

*Die Abhängigkeit von illegalen Drogen  
im Strafvollzug*

*Masterarbeit*

zur Erlangung des akademischen Grades  
einer Magistra der Philosophie

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

**Romana LÖFFLER, Bakk.<sup>a</sup> phil.**

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft  
Begutachter: Univ.-Prof. Dr. phil. Heimgartner Arno

Graz, 2015

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt, und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

---

Graz, am

---

Unterschrift

## **Danksagung**

Die Realisierung dieser Masterarbeit, welche mich über ein Jahr begleitete, gelang vor allem auch durch die großartige Unterstützung vieler Menschen um mich herum.

Mein größter Dank gilt meinen ELTERN, die mich von Beginn des Studiums an immer tatkräftig unterstützt haben und hinter mir und meinen Entscheidungen gestanden sind. Sie waren sowohl mein seelischer als auch finanzieller Anker. Besonders aber ihre ständige Ruhe und Gelassenheit gaben mir immer den nötigen Halt und neue Motivation! Vielen Dank auch speziell an Mama, die vor allem bereit war, diese Arbeit immer und immer wieder durchzulesen, um mich auf Fehler aufmerksam zu machen. DANKE!

Selbstverständlich möchte ich auch meiner gesamten FAMILIE für jegliche Unterstützung während meiner Studienzzeit danken!

Ein großes Dankeschön geht auch an meine FREUNDE und an meinen FREUND, die mich in jeglicher emotionalen Verfassung akzeptiert und unterstützt haben. Besonders die Zeiten der Ablenkung waren immer sehr willkommen!

Vielen Dank auch an die EXPERTINNEN, die sich die Zeit für die Interviews genommen haben und mich mit weiteren wertvollen Tipps unterstützten!

Vor allem jedoch möchte ich mich sehr herzlich bei den BETROFFENEN PERSONEN bedanken, die bereit waren, mir einen so intimen Einblick in ihr Leben zu geben! Ohne euch wäre diese ganze Arbeit nie möglich gewesen. Ein großer Dank besonders an jene Personen, die mir diesen Zugang überhaupt erst ermöglicht haben!

Auch bei meinem Betreuer Herrn. Univ.-Prof. Dr.phil. HEIMGARTNER ARNO möchte ich mich für seine Ratschläge und Hilfe zur Fertigstellung dieser Arbeit bedanken.

## **Zusammenfassung**

Die Abhängigkeit von illegalen Drogen im Strafvollzug ist auf öffentlicher Ebene ein Tabuthema. Generell sind sowohl die Abhängigkeit von illegalen Drogen als auch Gefängnisstrafen sehr sensible Bereiche. Beide jedoch sind häufig Realität von DrogenkonsumentInnen. Das Anliegen der Forschungsarbeit ist es, nicht nur die Justizanstalten, sondern auch die Öffentlichkeit und Politik zu informieren, welche Risiken und Bedingungen von DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug vorhanden sind. Das Ziel der empirischen Untersuchung ist es, die Bedingungen abhängiger Personen im Strafvollzug zu erforschen. Mittels qualitativer Interviews mit ExpertInnen der Drogenarbeit und mit ehemaligen abhängigen Häftlingen konnten die theoretischen Erkenntnisse zu großem Teil belegt werden. Es wurde bestätigt, dass der Strafvollzug, sowohl für abhängige Personen als auch für die Gesamtbevölkerung, mit den derzeitigen Rahmenbedingungen zu gesundheitlichen Risiken beiträgt. Aus diesem Grund wäre es relevant, diverse Maßnahmen zur Schadensminimierung und vermehrt Kooperationen mit diversen extramuralen Einrichtungen der Sozialarbeit, Drogenarbeit und Psychotherapie in die Justizanstalten einzuführen.

## **Abstract**

The addiction to illegal drugs in penal system is a taboo issue in public. In general the addiction to illegal drugs as also the sentence of imprisonment are highly sensitive spheres. Both though are the reality of many drug users. The request of this research is not only to prime prison, but also public and politics of the risks and requirements of drug users in prison. The aim of the empirical analysis is, to ascertain the requirements of drug users in prison. By use of qualitative guided interview with experts, which are working with addicted people, and with onetime addicted prisoners, the theoretical knowledge could be proved for the most parts. It could be confirmed, that prison and the attendant circumstances intensify the risks of health as well for addicted persons as for the entire population. For that reason it is relevant to implement in prison diverse harm-reduction strategies and more cooperation with extramural institutions for social work, for work with drug users and for psychotherapy.

# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| 1. Einleitung .....   | 9  |
| 2. Theoretischer Teil.....  | 11 |
| 2.1. Begriffsdefinitionen.....                                      | 11 |
| 2.1.1. Illegale Drogen .....  | 11 |
| 2.1.2. Sucht und Abhängigkeit .....                                 | 13 |
| 2.1.3. Strafvollzug .....   | 16 |
| 2.1.3.1. Strafvollzugsgesetz Österreich (StVG) .....                | 17 |
| 2.1.4. Resozialisierung .....                                       | 19 |
| 2.2. Gesundheit in Gefängnissen .....                               | 20 |
| 2.2.1. WHO.....   | 21 |
| 2.2.2. Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (EU)..... | 22 |
| 2.3. Strafvollzug in Österreich.....                                | 22 |
| 2.3.1. Betreuung in der Haft .....                                  | 27 |
| 2.3.1.1. Ärztliche Betreuung .....                                  | 27 |
| 2.3.1.2. Psychologische Betreuung .....                             | 29 |
| 2.3.1.3. Soziale Arbeit im Strafvollzug.....                        | 30 |
| 2.3.1.4. Seelsorgerische Betreuung .....                            | 30 |
| 2.3.2. Justizanstalt Graz-Jakomini.....                             | 32 |
| 2.3.3. Justizanstalt Graz-Karlau.....                               | 33 |
| 2.4. Arten illegaler Drogen .....                                   | 34 |
| 2.4.1. Cannabis .....   | 34 |
| 2.4.2. Halluzinogene .....  | 35 |
| 2.4.3. Kokain .....   | 36 |
| 2.4.4. Opiate .....   | 37 |
| 2.4.5. Organische Lösungsmittel .....                               | 39 |
| 2.5. DrogenkonsumentInnen und deren spezifische Probleme.....       | 39 |
| 2.5.1. Abhängigkeit und Entzug .....                                | 40 |
| 2.5.2. Begleiterscheinungen.....                                    | 41 |

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| 2.5.2.1.   | Psychische Folgen .....  | 42  |
| 2.5.2.2.   | Physische Folgen.....  | 43  |
| 2.5.2.3.   | Soziale Folgen .....   | 45  |
| 2.5.2.3.1. | Lebensbedingungen .....  | 46  |
| 2.5.2.3.2. | Drogendelinquenz .....   | 47  |
| 2.5.2.3.3. | Ausgrenzung und Stigmatisierung.....   | 49  |
| 2.5.3.     | Todesfälle .....   | 50  |
| 2.6.       | Drogen, Abhängigkeit und Krankheit – Bedeutungen für den Strafvollzug ..         | 51  |
| 2.7.       | Lebensbedingungen inhaftierter Drogenabhängiger .....                            | 55  |
| 2.7.1.     | Epidemiologie.....   | 58  |
| 2.7.2.     | Konsum in Haft .....   | 59  |
| 2.7.2.1.   | Schwarzmarkt.....  | 61  |
| 2.7.2.2.   | Konsumverhalten .....  | 62  |
| 2.7.2.3.   | Gesundheitsrisiken .....   | 64  |
| 2.7.2.4.   | HIV/AIDS .....   | 66  |
| 2.7.2.5.   | Todesfälle in und nach der Haft .....  | 69  |
| 2.7.3.     | Soziale Stellung im Strafvollzug .....   | 70  |
| 2.7.4.     | Auswirkungen des Stigmas drogenabhängig auf die Haftsituation.....               | 72  |
| 2.7.5.     | Sexualkontakte in Haft .....   | 75  |
| 2.7.6.     | Weitere Risiken in Haft .....  | 76  |
| 2.7.7.     | Hilfen während der Haft .....  | 77  |
| 2.7.8.     | Therapie statt Strafe.....   | 88  |
| 2.8.       | Minimierung gesundheitlicher Risiken bei inhaftierten DrogenkonsumentInnen ..... | 91  |
| 2.8.1.     | Harm Reduction.....  | 92  |
| 2.8.1.1.   | Safer use .....  | 94  |
| 2.8.2.     | Substitution.....  | 95  |
| 2.8.3.     | Peer support .....   | 101 |
| 2.8.4.     | Prävention.....  | 103 |
| 2.9.       | Haftentlassenenhilfe zur erfolgreichen Resozialisierung Drogenabhängiger         | 106 |
| 2.9.1.     | Rahmenbedingungen .....  | 107 |
| 2.9.2.     | Kooperationen in Graz.....   | 114 |

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| 2.9.2.1.   | b.a.s. [betrifft abhängigkeit und sucht] Steirische Gesellschaft für Suchtfragen..... | 114 |
| 2.9.2.2.   | Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich.....                                     | 115 |
| 2.9.2.3.   | Drogenberatung Land Steiermark .....  | 117 |
| 2.10.      | Ausblick – Diskurse .....   | 119 |
| 3.         | Empirischer Teil .....  | 130 |
| 3.1.       | Forschungsfrage .....   | 130 |
| 3.2.       | Ziel.....   | 130 |
| 3.3.       | Forschungsdesign .....  | 130 |
| 3.3.1.     | Halbstandardisiertes leitfadengestütztes Interview .....                              | 130 |
| 3.3.2.     | Stichprobe.....   | 132 |
| 3.3.3.     | Durchführung der Interviews .....   | 133 |
| 3.3.4.     | Auswertungsverfahren.....   | 133 |
| 3.3.4.1.   | Transkriptionsregeln.....   | 134 |
| 3.3.4.1.   | Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....  | 134 |
| 3.3.4.2.   | Kategoriensystem .....  | 135 |
| 3.4.       | Auswertung.....   | 137 |
| 3.5.       | Forschungsergebnisse.....   | 138 |
| 3.5.1.     | Arbeit der ExpertInnen .....  | 138 |
| 3.5.2.     | Betroffene Personen .....   | 140 |
| 3.5.3.     | Strafvollzugsanstalten.....   | 143 |
| 3.5.4.     | Lebensbedingungen .....   | 143 |
| 3.5.4.1.   | Allgemeine Lebensbedingungen .....  | 144 |
| 3.5.4.1.1. | Folgen des Konsums .....  | 144 |
| 3.5.4.1.2. | Ausgrenzung/ Stigmatisierung.....   | 145 |
| 3.5.4.1.3. | Drogendelinquenz .....  | 147 |
| 3.5.4.2.   | Entzug.....   | 147 |
| 3.5.4.2.1. | Entzugserscheinungen zum Zeitpunkt der Inhaftierung .....                             | 149 |
| 3.5.4.3.   | In der Haft .....   | 150 |
| 3.5.4.3.1. | Konsum in der Haft.....   | 152 |
| 3.5.4.3.2. | Gesundheitsrisiken in Haft.....   | 155 |
| 3.5.4.3.3. | Hierarchie der Häftlinge .....  | 157 |

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| 3.5.4.3.4. | Ausgrenzung und Stigmatisierung .....           | 157 |
| 3.5.4.3.5. | Hilfen während der Haft .....                   | 158 |
| 3.5.4.3.6. | Vollzugslockerungen .....                       | 159 |
| 3.5.4.3.7. | Frühzeitige Entlassung.....                     | 160 |
| 3.5.4.4.   | Todesfälle .....                                | 161 |
| 3.5.5.     | Auflage Therapie statt Strafe .....             | 162 |
| 3.5.6.     | Drogenfreie Zone.....                           | 163 |
| 3.5.7.     | Wünsche zur Unterstützung.....                  | 166 |
| 3.5.8.     | Relevanz akzeptierender Drogenarbeit.....       | 167 |
| 3.5.8.1.   | Veränderung der Gefängnisrahmenbedingungen..... | 169 |
| 3.5.9.     | Harm-Reduction .....                            | 171 |
| 3.5.9.1.   | Wissen der Betroffenen.....                     | 172 |
| 3.5.10.    | Substitution .....                              | 173 |
| 3.5.10.1.  | Beikonsum .....                                 | 173 |
| 3.5.10.2.  | Angebot vor der Haft .....                      | 174 |
| 3.5.10.3.  | Angebot in Haft .....                           | 175 |
| 3.5.11.    | Peer-support .....                              | 176 |
| 3.5.12.    | Drogennotfall .....                             | 178 |
| 3.5.13.    | Haftentlassung .....                            | 179 |
| 3.5.13.1.  | Kooperationen.....                              | 180 |
| 3.5.13.2.  | Hilfe bei Entlassung.....                       | 181 |
| 4.         | Resümee .....                                   | 183 |
| 5.         | Literaturverzeichnis .....                      | 186 |
| 6.         | Anhang .....                                    | 193 |
| 6.1.       | Interviewleitfaden ExpertInnen .....            | 193 |
| 6.2.       | Interviewleitfaden Betroffene.....              | 194 |

## 1. Einleitung

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wird dem Anliegen, sich dem Thema der Drogenabhängigkeit in einer spezifischen Umgebung zu widmen, nachgegangen. Besonderes Interesse habe ich für die Thematik der Bedingungen des Drogenkonsums im Strafvollzug. Die Forschungslage im Bereich des illegalen Konsums in Verbindung mit dem Strafvollzug ist im Vergleich zu anderen Forschungsbereichen in geringerem Ausmaß vorhanden. Räumlich befasst sich die Forschungsarbeit mit dem Raum Graz. Die Forschungsfrage, welche mit dieser Arbeit mittels qualitativer Forschungsmethode beantwortet werden soll, lautet:

*Welche Bedürfnisse haben von illegalen Drogen abhängige Personen  
im Strafvollzug?*

Besonders die Illegalität des Konsums und der Strafvollzug als Verwahrungs- und/oder Besserungsanstalt bringen einige Spannungen hervor. Es geht mir vor allem um das Deutlichmachen der Lebensbedingungen drogenabhängiger Personen in ihrem Leben in Freiheit und im Vergleich dazu im Strafvollzug. Die Dringlichkeit und Relevanz die Lebensbedingungen drogenabhängiger Menschen im Strafvollzug zu erforschen, ergibt sich aus der großen Zahl von KonsumentInnen, was sowohl seitens der ExpertInnen in den empirischen Interviews dieser Arbeit, als auch von den Betroffenen bestätigt wurde (vgl. Empirischer Teil). Es sind die besonderen Risiken, denen sich jene InsassInnen aussetzen (müssen) und die Auswirkungen, welche sich nicht nur auf ihr Leben und ihr Umfeld, sondern vor allem generell auf die Gesamtbevölkerung erstrecken.

In der Kleinen Zeitung wurde erst im Dezember 2014 über das Problem des Drogendealens in der Justizanstalt Karlau berichtet. Ein Häftling soll einen anderen Insassen, welcher bereits Freigang gewährt bekommen hat, bedroht und erpresst haben, ihm Drogen und Mobiltelefone in die Justizanstalt zu schmuggeln. Der Erpresser sitzt nun seit drei Jahren in der Karlau ein und hat eine Freiheitsstrafe von zehn Jahren zu verbüßen. Der bedrohte Insasse stand kurz vor der Haftentlassung und stellte somit ein perfektes Schmuggelopfer dar, da dieser die Justizanstalt bereits ab und an verlassen durfte. Vor allem der Handel mit Drogen und Handys ist in den Justizanstalten üblich. Der Insasse,

von welchem die Erpressung ausging, hatte auch die Familie des anderen Insassen unter Druck gesetzt. Das Justizpersonal konnte die geplante Handlung jedoch rechtzeitig unterbinden. Es wurden Handys, jedoch aber keine Drogen sichergestellt.

Mit dieser Meldung wird deutlich, dass es in diesem Gefängnis ein Problem mit Drogen gibt, welches auch vom Anstaltsleiter Josef Mock im Artikel bestätigt wird. Mock erzählte im Bericht, dass Schmuggelwaren über den Zaun der Karlau geworfen werden und so ihren Weg zu den Häftlingen finden. Er sagt des Weiteren, dass ein Pilotprojekt mit Störsendern gestartet werden soll, um den Mobiltelefonhandel zu kontrollieren (vgl. Breitegger 17.10.2014, S. 22 f.).

Dieses aktuelle Ereignis macht deutlich, dass es in den Gefängnissen ein Problem mit Drogenhandel und illegalem Konsum gibt. Die Reaktion auf dieses Vorkommen ist jedoch sehr verwunderlich. Man versucht das Problem mit dem Schmuggel von Mobiltelefonen nun zu lösen, der Drogenhandel jedoch wird schnell unter den Tisch gekehrt. Es wird zwar bestätigt, dass Drogenhandel im Gefängnis stattfindet, doch wird dann nicht mehr näher über Strategien bzw. auf die Bedingungen eingegangen. Aus diesem Grund richtet diese Arbeit den Fokus auf illegalen Drogenkonsum im Vollzug und auf die jeweiligen Bedingungen für drogenabhängige InsassInnen.

„(...)Wir werden mit der Realität von Gefängnissen und einer stark überrepräsentierten Gruppe von DrogenkonsumentInnen mit allen sozialen und gesundheitlichen Belastungen noch länger leben müssen. Parallel zu einer abolitionistischen Perspektive und der Entwicklung von Haftvermeidungsprojekten besonders für die Population der drogenabhängigen Gefangenen scheint es deshalb aus pragmatischen Gründen unumgänglich, die gesundheitliche Situation von (drogenkonsumierenden) Gefangenen zu thematisieren, Defizite aufzuzeigen, Veränderungen anzumahnen. Die Gefangenen sollen nicht auch noch mit einer schlechteren gesundheitlichen Versorgung zusätzlich bestraft werden. Das Ergebnis dieser Thematisierung könnte sein, die Widersprüchlichkeit in der Inhaftierung dieser Gruppe aufzuzeigen und zuzuspitzen - also Wege zu einer Entlassung aus der Haft bzw. zur Haftvermeidung aufzuzeigen“ (Stöver 2000, S. 275).

## 2. Theoretischer Teil

Bevor in die Thematik der Sucht illegaler Drogen im Strafvollzug eingegangen werden kann, bedarf es einiger Begriffsdefinitionen, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen und die Lesbarkeit dieser Arbeit zu garantieren.

### 2.1. Begriffsdefinitionen

#### 2.1.1. *Illegale Drogen*

Mit dem Ende der 60er Jahre und der damit entstandenen Drogenwelle, wurden Drogen zu einem sehr emotionalen Thema der Medien. Hierbei ging es jedoch hauptsächlich um die illegalen Drogen. Andere Süchte wie zum Beispiel Nikotin, Alkohol oder Essstörungen fanden mit weitaus weniger emotionaler Befangenheit in den Medien Platz. Immer wieder wird auch heute in der Alltagssprache der Begriff *Droge* fast ausschließlich in der Bedeutung von illegalen Drogen verwendet (vgl. Uhl/Springer 2002, S. 6).

„Im Sinne eines eindeutigen Sprachgebrauchs kann man in Zusammenhang mit dem Begriff ‚Drogen‘ nur vorschlagen, streng zwischen den folgenden Inhalten zu unterscheiden:

- ‚alle Heilmittel‘
- ‚alle Heilmittel pflanzlicher und tierischer Herkunft‘
- ‚Stoffe, die gezielt eingesetzt werden, um Funktionen des Organismus zu verändern‘,
- ‚(alle) psychoaktiven Drogen‘
- ‚illegale psychoaktive Drogen‘
- Substanzen, Gegenstände und/oder Tätigkeiten, von denen man irgendwie abhängig werden kann“ (Uhl/Springer 2002, S. 15).

Duden definiert Drogen als „pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Rohstoff für Heilmittel, Stimulanzien oder Gewürze, (veraltend) Arzneimittel, Rauschgift“ (Duden o.J., o.S.).

Der Begriff Droge umfasst viele verschiedene Stoffe, welche sich sowohl in ihren chemischen Eigenschaften und damit auch in ihrer Wirkung auf den menschlichen Organismus unterscheiden. Beispiele für die Drogenvielfalt wären: Alkohol und Nikotin als

derzeit legale Drogen in Österreich, zu den illegalen Drogen zählen unter anderem Cannabis, Kokain, natürliche und synthetische Analgetika (Heroin, Methadon, Morphin, usw.), natürliche und synthetische Halluzinogene (LSD, u.a.), diverse Amphetamine (z.B. Crystal Meth), handelsübliche Schlafmittel und Sedativa (z.B. Barbiturate, Benzodiazepine) (vgl. Kisser 1991, S. 27). Um nachvollziehen zu können, warum Drogen konsumiert werden, muss nicht nur das Lebensumfeld verstanden werden, sondern auch die Ressourcen, das soziale Netz, die Anforderungen und die Möglichkeiten des Handelns (vgl. Bader/Heckmann 2005, S. 321). Grundsätzlich haben alle Drogen eine gewisse Aufgabe. Die Formen des Konsums sind sehr divergierend. Zu Beginn der *Drogenkarriere* wollen die Menschen das Gefühl von Leichtigkeit und Glück erleben, wodurch auch ihr jeweils individuelles Leid für den Moment des Rausches verschwindet. Im Laufe der Zeit verändert sich meist der Grund für den Konsum. Nicht mehr das Glückserlebnis ist es, das in erster Linie wieder erlebt werden will, sondern das Verhindern der Entzugssymptome drängt die Menschen zum weiteren Konsum (vgl. Schwem 1994, S. 20 f.).

In Österreich regeln das Suchtmittelgesetz<sup>1</sup>, die Suchtgiftverordnung<sup>2</sup> und die Suchtgiftkonvention<sup>3</sup>, welche Stoffe als illegal bezeichnet werden und wie mit Personen im Falle eines Missbrauchs umgegangen wird.

Es kann mit der Zeit dazu führen, dass durch Drogenkonsum eine Sucht entsteht. Der fortführende Konsum wird dann psychisch und oft auch physisch verlangt.

---

<sup>1</sup><https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011040/SMG%2c%20Fassung%20vom%2022.03.2015.pdf>

<sup>2</sup><https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011053/SV%2c%20Fassung%20vom%2022.03.2015.pdf>

<sup>3</sup><https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010401/Suchtgiftkonvention%201961%2c%20Fassung%20vom%2022.03.2015.pdf>

### 2.1.2. Sucht und Abhängigkeit

Damit der Mensch seinen Körper selbst spüren kann und ein Gefühl für das Leben bekommt, muss er die Fähigkeit besitzen, mit Stress und Angst umgehen zu können bzw. diese Faktoren kompensieren zu können. Ist diese Fähigkeit nicht vorhanden, so kommt es zu einem Ungleichgewicht. Auf Spannung folgt nicht Entspannung, sondern Ver-  
spannung. Menschen versuchen nun mit diversen Mitteln, darunter auch Drogen, den Stress anders zu bewältigen. Das ist aber nicht die Art von Stressbewältigung, die Menschen haben sollten. Durch dieses Ausweichen kann es schnell zu einer Abhängigkeit kommen (vgl. Schwehm 1994, S. 16).

„Von seinen etymologischen Wurzeln her erscheint der Begriff Sucht eng verknüpft mit Siechtum wie im germanischen siech und im gotischen siukan. Die ursprüngliche Wortbedeutung konzentriert sich auf das krankhafte Verlangen nach bestimmten Erlebniszu-  
ständen“ (Wolffersdorff 2005, S. 324). Spricht man allgemein von Sucht, so sind hier zwei wesentliche Faktoren zu beachten: Ein süchtiges Verhalten liegt dann vor, wenn es unkontrollierbar hinsichtlich der Quantität, Häufigkeit und Zeitdauer des Verhaltens ist. Die Handlung wird also extrem vollzogen. Der zweite Faktor sind krankhafte Züge in der jeweiligen Handlung. Damit ist gemeint, dass das Verhalten seine eigenen Gesetze bekommt, wodurch es sowohl auf den Körper, als auch auf die Psyche der Person mas-  
siven Einfluss ausübt (vgl. Tretter 2000, S. 2). Mit der Zeit wurde der Begriff *Sucht* nicht mehr ausschließlich für substanzgebundene Süchte verwendet, sondern erfuhr eine Erweiterung, in welcher *Sucht* sich auch auf psychische und soziale Abhängigkeiten und auf nicht-substanzgebundene Süchte (Essstörungen) bezieht. Damit dadurch die Bedeu-  
tung des Begriffes nicht beliebig wird, sollte eine Grenze zu nicht-substanzgebundenen Süchten gezogen werden. Dies ist von Bedeutung, um klar zu machen, dass Sucht den Krankheitscharakter besitzt. Sucht sollte nicht mit einer reinen Gewohnheit oder Ab-  
hängigkeit von Dingen gleichgesetzt werden, welche noch kontrollierbar ist. Es ist erst Sucht, wenn das Verhalten seine eigene Dynamik entwickelt und zwanghaft erfolgen muss (vgl. Uhl/Springer 2002, S. 19).

„Im Kontext der heutigen Drogendiskussion wird unter Sucht vor allem der zwanghafte Gebrauch bzw. Missbrauch von Substanzen (Suchtgiften), das Bedürf-  
nis nach Steigerung der Dosis und das Moment des Nicht-mehr-Aufhörenkönnens

verstanden. Demzufolge zeichnen sich süchtige Verhaltensweisen dadurch aus, dass dem Betroffenen die Kontrolle über seinen Willen und die Verantwortung für sein Tun entgleiten. Der Wunsch, das aus der Substanz bezogene Wohlbefinden immer wieder zu erleben und die durch sie erfahrene Euphorie nach Möglichkeit noch zu steigern, wird zu einem gebieterischen körperlichen Verlangen, dem er sich immer schwerer entziehen kann. Bei der Sucht handelt es sich um einen psychologischen Prozess, mit dem der Körper auf eine bestimmte Substanz reagiert – und nicht um einen durch das »Gift« quasi mechanisch ausgelösten Vorgang“ (Wolffersdorff 2005, S. 324).

Es liegt nicht alleine am wiederholten Konsum der Droge oder der Droge selbst, dass Personen davon psychisch abhängig werden, da es Menschen gibt, welche sehr schnell eine Sucht entwickeln und andere wiederum sehr viel langsamer. Dass Menschen von Drogen abhängig werden hängt mit vielen komplexen Faktoren zusammen. Dies sind vor allem die psychischen Dispositionen, die Biographie, die situativen Bedingungen und die Rahmenbedingungen in der Gesellschaft (vgl. ebda. 2005, S. 324 f.). „Sucht ist nicht eine unausweichliche Folge der Konfrontation mit Suchtmitteln, sondern ein multikausales Geschehen, das durch die Art des Suchtmittels, mit bestimmten Faktoren im betroffenen Individuum (aktuelle Konstitution, Persönlichkeitsmerkmale) und aus situativen Rahmenbedingungen zu erklären ist“ (Uhl/Springer 2002, S. 36). Sucht ist eine Krankheit und wird nicht durch einen Faktor hervorgerufen. Sie resultiert meist aus einem Geflecht von Störungen im Beziehungsverhalten. Dies kann schon sehr früh der Fall sein. Man arbeitet meist nicht mit einem einzigen Suchtkranken, sondern mit einem Netzwerk aus vielen verschiedenen süchtigen Persönlichkeiten und Konstellationen (vgl. Schwehm 1994, S. 12).

„Der Begriff der ‚Sucht‘ wurde von der WHO wegen seiner unklaren Bestimmbarkeit 1964 aufgegeben und durch den der psychischen und physischen Abhängigkeit ersetzt“ (Stöver 2000, S. 19). Ein abhängiges Verhalten, egal ob von einer oder mehreren Substanzen, ist dann gegeben, wenn die KonsumentInnen ihre Abhängigkeit trotz negativer Konsequenzen nicht verändern, oder der Konsum erst dann verändert wird, wenn sich bereits die ersten Folgen des Konsums bemerkbar machen (vgl. Tretter 2000, S. 4). Der Konsum von Drogen findet auch immer im Rahmen eines sozialen Umfeldes statt. Dadurch bekommt der Konsum für die Personen eine symbolische und kommunikative Bedeutung. Dies sind oft die Gründe, warum auch ein weiterer Konsum stattfindet. Psychische und soziale Abhängigkeit sind miteinander verschränkt (vgl. Springer 2007, S. 56).

„Neben der Wirkungsintensität der Droge und dem Potential an Euphorisierung, das sich der Konsument von ihr verspricht, sind es vor allem die Momente der Gewöhnung (drug habituation) und der Toleranzbildung, die für das Verständnis von Suchtverläufen zentral sind“ (Wolffersdorff 2005, S. 325). Von Drogen abhängigen Personen wird gesprochen, wenn der Konsum der Droge für ihr Leben maßgeblich ist. Hinzu kommen Belastungen wie der Verlust der Kontrolle, die Hilflosigkeit und die Hilfsbedürftigkeit. Es kann nur sehr schwer differenziert werden zwischen den negativen gesellschaftlichen Folgen und den durch die Gesellschaft bedingten Folgen des Konsums und der eigentlichen Schädigung, welche die jeweilige Droge verursacht. Wird Abhängigkeit innerhalb der sozialen Dimension gesehen, so müssen Ursache und Wirkung nicht nur auf pharmakologischer Ebene betrachtet werden, sondern auch auf individueller und gesellschaftlicher Ebene. Drogenkonsum muss nicht für jede Person mit Problemen behaftet sein. Es sind auch kontrollierte Formen des Konsums möglich, wo die Integration des Konsums in den Alltag funktioniert und weder gesundheitliche noch soziale Schäden hervorgerufen werden. Dies gilt sowohl für legale als auch für illegale Drogen (vgl. Stöver 2000, S. 20). Generell kann nach Tretter (2000) unterschieden werden zwischen einem Missbrauch von Drogen, einem risikoreichen Konsum, einem schädlichen Gebrauch und einem Konsum mit negativen Folgen:

„(...),Mißbrauch‘ [sic!] (DSM-IV) ist nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch. Das Auftreten von Störungen oder Schäden ist dabei keine notwendige Bedingung. (...)

„Risikoreicher Konsum‘ ist eine weitere (nicht systematisch-diagnostische) Kategorie, die hilft, Stoffkonsum zu problematisieren (...)

„Schädlicher Gebrauch‘ (ICD-10) bedeutet Konsum mit nachweisbaren Schäden (oder Störungen) als Folge. „Störungen“ (z.B. Gedächtnisverlust für einige Stunden) sind aber eigentlich keine „Schäden“ (=bleibende Störungen), Störungen sind (z.T. vorübergehende) „negative Folgen“.

„Konsum mit negativen Folgen“ umfaßt [sic!] Störungen und Schäden“ (Tretter 2000, S. 4).

Jedes Verhalten von Personen, welches zur Gewohnheit wird, kann sich zu einer Sucht entwickeln. Es gilt hier jedoch den Unterschied klar zu machen, ob es sich um einen unproblematischen oder problematischen Gebrauch handelt. Dies ist jedoch sehr schwierig, da die Übergänge fließend sind. Wird die Sucht zu einem Bestandteil des Alltags der Person, so entwickelt sich eine Bindung an die jeweilige Droge. Diese Bin-

dung ist emotional und es wird versucht die Handlung aufrecht zu erhalten. Von einem problematischen bzw. schädigenden Gebrauch wird dann gesprochen, wenn dieser Konsequenzen im Sinne von Störungen mit sich bringt. Diese befinden sich auf sozialer, körperlicher und seelischer Ebene (vgl. ebda. 2000, S. 2 ff.).

Zusammenfassend zum Thema Drogen, Illegalität und Sucht/Abhängigkeit kann gesagt werden, dass der Drogenkonsum generell in der Gesellschaft ein Problem darstellt. Insgesamt kann es als soziales Problem gesehen werden:

„Der Konsum von Drogen als soziales Problem wird geprägt durch diese drei Perspektiven: im Rahmen einer gesundheitspolitischen Perspektive handelt es sich um eine (physische oder psychische) Krankheit, problematisiert als Sucht oder Abhängigkeit, oder um ein Symptom für eine psychische Grundstörung, die mit therapeutischen oder medizinischen Mitteln zu behandeln sind. Zugleich wird das Drogenproblem als Kriminalitätsproblem, als eine Form abweichenden Verhaltens, aufgefasst, das über strafrechtliche Abschreckung und Einschränkungen des Drogenangebots kontrolliert werden soll. Schließlich wird der Drogenkonsum als Jugendproblem thematisiert, das über Angebote der Lebensbewältigung und der sozialen Integration im Rahmen des sozialen Hilfesystems bewältigt werden soll“ (Groenemeyer 2012, S. 434).

Der Drogenkonsum in Verknüpfung mit der Kriminalität ist seit der Kriminalisierung von Drogen in den 1970er Jahren ein Thema der Gesellschaft, Politik und der Justiz. Um folglich dem Konsum illegaler Drogen im Gefängnis darstellen zu können, bedarf es einer generellen Erklärung was Strafvollzug und folglich auch Resozialisierung ist.

### *2.1.3. Strafvollzug*

„Aus soziologischer Perspektive sind Gefängnisse als totale Institutionen – gekennzeichnet durch ausgeprägte hierarchische Strukturen, Abwehrstrategien nach außen, grundsätzliche Orientierung an militärischen Prinzipien wie auch per se latenten und manifesten gewaltförmigen Beziehungen – zu fassen“ (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. 80).

In der Haft fallen die Bereiche des allgemeinen Lebens, der Arbeit, der Freizeit und des Wohnens in einen Bereich zusammen. Die Organisation ist hierarchisch und die Struktur autoritär. Die Gefangenen können nicht uneingeschränkt Kontakt nach außen

halten, sowie sozial verkehren. Auch dieser Bereich wird beschränkt. Auf Grund der räumlichen Begrenzung, einem Gefühl der Enge und Wahllosigkeit scheint es kaum möglich, sich Intimität und Privatsphäre aufrecht zu erhalten. Das ist die Totalität der Lebensbedingungen in Haft. Dies prägen auch die Gesundheit im Vollzug sowie die allgemeinen sozialen und räumlichen Bedingungen. Nicht nur die Organisation ist von Hierarchie geprägt, auch die InsassInnenkultur hat einen eigenen hierarchischen Charakter. Die Straftat bestimmt einerseits den Platz in der Hierarchie. Auf der unteren Stufe befinden sich SexualstraftäterInnen und DrogenkonsumentInnen. Im Rahmen des Strafvollzugs kommt das ständige Spannungsverhältnis von Kontrolle und Hilfe hinzu. Er hat die Doppelfunktion von Sicherung/Verwahrung und Hilfe (vgl. Stöver 2000, S. 38 f.).

#### 2.1.3.1. Strafvollzugsgesetz Österreich (StVG)

Nach dem Strafvollzugsgesetz sind Ziel und Zweck des Vollzugs, dass die inhaftierten Personen wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden. Sie sollen eine Lebenseinstellung erlangen, welche die Erfordernisse für ein Leben in der Gesellschaft inkludiert. Unter anderem soll jedoch mit dem Vollzug auch der Unwert des strafbaren Verhaltens gezeigt werden. Um die Zwecke zu erreichen und Sicherheit und Ordnung weiterhin zu gewährleisten, wird die Führung des Lebens eingeschränkt, wozu die Abschottung zur Welt außerhalb der Mauern zählt. Damit die (Re-)Sozialisierung vorangetrieben wird, werden diese Beschränkungen gelockert, sofern der/die Insasse/Insassin die Voraussetzungen dafür besitzt. Weiteres sollen die GefängnisinsassInnen auch im Sinne von sozialem Lernen erzogen werden. Dieser Erziehungsauftrag ist für alle Bediensteten im Vollzug gültig und meint damit auch Wissensvermittlung, die Weitergabe von beruflichen Fertigkeiten, positive soziale Kontakte zu ermöglichen, Therapiebehandlung (beispielsweise bei drogenabhängigen InsassInnen) und auch die Einsicht für die begangene Tat und die damit angelastete Schuld. Um die Zwecke des Vollzugs zu erreichen und soziales Lernen zu ermöglichen, bedarf es einer Differenzierung der Formen des Strafvollzugs. Unterschieden werden kann der Erstvollzug, der Vollzug an FahrlässigkeitstäterInnen, der Vollzug an InsassInnen mit psychischen Besonderheiten, der Maßnah-

menvollzug, der gelockerte Vollzug, der Vollzug durch elektronisch überwachten Hausarrest, der Entlassungsvollzug und der Jugendstrafvollzug. Sondervorschriften gibt es für den Vollzug von Finanzstrafhaft, Untersuchungshaft und Verwaltungsstrafhaft welche primär gelten. In diesen drei Fällen gilt das Strafvollzugsgesetz nur sekundär. Im Strafvollzugsgesetz sind unter anderem auch die Kontakte zur Außenwelt geregelt. Darunter fallen der Briefverkehr, Paket- und Geldsendungen, Besuche, Telefongespräche, Ausführungen und Überstellungen, Unterbrechung der Freiheitsstrafe, verschiedene Formen von Ausgang und Weiteres. Es ist hier wichtig, die Sicherheit und Ordnung sowohl zur Außenwelt als auch innerhalb der Haftanstalt geregelt zu halten. Dies inkludiert auch Zwangsbefugnisse, welche die Strafvollzugsbediensteten vollziehen können.

Es gibt nicht nur Rechte für die Bediensteten im Vollzug, sondern auch auf Seiten der InsassInnen finden sich sowohl Rechte als auch Pflichten. Darunter fallen beispielsweise die Versorgung mit notwendigen Gütern und die medizinische Behandlung, die Freizeitgestaltung, Arbeit und soziale Fürsorge als auch Vergünstigungen. Wichtige Pflichten sind wie erwartet die Befolgung der Anweisungen des Personals, jegliche Handlungen zur Gefährdung der Sicherheit zu unterlassen, entsprechendes Benehmen und die Einhaltung des Tagesplans. Wird gegen diese Pflichten verstoßen, so gibt es zur Ahndung der Verstöße entsprechende materielle und verfahrensrechtliche Bestimmungen. Die Häftlinge besitzen auch Rechtsschutz, zu welchem die Einbringung von Beschwerden gegen Anordnungen, Entscheidungen oder gegen ein bestimmtes Verhalten, seitens der Bediensteten im Vollzug zählen.

Es gibt für den Strafvollzug ebenso internationale Regelungen. Diese befinden sich vor allem in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), welche zur österreichischen Rechtsordnung gehört. Die Strafvollzugsgrundsätze von Europa sind für die Mitgliedsstaaten nicht bindend, sondern stellen eine bloße Empfehlung dar. Die europäischen Strafvollzugsgrundsätze haben dennoch große Bedeutung im Rahmen der innerstaatlichen Gesetzgebung und Rechtsauslegung. Zusätzlich werden vom Europäischen Komitee des Europarates zur Verhütung von Folter Inspektionen in den Justizanstalten durchgeführt. Diese finden in einem Abstand von drei bis vier Jahren statt (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 10 f.).

Im nächsten Kapitel wird dann genauer auf den österreichischen Strafvollzug eingegangen. Da im StVG die Resozialisierung das Vollzugsziel schlechthin abbildet, gilt es zu klären, was unter gelungener Resozialisierung und dem Begriff generell verstanden wird.

