkt auf die Störung zurückgeführt werden, insbesondere betreffend Abstinenzweisungen. Allerdings kann auch im Rahmen von Dissozialität ein Bedürfnis nach Autonomie und oppositionellem Verhalten zu Weisungsverstößen, welche dann nicht mehr im ursächlichen Zusammenhang mit der SKS stehen und durch eine (suchttherapeutische) Behandlung auch kaum beeinflusst werden können (in Anlehnung an ILRV B9 [HCR-20 H10]; HCR-20^{V3} C5; LSI-R 9), führen.

Gp5 Sind soziale Instabilitäten (in Ehe/Familie und weiterem sozialen Umfeld, Schule/Beruf) durch SKS aufgetreten (LSI-R 42, 43; bzw. in Anlehnung an ILRV B3 [HCR-20 H3] und B4 [HCR-20 H4]) oder konnte sich deshalb kein stabiles Umfeld ausbilden, spricht dies für eine bedeutsame Komponente im Gesamtrisikoprofil.

Gp6/Gc6 Emotionale Beeinträchtigungen (ILRV C5 [HCR-20 C4]; HCR-20^{V3} C4; LSI-R 46, 47), die sich ausschließlich in Konsum- oder in vorübergehenden Abstinenzphasen manifestieren und sich in impulsiven und deliktrelevanten Verhaltensweisen äußern, sprechen für einen engen Zusammenhang zwischen Risiko und Konsum. Emotionale Instabilität und Impulsivität, die auch jenseits von Konsumphasen auftritt, legt auch ein konsumunabhängiges Risikoprofil nahe (wobei bei schwerer Abhängigkeit eine SKS-bedingte emotionale Labilisierung noch längere Zeit nach Absetzen bestehen kann).

Gp7 Eine unkritische Haltung gegenüber dem Substanzkonsum trotz zahlreicher mit ihm einhergehender gesundheitlicher oder sozialer Schwierigkeiten, einschließlich der Delinquenz, weist auf ein entsprechendes fortbestehendes Risikoprofil hin (ILRV C1 und C2; HCR-20^{V3} C1, C2).

Gp8 Wenn nahezu ausschließlich substanzkonsumbezogene Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen, ist die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung eines substanzbezogenen deliktrelevanten Verhaltens naheliegend (in Anlehnung an ILRV C6; HCR-20^{V3} R5; Tab. 2 Hp19/Hc19 und Tab. 4 Sp11/Sc11).

Gp9 Ein konsumbegünstigendes Umfeld in Verbindung mit hiermit einhergehender Delinquenz ist als substanzkonsumbezogener krimineller Risikofaktor zu werten: Beispielsweise können hierunter konsumbegünstigende Arbeitsumfelder, Partnerschaften, sonstige soziale Bezüge oder Formen der Freizeitgestaltung fallen (in Anlehnung an LSI-R 26, 29–36). Dies gilt sowohl für die Anamnese, die gegenwärtigen Lebensumstände als auch für den von den Betroffenen avisierten sozialen Empfangsraum (in Anlehnung an ILRV D1, D2, D3; HCR-20^{V3} R2, R3).

Gp10/Gc10 Erneuter Konsum und hiermit verbundene Delinquenz nach Indexdelikt trotz des Wissens um eine anstehende strafrechtliche Bewertung spricht für ein durch Substanzkonsum stark geprägtes Verhalten. Eine Fortsetzung des deliktischen Verhaltens unter Sistieren des bisherigen Konsums ist jedoch eher hinweisend auf eine unabhängige Delinquenzbereitschaft (hierzu auch Punkt Gp2/Gc2 Vordelinquenz).

che auf die Abhängigkeitsstörung zurückgehen, und derjenigen, welche in psychiatrischen Komorbiditäten, Dissozialität oder Psychopathie begründet liegen, kann das Gericht eine Entscheidungsgrundlage dahingehend erhalten, ob die Gefährlichkeit der zu begutachtenden Person in Bezug auf ein kriminelles Rezidiv durch eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt tatsächlich vermindert werden kann, ob ggf. eher eine Unterbringung gem. § 63 StGB in Betracht kommt, oder ob schlicht eine Haftstrafe zu verhängen ist und damit i. d. R. das Instrumentarium des Strafvollzugs zur Anwendung gelangt.

Für die Begutachtung von Probandinnen ist zu beachten, dass die meisten Prognoseinstrumente nicht für Frauen validiert sind (z. B. Mayer et al. 2023). Wie in der gutachterlichen Praxis allgemein (Kröber et al. 2019) muss auch bei der Gefahreinschätzung in Bezug auf § 64 StGB das gesamte jeweils verfügbare Wissen eingesetzt, jedoch immer auch die fragliche Übertragbarkeit mitbedacht werden.

Bei den Rezidivraten ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen nicht mehr so ausgeprägt wie bei den allgemeinen Kriminalitätsraten, Frauen zeigen aber etwas geringere durchschnittliche Rückfallraten als Männer (Groß 2004; Jehle et al. 2021). Diese empirischen Daten können bei der Beurteilung herangezogen werden, um den Einzelfall im Erfahrungsraum zu verorten (Kröber et al. 2019). Generell müssen bei der Beurteilung der Behandlungs- und Kriminalprognose, wie auch für männliche Straftäter, die individuellen Faktoren betrachtet werden.

3.2.2 Indikatoren für bzw. gegen einen dominierenden Anteil des substanzkonsumstörungsbezogenen Risikos am gesamten kriminellen Risikoprofil

Zur Einschätzung des Gesamtrisikos kann auf die einschlägige Literatur sowie auf die diversen zur Verfügung stehenden Instrumente zurückgegriffen werden (Boetticher et al. 2019; Kröber et al. 2019). Einige Prognoseinstrumente berücksichtigen das Vorliegen einer Suchterkrankung, darunter auch aktuarische Verfahren (z. B. VRAG-R). Wie auch bei der Betrachtung der deliktspesifischen Rezidivraten (Groß 2004; Jehle et al. 2021; ILRV A1) ist hierbei zu berücksichtigen, dass es sich bei der Anwendung stets nur um gruppenstatistische Werte handelt, vor deren Hintergrund der individuelle Fall lediglich theoretisch verortet werden kann, die aber keine individualprognostischen Aussagen erlaubt. Hierfür ist stets eine Gesamtschau mit genauer Analyse des Einzelfalls erforderlich (Boetticher et al. 2019; Kröber et al. 2019).

In Tab. 5 wurden einige Indikatoren für bzw. gegen einen dominierenden Anteil des substanzkonsumstörungsbezogenen am gesamten kriminellen Risikoprofil zusammengetragen, aus der klinischen und gutachterlichen Erfahrung sowie unter Bezugnahme auf die bereits verfügbare

Literatur, wie z. B. die in Abschn. 1.2.6 erwähnten Prognoseinstrumente⁸. Das klinische und gutachterliche Erfahrungswissen legt eine Relevanz dieser Faktoren für die Annahme eines dominierenden Anteils des substanzkonsumstörungsbezogenen am gesamten kriminellen Risikoprofil nahe, wobei eine empirische Überprüfung und Validierung einzelner Faktoren bzw. dieser Zusammenstellung noch vorzunehmen wäre. Es handelt sich somit um einen ersten Beitrag zu einer Diskussion, die im Hinblick auf die Novellierung von § 64 StGB erst am Beginn steht. Insofern kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, und keines der hier aufgelisteten Kriterien stellt eine unbedingte Voraussetzung dar, weshalb immer das Gesamtprofil betrachtet werden muss.

4 Das Kriterium „Erfolgsaussicht“

4.1 Rechtswissenschaftliche Betrachtung

4.1.1 Frühere Rechtslage

§ 64 Satz 2 StGB a. F. lautete: „Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 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 Satz 2 StGB ging in seiner früheren Fassung zurück auf die Reform durch das Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt vom 16.07.2007 (BGBl. I S. 1327), mit der – neben der Umwandlung in eine „Soll-Vorschrift“ – Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 16.03.1994 – 2 BvL 3/90, BVerfGE 91, 1) zu der für eine Unterbringung vorauszusetzenden Erfolgsaussicht in das Gesetz übernommen wurden. Die vorhergehende Regelung hierzu in § 64 Abs. 2 StGB a. F. lautete: „Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint“. In der Entscheidung BVerfGE 91, 1 betonte das Gericht, dass eine Unterbringung nur durch eine „konkrete Chance für den Behandlungserfolg“ gerechtfertigt werden könne. Weiter führte es aus: „Die Heilbarkeit eines Täters darf nicht als von vornherein gegeben angesehen werden, vielmehr darf das Gesetz den Richter zur Anordnung nur unter der Voraussetzung ermächtigen, dass dieser sich auf einer verlässlichen Tatsachengrundlage vom Bestehen

⁸ Siehe auch symptomatischer Zusammenhang (Abschn. 2.2.2); zu unterscheiden ist vorliegend jedoch im Gegensatz dazu zwischen Gesamtdelinquenz und Indexdelinquenz, wobei Erstere hier relevanter ist.

einer hinreichend konkreten Aussicht eines Behandlungserfolgs überzeugt hat.“ Mit dem Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 08.07.2016 (*BGBI. I S. 1610*) wurde § 64 Satz 2 StGB noch dahin konkretisiert, dass die in Aussicht stehende Heilung „innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3“ zu erwarten sein muss, grundsätzlich also innerhalb einer zweijährigen Behandlungsdauer, die sich aber bei einer im Anschluss zu vollstreckenden Begleitstrafe um deren Dauer verlängert, soweit die Zeit des Maßregelvollzugs auf diese (nach § 67 Abs. 4 StGB) angerechnet wird (*BT-Drs. 18/7244, S. 12f.*).

4.1.2 Bisherige Handhabung durch die Rechtsprechung

Zum erforderlichen Wahrscheinlichkeitsgrad und zu den in die Prognose einzustellenden Anknüpfungstatsachen führte der BGH aus, dass die Maßregel die „konkrete Aussicht“ voraussetze, „die süchtige Person zu heilen und über eine erhebliche Zeitspanne vor einem Rückfall in den Rauschmittelkonsum zu bewahren“. Erforderlich sei die Prognose, dass bei erfolgreichem Verlauf die Gefährlichkeit aufgehoben oder deutlich herabgesetzt wird, und dass sich in Persönlichkeit und Lebensumständen des Täters konkrete Anhaltspunkte finden, die einen solchen Verlauf erwarten lassen (BGH, Beschlüsse vom 01.08.2018 – 4 StR 54/18, *juris*, Rn. 17; vom 14.08.2019 – 4 StR 147/19, *juris* Rn. 3; Fischer, StGB, 69. Aufl., § 64 Rn. 19 m.w.N.). Entsprechende Feststellungen müssen zwingend im Urteil enthalten sein (BGH, Beschluss vom 11.05.2022 – 4 StR 478/21; Beschluss vom 17.01.2023 – 5 StR 525/22).

Die bloße Möglichkeit einer therapeutischen Veränderung kann nach Ansicht des BGH diese Prognose eines hinreichend konkreten Therapieerfolgs nicht stützen (BGH, Urteil vom 28.05.2018 – 1 StR 51/18, *juris*, Rn. 14 m.w.N.). Erst recht genügt die Annahme nicht, wonach ein Behandlungserfolg „nicht von vornherein ausgeschlossen“ sei (BGH, Beschl. v. 14.08.2019 – 4 StR 147/19; SSW-StGB/Kaspar, 5. Aufl. 2021, § 64 Rn. 34).

Notwendig, aber auch ausreichend sei eine durch Tatsachen begründete Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolgs; einer sicheren oder unbedingten Gewähr bedarf es nicht (BGH, Beschlüsse vom 10.06.2021 – 2 StR 104/21, *juris*, Rn. 19; vom 23.11.2021 – 4 StR 289/21, *juris*, Rn. 3 m.w.N.); BGH, Beschluss vom 11.05.2022 – 4 StR 478/21, *NStZ-RR* 2022, 275).

Was unter „heilen“ zu verstehen sein kann, hat die Rechtsprechung, soweit ersichtlich, bislang nicht näher konkretisiert. Sie steht in Grenzfällen vor der Aufgabe, für die Maßregel nach § 64 StGB einerseits suchtmmedizinisch realistische Ziele zu umschreiben (näher zu den therapeutischen Möglichkeiten im erfahrungswissenschaftlichen Teil

unter 4.2.1) und so ihr spezialpräventives Potenzial möglichst gut zur Geltung zu bringen, andererseits aber auszuschließen, dass schon die Aussicht auf eine marginale Verbesserung des Status quo genügt, um eine jahrelange zwangsweise Unterbringung zu legitimieren. Der BGH ist bislang vom Ziel der Drogenfreiheit ausgegangen (etwa BGH, Beschluss vom 05.07.2000 – 2 StR 87/00, *NStZ-RR* 2001, 12; aber auch BGH, Urteil vom 19.04.2023 – 1 StR 359/22, *StV* 2023, 666 zu flankierenden Zielen zur sozialen Situation des Unterbrachten) und hat z. B. die bloße Aussicht auf eine mehrjährige Substitutionsbehandlung nicht als ausreichend für eine Unterbringung angesehen, dies allerdings auch – evtl. sogar maßgeblich – wegen der zeitlichen Obergrenze der Unterbringung nach § 67d Abs. 1 Satz 1 StGB (BGH, Urteil vom 08.04.1997 – 1 StR 62/97, *NStZ-RR* 1997, 231). Auch die bloße Chance auf eine Entgiftung oder Entziehungskur genügt als Erfolgsaussicht nicht (LK/Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 126f.; MüKo-StGB/van Gemmeren, 4. Aufl. 2020, § 64 Rn. 62).

