



## QCT Europe Literaturübersicht Deutschland

Wolfgang Heckmann, Viktoria Kersch, Elfriede Steffan  
Juli 2003

### Einleitung

Als Reaktion auf zunehmenden Drogenkonsum wurde in Deutschland im Jahre 1971 ein neues Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verabschiedet. Geregelt wird in der Neufassung die Therapieüberleitung für drogenabhängige Straftäter mit Zurückstellung der Strafvollstreckung. Basis dafür waren die internationalen Übereinkommen über „Narcotic Drugs“ (1961) und „Psychotropic Substances“ (1971).<sup>1</sup> 1981 wurde das BtMG novelliert, um negative gesundheitliche und soziale Folgen des Konsums zu reduzieren, während Strafen für den Handel mit Drogen verschärft wurden. „Therapie statt Strafe“ (QCT) obliegt der Entscheidung von Gericht und dem Betroffenen selbst.

Zwangmaßnahmen (CT) werden nach dem Strafgesetzbuch (StGB) verhängt. Betroffen sind vornehmlich so genannte „Therapieresistente“ oder Straftäter mit psychischer Beeinträchtigung, die in eine Entwöhnung verwiesen werden. Zwangmaßnahmen bei Suchtmittelabhängigen treten oftmals nach mehreren gescheiterten „Therapie statt Strafe“ Versuchen in Kraft.

Mit QCT Maßnahmen wurden Sondervorschriften für drogenabhängige Straftäter erlassen, um deren Zugang zu Behandlung/Therapie und damit sozialer Integration zu fördern.

Die Kombination von Behandlung unter Repression soll drogenabhängigen Straftätern ermöglichen sich mit dem genuinen Problem der Drogenabhängigkeit zu beschäftigen und eine Behandlung anzutreten. Die Übersicht wurde analog des Arbeitspapiers der QCT (November 2002) Projekt Arbeitsgruppe erstellt unter den Fragstellungen

- a) Zusammenhang zwischen Drogen und kriminellem Verhalten
- b) Daten über die Prävalenz von Drogenabhängigen und kriminellen Drogenabhängigen in Deutschland und deren Verbrechenleistungen
- c) Effektivität der therapeutischen Interventionen für Drogenabhängige und drogenabhängige Straftäter
- d) Einfluss von QCT auf therapeutische/psychosoziale Interventionen und
- e) QCT Verfahren und deren Weiterentwicklungsnotwendigkeiten
- f) sich aus allen genannten Faktoren ergebende Fragstellungen für das aktuelle QCT EU Forschungsprojekt

Dieser Übersichtstext versucht Untersuchungen, die in Deutschland zum Thema QCT gemacht wurden zusammenzufassen oder greift Ergebnisse von Studien in deutscher Sprache auf, die als internationale Kooperationsprojekte durchgeführt wurden. Die hier gesammelten Ergebnisse wurden aus Bibliotheken und Datenbanken<sup>2</sup> (Internet) zum Thema sucht sowie aus Fachzeitschriften zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zusammengestellt.

---

<sup>1</sup> ELDD (2001). European Legal Database on Drug Abuse, EMCDDA Project

<sup>2</sup> [www.archideo.de](http://www.archideo.de) ; [www.drugnet.com](http://www.drugnet.com), [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov); [www.bisd.ro.uni-bremen.de](http://www.bisd.ro.uni-bremen.de); [www.drugtext.org](http://www.drugtext.org)

## **Drogenkonsum und Kriminalität**

Der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und kriminellem Verhalten ist unübersehbar, da Drogenkonsum per se als deviantes kriminelles Verhalten definiert ist. Der Gesetzesverstoß wird zum konstitutiven Element einer Krankheit. Die Dauer der Abhängigkeit korreliert positiv mit der Dauer von Gefängnisaufenthalten, ebenso bedingt die Dauer der Abhängigkeit die Gesamtdauer von genutzten psychosozialen Interventionen (Sickinger und Kindermann, 1992). D.h. im Leben des Drogenabhängigen drängen Haft und Therapie die in privaten Lebensbezügen verbrachte Zeit zurück.

In einer Studie konnte der Anstieg von der ersten Strafverhandlung bis zur vierten den Anstieg in der Schwere der Delikte abbilden. Ist der Tatbestand der ersten und zweiten Verhandlung „Drogenbesitz“, so verändert er sich später zur vierten Verhandlung zu „Drogenhandel“ (Hedrich, 1992). Mit dem erhöhten Drogengebrauch, steigt auch die Zahl krimineller Handlungen und die Neigung zu Verbrechenleistungen erhöht sich.

Drogenabhängige Männer und Frauen haben eine signifikant verschiedene Anzahl von Strafverfahren, die auf der Verschiedenheit der Schwere der Delikte und auf einer niedrigeren Anzahl von Vorstrafen beruht. Das zweite und dritte eingeleitete Strafverfahren beläuft sich bei Frauen in der Regel nach wie vor auf Drogenbesitz, während Männer auf dieser Stufe der Straffälligkeit bereits Handel und Verbreitung von Drogen, Raub, Diebstähle etc. aufweisen (Hedrich, 1992).

Eine Schweizer Studie zeigt, dass Männer und Frauen zwar die gleiche Anzahl von Delikten vorweisen, allerdings das Risiko der Strafanzeige und –verhandlung für Männer ungleich höher ist (Dobler-Mikola, 2000). Diese Daten lassen die Annahme zu, dass geschlechtsspezifische Umgangsweisen und geschlechtsrollenorientierte Verfahrensweisen bei der Justiz verbreitet sind. (Mutterschaft, Frauen als „schwaches“ Geschlecht).

### **Schätzzahlen der Drogenkonsumenten in Deutschland 2000**

Im folgenden Kapitel sind die Daten der neuen und alten Bundesländer getrennt dargestellt, da sich der Gebrauch von Drogen und Drogenbezogenen Kriminalität deutlich unterschiedlich in ihrer Ausprägung zeigen.