#### 2.1.4. Resozialisierung

Im heutigen Verständnis ist Resozialisierung ein Prozess der lebenslangen Sozialisation (vgl. Cornel 2009a, S. 27). Um neue Straftaten präventiv zu vermeiden, muss die Entlassung vorbereitet und die ehemaligen Häftlinge in der Wiedereingliederung unterstützt werden. Dies dient vor allem auch der Verbesserung der sozialen Reintegration. Besonderes Augenmerk sollte hier auf die Kooperation im Vollzug gelegt werden. Es ist wichtig, koordinierte Partnerschaften zwischen den Strafjustizbehörden und externen sowie gesellschaftlichen Trägern herzustellen (vgl. Justice Cooperation Network, S. 3). Da die Bedeutung des Begriffes der Resozialisierung nicht präzise bestimmt ist, ist immer wieder der Versuch unternommen worden, den Begriff zu ersetzen. Es geht in dieser Hinsicht um die klassischen Begriffe wie Erziehung, Besserung, Sozialisation, Rehabilitation und Integration. Resozialisierung kann nicht alleine vom Individuum her gedacht und vollzogen werden. Die Umwelt spielt auch hier immer eine wichtige Rolle. Resozialisierung spiegelt ein Spannungsfeld von Gesellschaft und Individuum wider. Der/Die Straffällige darf jedoch nicht wie ein Objekt behandelt werden. Dies würde gegen die Menschenwürde verstoßen. Je nach Problem, *Defizit*, Fähigkeit, Institution und Bedarf kann Resozialisierung unterschiedliches bedeuten: Es geht um Beratung bei persönlichen Problemen, um Motivation, seine eigene Lebenslage zu verbessern, um materielle Unterstützungen, um Angebote zur Ausbildung und Bildung, um Hilfe in Krisensituationen, auch um Unterstützung bei der Herstellung von sozialen Kontakten und der Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln. Doch gehören auch Bemühungen dazu, die Toleranz der Gesellschaft hinsichtlich *Randgruppen* zu erhöhen, sowie die Hilfe zum Erwerb von Selbstsicherheit, Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit. Zu dieser Unterstützung und Hilfe im Rahmen der Resozialisierung dürfen Personen nicht gezwungen werden, da dies ein freiwilliges Angebot darstellt (vgl. Cornel 2009a,

S. 34 ff.). Neben der Vorbereitung zur Entlassung, welche von sozialen Einrichtungen und den SozialarbeiterInnen während der Haft angeboten wird, ist es auch wichtig, nach der Haft Unterstützung zur Wiedereingliederung zu geben. Sowohl Vorbereitung als auch die Hilfe danach sind wichtige Anker, um eine erfolgreiche Resozialisierung zu ermöglichen. Die Vorbereitung wird darin gestaltet, dass Strafgefangene bei ihren Ausgängen begleitet werden, Kontakte zum sozialen Umfeld geknüpft und wieder aufgenommen werden, bei Behördengängen und der Beschaffung von notwendigen Unterlagen und Ausweisen unterstützt werden. Nach der Entlassung ist es wichtig, so unbürokratisch wie möglich die Lücken zur Sicherung der Existenz zu schließen, um erneute Straffälligkeit zu verhindern. In diesem Feld arbeiten freie Träger zur Straffälligenhilfe. Es wird mit den ehemaligen Gefangenen die Wohnungssituation geklärt, eine Arbeitsstelle gesucht und es werden Beratungen für Suchtprobleme oder Überschuldung angeboten. Die Vorbereitung zur Entlassung geschieht oft durch soziale Hilfen im Gefängnis, welche jedoch mit der Entlassung an dem Gefängnistor enden. Die freie Straffälligenhilfe greift hier ein und bietet auch eine durchgehende Unterstützung nach der Entlassung. Sie arbeitet jedoch mit dem Sozialdienst der Anstalt zusammen, um tragfähige Beziehungen zu gewährleisten (vgl. Kawamura-Reindl 2009, 209 f.).

Um Resozialisierung gelingen zu lassen, bedarf es noch eines wichtigen Faktors: der körperlichen und seelischen Gesundheit der InsassInnen.

## **2.2. Gesundheit in Gefängnissen**

“(…) The medical services of the institution shall seek to detect and shall treat any physical or mental illnesses or defects which may hamper a prisoner's rehabilitation. All necessary medical, surgical and psychiatric services shall be provided to that end” (United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders 1955, S. 10).

Der Gefangene ist hinsichtlich seiner Gesundheit auf die Vollzugsbehörden angewiesen. Es gibt geringe Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, stattdessen bestehen die Fürsorge der Anstalt und die Pflicht auf Seiten der InsassInnen, die medizinischen Vorkehrungen zu unterstützen (vgl. Stöver 2009, S. 379).

„Organisationen, auch Gefängnisse, haben einen bedeutsamen Einfluß [sic!] auf die Herstellung bzw. Aufrechterhaltung von Gesundheit. Gefängnisse als Organisationen besitzen eine besondere Qualität: In ihnen fallen Leben, Wohnen, Arbeiten, Essen alle weiter sozialen Bezüge und Verknüpfungen zusammen – eine Totalität dieser Organisation und des Lebens in ihnen“ (Stöver 2000, S. 296).

Es ist relevant die gesundheitlichen Bedürfnisse aller im Justizvollzug arbeitenden Personen zu beachten und ihnen nachzukommen. Gefangene haben oft nur kurze Haftstrafen abzusitzen und kehren dann in die Gesellschaft und in ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit) zurück (vgl. Stöver 2009, S. 380). Die Verbesserung der Gesundheit im Gefängnis muss auch die zentralen Problemlagen der Gefangenen wie Geschlecht, Drogenabhängigkeit, psychische Auffälligkeiten, Migration und eine damit vielleicht vorhanden sprachliche Barriere und der Bediensteten wie Gewalt, Angst und Stress beachten. Es müssen so mitunter auch die baulichen Gegebenheiten, die Umwelt, die Unterbringungsmöglichkeiten und die physischen und psychischen Realitäten der Personen in dieser Organisation bedacht werden (vgl. Stöver 2000, S. 289).

### 2.2.1. WHO

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (WHO 1986, o.S.).

Gesundheit spielt im Leben eine große Rolle, ohne diese ist vieles nicht machbar. Somit kommt ihr auch für Häftlinge und Haftentlassene eine große Bedeutung zu. Vor allem ist die Stabilität des gesundheitlichen Zustands auch für die Zeit nach der Haft wichtig. Die ehemaligen InsassInnen kehren in die Gesellschaft zurück. Gerade drogenabhängige Personen können so auch eher von einem Rückfall bewahrt werden. “By helping to build healthy communities, a prison health service can help to avoid an increase in the general burden of disease. Good prison health care will also contribute to a reduction in reoffending after release” (World Health Organization Europe 2014, S. 3).

Um die Erhaltung der Gesundheit und die Versorgung im Gefängnis zu garantieren, entstand eine Erklärung der EU in Genf.

### 2.2.2. *Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft (EU)*

„Diese Regeln und Empfehlungen basieren auf dem Humanitären Völkerrecht und den Grundrechten. Im Einzelnen handelt es sich um folgende sieben fundamentale Prinzipien:

1. Gefangene müssen jederzeit freien Zugang zur medizinischen Versorgung haben.
2. Die medizinische Versorgung muss derjenigen für nicht inhaftierte Personen entsprechen.
3. Jede medizinische Behandlung von Menschen in Haft setzt deren freiwillige und informierte Zustimmung voraus, wobei das Prinzip der Vertraulichkeit gilt (Berufsgeheimnis).
4. Menschen in Haft haben ein Recht auf gesundheitliche Aufklärung und auf Zugang zu den gängigen Mitteln zur Krankheitsverhütung.
5. Pflicht zur humanitären Unterstützung von besonders vulnerablen Gruppen.
6. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen unabhängig von allen Ebenen der Justiz und des Strafvollzugs arbeiten.
7. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen über die notwendigen professionellen Kompetenzen verfügen“ (Wolff/Pont/Stöver 2012, S. 217 f.).

Um die Thematik der Drogenabhängigkeit im Strafvollzug, deren Auswirkungen und Gefahren, aber vor allem auch den Bedürfnissen drogenabhängiger Personen im Vollzug aufzuschließen, müssen zu Beginn der Strafvollzug in Österreich explizit und im Hinblick dieser Arbeit die Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini näher vorgestellt werden.

## 2.3. **Strafvollzug in Österreich**

In Österreich gibt es insgesamt 27 Vollzugsanstalten und 13 Außenstellen. Der Straf- und Maßnahmenvollzug wird als moderner Betreuungsvollzug verstanden. Basis für den Betreuungsvollzug sind die europäischen Standards, welche in der Empfehlung des

Europarates über die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze<sup>4</sup> festgelegt sind. Im Vordergrund steht eine passende Betreuung, Behandlung und Beschäftigung der GefängnisinsassInnen. Man will sich von der Vorstellung des einfachen Wegsperrrens im Vollzug deutlich trennen. Dies zeigt sich unter anderem auch darin, dass im Betreuungsvollzug die InsassInnen in den Tagesablauf eingebunden werden und viel Zeit außerhalb der Hafträume verbringen. Die normierte Dauer von einer Stunde Aufenthalt im Freien wird meist weit überschritten (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 8 f.).

Die Basis für den Vollzug ist § 20 StGB (Strafgesetzbuch):

„§ 20. (1) Der Vollzug der Freiheitsstrafen soll den Verurteilten zu einer recht-schaffenen und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens angepaßten [sic!] Le-benseinstellung verhelfen und sie abhalten, schädlichen Neigungen nachzugehen. Der Vollzug soll außerdem den Unwert des der Verurteilung zugrunde liegenden Verhaltens aufzeigen.

(2) Zur Erreichung dieser Zwecke und zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung in den Anstalten zum Vollzug von Freiheitsstrafen sind die Strafgefange-nen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes und der darauf ge-gründeten Vorschriften von der Außenwelt abzuschließen, sonstigen Beschrän-kungen ihrer Lebensführung zu unterwerfen und erzieherisch zu beeinflussen“ (Bundeskanzleramt 2014, S. 12).

Jede Handlung im Vollzug hat immer die Resozialisierung als Ziel im Fokus. Eine Re-sozialisierung kann nur dann gelingen, wenn InsassInnen individuell behandelt und be-treut werden. Beträgt eine Freiheitsstrafe mehr als 18 Monate, so wird für die Personen ein Vollzugsplan erstellt, wodurch die individuelle Betreuung gesichert, die Strafzeit strukturiert und die Stufen und Ziele bis zur Entlassung vorgegeben wird. Dieser Voll-zugsplan stellt jedoch dann keinen starren Plan zur Verfolgung dar, sondern kann und soll immer an die individuellen Entwicklungen und Bedürfnisse angepasst werden. Der § 20 zeigt, dass das Strafvollzugsgesetz hier Spannungen in der Erfüllung der Forderun-gen mit sich bringt. Der Strafvollzug muss dieses Spannungsverhältnis ausbalancieren, damit jedes Ziel verfolgt wird. Für den Vollzug in Österreich ist der Bund zuständig. Die oberste Vollzugsbehörde ist das Bundesministerium für Justiz. Ihr Aufgabenbereich liegt in der strategischen Planung und Steuerung des Vollzuges, sowie auch die oberste Leitung. Für die Beratung und Unterstützung gibt es eine eigene Abteilung im Straf-

---

<sup>4</sup> <http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/bj/sicherheit/smv/dokumentation/empfehlung-europarat-d.pdf>

vollzug. Nach dem Bundesministerium für Justiz stellt die Vollzugsdirektion die nächste Dienstbehörde dar. Diese setzt sich mit der operativen Steuerung auseinander. Im Sinne des Strafvollzugs stellt sie die oberste Vollzugsbehörde dar. Zu den Vollzugsbehörden erster Instanz zählen alle LeiterInnen der 27 Justizanstalten in Österreich. Sie haben die Aufsicht über den Strafvollzug in ihrer jeweiligen Anstalt. Auch die Aufgabe sich mit den Beschwerden gegen Bedienstete im Strafvollzug oder gegen deren Anordnungen auseinanderzusetzen, zählt zu ihrem Bereich. Der Vollzugsdirektion untergeordnet ist auch die Strafvollzugsakademie, welche eine zentrale Einrichtung zur Aus- und Fortbildung des tätigen Personals und der Wiener Jugendgerichtshilfe ist.

Im Strafvollzug in Österreich folgt man einem Drei-Säulen-Modell der Sicherheit. Sicherheit kann demnach untergliedert werden in instrumentelle, organisatorische und soziale Sicherheit. Mit instrumenteller Sicherheit meint man neben den baulichen Aspekten, die Ausstattung, die exekutive Ausbildung und die Bewaffnung der Wache. Die Justizwache hat im Vergleich zur Polizei jedoch andere Aufgaben. Die Ausstattung ist aber mit jener der Polizei zu vergleichen. Sie besitzen Dienstwaffen wie Pistolen, Gewehre, Taser, Rettungsmehrzweckstock und Pfefferspray. Sollte es in der Haftanstalt zu einer besonderen gefährlichen Situation kommen, so ist eine spezielle Einsatztruppe vorhanden. Diese besitzt zusätzliche Schutz- und Einsatzmittel. Das Personal der speziellen Einsatztruppe erhält eine besondere Ausbildung und muss regelmäßig trainieren. Um die organisatorische Sicherheit zu verbessern, kommen viele verschiedene Maßnahmen zur Anwendung. Jedes Gefängnis besitzt Alarmpläne für eine professionelle Intervention bei bestimmten Gefahren. Ebenso gibt es immer einen Sicherheitsbeauftragten, welcher laufend beobachten, evaluieren und die Sicherheitsvorkehrungen optimieren muss. Die Grundlage für Vollzugs- und Lockerungsentscheidungen sind fachlich fundierte Vollzugspläne. Diese werden durch ein multiprofessionelles Team erstellt und laufend erneuert. In der organisatorischen Sicherheit gibt es einen speziellen Dienst. Dieser ist eine Begutachtungs- und Evaluationsstelle für Gewalt- und SexualstraftäterInnen (BEST). Diese Stelle beschäftigt sich mit schweren Gewalt- und SexualstraftäterInnen aus ganz Österreich. Diese werden von forensischen PsychologInnen und PsychiaterInnen untersucht und begutachtet. Die Ergebnisse der Begutachtung werden für individuelle Behandlungen herangezogen, um hier die Planung und Umsetzung zu optimieren. Des Weiteren unterstützen diese Gutachten auch die Entscheidungen bei Lo-

ckerungen. Hierzu gibt es eine wissenschaftliche Begleitforschung. Die dritte Säule der Sicherheit (soziale Sicherheit) beschäftigt sich mit dem Ausmaß und mit der Qualität der Beziehungsstruktur zwischen dem Personal und den Häftlingen. In Österreich nehmen JustizwachebeamtenInnen nicht nur exekutive Aufgaben wahr, sondern haben im großen Maße auch Aufgaben der Betreuung zu übernehmen. Betreuung benötigt jedoch eine andere Beziehungskultur als exekutive Aufgaben. Dies ist ein Beitrag zur sozialen Sicherheit und es zeigt den Unterschied der Anforderungen an das Personal im Gegensatz zur Polizei. Auch professionelle Betreuung, Behandlung und Resozialisierung ist ein relevanter Faktor im Zusammenhang der Sicherheit. Jede im Strafvollzug tätige Person muss an der Resozialisierung mitarbeiten. Dafür gibt es einige Methoden wie zum Beispiel die Vollzugslockerungen (Freigang, Ausgang, Außenarbeit) oder der elektronisch überwachte Hausarrest. Die Entlassungsvorbereitung kurz vor dem Zeitpunkt der Entlassung wird dann von den Fachdiensten (sozialer und psychologischer Dienst) durchgeführt. Meist wird hier mit Einrichtungen zur Nachbetreuung kooperiert.

Das Personal im Strafvollzug hat die Aufgabe, die innere und äußere Sicherheit zu gewährleisten, sowie die GefängnisinsassInnen auf ein Leben ohne Strafe vorzubereiten. Im Sicherheitsbereich konnten in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht werden. Dazu zählen die technische Entwicklung hinsichtlich der äußeren Sicherheit durch den Einsatz modernster Elektronik, als auch die Aus- und Fortbildung in den Anstalten von ExekutivbeamtenInnen und durch einen größeren Personaleinsatz im Bereich Sozialarbeit und Psychologie. Alle Personen die im Strafvollzug tätig sind, sind für die Betreuung der Häftlinge zuständig. Relevante Berufsgruppen in diesem Bereich sind SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen, ÄrztInnen, Pflegepersonal und eben auch die Bediensteten des Exekutivdienstes. Besonders der Exekutivdienst steht mit den InsassInnen rund um die Uhr in Kontakt und kann so ihre Entwicklung positiv beeinflussen.

Die Vollzugsanstalten in Österreich entsprechen den Standards. Die Gefängnisse sind ausgestattet mit: Unterbringungsräumen, Räumen zur Beschäftigung der InsassInnen, Räume zur medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Betreuung, Räumen zur Freizeitgestaltung und eigene Zonen wo Besuche empfangen werden können. Die Gefängnisverwaltung befindet sich in räumlich getrennten Baulichkeiten. Grundsätzlich gibt es in den Gefängnissen moderne Sicherheitstechni-

ken. Das zentrale Zimmer in dieser Hinsicht stellt das Wachzimmer dar, über welches jedes Gefängnis verfügt. Im Wachzimmer wird koordiniert und alle sicherheitstechnischen Anlagen überwacht. Der Zugang zum Gefängnis erfolgt nur über gesicherte Schleusensysteme.

Die Untersuchungshaft als auch Freiheitsstrafen, welche bis zu 18 Monaten dauern, werden in den 15 landesgerichtlichen Gefangenenhäusern vollzogen. Diese sind jeweils am Ort des Landesgerichts in allen neun Bundesländern zu finden. Wird eine Freiheitsstrafe über 18 Monate verhängt, so ist die Strafe in den Vollzugsanstalten abzusitzen.<sup>5</sup> Die Strafvollzugsanstalten in Österreich sind vorwiegend im Osten angesiedelt. Der Strafvollzug wird im gerichtlichen Gefangenenhaus eingeleitet, was entweder nach der Untersuchungshaft oder bei freiwilligem Strafantritt geschieht. Welche Strafvollzugsanstalt den/die jeweilige/n zur Freiheitsstrafe Verurteilte/n übernimmt, wird von der Vollzugsdirektion mittels einer Klassifizierung beschlossen. Mittels der Klassifizierung werden die Unterschiede und die Spezialisierung in der Behandlung der Gefangenen genau geklärt. Man achtet hierbei auf die vorherigen Lebensbedingungen der Verurteilten, auf die persönlichen Verhältnisse und die Straftat um eine passende Einrichtung zu finden. Die Gefängnisse haben je unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wie Arbeit, Freigang, Behandlung von SexualstraftäterInnen, Suchttherapie, Ausbildung, etc. Es gibt aber auch Schwergewichtssetzungen hinsichtlich des Sicherheitsbereichs. Die Klassifizierung soll bei der Wahl der Justizanstalt unterstützen, um die passenden Sicherheitsbestimmungen und Resozialisierungsbedingungen zu finden. Dadurch soll eine größtmögliche Individualisierung erreicht werden. Vom Leiter/Von der Leiterin der jeweiligen Justizanstalt wird folglich ein Vollzugsplan erstellt, um die getroffenen Entscheidungen in der Klassifizierung zu explizieren und die weitere Zeit im Vollzug zu strukturieren. Es gibt für Frauen und Jugendliche eigene Vollzugsanstalten (Frauen: Justizanstalt Schwarza, Jugendliche: Gerasdorf). In den 15 landesgerichtlichen Gefangenenhäusern gibt es abgetrennte Bereiche für Jugendliche und Frauen. Im Justizsystem sind auch Sonderanstalten für den Maßnahmenvollzug vorhanden. Für zurechnungsunfähige geistig abnorme RechtsbrecherInnen sind in Österreich zwei Sonderanstalten zuständig (Göllersdorf und das Forensische Zentrum Asten). Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, zurechnungsunfähige geistig abnorme RechtsbrecherInnen entweder in

---

<sup>5</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit immer von Vollzug allgemein gesprochen.

Wien-Mittersteig oder in drei großen Vollzugsanstalten in separaten Abteilungen unterzubringen und zu behandeln (Garsten, Graz-Karlau und Stein). Für die Behandlung entwöhnungsbedürftiger RechtsbrecherInnen besitzt der Vollzug in Wien-Favoriten eine Schwerpunktsetzung. Der Maßnahmenvollzug an entwöhnungsbedürftige RechtsbrecherInnen ist für jene Personen, die drogenabhängig sind und im Rausch oder sonstigem Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeit eine strafbare Handlung begangen haben. Praktisch jedoch hat diese Form der Suchtbehandlung keine wesentliche Bedeutung mehr. Anfang 2013 befanden sich nur 22 Personen in dieser Maßnahme (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 8 ff.). „Gefängnis als totale Institution erzeugt dabei immer schon Gegenkräfte, die einen Therapieprozeß [sic!] stören oder blockieren: unkontrollierbare Bedingungen des Vollzuges mit einem Drogenangebot, Gewaltandrohungen und -ausübungen“ (Stöver 2000, S. 126). Trotz dieser großen Diversifikation haben die InsassInnen jedoch alle eines gemeinsam: die Freiheitsbeschränkungen von unterschiedlichem Ausmaß bis hin zum kompletten Freiheitsentzug im geschlossenen Sicherheitsvollzug (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 8 ff.).

### *2.3.1. Betreuung in der Haft*

Die Betreuung in der Haft lässt sich grob in vier Bereiche unterteilen: die ärztliche Betreuung, die psychologische Betreuung, die sozialarbeiterische Betreuung und die seelsorgerische Betreuung.

#### *2.3.1.1. Ärztliche Betreuung*

Die Justizverwaltung stellt eine ärztliche Betreuung sicher und übernimmt dafür auch die Kosten. Praktische ÄrztInnen sind zumindest wöchentlich in allen Justizanstalten für Ordinationsstunden anwesend. Ist die Justizanstalt größer, so gibt es auch Krankenabteilungen, welche zum Teil als Krankenanstalten im rechtlichen Sinne geführt werden. In kleineren Justizanstalten gibt es einzelne Hafträume, wo kranke InsassInnen aufgenommen werden. Wird ein/e Insasse/Insassin in ein öffentliches Krankenhaus überstellt,

so findet man dort sogenannte geschlossene Abteilungen oder zumindest ein größeres Krankenzimmer in welchem auch die Bewachungsorgane Platz finden (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 8 ff.). In den Justizanstalten in Österreich sind je nach Anstaltsgröße ÄrztInnen vorhanden. In kleineren Gefängnissen werden diese nur teilszeitlich angestellt. Doch nicht nur ÄrztInnen, sondern auch KrankenpflegerInnen sind in allen Gefängnissen Österreichs vorhanden. Wie viele davon angestellt werden, richtet sich wiederum nach der Anstaltsgröße. Im Durchschnitt behandelt ein/e ÄrztIn 200 Häftlinge und jede/r KrankenpflegerIn 300 InsassInnen. Wenn es notwendig ist, werden auch FachärztInnen zu Rate gezogen (vgl. Neider 2008, S. 205). „Das medizinische Fachpersonal steht vor Herausforderungen, die kaum mit einer ärztlichen Praxis in Freiheit vergleichbar sind; eher mit Schwerpunktpraxen - ohne jedoch dafür genügend ausgestattet oder ausgebildet zu sein“ (Stöver 2009, S. 377). Vergleicht man die Situation hinsichtlich der ärztlichen Betreuung mit jener in Freiheit, so kann man Probleme und Besonderheiten feststellen, die auf das System des Strafvollzugs gründen. Ein Vertrauensverhältnis zwischen PatientIn (Insasse/in) und Arzt/Ärztin kann nur schwer hergestellt werden, da es für Häftlinge keine freie Arztwahl gibt. Generell befinden sich die InsassInnen, welche oft aus sozialen Randgruppen kommen, in einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand als die Gesamtbevölkerung. Dies zeigt sich durch häufiges Auftreten von Krankheiten wie TBC, Hepatitis und HIV. Viele Häftlinge zeigen zusätzlich noch psychische Auffälligkeiten und Probleme. Der Anteil der Häftlinge mit psychischen Störungen hat sich in den letzten Jahren erhöht. Dieses Faktum verweist auf die Bedeutung der FachärztInnen für Psychiatrie. Die Aufgaben der Dienste im psychiatrischen Bereich sind vor allem ambulante Akutbehandlungen, Depotbehandlungen, Substitutionsbehandlungen, Krisenintervention, Therapiegespräche und die Abgabe zu Stellungnahmen zur Vollzugsgestaltung sowie bei Vollzugslockerungen und der Verhängung von Sicherheitsmaßnahmen.

Die typischen Gegebenheiten in Haft verleiten zu einer genaueren Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und den Befindlichkeiten. Oft werden Symptome auch schwerer dargestellt oder erfunden. Die Häftlinge erhoffen sich dadurch eventuell in ein öffentliches Krankenhaus überwiesen zu werden, oder Vergünstigungen und Hafterleichterungen zu erhalten. Die ÄrztInnen im Vollzug behandeln nicht nur die InsassInnen, sondern geben auch Urteile über ihren Zustand ab. Dies trifft bei der Arbeitsfähigkeit,

bei Vollzug von Hausarrest und bei besonderen Sicherheitsmaßnahmen zu (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 8 ff.).

#### 2.3.1.2. Psychologische Betreuung

Die psychologische Betreuung beginnt bereits bei der Aufnahme der InsassInnen in den Vollzug. Dort werden sie von MitarbeiterInnen des psychologischen Dienstes begutachtet und Gefährlichkeitsprognosen werden angefertigt. Des Weiteren wird die Motivation zu einer Therapie erhoben und angeregt. Besondere Bedeutung kommt den Gutachten zu, wenn sie für Vollzugslockerungen sowie für Entscheidungen über eine frühzeitige Entlassung herangezogen werden. Grundsätzlich kooperieren die Betreuungsfachdienste miteinander, um einen Vollzugs- und Behandlungsplan zu erstellen, sowie auch Eignungsuntersuchungen zu Vollzugslockerungen und Ausbildungsmaßnahmen durchzuführen. Die Beurteilung über eine Fremd- und Selbstgefährdung von InsassInnen wird ebenso von psychologischen ExpertInnen gemacht.

In Sonder- oder Großanstalten sind für die PsychologInnen fixe Sprechstunden festgelegt. Die Arbeit wird vor allem durch Einzel- bzw. Gruppentherapiesitzungen durchgeführt oder durch Krisenintervention. Auch Angehörige von InsassInnen können vom psychologischen Team beraten werden. Weitere Funktionen haben sie auch im Bereich der Suizidprävention und bei der Betreuung des Haftraumzuweisungsprogramms VISCI (Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions). Bei diesem Programm handelt es sich um ein Screening-Instrument um eine erste Beurteilung über die Gefährdung bezüglich eines Suizides neuer InsassInnen festzustellen. Wird ein/e Insasse/in von diesem Screening-Instrument als selbstmordgefährdet eingestuft, so ist er/sie umgehend von den PsychologInnen zu untersuchen und zu beurteilen. Folglich sind dann entsprechende Präventionsmaßnahmen zu unternehmen. Die PsychologInnen verfassen für GewalttäterInnen auch spezielle Behandlungsprogramme. Immer öfter werden die Ziele einer Therapie auch über Kurse, soziale Trainingsmaßnahmen oder Gruppenprogramme ausgeführt. Der Fokus liegt bei der Aneignung von sozialen Fähigkeiten. Ebenso haben die PsychologInnen Mitspracherecht bei der Personalauswahl für die

Vollzugsanstalt und sind Lehrbeauftragte bei der Aus- und Fortbildung des gesamten Personals (vgl. ebd., S. 8 ff.).

#### 2.3.1.3. Soziale Arbeit im Strafvollzug

Soziale Arbeit im Strafvollzug ist eine professionelle Hilfe, welche den InsassInnen als auch dem sozialen Umfeld der InsassInnen während der Haft zur Seite steht und psychosoziale Beratung und Begleitung anbietet. Für den modernen Strafvollzug ist der soziale Dienst nicht wegzudenken. Er bildet eine Organisationseinheit in einem Gefängnis. Die Aufgaben des Sozialen Dienstes beginnen bereits bei der Aufnahme neuer InsassInnen (Arbeitseinteilung, Haftraumzuteilung, Erstellung des Vollzugsplans). Die SozialarbeiterInnen im Vollzug bieten Unterstützung bei der Herstellung von Kontakten zu Angehörigen, bei wirtschaftlichen und finanziellen Fragen sowie bei Rechtsansprüchen. Während der Zeit im Vollzug werden auch Kontakte zu unterschiedlichen Einrichtungen hergestellt, welche bei persönlichen Problemen und in Krisenlagen helfen. Besonders relevant wird der soziale Dienst, wenn es um die Vorbereitung von Vollzugslockerungen wie Ausgang und Freigang geht. Das Personal des Sozialen Dienstes begleitet die InsassInnen bei ihren Ausgängen. Wird ein/e Insasse/in bedingt entlassen, so ergeben sich für den sozialen Dienst weitere Aufgabenfelder: das Erstellen einer Sozialprognose, das Vermitteln von Informationen über Unterstützungen nach der Haft im Bereich der Finanzen, Wohnung und Arbeit und das Betreuen von Häftlingen die besondere Entlassungsprobleme haben (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 8 ff.).

#### 2.3.1.4. Seelsorgerische Betreuung

Die älteste Betreuungseinrichtung im Strafvollzug stellt jedoch die seelsorgerische Betreuung dar. Sie ist seit dem Entstehen von Gefängnissen in der Neuzeit vorhanden. Sie stützt sich auf das Strafvollzugsgesetz, wo das Recht jedes/r Gefangenen auf Seelsorge, auf die Teilnahme an Gottesdiensten und an kirchlichen Veranstaltungen festgeschrieben ist. Die SeelsorgerInnen setzen sich aus unterschiedlichen Konfessionen zusammen.

Die Arbeit der Seelsorge reicht von dem religiösen Angebot bis hin zum Eingehen auf die Bedürfnisse der Gefangenen. Grenzen zur Sozialarbeit sind eher fließend gestaltet.

Grundsätzlich sind Strafgefangene nicht sozial versichert. Die Häftlinge haben, wenn sie ihrer Arbeitspflicht nachkommen, eine Arbeitslosenversicherung. Erleiden die InsassInnen im Rahmen ihrer Arbeit einen Unfall, so besitzen sie Anspruch auf eine Unfallrente. Die ärztliche Betreuung der InsassInnen erfolgt durch ÄrztInnen und in den Krankenabteilungen im Vollzug. Die ärztliche Behandlung wird vom Bund und nicht von den Sozialversicherungsträgern finanziert. Um eine gleiche Behandlung von InsassInnen und der freien Gesellschaft zu gewährleisten, orientieren sich die angebotenen Leistungen im Vollzug an jenen der Sozialversicherungen. Der Pensionsanspruch ist vor allem dann für InsassInnen nachteilig, wenn sie eine lange Zeit in Haft vollbringen und somit auf zu wenige Beitragszeiten kommen. Die Empfehlung zu einer freiwilligen Versicherung wird gegeben. Diese setzt jedoch eine entsprechende finanzielle Lage voraus. Gibt es bereits Leistungsansprüche bei InsassInnen wie Alterspension oder Arbeitslose, so ruhen diese Ansprüche während der Haft. In der Haftzeit ist nämlich nur der Unterhalt der GefängnisinsassInnen gesichert. Nach Entlassung kann der ehemalige Häftling jedoch wieder voll über seine/ihre zuvor bestehenden Leistungsansprüche verfügen.

Im österreichischen Strafvollzug ist die Vorbereitung auf die Entlassung ein wichtiger Teil der Justizarbeit. Der Übergang in die Freiheit soll dadurch gut gelingen. Um dies zu gewährleisten, ist es bei vielen Fällen von Vorteil, wenn zeitgerecht externe Drogeneinrichtungen in die Betreuung während der Haft mit einbezogen werden. Der Kontakt mit externen Sozialeinrichtungen wird in der Entlassungsvorbereitung mobilisiert, um bei Bedarf Unterstützungen für die Entlassenen in Bezug auf Arbeitssuche und Wohnungssuche bereit zu haben. In einigen Fällen können Häftlinge während des Entlassungsvollzuges in Wohnheimen bereits *probewohnen* und/oder arbeiten gehen. Ein optimaler Fall liegt dann vor, wenn der Vollzugsplan des/r Strafgefangenen sich in einem Reintegrationsplan verwandelt, die Entlassung durch Vollzugslockerungen vorbereitet wird und die Nachbetreuung sichergestellt ist. Besonders die Strafgefangenen besitzen oft persönliche oder soziale *Defizite*, welche die Reintegration in die Gesellschaft erschweren. Eine Säule in Österreich zur Nachbetreuung stellt der Verein NEUSTART<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www.neustart.at/at/de/index.php>

dar. Dieser wird zu einem großen Teil vom Justizbudget finanziert. Die Aufgabenfelder von Neustart sind die Bewährungshilfe, Hilfe bei der Haftentlassung, außergerichtlicher Tausch inklusive gemeinnütziger Leistungen als diversionelle Maßnahme und der elektronisch überwachte Hausarrest. NEUSTART setzt sich jedoch auch in der Opferhilfe und Prozessbegleitung von Opfern ein. Durch den sozialen Dienst wird NEUSTART an die StraftäterInnen verwiesen, wodurch die Zusammenarbeit bereits oft während der Haftzeit beginnt. Die Fachdienste in der Justizanstalt vermitteln jedoch auch Kontakte zu anderen Organisationen wie zum Beispiel Männerberatung, Suchthilfe oder zu anderen Institutionen die sich als sozial stützende Netzwerke anbieten. Viele dieser Einrichtungen haben auch eigene Sprechstunden in den Gefängnissen und besuchen dort die Häftlinge (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 8 ff.).

Da diese Arbeit sich den Strafvollzugsanstalten in Graz widmet, werden nun folglich die zwei Justizanstalten, Graz-Jakomini und Graz-Karlau vorgestellt.

### *2.3.2. Justizanstalt Graz-Jakomini*

Die Justizanstalt Graz-Jakomini befindet sich, wie der Name bereits verrät, im Bezirk Jakomini, genauer in der Conrad von Hötzendorfstraße. Dieses Gefängnis ist landesgerichtlich und kann bis zu 513 Menschen (Jugendliche, Männer und Frauen) *aufnehmen*. In dieser Anstalt sind sowohl das Absitzen einer Untersuchungshaft, als auch einer Straftaft von einem Freiheitsentzug bis zu 18 Monaten möglich. Die Außenstelle dieser Anstalt befindet sich im ersten Bezirk der Stadt Graz (Innere Stadt) in der Paulustorgasse. Die Justizanstalt umfasst eine Gesamtfläche von ca. 26.000 m<sup>2</sup>, wo auch viele Arbeits- und Wirtschaftsbetriebe vorhanden sind: Schlosserei, KFZ-Werkstätte, Malerei, Tischlerei, Lackiererei, Elektrik, Kunstbetrieb, Glaserei, Schneiderei, Schuhmacherei, Betonerzeugnisse, Buchbinderei, Anstaltsküche, Gärtnerei, Entsorgung, Wäscherei, Gebäudeerhaltung und drei Unternehmerbetriebe. In diesen Arbeits- und Wirtschaftsbetrieben werden circa ein Drittel aller InsassInnen beschäftigt. Es besteht in diesem Zusammenhang auch für Häftlinge die Möglichkeit, sich in einem von zwölf Lehrberufen auszubilden. Auch die Freizeit kann von den InsassInnen unterschiedlich gestaltet werden. Die Justizanstalt Graz-Jakomini beinhaltet diverse Räume (Turnsaal, Bibliothek,

etc.) (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 53). Graz-Jakomini besitzt ein Freigängerhaus, wo sich InsassInnen mit gelockertem Vollzug befinden. In der Justizanstalt wird auch der Vollzug durch elektronisch überwachten Hausarrest (eüH) ermöglicht (vgl. Bundesministerium für Justiz 2009, o.S.).

### 2.3.3. *Justizanstalt Graz-Karlau*

Die Justizanstalt Graz-Karlau befindet sich in der Herrgottwiesgasse. In diesem Gefängnis kann der Freiheitsentzug von bis zu 522 Personen vollzogen werden. Graz-Karlau führt den Vollzug von Freiheitsstrafen von mehr als 18 Monaten durch. In dieser Anstalt befinden sich nur erwachsene, männliche Häftlinge. Es gibt dort auch eine eigene Abteilung für geistig abnorme zurechnungsunfähige Verbrecher (nach §21 Abs. 2 StGB). Die Sicherheitsstandards sind in Graz-Karlau besonders hoch. Relevant ist es, die Insassen arbeitsfähig zu erhalten, sie an die Arbeit heranzuführen und auch die Chance zur Ausbildung zu bieten. Weiteres ist auch der Freigang von großer Bedeutung, um den Häftlingen den Übergang in die Freiheit zu erleichtern. Die Freizeit kann ebenfalls sinnvoll mit diversen Sportangeboten und Bildungsmöglichkeiten verbracht werden. Die Justizanstalt ist bemüht, die Insassen auch psychisch zu betreuen und diverse Therapieangebote zu ermöglichen: Sucht-, Schuldenbewältigung, Aggressionsabbau, Verminderung der Gewaltbereitschaft (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 54). In der Justizanstalt Graz-Karlau kann in 19 Betrieben, Werkstätten und Unternehmerbetrieben gearbeitet werden. Häftlinge die im Rahmen des gelockerten Vollzugs in die Außenstelle Lankowitz übersiedeln, können auch dort arbeiten (Landwirtschaft, Unternehmen). Mit der Möglichkeit zum Freigang können die Häftlinge selbstverständlich auch in anderen Betrieben außerhalb des Gefängnisbereiches tätig sein. Graz-Karlau bietet eine Ausbildung in neun verschiedenen Berufen an: Metalltechniker, Tischler, Maurer, Koch, Installations- und Gebäudetechniker, KFZ-Techniker, Elektrotechniker und Schuhmacher. Der Berufsschulunterricht findet in der Anstalt statt. Hierzu kommen externe BerufsschullehrerInnen und unterrichten die Insassen. Die praktische Lehre findet in den Betrieben in der Anstalt statt. Weiteres werden den Häftlingen noch unterschiedliche Kurse und Qualifizierungsmöglichkeiten geboten: Lehre mit Ma-

tura, ECDL, Deutsch- und Englischkurse, Industrieführerschein. Den Häftlingen der Anstalt Graz-Karlau steht auch ein unterschiedliches und großes Betreuungsangebot zur Verfügung: Einzel- und Gruppengespräche, Psychotherapie, Group Counselling, etc. Diese Betreuung wird von diversen Diensten der Anstalt durchgeführt: PsychologInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonal, SeelsorgerInnen, PsychotherapeutInnen und JustizbeamtInnen. Zur Justizanstalt Graz-Karlau gehört auch eine eigene Außenstelle in Lankowitz für einen gelockerten Strafvollzug. In dieser befinden sich Häftlinge, die noch eine restliche Strafe von bis zu zwei Jahren absitzen müssen. In Lankowitz können 52 Haftplätze vergeben werden (vgl. Bundesministerium für Justiz 2009, o.S.).

So beschreibt sich der jeweilige Strafvollzug Österreich durch das Bundesministerium für Justiz selbst. Inwiefern hier jedoch Probleme ausgeblendet werden, oder wie sehr dies der Realität entspricht, wird besonders im empirischen Teil aufgeschlüsselt. Um sich nun näher der Fokusgruppe zu widmen, werden folglich die häufigsten illegalen Drogen behandelt und die spezifischen Probleme des Drogenkonsums beleuchtet.