Seitens des Tatgerichts ist erforderlich, „unter Berücksichtigung der Art und des Stadiums der Sucht sowie bereits eingetretener physischer und psychischer Veränderungen und Schädigungen in der Persönlichkeit und den Lebensumständen des Angeklagten konkrete Anhaltspunkte zu benennen, die dafür sprechen, dass es innerhalb eines zumindest ‚erheblichen‘ Zeitraums nicht (mehr) zu einem Rückfall kommen wird“ (BGH, Beschluss vom 01.08.2018 – 4 StR 54/18; Urteil vom 16.01.2014 – 4 StR 496/13 m.w.N.; Beschluss vom 24.09.2020 – 4 StR 144/20, *NStZ* 2021, 59, Rn. 15). Als Richtwert für den „erheblichen“ Zeitraum wird z. T. ein halbes Jahr vorgeschlagen (Boetticher et al. 2019), andere wollen eine deutlich längere Spanne vorsehen (z. B. MüKo-StGB/van Gemmeren 4. Aufl. 2020, mindestens zwei Jahre in Anlehnung an § 56a StGB). Erforderlich ist eine „Gesamtwürdigung der Täterpersönlichkeit und aller sonstigen maßgeblichen Umstände“. Einbezogen werden sollen „neben der Therapiebereitschaft auch etwaige prognoseungünstige Faktoren“ (BGH, Beschluss vom 13.04.2021 – 4 StR 506/20 m.w.N.; BGH, Beschluss vom 17.01.2023 – 5 StR 525/22, Rn. 14).

a) Zum maßgeblichen Zeitpunkt Wie auch bei den anderen Kriterien ist der maßgebliche Zeitpunkt für die Prognose eines hinreichend konkreten Therapieerfolgs derjenige der Hauptverhandlung. Die vom Tatrichter als für die Prognose relevant angesehenen Umstände müssen grundsätzlich bereits zu diesem Zeitpunkt vorliegen. Konsequenterweise genügen nach Ansicht des BGH „ungewisse positive Veränderungen und lediglich mögliche therapeutische Wirkungen künftiger Maßnahmen während des Vollzugs der fraglichen Maßnahme“ nicht als tragfähige Anknüpfungstatsachen (BGH, Urteil vom 28.05.2018 – 1 StR 51/18, *NStZ-*

RR 2018, 275 m. w. N.; BGH, Beschluss vom 17.01.2023 – 5 StR 525/22, Rn. 15).

b) Zu einzelnen Kriterien: (Fehlende) Therapiebereitschaft

Ein wichtiges Kriterium war bereits nach früherer Rechtslage die Therapiebereitschaft des Angeklagten. Allerdings wurde ein fehlender Therapiewille vom BGH in seiner Bedeutung in vieler Hinsicht relativiert. Er sei nur ein gewichtiges „Indiz“, dem im Rahmen der Prüfung ggf. Bedeutung zukommen könne (s. nur BGH, Beschluss vom 11.10.2022 – 5 StR 274/22; v. 30.07.2019 – 2 StR 172/19), der einer Anordnung der Unterbringung aber nicht per se entgegenstehe. Das soll selbst für eine ausdrücklich erklärte Therapieablehnung gelten, etwa, wenn sich dies nur auf eine „zwangsweise verordnete Therapie“ richtet (BGH, Beschluss vom 09.03.2021 – 6 StR 404/20, Rn. 10). Auch allein daraus, dass der Angeklagte eine Exploration durch den psychiatrischen Sachverständigen abgelehnt hat, könne man eine fehlende „innere Therapiebereitschaft“ nicht ableiten (BGH, Beschluss vom 01.06.2021 – 6 StR 212/21).

Hat der Angeklagte umgekehrt seine Therapiebereitschaft erklärt, so dürfe das nicht vorschnell als „von Zwecküberlegungen getragen“ abwertet werden; erforderlich sei eine Gesamtwürdigung, bei der die Gründe für den angenommenen Motivationsmangel ebenso geprüft werden wie die Möglichkeit, die ernsthafte Therapiewilligkeit innerhalb der Unterbringung gem. § 64 StGB zu wecken – auch Letzteres könne das Ziel einer Behandlung im Maßregelvollzug sein (BGH, Beschluss vom 23.05.2018 – 2 StR 169/18, *NJW* 2019, 243, Rn. 15; BGH, Beschluss vom 29.09.2020 – 3 StR 195/20, Rn. 5). Die denkbare Weckung der Therapiebereitschaft noch in der Unterbringung einzu-beziehen, wird im Schrifttum nachvollziehbar sehr kritisch gesehen (LK/Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 142: Dies bedeute bereits einen ersten prognostischen Schritt, der die ohnehin schwierig zu treffende Behandlungsprognose mit weiteren Unsicherheiten behaftet).

Die Verneinung einer Behandlungsaussicht in Bezug auf eine Unterbringung nach § 64 StGB muss besonders eingehend erörtert werden, wenn das Tatgericht einer Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) zustimmt und damit zu erkennen gibt, dass es den Angeklagten grundsätzlich für therapiefähig hält. Dabei muss beachtet werden, dass die Unterbringung der Maßnahme nach § 35 BtMG vorgeht; von ihr darf daher nicht abgesehen werden, nur, weil vom Angeklagten eine Entscheidung nach § 35 BtMG bevorzugt wird (BGH, Beschluss vom 22.03.2017 – 3 StR 38/17, *NSiZ-RR* 2017, 283, 284; BGH, Beschluss vom 26.02.2020 – 4 StR 474/19, *NSiZ-RR* 2020, 216, Rn. 16; s. a. Abschn. E2).

c) Frühere erfolgreiche Therapieversuche Frühere erfolgreiche Therapieversuche sind differenziert zu beurteilen. Nach Ansicht des BGH können mehrfache erfolgreiche Therapieversuche im Einzelfall auf eine fehlende Erfolgsaussicht der Unterbringung hindeuten (etwa BGH, Beschluss vom 16.09.2009 – 2 StR 288/09 [juris]). Daher genüge es nicht, wenn das Gericht die Erfolgsaussicht allein darauf stützt, dass der Angeklagte deutlich gemacht habe, „eine Therapie durchführen zu wollen“ und in der Hauptverhandlung den „Eindruck“ erweckt habe, sich dauerhaft von Alkohol und Drogen lösen zu wollen, wenn zuvor mehrere Therapieversuche erfolglos abgebrochen worden waren. Es sei eine Gesamtwürdigung der Täterpersönlichkeit und aller sonst maßgeblichen Umstände anzustellen (BGH, Beschluss vom 15.12.2009 – 3 StR 516/09, Rn. 5). In diese anzustellende Gesamtwürdigung muss nach der Rechtsprechung auch einfließen, ob die früheren Therapieversuche mit oder gegen den Willen des Betroffenen unternommen wurden, und weshalb das Gericht, falls auch früher schon Therapiebereitschaft erklärt wurde, der jetzigen entsprechenden Bekundung so große Bedeutung zumisst (BGH, Beschluss vom 26.02.2014 – 4 StR 577/13, *NSiZ-RR* 2014, 141, Rn. 13, 14 bei *juris*).

Bei einem seit frühester Jugend Betäubungsmittel konsumierenden Angeklagten, der zahlreiche erfolgreiche Therapieversuche einschließlich zweier Unterbringungen gem. § 64 StGB absolviert und mehrfach nur kurze Zeit nach Beendigung der Unterbringung erneut einschlägige Straftaten begangen hatte, lasse dagegen allein die aktuell bestehende Therapiemotivation keinen hinreichend sicheren Schluss auf einen erfolgreichen Verlauf der Unterbringung zu (BGH, Beschluss vom 10.11.2015 – 1 StR 482/15, *NSiZ-RR* 2016, 113, Rn. 21 bei *juris*).

Die Rechtsprechung betont aber zugleich, dass erfolgreiche Therapieversuche nicht zwingend gegen eine positive Behandlungsprognose sprechen, zumal dann, wenn dies nur „niederschwellige“ freiwillige Therapiemaßnahmen betraf (BGH, Beschluss vom 07.12.2016 – 4 StR 419/16, *NSiZ-RR* 2017, 107; Rn. 6 bei *juris*). Das gilt auch für die Teilnahme an einer (sogar mehrjährigen) Substitutionsbehandlung; diese belege nicht, dass „Drogenfreiheit“ nicht zu erreichen sei (BGH, Beschl. v. 12.08.1999 – 3 StR 303/99; BGH, Beschluss vom 05.07.2000 – 2 StR 87/00, *NSiZ-RR* 2001, 12, Rn. 8 bei *juris*).

d) Unzureichende Sprachkenntnisse Ein Problemkreis im Bereich der Behandlungsprognose sind die unzureichenden Sprachkenntnisse mancher Angeklagter, die eine sinnvolle Kommunikation und damit therapeutische Bemühungen zumindest erschweren (BGH, Beschlüsse vom 28.10.2008 – 5 StR 472/08, *NSiZ* 2009, 204, 205, weitere Nachweise bei SSW-StGB/Kaspar, 5. Aufl. 2021, § 64 Rn. 39). In der Rechtsprechung des BGH wurde bisher stets betont,

dass „die Sprachunkundigkeit eines Ausländers nicht ohne Weiteres allein ein Grund für einen Verzicht auf seine Unterbringung“ sein könne (BGH, Urteil vom 06.07.2017 – 4 StR 124/17, *StV* 2019, 267, Rn. 11; BGH, Beschluss vom 17.08.2011 – 5 StR 255/11, *StV* 2012, 281, 282 und vom 12.03.2014 – 2 StR 436/13, *StV* 2014, 545). Selbst bei einem Angeklagten, der „so gut wie nicht deutsch spricht“, liege „nicht ohne Weiteres auf der Hand, dass gerade wegen dieses zwar in der Persönlichkeit des Angeklagten begründeten, jedoch nicht unmittelbar suchtbezogenen Umstandes eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos“ sei (BGH, Urteil vom 23.05.1989 – 1 StR 128/89, *BGHSt* 36, 199 unter Verweis auch auf das breite Spektrum an Behandlungsmethoden).

Andererseits hat die Rechtsprechung aber auch anerkannt, dass bei „weitgehender Sprachunkundigkeit die Annahme fehlender Erfolgsaussicht naheliegen“ könne (BGH, Beschluss vom 22.01.2013 – 3 StR 513/12, *BGHR StGB* § 64 Abs. 2 Erfolgsaussicht 1). Der Gesetzgeber habe 2007 mit der Umwandlung in eine „Soll-Vorschrift“ ausdrücklich eine Schonung von Behandlungskapazitäten, die in der Vergangenheit durch die Unterbringung von wenig therapiegeeigneten Personen blockiert worden seien, beabsichtigt (BGH, Urteil vom 18.12.2007 – 1 StR 411/07, *StV* 2008, 138). Gerade bei ausreisepflichtigen und sprachunkundigen Ausländern solle daher eher von der Maßregel abgesehen werden (*BT-Drs.* 16/5137, S. 10). Zu dem gewünschten Rückgang des Anteils von Untergebrachten mit Sprachbarriere kam es in der Folgezeit allerdings nicht; das Problem der Sprachunkundigkeit mancher Untergebrachter blieb daher weiter in der Diskussion (Kaspar 2021).

In jüngerer Zeit betont die Rechtsprechung in Fällen mangelnder Sprachkenntnisse oder einer Ausreisepflicht in der Regel noch stärker das gesetzgeberische Anliegen, die begrenzten Behandlungskapazitäten nicht durch ungeeignete Personen zu blockieren, etwa durch solche, mit denen eine therapeutisch sinnvolle Kommunikation absehbar nur schwer oder gar nicht möglich sein wird (BGH, Urteil vom 25.04.2018 – 2 StR 14/18; BGH, Beschlüsse vom 08.06.2021 – 2 StR 91/21, *NStZ-RR* 2022, 10; vom 23.11.2021 – 2 StR 380/21, *NStZ-RR* 2022, 41; vom 25.01.2022 – 3 StR 493/21, *NStZ-RR* 2022, 106). Andererseits genügen für eine Erfolgsaussicht weiterhin bereits solche Grundkenntnisse der deutschen Sprache, die eine Verständigung im Alltag ermöglichen (BGH, Beschluss vom 21.03.2019 – 3 StR 81/19, *NStZ-RR* 2019, 174; BGH, Beschluss vom 13.06.2018 – 1 StR 132/18; *NStZ-RR* 2018, 273). Zudem muss das Gericht in seine Prognose ggf. die Möglichkeit einbeziehen, die nötigen Sprachkenntnisse noch während der Therapie bzw. des Vorwegvollzugs einer Begleitstrafe zu erwerben (BGH, Beschluss vom 12.03.2014 – 2 StR 436/13, *StV* 2014, 545); eine Erörterungspflicht im Urteil besteht jedoch nicht,

wenn eine solche Möglichkeit fernliegt (BGH, Urteil vom 25.04.2018 – 2 StR 14/18).

e) Sonstige prognoserelevante Faktoren Das Leugnen der Tat schließt eine Erfolgsaussicht nicht per se aus (BGH, Beschl. v. 30.09.2008 – 5 StR 305/08). Als relevante (ungünstige) Faktoren für die Behandlungsprognose werden in der Rechtsprechung u. a. der schon früh einsetzende und langjährige Drogenkonsum sowie das Bestehen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung genannt (BGH, Beschluss vom 08.10.2019 – 4 StR 421/19, *NStZ-RR* 2020, 28, Rn. 19; BGH, Beschlüsse vom 01.03.2022 – 2 StR 28/22, *NStZ-RR* 2022, 240; vom 23.05.2021 – 6 StR 62/21; Urteil vom 10.04.2014 – 5 StR 37/14, *NStZ* 2014, 315; BGH, Beschluss vom 17.01.2023 – 5 StR 525/22, Rn. 18).