In den „neuen“ Bundesländern ist der Gebrauch „harter“ Drogen deutlich niedriger als in den „alten“ Ländern, ausgenommen ist hier Ecstasy. 21,8% der Befragten zwischen 18 – 59 Jahren haben mindestens ein Mal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies 8,5 Millionen Menschen. Männer haben mit 25,4% deutlich mehr Erfahrung als Frauen mit 18,1%.

Der geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich in den neuen Bundesländern noch deutlicher (Männer 14,6%; Frauen 7,1%). In der Gruppe der jungen Erwachsenen (18-39 Jahre) beträgt der Anteil der Drogenerfahrenen 29,5%.

Mehr als ein Viertel (28%) der bundesdeutschen Jugendlichen im Alter von 12-25 Jahren hat Erfahrung mit Drogen. In dieser Altersgruppe gleichen sich neue und alte Bundesländer bereits an. Die Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2001) gehen von 120.000 – 150.000 Personen, die abhängig von illegalen Drogen sind, aus. Ausgenommen sind hier Cannabiskonsumenten.

Analog von Repräsentativerhebungen (Kraus und Augustin, 2000; BzGA, 2001) ergibt sich folgendes Bild der aktuellen Prävalenz und unterschiedlichen Drogenprofile in Deutschland:

- Die stärkste Gruppe der Konsumenten sind Cannabisgebraucher. Mehr als 10 Millionen Menschen (21,4%), die meisten im Alter bis 39 Jahre, haben Erfahrung mit Cannabisprodukten. 3,4 Millionen Menschen haben Cannabis in den letzten 12 Monaten geraucht. Aktuelle Cannabiskonsumenten sind nach den Hochrechnungen ca. 3 Millionen Deutsche. Die Prävalenz zeigt sich auch hier deutlich höher bei Männern als bei den Frauen.

Bei Cannabis und Amphetaminderivate konsumierenden Jugendlichen häufen sich zunehmend die QCT Maßnahmen.

- Die Verbreitung des Ecstasykonsums hat sich in den letzten Jahren stabilisiert. Die Prävalenzwerte betragen für die Lebenszeitprävalenz 4%. Für die 12 Monatsprävalenz sind es 10,6% im Westen und 9% in im Osten Deutschlands (Grundlage ist die Altersgruppe der 18 – 39 jährigen).
- Kokain weist ein gleichförmiges Wachstum auf. Hier sowie auch bei Heroin korrespondieren die Prävalenzwerte mit den Daten der Aufnahmen Behandlungseinrichtungen. Nach wie vor ist Kokain eine Beigebrauchsubstanz, wird allerdings nun häufiger auch von Personen als Primärdroge konsumiert. Die 12-Monats- Prävalenzen betragen für das Jahr 2000 im Westen der BRD 3,8% und im Osten 2,9% der 18 – 39 Jährigen.
- Heroin und andere Opiate werden in Deutschland in nur sehr geringem Ausmaß konsumiert. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 0,5%. Im Westen 0,5% und 0,7% im Osten Deutschlands. Die 12-Monatsprävalenz bei 0,2% bzw. 0,3% (DBDD, 2001). Die Zahl dieser problematischen Fälle ist in den letzten Jahren relativ stabil.
- Crack wird in Deutschland bisher lediglich in den Metropolen Hamburg und Frankfurt auffällig konsumiert. Nach Beobachtungen etabliert sich allerdings auch in Hannover eine sehr kleine Szene und auch in Berlin. Sie zeichnet sich durch eine hohe Gewaltbereitschaft als höchstproblematische Gruppe aus. Eine Basisdokumentation aus Frankfurt nennt erste Zahlen. Dort waren 1999 von 2.160 befragten Drogenabhängigen 27% männliche und 26% weibliche Crackkonsumenten (Stöver, 2000).

### **Rauschgiftkriminalitätsstatistik 2000 in Deutschland**

Steigende Deliktzahlen bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz und steigende Zahlen bei drogenassoziierten Straftaten (Beschaffungskriminalität) oder auch Straftaten unter Drogeneinfluss sowie auch die erhöhte Anzahl von Drogentoten belegen die Brisanz der Drogen- respektive Suchtproblematik in Deutschland.

Rauschgiftdelikte in Zusammenhang mit Cannabisprodukten dominieren die Statistik. Großstädte, wie Berlin, Frankfurt und Hamburg sind bei Delikten um Heroin und Kokain sowie auch Crack überrepräsentiert.

2000 erreicht die Rauschgiftkriminalität einen absoluten Höchststand. Sind es 1990 103.629 Vergehen im Zusammenhang mit Drogen, so sind es 2000 mit einem Zuwachs von 235% 244.336 Delikte (DHS, 2000).

Zusätzlich wurden 2.581 Fälle direkter Beschaffungskriminalität registriert.

Ost und West, d. h. neue und alte Bundesländer unterscheiden sich entsprechend der Anzahl Drogenkonsumierender auch in der Häufigkeit der Delikte (26.458 Fälle). So sind die Vergehen im Cannabisbereich um 12.689 Fälle von 1999 bis 2000 angestiegen.

Erstauffällige Konsumenten wurden 2000 insgesamt 22.584 erfasst. Differenziert man die Anzahl der Straftaten nach Substanzen ergibt sich, das die häufigsten Rauschgiftstraftaten um die Drogen Cannabis, Heroin und synthetische Drogen zu verzeichnen sind (Bundeskriminalamt, 2000).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Straftaten differenziert nach Substanzen: Heroin 45.591, Kokain 23.976, synthetische Drogen 26.118, Cannabis 131.662, sonstige Drogen 12.788. Quelle: Rauschgiftkriminalität 2000. In: Kriminalitätsstatistik 2000, Bundeskriminalamt Deutschland, [www.bka.de](http://www.bka.de)

## Verbrechensarten, Alterstruktur, Geschlecht und Herkunft der Tatverdächtigen

Die Rauschgiftvergehen werden rechtlich in folgende fünf Kategorien gefasst (Kriminalstatistik, 2000):