## **2.4. Arten illegaler Drogen**

### *2.4.1. Cannabis*

Die Droge Cannabis kann entweder in ihrer Form oder als Haschisch oder Marihuana konsumiert werden. Sie ist nach dem Alkohol die am meist konsumierte Droge. Das was in der Pflanze die Wirkung enthält, sind THC – Tetrahydrocannabinol – und die Cannabinoide. Je nachdem, in welcher Umgebung die Pflanze gezüchtet wird, ist ein unterschiedlicher Gehalt von THC und Cannabinoide enthalten. Das Harz der weiblichen Blütenstände der Hanfpflanze ist der Hauptbestandteil von Haschisch. Zerkleinerte Pflanzenteile sind wiederum bei Marihuana zu finden. Die Wirkung ist jedoch bei Haschisch stärker als bei Marihuana. Die Droge wird entweder über den Urin oder den Stuhl vom Körper wieder ausgeschieden. Die Wirkung von Haschisch ist abhängig von der Dosis, der Art des Konsums (rauchen oder essen), von der Verfassung der KonsumentInnen bei Konsum (Angst, Verstimmung,...), von den vorherigen Erfahrungen, von der Persönlichkeit, von der Einstellung gegenüber dem Drogenkonsum und dessen Wir-

kung und auch davon, ob zusätzlich weitere Stoffe konsumiert wurden. Die Wirkung zeigt sich bei den Menschen durch eine Veränderung in der Psyche. Hierbei kann es zu einer anderen Befindlichkeit kommen, das Denken und der Sinneseindruck verändern sich in Folge des Konsums<sup>7</sup>. Die Wirkungen auf die Psyche liegen auch bei einem dauerhaften Konsum im Vordergrund. Deswegen wird oft auch versucht, die Dosis zu steigern. Relevant für die Entwicklung eines Suchtverhaltens ist ebenso die euphorische Wirkung von Cannabis. Bei dauerhaftem Konsum wird jedoch das Gedächtnis geschädigt und der Antrieb vermindert. Dadurch verändern sich die Personen sehr oft in ihrem Charakter. Die Auswirkungen auf den Körper bei längerem Konsum sind beispielsweise Erkrankungen der Lunge, Herz-Kreislauf Probleme und ein genereller Angriff auf das Immunsystem. Dies sind grundlegende gefährliche Faktoren, die durch einen anhaltenden Dauerkonsum entstehen. In weiterer Folge kann es passieren, dass diese Personen sich immer mehr zurückziehen und so vereinsamen. Da die hauptsächliche Wirkung dieser Droge auf der Psyche liegt, kann es oft auch zu unterschiedlichen Zuständen kommen, wodurch sich Psychosen entwickeln können (Schizophrenie). Leider kommt es auch oft dazu, dass Cannabis nur die Einstiegsdroge bleibt und der/die KonsumentIn zu *härteren* Mitteln greift. Dies kann jedoch nicht verallgemeinert für alle CannabiskonsumentInnen gesagt werden. Es trifft eher jene, die die Dosissteigerung brauchen/suchen, welche mit Cannabis alleine nicht bis ins Unendliche stattfinden kann (vgl. Täschner 1991, S. 43 ff.).

#### 2.4.2. *Halluzinogene*

Zu den Halluzinogenen zählen unterschiedliche Drogen. Die populärste Droge in dieser Gruppe ist LSD. Wird LSD konsumiert, so kann der Zustand nach Gebrauch in unterschiedliche Stadien eingeteilt werden. Das erste Stadium ist das Initialstadium: Bereits nach kurzer Zeit des Konsums kommt es meist zu Schwindel, Unruhe, Angst und schnellerem Puls. Danach tritt die Phase des Rausches ein: Diese kann von einer Stunde bis zu acht Stunden andauern. Die Rauschphase ist gekennzeichnet von diversen Halluzinationen, einem veränderten Zeit- und Raumgefühl, Orientierungslosigkeit und die

---

<sup>7</sup> Für nähere Informationen Täschner 1991, S. 44 f.

Einschränkung von körperlichen Funktionen. Die Halluzinationen lassen die Personen die Realität nicht mehr wahrnehmen, wodurch es auch zu Wahnvorstellungen kommen kann. Dies hat oft zur Folge, dass die Personen Situationen nicht mehr richtig einschätzen können. Die Wirkung wird durch die jeweilige Einstellung der KonsumentInnen und deren derzeitige Situation beeinflusst. So kann es zu Kreativitätsschüben und zu vermehrter Phantasie, als aber auch zu Panikattacken und Depressionen kommen. Die beeinflussenden Faktoren für die Wirkung von LSD können somit nicht von den KonsumentInnen gesteuert werden. Der *Horrortrip* ist eine atypische Wirkung von LSD, welcher sich durch Angst, Unruhe, Qual und Grauen äußert. Meist befinden sich die Personen dann in Todesangst, wodurch Selbstmordgedanken entstehen können. Sie verhalten sich dann oft nicht richtig, indem sie versuchen, dieser Situation zu entfliehen, wobei sie sehr verwirrt und orientierungslos sind. Dauerkonsum trägt zu einer Steigerung der Toleranz gegenüber der Substanz und psychischer Abhängigkeit bei. Ein Entzug der Droge zeigt sich durch ein nervöses Erscheinungsbild mit Angstzuständen und genereller Unruhe. Durch längeren Konsum kann sich auch bei diesem *Stoff* eine Psychose entwickeln. Es können oft einige Tage nach dem Konsum noch Zustände des Rausches vorhanden sein. Dies bezeichnet man dann als sogenannte *flash-backs*<sup>8</sup> (vgl. Täschner 1991, S. 46 ff.).

### 2.4.3. Kokain

Die Droge Kokain wird normalerweise geschnupft. Sie ist der Hauptinhaltsstoff von den Blättern der Kokapflanze. Der Rausch durch Kokain betrifft rein die psychischen Areale. Dieser Zustand kann wiederum in drei Phasen geteilt werden: Die erste Phase ist die Phase der Euphorie, wo die KonsumentInnen eine sehr positive und glückliche Einstellung bekommen, motivierter sind, schneller Denken, mehr sexuelle Lust verspüren und auch leichter Kontakte knüpfen. Das Rauschstadium folgt danach, worin es zu diversen Halluzinationen kommt. Das letzte Stadium des Drogenrausches ist durch depressive Verstimmung, Angst, Unruhe sowie Suizidgedanken gekennzeichnet. Wird Kokain längere Zeit konsumiert, so entsteht auch bei dieser Droge eine Sucht, welche jedoch nur

---

<sup>8</sup> Weitere Halluzinogene siehe Täschner 1991, S. 47-48.

auf der psychischen Ebene angesiedelt ist. Es kommt zum Verlangen, die Dosis des Stoffes immer wieder zu erhöhen. Aufgrund des langen Konsums kommt es bei den Personen zu Halluzinationen, Störungen im Bereich der Konzentration, Antriebslosigkeit, verringerter sexueller Lust. Weiteres sondern auch diese KonsumentInnen sich immer mehr ab und verändern sich in ihrem Charakter. Ebenso kann es nach einiger Zeit zur Entstehung von Psychosen kommen (vgl. Täschner 1991, S. 49 ff.).

#### 2.4.4. *Opiate*

Opiate sind in der Drogenszene sehr weit verbreitet. Der Ausgangsstoff ist Opium, was ein pflanzliches Produkt ist. Heute werden die Opiate jedoch nicht mehr auf natürliche Weise gewonnen, sondern künstlich hergestellt. Es gibt eine große Liste von Opiaten, welche künstlich hergestellt werden<sup>9</sup>.

Morphin bildet den grundlegenden Inhaltsstoff des Opiums. Dies ist das wirksamste Schmerzmittel. Die Schmerzen werden nicht komplett genommen, sie sind jedoch für den/die PatientIn nicht mehr quälend. Der Konsum verursacht beim Menschen eine Verminderung der geistlichen Fähigkeit. Grundlegend verschafft der Stoff euphorische Gefühle, welche mit wiederholtem Konsum immer stärker werden und er ist Angst lösend. Bei nicht bereits abhängigen Personen hält die Wirkung für fünf bis sechs Stunden. Überdosierungen sind hier sehr leicht möglich, was verheerende Folgen mit sich zieht, da Morphin atemdepressiv wirkt. Wird diese Droge öfters konsumiert, so entsteht eine psychische und physische Abhängigkeit. Es kommt zu einem extremen Verlangen nach weiterem Konsum und zu Dosissteigerungen. Morphin ist die Droge, die am schnellsten abhängig macht. Heute wird die Droge meist intravenös konsumiert. So wirkt die Droge extrem schnell, wodurch weitere Bedingungen nicht mehr beachtet werden können. Der Entzug stellt sich als besonders extrem dar. Er zeigt sich durch Frieren, Zittern, Schwitzen, Übelkeit, Schlafstörungen und durch starke Schmerzen, etc.

Auch Heroin galt zuerst als ein Schmerzmittel, wurde jedoch aufgrund der rasanten Suchtentwicklung aus dem medizinischen Bereich entfernt. Heroin wirkt bereits bei der

---

<sup>9</sup> Siehe Täschner 1991, S. 52.

ersten Konsumerfahrung bewusstseinsweiternd, lässt Schmerzen geringer wirken und löst generell Entspannung aus. Zu Beginn hat es auch eine luststeigernde Wirkung und trägt dazu bei, Probleme zu verdrängen. Generell wird das Wohlbefinden des Konsumenten/der Konsumentin verbessert. Damit dieser Zustand der Unbekümmertheit und des Glücks stabil bleibt, müsste das Heroin ständig dem Körper zugeführt werden. Dies ist jedoch in der Praxis nicht der Fall. Es kommt zu Schwankungen im Zustand der Abhängigen. Fünf verschiedene Zustände können differenziert werden: Der erste Zustand wird benannt als die akute Vergiftung, welche direkt nach dem Konsum auftritt und ein paar Minuten bleiben kann. Diesem folgt ein *normaler* Zustand für die KonsumentInnen. Dieser kann Stunden andauern und ist geprägt von Hochgefühl und Unbekümmertheit. Auf diesen, für die KonsumentInnen schönen Zustand, folgt die Phase des sich anbahnenden Entzugs. Der *normale* Zustand verliert allmählich seine Wirkung, wodurch die KonsumentInnen eine schärfere Wahrnehmung bekommen. Das vierte Stadium ist der Anfang vom Entzug. Die Drogenabhängigen werden hier sehr wach und aufmerksam, oft auch sehr unruhig. In dieser Phase wird versucht, erneut wieder an Heroin zu kommen. Der letzte Zustand ist dann der Entzug. Hier treten die bereits erwähnten Symptome auf, wobei es oft soweit kommt, dass die HeroinkonsumentInnen nicht mal mehr sich selbst bewegen können. Somit ist es immer das höchste Ziel der Personen, diesen Zustand gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Diese Phasen lassen es nachvollziehen, dass im Laufe des Konsumierens nicht mehr der euphorische Zustand im Vordergrund steht, sondern das Verhindern des Entzugs. Nach längerem Gebrauch dieser Droge kommt es zu einigen körperlichen Beschwerden: chronische Leberentzündung, HIV, mangelnde Mundhygiene, und diverse andere Infektionen (Tetanus, Sepsis,...). Der Konsum selbst stellt Risiken dar. Diese sind nicht nur durch die Übertragung von tödlichen Infektionskrankheiten gekennzeichnet, sondern auch durch gewisse Unfälle während des Injizierens (Embolien, Schockzustände, etc.) (vgl. Täschner 1991, S. 52 ff.).

#### 2.4.5. Organische Lösungsmittel

Werden gewisse organische Lösungsmittel eingeatmet, kann es zu einem Rauschzustand kommen. Hierzu werden meist Benzin, Äther, Pattexverdünner und Chloroform verwendet. Diese Schnüffelstoffe wirken ab dem ersten eingeatmeten Zug. Das erste Stadium zeigt sich durch schnellerem Puls, Erregung und Unruhe. Im Rauschzustand entstehen Illusionen und Halluzinationen. Danach kommt es zu einer Entspannung, worauf oft eine Schlafphase folgt. Typisch für das Schnüffeln von diversen Stoffen sind auch Lähmungen und Muskelschwund (vgl. Täschner 1991, S. 49).

Dies waren grob die Gruppen illegaler Drogen worunter die diversen Stoffarten fallen, auf welche jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht explizit eingegangen werden kann. Die kurze Darstellung illegaler Drogen und ihre Wirkungen auf die KonsumentInnen dient dazu, um die konsumspezifischen Problematiken dieser weiter nachvollziehen zu können.

### 2.5. DrogenkonsumentInnen und deren spezifische Probleme

„Jeder Mensch, der psychotrope Substanzen in schädlicher oder abhängiger Weise benutzt (...), weist seine eigene Biographie auf. Der Substanzgebrauch hat in dieser Lebensgeschichte einen Stellenwert (...)“ (Ladewig 2000, S. 277). KonsumentInnen von illegalen Drogen sind eher selten nur von einer einzigen Substanz abhängig (vgl. Eder 2012, S. 23). Mittels illegaler Drogen können Bedürfnisse auf schnelle Art und Weise befriedigt werden. Es wechselt zwischen An- und Entspannung, Erregung und Angstminderung. Durch den Konsum können leicht Schmerzen, Frustrationen, Leid und diverse Anstrengungen ignoriert bzw. zerstört werden. Der Körper kann so intensiv wahrgenommen werden. Es kommt vor allem hinzu, dass Drogen einfach gekauft und konsumiert werden können. Mit dem Konsum und den Drogen entwickelt sich eine Rolle, eine Identität, ein Status (vgl. Schwehm 1994, S. 19). Dennoch ist und bleibt die Abhängigkeit von illegalen Drogen eine oftmals chronische Erkrankung. Damit ist eine Abhängigkeit über einige Jahre gemeint. Meist betrifft die Drogenabhängigkeit junge Personen. Die Aussichten auf eine Heilung sind oftmals schlecht und es entstehen di-

verse Folgeerkrankungen. Leider ist auch in diesem Milieu die Rate der Sterblichkeit sehr hoch. Über den Konsum hinweg entwickeln sich in der Gruppe der KonsumentInnen diverse Erfahrungen, Normen und Regeln. Das Wissen über den Drogenkonsum wird vermittelt und ständig erweitert. Untereinander werden Tipps zum Konsum gegeben, aber auch Maßnahmen zur Schadensminimierung ausgetauscht (vgl. Stöver 2000, S. 374 ff.).

### *2.5.1. Abhängigkeit und Entzug*

Die Prävalenz des Drogenkonsums kann in drei zeitliche Rahmen unterteilt werden: Die Lebenszeitprävalenz, wo die Droge zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben einer Person konsumiert wurde, die Jahresprävalenz, die Droge wurde im letzten Jahr konsumiert und die Monatsprävalenz, Konsum der Droge in den letzten 30 Tagen. Die Schätzungen der Drogenprävalenz in Österreich basieren auf dem Capture-Recapture-Verfahren (CRC). Dies ist ein statistisches Verfahren um auch die Dunkelziffer schätzen zu können. Beim CRC werden zwei oder mehrere Datenquellen betrachtet. Die Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen in Österreich ist bei Cannabis am größten. Doch auch Ecstasy, Kokain und Amphetamine sowie Opiate werden im Leben häufig einmal konsumiert. Generell kann festgestellt werden, dass es eine Erweiterung hinsichtlich des Drogensortiments gibt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 11 ff.). „Aktuell gibt es zwischen 28.000 und 29.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden in Österreich“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014, S. 9). Die wirkliche Anzahl drogenabhängiger Menschen in der Gesamtbevölkerung kann nicht ermittelt werden. Die Probleme ergeben sich vor allem daraus, dass ein möglicher Konsum bei durchgeführten Umfragen nicht bekannt gegeben wird, oft werden Drogenabhängige in Studien nicht erfasst, da sie keinen fixen Wohnsitz besitzen und meist wird auch der wirkliche Konsum verheimlicht, d.h. wie viel wirklich konsumiert wird, wird nicht Preis gegeben. Die Menschen neigen dazu, geringere Mengen anzugeben, als sie der Realität entsprechen (vgl. Tretter 2000, S. 10).

„Opioidkonsum - meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster - macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 85 Prozent aller

Personen in drogenspezifischer Betreuung werden wegen Opioidkonsums behandelt“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014, S. 1). Ob das Konsumverhalten problematisch ist oder nicht, hängt nicht von der Droge ab, sondern eben vom Konsummuster. Es ist dann als Problem anzusehen, wenn der Drogenkonsum Probleme auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene mit sich bringt. In Österreich liegt der problematische Konsum bei Verwendung mehrerer Substanzen (Polytoxikomanie) zusammen mit Opiaten. Vor allem der intravenöse Konsum stellt in dieser Hinsicht einen großen Bereich dar. Gefolgt wird dieses Konsumverhalten von der bereits erwähnten Droge Cannabis. Schätzungen der Jahre 2010 und 2011 besagen, dass der problematische Konsum fünf bis sechs Personen pro 1.000 Einwohner in Österreich betrifft (15 bis 64 Jahre). Genauer sind am häufigsten Männer betroffen (3/4) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 28 f).

Es gibt nicht *den Grund* Drogen zu konsumieren oder *die typische Drogenkarriere*. DrogenkonsumentInnen haben individuelle Biografien und unterschiedliche Verläufe von Drogenkonsum und Abhängigkeit. Jede Person hat ihre eigenen Kontextfaktoren. Wie die Abhängigkeit verläuft, hängt von Persönlichkeit, Geschlecht und sozialen Faktoren ab. Die Suchtentwicklung und die Biographie der DrogenkonsumentInnen ist von den Ressourcen die ihm/ihr zur Verfügung stehen bestimmt und über welche Zeit hinweg und wie lange noch Drogen als sinnvoll für die eigene Lebensgestaltung erscheinen (vgl. Reinl/Stumpp 2005, S. 302 f.).

### 2.5.2. Begleiterscheinungen

„Drogenkonsum verursacht – je nach Disposition des Konsumenten [sic!], Intensität und Dauer des Konsums und Qualität der Droge(n) – somatische, neurologische und psychische Schäden. Häufig zeigen sich ausgeprägte komorbide Störungen, wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, PTBS [Anm. d. Verf.: Posttraumatische Belastungsstörung], Panikstörungen, Phobien und dissoziale Störungen“ (Schay 2013, S. 31).

Die Abhängigkeit sowohl physisch als auch psychisch ist als eine Folgeerkrankung vom Konsum illegaler Drogen anzusehen. Das Ziel der KonsumentInnen ist es, den Rauschzustand so schnell wie möglich zu erlangen. Die Sucht übernimmt sozusagen die Kontrolle im Leben. An Abstinenz ist nicht zu denken und das Leben kann generell nicht

mehr so kontrolliert werden, wie es grundsätzlich geschieht. Alles dreht sich um den *Stoff*. Oft wird jedoch nicht nur eine Droge konsumiert, sondern oft zwei oder mehr zur selben Zeit. Dies wird als Polytoxikomanie bezeichnet. Drogen, die vor allem oft multiple konsumiert werden, sind Cannabis, Barbiturate, Heroin, Codein, Stimulanzien, LSD und Kokain (vgl. Tretter 1994, S. 193). Die Drogenabhängigkeit zieht wie bereits erwähnt körperliche und psychische Folgen mit sich.

#### 2.5.2.1. Psychische Folgen

„Spannung und Entspannung, Anstrengung und Lust, Erholung und Erschöpfung, Anspannung und Befriedigung: diese Beispielpaare machen deutlich, wie sich Leben zwischen der Polarität unterschiedlicher Energiefelder entwickelt. Spannungsloses Leben wie in der »camera silens« führt zum Beziehungstod. Bei Dauerspannung brennt die Sicherung durch“ (Schwehm 1994, S. 17).

Von Drogen werden Menschen nicht nur körperlich oder psychisch abhängig, sondern es entstehen oft auch psychiatrische Krankheiten. Die Ursache für dieses besteht entweder in der Drogenwirkung, bei bereits vorhandenen psychischen Problemen und in der illegalen Lebensweise. Hinzu kommt, dass meist der Konsum von mehreren Drogen vorkommt und diese sich gegenseitig beeinflussen. Die Persönlichkeit von Personen kann sich auf Grund des Drogenkonsums und der Lebensweise mit Illegalität, Stigmatisierung und Beschaffungsdruck verändern. Oft kommt es zu einer Wahrnehmungsstörung, zu vermindertem Denkvermögen oder auch zu Problemen in emotionalen Bereichen sowie auf sprachlicher Ebene. Des Weiteren kommt die Marginalisierung im sozialen Bereich hinzu, die Aussichtslosigkeit, Aggressivität und Stimmungsschwankungen.

Für eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur sind meist Drogen verantwortlich, welche hauptsächlich eine psychische Abhängigkeit hervorrufen: Cannabis, Kokain, Halluzinogene und Amphetamine (vgl. Eder 2012, S. 24).

„Systematische diagnostische Studien gelangen zu dem Ergebnis, dass rund 80 % aller Patienten [sic!], bei denen eine Drogenabhängigkeit diagnostiziert wurde, zusätzlich unter komorbiden psychiatrischen Störungen leiden. (...) Wenn sich komorbide Patienten [sic!] in Behandlung begeben, werden ihre akuten psychiatrischen Syndrome oft mit substanzinduzierten Symptomen verwechselt, oder es tritt der umgekehrte Fall ein, dass Entzugs- oder Vergiftungssymptome für psychiatri-

sche Erkrankungen gehalten werden“ (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2004, S. 2).

Die diagnostizierten psychischen Komorbiditäten bei DrogenkonsumentInnen sind nach der Häufigkeit vorkommend: Persönlichkeitsstörungen, Depressions- und Angststörungen, Psychotische Störungen (vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2004, S. 3).

#### 2.5.2.2. Physische Folgen

„Drogenkonsum kann zu Erkrankungen und zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Bei illegalisierten Drogen ist diese Gefahr häufig durch die Art des Konsums (z.B. i.v.-Konsum, ‚drücken‘) und die meist unbekannte Konzentration und Zusammensetzung der Drogen sowie gesundheitsschädliche Beimengen (z.B. beim Auflösen und Spritzen von Tabletten) für den Konsumenten/die Konsumentin natürlich größer als beispielsweise beim Konsum von Alkohol, bei dem der Gehalt aus der Prozentangabe ja bekannt ist“ (Winkler 1998, S. 237).

Menschen die Drogen konsumieren, zeigen oft diverse Begleiterscheinungen und körperliche Langzeitfolgen. Diese können entweder durch die Droge selbst oder durch die Form, wie die Substanz konsumiert wird, entstehen. Es kann jedoch auch von der illegalen Lebensweise in der Szene oder aufgrund der sozialen Stigmatisierung und den damit verbundenen Bedingungen kommen. Dies geht soweit, dass vor allem die Verbreitung chronischer Krankheiten und das Mortalitätsrisiko bei abhängigen Menschen sehr hoch sind. Die Problemlagen sind besonders bei intravenös (i.v.) konsumierenden Personen ausgeprägt vorhanden (Infektionsrisiko durch diverse *Werkzeuge*). Zuzüglich ist die Compliance (Bereitschaft) zu medizinischer Hilfe nicht wirklich vorhanden bzw. können auch die Hilfen nur sehr schwer erreicht werden. Kognitive Beeinträchtigungen, hervorgerufen durch einen schädigenden und langen Konsum, können jedoch mittels einer abstinenten Lebensweise wieder verschwinden.

Das Leben in einer von Drogen dominierten Szene ist für den Körper und die Gesundheit sehr belastend, bis hin zum körperlichen Verfall. Die Wohnsituation stellt ebenfalls für viele ein zusätzliches Problem dar. Ist keine eigene Wohnung vorhanden, leben drogenabhängige Personen meist bei Bekannten, Freiern oder auf der Straße. Einige nehmen auch diverse Einrichtungen für Obdachlose in Anspruch. So ist eine generelle Für-

sorge für sich selbst und dem Körper eher nur bedürftig bis gar nicht vorhanden. Oftmals ist dafür auch kein Geld verfügbar. Die meiste Zeit wird für die Drogenbeschaffung aufgewendet. Dies führt zu vielfältigen Körperbildern, wie eine mangelhafte Ernährung, schlechte Mundhygiene und dementsprechendem Zahnausfall. Werden Schmerzen wahrgenommen, so wird dies oftmals durch einen erhöhten Konsum geregelt. Der Körper wird jedoch auch durch andere Faktoren geschädigt. Dazu zählen diverse Konsumformen, Entzugserscheinungen und deren nachhaltige Wirkungen und die Ereignisse im Drogenrausch. Generell schwächen diese Dinge das Immunsystem, wodurch der Körper leichter angreifbar für Krankheiten wird. Daraus ergeben sich unterschiedliche Schädigungen innerlich und äußerlich des Körpers.

Der Konsum generell birgt auch einige Risiken in sich. Da es sich um einen illegalen Schwarzmarkt ohne Kontrolle handelt, kann auch die Qualität des *Stoffes* nicht überprüft werden. Die KonsumentInnen können nicht davon ausgehen, dass die Droge, die sie erwerben, immer den gleichen Wirkungsgehalt aufweist. Hierbei kommt es oft unabsichtlich zu Überdosierungen. Doch auch die Verunreinigung der Drogen kann zu gesundheitlichen Schäden führen. Ein hohes Risiko stellen jedoch jene Drogen für die Gesundheit dar, welche intravenös konsumiert werden. Es handelt sich nicht nur um Infektionskrankheiten (wobei diese schon reichen würden), sondern auch um Bakterien, Pilze und Viren. Die größten Schädigungen werden durch needle sharing, drug sharing und work sharing angerichtet. Needle-sharing ist das Teilen von gleichen Nadeln und Spritzen. Drug-sharing heißt, dass zwar jede/r die eigene Spritze benutzt, der Stoff jedoch geteilt wird. Der Stoff wird in einer Spritze aufgezogen und dann auf mehrere Spritzen gleichmäßig verteilt. Auf diesem Weg können Krankheitserreger übertragen werden, wenn die erste Spritze bereits nicht sauber war. Beim work-sharing werden nur die zum Konsum notwendigen *Werkzeuge* geteilt. So können auch diverse Krankheiten übertragen werden. Relevant ist dies, da die meisten KonsumentInnen Drogen auf intravenösem Weg zu sich führen (vgl. Eder 2012, S. 27 ff.).

Daten über Hepatitis C oder HIV und dann auch noch speziell wie die Infektionskrankheiten unter intravenös konsumierenden DrogenkonsumentInnen verteilt sind, sind nicht vorhanden bzw. sind diese nicht vollständig. Vor allem sind diese Daten nicht repräsen-

tativ und werden aus diesem Grund auch nicht weiter erläutert<sup>10</sup> (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 62).

Tretter nennt diverse Folgeerkrankungen durch den Drogenkonsum: Abszesse, niedriger Blutdruck, Traumata, Entzugskrampfanfälle, Embolien, Tetanus, Zahnprobleme, Lungenentzündung, Erkrankung der Gefäße, Geschlechtskrankheiten, Pneumothorax, Erkrankung des peripheren Nervensystems, HIV, Hepatitis, Beschädigung der Nasenschleimhaut, Herzinnenhautentzündung, Lungenödem, generelle Veränderungen in der Lunge, Verstopfung, hormonelle Störungen, Parasitosen, Hirnblutungen, Parkinsonsyndrom, *flash-back*, Psychose aufgrund von Drogenkonsum, pathologischer Rausch, Antriebslosigkeit, delirantes Entzugssyndrom, Störungen der Persönlichkeit, psychische Erkrankungen, biologische Suchtfolgen (vgl. Tretter 2000, S. 171 ff.).

Der Konsum illegaler Drogen bringt nicht nur psychische und physische Folgen mit sich, sondern ebenso Folgen auf sozialer Ebene.

### 2.5.2.3. Soziale Folgen

„Die unter den Bedingungen von Kriminalisierung und zunehmendem Beschaffungsdruck entstandenen »Persönlichkeitsmerkmale« – Mißtrauen [sic!], Egoismus und die zunehmende Unfähigkeit, »über den Tellerrand zu gucken« und sich um mehr als um den eigenen heutigen Drogenkonsum zu kümmern – lassen das soziale Netz verkümmern“ (Warns 1994, S. 36).

Die sozialen Ressourcen von KonsumentInnen illegaler Drogen beschränken sich auf ein Minimum. Oft gibt es Brüche mit der Familie und das Leben in der Szene gestaltet sich generell als schwierig. Mit dem Konsum kommt hinzu, dass die Aussichten auf die Zukunft eher negativ wahrgenommen werden. Unter anderem stellen die drogenabhängigen Personen eine *Randgruppe* der Gesellschaft dar, welche mit diversen Stigmatisierungen verhaftet ist. Durch diese Faktoren ziehen sich die KonsumentInnen oft aus dem sozialen Umfeld zurück. Dies kann bis hin zu einer Isolation führen, da sie dadurch kein Vertrauen mehr zu anderen Menschen aufbauen können. Die Kontakte beschränken sich sodann nur mehr auf jene in der Szene, wo sie auf Personen treffen, die das gleiche *Schicksal*, die gleiche Abhängigkeit teilen. Diese beschränken sich jedoch meist nur auf

---

<sup>10</sup> Näheres Bericht zur Drogensituation 2013, S. 62 ff.

den Konsum oder den Kauf der Drogen. In der Drogenszene gilt das Gesetz des/der Stärkeren. Die Hauptbeschäftigung stellt die Drogenbeschaffung dar. Es herrscht ein Klima von Konflikten, welche mittels Gewalt gelöst werden und von Misstrauen. Oft sind es nur kleinere Szenen, wo man einen gewissen Zusammenhalt bemerken kann. Generell kann gesagt werden, dass abhängige Individuen unter schlechteren ökonomischen Bedingungen leben (vgl. Eder 2012, S. 35 f.). DrogenkonsumentInnen haben die größten Probleme im sozialen Bereich vor allem in den Bereichen Wohnung, Arbeit und Finanzen. Diese Faktoren sind vor allem meist bei schwer Abhängigen aus der Szene zu finden (vgl. Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 74).

#### 2.5.2.3.1. Lebensbedingungen

Drogen haben unterschiedliche Wirkungen: Sie wirken körperlich pharmakologisch, sozial und emotional bekräftigend. Sie haben eine soziale Wirksamkeit, indem man durch den Konsum in den Kontakt mit anderen Menschen tritt, indem sie Zugehörigkeit und Solidarität für die Gruppe der Konsumierenden stiften und sie haben Einfluss auf die Identität. Es mag eigenartig klingen, dass Drogen bekräftigend auf die Emotionen wirken. Dennoch wird durch Drogen erreicht, dass gewisse Bedürfnisse gestillt werden, für die Personen eine symbolische Bedeutung haben (*du bist cool, wenn du Drogen nimmst*) – Steigerung des Selbstwertgefühls, sie regulieren den Tagesablauf und steigern für die Zeit des Rausches die Leistung. Daraus bildet sich auch die sogenannte Drogensubkultur. Eine Subkultur hat gleiche oder ähnliche Normen und Werte, den gleichen Sinn für Grenzen und damit auch Bestrafung, gemeinsame Rituale, gemeinsame Sprache und Gefühle (Rauschzustand) und trifft sich meist unter einer gewissen Atmosphäre (vgl. Warns 1994, S. 30). „Viele verfügen über langjährige Lebenserfahrungen in totalen Institutionen (Haft, Psychiatrie, Maßregelvollzug) – Drogenkonsumerfahrungen unter diesen Bedingungen sind weit gestreut“ (Jacob/Stöver 1998, S. 13). Es handelt sich um circa zwei Drittel der drogenabhängigen KonsumentInnen, welche bereits einmal einen Freiheitsentzug erlebt haben. Allgemein waren diese oft länger in Vollzugsanstalten als in diversen Therapieeinrichtungen (vgl. Eder 2012, S. 81). In diesem Zusammenhang wird oft von einer Delinquenz gesprochen.

#### 2.5.2.3.2. Drogendelinquenz

„Drogenabhängige leben in einem Netz von Kriminalität. Bereits die Drogenbeschaffung läßt [sic!] sie strafbar werden. Je tiefer sie in die Abhängigkeit gleiten, desto sicherer verstricken sie sich neben der eigentlichen Drogenkriminalität auch in allgemeine Straftaten, die sie begehen, um an Geldmittel zur Finanzierung ihres Drogenbedarfs zu gelangen. Diese Entwicklung wird durch die hohe Bindung an das subkulturelle Drogenmilieu begünstigt und geht mit einer sozialen Entwurzelung einher. Verflechtungen mit allgemein-kriminellem Milieu bewirken auch eine Steigerung der Bereitschaft, Beschaffungsdelikte im Bereich der Eigentums- und Vermögensstraftaten zu begehen. Diese Durchmischung trägt dazu bei, daß [sic!] in der Drogenszene zunehmend primär Kriminelle zu finden sind und daß [sic!] Drogenabhängige ins rein kriminelle Milieu abrutschen“ (Winkler 1991, S. 110).

Aufgrund der Abhängigkeit und des Verlangens der ständigen Steigerung des Rauschgefühls, rutschen die KonsumentInnen immer weiter in die Drogenszene hinein und erfahren gleichzeitig eine soziale Entwurzelung. Oft verlieren diese Menschen aufgrund der Drogenabhängigkeit ihren Job, oder sind aufgrund dieser nicht in der Lage, sich einen Arbeitsplatz zu verschaffen, geschweige noch einen geregelten Alltag zu leben. So kommen sie oft in finanzielle Notlagen, worunter auch die Beschaffung von Drogen erschwert wird. Generell gibt es jedoch keinen bestimmten Weg, wie sie sich ihren Stoff beschaffen. Egal welcher Weg vorhanden ist, dieser wird gewählt. Zu Beginn versucht man die finanzielle Notsituation durch eine Einschränkung anderer Lebensbereiche auszugleichen. Dies funktioniert jedoch nicht wirklich lange. Die Kultur in der Drogenszene ist aufgrund diverser Faktoren generell bereit, kriminell tätig zu werden, um sich den Konsum zu sichern. Delinquentes Verhalten und Beschaffungskriminalität, sei sie jetzt direkt oder indirekt, liegen so meist nah nebeneinander (vgl. ebda. 1991, S. 107).

Die Drogendelinquenz zieht einige Folgen mit sich. Unter delinquentem Verhalten versteht man, dass es von der Gesellschaft als anormal gesehen wird und sich auch negativ auf diese auswirken könnte. Hinsichtlich der Drogenabhängigen bezieht sich dieses auf sowohl kriminelles und nicht kriminellem, aber sehr wohl sozial schädigendem Verhalten. Es gibt einige Studien die den Zusammenhang einer Abhängigkeit und delinquentem Verhalten aufzeigen. Der Zusammenhang ist jedoch nicht per se gegeben. Es hängt von vielen anderen Faktoren ab, wie dem jeweiligen Charakter der Person, die Bedingungen der Sozialisation und ihre Auswirkung, Erfahrungen mit Delinquenz, soziale

Situation, Erfahrungen als Opfer, Drogenpolitik generell, das Alter bei Beginn des Konsums, Suchtdynamik, Milieu und die Kontakte zu den Gleichgesinnten (Peers).

Die Drogendelinquenz kann in eine Versorgungs- und eine Folgedelinquenz unterschieden werden. Zur Versorgungsdelinquenz zählen Verschaffungsdelikte, direkte und indirekte Beschaffungskriminalität. Verschaffungsdelikte sind strafbare Taten, die sich mit der Herstellung, dem Handel und dem Transport von Drogen beschäftigen. Zur direkten Beschaffungskriminalität zählen der Besitz von Drogen, Raubüberfälle auf Dealer und das Stehlen von illegalen Drogen. Dazu zählt jedoch auch das Verschreiben-Lassen von bestimmten Substanzen ohne medizinischen Grund, oder auch die Fälschung von Rezepten. Indirekte Beschaffungskriminalität liegt dann vor, wenn nicht die Substanz selbst gestohlen wird, sondern Straftaten begangen werden, um die finanziellen Mittel für den Konsum zu besitzen (Raub, Diebstahl, etc.). Von Folgedelinquenz spricht man dann, wenn strafbare Handlungen unter dem Einfluss von illegalen Substanzen gemacht wurden. Hier geht es jedoch nicht um die Beschaffung von Geld, um zu Drogen zu kommen, sondern um Dinge die für das *normale Leben* gebraucht werden.

Auch zu delinquentem Verhalten in der Drogenszene zählt die Prostitution zur Beschaffung von Drogen. Dadurch können sich vor allem Frauen, aber auch ein kleiner Teil der Männer, Drogen oder das Geld dafür beschaffen. Dies ist für viele ein Weg, um ohne Kriminalität zu Drogen zu kommen. Die Prostitution zieht jedoch soziale wie auch gesundheitliche Probleme mit sich. Diese reichen von Stigmatisierung und Verachtung, bis hin zu massiven Gewalterfahrungen und diversen übertragbaren Krankheiten. Dennoch kann gesagt werden, dass oft innerhalb der Prostitution sehr wohl auf sicheren Sexualverkehr geachtet wird, dieser jedoch aber bei privaten Kontakten dafür vernachlässigt wird und so eine erhöhte Ansteckung entsteht. Die Prostitution stellt aber auch eine strafbare Handlung im Sinne der Zuhälterei dar. Die Zuhälterei wird mit einigen DrogenkonsumentInnen vollzogen. Oft werden Personen (vorwiegend Mädchen/Frauen) mit Absicht abhängig gemacht, um sie dann für die Prostitution ausbeuten zu können. Die Rolle der Männer ist hier sehr unterschiedlich. Einmal sind sie Partner oder auch Beschützer und dann wieder doch derjenige, der die Frauen ausbeutet, um seine Sucht selbst zu stillen. Es kommt jedoch auch vor, dass ein Diebstahl während des Sexualverkehrs bzw. durch diesen gemacht wird (vgl. Eder 2012, S. 36 ff.). „Die weite-

ren typischen delinquenten Verhaltensmuster, die sie während ihres Lebens als Süchtige entwickeln, bezeichnen wir als Begleitkriminalität. Sie sind eine Folge des Lebens in der Illegalität und der Gesetze des Drogenschwarzmarktes“ (Springer 2007, S. 60).

Aufgrund dieser Bedingungen erfahren DrogenkonsumentInnen oft eine Ausgrenzung in der Gesellschaft. Sie werden eher als *Randgruppe* gesehen und müssen mit diversen Stigmata umgehen und leben.

#### 2.5.2.3.3. Ausgrenzung und Stigmatisierung

„Die Probleme der Betroffenen liegen nicht am Rande der Gesellschaft, sondern sind in ihrer Mitte präsent. Drogenabhängige als Randgruppe zu stigmatisieren entspringt dem Versuch, von sich abzulenken“ (Bader/Heckmann 2005, S. 321). Für die Stigmatisierung Drogenabhängiger ist unter anderem auch die Politik verantwortlich, welche die Augen vor unterschiedlichen Suchtdynamiken und Konsummuster verschlossen hält. Es besteht die Meinung, dass jede illegale Droge auf gleicher Weise Schaden anrichtet und nicht kontrollierbar ist. Aufgrund der Ansicht ist es für die Politik in diesem Rahmen in Ordnung, auch gewisse Mitteln sowie Zwang anzuwenden. Das Ziel der Politik ist die abstinente Lebensweise. Illegale Drogen werden kriminalisiert. Mittels der Kriminalisierung und den jeweiligen Strafen konnte jedoch keine Reduktion in der Nachfrage, im Handel oder Konsum erreicht werden. Die Folge war die Entstehung eines kaum kontrollierbaren Schwarzmarktes mit erhöhten Preisen und Stoffen unterschiedlicher Qualität. So kann weder über den Bestand des illegalen Drogenkonsums diskutiert werden, noch kann von einer risikoarmen Handhabung der Drogen ausgegangen werden. Das Strafrecht bestimmt die Drogenpolitik. Eine weitere Stigmatisierung entsteht vor allem durch die Beschaffungskriminalität. Weiteres kommt neben dem Drogenkonsum die Ausgrenzung aufgrund von Infektionskrankheiten hinzu, welche oft auf den Konsum zurückzuführen sind. Ausgrenzung aufgrund dessen ist auch innerhalb der Drogenszene anzutreffen. Meist werden die Infektionskrankheiten nicht behandelt, da die Kontinuität der Behandlung auf den Rhythmus des Lebens Drogenabhängiger nur schwer bis gar nicht angepasst werden kann. Der Versuch wieder Teil der Gesellschaft zu werden, scheitert oft durch die Vergangenheit, welche die Menschen immer wieder einholt. Vie-

le DrogenkonsumentInnen weisen auch Erfahrungen mit dem Gefängnis auf, was ein zusätzlicher Ausgrenzungsfaktor ist. Die Wiedereingliederung nach der Haft ist generell ein schwieriges Unterfangen. Viele Rahmenbedingungen wie Wohnung, Arbeit und soziales Umfeld müssen neu gestaltet werden. Die Behauptung in einer Gesellschaft nach einer Haftstrafe ist nicht einfach, da diese oft mit Misstrauen und Ausgrenzung auf die Haftentlassenen reagiert. Hinzu kommt, dass in diesem Fall die Abhängigen an den Tagesablauf des Gefängnisses gewohnt sind und die Gestaltung des eigenen Alltags dadurch leicht zu einem Problem werden kann. Weiteres sind da gerade DrogenkonsumentInnen auf sich selbst angewiesen, da sie meist ihren alten Status in der Drogenszene verloren haben (vgl. Eder 2012, S. 42 ff.).