4.1.3 Neufassung des § 64 StGB

„Die Anordnung ergeht nur, wenn *aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten ist eine hinreichend konkrete Aussicht besteht*, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 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.“

4.1.4 Ziel des Gesetzgebers

Die Änderung bezweckt eine restriktivere Anordnungspraxis; die Kapazitäten des Maßregelvollzugs sollen besser und zielgerichteter genutzt werden als bisher (*BT-Drs.* 20/5913, S. 48, 49). Für eine Anordnung nach § 64 StGB erforderlich sein soll nunmehr eine auf Tatsachen gegründete Erwartung, dass das Unterbringungsziel erreicht wird. Für eine derartige Erwartung soll in Anlehnung etwa an die zu § 63 Satz 1 StGB etablierte Auslegung eine „Wahrscheinlichkeit höheren Grades“ erforderlich sein, die durch Tatsachen belegt sein muss. Der Entwurf verweist in diesem Zusammenhang auf empirische Erkenntnisse, wonach es ohnehin schwierig ist, zuverlässige Prädiktoren für den Behandlungserfolg in der Maßregel nach § 64 StGB zu identifizieren (Berthold und Riedemann 2021; Querengässer und Baur 2021a; Müller et al. 2017; ferner Querengässer et al. 2016; Volckart und Grünebaum 2015, III. Teil Rn. 25). Die Neuregelung werde auch den Einfluss prognoseungünstiger Risikofaktoren wie Therapieunwilligkeit oder unzureichender Sprachkenntnisse erhöhen. Allerdings ist daran zu erinnern, dass in der Rechtsprechung auch schon bislang gefordert wurde, dass die Behandlungsaussicht mit Tatsachen belegt wird – die Neuregelung hat daher eher deklaratorischen

bzw. klarstellenden Charakter; ob sich mit ihr auch strengere Maßstäbe der Anwendungspraxis etablieren werden, bleibt abzuwarten. Die Neuregelung will ausdrücklich „normativ erhöhte prognostische Anforderungen statuier[en]“, welche ihrerseits „den Einfluss prognoseungünstiger Risikofaktoren wie Therapieunwilligkeit oder unzureichender Sprachkenntnisse erhöhen“ sollen (*BT-Drs.* 20/5913, S. 49; zudem S. 70: „Anforderungen an eine günstige Behandlungsprognose moderat angehoben“).

Hieran anknüpfend hat der Bundesgerichtshof nunmehr bereits die Darlegungsanforderungen angehoben für Fälle, in denen das Tatgericht eine Unterbringung trotz negativer Einstellung des Probanden anordnen will: Lehne ein Angeklagter die Therapie im Maßregelvollzug ab, so folge aus dem Erfordernis „tatsächlicher Anhaltspunkte“, dass für eine positive Anordnungsentscheidung im Urteil konkret darzulegen sei, welche Instrumente im Maßregelvollzug zur Verfügung stehen, mit denen diese Haltung überwunden werden kann. Im Falle einer dezidiert geäußerten, nachhaltigen Verweigerungshaltung – insbesondere eines mit dem Spektrum therapeutischer Möglichkeiten bereits vertrauten Angeklagten – bedürfe es einer besonders sorgfältigen und eingehenden Begründung für die Annahme hinreichender Einflussmöglichkeiten (BGH, Beschluss vom 17.01.2024 – 5 StR 509/23). Zudem wurden mehrfach noch nach altem Recht ergangene Unterbringungsentscheidungen aufgehoben, weil im Urteil eine tatsachenbasierte konkrete Erfolgsaussicht der Maßregel nicht ausreichend belegt worden war (z. B. BGH, Beschlüsse vom 04.10.2023 – 6 StR 405/23; vom 05.12.2023 – 5 StR 460/23). Inwieweit sich für die Erfolgsprognose auch im Übrigen strengere Maßstäbe der Anwendungspraxis etablieren werden, bleibt abzuwarten.

4.2 Erfahrungswissenschaftliche Betrachtung

4.2.1 Behandlungs- und Kriminalprognose

Die aktuelle Formulierung im Gesetzestext impliziert, wie auch schon in der alten Version, dass die „Erfolgsaussicht“ zwei Bereiche umfasst, nämlich eine Behandlungs- und eine Kriminalprognose (Querengässer et al. 2015, 2017; Querengässer und Baur 2021a, b), die sich jedoch zu individuell unterschiedlichen Anteilen – u. a. je nach Ausmaß des „symptomatischen Zusammenhangs“ – überlappen.

Allgemein wird ein Großteil von Patienten auch nach (nichtforensischer) stationärer suchtmedizinischer Behandlung erneut konsumrückfällig. Eine Einjahreskatamnese der stationären Drogenrehabilitation des Entlassjahrganges 2020 ($n=1482$; ca. 75 % männliches Geschlecht) zeigte eine durchgehende Abstinenz (keinerlei Konsum von Rauschmitteln, inkl. Alkohol) bei lediglich 13,5 % aller entlassenen Personen (Kemman et al. 2023). Bei Hauptdiagnose Opiat-/Opioidabhängigkeit ($n=130$) lag eine durch-

gehende Abstinenz bei 7,7 % vor, bei Polytoxikomanie ($n=304$) bei 10,5 %. Eine vorzeitige Beendigung der stationären Drogenrehabilitation (hauptsächlich Beendigung ohne ärztliches Einverständnis, ferner disziplinarische Beendigung, selten Verlegung) war zuvor bei ca. einem Drittel der Patienten erfolgt (bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von ca. 3,5 Monaten). Aus der allgemeinen Psychotherapieforschung ist zudem bekannt, dass insgesamt ca. 30 % aller Patienten mit psychischen Störungen nicht auf psychotherapeutische Interventionen ansprechen („Nonresponder“; z. B. Gloster et al. 2020). Diese Daten sollten bei der Betrachtung eines potenziellen Ertrags einer Maßregelvollzugsbehandlung als Hintergrund mitberücksichtigt werden.

Systematische Untersuchungen beschäftigten sich mit der kriminellen Rückfälligkeit nach Unterbringung im Maßregelvollzug (z. B. Gericke und Kallert 2007), wobei sich mitunter ein durchaus bemerkenswerter Behandlungseffekt zeigte (z. B. Essener Evaluationsstudie aus der Arbeitsgruppe um Schalast [Schalast et al. 2021]).

In der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB ist im Gegensatz zur Unterbringung gemäß § 63 StGB die Erledigung der Maßregel aufgrund mangelnder Erfolgsaussichten möglich (§ 67d Abs. 5 StGB). Der Anteil der Therapieabbrüche liegt im bundesweiten Durchschnitt bei ca. 40–50 % (Fries et al. 2011; Berthold und Riedemann 2021), wobei es große regionale Unterschiede gibt (Schalast 2019). Durch die Novellierung ist es möglich, dass es auch diesbezüglich zu veränderten Zahlen kommen wird, da auch bei Prüfungen zur Fortdauer der Maßregel gemäß § 67e StGB die neuen Maßstäbe der „tatsächlichen Anhaltspunkte“ für eine Erfolgsaussicht angelegt werden (OLG Celle, Beschl. vom 20.11.2023 – 2 Ws 317/23). In der Praxis gehen der Anregung einer solchen Erledigung durch die Klinik in der Regel vielfache kumulierte Vorkommnisse voraus; ein einzelnes Ereignis ist selten Anlass (u. U. ein neues Ermittlungsverfahren oder eine Entweichung), insbesondere mit Konsumrückfällen wird jedoch gerechnet. Diese werden therapeutisch bearbeitet, was oftmals eine Überprüfung des eigenen Rückfallvermeidungsplans unter den Belastungen des Alltags ermöglicht und eine zukünftige Selbstüberschätzung bzw. Bagatellisierung des Risikos zu verhindern hilft, also durchaus eine Chance auf eine vertiefte therapeutische Arbeit und eine Selbsterkenntnis eröffnet.

Im Kontext der Behandlungsprognose ist ein Paradoxon darin zu erkennen, dass bei einer nicht bzw. leichtgradig vorliegenden Konsumstörung von einer guten Behandlungsprognose auszugehen ist, wohingegen eine sehr schwere Erkrankung entsprechend schwierig und mit vielfältigen und lang dauernden Maßnahmen zu behandeln sein wird.

Zwischenfälle sind bei schwerer Konsumstörung (Suchtmittelrückfälle), aber auch bei emotionaler Instabilität und Impulsivität zu erwarten (Suchtmittelrückfälle, aber auch

aggressive und/oder autoaggressive Vorkommnisse und Regelverstöße), weniger jedoch bei hohem Kontrollvermögen, wie es häufig bei psychopathischer Akzentuierung gegeben ist. Berthold et al. (2023) fanden zudem, dass Patienten, die infolge von schwerwiegenden Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (Parallelstrafe ab 5 Jahren) in einer Entziehungsanstalt untergebracht sind, über kriminalprognostisch günstigere anamnestiche Variablen verfügen und von Behandelnden als regelkonformer und komplianter erlebt werden als Patienten mit anderen Anlassdelikten; auch erfolge bei dieser Klientel häufiger eine Anregung der bedingten Entlassung.

In gewisser Weise besteht ein weiteres Paradoxon darin, dass zu den medizinischen Voraussetzungen von § 64 StGB eine „Gefahr“, also eine ungünstige Prognose, gehört, jedoch gleichzeitig auch eine Erfolgsaussicht, also die Annahme einer günstigen Entwicklung – zumindest unter bestimmten Voraussetzungen (wie der Therapie; Queren-gässer und Berthold 2022). Dies bedeutet, dass die Behandlung das Risiko beeinflussen können muss. Größen zu Ausgangsdelikt und Anamnese, also historische, daher per se unveränderliche Faktoren, scheiden für die potenzielle Einflussnahme aus. Es bleiben klinische Parameter (z. B. Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft, selbstkritischer Umgang mit der Delinquenz, intrinsische Motivation, Impulsivität etc.) und Faktoren des sozialen Empfangsraums (z. B. Wohnung, Arbeit, Beziehungen, soziale Kontakte, finanzielle Situation, Freizeitverhalten). Für Personen mit sehr hoher Dissozialität, Psychopathie und Kriminalitätsverstrickung ist das primäre, aktuarische Risiko so hoch, dass es durch therapeutische Maßnahmen kaum verändert werden kann.

Wie in Abschn. 3.2.1 dargelegt (Abb. 2 und 3), sind mehrere Extremkonstellationen denkbar – und bei den unterschiedlichen Patienten in der Entziehungsanstalt auch anzutreffen. Beispielsweise kann Substanzkonsum lediglich ein konstellierender Faktor sein, die Kriminalität aber primär auf andere Ursachen zurückgehen (z. B. dissoziale Persönlichkeitsstörung mit Psychopathie); in diesem Fall wird die Behandlung in der Regel bei formaler Anpassungsleistung komplikationslos abgeschlossen, die Kriminalität wird im Anschluss wiederaufgenommen. Ein anderes Beispiel: Die Konsumstörung ist so schwerwiegend und/oder durch Komorbidität überlagert, dass sie das Risiko vollkommen dominiert, das Setting ist jedoch für die Behandlung nicht ausreichend, in der verfügbaren Zeit ist ein geeigneter sozialer Empfangsraum, dessen es bedürfte, nicht konstellierbar. In der Regel bedarf es zur Entwicklung einer Adhärenz und eines gemeinsamen Behandlungsplans einiger Zeit, insofern wird damit zu rechnen sein, dass der Therapiebedarf nicht von vorneherein akzeptiert wird. Jedoch könnte eine frühzeitige Darlegung vielleicht helfen, dass sich Patient/Angehörige/Anwälte damit auseinandersetzen, und diese

Prozesse in die Entscheidung, eine Unterbringung anzustreben oder nicht, sowie in eine etwaige Therapieaufnahme bereits einfließen lassen. Insbesondere Personen, bei denen eine vorherige Behandlung im Maßregelvollzug gescheitert ist, sollten Bereitschaft erkennen lassen, künftig auch strenger gesetzte Rahmenbedingungen zu akzeptieren.

Möglicherweise könnte es helfen, die „Erfolgsaussicht“ mit diesem Wissen besser aufzuschlüsseln: Wieder ausgehend von einer (vor Hauptverhandlung vorbehaltlichen) Delinquenzhypothese könnte versucht werden, die Bedeutung einiger protektiver und Risikofaktoren der einzelnen Bereiche (der anamnestiche Daten, des Indexdelikts, des postdeliktischen Verlaufs und des sozialen Empfangsraums) im Einzelfall herauszuarbeiten und auch einen voraussichtlichen entsprechenden Therapiebedarf zu skizzieren.

Über die Behandlung in einer forensischen Entziehungsanstalt scheinen Vorstellungen, die ein rigides bis antiquiertes Therapieregime annehmen (z. B. Sanktionorientierung, striktes Regelwerk), zu kursieren. Dabei erfolgt in den Kliniken realiter eine Ausrichtung an den aktuellen Leitlinien und am jeweils gültigen suchtmmedizinischen Standard. Die strafrechtliche Anordnung per se und der gesetzliche Sicherungsauftrag bedingen insbesondere zu Therapiebeginn eine hohe Strukturierung. Die klinische Erfahrung zeigt, dass gerade Patienten mit stärker ausgeprägter Substanzkonsumstörung, die dieser auch ausgeliefert sind, einer Orientierung an diesem Rahmen bedürfen und diese auch begrüßen.