- „*Allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetzes*“ (§ 29 BtMG) subsumiert „Konsumdelikte“ unter sich, d.h. den Besitz, den Erwerb und die Weitergabe von Suchtmitteln in kleineren Mengen. 2000 wurden in diesem Bereich 163.541 (67%) Verstöße registriert. Die Anzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr bei den synthetischen Drogen nahezu verdoppelt.
- „*Illegaler Handeln und Schmuggel*“ (§ 29 BtMG). Hier handelt es sich um Vertrieb und Schmuggel von Rauschmitteln in größeren Mengen, die über den Eigenbedarf hinausgehen und damit eindeutig der Handel nachgewiesen werden kann. Handel mit Drogen wird auch im Sinne von Fremdgefährdung interpretiert. 2000 wurden 70.256 (29%) Verstöße dieser Art registriert.
- „*Einfuhr von Rauschgift*“ (§ 30, Abs. 1, Nr. 4). Einfuhr bedeutet grenzüberschreitenden Schmuggel in größeren Mengen zum Verkauf auf den Drogenszenen. 2000 wurden hier 6.338 (3%) Vergehen dokumentiert.
- „*Andere Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz*“ subsumiert Vergehen wie Anbau von Drogen oder deren Weitergabe an Minderjährige. 4.201 (2%) Fälle wurden im Jahr 2000 gezählt.
- Bei „*direkte Beschaffungskriminalität*“ handelt es sich um Straftaten, die der Drogenbeschaffung dienen. Gezählt werden hierzu z. B. Raub, Betrug, Scheckbetrug, Rezeptfälschungen, Diebstahl, auch Vergehen im Bereich bis vor kurzem noch illegaler Prostitution usw.. Straftaten also, die dazu dienen sollen den eigenen Bedarf zu sichern. Oftmals stehen diese Verbrechen auch in Zusammenhang mit Gewalt.

Diese Fälle zeigen seit 1993 einen rückläufigen Trend, auch wenn die Drogenkriminalität insgesamt steigt. So betrug der Anteil 1999 2.991 Fälle, während er 2000 2.581 betrug. Maßgeblich beteiligt am Rückgang der Beschaffungskriminalität ist die Einführung und weitreichende Etablierung von Substitutionsprogrammen. Speziell die Anzahl der weiblichen drogenabhängigen Straftäter verringert sich mit der Ausbreitung von Substitutionsbehandlungen (Möller, 2001). Frühere Studien konnten diese geschlechtsspezifischen Effekte noch nicht feststellen (Raschke, 1994).

Im Jahr 2000 wurden 202.291 Fälle als tatverdächtig registriert. Davon waren 12,2% weibliche und 87,8% männliche Drogenabhängige. Bei den oben beschriebenen Verbrechenskategorien waren Frauen mit Anteilen von 8% bis hin zu 21% vertreten. Im Bereich der „*direkten Beschaffungskriminalität*“ machte der Frauenanteil 21% aus. Frauen spezialisieren sich auf moderatere Verbrechen, wie Scheckbetrug, Rezeptfälschungen und Ladendiebstähle, was letztlich auch kleiner Strafmaß im Falle einer Verurteilung nach sich zieht (Zurhold, 2000). Andere Studien zeigen, dass Frauen für diese geringfügigeren Verbrechen im Vergleich zu Männern auch geringer bestraft werden (Kawamura, 2000). Gründe dafür werden auch hier in geschlechtsrollenspezifischen Attributionen gesehen: Je mehr die Straftat und die straffällige Drogenabhängige in Beziehung zu traditionellen Geschlechtsrollenerwartungen stehen und als „typisch weibliche Verbrechensleitungen“ begriffen werden, je niedriger fällt möglicherweise das Strafmaß aus (Lengaro & Zill, 1987; Kawamura, 2000).

Fast 50% der Rauschgiftkriminellen sind zwischen 18 und 25 Jahren alt. Anteilig sind Männer und Frauen hier in dieser Altersgruppe gleichermaßen vertreten. Straftaten finden hier am häufigsten in den Bereichen synthetischer Drogen und Cannabis statt. Mit zunehmendem Alter wachsen die Anteile bei den Tatverdächtigen im Zusammenhang mit „harten“ Drogen. Hier am häufigsten mit Kokain.

Der Migrantenanteil bei den aufgeklärten Straftaten (Tatverdächtigen) beträgt 2000 21% (42.591). In den Kategorien Handel, Schmuggel und Einfuhr von Drogen beträgt er bei Kokain bis zu 59%.

In der Gruppe der Migranten, besonders der Kategorien Handel, Schmuggel und Einfuhr von Kokain und Heroin dominieren erwerbslose Migranten, Asylbewerber, Migranten mit lediglich Duldungsstatus und Flüchtlinge (Kriminalstatistik, 2000).

### **Inhaftierung und Drogenabhängigkeit**

Der Anteil drogenabhängiger Inhaftierter variiert zwischen 20%-30%. Der Frauenanteil beträgt je nach Gefängnis bis zu 50% (Drugnet Europe, 2001).

Gefängnis wird im Verlauf der Drogenabhängigkeit neben psychosozialen Maßnahmen zur dominierenden Lebenswelt. In der Entwicklung der Drogenabhängigkeit gibt es einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Haftzeiten und Abhängigkeitsdauer sowie den Aufenthalten in psychosozialen Einrichtungen häufiger werden. Die Abhängigkeit und ihre Folgen drängt die verbrachte Zeit in privaten Lebensbezügen zurück (Forschungsprojekt „Amsel“, 1991).

Längere Aufenthaltszeiten in Haft haben negative Auswirkungen auf die Chancen zur Überwindung der Abhängigkeit und der Delinquenz. Sie mindern auch wesentlich die Motivation zur Therapie (Forschungsprojekt „Amsel“, 1991). Der Strafvollzug fördert die Deformation des Sozialverhaltens und fördert passive Haltungen, die u. a. auch beim Einstieg in eine Abhängigkeitserkrankung eine Rolle gespielt haben.

### **Datenlage der Suchthilfestatistik in Deutschland 2000**

Die Suchthilfestatistik 2000 (Welsch, 2001) dokumentiert von 401 ambulanten und 89 stationären Einrichtungen der Suchthilfe Patientendaten. Der Datensatz beruht auf den Vorgaben des Bundesdatensatzes und des Kerndatensatzes der EMCDDA und der EBDD.