Den Faktoren und Bedingungen noch nicht genug, kommt für diese Gruppe von Personen hinzu, dass hier auch ein hohes Sterblichkeitsrisiko gegeben ist.

### 2.5.3. Todesfälle

„Als drogenbedingte Mortalität werden Todesfälle bezeichnet, die aus einer (un-)absichtlichen Überdosis oder langjährigem missbräuchlichen Konsum (z.B. Langzeitfolgen, Infektionen durch Konsumform) resultieren. Zudem zählen Suizide (wegen schwieriger drogenbedingter Lebensverhältnisse oder Entzugserscheinungen) und Unfälle mit Todesfolge unter Drogenwirkung (z.B. Verkehrsunfälle) zu den drogeninduzierten Todesfällen“ (Eder 2012, S. 44).

Die Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum fesselt besonders die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit. Die Gefährdung der Gesundheit durch den Drogenkonsum wird in den Fokus gerückt. Dies ist zwar das Hauptproblem, aber nicht das Einzige (vgl. Ostendorf 2000, S. 21). Die beeinflussenden Faktoren für Todesfälle in der Drogenszene sind das Muster des Konsums (Polytoxikomanie, intravenöser Gebrauch), Situation des Konsums (Nothilfen, Öffentlichkeit, Privat), das Alter der KonsumentInnen und die Dauer der Abhängigkeit. Weiteres ist es auch von Bedeutung, welche Drogen konsumiert werden, vor allem wie sich die Qualität des konsumierenden Stoffes zusammensetzt, wann und wie viel *genommen* wird. Auch die persönliche Situation und Verfassung hat Einfluss auf die Mortalität (vgl. Eder 2012, S. 44 f.). „Die Zahlen der Drogentoten werden allerdings in politischen und öffentlichen Diskussionen über Drogen oft dafür eingesetzt, die Gefährlichkeit illegaler Substanzen (insbesondere von Heroin) nachzuweisen

und repressive Maßnahmen zu legitimieren“ (Eder 2012, S. 46). Die meisten Drogentoten sind nach wie vor bei den OpioidkonsumentInnen vorzufinden. Vermehrt kommt jedoch auch den Psychopharmaka wie zum Beispiel Benzodiazepin Bedeutung zu. Diese KonsumentInnen weisen vor allem einen hoch problematischen Konsum auf (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014, S. 13).

Zu all diesen belastenden Lebensbedingungen, Folgen, Stigmatisierungen und Sterberisiken kommt für viele drogenabhängige Menschen ein weiterer belastender Faktor im Leben hinzu: die Verbüßung einer Freiheitsstrafe. Wie bereits erwähnt weisen die meisten DrogenkonsumentInnen auch Erfahrungen mit dem Gefängnis auf. Die Bedingungen in dieser Umgebung sind nochmal spezieller und belastender für drogenabhängige Personen. Auf den Strafvollzug selbst haben die Drogenabhängigkeit und der Konsum im Gefängnis gewisse Auswirkungen.

## **2.6. Drogen, Abhängigkeit und Krankheit – Bedeutungen für den Strafvollzug**

Inhaftierte sind zum großen Teil sozial benachteiligte Personen, welche Merkmale aufweisen wie: geringe (Aus-) Bildung, hohe Arbeitslosigkeit, viele Personen mit Migrationshintergrund. Vergleicht man die Gefangenenpopulation mit jener der Allgemeinheit, so handelt es sich bei den Inhaftierten um Personen, die vermehrt Krankheiten besitzen. Hierbei geht es um HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B/C, Suchterkrankungen und psychische Störungen (vgl. Stöver 2009, S. 377).

„In Haftsituationen (sowohl Polizeigewahrsam, U-Haft, Strafhaft für unterschiedliche drogengebrauchende Zielgruppen wie Jugendliche, Frauen, Männer und MigrantInnen) bilden sich spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen ab, verdeutlichen sie, lassen sie massierter und im Vergleich zur Freiheit überproportional häufig auftreten. Der Staat in der Fürsorgepflicht für gefangene Menschen muss auf diese Problematiken reagieren - und insbesondere auch auf die Verbreitung des Konsums legaler und illegaler Drogen mit all ihren sozialen und gesundheitlichen Folgeerscheinungen“ (Stöver 2009, S. 374).

Suchtmittel und deren Konsum spielen im Strafvollzug keine Rolle, da dies angeblich nicht vorhanden ist. Die Häftlinge werden kontrolliert, wodurch die Abstinenz jeglicher Suchtmittel gegeben sein sollte (vgl. Reker 2013, S. 15). Würde der Strafvollzug zugeben, dass Drogen konsumiert werden, so kommt dies einem Zugeben von Versagen gleich. Es zerstört die Illusion der Gesellschaft, dass das Gefängnis ein drogenfreier und sexualfreier Ort ist. Aber da die Illusion von Seiten des Strafvollzugs aufrechterhalten wird, benötigt dieser auch keine Angebote zur Hilfe. Denn da, wo das Problem nicht vorhanden ist, gibt es auch keinen Bedarf an Hilfsangeboten (vgl. Stöver 2000, S. 41). Aufgrund der Kriminalisierung von DrogenkonsumentInnen illegaler Substanzen weisen viele Häftlinge Erfahrungen mit Drogen auf und/oder konsumieren sie noch immer (vgl. Stöver 2009, S. 375).

“Only a small number of prison managers talk frankly about the issue in public, establish adequate drug services and develop new drug strategies” (Stöver 2002, S. 51). Wie bereits erwähnt versucht der Strafvollzug sein Bild in der Gesellschaft als drogenfreie Umgebung aufrechtzuerhalten. Dies erzeugt aufgrund der Widersprüchlichkeiten jedoch einen Druck auf ihn. Nur sehr wenige Gefängnisse gestehen sich den Drogenkonsum ein und reden auch darüber. Diese sind dann folglich auch bereit, Hilfen anzubieten (vgl. Stöver 2009, S. 378):

„Unter diesem Umstand, dass eigentlich ‘nicht sein kann, was nicht sein darf’, ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen einerseits den Erwartungen an die Erfüllungen seines Resozialisierungsauftrages und andererseits den Realitäten eines verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums vieler Gefangener und zT politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens“ (Stöver 2009, S. 378).

„Drug use is one of the main problems facing prison systems. It threatens security, dominates relationships between prisoners and staff and leads to violence, bullying and mobbing for both prisoners and often their spouses and friends in the community“ (World Health Organization Europe 2014, S. 113). Die letzten Jahre weisen auf einen Anstieg der drogenabhängigen Häftlinge hin. Dies erfordert vermehrt Gesundheitsprävention. Selbstverständlich wirkt sich diese Situation auch auf alle Personen im Vollzug aus (Kontrolle) (vgl. Cornel 2009b, S. 301).

„The overall proportion of drug users among prison inmates has risen continuously. It can be assumed that up to 20% of inmates continue on a regular basis, even

while serving their sentences, to inject drugs intravenously, with a preference for heroin. Regularly means several times a week. When irregular or occasional IV users are included, the figure increases to half of the prison population. Add the consumption of cannabis products and the proportion is even higher. Finally, if account is also taken of the problem use of other psychotropic substances such as medicinal drugs and alcohol, there remains only a small minority of sentenced prisoners who are not affected in one way or another. Polydrug use is widespread“ (Spirig 2002, S. 24).

Im Allgemeinen ist der Konsum illegaler Drogen sehr unterschiedlich. Es gibt nur einige Fakten: es ist mehr Drogenkonsum in Frauengefängnissen, in Gefängnissen welche sich in einer Stadt befinden und in Gefängnissen, wo Jugendliche und junge Erwachsene untergebracht sind, vorhanden (vgl. Stöver 2002, S. 26).

“No prison is truly ‚airtight‘. No checks, however careful, are capable of covering all paths leading in and out. While all efforts made to this end may to some extent reduce supply, they cannot do more than that. At any given time, there are and always will be individuals whose addiction is so severe that, regardless of the risk to their health, they will allow no judge or internal sanction to stand between them and their drug” (Spirig 2002, S. 26).

Die Drogen finden ihren Weg in den Vollzug auf unterschiedliche Art und Weise bzw. durch unterschiedliche Personen. Hierbei werden oft genannt: Urlaub, Ausgang, Ausführung, Besuche, FreigängerInnen, *SchlepperInnen* (das sind nicht konsumierende Gefangene), Mauer, Reinigung, BeamtenInnen, Staatsanwalt/Staatsanwältin, Post und Warenlieferung. Es gibt einige Handlungen und Wege, um den Drogenkonsum bzw. das Angebot von illegalen Drogen im Gefängnis zu kontrollieren und zu vermindern. Die Häftlinge werden streng kontrolliert und auch Leibesvisitationen werden durchgeführt. Unter anderem werden alle Räume, sowohl die Zelle als auch Gemeinschaftsräume, sowie auch jegliche Post nach Drogen abgesucht. Bei Freigängern, nach einem Hafturlaub oder nach Besuch kann es auch zu Visitationen mit Entkleidung kommen. Weiteres unternimmt das Gefängnis Kontrollen mittels Urintest und mittels Drogenhunden (vgl. Stöver 2000, S. 61). Doch dies ist nicht unbedingt die günstigste Variante, um diesem Faktum zu begegnen:

“The costs associated with controls are huge, since they concern not only dependent users but also occasional users and all other inmates. Controls serve to increase tension and force the black market and subculture into areas where they are even harder to oversee. They tie up human and material resources and damage the atmosphere in the establishment for both prisoners and staff” (Spirig 2002, S. 26 f.).

Die schärferen Kontrollen des Personals führen im Vollzug vor allem auch dazu, dass für den Drogenschmuggel Personen erpresst werden, welche eher unscheinbar erscheinen (vgl. Stöver 2000, S. 61).

Sowohl die eigenen Lebenserfahrungen als auch die gesammelten Erfahrungen in der Haft haben eine bedeutende Auswirkung auf die Gesamtlebenssituation der Personen. Es sieht so aus, als gehöre bei vielen illegalen DrogenkonsumentInnen eine Inhaftierung zur Biographie und scheint oft als unvermeidbar. Für die Behandlung und Betreuung abhängiger InsassInnen erweckt es den Anschein, dass es hinsichtlich der Gesundheit unterschiedliche Politiken gibt: dies wäre eine *Public Health* und eine *Prison Health* (vgl. Stöver 2000, S. 73). Damit ist die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung und jener der GefängnisinsassInnen gemeint. Beide sollten jedoch die gleichen Standards aufweisen und dieselben Möglichkeiten zu ärztlichen Hilfen besitzen.

“The primary goal of correctional institutions is to provide safety, humanity and cost-effectiveness. (...) An adequate response to health problems of often short-term sentenced drug users is often beyond the capacity of the prison staff and administration – prisons are in no way therapeutic institutions. On the other hand, the time of imprisonment should not be ‘lost time’” (Stöver 2002, S. 53).

Das Strafvollzugsgesetz regelt alle Handlungen der InsassInnen und des Justizpersonals. Ihr Verhältnis zueinander ist eher mit einer *Zwangsgemeinschaft* gleichzusetzen. Jede Position vertritt andere Bedürfnisse und Interessen. Das Personal arbeitet immerwährend mit der Spannung zwischen dem Entzug der Freiheit (Sanktion) und dem Auftrag zur Resozialisierung der InsassInnen (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. 80).

Das Justizpersonal ist in ihrem Berufsalltag ebenso mit dem Drogenkonsum konfrontiert. Einerseits haben sie den Auftrag zur Kontrolle der Häftlinge und andererseits sollten sie auch Akzeptanz in ihrer Arbeit mit abhängigen Inhaftierten zeigen. Weiteres sind sie mit Morbidität und Mortalität und hinsichtlich der Entscheidungen im vollzuglichen Alltag über den Drogenkonsum oder bei Notfällen belastet. Die Umstände in der Haft tragen zusätzlich zu einem Arbeitsklima bei, welches von Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Gesundheit (Infektionsrisiko) gekennzeichnet ist. Diese Bedenken können sowohl begründet als auch unbegründet sein. Dadurch entstehen jedoch sehr unüberlegte Strategien für den Kontakt mit potentiellen InfektionspatientInnen. Das Personal neigt

unter diesen Rahmenbedingungen zu Überforderung und Demotivierung. In Hinblick jedoch auf ein angenehmes Klima im Vollzug als auch für den Umgang mit den GefängnisinsassInnen wäre es wichtig, dass das Personal nicht nur ausreichend Unterstützung, sondern vor allem auch eine gute Aus- und Fortbildung in all jenen Bereichen erhält (vgl. Jacob/Stöver 1998, S. 22).

Generell kann man im Vergleich zu anderen totalen Institutionen für das Gefängnis und die Bedingungen sagen, dass es eher mehr Belastungen bringt, als es in anderen Institutionen der Fall ist. Für die Gesundheit ist der Vollzug eine nicht besonders förderliche Umgebung (vgl. Stöver 2000, S. 446): „(...) die Ballung sozialer und gesundheitlicher Problemlagen, für die Hygienefragen relevante soziale Enge, die Unausweichlichkeit einer Handlungskompetenzen potentiell abbauenden Institution, sowie die psychischen Folgen der Freiheitsentziehung verdichten die individuelle Belastung“ (Stöver 2000, S. 446).

## **2.7. Lebensbedingungen inhaftierter Drogenabhängiger**

„Drogenmissbrauch und -abhängigkeit sowie andere psychische Erkrankungen sind in der JVA [Anm. d. Verf.: Justizvollzugsanstalt] unverhältnismäßig stark vertreten, wodurch sich dort die Probleme verdichten“ (Eder 2012, S. 173). Generell kann man das Gefängnis als ein sehr widersprüchliches System sehen. Einerseits ist es das Vollzugsziel schlechthin, dass mit dem Vollzug der Strafe die Gefangenen auf ein Leben danach ohne Strafe vorbereitet und befähigt werden sollen. Die Realität stellt sich im Gefängnis aber eher als *entsozialisierend* dar. Der Aufenthalt im Vollzug ist durch diverse Bedingungen vorstrukturiert: Zwangsgemeinschaft, die Totalität in Bezug auf das Leben (Arbeit, Wohnung und Freizeit finden an einem Ort statt), das Entziehen von Freiheitsrechten (wie unter anderem eine freie Wahl des Arztes/der Ärztin) und eine unfreiwillige Übergabe der Eigenverantwortung an die Anstalt. Vor allem der Verlust der Eigenverantwortung führt zu einer Versorgungsmentalität geprägt von Langeweile, Unselbstständigkeit und Passivität. Die InsassInnen werden mit alltäglichen Belangen wie Kleidung, Nahrung und Unterkunft versorgt. Begrenzt wird zusätzlich noch die

Gestaltung der eigenen Zelle. Die Beziehungskonstellation zwischen den Gefangenen und dem Personal ist von Macht geprägt.

Auch im Gefängnis gibt es eine Drogennachfrage von abhängigen Personen, da nur wirklich ein kleiner Teil der Drogenabhängigen die Haftzeit drogenfrei aushält. Die Drogen dienen meist dazu, um die Situation des Freiheitsentzuges besser zu bewältigen. Im Rauschzustand sind die Bedingungen leichter zu ertragen, die Auseinandersetzung mit sich selbst und den eigenen Problemen kann so leicht vermieden werden (Coping-Strategie). Drogenkonsum findet in den Haftanstalten unter hoch riskanten, oft lebensgefährlichen Bedingungen statt. Die allgemeinen Risiken des Drogenkonsums sowie die der Beschaffung erfahren im Vollzug also keine Unterbrechung. Es entstehen Schulden, neue Abhängigkeiten von Dealern, Gewalt, erzwungene Prostitution sowie auch erzwungene Tätigkeiten wie der Transport von Drogen, das Dealen oder die Aufbewahrung von Drogen. Die suchtspezifischen Dynamiken werden in die Anstalt gebracht und erfahren dort lediglich neue Ausprägungen aufgrund der verschärften Bedingungen. Wichtig für die Gefangenen sind die Zugehörigkeit und das Verhältnis zur InsassInnenkultur. Diese Kultur gibt Identität und Rückhalt, organisiert den Konsum und den Handel und sie bietet Schutz. Diese InsassInnenkultur ist sowohl eine Selbstorganisation als auch eine Gegenorganisation, welche meist gegen die Vollzugsziele ist. Besonders die Drogensubkulturen stellen eine Gegenorganisation dar, da sie gerade hinsichtlich der Einstellungen zu Drogenkonsum, -handel und -finanzierung mit jenen Einstellungen der Strafanstalt in Konflikt geraten. Die Drogensubkultur wirkt vor allem für sich selbst als stärkend und legitim. Der Großteil der Häftlingssubkultur basiert auf diesen Normen und Einstellungen. Zudem reagieren Drogensubkulturen hochflexibel auf *Haftdeprivationen*.

Die Verarbeitung der Haftsituation zeigt sich oft durch physische und psychische Krankheitssymptome sowie durch Regression, Flucht vor der Realität und Passivität. Besonders abhängige Personen und drogengefährdete InsassInnen sind davon betroffen, da es keine passende Behandlung gibt. Es gibt jedoch auch Gefangene, welche bisher wenig mit dem Konsum illegaler Drogen zu tun hatten und im Gefängnis aber gefährdet sind, mit dem Konsum zu beginnen. Das Bestehen des Drogenkonsums in der Haft wirkt sich auf alle InsassInnen aus. Es gibt generell vermehrt Kontrollen (Besuch, Zelle,

Körper, Post, etc.), es bestehen auch größere Schwierigkeiten zu Vollzugslockerungen zu gelangen, da diese Personen in Verdacht geraten, zu schmuggeln (vgl. Stöver 2000, S. 55 ff.).

„Wer im Gefängnis (...) als Suchtkranker [sic!] etikettiert wird, gerät in den Sog stereotyper Vorstellungen und riskiert das Anrecht auf Berücksichtigung seiner [sic!] individuellen Umstände und Bedürfnisse zu verlieren. Im Gegensatz dazu ist eine individualisierte Behandlung Suchtkranker unerlässlich [sic!], welche sich nicht nur auf die Suchtaspekte beschränkt“ (Harding 2000, S. 446).

Werden drogenabhängige Personen inhaftiert, so besitzen die meisten viel Erfahrung im Bereich des Konsums mit allen sozialen und gesundheitlichen Begleiterscheinungen. Sie gehören zu einer *Randgruppe* in der Gesellschaft, haben oft Geldprobleme und sind arm, haben vielleicht nicht mal mehr ein Dach über dem Kopf, haben sich möglicherweise schon des Öfteren prostituiert, sind Opfer und TäterInnen von Gewalt, besitzen oft nur einen mangelnden Gesundheitszustand und sind möglicherweise zusätzlich mit HIV oder Hepatitis infiziert (vgl. Stöver 2009, S. 375).

„Vor diesem Hintergrund bilden die Haftbedingungen weitere soziale und gesundheitliche Belastungsfaktoren. Vermehrte Haftaufenthalte steigern die individuellen Problemlagen: Fortführung des gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozesses, Festigung eines Selbstbildes als Außenseiter/in, Verunselbstständigung, Gesundheitsrisiko“ (Stöver 2000, S. 72).

Personen die mit einem Abhängigkeitsproblem inhaftiert werden, sind oft in dieser Situation noch von ihrem Konsum gezeichnet. Dies kann daran liegen, dass sie eventuell noch unter Einfluss von Drogen stehen oder gerade einen Entzug durchmachen. Manche kommen auch in guter stabiler Verfassung in Haft, wo die Problematik der Abhängigkeit nur dann zum Vorschein kommt, wenn die Vorgeschichte bekannt wird oder diverse Unterlagen dazu vorliegen. Der Großteil der drogenabhängigen Personen geht davon aus, dass es zu ihrem Nachteil ist, wenn der Konsum bekannt ist (vgl. Reker 2013, S. 15). In Österreich und Europa gibt es diverse *Daten* zu den DrogenkonsumentInnen im Vollzug.

### 2.7.1. Epidemiologie

Für Europa gilt soweit:

“Finally, only a few longitudinal studies exist. Most cross sectional data reflect the (drug using) situation at the beginning of incarceration. Prevalence data can therefore hardly be generalised, and one has to be very careful in the use of such data. There is also a lack of qualitative data, which might provide a deeper insight into the patterns and dynamics of inside prisons intramural drug use” (Stöver 2002, S. 27).

Die existierenden Daten zeigen, dass sich Drogenkonsum während der Haftstrafe von Land zu Land unterscheidet. Das Durchforsten diverser Literatur lässt erkennen, dass 10 bis 48 % der männlichen Insassen und 30 bis 60 % der weiblichen InsassInnen Drogen konsumieren (vgl. Stöver/Michels 2010, S. 1). Die Anzahl der Studien über einen Drogenkonsum in Gefängnissen ist sehr gering bis kaum vorhanden. Es besteht jedoch Kenntnis darüber, dass im europäischen Strafvollzug am meisten Cannabis konsumiert wird (vgl. Eder 2012, S. 97). Die Unterschiede sind nicht nur von Land zu Land, sondern auch von Justizanstalt zu Justizanstalt vorhanden. Die Forschungen sind zu klein, um eine genaue Zahl von DrogenkonsumentInnen in Gefängnissen zu nennen (vgl. Spirig 2002, S. 24).

„Österreich verfügt über keine systematische quantitative Datenerfassung zur Situation des (illegalen) Drogenkonsums in Gefängnissen. Desgleichen existieren nur wenige qualitative Befunde im angesprochenen Bereich. Untersuchungen (...) in einzelnen Justizanstalten werden durchgeführt – diese erlauben aber in aller Regel nicht eine Verallgemeinerung auf die gesamtösterreichische Drogensituation in Gefängnissen“ (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. 83).

ExpertInnenmeinungen und vorliegende Daten ergeben, dass in Österreich ca. 20-50 % der InsassInnen Drogen nehmen bzw. abhängig sind. Diese Zahlen ergeben sich einerseits durch die Straftaten im Rahmen des Suchtmittelgesetzes und dadurch, dass einige Personen erst in der Haft damit beginnen, Drogen zu konsumieren (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. IV). In österreichischen Gefängnissen fehlen Daten über Drogenabhängige in Haft als auch genauere Daten über den Konsum im Vollzug. Allgemein kann jedoch gesagt werden, dass es üblich ist, mehrere Drogen in Haft zu konsumieren (Polytoxikomanie). Was wann konsumiert wird, hängt vom Angebot am Schwarzmarkt im Gefängnis und auch von den jeweils herrschenden

Kontrollen der jeweiligen Justizanstalten ab. Werden in der Justizanstalt des Öfteren Urinkontrollen durchgeführt, so wird vergleichsweise weniger Cannabis konsumiert, als in jenen Anstalten die kaum oder keine Kontrollen des Urins anstellen. Generell kann gesagt werden, dass der Konsum in Haft nicht zwingend mit einer Abhängigkeit gleichzustellen ist. Oft wird der Konsum als Freizeitbeschäftigung im Vollzug angesehen, oder um mit den Bedingungen der derzeitigen Lebenssituation besser zu Recht zu kommen. Auch in Österreich gehen die drogenabhängigen InsassInnen mehr Risiken beim Konsum ein, als sie es in Freiheit tun würden. Vor allem der intravenöse Konsum stellt hier ein großes Risiko hinsichtlich der Übertragung von Infektionskrankheiten dar. Die Häftlinge weisen einen schlechten allgemeinen gesundheitlichen Zustand auf (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. 77 f.). Der Alltag im Gefängnis stellt besonders drogenabhängige Inhaftierte vor große Probleme. Sie müssen mit ihrer Abhängigkeit in dieser Anstalt leben und dieser nicht genug, versuchen ihren Konsum, in einer Umgebung die von Enge und Kontrolle geprägt ist, irgendwie zu managen. Hinsichtlich der Abhängigkeitsproblematik hinter Gittern gibt es viel zu wenig aufgezeichnete Daten und Verlaufsdocumentationen. Dies liegt daran, dass generell im Gefängnisssystem die medizinische Behandlungsschemata und deren Aufzeichnung nur mangelhaft vorhanden sind. So kann kein realitätsnaher Blick auf die Drogenpopulation und ihre Probleme im Strafvollzug gerichtet werden (vgl. Stöver 2000, 123 ff.).

### *2.7.2. Konsum in Haft*

Innerhalb der Drogenkarriere wird das Gefängnis oft zu einer maßgebenden Lebenswelt für die Abhängigen. Auf Grund der Abhängigkeit besteht auch im Gefängnis der Alltag der DrogenkonsumentInnen von der Beschaffung, dem Verkauf von Gegenständen für die Beschaffung oder auch eine Verschuldung sowie im Gegenzug auch das Eintreiben von Schulden anderer InsassInnen, wozu es oft auch zu Erpressungen kommt. So entsteht ein Klima von Hektik, Gewalt und einer Dynamik, welches von Drogenkonsum dominiert wird. Diese Lebensbedingungen verändern das System des Gefängnisses. Es kommt zu neuen Anforderungen für alle Beteiligten. Gebraucht wird eine vollzugsinterne Drogen- und AIDS-Hilfe. Man kann am System des Vollzugs erkennen, dass auch

hier die allgemeinen gesellschaftlichen Problemlagen widergespiegelt werden. Deutlich wird dies unter anderem auch an den Folgen der Verbreitung von Drogen im Gefängnis: Händlerhierarchien sind vorhanden, der Drogentod, sowie Drogennotfälle sind keine Seltenheit, es kommt vermehrt zu Schuldenanhäufung und zu einer größeren Zahl von KonsumentInnen, die Drogen die verkauft werden, sind oft gestreckt oder mit verunreinigten Stoffen versehen, wodurch der Reinheitsgehalt nicht mehr bestimmbar ist und es kommt auch zu einer erhöhten Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten, da offiziell kein sauberes steriles Spritzbesteck vorhanden ist und *needle-sharing* betrieben wird.

Der Gebrauch von Drogen wird zunehmend bestimmend für das Gefängnisssystem. Die Drogen nehmen eine zentrale Stellung für die Subkulturen ein und es erfolgt dadurch die Ausrichtung des Alltags auf Beschaffung, Schmuggel, Verkauf, Konsum und Finanzierung von Drogen. Das führt auch zu einer bestimmten Ausrichtung der Aktivitäten der Anstaltsleitung und der Bediensteten: es geht dann vorwiegend um die Sicherheit und das Management eines geordneten Vollzugs. Abhängigkeitsprobleme und deren Bewältigung sowie eine Suchthilfe werden dann dem Ziel der Sicherheit und Ordnung untergestellt. Völlig unabhängig von der Form des Strafvollzugs (Untersuchungshaft, Jugendstrafvollzug, Strafhaft,...) muss das Gefängnis dem Druck der Öffentlichkeit bezüglich eines Gefängnisses als *drogenfreien Raum* standhalten. Deshalb wird das Problem nicht wirklich thematisiert. So werden auch kaum offensive Hilfen angeboten. Wäre dies der Fall, so sehen Gefängnisse ihren Sicherheitsauftrag als verfehlt an. Auf den Drogenkonsum in Haft könnte auf zweierlei Weise reagiert werden: Es kann zum einen versucht werden, dass der Vollzug noch weiter abgeschottet wird, wenn dadurch der Konsum überhaupt reduziert werden könnte. Im Sinne des Resozialisierungsauftrages mit dem Ziel einer vermehrten Orientierung nach Außen würde dies aber ein großes Problem darstellen. Unter anderem würden so auch nicht betroffene InsassInnen darunter leiden. Zum anderen kann jedoch auch neben der Sicherheit und Ordnung ein System von Hilfen aufgebaut werden, welche auf die Bedürfnisse angepasst ist. Diese Hilfen sollten sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen Ziele verfolgen, die machbar sind. Bedacht werden muss jedoch, dass die Arbeit mit DrogenkonsumentInnen im Vollzug nur unter eingeschränkten räumlichen als auch methodischen Bedingungen geschehen kann. Die Drogenszene als auch die Unterstützungsangebote fallen hier räumlich zusammen. Generell wird nicht auf den Konsum Rücksicht genommen,

noch wird er toleriert. Der Alltag ist klar strukturiert ohne eine Beachtung der Konsumprobleme.

Betrachtet man die Umstände im Vollzug, so hat es den Anschein, als würde die Umgebung unhygienisches Spritzverhalten begünstigen. Beispielsweise sind besonders neue InsassInnen auf das Teilen des Spritzbestecks angewiesen, da sie noch keine Verbindungen unter den KonsumentInnen geknüpft haben. Weitere Faktoren die gerade Neuzugänge zu diesem Verhalten bringen sind zusätzlich auch die beginnenden Entzugerscheinungen, die Angst vor einer Strafe wegen dem Besitz von Spritzbesteck und die generelle Nichtverfügbarkeit von sterilem *Hilfsmaterial* (vgl. Stöver 2000, S. 46 ff.). Aufgrund der unter starker Kontrolle stehenden Umgebung im Vollzug im Gegensatz zur Freiheit, muss der Handel mit illegalen Drogen noch heimlicher vor sich gehen und um einiges besser funktionieren.

#### 2.7.2.1. Schwarzmarkt

Den KonsumentInnen von illegalen Drogen gelingt es in großem Maß, sich die Drogen auch in Haft zu beschaffen und ihren Konsum fortzusetzen. Dies mag für einige externe BeobachterInnen kaum begreiflich erscheinen. Es gibt es auch jene Häftlinge, welche die Zeit in Gefangenschaft nutzen, um abstinent zu werden. Die illegalen Drogen werden so kontrolliert von den Häftlingen konsumiert, dass sich ihr Erscheinungsbild für die Beamten nicht auffällig verändert (vgl. Reker 2013, S. 15).

Die meist angewandte Konsumform bei Haftantritt ist intravenös. Die illegalen Drogen, die hier den Markt dominieren, sind Heroin und Kokain (vgl. Jacob/Stöver 1998, S. 15). Der Weg der Drogen ins Gefängnis ist sehr unterschiedlich. Jegliche Möglichkeiten, wo InsassInnen mit der Außenwelt nur irgendwie in Kontakt kommen, stellen mögliche Schmuggelwege dar. Hier sind es wahrscheinlich die gewährten Ausgänge und Besuche, die die beste Möglichkeit der Drogeneinschleusung darstellen. Wie viele Drogen wirklich sichergestellt werden, kann aufgrund mangelnden Datenmaterials nicht gesagt werden. Es gibt einige Strategien, die den Schmuggel verringern sollen. Dazu zählen: das Verbot von Sendungen von Lebensmittel an die InsassInnen, Kontrollen derjenigen,

die Ausgang gewährt bekommen haben oder den Status des Freigängers/der Freigängerin besitzen (=Arbeit außerhalb der Justizanstalt) und Abänderung der Besuchsmodalitäten bei Verdacht auf Drogenschmuggel (kein Tischbesuch mehr – nur noch hinter einer Glasscheibe). Die Preise der illegalen Drogen hinter den Mauern sind drei bis viermal so hoch als außerhalb. Dieser ergibt sich aus den risikoreichen Rahmenbedingungen, unter welchen Drogen eingeschleust und gedealt werden müssen. Die Drogenabhängigen finanzieren ihren Konsum auf diverse Art und Weise: Dienstleistungen für Dealer, sexuelle Dienste, etc. Generell besteht im Justizvollzug ein gutes System von Tauschhandel. Oft wird jedoch auch direkt über Bekannte bzw. Freunde außerhalb der Justizanstalt gezahlt (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. 79). Wie der Handel mit illegalen Drogen wird auch das Konsumverhalten mit erschwerten Bedingungen durchgeführt.

#### 2.7.2.2. Konsumverhalten

Viele DrogenkonsumentInnen weisen viele Erfahrungen im Bereich des Konsums und des Mischkonsums vor und während der Zeit der Inhaftierung auf. Gerade unter den Haftbedingungen ist der Mischgebrauch weit verbreitet. Er dient vor allem als Selbstmedikation, um den Anforderungen des Haftalltags zu bewältigen und die Entzugerscheinungen zu minimieren. Das bringt aber weitere Probleme mit sich. Da die bekannten Drogen in Haft eventuell nicht verfügbar sind, wird auf Stoffe zurückgegriffen, die unbekannt, aber verfügbare und finanzierbar sind. Der Konsum erfolgt dann oft in zu hohen Dosierungen. Ein weiterer schädlicher Faktor ist die unregelmäßige Ernährung und eine generelle Verwahrlosung sprich Vernachlässigung der eigenen Gesundheit. Typische Zyklen für KonsumentInnen mit Hafterfahrung sind oft Mischkonsum, Inhaftierung, (erzwungene) Abstinenz, erneuter Drogenkonsum. Es gibt viele Faktoren, die zu einem risikoreichen Verhalten führen. Selbst der Konsum für sich, stellt ein Risiko dar: Drug und needle-sharing, Resteverwertung, selbstgebaute Injizierinstrumente. Die Beschaffung der Drogen im Strafvollzug ist nicht das Problem für die abhängigen InsassInnen. Es besteht die Schwierigkeit an Hilfsmittel für den Konsum zu gelangen. Oft gibt es nur wenig vorhandene Hilfsmittel, sodass es zu einer gemeinsamen Benutzung eines Beste-

ckes kommt, wodurch das Infektionsrisiko massiv ansteigt. Die Reinigung der Hilfsmittel erfolgt oft nur unzureichend aufgrund von mangelnden Utensilien oder aufgrund des Zeitaufwands und des dadurch auffallenden Verhaltens. Für einige Inhaftierte ergibt sich in ihrem Drogenleben in der Haft zum ersten Mal die Situation, dass sie auf das Teilen des Bestecks angewiesen sind (vgl. Stöver 2000, S. 70 f.).

Needle-sharing ist eine extrem gefährliche Methode, um die Droge unter mehreren KonsumentInnen zu verteilen. Wird das Spritzbesteck geteilt, so benutzen alle KonsumentInnen nur ein Spritzbesteck. Das Heroin wird dann auf einem Löffel aufgelöst und diese Flüssigkeit dann in eine Spritze aufgezogen. Dann geben die KonsumentInnen die gefüllte Spritze nach erfolgtem Konsum an den jeweils Nächsten/die jeweils Nächste weiter. Dies ist vor allem in den Justizanstalten eine sehr gängige Methode. Eine weitere Möglichkeit, Drogen unter mehreren Personen zu verteilen, ist es, das Heroin zu einer jeweils gleichen Menge in mehrere verschiedene Spritzen zu füllen. Hier unterscheidet man Front und Back loading (vgl. Stöver/Trautmann 2009, S. 93 f.).

„Front loading: Mit der ersten Spritze wird die Lösung über die vordere Öffnung (den Konus) in die zweite Spritze eingegeben, auf der sich noch keine Nadel befindet.

Back loading: Der Kolben der zweiten Spritze wird entfernt und die Heroinlösung von der ersten Spritze in die Öffnung an der Rückseite der zweiten Spritze gegeben. Diese Technik wird hauptsächlich bei Insulinspritzen angewandt, bei denen Zylinder und Nadel eine Einheit bilden“ (Stöver/Trautmann 2009, S. 94).

GefängnisinsassInnen kommen im Vollzug leichter zu illegalen Drogen als zu einem Drogenbesteck. Das benötigte Besteck wird entweder geschmuggelt, ausgeborgt, aus der medizinischen Abteilung gestohlen oder selbst hergestellt. Die Notlage der Drogensüchtigen wird allein durch dieses Phänomen gut sichtbar (vgl. Eder 2012, S. 100).

Grundsätzlich kann man auch nicht davon sprechen, dass es das eine Konsummuster und Verhalten gibt:

“The patterns of drug use vary considerably between different groups in the prison population. For instance, drug use among female prisoners is significantly different than among men, with different levels and types of misuse and different motivations and behavioural consequences” (Stöver 2002, S. 27).

Manche InsassInnen schaffen es über einen Zeitraum keine Drogen zu konsumieren. Hier kann jedoch nicht von einer Motivation zu einem abstinenten Leben gesprochen werden, da besonders in der totalen Institution des Gefängnisses keine Motivation erzwungen werden kann (vgl. Stöver 2000, S. 416). Das Gefängnis ist hinsichtlich der Drogenabhängigkeit kein geeigneter Ort, um hier große Veränderungen des Suchtverhaltens zu erhoffen. Es kann für manche Menschen doch ein Ort sein, um Abstinenz wieder oder das erste Mal zu erleben. Die Bedingungen im Gefängnis können für Drogenabhängige sowohl de- als auch motivierend sein. Demotivierend sind sie vor allem dann, wenn es sich um Gewaltexzesse, Überbelegung und um unzureichendes Personal sowie Sachmittel handelt. Dies ist dann konsumsteigernd oder konsumverfestigend (vgl. Stöver 2009, S. 374). Nun gibt es einen kleinen Teil der InsassInnen, welche es in der Haftzeit schaffen, ohne Drogenkonsum zu leben. Es besteht jedoch auch ein weiterer Anteil von Häftlingen, welcher ungefähr die Hälfte aller drogenabhängigen Personen in Haft ausmacht, die nicht ohne Drogenkonsum die Haftzeit überstehen. Gerade für den zweiten Teil der InsassInnen mit einer Drogenabhängigkeit wird das Gefängnis zu einer massiven gesundheitlichen Beanspruchung. Die gegebenen Bedingungen sind dann weitere Belastungsfaktoren. Je öfter DrogenkonsumentInnen einen Freiheitsentzug erleben mussten, desto größer werden die jeweils individuellen Probleme: diese Personen werden weiter von der Gesellschaft ausgegrenzt und erfahren noch zusätzliche Stigmatisierungen, wodurch sich auch ihr eigenes Bild über sich selbst als jenes verfestigt. Die Haftsituation wirkt sich auch eher negativ auf die Führung einer selbstständigen Lebensweise aus (vgl. Stöver 2009, S. 375 f.). Die Gefangenen spiegeln die Bedingungen der Haft durch ihr Erscheinungsbild und ihrem Gesundheitszustand wider (vgl. Stöver 2009, S. 386).

### 2.7.2.3. Gesundheitsrisiken

Für von Drogen abhängige Personen stellt besonders die Anfangssituation der Verhaftung eine Problemsituation dar. In den ersten Stunden beginnen sich die ersten Entzugserscheinungen zu zeigen. Diese sind sowohl körperlich als auch psychisch sehr belastend. Bis sie nach der Untersuchungshaft erstmals einem Arzt/einer Ärztin vorgeführt

werden, verstreicht sehr viel Zeit, welche sie ohne psychische oder medizinische Unterstützung überstehen müssen. Oft wird die Suchtkrankheit bewusst verschwiegen, da man nicht als *drogenabhängig* abgestempelt werden möchte. So entsteht eine sehr problematische Situation (vgl. Stöver 2000, S. 125).

„Die Gefängniserfahrung ist für die meisten Gefangenen zunächst eine sehr einschneidende Lebenserfahrung. Beginnend mit der Aufnahme vor oder nach dem Verfahren, ohne Orientierung in der neuen räumlichen und sozialen Umgebung, in dieser Phase sind Gefangene besonders empfindlich und besonders Gesundheitsrisiken ausgesetzt: Depression, Gewalt- und Einschüchterungsversuche anderer Gefangener, Unvorsichtigkeiten beim Schutz bezüglich hygienischen Drogenkonsums und geschützter Sexualität. Psychisch auffällige oder gestörte Gefangene sind insbesondere sehr gefährdet“ (Stöver 2000, S. 49).