Vormals wurde in der allgemeinen Suchtbehandlung von einer Abstinenzorientierung als dem Goldstandard ausgegangen. Vor der Jahrtausendwende wurde bereits deutlich, dass auch das Konzept der „harm reduction“ seine Berechtigung haben kann; es entstanden die ersten Konzepte zur „Substitution“ für opiatabhängige Patienten. Die zu bevorzugenden Therapiestrategien sind abhängig von der Art der konsumierten Substanz: Nach wie vor ist allein in der Behandlung der Opiatabhängigkeit die Agonistentherapie zugelassen, und mittlerweile sogar die Behandlung der Wahl (Bundesärztekammer 2023). Die Formulierung im Gesetzestext „zu heilen“ dürfte zunächst eine Abstinenzorientierung nahelegen. Der gesamte letzte Passus wurde nach der vorletzten Novellierung von § 64 StGB im Jahr 2007 eingefügt. Hierzu hatte Schalast (2009) bereits ausgeführt, dass mit einer „Substitution“ das Bestreben einer „restitutio ad integrum“ zumindest vorläufig aufgegeben würde, gab aber gleichzeitig mitzubedenken, dass bei früh und schwer abhängig erkrankten Personen ein solches „Integrum“ kaum je bestanden haben dürfte. Auch wies er auf die flachere Pharmakokinetik der agonisierenden Medikamente hin, die im Gegensatz zur Drogeneinnahme nicht mit mehrmals täglich auftretenden Intoxikations- und Entzugssymptomen verbunden sind (Schalast 2009). Autoren, die sich sowohl mit forensischen als auch mit suchtmmedizinischen

schen Themen befassen, heben u. a. die empirische Absicherung einer positiven Beeinflussung der Kriminalitätsbelastung Opiatabhängiger durch Agonistenbehandlung hervor (Soyka und Steinböck 2022) und plädieren für eine Substitution (Szonnert et al. 2023). Aktuelle Studien beschäftigen sich mit der Katamnese und Evaluation von Opioidabhängigkeit bei Inhaftierten (HOPE-Studie; z. B. Boksán et al. 2023). In jedem Fall beinhaltet eine Unterbringung in einer forensischen Entziehungsanstalt kriminaltherapeutische Elemente und geht daher über eine rein suchtmmedizinische Behandlung hinaus – dies wiederum entspricht dem gesetzlich vorgeschriebenen Auftrag und befreit insofern auch aus dem vordergründig bestehenden Dilemma zwischen einer Abstinenzausrichtung und einer leitlinienorientierten Therapie, da weder Entzug bzw. Entwöhnung noch „Substitution“ alleine eine Unterbringung rechtfertigen könnte (s. Abschn. 4.1.2).

4.2.2 Problematik empirischer Evidenz

In den letzten Jahren wurde versucht, empirische Faktoren für bzw. gegen eine Erfolgsaussicht im Sinne eines Therapieabschlusses bzw. einer kriminellen Rückfälligkeit nachzuweisen (z. B. Fries et al. 2011; Schalast et al. 2011; Querengässer et al. 2017; Berthold und Riedemann 2021). Die zur Verfügung stehenden methodischen Mittel erbrachten dabei allerdings überwiegend Daten auf einem eingeschränkten wissenschaftlichen Evidenzniveau, und die Ergebnisse erschienen in der Zusammenschau heterogen bis kontrovers. Selbst wiederholt ermittelte Variablen wiesen eine nur geringe Varianzaufklärung bezüglich Therapie-Outcome oder krimineller Rückfälligkeit auf; dies bedeutet, dass die Vorhersagekraft des Einflusses dieser Parameter gering ist und diese lediglich als Hinweise gesehen werden, nicht aber als belastbare Prädiktoren fungieren können. In einem systematischen Review von Querengässer und Baur (2021a) wurden die Untersuchungen dahingehend zusammengefasst, dass als „einigermaßen sichere Prädiktoren“ gegen einen erfolgreichen Therapieabschluss Persönlichkeitsstörung, Psychopathie und kriminelle Vorbelastung gelten können. In Kombination wiesen die Faktoren früher Delinquenzbeginn, problematischer sozialer und/oder beruflicher bzw. Bildungshintergrund, „einhergehend mit bestimmten Persönlichkeitskomponenten“ ein „sehr hohes Risiko für eine vorzeitige Beendigung der Unterbringung“ auf. In einer weiteren systematischen Literaturrecherche befassten sich die Autoren mit den Prädiktoren der Kriminalprognose und berichteten: „Trotz im Detail heterogener Befunde weisen einerseits das Vorliegen motivationaler, lebenspraktischer und sozialer Ressourcen, andererseits die deliktische Vorgeschichte und Eigenschaften der aktuellen Delinquenz relativ klare Bezüge zur Legalbewährung nach

erfolgt forensischer Suchtbehandlung auf“ (Querengässer und Baur 2021b).

Zusammengefasst sind demnach bisher keine personenbezogenen Faktoren bekannt, die bei einer Therapie gemäß § 64 StGB – abgesehen von den aus der Suchttherapie (z. B. Bachmeier et al. 2021) und kriminalprognostischen Forschung allgemein bekannten Risiko- bzw. protektiven Faktoren – belastbar für oder gegen einen Behandlungserfolg bzw. eine günstige Legalbewährung sprechen und folglich als verallgemeinerbare Faktoren für eine Erfolgsaussicht gelten könnten. Es gibt Hinweise aus der empirischen Forschung, aber kein empirisches Äquivalent, welches den „tatsächlichen Anhaltspunkten“ für eine Erfolgsaussicht direkt entsprechen würde. In der gutachterlichen Praxis ist daher zur Herausarbeitung der Parameter, die einen perspektivischen Behandlungserfolg nahelegen, in erster Linie die Analyse der individuellen Problemlagen und Behandlungsbedürfnisse der zu begutachtenden Person erforderlich. Die gutachterliche Praxis der Einschätzung der Erfolgsaussicht wie in § 64 StGB in der bisherigen Fassung abgebildet, erschien wenig systematisiert und zeigte keine hohe Vorhersagegenauigkeit (Schwarz und Stübner 2023). In einer Einschätzung der Erfolgsaussicht anhand der hier vorliegend formulierten klinischen Kriterien (s. Abschn. 4.2.8) in probatorischer Anwendung fand sich eine höhere Treffsicherheit hinsichtlich eines regulären Therapieabschlusses (Schwarz und Stübner 2023), was deren Validität erhoffen lassen könnte.

4.2.3 Therapiemotivation

Traditionell wurde eine Suchtbehandlung grob in vier Abschnitte untergliedert, und zwar aufeinander aufbauend Motivationsfindung, Entzug, Entwöhnung und Erhaltung. In der modernen Suchttherapie werden zunehmend andere Maßnahmen, die auch nicht- bzw. teilabstinenzorientierte Ansätze verfolgen, eingesetzt; z. B. die „Substitution“ bzw. die Opiat-Agonisten-Behandlung, andere medikamentöse Therapieansätze, Prinzipien der Harm Reduction sowie eher soziotherapeutisch angelegte Ansätze (Höfer et al. 2023).

Im Maßregelvollzug spielt in der Regel der Entzug keine so große Rolle, da die Patienten meist aus der Untersuchungshaft zuverlegt werden und eine erste Abstinenz insofern zumeist bereits vorliegt. Der Motivation kommt in forensischen Kontexten mitunter eine größere Bedeutung zu, da sie bei medizinischen Laien oft als Voraussetzung einer Therapie betrachtet und daher fokussiert wird. Die Entwicklung bzw. der Aufbau einer intrinsischen Motivation ist jedoch ein Teil der Behandlung und kann – zumindest bei therapie-naiven Personen – nicht als Voraussetzung angesehen werden. Die Annahme von Motivation als Bedingung für eine Therapie ist schwer möglich – zumal sie eine

innere Haltung darstellt, die einer objektiven Feststellung von außen nicht zugänglich ist und durchaus auch kurz- und mittelfristigen Schwankungen unterworfen sein kann.

In einigen Fällen ist jedoch eine Motivation bzw. die Möglichkeit von deren Entwicklung in absehbarer Zeit eher unwahrscheinlich, z. B. bei therapieerfahrenen Probanden, die klar äußern, keine Suchtmittelfreiheit anzustreben und auch nicht an einem Substitutionsprogramm teilnehmen zu wollen bzw. die keine Bereitschaft erkennen lassen, die medizinische Leitung eines solchen Programms anzuerkennen und zu akzeptieren. Mitunter werden medizinische Dienste rein instrumentell genutzt („sich etwas verschreiben lassen“, Intoxikationen bis hin zur Reanimation, Entlassungen aus Klinikaufenthalten entgegen ausdrücklichem ärztlichen Rat, um den Konsum unmittelbar anschließend fortzusetzen), das Handeln ist dabei jedoch autonom und erfolgt, ohne erfahrungswissenschaftliche Expertise anzunehmen oder anzuerkennen. Dieses Verhalten ist nicht mit Behandlungsbereitschaft gleichzusetzen – kann dabei aber seinerseits ein Zeichen für die Schwere der Suchterkrankung sein.

Unterschieden wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation, wobei Erstere als Ich-syntoner und insofern belastbarer betrachtet wird. Allerdings kann eine extrinsische Motivation, sofern sie nicht ein bloßes Lippenbekenntnis darstellt, je nach Art und Anlass (z. B. drohende Trennung einer Partnerschaft oder einer Familie), durchaus einen deutlichen Anreiz darstellen und sich im Verlauf auch zu einer intrinsischen Bedürfnislage entwickeln.

Auf den Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB übertragen werden kann auch das Modell der Therapiemotivation von inhaftierten Straftätern nach Dahle (1994, 1995). In diesem Modell wird der Leidensdruck einer inhaftierten Person gegliedert in die Facetten *Problembelastung*, *internale Problemverarbeitung* und *Belastung durch den Strafvollzug*. Die ersten beiden Facetten werden beschrieben als interne Anreize zur Teilnahme an einer Kriminaltherapie (Therapieerfolgsmotiv), während die letztgenannte Facette einen externen Anreiz zur Therapiebeteiligung darstellt (Hafterleichterungsmotiv). Nach diesem Modell wäre eine hohe intrinsische Therapiemotivation dann zu erwarten, wenn eine untergebrachte Person einerseits eine Form von Problembelastung (z. B. soziale Konflikte, Schuldgefühle, körperliche Konsumfolgen) wahrnimmt und andererseits die Ursache dieser Belastung auf sich bzw. sein eigenes Handeln zurückführt („als in ihm liegend erkennt“; Dahle 1994, S. 228).

4.2.4 Zur Einschätzung der voraussichtlichen Dauer der Behandlung im Maßregelvollzug

In der Regel wird vom Gutachter auch eine Einschätzung zur voraussichtlichen Dauer der Therapie gefordert; unverzichtbar ist dies, um die anzuordnende Dauer des Vorweg-

vollzugs einer Begleitstrafe (§ 67 Abs. 2 Satz 3 StGB) berechnen zu können.

Allgemein verbindliche Behandlungsleitlinien gibt es hierzu nicht. Im Jahr 2017 wurde ausgehend vom Fachreferat „Forensik“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Konsensuspapier zu einigen allgemeinen Behandlungsstandards veröffentlicht (Müller et al. 2017). Bei Schalast (2023; 2024) finden sich ebenfalls modellhafte Beschreibungen von Behandlungsaspekten und -inhalten im Kontext von § 64 StGB. In der Praxis gibt es große regionale und individuelle Unterschiede im detaillierten Vorgehen der einzelnen Institutionen, je nach Ausstattungen und Akzentsetzung. Wie dargelegt, wird in diesem Beitrag vornehmlich auf den süddeutschen Raum Bezug genommen.

Als grobe allgemeine Orientierung kann gelten, dass zunächst eine intensivtherapeutische Phase erfolgt, welche in einzel- und gruppentherapeutischem Setting Psychoedukation und Selbsterfahrung zu suchtspezifischen Problematiken und eine Auseinandersetzung mit der Delinquenz umfasst (z. B. Biografiearbeit, Erarbeitung eines Modells zur eigenen Suchtentwicklung, erweiterte Diagnostik, ggf. Einstellung auf Medikation). Es wird gemeinsam mit dem Patienten eine Delinquenzhypothese erarbeitet und ein Behandlungsplan erstellt, Problemfelder sollen identifiziert und Lösungs- bzw. Veränderungsansätze erarbeitet werden (z. B. Schuldenregulierung, individueller Rückfallvermeidungsplan). Als grobe Richtschnur kann diesbezüglich von 9 bis 12 Monaten ausgegangen werden. Sodann steht zunehmend die Resozialisierung im Vordergrund, die Ausgestaltung des künftigen, möglichst hinsichtlich Delinquenz und Konsum milieufernen sozialen Empfangsraums (u. a. Wohnung, Arbeit, Freizeit, Beziehungen). Je nachdem, ob bereits ein günstiges Umfeld vorliegt, an das wieder angeknüpft werden kann, oder ob ein solches in allen Bereichen neu konzipiert werden muss, falls es noch nicht (z. B. bei sehr jungen Personen) oder bisher dysfunktional gestaltet war, umfasst die Dauer dieser Phase zwischen einem halben und einem Jahr. Komplikationen, die längere Behandlungsdauern erfordern, können bestehen in Sprachbarrieren, somatischen und/oder psychiatrischen Komorbiditäten, speziell Schizophrenien, kognitiven Beeinträchtigungen und (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen sowie bei sehr schwerer Ausprägung der Suchterkrankung, was einen erhöhten Betreuungsbedarf erfordert. Auch häufige Zwischenfälle, seien es Konsumereignisse oder dissozial motivierte Hausregelverstöße, verlängern die einzelnen Behandlungsphasen und können in Einzelfällen – sofern mit den Vollstreckungsfristen vereinbar – zu einem gänzlichen Neustart der Therapie führen, z. B. auf einer anderen Station. Der tatsächliche Verlauf ist dabei nicht vorhersehbar; es kann lediglich aus der Zusammenschau der bishe-

gen Entwicklung der oben genannten Faktoren eine grobe Extrapolation erfolgen.