2000 wurden insgesamt 135.105 Personen in ambulanten Einrichtungen betreut. 74.715 Klienten/innen haben in diesem Jahr den Kontakt zu diesen Angeboten aufgenommen. Alkoholbezogene Störungen bestimmen mit 69,5% (40.054) die Hauptgruppe der Neuzugänge der Klienten/innen in ambulanten Einrichtungen. Gefolgt von Opiatabhängigen mit 14,4% (8.278) und 6,3% (3.632) Cannabis konsumierenden Personen und 3,6% (2.088) Konsumenten von Kokain und Stimulanzien.

Klienten/innen (illegale Drogen) mit strafrechtlicher Grundlage (§ 35 – 38 BtMG und anderen strafrechtlichen Maßnahmen) kamen anteilig zu rund 20% bei den Männern und zu 11% bei den Frauen in eine Betreuung.

Der größte substanzbezogenen Anteil lag bei männlichen Kokainkonsumenten, die zu 27% aus strafrechtlichen Gründen eine Einrichtung aufsuchten. Von den männlichen Klienten, die illegale Drogen konsumierten, wurden rund 22% direkt von Justizbehörden und sozialen Diensten vermittelt. Lediglich 15,1% der Alkoholabhängigen kam über Vermittlung der Justiz.

Verbesserung der Konsummuster/Abstinenz wiesen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4-6 Monaten 86,4% der Alkoholabhängigen, 72,8% der Opiatabhängigen und 67,7% der Cannabiskonsumenten auf. Bei Kokainisten und Amphetaminkonsumenten betrug der Anteil 77,7% und 79,1%.

Besonders gute Auswirkungen haben die ambulanten Therapieangebote auf die Einbindung von Klienten/innen in das Erwerbsleben gezeigt (Tecklenburg, 2001).

Im stationären Setting wurden 2000 15.525 Klienten/innen behandelt. Neuzugänge in die Behandlung waren 12.195 zu verzeichnen. 14,4% der Klienten/innen waren abhängig von illegalen Drogen. Von diesem Klientel wurden 9,8% mit richterlichen Auflagen in die Einrichtungen aufgenommen. Es ist ersichtlich, dass weit über die Hälfte der Klienten in einer stationären Maßnahme sich aus justiziellen Gründen dort befindet.

Bei einer durchschnittlichen Betreuungsdauer von 3 bis 9 Monaten verbesserten 84,0% der Alkoholabhängigen ihren Konsumstatus/Abstinenz, 56% der Opiat- und 63% der Kokainabhängigen, 70,% der Amphetamin- und 65,8% der Cannabiskonsumenten.

### **Einfluss therapeutischer Interventionen auf die soziale Integration Drogenabhängiger**

Freiwilligkeit ist eine zentrale Voraussetzung jeder Therapie, besonders in der Psychotherapie. Freiwilligkeit in diesem Kontext bedeutet, dass der/die Klient/in innerhalb eines gemeinsam mit dem/r Therapeut/in festgelegtem Rahmen über den Verlauf und das Ende, sei es nun Abbruch oder regulärer Abschluss) der Therapie frei bestimmt. Freiwilligkeit heißt auch, dass die Entscheidungen des/r Klient/in nicht beeinflusst werden, weder durch positive Anreize noch durch negative Konsequenzen.

Im Anwendungsfeld therapeutischer Intervention im Bereich Sucht gelten andere Voraussetzungen bezüglich Aufnahme, Durchführung und Beendigung als in anderen therapeutischen Angeboten. Beziehung zwischen Behandler/in und Klient/in sind partiell anders gestaltet und der Aspekt der Freiwilligkeit sollte breiter überdacht werden muss (Egg, 1993).

In den Fällen von Weisungen, seien es nun Bewährungsauflagen, Zwangsmaßnahmen, „quasi“ Zwangsmaßnahmen oder auch Vereinbarungen, bewirkt durch den Arbeitgeber<sup>4</sup> ist jeweils nur wenig Raum für freie unbeeinflusste Entscheidung. Durch die Maßnahmen wird letztlich auch versucht Therapiemotivation zu fördern.

Innere und äußere Zwänge bestimmen die Motivation zur Therapie. Der Eintritt in einen therapeutischen Behandlungsprozess erscheint also fast zwangsläufig von „Druck“ bestimmt zu sein. Dennoch sind der soziale Druck und der gerichtliche Druck unterschieden durch den wesentlichen Aspekt der Kriminalisierung und deren Folgen (Forschungsstudie Amsel, 1991).

### **Einfluss von Zwangsmaßnahmen auf die Behandlungsmotivation**

In einigen Studien ist belegt, dass gerade justitieller Druck sich negativ auf die Aussicht eine Maßnahme erfolgreich zu beenden auswirken kann (Forschungsprojekt Amsel, 1991; Sickinger, 1994).

---

<sup>4</sup> Bewährungsauflagen nach § 56 c Strafgesetzbuch sind eine therapiebezogene Weisung zur Strafrestaussetzung. Zwangsmaßnahmen durch den Maßregelvollzug § 64 StGB in Entziehungsanstalten. Betriebliche Vereinbarungen sind Verfahren zum Umgang mit suchtmittelabhängigen Mitarbeitern zur Verhaltensänderung und Wiedereingliederung in den Betrieb.

Schalast (2000b) bildete in einer Untersuchung den engen Zusammenhang von Unterbringung nach einer Zwangsmaßnahme (§ 64 Strafgesetzbuch) und hohen Rückfalltendenzen ab. Die initiale Therapiemotivation korreliert mit den Rückfalltendenzen.

Eine Ergebnis zu dem Heckmann (1997) in einer Evaluationsstudie zwangstherapeutischer Maßnahmen auch kam. Dort waren nach einem Katamnesezeitraum nach 12-18 Monaten lediglich 10% der Klienten drogenfrei.