Die dauernden Phasen des Konsums und Entzugs im Gefängnis sind psychisch und physisch für die KonsumentInnen sehr belastend (vgl. Jacob/Stöver 1998, S. 13 f.). „Mit dem Drogenkonsum unter Haftbedingungen gehen neben sozialen Problemen vor allem auch gesundheitliche Risiken einher: Überdosierungen, existentiell bedrohliche Infektionskrankheiten, schlechter körperlicher Allgemeinzustand verbunden mit Belastungs- und Arbeitseinschränkungen etc.“ (Jacob/Stöver 1998, S. 9). Die Unterbringung von Drogensüchtigen in Haftanstalten hat mit sich gebracht, dass die HIV-Infektionen dort vermehrt auftreten und überhaupt erste Übertragungen passieren. Neue Infektionen gibt es vor allem durch den Nadeltausch und durch den Geschlechtsverkehr in den Gefängnissen (vgl. Bader/Heckmann 2005, S. 317). Besonderes Augenmerk ist in diesem Zusammenhang auf HIV, Hepatitis B und C zu richten. Die Verbreitung von Hepatitis B und C ist vor allem bei DrogenkonsumentInnen rapide gewachsen. Die HIV und AIDS-Problematik wurde außerhalb der Mauern in den 80er Jahren zum treibenden Motor, die Drogenhilfe zu verändern. Zum jetzigen Zeitpunkt stehen vor allem auch die Übertragungen von Hepatitis im Fokus der Hilfen. Es sind die oftmals unhygienischen Umstände, Entzugserscheinungen sowie auch die Unvermeidbarkeit steriles Spritzbesteck zu bekommen. Die KonsumentInnen betreiben Drug Sharing und verfügen über zu wenig Wissen im Bereich der hygienischen Drogenaufbereitung. In diesem Bereich wird auch der Handlungsauftrag für die Haftanstalten deutlich: Es geht nicht nur darum, zu vermitteln, dass nur sterile Bestecke und Hilfsmittel für den Konsum verwendet werden sollen, sondern auch um die subkulturellen und zwanghaften Bedingungen in der Haft, wie das Kaufen der Droge zu zweit auf Grund der finanziellen Missstände.

Für die Haft besteht der Grundsatz der Äquivalenz. Dies bedeutet, dass während der Haft den Gefangenen dieselben medizinischen Standards bekommen müssen, wie sie es auch in Freiheit zur Verfügung hätten (vgl. Stöver 2000, S. 14 f.).

„AIDS bzw. HIV-Infektionen bestimmen seit mehr als 20 Jahren den Alltag vieler Gefangener und Bediensteter im Strafvollzug. Dabei geht es nicht nur um Prävention, Hilfe und Krankenbehandlung, sondern auch um die Angst der Bediensteten von Infektionen und Bedrohungen, die das Verhältnis von Gefangenen zu Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aber auch Mitgefangenen prägen können - unabhängig von der absoluten Zahl der Infizierten und Erkrankten“ (Cornel 2009b, S. 301).

Im Hinblick auf die HIV Problematik im Gefängnis ist zu bedenken, dass viele Gefangene sich in einer Situation der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung befinden. Aus diesem Grunde werden die gesundheitlichen Risiken oft verdrängt und riskantes Verhalten (needle-sharing) einfach in Kauf genommen (vgl. Stöver 2000, S. 77). Um die Problematik der HIV Raten in Gefängnissen zu verdeutlichen, wird folglich allgemein und speziell für die Gruppe drogenabhängiger Personen auf diese Infektionskrankheit eingegangen.

#### 2.7.2.4. HIV/AIDS

AIDS bedeutet Acquired Immune Deficiency Syndrome. Es entsteht durch den Human Immunodeficiency Virus (HIV), welcher 1983/84 gefunden wurde. HIV ist im Grunde genommen ein Virus, der die Immunabwehr schwächt. Es kann durch die Infizierung mit diesem Virus AIDS ausgelöst werden, was bei früher Behandlung ungefähr zehn Jahre dauern kann. Bricht AIDS aus, so endet diese Krankheit möglicherweise mit dem Tod. Übertragen wird der Virus auf diverse Wege: Blut, Sperma, Vaginalsekret und über Kontakt von infizierten Haut- und Schleimhautwunden. Die häufigste Übertragungsform stellt der ungeschützte Geschlechtsverkehr dar. Das Virus kann in Schweiß, Speichel, Urin, Kot und Tränen nachgewiesen werden. Die Ansteckung über diese Sekrete ist jedoch nicht möglich. Außerhalb des Körpers ist das Virus nicht bzw. nur für kurze Zeit überlebensfähig. Besonders für Drogenabhängige ist die Infektion von Blut zu Blut am häufigsten in unserem Gebiet vertreten. Dies geschieht durch das Teilen der gleichen Injektionsnadeln. Frauen, oft aber auch Männer, sind aufgrund von Prostitution

einem weiteren Risiko zur Ansteckung ausgeliefert (vgl. Bader/Heckmann 2005, S. 315 ff.).

“Recognising that in our region persons at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS infection include drug injectors and their sexual partners, men who have sex with men, sexworkers, trafficked women, prisoners and ethnic minorities and migrant populations which have close links to high prevalence countries” (UNICEF 2004, S. 2).

AIDS zählt zu einer unheilbaren Krankheit, für welche es aber Behandlungsmaßnahmen gibt. Sie wird als chronische Krankheit gesehen. Mittels der Behandlung von AIDS können die Lebensbedingungen erkrankter Personen und ihre gesundheitliche Stabilität verbessert werden. Die Differenzen des Zugangs zur Behandlung und die Stärke der eventuellen Nebenwirkungen, werden in der Öffentlichkeit jedoch nicht thematisiert. Die Fortschritte der medizinischen Forschung führten in der Gesellschaft und in den Risikogruppen zu einem anderen Bild über die Ansteckung. Obwohl es jährlich genügend neue Infektionen mit HIV gibt, ist die Gesamtbevölkerung der Meinung, dass diese Krankheit nur die *Randgruppen* mit ihren spezifischen Problemen betrifft. Dies führt zu einer Diskriminierung. Die Behandlungsmöglichkeiten stehen nicht allen Erkrankten zur Verfügung. Es profitieren vor allem jene Personen, die auf der westlichen Hemisphäre beheimatet sind und hier wiederum nur jene, die keine soziale Ausgrenzung erfahren oder nicht zur Hauptrisikogruppe, wie die der Drogenabhängigen, gehören. Vorwiegend bei DrogenkonsumentInnen sind die Risikolage und die Ungleichheit hinsichtlich der Behandlung von HIV/AIDS größer. Dies erklärt sich durch das Zustandekommen zusätzlicher Risiken wie Prostitution und/oder Hafterfahrungen. Unter anderem sind auch die Bedingungen der Behandlung kaum einzuhalten, da die meisten Personen mit Lebensbedingungen wie illegaler Drogenbeschaffung und Finanzierung, Verfolgung durch die Polizei und strafrechtlicher Sanktionen konfrontiert sind. Dadurch sind diese Personen besonders schwer zu erreichen. Oft sind es jedoch auch gesundheitliche Bedingungen, wie Leberschäden, wodurch eine Behandlung nicht voll eingesetzt werden kann (vgl. Stöver 2000, S. 32 ff.).

Im Gefängnis sind vor allem DrogenkonsumentInnen von den Infektionskrankheiten HIV/AIDS und von den Hepatiden betroffen. Da der Konsum in den Strafvollzugsanstalten hauptsächlich intravenös vollzogen wird, gab es in den letzten 20 Jahren in allen europäischen Ländern eine massive Ausbreitung dieser Krankheiten. Dies sollte auf

keinen Fall ein Tabuthema sein, sondern benötigt eine adäquate Beachtung des Problems sowie auch Bestrebungen zur Bewältigung. Hierzu müssen alle relevanten Personengruppen wie Gefangene, Bedienstete, Fachdienste, LeiterInnen, externe HelferInnen und MedizinerInnen miteinbezogen werden (vgl. Stöver 2000, S. 45). „Those at risk are not only prisoners using drugs but also their fellow inmates, members of the prison staff and all members of the public who come into close contact with infected individuals following their release“ (Spirig 2002, S. 26). Zu bedenken ist, dass, auch wenn das Risiko der Übertragung von diversen Infektionskrankheiten im Strafvollzug erheblich erhöht ist, diese Menschen den Strafvollzug wieder verlassen und in die Gesamtbevölkerung und vor allem in ihre Familien zurückkehren. So können sich diese Krankheiten auch weiter in der Gesellschaft vermehrt verbreiten. Mittels needle-sharing und ungeschütztem Sexualverkehr werden nicht nur die bereits erwähnten Infekte übertragen, sondern auch Tuberkulose und andere sexuell übertragbare Krankheiten (vgl. Eder 2012, S. 34).

„Aufgrund des engen Zusammenlebens einer größeren Zahl von Menschen auf eng umschlossenen Raum gewinnt der Gesundheitsschutz für die Gefangenen an enormer Bedeutung: Die Unausweichlichkeit begrenzt die Schutzmaßnahmen und fördert damit in gewissem Maße die Verbreitung bestimmter Krankheiten (v. a. Infektionen)“ (Stöver 2000, S. 53).

In Haft leben viele Menschen auf engem Raum zusammen. Deswegen ist es besonders wichtig, prophylaktisch hinsichtlich unterschiedlicher Infektionen zu arbeiten, um den Schutz der Gesundheit der InsassInnen zu gewährleisten. In dieser Institution kann den Infektionen kaum ausgewichen werden, was den Schutz minimiert und die Ausbreitung diverser Krankheiten erhöht. Besonders für drogenabhängige Gefangene gibt es nicht die gleichen Möglichkeiten zum Schutz, wie er in Freiheit zugänglich ist. Die DrogenkonsumentInnen können in Freiheit auf sterile Spritzen in Apotheken und in einigen Beratungsstellen zurückgreifen. Dies ist im Vollzug nicht möglich, denn hier begegnet man dieser Thematik mit der Einstellung zur Abstinenz. Dies ist jedoch nur ein Appell an die drogenabhängigen InsassInnen, welcher jegliche Realität vieler drogensüchtiger Gefangener verschleiert und ignoriert (vgl. Stöver 2009, S. 385). Damit Drogenabhängige vollständig behandelt und versorgt werden können, muss mehr geleistet werden als die Verabreichung eines Medikaments. Man muss über die Ressourcen, *Defizite* und die Gewohnheiten der Person Bescheid wissen, um die Behandlung mit Medikamenten so

zu planen, dass sie machbar ist. Es muss auch die Therapie auf die individuellen Bedingungen zugeschnitten werden (vgl. Bader/Heckmann 2005, S. 321).

Doch nicht nur HIV/AIDS stellt ein großes gesundheitliches Problem für den Strafvollzug dar:

“Hepatitis B and C pose an even greater problem than HIV-infections to drug using inmates. Due to the high turn over rates, screening and vaccination for hepatitis B often remain incomplete. In the community, the number of hepatitis infections among injecting drug users has risen considerably, despite the provision of infection-preventive aids. This is due In [sic!] part to the fact that hepatitis viruses are much more resistant to environmental influence and thus are much more easily communicable than, for instance, the HIV-virus [sic!]” (Stöver 2002, S. 42 f.).

Besonders Hepatitis, sowohl B und C, verbreiten sich sehr schnell im Vollzug. Doch wird weder auf HIV, noch auf diese Infektionskrankheit ausreichend Acht genommen.

#### 2.7.2.5. Todesfälle in und nach der Haft

Viele Studien auf internationaler Ebene zeigen, dass die Selbstmordraten im Vollzug höher liegen als jene in der Gesamtpopulation. Für den Bereich der Justiz kann vermerkt werden, dass Suizide unter Untersuchungshäftlingen und Untergebrachten höher sind als bei Strafgefangenen (vgl. Bundesministerium für Justiz 2012b, S. 125). “The high rate of infection among imprisoned injecting drug users has a longterm effect on drug-related death rates” (Stöver 2002, S. 39). Für den Vollzug gelten die gleichen Prinzipien wie jene in Freiheit: vorerst geht es darum, das Überleben von Drogenabhängigen sicherzustellen. Besonders der Drogentod stellt ein großes Risiko aufgrund illegalen Konsums von Substanzen, deren Reinheitsgehalt nicht berechenbar ist, welcher besonders im Vollzug gegeben ist. Doch nicht nur die Substanzstreckung, auch die Toleranzbildung wegen eines unregelmäßigen Konsums und die allgemein schlechte gesundheitliche Verfassung sind tödliche Faktoren. So stellt die Situation in der Haft und kurz danach das größte Risiko für einen Drogentod dar. Die DrogenkonsumentInnen müssen auf dieses Risiko nicht nur aufmerksam gemacht werden, sondern auch auf ihre Haftentlassung vorbereitet werden. Besonders bei Entlassung besteht ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, da die Toleranz wesentlich geringer ist und nur mangelhafte Informatio-

nen über die allgemeinen Reinheitsgehalte am *freien Markt* existieren (vgl. Stöver 2000, S. 346).

„Kriminalpolizeiliche Daten und Daten aus Drogenkonsumräumen zeigen deutlich, dass Drogengebraucher [sic!] nach Haftentlassung besonders gefährdet sind, an einer Überdosis zu sterben. Die WHO geht von einem mehr als 100fach erhöhten Sterberisiko für drogenabhängige, rückfällige gewordene Haftentlassene in den ersten Wochen nach Haftentlassung aus. Diese Sterbefälle kommen durch unbeabsichtigte Überdosierungen zustande – tödliche Unfälle, die vermeidbar sind“ (akzept e.V. 2010, o.S.).

Die Zahl der Todesfälle nach der Haft ist groß. Das Verschulden kann hier jedoch nicht nur der Entlassung und den Bedingungen während der Haft zugeschrieben werden. Es sind einige weitere Faktoren für die vielen Todesfälle nach der Entlassung verantwortlich: Es spielt eine Rolle, wie lange die Person im Gefängnis war und für welche Zeit er/sie Drogen im Gefängnis konsumiert hat. Des Weiteren hängt es auch davon ab, welche Risikobereitschaft die Person in Bezug auf den Konsum besitzt. Auch die gesamte *Kriminalitätskarriere* und der physische und psychische Zustand beeinflussen das Sterberisiko nach einer Entlassung (vgl. Stöver 2002, S. 37 f.). Es kann also nicht pauschal für alle drogenabhängigen InsassInnen von einem erhöhten Todesrisiko nach der Haft ausgegangen werden. Die InsassInnen und ihre allgemeine Verfassung werden jedoch vor allem auch von der sozialen Stellung im Gefängnis beeinflusst. Innerhalb der Institution gibt es klare Regeln, Normen und Hierarchien.

### 2.7.3. *Soziale Stellung im Strafvollzug*

„Durch Stärke, Einfluss und Prestige in der Gefängnissubkultur, durch die Art der Straftat sowie den Grad der Hafterfahrung (bspw. Länge der Haftstrafen, gesamte Hafterfahrung, Seniorität) bildet sich die jeweilige Position innerhalb der Hierarchie heraus. Bedeutend sind gleichermaßen soziale und interkulturelle Kompetenzen, fundiertes Wissen bezüglich rechtlicher Belange sowie die Möglichkeit, an verbotene Waren zu gelangen und relevante Verbindungen zu hochpositionierten Mitgefangenen vorzuweisen. Ausschlaggebend für die Stellung in der Hierarchie sind ebenso diverse Mittel von Gewalt, welche bei den Inhaftierten Angst auslösen können“ (Eder 2012, S. 88 f.).

Neue InsassInnen müssen sich innerhalb der Hierarchie im Gefängnis einiges gefallen lassen. Diese werden oft Opfer von Misshandlungen und Gewalttaten. Sie müssen sich erst *behaupten*. InsassInnen die jedoch generell schwächer sind als die anderen, sind leichte Opfer. Stärke wird im Gefängnis oft durch Gewalt und speziell oft durch sexuelle Gewalt bewiesen bzw. aufgezeigt. Grundsätzlich finden sich in der Gefängniskultur unterschiedliche Gruppen mit ihrer jeweiligen Rangordnung. Innerhalb der Gruppe wird die Hierarchie von politischer Einstellung (rechtsradikale Gruppen sind hier vor allem oben angesiedelt) und von der ethnischen Zugehörigkeit bestimmt. Zwischen den Gruppen gibt es immer wieder Konflikte bezüglich ihrer Stellung (vgl. Eder 2012, S. 89).

„Die Zugehörigkeit und die Beziehung zur Gefängnissubkultur sind für die Inhaftierten essenziell. Sie geben Identität und Unterstützung, ersetzen manchmal auch familiäre Geborgenheit, vermitteln Regeln für haftinternes Verhalten und bieten in gewisser Weise einen Schutz unter den schwierigen, meist als gefährlich wahrgenommenen Vollzugsbedingungen“ (Eder 2012, S. 90).

Der Alltag im Gefängnis hat sowohl offene als auch verdeckte Realitäten, sowie Subkulturbildungen unter den InsassInnen. Damit ist gemeint, dass zum Beispiel der Konsum von illegalen Drogen stattfindet, dies jedoch geheim gehalten wird. Die Angebote zu diversen Hilfen unterliegen zugleich immer auch dem Kontrollaspekt. Wiederum kann dies an Drogenkonsum veranschaulicht werden: gibt es Hilfen, so werden Kontrollen durchgeführt wie z.B. Urinkontrollen um die Abstinenz zu garantieren. Dadurch bildet sich Misstrauen und Scheinanpassung von Seiten der InsassInnen (vgl. Stöver 2000, S. 322). „Die Erfahrung mit Stigmatisierung und Diskriminierung werden in die eigene Identität integriert und führen zu der Ansicht, dass sie gerade jetzt, in Anbetracht der Hafterfahrung und Drogenabhängigkeit, keinerlei Zukunftsaussichten mehr haben“ (Eder 2012, S. 120). Auch jene Personen, die willig sind, während der Haftzeit eine Abstinenzphase freiwillig einzulegen, können der Subkultur des Drogenkonsums nicht ausweichen. Die InsassInnenstruktur, welche durch Macht und Hierarchie geprägt ist, bietet nicht gerade das Milieu, welches zu einer Verhaltensänderung notwendig wäre. Die Dauer der Haft sowie die beschriebene Unselbstständigkeit sind eher für ein Suchtverhalten förderlich. Es führt eher zu einer Anpassung als den Ausbruch aus den gewohnten Konsummustern (vgl. Stöver 2000, S. 58 f.).

Die Stigmatisierung durch den Freiheitsentzug ist generell sehr belastend für die Betroffenen. Noch schlimmer trifft es jene Personen, die mit der Doppelstigmatisierung

von *kriminell* und/oder *krank/abhängig* leben müssen. Dies führt zu Rollenkonflikten sowie auch zu Unsicherheiten im Verhalten für die InsassInnen selbst und aber auch für das Justizpersonal sowie für den Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin (vgl. Stöver 2000, S. 51).

#### 2.7.4. *Auswirkungen des Stigmas drogenabhängig auf die Haftsituation*

„Die Behandlung Drogenabhängiger im Gefängnis wird im Gegensatz zu außerhalb kontrovers diskutiert, auch deswegen, weil Drogenabhängige außerhalb des Gefängnisses als Patienten gesehen werden, innerhalb des Gefängnisses jedoch primär als Straftatengefangene“ (Spirig/Gegenhuber 2010, S. 27). Aus diesem Grund hat der Drogengebrauch unter den KonsumentInnen im Vollzug eine sehr verbindende Wirkung. Die räumliche Nähe und die gleichen Lebensbedingungen im Vollzug sind selbstverständlich Momente, wodurch Solidarität entsteht (vgl. Stöver 2000, S. 384):

„Die gemeinsame Erfahrung von verlorener Freiheit mit verständlicher Wut, Verzweiflung, Trauer, Enttäuschung solidarisiert. Oft wird bereits schon im Vorfeld der Inhaftierung die Behandlung durch Polizisten, Staatsanwalt, Richter und Öffentlichkeit als ungerecht, erniedrigend, bedrückend empfunden“ (Stöver 2000, S. 384).

Wird der Drogenkonsum im Strafvollzug rein zur Bekämpfung gesehen und verstärkt Kontrollen durchgeführt, so hat dies unterschiedliche Auswirkungen: Die KonsumentInnen werden so schnell zum Sündenbock in der Haft. Sie bekommen dadurch die Schuld auferlegt, dass durch ihre Abhängigkeit der Vollzug wieder verstärkt nur zu einer Anstalt der Verwahrung wird. Dies wirkt sich unterschiedlich aus. Die Drogenabhängigen sind wie erwähnt grundsätzlich auf der untersten Stufe der InsassInnenhierarchie angesiedelt. Durch ein härteres Durchgreifen werden sie für alle Verschlechterungen zur Verantwortung gezogen. Aggressionen werden dann vor allem gegen sie gerichtet. Für den Strafvollzug hat die Entwicklung vermehrter drogenabhängiger InsassInnen auch einen Vorteil. Sie können durch dieses Problem von sämtlich anderen ablenken und finden so auch ein Argument, warum Reformen nicht durchsetzbar sind. Weiteres kommt es auch zu der Forderung, den Strafvollzug im Sinne einer *Zweiklassengesellschaft* zu differenzieren, für jene die eine Besserung anstreben und für jene, die dies

nicht zu ihrem Ziel machen. Besorgniserregend hierbei ist, dass die letztere Gruppe keine Maßnahmen zur Resozialisierung in Anspruch nehmen können sollen (vgl. Stöver 2000, S. 40).

„Einerseits ist die Suchtmittelabhängigkeit bei Häftlingen ein eindeutiger Ausschlussgrund für die Gewährung von Vollzugslockerungen. Andererseits wäre ausgerechnet bei dieser Zielgruppe ein dringender Bedarf einer adäquaten Entlassungsvorbereitung vorhanden, zu der neben der Einzelfallarbeit v.a. Lockerungsmaßnahmen gehören, um den Betroffenen Erprobungsmöglichkeiten in Freiheit zu bieten“ (Eder 2012, S. 130).

Der Grund für diverse Restriktionen und Verbote für drogenabhängige InsassInnen ist, dass das Gefängnis die Angst in sich trägt, die Häftlinge könnten jegliche Lockerungen missbrauchen. Drogenabhängige haben den Status einer wenig vertrauenswürdigen Person (vgl. Eder 2012, S. 91).

Im Gefängnis werden unter anderem Kontrollen des Urins entnommen. Dies kann aus medizinischen oder aus vollzuglichen Gründen geschehen. Da im Vollzug immer mehr die Drogenproblematik zum Thema geworden ist, finden Urinkontrollen meist aus vollzuglichen Interessen statt, da so eventuelle Drogenrückstände nachgewiesen werden können. Wird dies zur Realität, so werden demjenigen Häftling gewisse Sanktionen erteilt (keine Vollzugslockerung, Arrest, persönliches Gespräch, u.a.). Werden die Kontrollen aus medizinischem Interesse durchgeführt, so geht es entweder um das Kontrollieren von einem Beigebrauch bei substituierten InsassInnen oder um rein diagnostische Kontrollen wie Urinstatus, HCG-Test, etc. Um das Vertrauensverhältnis zwischen PatientInnen und ÄrztInnen aufrecht zu erhalten, ist es von Bedeutung, dass die ÄrztInnen sich an gewisse Richtlinien halten: Rein diagnostische Urinproben dürfen nie für Drogenscreenings herangezogen werden, vollzuglich durchgeführte Urinkontrollen müssen bei Wunsch dem Arzt/der Ärztin gezeigt werden und dürfen dem Vollzug die Ergebnisse der medizinischen Kontrollen bei SubstitutionspatientInnen nicht mitgeteilt werden (vgl. Stöver 2000, S. 118 ff.).

„Betrachtet man persönliche Notlagen, soziale Benachteiligung, und mangelnde Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als wesentliche Merkmale der Gruppe von Straffälligen, mit denen das Hilfesystem konfrontiert ist, so ist nicht zu erwarten, dass diese Probleme durch eine verstärkte Kontrolle oder gar Sanktionierung gelöst werden“ (Kawamura-Reindl 2009, S. 215).

Kritik herrscht jedoch bezüglich der Urinkontrollen darin, dass diese dazu dienen, um den Fortschritt der Resozialisierung zu kontrollieren. Resozialisierung umfasst jedoch größere Lebensbereiche, als die Messlatte nur am Drogenkonsum festzumachen. Erfolge in diesem Rahmen sind auf mehreren Ebenen zu betrachten wie zum Beispiel auch an der Arbeitsleistung. Außerdem wird die Abhängigkeit mit diesem Hintergrund nicht in ihrer Prozesshaftigkeit verstanden, wo Rückfälle als auch Fortschritte hinzuzählen. Besonders zu bedenken ist, dass die Urinabgaben oft gefälscht an die JustizwachebeamtenInnen übergeben werden. Der Urin besitzt im Gefängnis sogar einen eigenen Marktwert. Eine Fälschung ist dann leicht zu organisieren, wenn die Kontrollen für die InsassenInnen berechenbar werden. Durch diese Kontrollen hat sich jedoch ein weiteres Phänomen im Gefängnis ergeben. Drogenabhängige sind, um nicht von einer positiven Urinkontrolle betroffen zu sein, oft auf andere illegale Substanzen als ihrer *Ursprungsdroge* umgestiegen. So haben zum Beispiel vorherige CannabiskonsumentInnen vorwiegend Heroin zu konsumieren begonnen, da jener nur eine kürzere Nachweiszeit im Urin besitzt als Cannabis. Ob Kontrollen zu einer abstinenten Haltung beitragen, ist eher kritisch zu betrachten (vgl. Stöver 2000, S. 118 ff.). Wird im österreichischen Vollzug der Drogenkonsum direkt im Sinne von einem Fund von illegalen Drogen nachgewiesen, folgen Anzeige und Vermerk in der Personalakte. Ein rein positiver Harnstest führt nicht zu einer Anzeige. Der Konsum jedoch wird wie bereits erwähnt auch in österreichischen Justizvollzugsanstalten mit diversen Sanktionen bestraft (keine Vollzugslockerung) (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. 78).

“The legitimate question of the effectiveness of therapeutic measures, which is asked more frequently at times when resources are scarce, must also be raised in respect of all control measures. Having more guard dogs and cameras will exacerbate rather than solve the drugs problem” (Spirig 2002, S. 27).

Drogenkonsum im Vollzug kann nicht alleine durch Kontrollen verringert werden, es wird eher dadurch vermehrt oder in viel riskanterer Form konsumiert. Doch nicht nur illegale Drogen gehören zum alltäglichen Geschehen im Gefängnisystem, sondern auch sexuelle Bedürfnisse.

### 2.7.5. *Sexualkontakte in Haft*

„Die Tatsache, dass die meisten Häftlinge von ihren bevorzugten Sexualkontakten abweichen müssen („Knastschwul“), bedingt häufig ein innerliches als auch zwischenmenschliches Spannungsverhältnis. Der Männerstrafvollzug ist stark geprägt von Männlichkeitsidealen sowie deren Werte und Normen. Homosexualität wird so oft als Schwäche und als ‚nicht männlich‘ angesehen. Inhaftierte, die Homosexualität ausleben, würdigen sich aufgrund dessen selber herab bzw. den Partner und gelangen in einen Identitätskonflikt hinsichtlich ihrer Rolle als Mann“ (Eder 2012, S. 104).

Die sexuellen Bedürfnisse in der Haft verändern sich. Meist findet eine Entfremdung statt, was sich vor allem durch die Objektivierung des menschlichen Körpers und durch sehr sexual orientierte Themen in Gesprächen untereinander zeigt. Aufgrund der Entfremdung und der Objektivierung werden die eigenen Bedürfnisse unterdrückt. So kann aber weder zugegeben werden, dass auch sie nur Nähe und Befriedigung brauchen. Im Vollzug gibt es nur eingeschränkte Möglichkeiten sich die Befriedigung zu holen die man benötigt und das meist über gezwungene Anpassung an das Milieu. Dies wird besonders im Männervollzug deutlich. So kommen Aggressionen, Spannungen und sexualisierte Gewaltgedanken auf. Da Sexualität im Gefängnis ebenso ein Tabuthema wie der Drogenkonsum ist, wird auch auf diese Probleme nicht eingegangen. Vor allem diese gesellschaftlich anerkannte Normalität von heterosexuellen Beziehungen kann im Vollzug nicht nachgekommen werden. Oft ist auch Homophobie mit im Spiel. Durch die Rahmenbedingungen im Vollzug entstehen jedoch aufgrund der Notlage homosexuelle Kontakte, wodurch diese den Status der Normalität unter den Häftlingen erlangen. Sexualität entwickelt sich jedoch in einem Feld, das nicht einsichtig ist. So kommt es oft zu Prostitution und Gewaltanwendung vor allem im Bereich der Drogenbeschaffung und der Machtdemonstration. Diese Phänomene werden jedoch weder anerkannt, noch vermindert. Besonders kommt auch die Infektionsprophylaxe im homosexuellen Verkehr zu tragen. Vor allem männliche Homosexualität ist nach dem Forschungsstand von einem größeren Risiko betroffen, als es bei Frauen der Fall ist. Angebotene Kondome werden oft wegen der verleugneten Realität der Homosexualität nicht in Anspruch genommen bzw. wird der Bedarf dem Personal nicht bekannt gegeben (vgl. Jacob/Stöver 1998, S. 17).

Zu den gesundheitlichen, konsumspezifischen und sozialen Problematiken drogenabhängiger Häftlinge kommen noch weitere Risiken während des Freiheitsentzuges hinzu.

#### 2.7.6. *Weitere Risiken in Haft*

Im Vollzug kommen für drogengebrauchende Inhaftierte weitere Belastungen hinzu: Unterforderung, Reizarmut, zu wenig Bewegung, etc. Gefängnisse werden eher zu einer psychischen Belastung. Dies führt zu Unselbstständigkeit, Depression, passivem Verhalten und Interessenlosigkeit. Die Inhaftierten werden durch die monotone Tagesgestaltung und Fremdbestimmung ihres Lebens antriebslos. Diese Menschen konzentrieren sich dann oft noch verstärkt auf die Signale ihres Körpers und entwickeln Ängste, nicht schnell genug und angemessen behandelt zu werden. Die Ressourcen, die diese Menschen haben oder aufbauen hätten können, werden durch diese Rahmenbedingungen stark reduziert. Es kommt eher dazu, dass drogenabhängige Inhaftierte unter diesen Umständen vermehrt psychosomatische Symptome entwickeln. Drogenabhängige werden jedoch in Haft mehrfachen Bedingungen ausgesetzt, die zusätzliche Risiken darstellen: die Gefangenepopulation mit diversen Krankheitsbildern durch vorherige schlechte soziale Bedingungen (Obdachlosigkeit, Sucht, u.a.), Ernährung im Gefängnis, Gewalt und Drohungen, Überbelegung, Schmutz, Aggressionen und der Verlust der eigenen Privat- und Intimsphäre. So ist es nicht verwunderlich, dass es um die seelische Gesundheit Inhaftierter schlechter gestellt ist, als um jene der Allgemeinbevölkerung. Die Probleme der DrogengebraucherInnen bestanden oft zwar schon vor dem Haftantritt, doch können diese in der Haft nicht richtig behandelt werden und drohen sich zu verschlimmern.

Manchen Gefangenen bietet das Gefängnis jedoch Bedingungen, die sie davor nicht kannten. Diese subtilen Dinge wie regelmäßige Mahlzeiten, Hygiene, u.a. waren davor für einige Personen nicht selbstverständlich. Auch werden viele Krankheiten erst im Vollzug diagnostiziert. Gerade bei DrogenkonsumentInnen treten Infektionskrankheiten und ein schlechter Allgemeinzustand sehr häufig auf (vgl. Stöver 2009, S. 376 f.). Personen, welche von Drogen abhängig sind, entwickeln mit der Zeit ein geringeres Schmerzempfinden. Meist weisen diese Personen auch nur mangelnde Mundhygiene

auf. Im Vollzug kommt es aufgrund der Unterversorgung mit Suchtmitteln zu einer Normalisierung des Empfindens. So kommt es oft dazu, dass diese Inhaftierten eine Zahnbehandlung wünschen. Hierbei handelt es sich jedoch um mehr als um eine medizinische Behandlung, denn auch die Reintegration wird gefördert. Das körperliche Erscheinungsbild und das Sprachverhalten (lispeln) wird positiv verändert (vgl. Eder 2012, S. 179 f.). Gerade drogenkonsumierende Häftlinge sind einem besonderen Problem ausgesetzt: Sie leiden häufig unter Doppeldiagnosen. Deswegen wird eine psychische Krankheit bei diesen Personen nur sehr selten erkannt. Oft werden die gezeigten Symptome auf die Sucht zurückgeführt. InsassInnen mit psychischer Erkrankung müssen den gleichen Zugang zu therapeutischen Betreuung und Behandlung haben, wie es in Freiheit gewährleistet wird (vgl. Eder 2012, S. 176 f.).

Im Gefängnis sind jedoch nicht nur das sexuelle Leben und der Drogenkonsum für Schäden und Risiken verantwortlich. Auch das Tätowieren und Piercen stellen große Gefahrenquellen zur Übertragung diverser Infektionskrankheiten und Krankheiten generell dar (vgl. Eder 2012, S. 107).

Auf all diese Umstände, Gegebenheiten und Probleme muss der Vollzug reagieren. Dies tut er auf unterschiedliche Art.

### *2.7.7. Hilfen während der Haft*

„Während außerhalb des Vollzugs die Repression gegenüber DrogenkonsumentInnen in der Regel nicht ohne kompensierende Hilfsmaßnahmen durchgesetzt wird, wie etwa Angebote der gesundheitlichen Verbesserung und sozialen Stabilisierung durch Methadon- und Spritzenvergabe, Kontaktläden, Notschlafstellen, ‚Gesundheitsräume‘, fehlen diese auf Schadensminimierung ausgerichteten Hilfsangebote im Vollzug fast völlig. Hier dominieren noch immer maximalistische Forderungen nach Drogenfreiheit gemäß dem Motto, daß [sic!] nicht sein kann, was nicht sein darf“ (Stöver 2000, S. 41).

Das oberste Ziel für Hilfen hinsichtlich drogenabhängiger InsassInnen ist ein abstinentes Leben. Für diese Art werden diverse Unterstützungsleistungen zur Verfügung gestellt. Dies sind zum Beispiel die drogenfreien Zonen in den Gefängnissen. Diese wurden in Österreich erstmals 1997 als Projekt eingeführt. Das erste Pilotprojekt fand in der

Justizanstalt Hirtenberg mit insgesamt 20 freiwilligen InsassInnen statt (vgl. Neider 2008, S. 217).

“These drug-free units include a variety of treatment measures such as Therapeutic communities units, methadone maintenance, motivation to treatment, drop in and drop out. The main policy is to provide drug addicts with similar conditions to those outside the prison” (Stöver 2002, S. 82).

Die abstinenzorientierte Behandlung erfolgt im Entzug oft radikal ohne medikamentöse Hilfe. In dieser schwierigen Phase werden Inhaftierte mit ihren Entzugssymptomen sich selbst überlassen und nicht oder nur ungenügend behandelt. Es kommt jedoch auch vor, dass die Probleme des Entzugs vom Personal nicht erkannt werden, da der Inhaftierte aus Angst vor Stigmatisierung seine Abhängigkeit verheimlicht. Werden Medikamente zur Unterstützung des schleichenden Entzugs verabreicht (wie z. B. Methadon), werden die Dosierungen oft nicht auf den individuellen Bedarf abgestimmt oder auch oft zu schnell heruntergeschraubt (vgl. Stöver 2009, S. 381). Wird die Dosis des Suchtmittels verringert oder überhaupt der Konsum abgesetzt, so kann es nach einem vorherigen gewohnten Konsum zu physischen und psychischen Entzugserscheinungen kommen. Diese können sogar lebensbedrohlich sein (vgl. Eder 2012, S. 24).

In der praktischen Behandlung wurde der von den KonsumentInnen gefürchtete kalte Entzug eigentlich aus dem Methodenrepertoire gestrichen. Der Entzug wird mit einer unterstützenden Medikamententherapie begleitet, wodurch es möglich wird, sich mit den psychosozialen Hintergründen der Sucht zu beschäftigen. Der Vollzug begegnet dem Entzugsproblem zu Beginn oft auch dadurch, dass medizinische Beruhigungsmittel verabreicht werden, welche jedoch für die meisten Entzugssymptome keinerlei Wirkung zeigen. Waren die Drogenabhängigen außerhalb in einem Substitutionsprogramm, so wird dieses im Vollzug oftmals zu schnell herunterdosiert. Es bedarf einer besseren Ausbildung bzw. Fortbildung der Beschäftigten, um den Entzug auch bedarfsgerecht zu gestalten. Hierbei sollen vor allem die externen Fachkräfte einbezogen werden, um diverse Hilfsangebote für die Gefangenen bereitzustellen (vgl. Stöver 2000, S. 370 f.). In den Vollzugsanstalten gibt es diverse Wege, wie Drogensüchtige in der Haft mit externen Beratungsstellen arbeiten können. Die Anmeldung zu einer Beratung und/oder Betreuung kann entweder über das Gefängnis mittels Antragsformular oder durch eine persönliche Kontaktierung erfolgen. Kommt es zu einer Beratung, so ist oft nicht der

geeignete Raum vorhanden, wo über persönliche Angelegenheiten ohne Anwesenheit der Justizwache gesprochen werden kann. Hinzu kommt, dass wenn eine Beratung in Anspruch genommen werden möchte, dies schwer bis gar nicht geheim zu halten ist. Dadurch ergibt sich, dass viele Inhaftierte diese nicht in Anspruch nehmen, um einer weiteren Stigmatisierung aufgrund diverser Probleme (HIV, u.a.) zu entgehen. Hilfen werden dann erst nach der Haftentlassung oder überhaupt nicht angenommen. Der Berater/Die Beraterin müssen in diesem Setting authentisch sein und sich den jeweiligen Problemen akzeptierend zuwenden. Die KlientInnen sind jeweils als autonome Personen zu betrachten. Es geht darum sie zu aktivieren ohne dabei jedoch ihre Ressourcen zu überfordern. Um Vertrauen aufzubauen sind nicht nur die Anonymität, sondern auch die Schweigepflicht und die haftinterne Stellung der BetreuerInnen von großer Bedeutung. Der Unterschied zur Stellung des Sozialen Dienstes liegt darin, dass dieser sehr wohl über die Eignung zur Lockerung der Haftbedingungen oder auch bezüglich einer verfrühten Haftentlassung Einfluss besitzt. Externe BeraterInnen können dies nicht. So wird mit jenen eher über Probleme gesprochen, da die InsassInnen keine Sanktionen im Haftalltag erwarten müssen. Der Nachteil jedoch ist eben genau in dieser Entscheidungssohnmacht gegeben. Einerseits ist dies für die InsassInnen bezüglich der Vertraulichkeit gut, andererseits sind diese jedoch oft von ihrem/r Berater/in enttäuscht, da ihre Erwartungen vielleicht genau in diesem Bereich lagen, so aber nicht beeinflusst werden können. Den externen Beratungsstellen ist es dennoch möglich, eine fachliche Einschätzung abzugeben, wodurch dann eventuelle Begünstigungen für die InsassInnen entstehen können. Ein weiteres schwieriges Unterfangen in der Arbeit als externe/r MitarbeiterIn stellt die Schweigepflicht dar. Gerade im Rahmen der Haftentlassenvorbereitung ist die Zusammenarbeit mit den anderen Bereichen des Gefängnisses (Medizin, Sozialer Dienst, PsychologInnen) relevant. Besteht der/die Insasse/in jedoch darauf, die Schweigepflicht auch in diesem Rahmen nicht zu unterbrechen und nicht mit diesen Bereichen zu kooperieren, kann der externe Dienst nichts unternehmen und muss den Wünschen des/der Insassen/Insassin Folge leisten. Themen in der Beratung sind oft der Alltag im Vollzug sowie die Haftbedingungen, rechtliche Angelegenheiten und auch gesundheitliche Probleme. Des Weiteren wird hinsichtlich der Drogenabhängigen in der Beratung über die Suchtdynamik gesprochen, es werden die Ressourcen zum Vorschein geholt und versucht eine Motivation zu einer Behandlung aufzubauen. Man ist bestrebt, mit

den KlientInnen an ihrer Zukunft zu arbeiten und realistische Wege aufzuzeigen. Vor allem zeigt der externe Beratungsdienst auf, welche Maßnahmen nach der Haft zur Unterstützung herangezogen werden können. Je nach Motivation und Möglichkeit soll eine Therapie angedacht werden. Hier geht es um Vermittlung und Vorbereitung. Damit eine Beratung auch zielführend gelingen kann, ist es wichtig, die derzeitige Lebenslage genau zu kennen. Weiteres soll auch das soziale Umfeld und die derzeitige ökonomische Situation, sowie die Straftaten bearbeitet werden. Drogenabhängigen InsassInnen soll über den Weg der Beratung erklärt werden, wie sie sich trotz nicht vorhandenem sauberen Spritzbesteck vor Infektionskrankheiten schützen können, wie zum Beispiel durch Auskochen oder Desinfektion (vgl. Eder 2012, S. 113 ff.). Die Häufigkeit der Beratungsgespräche, die Themen, die Intensität ist je nach den persönlichen Bedürfnissen der KlientInnen unterschiedlich angelegt. Externe Beratung kann vor allem unmittelbar Hilfe leisten, sei es bei Konflikten auf sozialer Ebene oder bei Notsituationen generell. Notsituationen können Krisen der DrogengebraucherInnen sein, in welchen sie eventuell Suizidgedanken äußern. Ist Letzteres der Fall und es besteht eine akute Gefährdung, so ist der/die BeraterIn von ihrer Schweigepflicht entbunden. Dadurch kann der/die StraftäterIn vermehrt überwacht werden, um einen Suizid präventiv zu verhindern. Eine Einschätzung wie akut die Situation ist, kann nur schwer gegeben werden. Besonders Drogenabhängige sind im Vollzug dem Risiko der Überdosis dauerhaft ausgesetzt (vgl. Eder 2012, S. 126 f.).