Während der Therapie wird die Restriktion der Freiheitsentziehung der Unterbringung in Form von Vollzugslockerungen sukzessive zurückgenommen, was therapeutisch eine Erprobung der erarbeiteten Behandlungsinhalte unter zunehmenden Freiheitsgraden und unter den Bedingungen, Versuchungen und Belastungen des Alltags bedeutet. Anfangs besteht keine Lockerungsstufe, es sind keine Ausgänge außerhalb des gesicherten Bereichs der Maßregelvollzugseinrichtungen vorgesehen, eine Ausführung erfolgt in der Regel nur in Fesselung und mit Begleitung und ausschließlich zu notwendigen Anlässen wie zu Gerichtsverhandlungen oder in dringlichen medizinischen Fällen. Bei komplikationslosem Verlauf dauert diese Phase je nach klinikinternem Behandlungs- und Sicherheitskonzept etwa 3 bis 6 Monate. Nach entsprechenden Verlaufsbeobachtungen und ersten therapeutischen Interventionen können nach interdisziplinären Falldiskussionen und entsprechender Risikoeinschätzung durch die Maßregelvollzugsleitung erste Rücknahmen von Restriktionen vorgenommen und Ausgänge ohne Fesselung in Begleitung von Personal ermöglicht werden. In weiteren derartigen Entscheidungsprozessen werden sukzessive weitere Lockerungen in Form von unbegleiteten Ausgängen in den ungesicherten Klinikbereichen, in weiteren Radien und längeren Zeitspannen (z. B. Außenarbeit) bis hin zu Beurlaubungen mit Einzel- und Serienübernachtungen und dem sog. Probewohnen eingesetzt werden. Bei komplikationslosem Verlauf können die ersten Stufen die Intensivtherapie begleiten, die Resozialisierungsphase beginnt meist mit unbegleiteten Tagesbeurlaubungen und der Aufnahme einer externen (sozialversicherungspflichtigen oder tagesstrukturierenden) Beschäftigung.

Herauszuheben ist ein Personenkreis von Patienten, bei denen besonders schwere Straftaten vorliegen oder besondere Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Gefährlichkeit. In Bayern beispielsweise werden diese Personen als „Untergebrachte mit besonderem Sicherheitsbedürfnis“ (Art. 13.2.1 Verwaltungsvorschriften zum Bayerischen Maßregelvollzugsgesetz [VVBayMRVG]; Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales 2021) bezeichnet. Für das Lockerungsprozedere dieses Personenkreises ist in den Vorschriften festgelegt, dass Polizei, Staatsanwaltschaft bzw. Strafvollstreckungskammer bei bestimmten Schritten informiert bzw. gehört werden müssen (Art. 13.6.4.3 und 4 VVBayMRVG). Dies kann den Verlauf beeinflussen bzw. verzögern.

Es wird bei forensisch untergebrachten Frauen von einem hohen Anteil an traumatisierten Personen ausgegangen, weshalb entsprechende Behandlungselemente empfohlen werden (Bauer und Knörnschild 2017). Erst in letzter Zeit erfuhren Genderaspekte in der Pharmakotherapie

und Arzneimittelsicherheit Beachtung (Singer und Eckermann 2023); Aspekte der Elternschaft werden traditionell bei der Behandlung von Frauen stärker berücksichtigt. Es wird postuliert, dass bei Frauen die Risikosteigerung für Gewalt durch psychische Störungen ausgeprägter wirksam wird (Bauer und Knörnschild 2017; Müller et al. 2017), demnach von einer besonders kranken Klientel auszugehen ist. Dementsprechend fanden auch Querengässer und Traub (2020), dass bei Frauen im Kontext von § 64 StGB etwas häufiger eine Schuldunfähigkeit im Vergleich zu Männern vorliegt. In Bezug auf Patientinnen im Alter unter 21 Jahren darf nach gegenwärtigem Kenntnisstand angenommen werden, dass sich hinsichtlich der forensischen Hintergründe und der Behandlungsverläufe teilweise ähnliche Muster zeigen wie bei der Gesamtpopulation der untergebrachten Personen in Entziehungsanstalten (Schwarz et al. 2023).

4.2.5. Therapieerfahrung

Eine bereits angetretene, aber nichtabgeschlossene sucht-spezifische Therapie (gemäß § 64 StGB oder anders), gilt gemeinhin als Risikofaktor für einen erneuten Abbruch der Behandlung (Schalast et al. 2009; Hartl 2012); allerdings sind auch diese Befunde nicht unkontrovers (Pollähne und Kemper 2007; Schalast 2019; Querengässer und Baur 2021a). Aus klinischer Sicht erscheint der Verlauf einer vorangegangenen Therapie bedeutsam für die Einschätzung der zukünftigen Erfolgsaussicht. So sprechen beispielsweise Straftaten während der Unterbringung bzw. Therapie, fortgesetzte Regelverstöße, verheimlichte Konsumereignisse, Lockerungsmisbräuche sowie ein therapiefindliches Auftreten für eine insgesamt der Behandlung entgegenstehende Grundhaltung. Es ist daher zu befürchten, dass selbige auch einem zukünftigen Therapieerfolg entgegenstehen wird, es sei denn, es hätten sich in der Zwischenzeit konkrete Änderungen ergeben. Anders kann sich die Situation darstellen, wenn eine Person sich doch länger und intensiv innerhalb einer letztlich abgebrochenen Therapie mit ihrer Konsumstörung auseinandergesetzt hat. Die klinische Erfahrung zeigt, dass insbesondere bei ausgeprägten Abhängigkeitserkrankungen mehrere Anläufe benötigt werden, ehe sich dauerhafte Behandlungserfolge einstellen. Demgegenüber kann auch der Abschluss einer früheren Therapie vorwiegend das Ergebnis einer reinen Formalanpassung sein (insbesondere bei nicht schwer suchtkranken Personen).

4.2.6 Migrationshintergrund, drohende Ausweisung/ Abschiebung von untergebrachten Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, Sprachbarrieren

Die Begutachtung von Personen mit Migrationshintergrund kann durch Sprachbarrieren, ferner durch soziokulturelle

Unterschiede erschwert werden, was bereits bei der Diagnostikstellung ggf. zum Tragen kommen kann; neben diesen Faktoren können zusätzlich ausländerrechtliche Probleme die Behandlung erschweren. In ersten empirischen Untersuchungen lassen sich entsprechende Effekte abbilden (z. B. Berthold und Riedemann 2021; Lutz et al. 2023). Die Möglichkeit zur sprachlichen Verständigung muss gewährleistet werden (Boetticher et al. 2007), wobei die Interaktionen zwischen Probanden und Untersuchern durch dritte Personen immer beeinflusst werden. Jede Person ist durch soziokulturelle Gegebenheiten ihrer Umgebung beeinflusst. Diese sog. Kulturdimensionen (z. B. Hofstede et al. 2010) können sich zwischen nationalen und regionalen Kulturgruppen sehr unterscheiden, was Aussageverhalten und Interaktion beeinflusst. Dies wiederum sollte bei Begutachtung und Behandlung Berücksichtigung finden. Fortlaufend beschäftigt sich die sozialwissenschaftliche Forschung mit der Identifikation kultureller Dimensionsprofile. Als empirisch fundierter Ausgangspunkt kann hier das Modell nach Hofstede et al. (2010) angeführt werden.

Auch bei der Maßregelvollzugsbehandlung von Patienten mit Migrationshintergrund ergeben sich besonders bei drohender Ausweisung häufig mehrere Grundprobleme. Sprachbarrieren können die Durchführung von Interventionen erschweren. Aktuelle Untersuchungen an Patienten im Maßregelvollzug legen nahe, dass eine intensive Psychotherapie etwa ab einem Sprachlevel von Niveau B1 des gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (Coste et al. 2013) möglich ist (Lutz et al. 2021). Ferner kann die Resozialisierung dieser Patientengruppe mit besonderen Herausforderungen verbunden sein: Es besteht ein Rechtsanspruch von Maßregelvollzugspatienten auf Rücknahme von Restriktionen, sobald die fortlaufend durchgeführten behandlungs- und kriminalprognostischen Einschätzungen ergeben, dass das Risiko für die erneute Begehung von Straftaten, für Zustandsverschlechterungen des Krankheitsbildes und für Entweichungen im Rahmen der jeweilig angestrebten Lockerungsstufe ausreichend herabgesetzt ist. Hierbei gilt es dann zu bedenken, dass aufgrund von drohenden Abschiebungsmaßnahmen in Einzelfällen ein erhöhtes Flucht- bzw. Entweichungsrisiko bestehen

Tab. 6 Indikatoren für bzw. gegen eine Erfolgsaussicht der Therapie (E) bzw. zusätzlich bei Therapieerfahrung (EE); für eine Erfolgsaussicht sprechende Faktoren werden mit dem Kürzel *Ep* bzw. *EEp* (pro), gegen eine Erfolgsaussicht sprechende Faktoren mit *Ec* bzw. *EEc* (contra) bezeichnet

	Pro	Contra	
–	–	Delinquenzmotivation nicht primär auf SKS basierend	Ec1
Ep2	Einzelsubstanzabhängigkeit	Abhängigkeit von unterschiedlichen Substanzklassen	Ec2
Ep3	Kurze Konsumdauer	–	–
Ep4	Geringes kriminelles Rückfallrisiko	–	Ec4
Ep5	Prosoziale Einstellung und psychosoziales Funktionsniveau	Hohe Dissozialität	Ec5
–	–	Hohe Identifikation mit kriminellem Lebensstil	Ec6
–	–	Fehlende Therapievoraussetzungen	Ec7
–	–	Erhebliche kognitive Einschränkungen	Ec8
–	–	Diskrepanz zwischen Anspruch und Erreichbarkeit eines bestimmten Lebensstils	Ec9
Ep10	Ich-Dystonie bezüglich Konsum und Kriminalität	–	–
Ep11	Persönliche Reife	–	–
Ep12	Coping-Strategien	Coping-Strategien	Ec12
Ep13	Günstiger Verlauf in der Zeit zwischen Indexdelikt und Hauptverhandlung	–	–
Ep14	Voraussetzungen für rasche Resozialisierung	–	–
Ep15	Komorbidität	Komorbidität	Ec15
<i>Bei Therapieerfahrung zusätzlich</i>			
EEp1	Teilerfolge bisheriger Therapien	–	–
–	–	Suchtbedingte Hospitalisierung	EEc2
–	–	Mangelnde Krankheitseinsicht, fehlende (intrinsische) Motivation	EEc3
–	–	Wenig Bewusstsein für eigene Stressanfälligkeit	EEc4
–	–	Identifikation mit Konsum, unkritische Haltung zu Suchtthemen	EEc5
–	–	Mangelnde Bereitschaft zur Kooperation	EEc6
–	–	Externalisierung und Verantwortungsvermeidung	EEc7
–	–	Keine Bereitschaft zur Veränderung eines konsumfördernden Umfelds	EEc8
EEp9	Konkrete Therapieziele	–	–

Tab. 6 (Fortsetzung)