Bei realistischer Problemwahrnehmung und Krankheitseinsicht kann sich bei Straftätern ebenso die Rückfallneigung erhöhen. Möglicherweise liegt hier ein Aspekt von persönlicher Überforderung und Aussichtslosigkeit (Rasch, 1989).

Egg (1993) konnte nachweisen, dass sich die Maßnahmen des §§ 35, 36, 37 BtMG unter Umständen auch motivierend auf drogenabhängige Straftäter auswirken können. Erfolge sind bei denen zu verzeichnen, die eine schnelle Überleitung aus der Haft in die Therapie erlangen und das Programm vollständig, ohne Unterbrechung absolvieren. 50% derer in seiner Stichprobe blieben straffrei und frei von harten Drogen.

Motivierte Straffällige in einer Zwangsbehandlung oder Quasi-Zwangsbehandlung können dennoch gute Prognosen für einen erfolgreichen Therapieabschluss aufweisen (Schalast, 2000b; Petry, 1993). Hier ergeben sich zu regulären Aufnahmen in die Therapie keine wesentlichen Unterschiede. Diese Ergebnisse finden sich auch bei Heckmann (1997) in der Studie über das Zwangsmaßnahmensystem in Schweden.

Demotivierend wirkt allerdings, dass in den speziellen Zwangstherapieeinrichtungen die Rückfallquoten innerhalb der Einrichtung relativ hoch sind. In Phasen von bis zu einem Jahr, sind fünf bis sechs Rückfälle die Regel. (Schalast, 2000a).

In zwangstherapeutische Maßnahmen klingt neben dem Ziel „Hilfe“ auch „Kontrolle“ und durch den justitiellen Hintergrund auch „Strafe“ an. Diese Form von Kontrolle kann bei Klienten/innen mit Auflagen sowohl temporäres Anpassungsverhalten (Böllinger, 2002) als auch Widerstand evozieren (Schalast, 2000a).

### **Therapiedauer und Behandlungserfolg**

Panelstudien, Querschnittstudien (Feuerlein und Kufner, 1989; Herbst, 1992; Egg, 1993; Kunz, Overbeck- Larisch und Kampe, 1992; Kindermann et al., 1992; Sickinger, 1994) und Meta- Analysen (Süß, 1995; Sonntag und Künzel, 2000) untersuchten unterschiedlichste Behandlungssettings und deren Einfluss auf die Rehabilitation Drogenabhängiger.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine kurze Behandlung, wesentlich dazu beiträgt, auf bisherige Gewohnheiten z. B. Konsum von Drogen und kriminelles Verhalten zurückzufallen. Das Rückfallrisiko sinkt mit fortschreitender drogenfreier Zeit, d.h. hier Therapiedauer.

Die Selbstwirksamkeitserwartung zeigt sich bei Klienten/innen mit erfolgreichem Abschluss einer Therapie ausgeprägter, als bei Therapieabbruch bzw. Rückfall.

Herbst (1992) weist darauf hin, dass eine Behandlungszeit von acht Monaten das Rückfallrisiko um 50% senkt. Eine Therapiedauer von länger als 12 Monaten keine signifikante Verbesserung mehr erbringt.

Für die Alkoholtherapie konnten Scheller und Klein (1986) feststellen, dass es einen kritischen Bereich, der zwischen 12 und 15 Wochen liegt, um von einer Behandlung zu profitieren, gibt. Eine darüber hinaus liegende Aufenthaltsdauer scheint auch hier die Abstinenzquote nicht zu erhöhen.

Die Bewahrung von Legalität (Legalbewährung) ist der zweite Faktor, der durch längere stationäre Therapieaufenthalte positiv beeinflusst wird. Nach einer langen, erfolgreichen Behandlung mit anschließender Drogenfreiheit kann mit einer Wahrscheinlichkeit von 98% Legalbewährung angenommen werden (Herbst, 1992; Kunz et al. 1992). Die Wahrscheinlichkeit der Legalbewährung vermindert sich, wenn die Klienten/innen die Therapie abrechnen und/oder rückfällig werden (vgl. auch Bühringer, Herbst, Kaplan und Platt, 1989).

Als weitere Prädiktoren von Straffreiheit ergaben sich, dass Jugendliche nach erfolgreichen Abschlüssen seltener straffällig wurden und Personen mit wenigen Vorstrafen seltener, als jene mit hoher Vorstrafenbelastung.

Frauen wurden im Bewährungszeitraum seltener wieder straffällig als Männer (Egg, 1993).

Geschlechtsspezifische Studien zeigen, dass Frauen zum Eintritt in eine Behandlung niedrigere Selbstwirksamkeitswerte, ein niedrigeres Selbstvertrauen, und höhere Depressions- und Angstwerte sowie einen wesentlich schlechteren Gesundheitsstatus haben als Männer. Am Ende der Behandlung und anhand katamnestic Erhebungen nach einem Jahr haben die Frauen aufgeholt: sie haben gleich gute bzw. sogar bessere Werte vorzuweisen. Dies lässt die Annahme zu, dass Frauen ihre persönliche Situation berücksichtigt, unter schlechteren Bedingungen eine Therapie beginnen als Männer, allerdings mehr Motivation ihr Leben bzw. ihre Defizite während der Behandlung verändern als Männer zeigen (Hanel, 1990). Die gleichen Effekte zeigt eine Studie von Vogt (2000), die sich mit den Ergebnissen von Methadonprogrammen beschäftigt. Weiterhin zeigt die Studie von Vogt (2000), dass Frauen weniger gerne in stationäre oder auch ambulante Maßnahmen eintreten, allerdings sofern sie sich auf Behandlungsprozesse einlassen mehr Compliance für eine erfolgreiche Beendigung der Behandlung und mehr Bereitschaft zur Veränderung ihres Verhaltens aufweisen.

### **Therapiesetting, Behandlungsmerkmale und Behandlungserfolg**

Die Settings ambulante Therapie und stationäre Therapie wurden in vorliegenden Studien nicht einhellig bewertet. So stellen Kufner et al. (1989) fest, dass die ambulante Therapie geringere Erfolgsquoten aufweist als die stationäre. Süß (1995) konnte diesen Unterschied in seiner metaanalytischen Studie nicht eindeutig bestätigen.