Um den Äquivalenzprinzip nachzukommen, muss die Drogenarbeit im Gefängnis auch mit jener außerhalb verknüpft werden. Diese Vernetzung wird von den meisten DrogenkonsumentInnen als sehr positiv empfunden. Dies kann dazu führen, dass vor allem die Widerrufsquoten der Bewährungsaufsichten zurückgehen. Der Sonderstatus der intramuralen Drogenarbeit kann nur durch diese Vernetzung mit externen Fachkräften überwunden werden. Dazu müssen alle Beteiligten jedoch bereit sein, was nicht selbstverständlich ist. Beide Seiten, sowohl die Drogenarbeit draußen, als auch der Vollzug, sind an einer Abgrenzung beteiligt. Schuld daran ist oft das Unwissen über die Arbeit der *Anderen*. So entsteht gegenseitiges Misstrauen. Beide Seiten müssen in ihrer Arbeitsweise flexibler werden, um den Profit der Kooperation zu bemerken. Vordergründig geht es jedoch um die adäquate Betreuung der Drogenabhängigen im Vollzug. Diesen sollte sowohl der Zugang zu Angeboten außerhalb des Gefängnisses, wie auch in-

nerhalb ermöglicht sein. Das wären die optimalen Felder zur Erprobung der Eigenverantwortlichkeit dieser Gruppe von InsassInnen. Hier müssen Vollzugslockerungen gewährt werden. Durch diese werden Gefangene oft erst mit ihrem problematischen Drogenkonsum konfrontiert. Das kann so in einer konstruktiven Art und Weise genutzt werden (vgl. Stöver 2000, S. 335 ff.).

Die Regelung der Gesundheit in Haft ist in Österreich durch das Strafvollzugsgesetz, das Suchtmittelgesetz, in diversen Erlässen und in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (EPR) geregelt. Die GefängnisinsassInnen sind nicht krankenversichert. Finanziert wird die Gesundheitsversorgung durch die öffentliche Hand. Nach den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen muss die Versorgung der Gesundheit nach dem Äquivalenz- und Gleichhandlungsprinzip erfolgen. Dies bedeutet, dass es eine Angleichung an die Maßstäbe der Freiheit geben muss. So werden z.B. auch Substitutionsbehandlungen in Haft weitergeführt. Kommen neue InsassInnen in das Gefängnis, wird der Chefarzt/die Chefarztin verbindlich zur Untersuchung herangezogen. Ob und wie Substitutionsmedikamente verschrieben werden, ist abhängig von der jeweiligen Vollzugsanstalt. Diese wird von den jeweiligen tätigen ÄrztInnen beeinflusst. GefängnisinsassInnen, welche eine Substitution erhalten, zeigen oft auch psychische Verhaltensstörungen durch Opiate oder multipler Substanzgebräuche und Konsum von psychotropen Substanzen. Die betroffenen GefängnisinsassInnen bekommen ein Angebot zur Betreuung, Beratung und zur Behandlung je nach Bedarf (vgl. Bundesministerium für Justiz 2012a, S. 31). Die meist eingesetzten Substitute sind der Reihenfolge nach Methadon, Substitol und weitere retardierte Morphine. Die Vollzugsanstalten bemühen sich, auch den Übergang in die Freiheit besonders im Bereich der Substitutionsbehandlung mit externen Kooperationen vorzubereiten und zu begleiten (vgl. Bundesministerium für Justiz 2012b, S. 123 f.).

„Zum Stichtag 1. Oktober 2013 standen in beinahe allen Justizanstalten insgesamt 783 Personen in Substitutionsbehandlung, was einem Anteil von rund 9% der InsassInnen entspricht. Nach einem leichten Rückgang seit dem Jahr 2011, blieb die Zahl der substituierten InsassInnen zum Stichtag in den Jahren 2012 und 2013 nahezu unverändert“ (Bundesministerium für Justiz 2013a, S. 120).

Die Möglichkeit zu einer Substitutionsbehandlung ist in allen österreichischen Justizanstalten gegeben. Es ist jedoch festzustellen, dass es massive Ungleichheiten bezüglich der qualitativen Umsetzung gibt. Beanspruchen InsassInnen diese Behandlung, so sind

sie oft mit Stigmatisierungen und Einschränkungen konfrontiert. Sie werden oft von bestimmten Arbeitsformen ausgeschlossen und bekommen meist keine Lockerungen zugesprochen (vgl. Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 112).

„But there is usually a difference in the variety of substances used: inside the prison the variety is often reduced to only one substance (like in Austria: substitute substances available outside, like morphine, buprenorphine and codeine, are not used in prison)” (Stöver 2002, S. 99).

Welche Substitutionsmittel angewandt werden ist von Gefängnis zu Gefängnis unterschiedlich. „Aus wissenschaftlicher Sicht und aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden“ (Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 108 f.).

Die Justizanstalten in Österreich verfolgen jeweils eine andere Art und Weise des Umgangs mit einer Substitutionsbehandlung. Auch der Umgang mit der Feststellung von einem Beikonsum während dieser Behandlung ist nicht einheitlich geregelt. Die Konsequenzen können sein, dass jene InsassInnen, bei welchen Beikonsum festgestellt wurde, ganz von der Substitutionsbehandlung ausgeschlossen werden, dass deren Dosis verringert wird, dass der Konsum weiterer Substanzen strafrechtlich verfolgt wird (Ordnungsstrafe, Anzeige nach dem Suchtmittelgesetz), oder es hat für diese InsassInnen überhaupt keinerlei Konsequenzen. Generell muss erkannt werden, dass die Konsequenzen von Beikonsum immer auf den individuellen Fall angepasst werden müssen. Hier müssen sowohl institutionelle als auch die persönlichen Faktoren mit einbezogen werden. Der Stellenwert des Substitutionsprogramms ist in erster Linie auf die medizinisch-therapeutische Seite angewiesen (vgl. Spirig/Gegenhuber 2010, S. 37).

Die Justizverwaltung wird durch das Strafvollzugsgesetz (StVG) verpflichtet, die körperliche und geistige Gesundheit aller InsassInnen zu erhalten. Diese Bestimmung gilt auch für die Maßnahmen zur Behandlung und Betreuung drogenabhängiger Häftlinge. Durch das StVG können die InsassInnen freiwillig eine Entwöhnungsbehandlung beginnen. Gab es bereits vor Haftantritt Behandlungen für die Drogenabhängigen, so gibt es auf Seiten der Justiz die Bemühungen, diese weiter zu führen. Das Ziel ist eine möglichst lückenlose Betreuung. Die Häftlinge sollen nicht von den Möglichkeiten der öf-

fentlichen gesundheitlichen Prävention und Behandlung ausgeschlossen werden. Das Ziel der Maßnahmen gegen illegalen Drogenkonsum in den Justizanstalten soll grundsätzlich dazu dienen, die Gesundheit zu erhalten. Im Zuge der Zugangsuntersuchung bekommt jeder neue Häftling ein so genanntes *Take-Care-Paket*. Dieses Paket enthält Informationen über Ansteckung gefährlicher Krankheiten, Hygieneartikel und Kondome. Kondome können auch während der Haft anonym beschafft werden. Wird bei der Untersuchung ein Entzugsproblem festgestellt, so wird es zu einer begleitenden ärztlichen Abfederung der Symptome mittels Medikamente oder zu einer Einleitung einer Substitutionstherapie kommen.

In den Justizvollzugsanstalten gibt es grundsätzlich zwei Vorgehensweisen mit abhängigen Häftlingen. Einerseits gibt es das abstinente Behandlungsprogramm, welches in speziellen Vollzugseinrichtungen besteht und andererseits gibt es die Substitutionsbehandlungen. Die Behandlungen mittels eines Substituts werden durch die ÄrztInnen der Anstalt oder von FachärztInnen durchgeführt. Ob ein/e Insasse/in eine Substitutionsbehandlung erhält, liegt nur bei der Entscheidung des Arztes/der Ärztin. Die Länge der Straftat hat hier keinen Einfluss auf eine Bewilligung. Vor allem bekommen InsassInnen die HIV positiv sind oder eine ausgeprägte Opiat-Anamnese zeigen, eine Behandlung. Ab und an wird auch gewissen Häftlingen vor ihrer Entlassung die Substitutionsbehandlung angeboten. Dies soll vor allem die hohe Gefahr der Rückfälligkeit minimieren. Zum Tragen kommt dieses Angebot auch, wenn die InsassInnen bei einem Ausgang rückfällig wurden. Wie bereits erwähnt werden auch abstinente Behandlungen und Therapien zur freien Wahl für die KlientInnen gestellt. Diese werden entweder in Einzel- oder Gruppenbehandlungen angeboten. Dies ist aber auf freiwilliger Basis. Werden Maßnahmen zur Therapie getätigt, so werden diese immer wieder durch Urinkontrollen geprüft (vgl. Bundesministerium für Justiz 2013b, S. 30 f.).

Neben diversen Behandlungs- und Betreuungsangeboten sowie Maßnahmen zur Prävention und der *take-care-box* finden noch zusätzlich Informationsgespräche mit den Häftlingen statt. Diese werden von PsychologInnen, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen durchgeführt (vgl. Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 106). Die Gefängnisse in Österreich bieten drogenabhängigen Häftlingen eine kognitive niederfrequente Verhaltenstherapie an. In dieser sollen sie sich mit ihrer Sucht auseinandersetzen und Res-

sources zur abstinenten Lebensweise sollen gefördert werden. Welche Häftlinge und wie viele diese Maßnahme jedoch in Österreich in Anspruch nehmen, kann nicht mit Daten belegt werden (vgl. Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 107).

Trifft ein/e InsassIn die Entscheidung, sich einer Therapie zu unterziehen, so benötigt er/sie die Hilfe einer Fachkraft. Um eine Therapie bewilligt zu bekommen, bedarf es einiges an Vorbereitung. Hinzu kommt, dass diese erst schriftlich beantragt werden muss. Weiteres müssen Antragsformulare für zuständige Kostenträger ausgefüllt, ein Arztbericht eingeholt und ein Sozialbericht von der externen Beratungsstelle verfasst werden. Der Sozialbericht enthält die derzeitige Lebenslage, alle Grunddaten und den bisherigen Suchtverlauf mit allen Komponenten (Art der Motivation, Suchtmittel, eventuelle Entzugsbehandlungen, etc.) (vgl. Eder 2012, S. 128).

In den österreichischen Justizvollzugsanstalten bemüht man sich, das Angebot zur Prävention, Betreuung und Behandlung von drogenkonsumierenden InsassInnen zu vergrößern. Bisher gibt es in jeweils einzelnen Vollzugsanstalten folgende Angebote:

*Abstinenzorientierung:* Diese kann entweder von Gericht verordnet werden, meist jedoch findet sie freiwillig mittels eines Antrages statt. Dies ist die am meisten angebotene und verwendete Therapie. Hierfür gibt es in einigen Justizanstalten (Wien-Favoriten, Innsbruck, Feldkirch, Stein und Eisenstadt) eigene Einrichtungen. Eine Spezialvollzugsanstalt ist Wien-Favoriten.

*Behandlung mit Substitution:* Diese Art von Therapie muss nach einem Erlass des Bundesministeriums für Justiz in allen Anstalten in ganz Österreich gemacht werden können.

*Drogen-freie Zonen:* Diese Zonen werden in insgesamt fünf Justizanstalten in Österreich angeboten (Hirtenberg, Innsbruck, Sonnberg, Wien-Simmering und Stein). Die Gestaltung der drogenfreien Zonen ist jedoch in jeder Justizanstalt anders. Der Unterschied liegt in dem Konzept und in der Größe. Durch diese Zonen wird das gesamte Umfeld im Vollzug positiver, wozu auch ein weiterer Ausbau dieser geplant wird. Jede/r Insasse/in kann sich freiwillig in diese Zone aufnehmen lassen. Diese ist konstituiert aus einer Mischung von Kontrollen und Vollzugslockerungen.

Präventionsmaßnahmen für Infektionskrankheiten: Diese Maßnahme betrifft vor allem die Infektionen Hepatitis B und C, sowie HIV. Es wurde eine zentrale Stelle für diverse HIV-Materialien in Österreich errichtet, welche die Anstalt Wien-Favoriten übernimmt. Somit bekommt jeder Neuankömmling ein Take-Care-Set. Besonders anzumerken ist der Erlass, dass jedem Häftling anonym Kondome und Desinfektionsmittel zur Verfügung stehen sollen. Diesem Erlass wird jedoch in jeder Justizanstalt auf eigene Art und Weise Rechnung getragen. Auch die Personalausbildung und Schulung in diesem Bereich soll noch weiter ausgebaut werden.

Zusammenfassend wird in ganz Österreich etwas zur Prävention, Behandlung und Betreuung unternommen. Die jeweiligen Maßnahmen gestalten sich jedoch nicht einheitlich für das Land, sondern sind von Justizanstalt zu Justizanstalt unterschiedlich. Hervorzuheben ist, dass die Kooperationen in den diversen Bereichen sehr gut organisiert und gestaltet sind. So wird dem Äquivalenzprinzip nachgekommen (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, S. 81 f.).

In vielen Gefängnissen wird bei Haftantritt eine HIV-Testung durchgeführt. Diese wird zwar nur mit Einwilligung der Häftlinge vorgenommen, doch verweigert sich jemand diesem, so wird er grundsätzlich so behandelt, als hätte er/sie HIV und erfährt dadurch so oder so eine Stigmatisierung. Näher muss jedoch auch gesehen werden, dass dieser Zeitpunkt sehr willkürlich erscheint, wird die Inkubationszeit bedacht. In der Regel werden die Häftlinge also nur zu Beginn getestet, was auch eine Ansteckung im Vollzug ausschließt. Für DrogengebraucherInnen kommt noch ihre eigene Belastung aufgrund der Abhängigkeit hinzu, dass sie zu Haftantritt gerade mit anderen Problemen beschäftigt sind (Entzugssymptome), als sich gründliche Überlegungen hinsichtlich einer Einwilligung zur HIV-Testung machen zu können. Weiteres hat das Wissen über die Infektionskrankheitsverteilung im Vollzug und außerhalb keine Wirkung auf ein bewussteres Verhalten oder gesünderes Leben. Ein positives Ergebnis kann höchstens Depressionen, zusätzliche Belastung und mehr Stigmatisierung mit sich bringen. Der Vollzug ist nicht gerade die beste Umgebung, um mit dem positiven Ergebnis leben zu lernen und damit umzugehen. Es besteht die Annahme, dass diese Testverfahren hauptsächlich nur aus dem Interesse der Vollzugsbediensteten vollzogen werden, als das dadurch die Bedürfnisse der Gefangenen bessere Beachtung und Betreuung erfahren.

Das Wissen, wer infiziert ist und wer nicht, trägt jedoch nicht direkt zu einer Sicherheit für das Personal bei. Die Argumentation, die Kenntnis über die Infektionsverteilung zu besitzen, liege vorrangig darin, um bei Hilfeleistungen etc. besser geschützt zu sein bzw. bessere Vorkehrungen treffen zu können, ist für diese Eingangstestung nicht ausreichend. Generell stellt die Ansteckung mit HIV im normalen Haftalltag kein erhöhtes Risiko dar (vgl. Stöver 2000, S. 134 ff.; vgl. Eder 2012, S. 230).

Bevor die InsassInnen auf die Infektion mit dem HI-Virus getestet werden, sollten sie darauf vorbereitet werden. Es muss das Wissen über Ansteckungswege und die Vorbeugung sowie über die Latenzzeit weitergegeben werden. Auch was ein mögliches positives Ergebnis für das jeweilige Leben bedeutet, muss vorerst besprochen werden. In diesem Sinne soll erklärt werden, dass das Ergebnis in der Schweigepflicht des Arztes/der Ärztin bleibt. Es ist auch relevant aufzuzeigen, welche Behandlungsmöglichkeiten und Hilfen es für Betroffene gibt (vgl. Eder 2012, S. 232).

Die AIDS-Hilfe in Haft hat nicht nur die Gefangenen, sondern auch die Bediensteten als Zielgruppe. Es geht darum, die Bereiche: Drogen, Infektionskrankheiten und Strafvollzug in ihrem Zusammenhang zu betrachten. Die Arbeit der AIDS-Hilfe im Vollzug umfasst die Entwicklung von Risikobewusstsein, die Wissensvermittlung, eine Hilfestellung bei der Bewältigung spezifischer Risiken unter den Bedingungen der Haft, Austausch unterschiedlicher Erfahrungen, Angstverarbeitung hinsichtlich des Umgangs mit positiven Personen in Haft (sowohl von HIV als auch von Hepatitis) und weitere Hilfestellungen hinsichtlich einer Verbesserung der materiellen Situation, Kontakten nach draußen und Selbsthilfegruppen. Um in der Küche der Haftanstalt tätig zu werden, bedarf es einer Infektionstestung. Die Gefangenen werden dadurch oft vollkommen überraschend mit einem positiven Testergebnis konfrontiert. Im Vollzug sind jedoch nicht ausreichende personelle Ressourcen vorhanden, um so eine Testung mit allen resultierenden Möglichkeiten des Ergebnisses ausreichend vor- und nachzubereiten. Ein positives Testergebnis ist mehr als nur eine medizinische Auskunft. Mit einem positiven Ergebnis verändert sich das gesamte Leben der Personen. Die Perspektiven ändern sich, das Leben generell wird in Frage gestellt, es entstehen Zukunftsängste und man weiß nicht, wie man mit diesem Ergebnis umgehen soll bzw. diese Erkenntnis bewältigen soll. Oft weiß man auch nicht über die Behandlungsmöglichkeiten Bescheid. In Haft

gibt es nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Kommunikation und für Handlungen. Des Weiteren gibt es durch die Dynamik des Drogenkonsums einen weiteren Faktor, wodurch bei positivem Testergebnis mit sehr heftigen krisenhaften Reaktionen der Betroffenen gerechnet werden muss, welche grundsätzlich mit diversen Unterstützungsleistungen aufgefangen werden sollten. Eine akute Versorgung kann maximal von den anstaltsinternen Leistungen (medizinisches Personal, PsychologInnen, SozialpädagogInnen) angeboten werden. Diese entspricht jedoch oft nicht den gesamten Bedürfnissen der PatientInnen. Sowohl die Testung als auch die Beratungstätigkeit müsste als eine psychosoziale Aufgabe gesehen und umgesetzt werden. Das Personal benötigt vorerst eine Sensibilisierung für das Thema der Drogenabhängigkeit und den Lebensbedingungen, für den Umgang mit infizierten Personen und Infektionskrankheiten, für das Ansteckungsrisiko und die Angst davor, sowie für eigene Schutzmöglichkeiten. Jegliche Beratungsdienstleistungen sollten aus diesen Gründen auch für das Personal angeboten werden (vgl. Stöver 2000, S. 141 f.).

Die Therapie von HIV mittels Medikamentengabe ist meist nur für Personen in einem Substitutionsprogramm oder abstinent lebenden ehemaligen Drogenabhängigen machbar. Der Grund liegt unter anderem an der genauen Einnahmezeit des Medikaments, welche zu 90 % eingehalten werden muss, um keine Resistenz zu entwickeln. Für die meisten Drogenabhängigen ist diese Voraussetzung kaum einzuhalten, schon gar nicht, wenn sie unter Beschaffungsdruck stehen. Personen die HIV positiv sind, müssen unter anderem auch einsehen, dass sie krank sind, müssen ihre Zweifel und Bedenken bewältigen, eine gute Therapieintegration in den Alltag einbringen, Störfaktoren ausschalten, regelmäßig zu Kontrollen gehen und auch Hilfe akzeptieren. Relevant ist aber auch, dass der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin ein umfassendes Wissen über die Infektionskrankheit, ihren Verlauf und ihre Therapie, sowie über das Konsumverhalten und seine Auswirkungen besitzt. Meist sind jedoch die ÄrztInnen im Gefängnis keine SpezialistInnen für HIV oder Drogenkonsum (vgl. Eder 2012, S. 188 f.).

Eine Möglichkeit der Hilfe für drogenabhängige Personen ist es auch, die Freiheitsstrafe generell zu umgehen und eine Therapie zu machen.

“There is a considerable and increasing range of interventions focusing on drug users in prison. A study among 15 European Union Member States concludes that some form of drug treatment in prisons is provided in all member states:

- Provision of drugs information to inmates.
- Provision of drug treatment.
- Other methods to reduce drug use in prison:
  - Detoxification;
  - Drug counselling;
  - Abstinence-based programs;
  - Self-help groups;
  - Relapse prevention;
  - Methadone prescriptions;
  - Other substitution prescription “(Stöver 2002, S. 52 f.).

### 2.7.8. *Therapie statt Strafe*

Eine nationale Strategie für den Umgang mit Drogen in Haft ist in Österreich nicht vorhanden (vgl. Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 105). In Österreich wurde lediglich die Auflage zur Therapie statt der Freiheitsstrafe im Vollzug einheitlich festgelegt.

„Das Wichtigste bei gerichtlichen Entscheidungen bei drogenabhängigen Straftätern ist das Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘. Die Therapieermittlung verfolgt ein wichtiges Ziel: den drogenabhängigen Straftätern zu ermöglichen, sich durch die Therapie von der Drogenszene abzulösen und drogenfreies Leben zu führen. In der stationären (Langzeit-)Therapie soll, üblicherweise mittels Psycho- und Sozialtherapie, die Persönlichkeit der Drogenabhängigen auf lange Sicht verändert werden, sodass sie auch ohne den Drogenkonsum ihr Leben wieder meistern können“ (Eder 2012, S. 141).

Die Einführung der Maßnahme *Therapie statt Strafe* wirkt sowohl auf die Gesundheitspolitik, Sozialpolitik und Kriminalpolitik. Es geht vor allem darum, eine Diversion zu erreichen und eine Strafe für Drogenabhängige zu verhindern. Für diese müssen gewisse Bedingungen gegeben sein. Eine sehr zentrale Bedingung Seitens des Angeklagten ist es, einer gesundheitlichen Maßnahme der Suchtentwöhnung zuzustimmen. Dazu wird auch eine Probezeit für die/den Drogenabhängige/n festgelegt. Wurde diese erfolgreich beendet, so wird die Strafe komplett wegfallen. Anzeigen im Bereich des Suchtmittelgesetzes werden zu circa 40 % durch eine Diversion abgeschlossen. Eine Therapie statt dem Absitzen einer auferlegten Freiheitsstrafe führt zu einem Aufschub der Strafe. Die Strafe kann zu einem gewissen Teil aufgeschoben werden. So kann zum Beispiel bei drei Jahren verhängter Freiheitsstrafe (Beschaffungsdelikte, Geldstrafen)

maximal auf zwei Jahre verkürzt werden. Die Bedingungen dafür sind, dass derjenige regelmäßig Drogen konsumiert hat und sich nun für die Therapie bereit erklärt. Der Therapieerfolg darf dabei nicht von vornherein aussichtslos sein, was durch eine/n Sachverständige/n untersucht und danach beschlossen wird. Für eine Therapie muss ein Antrag gestellt werden. Wurde diese erfolgreich beendet, so muss die Strafe in eine bedingte umgewandelt werden (Probezeit) (vgl. Rast 2013, S. 6).

„Eine Auswertung der Verfahrensautomation Justiz hat ergeben, dass der Aufschub des Strafvollzuges gemäß § 39 SMG nach einem kontinuierlichen Anstieg im Vorjahr erstmalig zurückging. Im Berichtsjahr wurde in 728 Fällen ein Aufschub des Strafvollzuges gewährt, womit etwa das Niveau der Vorjahre erreicht wurde“ (Bundesministerium für Justiz 2013a, S. 69).

Die Möglichkeit eine Therapie zu machen, statt die Strafe im Vollzug abzusitzen, besteht auch in Österreich. Entweder wird sie wie eine Diversion nach den §§ 35 und 37 des Suchtmittelgesetzes (SMG) angewendet, oder sie wird im Rahmen einer bereits erhaltenen Strafe angewendet, indem der Vollzug aufgeschoben wird. Diese Möglichkeit wird jedoch laut dem Sicherheitsbericht 2012 in Österreich wieder weniger als in den Jahren zuvor angewandt. Befinden sich Personen mit Bedarf für Therapie bereits in dem Justizvollzug, können sie nach § 39 des Suchtmittelgesetzes auch diese dann noch annehmen. In diesem Bereich steigen die Fälle jedoch. Die Kosten der Therapie, egal nach welchen Paragraphen diese genehmigt wurde, werden nach § 41 des Suchtmittelgesetzes unterstützend vom Bund getragen. Der Kostenaufwand ist im Vergleich zum letzten Jahr jedoch rückläufig. Die Höhe der Kosten richtet sich je nach den zugesprochenen Beträgen, welche den jeweiligen Therapieeinrichtungen von den Gerichten zugestanden werden. Doch auch die Art und Länge der Therapie wirken sich unterschiedlich auf die Kosten aus. Die teuerste Form ist die stationäre Therapie. Im Budgetbegleitgesetz 2011 wurde beschlossen, dass die stationäre Therapie nicht mehr länger als sechs Monate andauern darf, da die Kosten für die Justiz in unendlichem Maße in die Höhe geschossen sind. Dies macht deutlich, dass nicht die Gesundheitsförderung im Vordergrund steht. Es geht in erster Linie um eine Kostensenkung. Die Folgen von verkürzten Therapiezeiten und jeweiligen Abbrüchen spielen keine Rolle (vgl. Bundesministerium für Justiz 2012b, S. 77 f.). Wird im Rahmen der Haftstrafe eine stationäre Langzeittherapie eingeleitet, so hat dies nicht unbedingt nur gute Seiten für den Klienten/die Klientin. Die abhängigen Personen geraten in ein Spannungsfeld von Kontrolle durch die Justiz

mittels Rückmeldung und von Vertrauen und Therapie. Auch für die Therapiestationen darf die Situation nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Stöver 2000, S. 128). Da durch die Verordnung der Therapie durch die Justiz oft keine Eigenmotivation zu einer Behandlung vorhanden ist, sind viele Therapieeinrichtungen vermehrt mit Personen mit justizieller Auflage konfrontiert, die oft der Freiheitsstrafe entgehen wollen. Die Behandlung wird so eher in einer sehr anstrengenden Atmosphäre durchgeführt (vgl. Stöver 2009, S. 383). Um die Unterschiede in den Kosten für die jeweiligen Justizvollzugsanstalten ein wenig anzugleichen, hat das Bundesministerium für Justiz mit drogentherapeutischen Einrichtungen nach § 15 des Suchtmittelgesetzes Verträge über die Kostenhöhe vereinbart. Es bestehen Verträge mit den Einrichtungen: Evangelisches Haus Hadersdorf – WOBES, Verein Grüner Kreis, Zukunftsschmiede Voggeneder GmbH, Verein DIALOG, Verein zur Eindämmung des Suchtgiftwesens – PASS, Verein BASIS und dem Psychosozialen Dienst Burgenland GmbH (vgl. Bundesministerium für Justiz 2012b, S. 77 f.).

Im Vollzug ist für DrogengebraucherInnen oft nur ein Angebot zur Therapie vorhanden, jenes der Abstinenz (drogenfreie Therapie). Außerhalb des Vollzugs jedoch gibt es eine Reihe von diversen Angeboten für DrogenkonsumentInnen. Diese sind unterschiedlich und haben unterschiedliche Ziele definiert. Wurde der/die InsassIn bereits mehrmals therapiert, so wird eine weitere drogenfreie Langzeittherapie nicht mehr als passend empfunden oder finanziert. Eine Begleitung der DrogenkonsumentInnen im Sinne einer Schadensminimierung ist im Vollzug so gut wie nicht vorhanden. Trotz der bekannten Infektionsrisiken für drogenabhängige InsassInnen sind im Gefängnis kaum Möglichkeiten zum Schutz vorhanden, welche jedoch in Freiheit zur Verfügung stehen würden. Diesem Thema widmet sich die Strafanstalt wieder nur durch Abstinenz, was jedoch als äußerst realitätsfern zu betrachten ist, da sowohl die Lebensbedingungen Drogenabhängiger generell, als auch jene in der Haft keine Beachtung finden. Grundsätzlich jedoch hat das Gefängnis für die physische und psychische Gesundheit sowie für die Hygiene der InsassInnen Sorge zu tragen. Sie haben die dafür notwendigen Maßnahmen zu fördern (vgl. Stöver 2000, S. 51 ff.).

## **2.8. Minimierung gesundheitlicher Risiken bei inhaftierten DrogenkonsumentInnen**

Durch die Verbreitung der lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten hat die Beendigung der Drogensucht an Relevanz eingebüßt. Es geht vielmehr darum, den Schaden durch den Konsum zu minimieren und ein Überleben Drogenabhängiger zu sichern, bevor überhaupt an Abstinenz gedacht werden kann. Man darf nicht vergessen: Die Abhängigkeit kann durch diverse Unterstützungen vergehen, eine HIV-Infektion jedoch nicht. Das Bild von Abhängigkeit und ihr Verständnis haben sich im Bereich der Drogenhilfe verändert, denn auch ein Leben mit Drogenkonsum ist möglich. Außerdem stellt Abstinenz nicht für alle Menschen zu jedem Zeitpunkt ein erstrebenswertes Ziel dar. Für viele ist dies auch nicht realistisch. Wird dies anerkannt, können Angebote zur Stabilisierung der Gesundheit und der Integration trotz des vorhandenen Drogenkonsums gemacht werden. DrogengebraucherInnen besitzen Entscheidungskompetenzen und sind in ihrem Handeln autonom. Sie verfügen selbstständig über Ressourcen und Fähigkeiten. Diese sollen durch die Drogenhilfe jedoch erst wieder wahrgenommen werden, da sie in der Illegalität oft untergehen. Es geht hierbei vor allem um Empowerment für die Gestaltung des eigenen Lebens (vgl. Stöver 2000, S. 29 f.).

Das Risiko für Drogenabhängige in Haft zu minimieren umfasst jedoch mehr, als nur Infektionen vorzubeugen. Aufgrund der AIDS-Epidemie Mitte der 80er sind schadensminimierende Ansätze (Harm Reduction) in Freiheit entstanden. Es müssen auch die Menschen mit ihrem Suchtproblem unterstützt werden, die nicht das Ziel verfolgen, abstinent zu leben. Auch für sie muss es Angebote geben, ihre Gesundheit so stabil wie möglich zu halten, um weitere Schäden zu minimieren. Dazu zählen soziale Desintegration genauso wie auch erhöhte Risiken der Mortalität und Morbidität (vgl. Stöver 2009, S. 374 ff.). Schaden im Bereich der Drogenszene minimal zu halten, umfasst auch die Einstellungen und Haltungen, sowie das Wissen über die Zielgruppen zu beeinflussen. Dies soll zur Minderung des Risikos, einer Änderung des Verhaltens und des Verzichts auf das Risiko beitragen. Im Vollzug ist vor allem ein Ziel, die Todesfälle aufgrund von Drogen in der Haft, sowie auch kurz nach der Entlassung zu reduzieren. Weiteres muss auch das Wissen über Übertragungsrisiken und generell das Bewusstsein für Risiken optimiert werden (vgl. Stöver 2009, S. 385 f.).

Um ein selbstbestimmtes und für die Gesundheit förderliches Leben von Drogenabhängigen möglich zu machen, bedarf es Strategien von Safer-use, safer work und safer-sex. Diese Strategien müssen bei der Realität der KonsumentInnen ansetzen, um Wirkung zu zeigen (vgl. Stöver 2000, S. 283 f.).

### *2.8.1. Harm Reduction*

“Unter ‚harm-reduction-Strategien‘ werden in der Drogen- und AIDS-Hilfe schadensminimierende Ansätze für intravenös applizierende DrogenkonsumentInnen verstanden“ (Stöver 2000, S. 340). Harm Reduction (Schadensminderung) umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Drogen von Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, deren Gebrauch einzustellen. Die Hauptmerkmale des Harm Reduction Ansatzes sind auf die Vermeidung gesundheitlicher Schäden der Drogeneinnahme gerichtet - im Gegensatz zu einer Verhinderung des Drogenkonsums an sich - und der Fokus liegt auf Menschen, die weiterhin Drogen nehmen. Diese Strategie wirkt unterstützend sowohl für die KonsumentInnen, als auch für deren Familie und die gesamte Gesellschaft (vgl. International Harm Reduction Association 2010, S. 1).

Der Ansatz der Schadensminimierung konzentriert sich auf die Ursachen der Schäden. Jedes Problem muss aufgenommen werden und mögliche Handlungsschritte zur Minimierung von Risiken müssen evaluiert werden. Besonderes Augenmerk wird auf Faktoren, die gerade DrogenkonsumentInnen anfällig für Schäden diverser Art machen, gelegt. Dies wären z.B. Alter, Gefängnisaufenthalte und Geschlecht. Die angewandten Methoden sollen auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreifen. Die Schritte die Personen machen, sind vor allem für sie stärkend, gehen auf die jeweiligen Bedürfnisse ein und sind freiwillig. Die je individuelle Lebenslage muss hier also immer gesondert betrachtet werden. Es besteht die Ansicht, dass, wenn viele Menschen nur kleine Schritte für ihre Gesundheit unternehmen, so tragen viele Menschen in der Gemeinschaft davon den Nutzen. Harm Reduction Ansätze beinhalten diverse Ziele: Einerseits geht es darum, die Menschen zu befähigen und ihnen praktische Lösungen zu unterbreiten und

andererseits wird das Optimum immer ein Leben in Abstinenz sein, was jedoch für viele nicht erreichbar ist. Dies ist also nur ein erstrebenswertes Ziel des Ansatzes. Relevant ist, präventiv zu arbeiten und Überleben zu sichern. Die Individuen werden hier in ihrer jeweiligen Identität, Lebensart und -weise so akzeptiert, wie sie sind. Es gelten immer die Menschenrechte und Stigmatisierung und sozialer Ausschluss sind für diesen Ansatz unvorstellbar bzw. nicht erwünscht. Es gibt unterschiedliche Rahmenbedingungen, die den Drogenkonsum riskant gestalten. Dies ist zum einen die jeweilige Entscheidung des Konsumenten/der KonsumentIn und sein/ihr jeweiliges Verhalten. Weiteres kommt das Umfeld hinzu (Konsum, Politik, Gesetz). Die Rahmenbedingungen und Entscheidungen des Umfelds von DrogenkonsumentInnen schaffen oft erst Risiken (manchmal bewusst und manchmal unbewusst). Das ist vor allem bei der Kriminalisierung des Konsums, der Korruption hinsichtlich der polizeilichen Arbeit, dem Strafgesetz, der Stigmatisierung und damit Diskriminierung zu bedenken, dass keine lebensrettenden Maßnahmen unternommen werden und es weitere Ungleichheiten gibt (vgl. International Harm Reduction Association 2010, S. 2).

„Das Drogennotfalltraining ist ein überlebenssichernder und notwendiger Bestandteil von Harm Reduction Ansätzen. Todesfälle durch Überdosierungen bei injizierenden Konsumenten sind fast immer die Folge aus einem ungewollten Drogennotfall, der zum Tod geführt hat. Viele dieser Drogentoten könnten noch am Leben sein, wenn frühzeitig angemessene Hilfe erfolgt wäre“ (Eder 2012, S. 261 f.).

Für einen Drogennotfall wäre Naloxon von großer Bedeutung. Während eines Trainings könnte man so auch gleich dieses Mittel an die Drogenabhängigen abgeben. Naloxon wird intravenös, intramuskulär oder subkutan injiziert. Es dient dazu, bei einer Überdosis schnell die Opiat bedingte Atemdepression wieder zu normalisieren. Damit werden die tödlichen Symptome der Überdosis auf schnellstem Wege verringert. Wird zu viel Naloxon injiziert, so hat dies keine negativen Auswirkungen für den Körper. Es kann lediglich zu einem Entzug kommen. Zu beachten ist jedoch, dass Naloxon nur halb so lange im Körper bleibt wie ein Opiat. Deshalb kann es notwendig sein, dieses Mittel zwei Mal zu verabreichen (vgl. Eder 2012, S. 263 f.).

Der Harm-Reduction-Ansatz steht dafür, dass dem Konsum von illegalen Drogen als Entscheidung der jeweiligen Person mit Akzeptanz entgegenzutreten ist. Der Schaden jedoch sollte für die KonsumentInnen und für die Gesellschaft so klein wie möglich sein. Doch geht es bei diesem Ansatz auch darum, den Kontakt zu Drogenabhängigen

herzustellen, welche ihre Drogen auf eine problematische Weise konsumieren. Dieser erste Kontakt ermöglicht weitere Maßnahmen, um die Gesundheit der KonsumentInnen psychisch als auch physisch zu stabilisieren (vgl. Stöver 2000, S. 342 f.).

#### 2.8.1.1. Safer use

Zu der wohl bekanntesten Safer-use Strategie gehört der Austausch von gebrauchten Nadeln mit sterilen Nadeln. Damit wird vor allem das Infektionsrisiko massiv verringert. In Freiheit ist dies entweder durch diverse Automaten, Kontaktläden, Beratungsstellen oder in Apotheken möglich. Im Gefängnis findet diese Methode jedoch noch keine Anwendung.

„Needle exchange programmes, which are an efficient and well-implemented component in the prevention strategy outside prison in EU Member states to a varying degree, are not implemented inside prisons in most of the EU-countries (except Germany and Spain)” (Stöver 2002, S. 127). Obwohl die Pilotprojekte eines Spritzenaustauschprogrammes großen Erfolg hatten, sind diese nicht so beliebt/gewollt, wie angenommen. Der Grund dafür ist der generelle Widerstand gegen solche Angebote. Den Widerstand findet man vor allem bei dem Personal, den PolitikerInnen und den Gewerkschaften (vgl. Stöver 2002, S. 134).

“There is no general recipe for the method of needle exchange programmes. Every prison system has to find it's own way of distribution. The different methods are related to the goal the prison is pursuing: whether it is interested in getting more contact to formerly unknown users (...) or if the contact is already satisfactory and the only reason is the provision of clean injection equipment via slot machines (...). Both methods do have advantages and disadvantages in terms of guarantee or lack of anonymity” (Stöver 2002, S. 136).

Wenn die Einführung von Nadelaustauschprogrammen im Gefängnis nicht gewollt ist, wäre die nächstbeste Methode, safer-use zu ermöglichen, das Angebot von *bleach* (Natriumhypochlorit). Mit bleach ist es möglich, die Bestecke und andere Konsumwerkzeuge zu desinfizieren. Nichtsdestotrotz ist der beste Schutz durch sterile und saubere neue Nadeln gegeben. In den meisten Gefängnissen innerhalb der EU wird bleach nicht angeboten. Ist ein Angebot von bleach vorhanden, so ist dies inoffiziell und die InsassIn-

nen bekommen keine Informationen, wie sie es richtig anwenden (vgl. Stöver 2002, S. 125 f.). Meist herrscht auch zu wenig Zeit, um diese auszuführen, da die Angst des Entdeckt-Werdens zu groß ist. Die Möglichkeit, das Spritzbesteck thermisch zu desinfizieren, ist ebenso gegeben. Das Auskochen dauert mindestens 15 Minuten. Hierzu bräuchte es auch eine genaue Aufklärung, sowie sich die Frage stellt, ob das notwendige technische Material dafür überhaupt zur Verfügung steht. Außerdem ist auch diese Maßnahme extrem auffällig und schwer in den Lebensalltag der Gefangenen einzubinden (vgl. Stöver 2000, S. 349 f.).