- Ec1* Sofern die Motivation für die Delinquenz außerhalb der Konsumproblematik verortet werden kann, wird eine entsprechende Behandlung das Risikoprofil kaum ursächlich ändern.
- Ep2/Ec2* Je mehr und je länger unterschiedliche Substanzen zur Stimmungsregulation eingesetzt wurden, desto weniger stehen konsumunabhängige Strategien zur Verfügung: Dies weist zumindest auf einen höheren Therapiebedarf hin, da von einer stärkeren Verwobenheit der SKS mit der Persönlichkeit auszugehen ist.
- Ep3* Je kürzere Zeit die Konsumproblematik bestand, und je später sie sich im Leben manifestierte, desto eher ist von erhaltenen alternativen Verhaltensstrategien, die leichter reaktiviert werden können, auszugehen.
- Ep4* Ein niedriges kriminelles Rückfallrisiko impliziert eine leichtere Erfüllbarkeit der Bedingung, die zu untersuchende Person „von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten“.
- Ep5* Sofern prosoziale Werte und entsprechendes Verhalten wie z. B. Erwerbstätigkeit, Versorgung von Angehörigen oder Anerkennung für andere soziale Leistungen vorhanden sind und auch in der Vergangenheit handlungsrelevant waren, ist von Ressourcen für die Selbstwertstabilisierung, die therapeutisch genutzt werden können, auszugehen.
- Ec5* Im Rahmen von Dissozialität können oppositionelles Verhalten und Autonomiebedürfnis so ausgeprägt sein, dass eine Zugänglichkeit für eine suchtspezifische Behandlung kaum vorhanden ist.
- Ec6* Bei hoher Identifikation mit einem kriminellen Lebensstil und wenn die Selbstwertgratifikation insbesondere durch kriminelle Aktivitäten bestätigt wird, erscheinen die therapeutischen Ansatzpunkte geringer, um jemanden von der Begehung rechtswidriger Taten abzuhalten (in Analogie zu HCR-20^{V3} C2).
- Ec7* Kenntnisse der deutschen Sprache etwa auf Niveau B1 sind für eine Therapie erforderlich. Sofern ein ausreichend langer Vorwegvollzug in Haft, verbunden mit einer Motivation zu einer Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten, angenommen werden kann, käme ggf. ein niedrigeres Ausgangsniveau infrage. Ausländerechtliche Probleme, insbesondere eine Abschiebung unmittelbar aus der Therapieeinrichtung, konterkarieren die Aussicht auf eine Resozialisierung im Rahmen von Lockerungsmaßnahmen. Je mehr Restriktionen aufgrund eines unzureichenden Aufenthaltsstatus zu erwarten sind (z. B. keine Arbeitserlaubnis, keine Aussicht auf medizinische Versorgung außer Notfallbehandlungen), desto schwieriger wird die Resozialisierung.
- Ec8* Erhebliche kognitive Leistungsdefizite können ein Therapiehindernis darstellen, insbesondere, wenn es den Betroffenen nicht möglich ist, adäquat an den Gruppentherapien teilzunehmen, und die Gefahr besteht, dass sie sich überfordert fühlen und resignieren. Gruppentherapien haben eine wichtige Funktion in der stationären Behandlung von Suchterkrankungen und gehören zum Standard.
- Ec9* Wenn das konsumbezogene Verhalten in Verbindung mit einem gehobenen Lebensstil steht, kann es schwierig sein, entsprechende Ansprüche auf andere Weise zu befriedigen. Sofern zu erkennen ist, dass der betroffenen Person ein Perspektivenwechsel kaum gelingen wird (beispielsweise aufgrund einer ausgeprägten narzisstischen Anspruchshaltung), kann dies als erhebliches Therapiehindernis aufgefasst werden.
- Ep10* Sofern das eigene Konsumverhalten und die hiermit einhergehende Kriminalität als persönlichkeitsfremd wahrgenommen werden, zeigt sich hierin bereits ein Bedürfnis nach Veränderung des bisherigen Lebenskonzeptes, das in der Regel therapeutisch genutzt werden kann.
- Ep11* Es liegen stabile prosoziale Persönlichkeitsstile, Werte und Bedürfnisse jenseits einer Suchtproblematik vor, welche im Rahmen einer Therapie typischerweise weiterentwickelt werden können, um als Gegengewicht zur substanzbezogenen Bedürfnisbefriedigung genutzt zu werden.
- Ep12/Ec12* Das Vorhandensein von Coping-Strategien jenseits von Substanzkonsum zur Bewältigung von psychosozialen Stressoren weist hin auf erhaltene Ressourcen, die auch therapeutisch gut genutzt und weiterentwickelt werden können. Liegen diese nicht vor, ist mindestens mit einem höheren therapeutischen Aufwand zu rechnen (in Anlehnung an ILRV C6; HCR-20^{V3} R5; Tab. 2 *Hp19/Hc19* und Tab. 4 *Sp11/Sc11* sowie Tab. 5 *Gp8*).
- Ep13* Sofern die Zeit zwischen dem Indexdelikt und der Hauptverhandlung bereits zur Neuorganisation des bisherigen Lebens, einer Therapieanbahnung oder der Klärung zurückliegender Schwierigkeiten genutzt werden konnte, kann dies als Zeichen einer erhöhten Therapiemotivation, Änderungsbereitschaft bzw. -fähigkeit verstanden werden.
- Ep14* Sofern ein geeigneter sozialer Empfangsraum bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung erkennbar ist, wie z. B. konstituiert durch Schul- und Ausbildungsabschlüsse, stabile familiäre Bindungen, Arbeits- und Wohnmöglichkeiten und sinnstiftende Freizeitaktivitäten, kann dies im Kontext der Therapie genutzt und daran angeknüpft werden (s. a. HCR-20^{V3} R2, R3).
- Ep15/Ec15* Dominierende Komorbidität (ILRV B6 [HCR-20 H6]; HCR-20^{V3} H6), z. B. ausgeprägte emotionale Instabilität (ILRV C5 [HCR-20 C4]; HCR-20^{V3} C4), kann die Behandlung erschweren, wenn dadurch die Fähigkeit, an therapeutischen Gruppenaktivitäten teilzunehmen, eingeschränkt wird (Ec8). Chronisch verlaufende, schwere oder weitgehend therapieresistente psychische Störungsbilder mit unzureichender therapeutischer Ansprechbarkeit stellen in der Regel sehr hohe therapeutische Anforderungen, denen im Rahmen der begrenzten Behandlung in einer Entziehungsanstalt nicht ausreichend begegnet werden kann. Demgegenüber stellen gut behandelbare Störungsbilder, die möglicherweise sogar im Sinne einer Selbstbehandlung die Entstehung einer Sucht begünstigen, typischerweise kein Therapiehindernis dar (ADHS, depressive Störungsbilder).
- Bei *Therapieerfahrung* können zusätzlich folgende Indikatoren benannt werden:
- EEp1* Sofern zurückliegende konsumbezogene Therapien bereits erkennbare Fortschritte z. B. im Bereich von problematischen Verhaltensstilen, Fähigkeit zur Selbstkritik, Reduktion des Konsums, Stabilisierung von sozialen Bindungen, Durchhaltevermögen am Arbeitsplatz und sinnvoller Freizeitgestaltung erkennen lassen, ist anzunehmen, dass eine erneute/erweiterte Therapie zu einer weiteren Verbesserung beitragen kann (s. a. HCR-20^{V3} C5).
- EEc2* Ist bereits eine suchtspezifische Hospitalisierung eingetreten (ggf. erkennbar an Einforderung von Medikamenten, Inanspruchnahme des medizinischen Systems zur Aufrechterhaltung der SKS; in Anlehnung an ILRV C7), spricht dies eher gegen eine Erfolgsaussicht. Nicht gemeint ist eine Agonistenbehandlung bei Opiat-/Opioidabhängigen, soweit diese eine Stabilisierung des Konsumverhaltens und eine Teilnahme an Therapien ermöglicht. Ebenfalls ausgenommen ist die Konstellation, dass eine schwere Abhängigkeitserkrankung vorliegt und eine entsprechende Resozialisierung geplant wird (z. B. in ein soziotherapeutische Langzeiteinrichtung), und sofern die Betroffenen sich auf ein solches Therapieziel einlassen können.
- EEc3* Wenn vorausgegangene spezifische Behandlungen nicht zu einer Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstkritik oder einem Störungsbewusstsein geführt haben, ist die Chance, dass diese zentralen Aspekte in einer weiteren Therapie geweckt werden können, eher gering. Insbesondere wäre nach vorausgegangener Therapie zu erwarten, dass zumindest teilweise auch ein intrinsisches Bedürfnis nach einer Veränderung der bisherigen konsumbezogenen Bewältigungsstrategien erkennbar wird, und nicht nur eine durch externe Faktoren bedingte Motivation zur Therapieeinnahme besteht (ILRV C1, C2; HCR-20^{V3} C1, C5, R4; s. Abschn. 4.2.3). Die Einbindung in eine Motivationsphase ist entbehrlich, da die Betroffenen wissen, was sie im Verlauf einer Therapie erwartet.
- EEc4* Bestehen unzureichendes Bewusstsein für einen inadäquaten Umgang mit Belastungssituationen und Überforderung bzw. mangelnde Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen, bietet sich wenig Ansatz für therapeutische Interventionen (s. a. HCR-20^{V3} R5).
- EEc5* Je höher der Stellenwert des Konsums und je geringer die Fähigkeit zur diesbezüglichen Selbstkritik in Bezug auf das Konsumverhalten sind, desto schwieriger wird es, Ansatzpunkte für eine therapeutische Intervention zu finden. Dies gilt umso mehr bei therapieerfahrenen Personen, da in solchen Fällen eine hohe Identifikation und Selbstdefinition trotz selbsterfahrener diesbezüglicher negativer Konsequenzen anzunehmen ist. Dies spricht für eine starke Bindung an bisherige Verhaltensweisen und eine geringe Änderungsbereitschaft (in Analogie: ILRV C1 und C2; HCR-20^{V3} C1, C2).
- EEc6* Sofern bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung erkennbar wird, dass eine Beteiligung an Therapieverfahren generell abgelehnt wird (z. B. Manipulation bei Abstinenzkontrollen; ILRV D8 [HCR-20 R4]; HCR-20^{V3} C5, R4), ist dies bei therapieerfahrenen Personen zu respektieren (wohingegen bei therapieunfähigen Personen der Versuch des Weckens einer solchen Bereitschaft in einer Motivationsphase unternommen werden sollte.)
- EEc7* Werden die Ursachen für die derzeit bestehenden gesundheitlichen oder sozialen Schwierigkeiten nicht im Kontext des Substanzmittelkonsums, sondern vielmehr als Ausdruck von Folgen anderer, äußerer, durch das Individuum nicht veränderbarer Faktoren gesehen, bietet sich wenige Ansatzpunkte für eine Therapie.
- EEc8* Sofern wenig Bereitschaft besteht, ein substanzkonsumbegünstigendes Umfeld zu verändern (z. B. Partnerschaft, andere Beziehungen, Arbeits- oder Wohnungsumfeld, Freizeitverhalten), dürften spätestens im Zuge von Entlassungsvorbereitungen erhebliche therapeutische Schwierigkeiten auftreten (in Anlehnung an ILRV D1, D2, D3; HCR-20^{V3} R2, R3).
- EEp9* Günstig ist, wenn die Betroffenen bereits konkrete Therapieziele benennen können, die sie noch erreichen wollen.

kann. Sollten einer Lockerung dementsprechende Gründe entgegenstehen, ist auch eine Erprobung unter höheren Freiheitsgraden nicht in vollem Umfang durchführbar, was wiederum prognostische Einschätzungen erschwert. Mitunter kommt es vor, dass auch Staatsanwaltschaften der Einsetzung bestimmter Lockerungsstufen entgegenreten, was den oben genannten Konflikt noch verschärft.

Eine weitere Problematik kann mit der Schaffung eines geeigneten sozialen Empfangsraumes verbunden sein. Üblicherweise ist in der Therapie gemäß § 64 StGB nach erfolgreichem Durchlaufen der intensivtherapeutischen Behandlungsphase im gesicherten Setting ein Übergang in eine Resozialisierungsphase im engeren Sinne vorgesehen. Durch die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und einer therapeutisch begleiteten Erprobung der längerfristigen Arbeitsfähigkeit sollen die Patienten befähigt werden, sich ein Auskommen ohne Rückgriff auf deliktisches Handeln zu sichern. Liegt bei einem Patienten mit Migrationshintergrund beispielsweise keine Arbeitserlaubnis vor, ist die Durchführung dieses Behandlungsschrittes erschwert, da die Konsequenzen fehlende finanzielle Ressourcen, fehlende Tagesstruktur und ein Mangel an Perspektiven wären. Zwar könnten Patienten gemäß entsprechenden Regelungen im Asylbewerberleistungsgesetz (§ 5) beispielsweise ehrenamtliche und karitative Beschäftigungen aufnehmen, die umrissenen Grundprobleme (Geldmangel, fehlende mittel- und langfristige Perspektive auf selbstständige Lebensgestaltung, ungünstige Kriminalprognose) blieben jedoch bestehen. Liegt zudem auch keine freie Niederlassungserlaubnis vor, so ist in den meisten Fällen in der Lockerungsphase der Serienbeurlaubungen bzw. des Probewohnens eine Wohnungnahme lediglich in einer staatlichen Gemeinschaftsunterkunft möglich. Dies kann bedeuten, dass es eine Entlassung in das gleiche Umfeld gibt, in dem sich Substanzkonsum und Straffälligkeit vor der Unterbringung entwickelt hatten. Dies wiederum erscheint aus kriminalprognostischer Sicht wenig sinnvoll, da ein rasches Erodieren der erreichten Behandlungserfolge zu erwarten wäre.

Zusammengefasst können aus dieser komplexen Problematik ein wenig sinnhafter Einsatz von Ressourcen, wiederholte Frustrationen für alle Beteiligten und große Härten für betroffene Patienten erwachsen.

4.2.7 Leugnen

In der Behandlung von Suchtkranken können Parallelen zu den Erkenntnissen über das Leugnen von Sexualstraftaten gezogen werden, wie in den Arbeiten von Endres und Breuer (2014) beschrieben (zum folgenden Abschnitt: Endres und Breuer 2014 sowie Referenzen darin). Ähnlich wie bei Sexualstraftätern kann auch bei Suchtkranken das Leugnen ihres problematischen Suchtmittelgebrauchs ein Hindernis

für die Therapie darstellen und als Indikator für ein erhöhtes Rückfallrisiko angesehen werden.

Das Risk-Need-Responsivity (RNR)-Modell von Bonta und Andrews (2017) bietet die Möglichkeit, das Leugnen nicht ausschließlich als Risikofaktor zu betrachten, sondern als ein Problem der Ansprechbarkeit auf die Behandlung. Es können beispielsweise Behandlungsangebote entwickelt werden, deren Funktion darin besteht, auch leugnende Straftäter auf eine Therapie vorzubereiten, in dem durch Informationsvermittlung und psychische Stabilisierung die Ängste vor dem Eingeständnis abgebaut werden. Das Leugnen selbst und auch der Umgang damit erfordern demnach wiederum eine differenzierte und individuelle Betrachtungsweise, zumal im forensischen Kontext Vorsicht geboten ist bei für den Angeklagten nachteiligen Schlüssen aus zulässigem Verteidigungsverhalten (Abschn. 1.2.3).

Speziell im hier vorliegenden Kontext einer Behandlung gemäß § 64 StGB, die ihrer Natur nach hinsichtlich ihres zeitlichen und damit auch inhaltlichen Umfangs begrenzt ist, zeigt die klinische Erfahrung, dass mitunter etwas Zeit für die Vertrauensbildung und den Einstieg in eine ernsthafte innere Auseinandersetzung benötigt wird. Allerdings führen Konstellationen, in denen wesentliche dysfunktionale und kriminalprognostisch relevante Anteile der Persönlichkeit und Verhaltensweisen dauerhaft nicht bearbeitet werden können, das System schnell an seine Grenzen, da die Krankheits- und Kriminalprognosen dann nicht wesentlich, tiefgreifend und langfristig zu bessern sind.

4.2.8 Indikatoren für bzw. gegen eine Erfolgsaussicht

Es lassen sich Hinweise für bzw. gegen eine im individuellen Fall vorliegende Erfolgsaussicht ersehen – wobei insbesondere bei der Einschätzung der klinischen Variablen deutlich unterschieden werden muss, ob es sich um therapie-naive oder therapieerfahrene Personen handelt. Bei Ersteren können z. B. weder Motivation noch Coping-Strategien oder eine differenzierte Krankheitseinsicht vorausgesetzt werden. Bei Letzteren hingegen spricht das Nicht-Vorliegen deutlich gegen eine ernsthafte Behandlungsbereitschaft und künftig anzunehmende Behandlungssadhärenz. Zu beachten sind auch hier die bekannten kriminalprognostischen Risiko- bzw. protektiven Faktoren (ILRV, LSI-R), die im Folgenden jedoch nicht nochmals aufgeführt werden. Ebenso sollten zur Einschätzung von tatsächlichen Anhaltspunkten für eine Erfolgsaussicht die einschlägigen Original- und Übersichtsarbeiten aus der Forschung zu Behandlungsprognose und Therapieerfolg herangezogen werden (z. B. Fries et al. 2011; Hartl et al. 2015; Schalast 2019; Berthold und Riedemann 2021; Querengässer und Baur 2021a, b).