Kritisch ist an diesen Ergebnissen, dass die beiden Ansätze für unterschiedliche Behandlungsgruppen (Bedürfnisse und Klientenprofile) effektiv sind und diese nicht berücksichtigt wurden.

Substitutionsprogramme ermöglichen einen deutlichen Rückgang des Drogenkonsums und der Delinquenz. Auch hier gilt, je länger die Behandlung, desto stärker die Reduktion von Delinquenz.

Nach regulärer Beendigung des Substitutionsprogramms allerdings besteht, im Vergleich zu anderen Behandlungsformen, eine wesentlich stärkere Rückfallgefahr sowie die Gefahr erneuter Aufnahme delinquenten Verhaltensweisen (Bühringer, Künzel und Spies, 1997).

Das Commitment als ein wesentlicher Faktor der Wirksamkeit ambulanter und stationärer Therapieansätze. Diese Bedingung konnte nicht für die Substitution gefunden werden (Bühringer, Künzel und Spies, 1997).



Klienten mit einer Doppeldiagnose absolvieren Substitutionsprogramme weniger erfolgreich. Sie halten stärkeren Kontakt zur Drogenszene aufrecht, haben längere Perioden des Beigebrauchs und fallen eher in delinquentes Verhalten zurück, als Klienten/innen ohne eine zusätzlich psychische Störung. Der psychische Zustand zu Beginn einer Behandlung korreliert mit Rückfall, Abbruch und Erfolg einer Behandlung (Vogt, 2000).

Sonntag et al. (2000) kamen in ihrer Meta-Analyse analog der MATCH- Studie zu dem Ergebnis, dass Motivierungstherapie für hochaggressive bzw. ärgerliche, unberechenbare Klienten/innen gute Erfolge aufweist. In Teilen kann dies auch für Straftäter Gültigkeit haben, die in Zwangsmaßnahmen verwiesen werden.

Sie extrahierten weiterhin als Erfolgskriterien einer Maßnahme die Haltequote, Verbesserung des Konsumverhaltens, Legalsituation, der gesundheitliche und psychische Zustand und Zugang zu beruflichen Feldern.

Die therapeutische Beziehung, d.h. auch die Einstellung des Therapeuten zu seiner Arbeit und zum jeweiligen Klienten, hat enormen Einfluss auf einen positiv verlaufenden Prozess in der Behandlung. Ebenso effektiv gelten verhaltenstheoretisch orientierte Verfahren. Therapieangebote, die eine klare Alltagsstruktur vorweisen, eine regelmäßige zeitnahe Frequenzen therapeutischer Einzelsitzungen anbieten und dadurch intensiv an den Problemen arbeiten, Angehörige miteinbeziehen und Gruppen zur Lebensplanung durchführen sowie über eine Eingliederung in einen Behandlungsverbund verfügen, tragen wesentlich zu Therapieerfolgen und längerfristiger Drogenfreiheit bei. Intensive Betreuung wirkt sich besonders stabilisierend auf verhaltensauffälliges, schwieriges Klientel aus (Sonntag et al., 2000; Kufner et al., 1989; Süß, 1995).

### **Effekte von quasi zwangstherapeutischen Maßnahmen auf Behandlungseinrichtungen**

Ergänzend zu den bisherigen Überlegungen ist zu fragen, inwieweit auch gerichtlicher Zwang zu Therapiebereitschaft führen und genutzt werden kann. Eine frühere Evaluationsstudie befragte Mitarbeiter/innen von therapeutischen Einrichtungen nach Problemen mit den Klienten/innen die aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes eine Behandlung antraten.

Beklagt wurde mangelnde Krankheitseinsicht u. a. fehlende Bereitschaft sich auf die Regelungen einzulassen. Ein erfolgreicher Therapieprozess sei nur durch ausführliche Motivationsarbeit zu erlangen, um Fremdmotivation in Eigenmotivation zu transformieren (Egg und Kurze, 1989)

In dieser, sowie auch in anderen Studien berichten Mitarbeiter auch über negative Auswirkungen der QCT Klienten/innen auf das Gruppengeschehen. Im Gefängnis erworbene Verhaltensmuster werden auf die Therapiegruppe übertragen und das Klima in der Einrichtung sowie die Motivationslage der anderen Klienten/innen wird deutlich verschlechtert.

Dennoch betonen die Befragten Mitarbeiter, dass viele der nach § 35 BtMG betreuten Klienten/innen keine negative Auslese darstellen (Egg und Kurze, 1989).

Auch auf speziellen Entzugsstationen, die Motivationsarbeit leisten, ist der Blick auf Klienten/innen mit anhänglichen Maßnahmen, wie § 35 BtMG oder Paragraphen des Jugendhilfegesetzes ambivalent. Der Beginn einer Behandlung aufgrund von Fremdmotivation wirkt sich negativ auf das Gruppengeschehen aus. Als Resultat ergaben sich u.a. erhöhte Abbruchquoten, sofern ein Überhang des Anteils der Klienten mit Auflagen anwesend war (Alzinger,

Dexheimer und Wolf, 1995). Die Autoren schließen daraus, dass erheblicher gerichtlicher oder sozialer Druck kontraproduktiv für den Beginn eines Entzuges oder einer Entwöhnung sind.

### **Verfahren und Weiterentwicklung der QCT Maßnahmen**

Das deutsche Rechtssystem hat etliche Paragraphen entwickelt nach denen QCT eine Entscheidung des Richters, Staatsanwaltes und des Verurteilten ist. D. h. der Drogenabhängige trägt mit seinem Antrag auf „Therapie statt Strafe“ zur Durchführung der Maßnahme bei. Besonders die Ausweitung auf Substitutionsprogramme erweist sich zur Minimierung der Kriminalisierung als sehr sinnvoll.

Ähnlich ist dies auch bei Bewährungsaufgaben, bei denen der /die Straffällige Drogenabhängige sich in der Regel schon in einer Maßnahme aufhält, eine Maßnahme in die Wege leitet, bevor er/sie letztlich verurteilt wird. Deutschland hat damit ein recht gut ausgebautes System quasi freiwilliger Maßnahmen, die der Unterstützung zu sozialer Integration dienen können.