Nadelaustauschprogramme oder andere Möglichkeiten um Drogenwerkzeug zu desinfizieren sind also kaum vorhanden und wenn dann ohne Gebrauchsanweisung. Gerade jedoch bleach wäre zumindest ein kleiner Weg in Richtung einer Schadensminimierung. Der Aufwand für die Reinigung und Desinfizierung muss jedoch auch berücksichtigt werden. Hierzu gibt es zu wenige Rückzugsmöglichkeiten, um nicht aufzufallen. Auch aus diesem Grund werden Desinfizierungsprozesse oft zu kurz oder kaum ausgeführt. Das beste Angebot wäre es selbstverständlich, saubere und sterile neue Nadeln anzubieten und Boxen für gebrauchte Nadeln aufzustellen. Doch nicht nur der Konsum von Drogen kann sicherer gestaltet werden. Der Aufklärung über Safer-Sex kommt auch im Vollzug aufgrund diverser wechselnder Sexualpartner eine wichtige Funktion zu. Durch dies würde das Infektionsrisiko vermindert werden. Die InsassInnen weisen oft nur geringe oder keine Kenntnisse über die Übertragung von Infektionen durch Sexualpraktiken auf. Auch nach der Entlassung wird so das Bewusstsein geschärft, vor allem was die Beschaffungsprostitution und die privaten Sexualkontakte betrifft (vgl. Stöver 2000, S. 351).

Im Gefängnis wird eine Methode sehr häufig angewandt. Die Vergabe von Ersatzstoffen, um die Symptome des Drogenentzugs möglichst gering zu halten und in weiterer Folge sollten Substitute von illegalem Drogenkonsum wegführen.

### 2.8.2. *Substitution*

„Das Substitutionsmittel (Ersatzstoff) belegt die Opiatrezeptoren und hemmt das starke Verlangen nach Opiaten („Heroinhunger“), wodurch der Drogenabhängige

[sic!] leichter auf Heroin verzichten kann. Am häufigsten wird Methadon (Polamidon®) als Substitutionsmittel verwendet, gefolgt von Levomethadon (L-Polamidon®) und Buprenorphin (Subutex®). Aber auch Diamorphin, Dihydrocodein (DHC), Codein sowie eine Mischsubstanz aus Buprenorphin und Naloxon (Suboxone®) sind zur Substitution zugelassen“ (Eder 2012, S. 197).

Die Ziele einer Substitutionsbehandlung im Strafvollzug sind einerseits die Nachfrage nach Opiaten zu verringern und so auch die Kriminalität zu reduzieren und andererseits auch die Personen in ihrem Gesundheitszustand zu stabilisieren, um eventuell eine Motivation aufzubringen, weitere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Die Behandlung mit einem Substitut muss nach medizinischer Verordnung durchgehend aufrechterhalten werden. Ein Abbruch ist nie aus Gründen einer vollzuglichen Bestrafung legitimiert. Die Substitutionsbehandlung ist eine Krankenbehandlung, deren medizinische Regeln auch im Vollzug nachzukommen ist (vgl. Stöver 2009, S. 383 ff.). Die Behandlung durch Substitution sollte im Strafvollzug nicht als Mittel der Kontrolle und Initiierung von richtigem Verhalten dienen. Schon gar nicht sollte dies als *Gnadenakt* gesehen werden (vgl. Stöver 2000, S. 405). Hinsichtlich der extramuralen Standards für die Gewährung einer Substitutionsbehandlung soll auch im Vollzug für Personen die Möglichkeit angeboten werden, wenn sie sich in Freiheit bereits in dieser Behandlung befanden, sie im Gefängnis einen Antrag auf diese Behandlung stellen und die Bedingungen erfüllen, wenn sie sich kurz vor der Haftentlassung befinden, oder wenn sie gerade einen Entzug machen (vgl. Stöver 2009, S. 383 f.; vgl. Schay/Sichau 2013, S. 42). Werden Drogenabhängige im Vollzug substituiert, so müssen dieselben rechtlichen, finanziellen und fachlichen Rahmenbedingungen wie in Freiheit vorhanden sein. Generell erhalten DrogenkonsumentInnen eine Substitutionsbehandlung, wenn eine manifeste Opiatabhängigkeit gegeben ist und die Aussichten auf eine Behandlung die auf Abstinenz abzielt, nicht erfolgversprechend sind. Methadon hat es ermöglicht, dass Konsumenten die meist intravenös Heroin genommen haben, nun auf dieses orale Medikament umsteigen konnten (vgl. Stöver 2000, S. 372 f.). Das bekannteste und am längsten vorhandene Substitutionsmittel ist Methadon. Es wird seit 1965 verschrieben und ist auch das Billigste. Die Wirkung von Methadon hält von 24 bis zu 36 Stunden an, warum dies auch gerne im Gefängnis verabreicht wird, da die jeweiligen Personen nur einmal täglich zum Arzt/zur Ärztin gebracht werden müssen. Von diesem Mittel wird man jedoch sehr stark abhängig. Es wird nicht intravenös, sondern oral eingenommen, da so keine euphorisierende Wirkung zustande kommt. Ein weiteres Substitutionsmittel ist Bupren-

orphin welches eine Wirkung von sechs bis acht Stunden besitzt. Es wird hauptsächlich auch oral eingenommen und dies einmal pro Tag. Personen die dieses Substitut einnehmen, befinden sich in einem sehr nüchternen Zustand. Dies kann jedoch im Kontext des Gefängnisses mit den Rahmenbedingungen nicht immer unbedingt sehr positiv für die InsassInnen sein. Zu bedenken ist auch, dass der nüchterne Zustand schon nicht in Freiheit aushaltbar war. Deswegen wird dieses Substitutionsmittel Personen verabreicht, welche für die Therapie eine große Selbstmotivation und Einsichtigkeit mitbringen. Weiteres gibt es noch retardierte Morphine, welche ebenfalls einmal täglich oral eingenommen werden. Dies geschieht entweder durch Kapseln oder Tabletten (vgl. Neider 2008, S. 219).

„Bei der richtigen Auswahl der Substitutionssubstanz sind die Verträglichkeit sowie der Wille des Substituierten relevant, ob er [sic!] eher mit einem Sedativum (Opiatagonisten wie Methadon oder Levomethadon) oder einem weniger sedierenden Präparat (Partialagonisten wie Buprenorphin oder Suboxone) behandelt werden möchte. Zudem müssen mögliche weitere Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis C, psychische Störungen) der Opiatabhängigen bedacht werden, da es zu Wechselwirkungen zwischen Substituten und anderen Begleitmedikamenten kommen kann“ (Eder 2012, S. 197).

Befinden sich die InsassInnen in einer Substitutionsbehandlung, so stehen ihnen eher Lockerungen zur Verfügung (Hafturlaub, u.a.) (vgl. Eder 2012, S. 91).

„Da (...) DrogenkonsumentInnen hohe Prävalenzen für HIV und Hepatitis A, B, C aufweisen, ist es naheliegend, von einer Methadonsubstitution auch positive Effekte auf Infektionsübertragung, Infektionshäufigkeiten und Infektionsverläufe zu erwarten“ (Stöver 2000, S. 377). Eine Substitutionsbehandlung bringt für die DrogenkonsumentInnen einige Vorteile. Es erfolgt sowohl eine gesundheitliche als auch soziale Stabilisierung, auch wird so eine kontinuierliche medizinische Betreuung möglich und das verabreichte Opioid ist im Reinheitsgrad sowie hinsichtlich der Nebenwirkungen einschätzbar. Weiteres wird auch das Risiko der Infektionsansteckung, die Gefahr von Abszessen und das Auftreten von Venenentzündungen verringert. Durch diese Behandlung kommt es zu präventiven Strategien, da dadurch die Informationen zur Gesundheitsaufklärung besser vermittelt bzw. überhaupt angeboten werden können. Die Dauer der Substitutionsbehandlung kann entweder kurzfristig im Sinne einer Überbrückung oder des Entzugs, oder langfristig angelegt sein. Entzugsbehandlungen mit Methadon verfolgen das Ziel, den Konsum langsam zu reduzieren. Eine Überbrückungsbehand-

lung ist dann notwendig, wenn zum Beispiel auf eine Abstinenztherapie gewartet werden muss oder während kürzeren Inhaftierungszeiten. Kurzfristige Programme dauern meist nur einige Wochen. Eine längere Behandlung mit Substitution kann das Ziel vor Augen haben, nach einigen Jahren eine abstinente Lebensweise zu führen. Oft jedoch geht es bei den längerfristig angelegten Programmen darum, die Lebenssituation der Betroffenen zu entlasten und eine Schadensminimierung zu erreichen, da so ein Spritzdrogengebrauch nicht mehr *dringend* notwendig ist (vgl. Stöver 2000, S. 375 f.).

„Die Substitutionsbehandlung setzt schließlich Auseinandersetzungsprozesse mit einem problemadäquaten Umgang mit Drogenabhängigkeit im Justizvollzug auf allen Ebenen in Gang: Bedienstete, Mitgefangene, Leitung werden jenseits der traditionellen Abstinenzforderung mit anderen Therapiezielen konfrontiert: Auch gesundheitliche und soziale Stabilisierung sind ‚legitime‘ und individuell wichtige Ziele unterhalb der Maximalforderung nach Abstinenz“ (Stöver 2000, S. 411).

Mit der Substitutionsbehandlung erfolgt eine höhere Akzeptanz. Vor allem aber wird auch die Kluft der intramuralen und extramuralen Medizin kleiner. So können beispielsweise InsassInnen durch das Angebot der Behandlung in Haft auch das Interesse für ein Leben danach mit Substitution entwickeln. Diese Wünsche sollten von dem medizinischen Dienst aufgegriffen werden (vgl. Stöver 2000, S. 411 f.).

Normalerweise ist im Gefängnis bekannt, welche InsassInnen sich gerade in einer Substitutionsbehandlung befinden. Dies ist vor allem für den Einnahmezeitpunkt von Bedeutung, da die Bediensteten wissen müssen, wann sie diejenigen InsassInnen zur medizinischen Abteilung gehen lassen müssen. Doch im Gegensatz zur Freiheit, erfahren diese Personen eine andere Behandlung. Sie werden sehr kritisch betrachtet und müssen sich sehr genauen Kontrollen unterziehen. Somit unterliegt die Kontrolle nicht nur dem medizinischen Personal, sondern findet auch informell von den MitarbeiterInnen statt. Verhalten sich die InsassInnen konform, so wird dies als Bestätigung an der Arbeit mit den Vollzugszielen gesehen. Gibt es jedoch Weigerungen, so wird dies als Fehler der Indikationsstellung gewertet, was zum sofortigen Absetzen der Substitution führt. Hier ist erkennbar, wie Vollzug und Medizin zusammenfallen (vgl. Stöver 2000, S. 405).

Trotz der vielen Vorteile einer Substitutionsbehandlung muss auch erwähnt werden, dass diese oft die Dynamiken der Sucht und die Haftbedingungen der KonsumentInnen nicht erkennt bzw. ausreichend in das Programm einbindet. Die Behandlung für sich alleine ist noch nicht ein Garant für eine vollkommene Infektionsprophylaxe. Immerhin

gibt es auch während der Substitution einen Beikonsum, welcher gerade in Haft auch intravenös und somit unter riskanten Umständen stattfindet. Es muss also zusätzliche schadensminimierende Leistungen geben, wie eben steriles Spritzbesteck (vgl. Stöver 2000, S. 379). Den Leitungen in diversen Anstalten ist bewusst, wenn eine extreme Ruhe in der Anstalt am Wochenende herrscht und es zu keinen besonderen Ereignissen kommt, der Drogenkonsum ausreichend war. In diesem Sinne könnte hier die Versuchung für den Justizvollzug sein, die Substitution als Instrument der Ordnung zu missbrauchen, indem sie die Anzahl und die Auswahl der Personen für diese Behandlung beeinflussen. Dadurch jedoch entsteht ein großes Problem. Die Behandlung erfolgt so nicht mehr medizinischen sondern justiziellen Auswahlinteressen. So kann natürlich die Rate jener steigen, welche die Therapie nicht schaffen. Es werden dabei aber auch die Suchtdynamiken und Strukturen ausgeblendet. Es ist oft das Bild vorhanden, dass jene InsassInnen, welche durch ihren Konsum auffällig werden, nicht für eine Methadonsubstitution geeignet sind. Aber jene Personen, die die Haftzeit ohne Drogenkonsum überstehen, sind genau diejenigen, die diese Behandlung nicht benötigen. Grundsätzlich darf eine Substitution nicht dann angewendet werden, wenn sie sich ausschließlich auf juristische Belange gründet. Eine Veränderung der Lebensumstände kann nicht Voraussetzung für die Möglichkeit der Behandlung sein. Diese kann maximal eine Folge daraus werden. Aber auch eine Substitution erst kurz vor Haftentlassung durchzuführen, wie dies oft der Fall ist, reicht nicht aus. Die Frage stellt sich, ob es nicht unter den genannten Vorteilen besser wäre, mit dieser bereits während den belastenden Bedingungen in der Haft zu beginnen (vgl. Stöver 2000, S. 387 f.).

Ob die Behandlung mit Substitution Erfolge erzielt, hängt von einem niederschweligen und akzeptierenden Zugang ab. Gerade damit hat der Strafvollzug jedoch vielfach Probleme. Die Akzeptanz des Personals ist bedingt von der Umgebungssituation, in welcher Substitution stattfindet. Im Gefängnis sollte sich diese Behandlung auch an der *Trias der akzeptierenden Drogenarbeit* orientieren. Dazu gehört es sowohl Angebote mit Abstinenzorientierung zu empfehlen (Vermittlung zur Therapie), Substitutionsangebote bereitzustellen auch bei Haftentlassungsvorbereitungen und auch konsumakzeptierende Angebote wie harm-reduction, safer use, u.a. anzubieten, welche Menschen benötigen, für jene weder Substitution noch Abstinenz in Frage kommen. Abstinenzorientierte Angebote sind jene, die dem Personal im Vollzug die geringsten Probleme machen. Anders

gestaltet sich die Situation jedoch hinsichtlich der Akzeptanz von Drogenkonsum. Hier stehen sich die individuelle Lebenslage der Betroffenen und das Denken der Justiz diametral gegenüber. Die Akzeptanz ist aus Gründen des staatlichen Drogenverbots und des Repressionsauftrages des Gefängnisses nicht gegeben. Die Repression des Vollzuges kann nur vermindert werden, wenn die Bediensteten vorbereitet werden und gemeinsam an einer Lösung der internen Drogenproblematiken arbeiten. Oft besitzt das Personal Vorurteile auch gegenüber einer Substitutionsbehandlung. Sie vertreten die Meinung, dass dadurch eine reine Verschiebung des Suchtmittels entsteht, die Bereitschaft zu einer abstinenter Therapie dadurch gesenkt wird, dass nur wenige Gefangene überhaupt eine Abhängigkeit aufweisen, dass Methadon auch an andere InsassInnen weiterverkauft werden könnte und dass Methadon ebenso das Bewusstsein der Betroffenen beeinflusst, welches im Gefängnis jedoch von Nüchternheit gezeichnet sein sollte. Um diese Vorurteile abbauen zu können, braucht es eine Schulung über die Probleme und den Drogenkonsum generell und über die Beratungen, Betreuungen und Behandlungen im Vollzug als auch außerhalb. Unter anderem bedarf es auch einer Aufklärung über die pharmakologischen Grundlagen. Vor allem gerade die stabilisierenden Effekte von Substitutionsbehandlungen sind außerhalb der Gefängnismauern bekannt. Innerhalb des Gefängnisses kommen die Vorurteile gegenüber der Substitutionsbehandlung vor allem daher, dass sie eine zu hohe und unrealistische Erwartung an diese Behandlung haben. Es wird oft angenommen, dass durch Substitution ein Beigebrauch vollkommen ausgeschalten werden kann, dass dadurch die Personen sich aus ihrem sozialen Milieu des Drogenkonsums herauslösen und dass alleine durch diese eine Neuorientierung hervorgerufen wird. Da im Strafvollzug jedoch andere Bedingungen als in Freiheit herrschen, kann man die Ziele der Substitution nicht auf gleichem Weg wie außerhalb erreichen (vgl. Stöver 2000, S. 384 ff.). Im Gefängnis sollen drogenabhängige InsassInnen auch psychosozial betreut werden. Diese ist wichtig um bei den Klienten Perspektiven zu entwickeln, wie zum Beispiel Bildung von Selbsthilfegruppen, Ausbildungsmotivation, Arbeitsmotivation, Außenorientierung an unterstützenden Einrichtungen (z.B. AIDS-Hilfen) und soziale Stabilität. Die Betreuung muss den je individuellen Bedürfnissen der Gefangenen entsprechen (vgl. Stöver 2009, S. 384). Generell ist eine psychotherapeutische Betreuung während der Abhängigkeit oder einer Substitutionsbehandlung relevant.

Ein noch extremerer Schritt wäre es, wenn man den Drogenabhängigen im Gefängnis oder auch in Freiheit die Droge in normaler Form zur Verfügung stellen würde. Vor allem für schwere und lang drogenabhängige Personen mit vorwiegendem Opiatkonsum wäre dies eine gute Wahl zur Minimierung von Schäden. Dies besonders deshalb, da solche DrogenkonsumentInnen oft schon diverse Therapien erfolglos hinter sich gebracht haben (vgl. Eder 2012, S. 216).

Doch nicht nur eine Vergabe von sterilem Besteck oder anderen Mitteln, sondern auch der Einsatz von gleichgesinnten Personen, kann als *harm-reduction-Ansatz* angesehen werden.

### 2.8.3. *Peer support*

Peer-support heißt, dass Interaktion und die Unterstützung im Alltag von Gleichgestellten, Gleichgesinnten und/oder Gleichaltrigen erfolgt. Das sind Personen, die sich in einer ähnlichen psychosozialen Lage befinden. So kann besser auf die Lebenswelt der Betroffenen eingegangen werden. Genauer sind dies die sozialen Beziehungen und Kommunikationsmuster, welche identitätsstiftend sind und ein generelles Wohlbefinden hervorrufen, sowie auch Stress bewältigbar machen. Außerdem sind soziale Beziehungen für die Konstruktion von Realität zuständig, dienen zur Regulierung von Gefühlen und sind sinnstiftend sowie eine Orientierung für das Verhalten. Peer-support kann somit auch für DrogenkonsumentInnen durch DrogengebraucherInnen durchgeführt werden, wodurch ein gegenseitiges Lernen ermöglicht wird. Sie sind für die jeweils anderen die soziale Bezugsgruppe hinsichtlich aller Fragen und Probleme im Umgang mit dem Drogenkonsum. Für DrogenkonsumentInnen ist Peer-support in zweifacher Hinsicht relevant: nicht nur die Illegalität ihrer Handlungen findet Raum, sondern sie können dadurch auch auf einen gemeinsamen Nenner stoßen. Konsum wird durch soziale Beziehungen aufgenommen, erlernt und weiterentwickelt. Es wird Wissen generiert (über die Wirkung diverser Drogen, Mischkonsum, etc.) und die Fähigkeiten sowie Fertigkeiten für einen sichereren Gebrauch (Venensuche, Spritzenwahl, etc.) werden so weitergegeben. So kann mit Risiken besser umgegangen werden. Dies geschieht jedoch nicht im Rahmen von Institutionen, sondern im Alltagsleben der DrogenkonsumentInnen. Die

Richtigkeit von Informationen ist nicht gegeben, da der Drogenkonsum als ein komplexes Wissensfeld gesehen werden muss. Die Kenntnisse sind zwar gefordert, aber nicht immer zwingend vorhanden, wenn es um Bereiche wie Hygiene (Desinfektion), Medizin (Venenverlauf), Wirkungen und rechtliche Belange (Verhalten vor Gericht) geht. Das Alltagswissen muss also von der professionellen Seite ergänzt werden. Die professionellen Kräfte sind aufgefordert, dieses alltagspraktische Wissen zu vermitteln und dieses auf die jeweils vorhandenen Lebens- und Konsumbedingungen abzustimmen. Das professionelle Wissen kann dann aber über Peers weitergegeben und nach draußen getragen werden. Zusammenfassend ist Peer-support eine weitere Entwicklung für die niederschwellige Drogenarbeit. Es ist eine zusätzliche Strategie um Schäden zu minimieren und es bietet einen Ansatz, der an der Lebenslage der DrogenkonsumentInnen orientiert ist. Die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen werden dadurch erweitert. Niederschwellige Drogenarbeit muss sich mit dieser Art von Kommunikation mehr auseinandersetzen und die Handlungen analysieren.

Im Strafvollzug wird die Subkultur von Drogensüchtigen gefördert, was dazu führt, dass diese im Vollzug stärker ausgeprägt ist als außerhalb. Dies resultiert aus der viel stärkeren Abhängigkeit voneinander in allen Bereichen, die mit dem Konsum zusammenhängen (Finanzierung, Schmuggel, etc.). Die Beziehungsmuster gehen meist von älteren Inhaftierten auf Jüngere, von öfters Verurteilten zu erstmalig Verurteilten, von erfahrenen KonsumentInnen zu Drogenneulingen und von bestimmten Nationalitäten auf andere. Vor allem das Wissen über die unterschiedlichsten Ansteckungsgefahren ist wichtig. Auch hier kommt richtiges als auch falsches Wissen zusammen. Wie vermitteltes Wissen bewertet wird oder die Entscheidung für diverse Handlungen ausfällt, hängt von vielen Faktoren ab, wie die finanzielle Abhängigkeit, sexualisierte Gewalt oder auch von einer Liebesbeziehung. So werden oft die nächstbesten praktischen Lösungen angewandt und es stehen gewisse Regeln wie z.B. *HIV-Positive drücken als letzte*. Riskant ist nicht nur dieses falsche Wissen, sondern das dreifache Verbot des Drogenkonsums. Drogen generell und auch der Konsum sind verboten. Des Weiteren fehlen die passenden Orte. Dadurch kommt bei den Betroffenen Stress und Hektik in der Vorbereitung des Konsums sowie beim Konsum allgemein auf. Die Risiken der Infektion werden unter diesen Bedingungen oft ausgeschaltet. Die Vorteile eines Peer-supports im Strafvollzug sind eindeutig: es wird das Problembewusstsein vergrößert, das Wissen über die

Gesundheit wird sowohl beim Personal als auch bei den InsassInnen erweitert, durch Peer-support kann der Zugang zu den Subkulturen verbessert werden, etc. (vgl. Stöver 2000, S. 428 ff.). Der Ansatz des Peer-supports wäre gerade für drogenabhängige InsassInnen wichtig. Die Peers sind für sie vertrauenswürdig und authentisch. So können flächendeckend safer-use Botschaften unter die Gefängnispopulation gebracht werden. Weiteres wird Wissen aus den eigenen Lebenserfahrungen weitergegeben, wo auch Themen wie Rückfall, Überdosis, u.a. behandelt werden. Die InsassInnen können für Risiken besser sensibilisiert werden. So werden auch Personen, an welche man sonst nur schwer oder gar nicht herankommt, mit den unterschiedlichen Themen erreicht. Das Problem in der Umsetzung kann darin liegen, dass die DrogenkonsumentInnen ihre Abhängigkeit bekannt geben müssen, die sie bisher so gut verheimlicht haben. Dies kann jedoch (je nach Haftbedingung) Nachteile für sie ergeben. Somit wird es meist vermieden, sich für diverse Trainings anzumelden, um seinen bisherigen Status zu behalten (vgl. Eder 2012, S. 270 f.).

Im weiteren Sinne kann zu schadensminimierenden Ansätzen auch Prävention zählen. Hierbei geht es hauptsächlich um den allgemeinen gesundheitlichen Zustand.

#### *2.8.4. Prävention*

„Ziel jeder Betreuungs- und/oder Rehabilitationsmaßnahme ist, die entwicklungs-/krankheitsbedingt drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen durch eine möglichst frühzeitige Einleitung der gebotenen Maßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ (Schay/Sichau 2013, S. 41).

Prävention im Sinne von gesundheitsförderlichem Umgang mit Drogen kann im Gefängnis kaum stattfinden, da die Zielgruppe in der Angst lebt, dass diese Programme von Kontrolle begleitet werden. Diese Signale von Kontrolle und Hilfe zugleich sind strukturell festgesetzt und können kaum aufgehoben werden, selbst nicht, wenn diese Programme von externen Fachkräften mit Vollzugsdistanz angeboten werden. Maßnahmen die jedoch die Gesundheit gerade für DrogenkonsumentInnen fördern, sind

angesichts der beschriebenen bedrohlichen Konsequenzen auf jeden Fall notwendig, auch wenn diese Widersprüche vorhanden sind. Diese müssen an die jeweilige AdressatInnengruppe angepasst werden. Kontrolleffekte sollen so gut wie möglich ausgeschaltet werden. Möglich wäre das, wenn man mit dem Ansatz des *Peer-supports* arbeitet. Peer-support geht von der Eigenkompetenz der Personen aus und trägt eine Verselbstständigung der professionellen Prävention in sich. Eine Wirkung der präventiven Arbeit ist dann ersichtlich, wenn sowohl Verhalten als auch Verhältnis mit einbezogen werden. Darunter wird sowohl das individuelle Lernen wie die Information, Risikoeinschätzung, förderliches Gesundheitshandeln, etc. und die systemischen Bedingungen/Veränderungen wie aktiver Einbezug aller Beteiligten, Thematisierung der Haftbedingungen, etc. verstanden.

Das Risiko im Vollzug kann durch die Akzeptanz diverser Handlungen (Drogenkonsum, Sexualität) vermindert werden, indem dadurch risikomindernde Strategien entstehen. Das Risiko kann in der Realität nicht abgeschafft werden. Dazu braucht es auch die Integration der Kompetenzen und Erfahrungen der Betroffenen. Es ist von Bedeutung, dass Informationen oder Präventionsarbeit in einem freiwilligen Rahmen angeboten und bereits vorhandene Ressourcen genutzt werden. Das Wissen muss sich an die eigenen Orientierungen der Betroffenen anknüpfen lassen, damit dieses auch angenommen wird. So können DrogenkonsumentInnen davon ausgehen, dass ihre Bemühungen im Vollzug dann auch zu ihrer Gesundheit beitragen. Wie mit Risiken des Drogenkonsums im Gefängnis umgegangen wird, hängt davon ab, wie sich die Bedingungen generell gestalten. Besteht ein Gefühl der Ohnmacht und eine Situation der reinen Verwahrung, so können die InsassInnen kaum selbst auf ihr Leben einwirken. Die Selbstbestimmung ist nicht in einem kleinen Maß vorhanden. Eine Verbesserung der Haftsituation wäre gegeben, wenn alle Faktoren des Lebens in Haft eine Modifizierung erfahren: das Wohnen, die Arbeits- und Ausbildungssituation, Ernährung, Besuchs- und Ausgangsregelungen, etc. Besonders die Faktoren, die außerhalb der Haft liegen wie Ausgänge, Besuche, Einbindung externer Personen, etc. bringen die Motivation dafür, wie die Haftzeit überwunden werden kann und gibt einen hoffnungsvollen Ausblick auf die Zeit des *Danach* (vgl. Stöver 2000, S. 323 ff.).

Strategien zur Schadensminimierung sind sowohl für die DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug als auch für die Bediensteten von Bedeutung. Das Personal ist ebenso aufgrund von Nadelstichverletzungen bei Kontrollen gefährdet. Die Übertragung von harm-reduction Strategien in den Vollzug ist oft sehr problematisch. Die Gründe dafür liegen darin, dass

- diese harm-reduction-Strategien gegensätzlich gegenüber dem Sicherheitsauftrag und der Abstinenzforderung stehen,
- der Bedarf verleugnet wird,
- nicht offen mit den gesundheitlichen Risiken des Drogenkonsums in Haft umgegangen wird,
- die Drogenhilfe außerhalb nicht die Reichweite bis in den Vollzug besitzt,
- es keine durchgehende Betreuung gibt,
- Kooperationen durch Desinformation, Abgrenzung und Misstrauen verhindert werden,
- die externe Drogenhilfe in den Vollzugsanstalten sich hauptsächlich an einer stationären drogenfreien Therapie orientiert.

Für die KonsumentInnen im Vollzug ist es relevant, Maßnahmen zu setzen, um die gesundheitliche und soziale Situation im Strafvollzug zu verbessern. Diese Maßnahmen können sein: Stigmatisierung durch gemeinsame Fortbildungen über den Suchtverlauf vermindern, Kooperationen und Vernetzungen beispielsweise bei der Substitutionsbehandlung mit bereits substituierenden ÄrztInnen ermöglichen, gesundheitliche Risiken im Vollzug zum Thema machen, Infektionsprophylaxe zu diskutieren und durchzuführen, Peer-Support entwickeln und zulassen, schadensminimierende Projekte anbieten, gendersensibel arbeiten und die Lebensbedingungen im Gefängnis näher ansehen und analysieren bzw. deren Verbesserung im Fokus haben (vgl. Stöver 2000, S. 340 f.).

Die Situation während der Haft ist die eine Seite der Lebensbedingungen. Die andere Seite ist die Zeit nach der Freiheitsstrafe, wenn die InsassInnen wieder sich selbst überlassen werden. Oft aber nicht immer wird die Entlassung vorbereitet und/oder zumindest begleitet. Besonders drogenabhängige InsassInnen brauchen Unterstützung im Übergang von *drinnen nach draußen*.

## **2.9. Haftentlassenenhilfe zur erfolgreichen Resozialisierung Drogenabhängiger**

In vielen Ländern von Europa ist die Gestaltung des Übergangs von der Haft in die Freiheit ein aktuelles Thema. Es besteht Einigkeit darüber, dass stabile Lebensverhältnisse nach der Gefangenschaft bedeutsam dafür sind, dass Menschen nicht zu Wiederholungstätern werden. Deswegen ist es relevant, die ersten Monate der Haftentlassung in den Fokus zu nehmen. Es geht um die Vorbereitung im Gefängnis und um den Aufbau von Kontaktpersonen. Die Unterstützung in der Wohnungs- und Arbeitssuche in Freiheit muss erfolgen. Hierbei ist es wichtig, dass alle beteiligten Personen an einem Strang ziehen. Die größten Probleme entstehen aufgrund zu geringer Information für die ehemaligen InsassInnen. Außerdem kommt noch belastend hinzu, dass auf kein bestehendes soziales Netz zurückgegriffen werden kann, die generelle Existenz nicht gesichert ist – oft aufgrund von Schulden und keiner Berufsausbildung bzw. einem generell niedrigen Bildungsniveau. Zu all diesen Bedingungen kommt die Stigmatisierung der Inhaftierung dazu. Die ehemaligen Häftlinge verlieren so schnell ihren Mut und ihre Motivation (vgl. Klopp/Krell 2013, S. 5 ff.).

„Die Koordination der nach Entlassung (...) angebotenen Maßnahmen hinsichtlich Wohnsituation, Arbeit etc. ist Teil eines Modells zur Kriminalitätsprävention und Verbesserung der sozialen Reintegration („community guarantee“). Es ist empirisch belegt, dass diese Art der Nachsorge sich bewährt, insbesondere, wenn durch ein Netzwerk intensiver Kooperation strukturiert ist (multi-agency-working)“ (Justice Cooperation Network o.J., S. 4).

Nur durch die angebotene Unterstützung der Resozialisierung wird das Gefängnis nicht zu einem idealen Ort des sozialen Lernens. Es kann dadurch jedoch der Versuch unternommen werden, die Benachteiligung und die Desintegration der Gefangenen, sowie ihre Perspektivlosigkeit zu verändern (vgl. Cornel 2009, S. 315). Es wird beinahe die Hälfte aller ehemaligen InsassInnen in einem Zeitraum von zwei Jahren wieder inhaftiert. Die präventive Wirkung einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft wird durch wissenschaftliche Untersuchungen untermauert. So wird nicht nur eine erneute Straffälligkeit verhindert, sondern trägt eine gelungene Wiedereingliederung auch zum Opferschutz bei. Diese Fakten stehen im allgemeinen Interesse der Gesellschaft (vgl. Justice Cooperation Network o.J., S. 1).

Um eine Resozialisierung gelingend zu gestalten, stellt Ressourcenorientierung eine wichtige Methode dar. Die InsassInnen kennen ihre Ressourcen oft nicht. Deswegen muss eine Förderung stattfinden, diese freizulegen. Die Erkennung diverser Talente kann durch kreative Angebote unterstützt werden. Diese Form der Persönlichkeitsentwicklung ist für die Resozialisierung und einem Mehr an Gesundheit maßgebend (vgl. Stöver 2000, S. 291). Von außen betrachtet, stellt der Strafvollzug einen höchst abgeschotteten Raum dar. So wird es nachvollziehbar, dass besonders in diesem Bereich das Übergangsmanagement eine große Herausforderung ist. Gerade durch drogenabhängige Straffällige wird deutlich, wie wichtig eine gute Kooperation unterschiedlicher Netzwerke ist. Es braucht nicht nur den Strafvollzug und die Bewährungshilfe, sondern ebenso die Suchthilfe mit diversen Beratungseinrichtungen und klinischer Suchtmedizin (vgl. Reker 2013, S. 16).

### 2.9.1. Rahmenbedingungen

“Only a few prisons talk pro-actively about relapse (...)” (Stöver 2002, S. 138). Für drogenabhängige Gefangene ergibt sich wahrscheinlich die gleiche Situation vor der Haftentlassung wie für freie Mitbürger, die auf Silvester warten: *Ein Rausch gehört einfach dazu*. Aber nicht alle Drogenabhängige befinden sich nach der Haft sofort wieder in ihrem alten Konsumverhalten. Wenn außerhalb des Gefängnisses etwas vorhanden ist, dass wertvoll für diese Person ist und sich nicht mit dem weiteren Konsum vereinbaren lässt, dann wird der/die KonsumentIn Überlegungen anstellen, inwiefern es gut wäre, wieder in den Konsum zu verfallen.

Die Entlassenenvorbereitung, welche sich mit Wohnraum, Arbeit und Familie beschäftigt braucht nun auch die Prävention erneuter Straffälligkeit und die Prophylaxe des Suchtmittelkonsums. Relevant ist, dass diese Maßnahmen direkt an die Haftentlassung anschließen. Die Angebote zur Unterstützung müssen für drogenabhängige InsassInnen rechtzeitig noch in der Haft beginnen und vorbereitet sein (vgl. Reker 2013, S. 16).

„Zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der Gefangenen ist ein Übergangsmanagement erforderlich, das eine enge Kooperation zwischen Justizbehörden (auch Strafverfolgungsbehörden) und (Sucht-)Hilfesystem voraussetzt. Die Aufgaben des Übergangsmanagements beziehen sich auf eine systematische Ver-

knüpfung von vollzuglichen Behandlungsmaßnahmen und den Leistungsangeboten zur sozialen und medizinischen Rehabilitation“ (Schay/Sichau 2013, S. 42).

Die gesellschaftlichen Bedingungen, mit welchen ein/e Haftentlassene/r aktuell konfrontiert wird, sind wesentlich komplexer und schwieriger als damals. Es haben sich sowohl der Arbeits-, als auch der Wohnungsmarkt verändert. Hier haben bereits Menschen ohne Haftstrafe Schwierigkeiten. Hinzu kommt noch die öffentliche Meinung über StraftäterInnen, verbreitet durch die Medien, welche besonders gerne über Extremfälle berichten. Dies macht die Situation sowohl für den/die Haftentlassene/n, als auch für diejenigen Personen, die helfen, nicht gerade leicht. Für Drogenabhängige wird es vor allem dann schwierig, wenn es um die Haftentlassung geht. Da diese Gruppe vorwiegend keine Vollzugslockerungen bekommt, gestaltet sich die Phase der Vorbereitung zur Resozialisierung als großes Problem. Wie sollen sie sich in die Gesellschaft eingliedern, wenn sie die Möglichkeit der Wohnungs- und Arbeitssuche nicht bekommen? Sie brauchen vor allem zu Beginn die Hilfe des Fachpersonals, um an ihre Papiere zu kommen. Hinsichtlich der Wohnmöglichkeiten muss geklärt werden, ob eine Möglichkeit zur Verfügung steht und/oder wie diese später finanziert wird. Gibt es keine und kann eine Suche nicht rechtzeitig gestartet werden, oder übernimmt niemand vorübergehend die Finanzierung, so bleiben den Personen meist nur noch die Notschlafstellen oder Obdachlosenheime über. In einer solchen Umgebung ist das Umfeld jedoch nicht gerade förderlich. Eine vorzeitige Haftentlassung ist meist nur dann möglich, wenn eine geeignete Wohnungsmöglichkeit bereits besteht. Ohne Lockerungen der Haft kann diese jedoch nicht organisiert werden. Auch die Arbeitssituation bzw. die Ausbildung besitzt nicht gerade positive Aussichten. Auf Grund der Abhängigkeit und eventuell vorhandener Infektionskrankheiten, ist es kaum möglich, einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu finden. Die Regulierung der Schulden stellt den nächsten wichtigen Schritt zurück in ein Leben in Freiheit dar. Oft haben drogensüchtige Personen keinen Überblick über den wirklichen Geldbetrag, da oft auch Briefe nicht zustellbar waren, da meist schon vor Haftantritt keine Adresse vorhanden war. Medizinische Weiterbehandlungen sollen auch noch vor Entlassung fixiert werden, um den Übergang und die kontinuierliche Betreuung zu garantieren (vgl. Eder 2012, S. 132 ff.). Um all dies zu managen, bedarf es mehr als nur den Sozialdienst im Gefängnis oder einer Organisation außerhalb. Aufgrund der vielen beteiligten Organisationen und Menschen, können schnell mehr Probleme entstehen, als vorhanden sind. Es wird deutlich, dass:

„(...)die Vielfalt der Beteiligten am Übergangsprozess ein grundsätzliches und erhebliches Problem darstellt. In der Haft sind dies die Sozialarbeiter/innen, die Psychologen/innen, die Mitarbeiter/innen vom Vollzugsdienst, die Gefängnisleitungen, aber auch Staatsanwälte/innen und Richter/ innen. Bei den Inhaftierten selbst sind es die Familie und die Partner/innen, die Ämter, die Anwälte/innen usw. Nach der Entlassung nimmt diese Vielfalt der belangten Behörden, Hilfeorganisationen und Einrichtungen noch einmal deutlich zu“ (Klopp/Krell 2013, S. 6).

Im gesamten Bereich der Hilfe für StraftäterInnen gibt es viele unterschiedliche Dienste und Institutionen. All diese nehmen am Übergang vom Gefängnis in die Freiheit teil. Diese arbeiten jedoch oft mehr neben- als miteinander. Durch dies entstehen Probleme, wer für welchen Bereich und welche Aufgabe zuständig ist. Somit werden einige Personen mehrfach betreut, doch kommt es auch zu Lücken für gewisse Bereiche. Im Interesse der Straffälligen sollten die Dienste jedoch mehr kooperativ arbeiten und ihren Zuständigkeitsbereich genau definieren und abgrenzen, um die genannten Probleme möglichst klein zu halten. Vernetzung benötigt gemeinsame Ansichten und Definitionen von den Zielen und Problemen. Es braucht genauso gegenseitige Verbindlichkeiten. Besonderes Augenmerk muss auf die Kontinuität der Unterstützung gelegt werden (vgl. Kawamura-Reindl 2009, S. 214 f.).

Um den Übergang in die Freiheit nach der Haft optimal zu begleiten und zu gestalten, ist es gerade für drogenabhängige InsassInnen wichtig, externe Drogenberatungsangebote bereits zu kennen bzw. mit diesen bereits in der Haft zusammengearbeitet zu haben. Die Vorteile bei externen Hilfen sind, dass diese aufgrund ihres Externenstatus mit Anonymität, Freiwilligkeit an der Inanspruchnahme und ihre Unabhängigkeit zum Vollzug arbeiten können. Relevant ist jedoch die weitere Anbindung der Betreuung nach der Haft. So kann eine längerfristige Betreuung mit kontinuierlichen Angebot und denselben Ansprechpersonen gesichert werden (vgl. Stöver 2000, S. 127).