Unter Berücksichtigung der bisherigen empirischen Forschung sowie klinischem und gutachterlichem Erfahrungswissen wurden in Tab. 6 Indikatoren zusammengetragen,

die eher *für* bzw. *gegen* eine Erfolgsaussicht sprechen. Die Zusammenstellung dieser Indikatoren wurde in einer ersten Untersuchung zur Anwendungspraxis von § 64 StGB in der novellierten Fassung auf Validität überprüft (Schwarz und Stübner 2023): Basierend auf einer retrospektiven Aktenanalyse von $n=69$ Fällen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Erfolgsaussicht und der Art des Abschlusses der Behandlung, $\chi^2(1, n=69)=3,016, p=0,068, \varphi=0,209$. Demnach lagen bei Patienten, bei denen „tatsächliche Anhaltspunkte“ für eine Erfolgsaussicht im Sinne der hier aufgeführten klinischen Kriterien bejaht worden waren, realiter reguläre Therapieabschlüsse häufiger vor als bei Patienten, deren Therapien vorzeitig erledigt worden waren. Es kann allerdings auch hier kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, und keines der in Tab. 6 aufgelisteten Kriterien stellt eine unbedingte Voraussetzung für eine Erfolgsaussicht dar, weshalb immer das Gesamtprofil betrachtet werden muss.

Abgrenzung zu anderen strafrechtlichen Unterbringungs- und Therapieformen

1 Fälle, in denen die Voraussetzungen für die Anwendung von § 63 und § 64 StGB gleichzeitig vorliegen

Aus rein klinischer Perspektive dominiert in den meisten Fällen, in denen die medizinischen Voraussetzungen sowohl für § 63 als auch § 64 StGB vorliegen, nicht die Substanzgebrauchsstörung das Bild, sondern diejenige Diagnose, die den Eingangsmerkmalen von §§ 20 bzw. 21 StGB zugeordnet werden konnte und damit auch die Voraussetzung zur Anwendung von § 63 StGB bedingt hat. Die Diagnosekombination, welche in diesen Fällen sicherlich am häufigsten vorkommt, ist diejenige einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und einer Substanzgebrauchsstörung, welche auch in kriminalprognostischer Hinsicht als wesentlich risikoreicher bekannt ist als eine der Störungen allein (Übersicht z. B. bei Schanda 2018). Ist die Behandlung der Schizophrenie im betreffenden Fall schon etabliert bzw. gebahnt, kann eine zusätzliche, punktuelle spezifische suchttherapeutische Intervention möglicherweise sinnvoll sein. In der klinischen Realität sind jedoch eher solche Konstellationen anzutreffen, in denen die Doppeldiagnose, die bereits zu Komplikationen im Sinn von Straftaten geführt hat, einen enormen pharmako- und sozialtherapeutischen Interventionsbedarf erfordert, der die Möglichkeiten der forensischen Entziehungsanstalt übersteigt. Gravierende Persönlichkeitsstörungen oder Paraphilien, welche die Schwelle des Eingangskriteriums einer schweren anderen seelischen Störung übersteigen, sind allgemein schwer zu behandeln; die Therapie erfordert Konzepte, die im Rahmen der Be-

handlung gemäß § 64 StGB in der Regel nicht umgesetzt werden können.

Häufig wird daher die dem § 63 StGB zuzuordnende Diagnose die Erfolgsaussicht einer Unterbringung nach § 64 StGB infrage stellen. Kann der Gefährlichkeit des Täters dagegen auch in der Entziehungsanstalt ausreichend begegnet werden, hat das Gericht bei seiner Entscheidung zu beachten, dass die zeitlich begrenzte und daher weniger einschneidende Maßregel nach § 64 StGB unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit derjenigen nach § 63 StGB vorgeht. Ansonsten kommt eine gleichzeitige Anordnung beider Maßregeln, ergänzt um eine Bestimmung der Vollstreckungsreihenfolge in Betracht (§ 72 StGB; zum Ganzen BGH, Beschluss vom 29.06.2016 – 1 StR 254/16, StV 2017, 592; LK/Cirener StGB, 13. Aufl. 2022, § 64 Rn. 176).

2 Abgrenzung zu § 35 BtMG

Liegen die Voraussetzungen des § 64 StGB vor, so hat die Unterbringung Vorrang gegenüber einer Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG, der lediglich eine vollstreckungsrechtliche Sonderregelung enthält. Ein „Wahlrecht“ des Angeklagten besteht insoweit nicht (st. Rspr., z. B. BGH, Beschluss vom 19.07.2022 – 4 StR 116/22; BGH, Beschluss vom 05.04.2022 – 3 StR 75/22; BGH, Beschluss vom 29.09.2020 – 3 StR 195/20; s. Abschn. 4.1.2).

Weitere Gesetzesänderungen auf der Vollstreckungsebene (§ 67 StGB und § 463 StPO)

§ 67 StGB Reihenfolge der Vollstreckung (1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 und 64 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) ¹Das Gericht bestimmt jedoch, dass die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird. ²Bei Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer zeitigen Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. ³Dieser Teil der Strafe ist *in der Regel* so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Entscheidung nach Absatz 5 Satz 1 *erster Halbsatz* möglich ist. ⁴Das Gericht soll ferner bestimmen, dass die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn die verurteilte Person vollziehbar zur Ausreise verpflichtet und zu erwarten ist, dass ihr Aufenthalt im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe beendet wird.

(3) (...)

(4) Wird die Maßregel ganz oder z.T. vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet, bis zwei Drittel der Strafe erledigt sind.

(5) ¹Wird die Maßregel vor der Strafe oder vor einem Rest der Strafe vollzogen, so ~~kann~~ *setzt* das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes unter den Voraussetzungen des § 57 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 *und Satz 2* zur Bewährung *aussetzen*, wenn ~~die Hälfte~~ *zwei Drittel* der Strafe erledigt ~~ist~~ *sind*; *das Gericht kann die Aussetzung auch schon nach Erledigung der Hälfte der Strafe bestimmen, wenn die Voraussetzungen des § 57 Absatz 2 entsprechend erfüllt sind.* ²Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

(6) (...)

§ 463 StPO Vollstreckung von Maßregeln der Besserung und Sicherung (1) (...)

(6) (...) ³Das Gericht erklärt die Anordnung von Maßnahmen nach § 67h Abs. 1 Satz 1 und 2 des Strafgesetzbuchs für sofort vollziehbar, wenn erhebliche rechtswidrige Taten des Verurteilten drohen; *für Entscheidungen nach § 67d Absatz 5 Satz 1 des Strafgesetzbuches bleibt es bei der sofortigen Vollziehbarkeit (§§ 307 und 462 Absatz 3 Satz 2).*

1 Rechtswissenschaftliche Betrachtung

1.1 Frühere Rechtslage

Wenn die Maßregel vor der Strafe oder einem Rest der Strafe vollzogen wurde, war nach bisheriger Rechtslage gem. § 67 Abs. 5 S. 1 eine Aussetzung der Vollstreckung des Strafrestes unter den Voraussetzungen von § 57 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Nr. 3 bereits möglich, wenn erst die Hälfte der Strafe erledigt war. Diese Aussetzungsmöglichkeit zum „Halbstrafenzeitpunkt“ bedeutete eine deutliche Privilegierung im Vergleich zu Insassen des Strafvollzugs, denen üblicherweise eine Strafrestaussetzung erst nach Verbüßung von zwei Dritteln ihrer Strafe ermöglicht wird (§ 57 Abs. 1 StGB). Die Regelung stand schon länger in der Kritik: Sie sei ein „Fehlreiz“ und führe dazu, dass es auch bei an sich ungeeigneten Tätern zur typischen Verteidigungsstrategie geworden sei, die Unterbringung gem. § 64 StGB anzustreben.

Wird eine Unterbringung gem. § 67d Abs. 5 StGB wegen Aussichtslosigkeit beendet, hat der Untergebrachte die Möglichkeit, gem. § 463 Abs. 6 S. 3 i. V. m. § 462 StPO gegen diese Entscheidung Beschwerde einzulegen. Nach bisheriger (wenn auch umstrittener) Rechtsprechung kam der

Beschwerde aufschiebende Wirkung zu (*BT-Drs. 20/5913*, S. 54). Legte man diese Ansicht zugrunde, konnte der Untergebrachte bis zu einer endgültigen Entscheidung des Beschwerdegerichts weiter in der Entziehungsanstalt bleiben.

1.2 Neuregelung und Ziele des Gesetzgebers

Mit der Neuregelung gibt der Gesetzgeber die frühere faktische Privilegierung der im Maßregelvollzug Untergebrachten auf und führt auch bei ihnen durch Änderungen in § 67 Abs. 5 als Regelfall die Möglichkeit der Strafrestaussetzung erst nach Verbüßung von zwei Dritteln der Freiheitsstrafe ein. Damit soll ausdrücklich der bisher bestehende Anreiz beseitigt werden, die Unterbringung nach § 64 StGB auch in an sich ungeeigneten Fällen anzustreben. Hieran wurde durch Änderung des § 67 Abs. 2 Satz 3 StGB auch die Dauer des Vorwegvollzugs einer Begleitstrafe angepasst (*BT-Drs. 20/5913*, S. 50, 51).

Außerdem wurde in § 463 Abs. 6 S. 3 StPO eingefügt, dass es bei Entscheidungen nach § 67d Abs. 5 S. 1 bei der sofortigen Vollziehbarkeit gem. §§ 307, 462 Abs. 3 S. 2 bleibt. Damit ist klargestellt, dass mit der Entscheidung über die Aussichtslosigkeit der weiteren Behandlung auch die Unterbringung (ggf. durch Verlegung in den Strafvollzug) sofort beendet werden kann. Mit dieser Maßnahme soll ein Beitrag zur zahlenmäßigen Entlastung der Entziehungsanstalten geleistet und zugleich vermieden werden, dass das therapeutische Klima durch bis zur Rechtskraft in der Entziehungsanstalt verbleibende Personen negativ beeinflusst wird (*BT-Drs. 20/5913*, S. 54).

2 Erfahrungswissenschaftliche Betrachtung

Grenzen der Begleitstrafen, die einen sachfremden Anreiz jenseits einer Therapiemotivation zu § 64 StGB schaffen, sind schwer zu definieren: In der Regel dürfte sowohl nach dem früheren als auch nach dem neuen Recht bei Strafen bis zu 24 Monaten kein solcher Anreiz bestehen. In der Praxis wird die Konstellation kurzer Begleitstrafen durchaus angegriffen. Nach Abschaffung der Halbstrafenregelung dürfte die sachfremde Attraktivität auch bei hohen Begleitstrafen sicherlich abnehmen, aber die Quantität scheint schwer einschätzbar: Im Maßregelvollzug erfolgen in der Regel bald Rücknahmen von Restriktionen („Lockerungen“), die Ziele der Resozialisierung erfordern eine rasche Außenorientierung, insofern könnte eine Behandlung auch unabhängig von einer Therapiemotivation weiterhin attraktiv bleiben. Erfahrungen aus der gutachterlichen Tätigkeit und aus den Justizvollzugsanstalten legen demgegenüber nahe, dass trotz der bisher geltenden Halbstrafenregelung Straffälligen mitunter eine Behandlung zu anstrengend ist und nicht gewünscht wird und sie die Haft vorziehen. Letztendlich

scheint diese Entscheidung von vielen, auch sehr subjektiven Faktoren abhängig zu sein.

Die mit der Novellierung avisierte umgehende Verschiebung in Haft nach Erledigungsbeschluss könnte in der Praxis zu einer Entlastung beitragen; gegenwärtig sind in manchen Einrichtungen sehr lange Verweildauern nach Beschwerde üblich.