Kritisch betrachten kann man, dass die Antragsverfahren auf QCT Maßnahmen in der Regel recht lange dauern. Um, die sich negativ auf z. B. Therapiemotivation und Sozialverhalten auswirkenden Haftzeiten zu verkürzen und die Aussichten auf einen erfolgreichen Abschluss zu erhöhen, erscheint es sinnvoll, die Übergänge von Haft zu Therapie zu beschleunigen, fließender zu gestalten und Maßnahmen damit rechtzeitig zur Anwendung zu bringen (Forschungsstudie Amsel, 1991; Egg, 1993).

Für diese reibungslosen Überleitungen ist der Ausbau und Aufbau guter Arbeitsbeziehungen zwischen Justiz und psychosozialen Einrichtungen notwendig.

Diese Beschleunigung des Zugang psychosozialer Unterstützung kann vor allem für drogenabhängige Jugendliche mit geringer Problem- bzw. Krankheitseinsicht von Vorteil sein. Ein Verweilen in Jugendstrafanstalten kann keine präventiven, schützenden Funktionen erfüllen sondern wirkt oftmals noch verstärkend im Hinblick auf kriminelles Verhalten und Drogenkonsum. Dem Justizsystem kommt hier besondere Verantwortung zu (Gross, 1998).

Vorbereitung durch Drogenberatung auf die Therapie, auf die Anforderungen, die Therapie stellt, wären in größerem Umfang wünschenswert, auch um eventuell die bestehende Primärmotivation, lediglich aus dem Gefängnis zu wollen, umzuwandeln (Herbst, 1993; Gross, 1998)

Zwangmaßnahmen (CT) allerdings, die sich letztlich als ineffektiv für die Abhängigen herausstellen (Schalast, 2000a) und einen zweifelhaften Rahmen für sozialtherapeutische Maßnahmen darstellen, da das Zwangselement es den Klienten/innen nicht leicht macht sich mit der Behandlung und deren Modalitäten zu identifizieren, wären, um die Chancen zu erhöhen analog der bereits bestehenden Modelle wie z. B. § 35 BtMG durchzuführen.

### **Inhalte weiterer Forschung**

Eine Fragestellung, die sich aus den bisherigen Ergebnisse ableitet, ist die Gestaltung der Überleitung der straffälligen Klienten/innen in eine therapeutische Maßnahme, d.h. bezüglich der Strukturen und Netzwerke zwischen den beteiligten Akteuren.

Wie sehen die Netzwerke im Vorfeld einer QCT Maßnahme aus und wie können sie optimiert werden, damit sie einen positiven Einfluss auf Motivation zur Behandlung ausüben oder im Sinne von Schadensminimierung wirksam sind?

Die Netzwerke zwischen Justizsystem und Therapieangeboten sind nur schwer zwischen den Ländern zu vergleichen und bedürfen differenzierter Herangehensweise. Wichtig ist dies auch vor dem Hintergrund kultureller Verschiedenheiten, die in Therapieansätzen und in den justiziellen Alltag - der nicht nur von Gesetzen, sondern auch von subjektiven Entscheidungen und Wahrnehmungen geprägt ist - eingehen.

Welche Auswirkungen hat eine unangemessene Kriminalisierung auf die Betroffenen in den verschiedenen Ländern? Welche Auswirkungen eine liberalisierte Umgehungsweise mit „Straftaten“ im Rahmen der Betäubungsmittelgesetze der teilnehmenden Länder? Wo gibt es Grenzen im europäischen Vergleich?

Aktuelle Konsummusteränderung (synthetische Drogen, Zunahme des Cannabiskonsums bei Jugendlichen etc.) in der Gruppe der Konsumenten/innen sowie daraus resultierende Unterschiede in Krankheitseinsicht und dem subjektiven Gefühl von Behandlungsbedürftigkeit, sollten sich sicherlich auch in der Durchführung der Maßnahmen spiegeln. Vor diesem Hintergrund ist der Erfolg von (Quasi) Zwangsmaßnahmen kritisch zu hinterfragen.

Hier ergeben sich auch Fragen nach differenzieller Indikation, neuen Bedarfen und nach bestimmten Therapieformen und -settings als Modelle optimaler Behandlungsmöglichkeiten.

Letztlich wäre zu untersuchen, welche inneren und äußeren Ressourcen für ein drogenfreies, sozial stabiles Leben relevant sind. Dazu zählen Konstrukte wie Selbstwirksamkeit, pro-aktive Copingstrategien, Stressmanagement, Gesundheit, soziale Bedingungen und Motivation zur Veränderung des bisherigen Lebensstils (Stages of Change, Prochaska und Di Clemente, 1992).

## **Methoden**

Um ein umfassendes Bild von QCT Maßnahmen zu erhalten ist es sinnvoll quantitative und qualitative Methoden anzuwenden.

Klienten- und Experteninterviews aller beteiligten Institutionen können dienlich sein, um alle Facetten von QCT Maßnahmen kennen zu lernen, um Schwächen und Stärken sowie deren Einflüsse letztlich auf die Entkriminalisierung und Rehabilitation der Betroffenen, die Rechtslage der Länder und „Grauzonen“ in der Durchführung auf allen beteiligten Ebenen transparent zu machen.

Für die Messbarkeit innerer Ressourcen und Veränderungen sowie zur Ergänzung der qualitativen Daten sind sensible Skalen und Fragekomplexe notwendig, die vergleichbare und deutliche Ergebnisse liefern.

Eine klare Subgruppenbildung unter kulturellen, geschlechtsspezifischen und auch psychologischen Kriterien kann ein deutliches Bild von QCT und dessen Auswirkungen ermöglichen. Auch von den Möglichkeiten und Notwendigkeiten eines drogenfreien (suchtfreien) Lebens.

Für eindeutige Ergebnisse sind eindeutige Konstruktdefinitionen von Rückfall, Therapieerfolg, Therapiemisserfolg, sozialer Integration usw. erforderlich.

This literature review was carried out for the QCT Europe project, with funding from the European community fifth Framework Research and Development Programme (Quality of Life Programme)

It is published electronically by the European Institute of social Services, University of Kent, Canterbury, UK.

Responsibility for the contents of this paper is the sole responsibility of the author/s. It does not represent the opinion of the European Community, and the Community is not responsible for the use of its contents.

For more information about the QCT Europe project, please contact Aley Stevens at EISS, University of Kent, ([a.w.stevens@kent.ac.uk](mailto:a.w.stevens@kent.ac.uk)), or see the project website (<http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qct%20europe/>)

## Literatur

- Alzinger, Dexheimer und Wolf (1995). *Evaluation der Motivierungsstation in Traufstein*. Freiburg
- Arm (2001). *Rauschgiftlage 2000*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 2002. Neuland Verlag, Geesthacht
- Böllinger (2002). *Therapy instead of punishment for drug users – Germany as a model?* European Addiction Research 8,
- Bundeskriminalamt (2001). *Kriminalstatistik 2000 Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden, BKA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Drogenaffinitätsstudie Jugendlicher in Deutschland*. Köln, BzgA
- Bühringer, Künzel und Spies (1997). *Methadonexpertise. Expertise zum Einsatz von Methadon zur Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesgesundheitsministeriums Bd. 55, Baden-Baden: Nomos
- Bühringer, Herbst, Kaplan und Platt (1989). *Ausübung von justitiellem Zwang bei der Behandlung von Drogenabhängigen*. Feuerlein et al. Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Berlin. Springer
- Dahlke (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern*. Regensburg: S. Roederer Verlag
- DBDD (2001). Bericht zur Drogensituation in Deutschland. EBDD
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2001). *Schätzzahlen des Drogenkonsums*. [www.dhs.de](http://www.dhs.de)
- Dobler-Mikola, A. (2000). *Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmer vor und während der heroingestützten Behandlung*. Selbstverlag Universität Zürich
- Drugnet Europe (2001). *Newsletter der EBDD*. Nr. 30, [www.drugnet.com](http://www.drugnet.com)
- EBDD (2000). *Kerndatensatz der Suchthilfe*. EBDD
- Egg (1993). *Drogenabhängige Straftäter. Therapiemotivation durch justiziellen Zwang?* Sonderdruck des Verfassers. Universität Erlangen-Nürnberg
- ELDD (2001). *European Legal Database on Drug Abuse*. EMCDDA Project: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)
- EMCDDA (2000). *Europäischer Kerndatensatz der Suchtkrankenhilfe*. EMCDDA: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)
- Projektgruppe Rauschmittelfragen (1991). *Forschungsprojekt „Amsel“*. Abschlussbericht Band 1. Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurt/Main
- Gross (1998). *Juvenile delinquency and drugs in Germany*. Pompidou Group, Strasbourg
- Hanel, E. (1990). *Haben Frauen schlechtere Chancen? Verlauf und Ergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Edit.) *Abhängigkeit bei Männern und Frauen*. Lambertus, Freiburg

- Heckmann (1997). „Schwedische Gardinen“: Zur Tradition der Zwangsbehandlung Suchtkranker und -gefährdeter in Schweden. *Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 43 (3). Geesthacht: Neuland Verlag
- Hedrich (1992). *Drogenabhängige Frauen und Männer*. Kindermann et al. *Drogenabhängig – Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg. Lambertus
- Herbst (1992). *Verlaufanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung*. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 3. Geesthacht: Neuland Verlag
- Kawamura, G. (2000). *Frauenkriminalität. Erscheinungsformen und Erklärungsansätze*. In: *Sozialmagazin*, 5
- Kindermann und Sickinger (1992). Strafe oder Therapie? Kindermann et al. *Drogenabhängig – Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg. Lambertus
- Kraus und Augustin (2001). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland*. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 46 (2). Geesthacht: Neuland Verlag
- Kindermann (1992). *Drogenabhängig – Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg. Lambertus
- Küfner und Feuerlein (1989). *In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study*. Berlin. Springer
- Kunz, Overbeck-Larisch und Kampe (1992). *Drogenfreiheit und soziale Integration Drogenabhängiger nach einer stationären Behandlung*. Kommentar zu Herbst (1992). *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 3. Geesthacht: Neuland Verlag
- Möller (2001). *Aggression und Autoaggression*. In: Franke, A. et al. (Edit.) *Psychologie der Frau*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Petry (1993). *Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendung in der Suchttherapie*. Weinheim: Psychologische Verlagsunion
- Rasch (1989). *Sozialtherapie im Maßregelvollzug – Die psychiatrische Lösung*. *Monatsschriften der Kriminologie*. 72 (2).
- Raschke, P. (1994). *Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen*. Lambertus, Freiburg
- Schalast (2000a). *Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB*. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 46 (2). Geesthacht: Neuland Verlag
- Schalast (2000b). *Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe*. München: W. Fink Verlag.
- Scheller und Klein (1986). *Stationäre Suchttherapie unter dem Aspekt der Behandlungsdauer*. *Differenzielle und Diagnostische Psychologie*, 7 (2)
- Sickinger (1994). *Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit*. Freiburg: Lambertus Verlag
- Sommer und Künzel (2000). *Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?* *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 46, Sonderheft 2. Geesthacht: Neuland Verlag
- Stöver (2001). *Bestandsaufnahme Crackkonsummuster in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin
- Süß (1995). *Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse*. *Psychologische Rundschau*, 46
- Tecklenburg (2001). *Umsetzung und Effektivität ambulanter Rehabilitation*. *Sucht - Zeitschrift für*

Wissenschaft und Praxis, 47, 5. Geesthacht: Neuland Verlag

Vogt, I. (2000). *Gender differences in help seeking behaviour of Heroin users in Germany*. In: Springer, A. (Edit.) *Illicit Drug*, Studienverlag, Wien

Welsch (2001). *Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland*. In: *Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*. Neuland Verlag, Geesthacht

Zurhold, H. (2000). *Frauen und Sucht: Illegale Drogen*. In: Pohlke, T. et al. (Edit.), *Drogen*. Springer, Berlin