Conclusio

Auf Basis erster Einschätzungen darf angenommen werden, dass die Novellierung des § 64 StGB die Begutachtungsergebnisse und die gerichtliche Anordnungspraxis deutlich verändern könnte. Es bleibt abzuwarten, wie sich dies auf die Anzahl der Unterbringungen und die Zusammensetzung der untergebrachten Personen auswirkt, sowie welche Dynamik sich damit für die behandelnden Kliniken ergeben wird. Es ist vorstellbar, dass es sich bei den zukünftig in Entziehungsanstalten untergebrachten Personen um deutlich kränkere Patienten handeln wird. Offen erscheint auch, ob sich die bislang zu konstatierenden starken regionalen Unterschiede in Anwendung und Unterbringung verändern werden. Die aktuellen Novellierungen erfordern eine Auseinandersetzung mit den veränderten Bedingungen auf rechts- und erfahrungswissenschaftlicher Ebene. Hierzu sollte der vorliegende Artikel Anregungen und Perspektiven geben.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt S. Stübner, R. Werner, G. Groß, M. Schwarz und J. Kaspar geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Andrews DA, Bonta J (1995) The level of service inventory – revised (LSI-R). Multi-Health Systems, Toronto

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. AWMF (2019) S2k-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen (Version 2.0). AWMF-Registernummer: 051-029. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-029l_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2019-12_01.pdf. Zugegriffen: 27. Nov. 2023
- Bachmeier R, Bick-Dresen S, Funke W et al (2021) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/katamnesen/FVS_fachkliniken_alkohol_medikamente/FVS_Katamnese_-_Alkohol_Medikamente_SuchtAktuell__2021-1.pdf. Zugegriffen: 15. Dez. 2023
- Batra A, Bilke-Hentsch O (2022) Praxisbuch Sucht. Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssuchte im Jugend- und Erwachsenenalter, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Bauer O, Knörnschild C (2017) Frauen im Maßregelvollzug. In: Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, al (Hrsg) Praxishandbuch Maßregelvollzug. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 335–342
- Baur A, Queregässer J (2024) Alles beim Alten beim „neuen 64er“? Hinweise für die Auslegung der neu gefassten Anordnungsvoraussetzungen des § 64 StGB. *Strafverteidiger* 44:270–275
- Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (2021) Verwaltungsvorschriften zum Bayerischen Maßregelvollzugsgesetz (VVBayMRVG) vom 05.07.2021. Aktenzeichen: II5/2182-1/63. https://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/images/zbfs_intranet/produktgruppe_x/vvbaymrvvg_05.07.2021_450-a-12174.pdf. Zugegriffen: 27. Nov. 2023
- Berthold D, Riedemann C (2021) Welche Patienten haben eine „hinreichend konkrete Aussicht“ auf einen Behandlungserfolg in der Maßregel nach § 64 StGB? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 15:169–178
- Berthold D, Randzio S, Quade D, Riedemann C (2023) Zunahme an Untergebrachten mit schwerwiegenden BtMG-Delikten in den Entziehungsanstalten. *Recht Psychiatr* 41:135–142
- Boetticher A, Kröber H-L, Müller-Isberner R et al (2007) Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 1:90–100
- Boetticher A, Koller M, Böhm KM et al (2019) Empfehlungen für Prognosegutachten: Rechtliche Rahmenbedingungen für Prognosen im Strafverfahren. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 13:305–333
- Boksán K, Dechant M, Weiss M, Hellwig A, Stemmler M (2023) A meta-analysis on effects of incarceration-based opioid substitution treatment. *Med Sci Law* 63(1):53–60
- Bolzmacher M, Born P, Eucker S, von Franqué F, Holzinger B, Kötter S, Müller-Isberner R, Schmidbauer W (2014) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 V3. Deutsche Übersetzung. Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V., Gießen.
- Bonta J, Andrews DA (2017) The psychology of criminal conduct, 6. Aufl. Routledge, New York
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (2022) Abschlussbericht vom 22.11.2021. https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2022_Bericht_Massregelvollzug.pdf?__blob=publicationFile&v=1. Zugegriffen: 27. Nov. 2023
- Bundesärztekammer (2023) Richtlinie der Bundesärztekammer zur substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/suchtmedizin/illegale-drogen/substitutionsgestuetzte-behandlung-von-opioidabhaengigen>. Zugegriffen: 27. Nov. 2023

- Coste D, North B, Trim J (2013) Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: lernen, lehren, beurteilen: Niveau A1, A2, B1, B2, C1, C2. Klett, Stuttgart
- Dahle K-P (1994) Therapiemotivation inhaftierter Straftäter. In: Steller M, Dahle K-P, Basqué M (Hrsg) Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Centaurus, Pfaffenweiler, S 227–246
- Dahle K-P (1995) Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug. Roderer, Regensburg
- Dahle K-P, Harwardt F, Schneider-Njepel V (2012) Inventar zur Einschätzung des Rückfallrisikos und des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs von Straftätern. Hogrefe, Göttingen (Deutsche Version des Level of Service Inventory – Revised nach Don Andrews und James Bonta)
- Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H (2013). HCR-20 V3: Assessing risk for violence- User Guide. Burnaby, Canada_ Mentals Health, Law and Policy Institute, Simon Frasier University
- Endres J, Breuer MM (2014) Leugnen bei inhaftierten Sexualstraftätern. Ursachen, Korrelate und Konsequenzen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 8:263–278
- Fries D, Endrass J, Riedinger M, Urbaniok F, Rosegger A (2011) Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 79:404–410
- Gericke B, Kallert TW (2007) Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiatr Prax* 34:218–226
- Geschwinde T (2018) Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen. Springer, Berlin
- Gloster AT, Rinner MTB, Ioannou M et al (2020) Treating treatment non-responders: a meta-analysis of randomized controlled psychotherapy trials. *Clin Psychol Rev* 75:101810
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Groß G (2004) Deliktbezogene Rezidivraten im internationalen Vergleich (Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität, München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/1834/1/Gross_Gregor.pdf. Zugegriffen: 25. Mai 2023
- Hare RD (2003) Hare psychopathy checklist-revised (PCL-R; 2nd ed.). Multi Health Systems, Toronto
- Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, Cormier CA (2015) Violent offenders: appraising and managing risk, 3. Aufl. Washington, DC, American Psychological Association
- Hartl C (2012) Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße (Dissertation). Universität Regensburg, Regensburg
- Hartl C, Schlauderer R, Schlögl C, Mache W (2015) Wie sinnvoll und effektiv ist die Behandlung von suchtkranken Straftätern gem. § 64 StGB? *Monatsschr Kriminol Strafrechtsreform* 98:513–526
- Höfer FXE, Sieben R, Habermeyer E (2023) Zieloffenheit im Schweizer Sucht-Maßregelvollzug. *Recht Psychiatr* 41:32–38
- Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M (2010) Cultures and organizations: software of the mind, 3. Aufl. McGraw-Hill, New York
- Jehle J-M, Albrecht H-J, Hohmann-Fricke S, Tetal C (2021) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen – Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2013 bis 2016 und 2004 bis 2016. https://pure.mpg.de/rest/items/item_3284681_5/component/file_3291030/content. Zugegriffen: 18. Dez. 2023
- Kaspar J (2021) Ausländische Untergebrachte im Vollzug des § 64 StGB – eine „Problemklientel“? *Recht Psychiatr* 3:155–162
- Kemman D, Muhl C, Erben C et al (2023) Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. *SuchtAktuell* 1:37–44
- Klos H, Görden W (2020) Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Hogrefe, Göttingen
- Konrad N, Huchzermeier C, Rasch W (2019) Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Rechtsgrundlagen, Begutachtung und Praxis, 5. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Kröber H-L, Brettel H, Rettenberger M, Stübner S (2019) Empfehlungen für Prognosegutachten. Erfahrungswissenschaftliche Empfehlungen für kriminalprognostische Gutachten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 13:334–342
- Linden M, Baron S (2005) Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation* 44:144–151
- Lutz M, Streb J, Titze L, Büsselmann M, Riemat N, Prüter-Schwarte C, Dudeck M (2021) Migrants with schizophrenia in forensic psychiatric hospitals—benefit from high-intensity second language programs. *Front Psychiatry* 12:711836
- Lutz M, Querengässer J, Bezzel A, Schlögl C, Streb J, Dudeck M (2023) Behandlungsergebnisse von Maßregelpatient:innen mit Migrationshintergrund. Analyse bayerischer Daten zur Qualitätserfassung von 2010 bis 2019. *Psychiatr Prax* 50:250–255
- Mayer J, Wolf V, Steiner I, Franke I, Klein V, Streb J, Dudeck M (2023) Rückfallprognose bei Straftäterinnen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 17:189–198
- Mokros A, Hollerbach P, Nitschke J, Habermeyer E (2017) Hare Psychopathy Checklist-Revised. Deutsche Version der Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) von R. D. Hare. Hogrefe, Göttingen
- Müller JL, Saimeh N, Briken P et al (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Nervenarzt* 88:1–29
- Müller-Isberner R, Jöckel D, Cabeza SG (1998) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. Institut für Forensische Psychiatrie, Haina
- Nathan BE, Halbach H, Harris I, Seevers MH (1965) Drug dependence: its significance and characteristics. *Bull World Health Organ* 32:721–733
- Nedopil N (2005) Die Integrierte Liste der Risikovariablen. In: Nedopil N (Hrsg) Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 282–292
- Paulhus DL (2014) Toward a taxonomy of dark personalities. *Curr Dir Psychol Sci* 23:421–426
- Paulhus DL, Williams KM (2002) The Dark Triad of personality: narcissism, machiavellianism, and psychopathy. *J Res Pers* 36:556–563
- Pollähne H, Kemper A (2007) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). *Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik* (Bd. 10). LIT, Berlin
- Querengässer J, Baur A (2024) Zwischen Schönheitskorrektur und Paradigmenwechsel? – Versuch einer Einordnung der erfolgten Novelle des § 64 StGB und weiterer Reformansätze. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 18:61–70
- Querengässer J, Baur AD (2021a) Prädiktoren des Entlassmodus aus forensischer Suchtbehandlung: Erster Teil einer Übersichtsarbeit zu Erfolgsdeterminanten einer Unterbringung gemäß § 64 StGB. *Fortschr Neurol Psychiatr* 89:496–506
- Querengässer J, Baur AD (2021b) Prädiktoren der Legalbewährung nach forensischer Suchtbehandlung: Zweiter Teil einer Übersichtsarbeit zu Erfolgsdeterminanten einer Unterbringung gemäß § 64 StGB. *Fortschr Neurol Psychiatr* 89:507–515
- Querengässer J, Berthold D (2022) Vom gesetzlichen Anspruch und den Grenzen der gutachterlichen Möglichkeiten – Plädoyer für die Streichung der „Behandlungsprognose“ aus § 64 StGB. *KriPoZ* 1/2022:8–14
- Querengässer J, Traub H-J (2020) Women in German forensic addiction treatment: Epidemiology and gender-related decision making in jurisdiction. *Int J Law Psychiatry* 70:101567

- Querengässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross T (2015) Outcomeprädiktoren forensischer Suchtbehandlungen. *Recht Psychiatr* 33:34–41
- Querengässer J, Ross T, Bulla J, Hoffmann K (2016) Neue Wege in die Entziehungsanstalt – Reformvorschläge für den § 64 StGB. *NStZ* 36:508–510
- Querengässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross T (2017) Outcomeprädiktoren forensischer Suchtbehandlungen Teil II. *Recht Psychiatr* 35:139–146
- Rasch W (1986) *Forensische Psychiatrie*. Kohlhammer, Stuttgart
- Rettenberger M, Hertz GP, Eher R (2017) Die deutsche Version des Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R). Elektronische Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ), Niedersachsen
- Sachse R (2013) *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Saß H (1985) Ein psychopathologisches Referenzsystem zur Beurteilung der Schuldfähigkeit. *Forensia* 6:33–43
- Schalast N (2009) Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 3:294–301
- Schalast N (2019) Ergebnisse der Essener Evaluationsstudie. In: Schalast N (Hrsg) *Straffällige mit Suchtproblemen – Fakten, Erfahrungen und Ergebnisse der Essener Evaluationsstudie*. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 29–150
- Schalast N (2021) Zur Debatte um die Reform der gesetzlichen Voraussetzungen einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 15:179–187
- Schalast N (2023) Behandlung substanzabhängiger Straftäter. In: Bliessener T, Lösel F, Dahle K-P (Hrsg) *Lehrbuch Rechtspsychologie*, 2. Aufl. Hogrefe, Bern, S 561–578
- Schalast N (2024) Aspekte der Behandlung straffälliger Menschen mit Suchtproblemen. In: Völlm B, Schiffer B (Hrsg) *Forensische Psychiatrie. Rechtliche, klinische und ethische Aspekte*. Springer, Heidelberg, S 489–506
- Schalast N, Kösters C, Mushoff S, Demmerling R (2009) Zur Prognose des Behandlungsverlaufs bei strafrechtlicher Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Sucht* 55:19–29
- Schalast N, Kösters C, Demmerling R, Mushoff S (2011) Drei prognostisch und therapeutisch relevante Gruppen alkoholabhängiger Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Psychiatr Prax* 38:31–37
- Schalast N, Frey M, Nau B, Boateng S, Leygraf N (2021) Zum Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt und zu methodischen Einwänden gegen die Essener Evaluationsstudie. *Psychiatr Prax* 48:412–420
- Schanda H (2018) Schizophrenie und Gewalt. In: Stompe T, Schanda H (Hrsg) *Schizophrenie und Gewalt. Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*, Berlin, S 11–56
- Schüler-Springorum M, Unsel M, Wolf T (2024) Die Neuregelung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB – rechtliche und praktische Gesichtspunkte. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*. <https://doi.org/10.1007/s11757-023-00817-0>
- Schwarz M, Berthold D, Bezzel A, Stübner S (2023) Weibliche Jugendliche und Heranwachsende im Justiz- und im Maßregelvollzug. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 17:160–173
- Schwarz M, Stübner S (2023) Die Novellierung von § 64 StGB – potenzielle Auswirkungen auf den Maßregelvollzug. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 17:421–435
- Schwarz M, Kaspar J, Werner R, Groß G, Stübner S (2024) Zur Anwendung der Neufassung von § 64 StGB bei Jugendlichen und Heranwachsenden – rechts- und erfahrungswissenschaftliche Perspektiven. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*. <https://doi.org/10.1007/s11757-024-00832-9>
- Singer M, Eckermann G (2023) Spezielle Aspekte der pharmakotherapeutischen Behandlung forensisch untergebrachter Patientinnen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 17:145–159
- Soyka M (2024) Neufassung des § 64 StGB und dessen Bedeutung für die Unterbringung von suchtkranken Rechtsbrechern im Maßregelvollzug. *Nervenheilkunde* 43:92–96
- Soyka M, Steinböck H (2022) Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug. *Fortschr Neurol Psychiatr* 90:559–564
- Stübner S, Schwarz M (2024, under review) Die „Hangkriterien“ der Neufassung von § 64 StGB – Implikationen für das Therapieergebnis?
- Szonnert I, Hirsch ND, Michels II, Stöver H, Fleißner S, Keppler K (2023) Chancen und Hürden einer medikamenten-gestützten Behandlung Opioidabhängiger im deutschen Maßregelvollzug. *Suchttherapie* 24:1–9
- Volckart B, Grünebaum R (2015) Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Erziehungsanstalt. Carl Heymanns, Köln
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997) HCR-20: Assessing the risk for violence (Version 2). Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute, Burnaby

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.