„Das Angebot der externen Suchtberatung beinhaltet Beratungsgespräche zu lebensweltnahen Aspekten, die der Informationsvermittlung dienen oder sich speziell mit den individuellen Problemlagen der Klienten [sic!] beschäftigen. (...) Von großer Bedeutung ist der Suchtverlauf, hinsichtlich Auslöser sowie Entwicklung der Konsummuster, Motive und Hintergründe des Konsums, Langzeitfolgen und Begleiterscheinungen, vorangegangenen Therapien, Rückfälle und Ressourcen zur Bearbeitung sowie Bewältigung der Abhängigkeit. (...) Wesentlich im Beratungsprozess ist die Schaffung eines Problembewusstseins beim Konsumenten [sic!], da viele anfänglich ihren Drogengebrauch bagatellisieren“ (Eder 2012, S. 123).

Personen, die bereits lange Drogen konsumieren und für die der Konsum einen wichtigen Stellenwert im Leben eingenommen hat, sind Alltagsroutinen wie andere sie kennen, nicht selbstverständlich. So entsteht nach dem Haftaufenthalt eine besondere Situation: Drogenabhängige InsassInnen können im Vergleich zu anderen nach der Haft nicht auf die gewohnten Alltagsroutinen zurückgreifen und ihr Leben gestalten. Diese waren zuvor oft schon nicht mehr vorhanden. Während der Inhaftierung war es für die InsassInnen nicht nötig, sich um sich selbst zu kümmern, sie wurden abhängig, denn alles (Nahrung, Kleidung, Arbeit, *Wohnung*, etc.) lief automatisch. In der wiedererlangten Freiheit jedoch ist es ihre eigene Aufgabe, für ihr Leben zu sorgen. Trotz extremer Bemühungen, funktioniert oft vieles nicht so, wie es in den Vorstellungen vorhanden war (vgl. Lang 2008, S. 166). Dieses Scheitern, der Kontakt zum früheren Umfeld oder der Nachholbedarf führen sehr häufig dazu, dass InsassInnen nach dem Vollzug wieder Drogen konsumieren.

„Drug use after detention can be considered as a means of compensating for the frustration experience by many released prisoners. However, to have again the possibility – after detention – to decide for oneself what quantity of drugs is consumed poses a great risk to ex-prisoners” (Stöver 2002, S. 37).

Oft kommen dem ehemaligen Häftling auch die Gedanken, wieder zurück in das Gefängnis zu gehen, wo Menschen sind, mit denen man reden kann, wo man einfach versorgt wird. Es werden nicht alle von der Haftentlassenvorbereitung erreicht. Gründe dafür sind, dass die Personen die Hilfe nicht in Anspruch nehmen wollen, oder aber nicht das Durchhaltevermögen besitzen, um mit dieser Unterstützung gemeinsam zu arbeiten (vgl. Klopp/Krell 2013, S. 6). Um einen Übergang in die Freiheit gelingend zu gestalten, muss bereits die Betreuung während dem Freiheitsentzug bedarfsgerecht vorhanden sein. Hierzu braucht es unterschiedliche Angebote, sei es von Einzel- und Gruppensitzungen um mit dem Konsumthema zu arbeiten, generelle Arbeits- und Beschäftigungsangebote, Ausbildungsangebote, etc. (vgl. Stöver 2000, S. 130 f.).

Für den Übergang ist eine Kooperation in der Zusammenarbeit von *Drinnen* und *Draußen* unermesslich wichtig. Vor allem muss auch immer wieder darauf verwiesen werden, dass Resozialisierung eine Aufgabe der ganzen Gesellschaft ist und die Bedingungen für Arbeit, Wohnen und Gesundheit verbessert werden müssen (vgl. Klopp/Krell 2013, S. 9). Die Vermittlungsarbeit der externen Beratungsstellen liegt jedoch nicht nur

im Bereich einer Therapie. Sie umfasst ebenso die Vermittlung zu einem Substitutionsplatz sowie einer psychosozialen Beratung. Es werden auch weitere Unterstützungsleistungen und Hilfen aufgezeigt (Wohngemeinschaft, Beratungsstellen, u.a.). Kann der/die Insasse/in nicht mehr von der gleichen Person nach der Haft betreut werden, so können andere Maßnahmen koordiniert werden. Dadurch kann eine kontinuierliche Betreuung von Drogenabhängigen besser gewährleistet werden (vgl. Eder 2012, S. 129).

Die Zeit nach einem Entzug, während und nach der Haft stellt sich als besonders gefährliche Situation für Drogenabhängige dar. Ein Rückfall in die Abhängigkeit ist jederzeit möglich, doch wird dieser im Strafvollzug nicht ausreichend bearbeitet. Die Nichtbeachtung eines Scheiterns in der Suchtbekämpfung hat womöglich den Grund, dass, wenn man das Scheitern als generell möglich anerkennt, dies den Anschein erwecken könnte, dass ein Leben ohne Drogen überhaupt nicht erreichbar sein kann oder muss. Das weitere Problem liegt darin, dass die Drogenhilfe, wenn sie im Vollzug stattfindet, mit der Haftentlassung endet. Kooperationen mit Helfersystemen außerhalb der Haft sind oftmals nicht vorhanden (vgl. Stöver 2000, S. 114).

“Studies have shown that the risk of returning pre-detention drug use after release rises according to the length of the prison sentence. The longer a drug user stays in prison, the more difficult will it be to adapt to life outside prison. Even a prison sentence of only several weeks, during which drug consumption was impossible, poses a considerable risk to released drug users: because of a reduced tolerance for opiates, even small quantities are life-threatening” (Stöver 2002, S. 36).

Die Gefangenen können nicht dazu gezwungen werden, Behandlungsangebote zu nutzen oder an ihrer Resozialisierung mitzuarbeiten. Sie müssen selbst dafür arbeiten. Hierbei sind die Strukturen des Vollzugs nicht gerade förderlich. Es kommt bei den InsassInnen eher zu einer passiven Lebensweise und dem Versorgungsgedanken. Für die Gefangenen zählt nur die Bewältigung des Moments, also der Haft und/oder der von Drogenkonsum bedingten Probleme. Damit wieder die Eigenkompetenz und die Selbstbestimmung erlangt werden können, brauchen die Häftlinge die Möglichkeit sich auszuprobieren. Für DrogenkonsumentInnen jedoch besteht wie bereits erwähnt eine zusätzliche Einschränkung. Ihre Handlungsspielräume können sich so nicht erweitern (vgl. Stöver 2000, S. 334 f.). „Gefragt sind die Akzeptanz des So-Seins bei allen Erfordernissen zum Verändern, das Verstehen auch im Scheitern und das Nicht-Fallenlassen nach einzelnen Misserfolgen“ (Cornel 2009a, S. 50 f.).

Um die Drogenabhängigen nach der Haft wirkungsvoll zu unterstützen, bedarf es einem abstinenten Wohnraum, hilfreiche soziale Kontakte sowie auch eine sinnvolle Beschäftigung. Doch gerade in Einrichtungen, die drogenabhängige obdachlose Straffällige betreuen, besitzen einen hohen Anteil von jenen Personen, welche in diesen Einrichtungen weiterhin Drogen diverser Herkunft konsumieren. Besser wäre es hier, dezentrale Betreuungen bereitzustellen. Darunter ist zu verstehen, dass nicht Wohngruppen, sondern separate Wohnungen zur Verfügung gestellt werden sollen, welche entsprechend begleitet werden (vgl. Reker 2013, S. 16). Drogenabhängige InsassInnen die von der Haft entlassen werden, sind jedoch nicht immer überzeugt, abstinent zu leben. Häufig ergibt sich für sie ein ständiger Ambivalenzkonflikt. Es ist den Drogensüchtigen bewusst, welche Risiken der erneute Konsum mit sich bringt, aber die Versuchungen sind ständig vorhanden. Diese Versuchungen können einerseits die drogenabhängigen Bekannten sein, ein Misserfolgserlebnis, Feiern, Langeweile, etc. ... Es reicht eine Situation, in welcher die Person schwach wird und die jegliche Bemühungen bis dato zunichtemachen (vgl. Reker 2013, S. 16).

„Durch das Ausarbeiten eines individuellen ‚Risikoprofils‘ werden die Bewältigungsstrategien auf die besondere Problemlage des Patienten abgestimmt. Die Betroffenen werden für künftige Risikosituationen sensibilisiert, um dann gezielte und adäquate Vorbereitungen treffen bzw. Vermeidungsstrategien entwickeln zu können, wobei es im Wesentlichen darauf ankommt, den drohenden (Verhaltensrückfall) wie den akuten Rückfall (Substanrückfall) in seiner gesamten Dynamik verstehen und akzeptieren zu lernen“ (Schay/Sichau 2013, S. 45).

Der Rückfall in alte Konsumverhaltensmuster ist ein individueller und komplexer Prozess. Vor allem beinhaltet es oft auch eine krisenhafte Situation. Um diesen zu umgehen, brauchen sowohl jene Personen die mit den Drogenabhängigen arbeiten, als auch die Drogenabhängigen selbst einen differenzierten Blick, um individuelle Strategien zur Bewältigung zu entwickeln. Die Drogenabhängigen selbst haben oft ein falsches oder realitätsfernes Bild über den Rückfall und keine Ahnung, wie sie mit diesem umgehen sollen bzw. besitzen nur sehr inadäquate Bewältigungsstrategien. Meist wissen sie viel zu wenig über ihre Abhängigkeit und darüber, wie sie mit Rückfällen umgehen können. Hierzu wäre es notwendig, Maßnahmen zur Rückfallprävention vorzunehmen. Diese sollten vor allem einem chronischen Missbrauchskonsum entgegenwirken, einen verantwortungsvollen Konsum oder Abstinenz anstreben, die drogensüchtigen Personen zu ExpertInnen über sich selbst zu machen, einen Rückfall vorzubeugen und für den Fall

des Rückfalls geeignete Strategien mit den Drogenabhängigen entwickeln (vgl. Schay/Sichau 2013, S. 45). Für Menschen mit Drogenabhängigkeit ist es vor allem wichtig, dass sie Hilfe bekommen um konsumfrei zu bleiben, oder zumindest Unterstützung darin bekommen, mit den Drogen kontrolliert umgehen zu können. Da Straffälligkeit und Drogenkonsum oft in Zusammenhang stehen, ist es logisch, dass Rückfallprävention von drogenabhängigen Personen gleichzeitig auch Kriminalprävention ist (vgl. Reker 2013, S. 15). Viele der Entlassenen profitieren von der Vorbereitung der Entlassung und besitzen eine gute Chance zur Resozialisierung. Nicht zu vergessen ist jedoch, dass es auch haftentlassene drogenabhängige StraftäterInnen gibt, bei welchen die Chance der Resozialisierung gering ist. Dies sind vor allem schwer abhängige KonsumentInnen, welche über die Beschaffungskriminalität ihr Geld verdient haben. Für jene Personen sind die sozialen Hilfeleistungen nicht der Rede wert. Kehren diese DrogenkonsumentInnen in ihr altes soziales Milieu zurück, konsumieren sie weiterhin und beharren in der illegalen Finanzierung ihrer Lebensweise. Auch wenn diese Personen vielleicht keinen Ausstieg wollen, sollten sie zumindest die Wahl dazu haben (vgl. Reker 2013, S. 16).

Bevor Drogenabhängige die Haft wieder verlassen, befinden sie sich zum Teil im Vergleich zum Zeitpunkt des Haftantritts in guter Verfassung. Dies ergibt sich durch die abstinente Zeit in Haft, wo man sich zumindest körperlich erholen konnte. Sie gehen nun auf einen neuen Lebensabschnitt zu, welcher für sie noch viele offene Fragen in sich birgt (vgl. Reker 2013, S. 15). Um die Wirkung der Straffälligenhilfe deutlich zu machen, bedarf es mehr als nur einer Öffentlichkeitsarbeit, die auf diese Probleme verweist. Es muss dokumentiert werden, eine Transparenz vorhanden, sowie auch eine Qualitätssicherung der Ziele, Aktivitäten und Entwicklungen gegeben sein. Die Ziele, welche von den Diensten der Straffälligenhilfe verfolgt werden, stehen in Zusammenhang mit den vorhandenen gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen. Dies muss in der Hilfeplanung und Öffentlichkeitsarbeit mitbedacht werden (vgl. Kawamura-Reindl 2009, S. 215). Insgesamt ist es jedoch wichtig, eine gute Balance zu finden, welche sowohl Sicherheit, Reintegration als auch Rehabilitation vereint (vgl. Justice Cooperation Network, S. 4).

### 2.9.2. Kooperationen in Graz

Kooperationen hinsichtlich der Drogenarbeit und der Haftentlassung bestehen in Graz mit dem Verein b.a.s. (Karlau) und generell mit dem Streetwork Graz. Der Verein b.a.s. bietet zehn Beratungsplätze für InsassInnen im Entlassungsvollzug an. Das Streetwork kooperiert in dem Sinne, dass sie ihre KlientInnen in der Haft besuchen und als Betreuungspartner zur Verfügung stehen, sowie auch dass sie das Übergangsmanagement aktiv mitgestalten (vgl. Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 108).

#### 2.9.2.1. b.a.s. [betrifft abhängigkeit und sucht] Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

Der private Verein b.a.s. besteht seit 1984. Die Haupttätigkeit ist es, Beratungen und Therapien zu diversen Süchten anzubieten. Derzeit gibt es 13 Beratungsstellen in der Steiermark. Die Suchtberatung und Therapie ist sowohl ausgerichtet für Glücksspiel, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente, als auch für andere Süchte. Zum Angebot dieser Einrichtung zählt auch die Information über Süchte und ihre Auswirkungen, sowie auch professionelles Coaching. Die Zielgruppen des Vereins b.a.s. sind Menschen, welche einen problematischen Konsum oder eine Abhängigkeit mit den Substanzen Alkohol, Medikamente oder illegalen Drogen aufweisen, Personen die Probleme mit Essstörungen und Glücksspiel besitzen, Angehörige und Freunde/Bekannte von Menschen, welche Suchtprobleme haben und auch Personen, die selbst im beruflichen Kontext mit der Suchthematik beschäftigt sind.

Personen welche diese Unterstützung in Anspruch nehmen, können sich sicher sein, dass ihre Anonymität gewährt bleibt. b.a.s. sammelt zwar für Dokumentationen in Europa und speziell für Österreich Daten, diese werden jedoch nur anonymisiert verarbeitet. Werden weitere anonyme Daten gesammelt, so dient dies laut dem Verein nur dazu, um ihre Tätigkeit nachzuweisen. Gespräche die nur Information oder eine Abklärung enthalten, werden kostenfrei angeboten. Handelt es sich jedoch um längerfristige Beratungen, so entstehen Kosten. Diese richten sich jedoch nach den finanziellen Möglichkeiten der KlientInnen, da dieser Verein Förderungen vom Land Steiermark, dem Bund und von Sozialhilfeverbänden erhält. Diese Förderungen können jedoch nicht alle Kos-

ten der Beratungsleistungen decken. Beahlt man eine Beratungsstunde selbst, so würde dies auf 80 Euro pro Stunde kommen. b.a.s. bietet Beratungen und Informationen via Telefon, online und persönlich an. Des Weiteren gibt es längerfristige Beratungen, Begleitungen, Einzel-, Paar- und Familientherapien, Gruppentherapie, eine Kooperation mit Selbsthilfegruppen, Coaching für Personen die selbst in diesem Arbeitsfeld tätig sind, Beratungen von Behörden, Organisationen und Betrieben und auch die Hilfeleistung AkT – Ambulant kontrolliertes Trinken.

Die Arbeitsweise des Vereins gestaltet sich durch eine ganzheitliche Erfassung ihres Klientels. Dies umfasst deren Lebenswelt und aktuelle Situation. Es wird versucht über Dialog eine Zusammenarbeit erfolgreich zu gestalten, um die Verantwortung der KlientInnen zu fördern und auszubauen. Jegliche Schritte werden gemeinsam und nach den jeweiligen Bedürfnissen geplant. b.a.s. legt vor allem auch Wert darauf, wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen der Praxis in die Arbeit einzubinden.

Speziell für Graz bietet der Verein folgende Angebote an:

- SKOLL: Das ist ein Selbstkontrolltraining, wo es um einen bewussten Umgang mit Alkohol, Drogen und Glücksspiel geht.
- Innere Spannung/Skills – Gruppe für Menschen mit hohen inneren Spannungszuständen.
- Gruppe für abstinentorientierte Menschen mit Alkohol und/oder Medikamentenproblemen in Graz: Diese Gruppe besteht aus Menschen, die bereits nach einem Entzug abstinent leben und nun von b.a.s. nachbetreut werden.
- Gruppe für Menschen mit einer Glücksspielproblematik (vgl. b.a.s. o.J., o.S.).

#### 2.9.2.2. Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich

Der Kontaktladen und das Streetwork im Drogenbereich gehören zu der Einrichtung der Caritas der Diözese Graz-Seckau und bestehen seit 1999. Sowohl Streetwork als auch der Kontaktladen arbeiten nach den Grundprinzipien der Akzeptanzorientierung und

Niederschwelligkeit. Die Zielgruppe des Kontaktladens und des Streetworks setzt sich aus Menschen mit Abhängigkeiten von illegalen Drogen und Medikamenten zusammen, auch aus Personen, welche sich bereits in einer Substitutionsbehandlung befinden. Besonders abhängige Menschen für welche Abstinenz ein weit entferntes Ziel darstellt, ist der Kontaktladen, die aufsuchende Sozialarbeit und Einzelfallhilfe eine wichtige Unterstützung. Derzeit werden ca. 650 Menschen in Graz und der Steiermark betreut. Im letzten Jahr wurden 212 Haftbesuche durchgeführt. Insgesamt umfasst die Arbeit drei Teilbereiche mit je eigenen Angeboten und Prinzipien. Die Teilbereiche sind der Kontaktladen, die mobile Sozialarbeit (Streetwork) und die Einzelfallhilfe. Zu diesen Bereichen finden erweiternd noch andere Angebote und Hilfeleistungen statt: Haftbesuche, Wohnberatung, Projekte, Freizeitgestaltung und Rechtsberatung. Des Weiteren gibt es alle drei Monate eine eigene Zeitschrift des Kontaktladens *Harlekin*. Unterstützt wird die Leistung durch Studientage unter dem Thema *Komplexe Suchtarbeit* (vgl. Caritas der Diözese Graz-Seckau Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich 2013, S. 15 ff.).

Der Kontaktladen der Caritas dient dazu, um den Menschen einen Raum zu geben, um zu kommunizieren und um, falls notwendig, einen sicheren Ort darzustellen. Der Laden in Graz bietet als einziger in der ganzen Steiermark die Möglichkeit zum Spritzen- und Löffeltausch an. Die Spritzen werden kostenlos gegen bereits gebrauchtes Besteck getauscht. Der Kontaktladen ist wie ein Café, welches zusätzlich noch einen eigenen Tag nur für Frauen geöffnet hat. Die spezifischen Angebote sind neben psychosozialer Betreuung und Beratung eine Vermittlung an andere oder weiterführende Angebote, Schadensminimierung und Förderung der Gesundheit (Safer use, medizinische Versorgung, etc.), eine Rechtsberatung, Nahrung und Getränke, die Möglichkeit zu duschen und Wäsche zu waschen.

Das Streetwork als aufsuchende Sozialarbeit geht insgesamt drei Mal pro Woche mit je zwei MitarbeiterInnen auf die Straßen und sucht die Orte der Zielgruppen auf. Ihre Aufgaben sind vor allem Vermittlung, Information und Krisenintervention. Unter anderem haben sie jedoch auch sterile Nadeln zum Austausch mit.

In der Einzelfallhilfe wird ein/e KlientIn von jeweils einem Streetworker/einer Streetworkerin betreut. Dies kann sowohl nur ein Informationsaustausch, eine umfassende Beratung oder auch eine länger andauernde psychosoziale Begleitung sein. Die Einzel-

fallhilfe setzt auch dann ein, wenn es um die Begleitung zu diversen Behörden, um Haftbesuche oder die Vermittlung von Hilfen geht (vgl. Katzbauer 2011, S. 3 f.).

### 2.9.2.3. Drogenberatung Land Steiermark

Nicht im Kooperationsmodell der Justizanstalten angeführt ist die Drogenberatung des Landes Steiermark. Dies rührt daher, dass die Drogenberatung des Landes Steiermark eine hochschwellige Einrichtung ist und ihre Betreuung nur bei kürzeren Haftstrafen weiterführt. Nichtsdestotrotz erklärte sich ein Mitarbeiter der Drogenberatung bereit, ein ExpertInneninterview zu diesem Thema durchzuführen. Aus diesem Grund soll nun hier auch die Drogenberatung vorgestellt werden.

Die Landesregierung der Steiermark gründete in der Fachabteilung für das Gesundheitswesen im Jahr 1973 die Beratungsstelle (vgl. Land Steiermark 2015, o.S.). „Sie ist eine anerkannte Einrichtung nach § 15 Suchtmittelgesetz zur Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen“ (Land Steiermark 2015, o.S.). Die Beratungseinrichtung ist ambulant tätig und berät hinsichtlich diverser Süchte wie Nikotin, illegale Substanzen, Essstörungen, Medikamente, Alkohol, Internet- und Spielsucht. Sie richtet sich sowohl an Betroffene, als auch an Angehörige, MultiplikatorInnen und Interessierte. Die Beratungsstelle arbeitet mit einem multiprofessionellen Team. Die Angebote der Drogenberatung des Landes Steiermark sind sehr vielfältig:

Es gibt Informationen für SchülerInnen, LehrerInnen, MitarbeiterInnen anderer Institutionen und für Interessierte. Hierbei geht es vorwiegend um die Klärung von Fragen zu Formen der Sucht, Schädigungen und Wirkungen der Drogen etc. Diese Informationen können sowohl in Gesprächen, als auch in Vorträgen und Fortbildungen vermittelt werden.

Eine weitere Haupttätigkeit stellt die Beratung für Angehörige, Betroffene und für Menschen in sozialen Berufen dar. Diese kann sich mit einer Entscheidungsfindung für die passende Therapie bzw. Beratung, mit der Supervision für Personen im Beruf oder auch mit einer Unterstützung hinsichtlich des Umgangs mit suchtkranken Personen befassen. Betroffene Personen und deren Angehörige werden nicht nur beraten, sondern ebenso

betreut und/oder begleitet. Im Fokus stehen hier die Hilfe zur Selbsthilfe, das Finden und Nutzen der vorhandenen Ressourcen, das Arbeiten an Problemen sowie das Endziel eines Lebens in Abstinenz. Dieses Angebot kann je nach Bedarf in Anspruch genommen werden. Um das seelische Leiden der Personen und/oder der Angehörigen zielgerichtet zu verändern, wird Psychotherapie eingesetzt. Die PsychotherapeutInnen der Drogenberatung begleiten die KlientInnen bei ihrer Veränderung und veranlassen Veränderungen. Des Weiteren wird in der Psychotherapie darauf geachtet, die Selbstaufmerksamkeit der Personen zu fördern. Die Drogenberatung hat ebenso einen sekundärpräventiven Ansatz in ihrem Angebot, welcher sich NEXT STEP nennt. Dieser Ansatz richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, welche Suchtmittel konsumieren, sowie an deren Angehörige, Eltern und LehrerInnen. Im sekundärpräventiven Bereich geht es um bereits gefährdete Personen. Es sollen mit diesem Programm vor allem Schäden jeglicher Art präventiv verhindert werden.<sup>11</sup> In der Drogenberatung wird ebenso eine Eltern-Gruppe von zwei BeraterInnen geleitet. Es geht um die Vermittlung von Informationen sowie um eine zweite Stütze der KlientInnen durch ihre Eltern. Die Gestaltung der Gruppe ist offen und kostenlos. In dieser Einrichtung widmet man sich ebenso Personen mit der Auflage Therapie statt Strafe gemäß § 39 SMG (Suchtmittelgesetz). Die jeweiligen Personen müssen die Bedingungen für eine solche Aufnahme erfüllen und sich an die Regeln der Drogenberatung halten. Diese werden einzeln nach der angeordneten gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 SMG betreut. Maßnahmen in diesem Sinne sind die Psychotherapie, klinisch psychologische Betreuung, medizinische Betreuung und psychosoziale Betreuung. Die Drogenberatungsstelle arbeitet ebenso in der Justizvollzugsanstalt. Die Formen der Betreuung reichen von Informationsgespräche bis hin zu einer Weiterbetreuung nach einer Verhaftung, welche jedoch zeitlich begrenzt ist. KlientInnen können schriftlich mit der Beratung in Kontakt treten, was entweder persönlich oder über Verwandte oder dem sozialen Dienst der Justizanstalt Graz-Jakomini geschehen kann. Weiteres bietet die Einrichtung auch eine Beratung und/oder Betreuung für Substituierte an. Diese Personen können sich bereits in einem Programm befinden, oder Information und Hilfe zur Aufnahme ins Substitutionsprogramm benötigen. Es besteht zu guter Letzt auch noch die Möglichkeit einer Selbsthilfegruppe. Derzeit gibt es jedoch keine in den Räumen der Einrichtung.

---

<sup>11</sup> Mehr dazu <http://www.drogenberatung.steiermark.at/cms/beitrag/10909901/29026244>

Die Drogenberatung des Landes Steiermark kooperiert mit unterschiedlichen Partnern:

- Suchtkoordinator des Landes
- Suchtkoordinator der Stadt Graz
- Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz
- Drogenambulanz des ZSM (Zentrum für Suchtmedizin)
- Walkabout- Therapiestation für Drogenkranke
- VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark
- Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich
- BAS – Steirischer Verein für Suchtkrankenhilfe
- Fachstelle für Glücksspielsucht Stmk.
- FGZ – Frauengesundheitszentrum
- ZEBRA – Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von *AusländerInnen*

(vgl. Land Steiermark 2015, o.S.).

## **2.10. Ausblick – Diskurse**

„Menschen mit Drogenproblemen sind auch immer jemandes Sohn oder Tochter, Schwester oder Bruder oder Vater oder Mutter. (...)Menschen, die Drogen nehmen, verlieren nicht ihre Menschenrechte, einschließlich des Rechtes auf Gesundheit, Arbeit, staatliche Sozialleistungen, Teilhabe an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts und seiner Anwendung, Schutz vor willkürlicher Haft und dem Schutz vor grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung“ (International Harm Reduction Association 2010, S. 2).

Da es immer mehr InsassInnen mit einem Drogenproblem und einem sehr risikoreichen Verhalten gibt, ist es wichtig, Strategien und Hilfen zur Verfügung zu stellen. Personen sollen nach dem Haftaufenthalt nicht in einem schlechteren Gesundheitszustand entlas-

sen werden, als sie in den Strafvollzug gekommen sind (vgl. Stöver 2000, S. 148). Um dem Problem Konsum im Vollzug zu begegnen, wäre es sinnvoll die Widersprüche von Ordnung und Sicherheit und den Ansprüchen der Resozialisierung mit realistischen Hilfen entgegenzutreten. Es muss sowohl für die Gefangenen als auch für das Gefängnis im Rahmen des Machbaren sein. Die Räumlichkeiten und Methoden hinsichtlich der Arbeit mit Drogenkranken können jedoch nur sehr beschränkt erfolgen. Die Drogenszene im Gefängnis und die Hilfeangebote finden in einem räumlichen Territorium statt. Es ist kaum Toleranz für den Konsum vorhanden. Wichtig sind Ordnung und Sicherheit, welche den Alltag strukturieren (vgl. Stöver 2009, S.378).

„Der jeweilige biographische Standort, Art und Dauer sowie geschlechtsspezifisch und altersbedingt unterschiedliche Ausprägungen des Drogenkonsums, Verlauf der Drogenabhängigkeit, soziale und gesundheitliche Merkmale der gegenwärtigen Lebenslage, Ziele und Bedürfnisse der Betroffenen sind dementsprechend Faktoren, die Berücksichtigung finden müssen bei einer lebensweltorientierten Hilfestellung“ (Reinl/Stumpp 2005, S. 303).

Der Behandlungsvollzug enthält den Anspruch, Gefangenen viele diverse Angebote zu unterbreiten, um die Zeit im Gefängnis als Vorbereitung für die Zeit in Freiheit zu nutzen. Immerhin soll diese Zeit keine verlorene sein. Für DrogenkonsumentInnen bedeutete dies bisher immer in Abstinenz zu leben und dies auch nach dem Vollzug weiterzuführen. Durch die veränderte Wahrnehmung abhängiger Personen in der Drogenhilfe sollte auch der Strafvollzug eine andere Position, als nur jene der Abstinenz, vertreten. Es geht grundlegend um eine akzeptierende Haltung und eine Verbesserung aller Lebensbedingungen (vgl. Stöver 2000, S. 36 f.). Die externe und interne Drogenberatung sollen über Angebote verfügen, die jeweils eigenständig und auf die Bedingungen der Haft abgestimmt sind. Wichtig ist es, Alkoholsucht und Drogensucht mit jeweils anderen Methoden zu begegnen, da sich diese Gruppen auch im Vollzug voneinander differenzieren und abgrenzen. Sie besitzen jeweils eine andere Stellung im Gefängnis und zeigen andere Verhaltensweisen (vgl. Stöver 2000, S. 363).

„Durch den Freiheitsentzug steht der Gefangene [sic!] in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Staat woraus sich eine besondere Verantwortung und Fürsorgepflicht des Staates gegenüber dem Gefangenen [sic!] ergibt. Die Bedeutung der Herstellung bzw. Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit für die Gefangenen muß [sic!] als eine zentrale Voraussetzung für die Wiedereingliederung in das Alltags- und Erwerbsleben betrachtet werden“ (Stöver 2009, S. 379).

Diskurse im Bereich der Public-Health beinhalten Forderungen, nicht nur die individuelle Seite der Krankheit zu sehen, sondern auch die sozialen Verhältnisse und die Systeme näher zu betrachten. Es sollen alle Beteiligten der Gesundheitsförderung integriert werden, um gesündere Lebensverhältnisse herzustellen (vgl. Stöver 2000, S. 277).

“Prison populations contain a high prevalence of people with serious and often life-threatening conditions. Sooner or later most prisoners will return to the community, carrying back with them new diseases and untreated conditions that may pose a threat to community health and add to the burden of disease in the community.(...)The second reason is society’s commitment to social justice. Healthy societies have a strong sense of fair play: those involved in the provision of health care are committed to reducing health inequalities as a significant contribution to health for all. It is a fact that the majority of prisoners come from the poorest parts of society, with deficiencies in education and employment experience. Their admission to prison can be the first time they have had a settled life with adequate nutrition and a chance to reduce their vulnerability to ill health and social failure. Prison health care can play an important role in reducing health inequalities” (World Health Organization Europe 2014, S. 2).

Nicht nur für die Gesellschaft im Allgemeinen ist Gesundheit eine wichtige Ressource. Gerade für die Wiedereingliederung von Häftlingen ist sie von besonderer Bedeutung (vgl. Stöver 2000, S. 11). *Healthy Prisons* heißt, die Gesundheitsförderung auch im Gefängnis zu beachten. Sie wurde durch die Ottawa Charta eingeleitet und in mehreren Bereichen wie Schule, Krankenhäuser und Städte umgesetzt. Diese Forderung beinhaltet jedoch ein Spannungsverhältnis hinsichtlich des Vollzuges. Es geht einerseits um einen humanen Vollzug inklusive Vollzugslockerungen und der Vorbereitung auf die Haftentlassung und andererseits steht das Setting Vollzug auch für die Verwahrung der Gefangenen und die Abschottung dieser von der Gesellschaft im Rahmen des Sicherheitsauftrages. Die Bemühungen, sich dem humanen Vollzug immer mehr zu nähern, bestehen. Dennoch sind die strukturellen Dynamiken der Verwahrung im Gefängnis stark ausgeprägt: Das Leben der Gefangenen wird strukturiert, wodurch Abhängigkeitsverhältnisse und Reizarmut entstehen. So wird unter anderem eine Hilfslosigkeit erlernt. Dies überträgt sich auch auf den Gesundheitsbereich. Die Kompetenzen und Ressourcen der Häftlinge werden in dieser Umgebung nicht gefördert, sondern erfahren eher eine Unterdrückung (vgl. Stöver 2000, S. 12). Mit der Förderung der Gesundheit in den Gefängnissen ändert sich die Orientierung der Methoden und Konzepte weg von Krankheit und hin zur Gesundheit. Im Gefängnis kann diese Orientierung an Gesundheit nur erfol-

gen, wenn der Vollzug als ein System angesehen wird, wo viele unterschiedliche Menschen auf diversen Ebenen und mit je anderen Vorstellungen und Interessen zusammenarbeiten. Dieses System ist durch eine geschlossene, räumlich abgegrenzte Umgebung gekennzeichnet, wo diverse Gesetze, Regeln und Pflichten einzuhalten sind (vgl. Stöver 2000, S. 278 ff.). Um ein gesundheitsförderliches Konzept für alle Akteure im Strafvollzug zu gestalten, müssen die Kompetenzen aller Beteiligten gestärkt und gefördert werden. Ebenso muss auf die räumlichen Bedingungen geachtet werden. Diese tragen auch wesentlich zur Gesundheit bei. So bedarf es eventuell einer Verbesserung der Lichtverhältnisse, bessere Belüftung und Ausstattung, oder auch größeren Zellen. Vor allem aber ist es relevant, allen Akteuren Möglichkeiten zu geben, sich selbst zu schützen wie es auch außerhalb der Gefängnismauern allen Menschen zur Verfügung steht (vgl. Stöver 2009, S. 386).

Die Forderung der äquivalenten Behandlung ist die Basis für eine Unterstützung der Menschen im Strafvollzug. Der Fokus auf drogenabhängige InsassInnen soll darauf speziell aufmerksam machen und so auch die Gesundheitsförderung aller Akteure mit in den Blick nehmen (vgl. Stöver 2000, S. 15 f.).

„Langjährige Erfahrungen in der vollzuglichen Arbeit mit drogenkonsumierenden Inhaftierten kulminierten in einem offensiven Umgang mit den verschiedenen, widersprüchlichen Dimensionen der Problemwahrnehmung aus der Praxis:

- Drogenkonsum gehört zur Alltagsrealität von Justizvollzug trotz gegenläufiger ordnungspolitischer und -praktischer Bestrebungen.
- Drogenkonsumbedingungen in Haft haben gesundheitsschädigende Wirkung.
- Aspekte der Gesundheitsfürsorge und der sicherheitstechnische/ordnungspolitische Auftrag von Justizvollzug widersprechen sich (in diesem Kontext).
- Eine Beschränkung der anstaltsinternen Suchthilfe auf Abstinenzorientierung blendet suchtbegleitende und schadensminimierende Möglichkeiten aus.
- Der Angleichungsgrundsatz (gleiche Hilfsmöglichkeiten innerhalb des Justizvollzuges wie außerhalb) ist nicht umgesetzt“ (Stöver 2000, S. 303 f.).

Die Verleugnung des illegalen Drogenkonsums innerhalb der Haftanstalten hat unterschiedliche Gründe: Wird der Konsum im Strafvollzug anerkannt, so zeigt man im gleichen Schritt, dass das Sicherheitssystem schwach ist und dem Auftrag zur Verwahrung nicht nachgekommen werden kann. Der Konsum kann nicht an die Öffentlichkeit gebracht werden, denn Strafe kann nicht mit *Genuss* konform gehen. Dem Gefängnis würde vorgeworfen werden, wie ein Hotel zu fungieren und keinen Unterschied zu Per-

sonen zu machen, welche keine Straftat begangen haben. Außerdem hat es den Anschein, als würden die Vollzugsanstalten die Zahl der HIV-infizierten Personen kennen. Somit stellt diese Krankheit sich als kontrollierbar dar. Hierbei werden zwar andere Infektionskrankheiten nicht beachtet, dennoch richtet sich der Fokus auf die bekannten infizierten Personen. Es wird dadurch demonstriert, dass das Problem personifizierbar sei. Bezüglich einer Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck wird die Behauptung vertreten, wenn Utensilien verfügbar sind, wird der Konsum erleichtert. Dies könnte also andere Menschen zum Konsum verführen. Diese Aussage lässt jedoch außer Acht, dass die subkulturellen Entscheidungen für den Konsum nicht auf Grund von verfügbaren Mitteln zurückzuführen sind. Die Bediensteten arbeiten immer mit einem sehr großen Widerspruch. Einerseits sollen sie den Spritzenbesitz tolerieren, den Besitz von Drogen jedoch bestrafen. So wird eine weitere Spannung künstlich argumentiert neben jenen, die bereits bestehen (Anspruch des Strafvollzugsgesetzes und der Vollzugswirklichkeit). Da das Thema Drogenkonsum im Vollzug tabu ist, wird der Frage ausgewichen, wie es sein kann, dass in Freiheit DrogenkonsumentInnen als krank und behandlungs- als auch beratungsbedürftig angesehen werden können und im Vollzug dies jedoch keine mögliche Sichtweise darstellt (vgl. Stöver 2000, S. 42 ff.).

„Die Debatten seit mehr als 10 Jahren sind entsprechend emotional aufgeladen, weil sie den Lebensnerv des Selbstverständnisse [sic!] von Vollzug und deren MitarbeiterInnen treffen: Menschen werden aufgrund ihres Drogenkonsums/-besitzes (bzw. entsprechender Drogenbeschaffungsdelikte) inhaftiert, ein Verhalten, das auch im Gefängnis unter Strafe steht und nun sollen Unterstützungen für die Aufrechterhaltung dieses illegalen Tuns wenn auch unter hygienischen Bedingungen geleistet werden“ (Stöver 2000, S. 154).

Hinsichtlich der Prävention des Drogenkonsums und dessen Minimierung hat auch die EU einen Strategieplan hierfür aufgestellt.

„Bei der EU-Drogenstrategie geht es um ein komplexes Phänomen, bei dem nur auf lange Sicht Veränderungen zu erreichen sind. Sie stützt sich auf die zwei großen Pfeiler der Drogenpolitik — die Verringerung der Drogennachfrage und die Verringerung des Drogenangebots —, die durch die Querschnittsthemen Koordination, internationale Zusammenarbeit sowie Information, Forschung und Evaluierung ergänzt werden“ (Europäischen Union 2008, S. 9).

Punkt II der EU-Drogenstrategie betrifft die Reduktion der Nachfrage. Die Punkte neun und zehn beziehen sich auch auf den Konsum im Gefängnis. Es soll nach Punkt neun der Strategie ein Zugang zur Versorgung der Gesundheit für alle DrogenkonsumentInnen

nen im Gefängnis geben, damit Schäden vorzeitig vermieden werden können. Es geht hier um die Maßnahmen der Prävention, Behandlung, Harm-Reduction und Rehabilitation. Diese sollen äquivalent zu jenen außerhalb der Justizanstalten sein. Weiteres soll gerade auf die Haftentlassung und Nachbetreuung der InsassInnen geachtet werden. Vor allem aber muss ein Zugang zu Schadensminimierung gegeben werden, da nur so eine weitere Verbreitung der Infektionskrankheiten eingedämmt werden kann. Dadurch sinkt folglich auch die Zahl der Drogentoten in Europa (vgl. Europäischen Union 2008, S. 13 f.). Die meisten Hilfen sind eindimensional in Europa auf Abstinenz ausgerichtet. Hier werden jedoch Personen mit jahrelangen Suchtkarrieren und ihren Komorbiditäten von den Notwendigkeiten zur Versorgung (gesundheitlich und sozial) ausgegrenzt. Für langjährig Drogenabhängige ist Abstinenz nicht mehr, noch nicht oder überhaupt keine Option im Strafvollzug. Eine offensive Begleitung dieser Personengruppe zur Schadensbegrenzung ist im Bereich der Haft nicht vorhanden (vgl. Stöver 2009, S. 374). Das Gefängnis darf den Menschen die Freiheit verwehren, aber nicht die psychosoziale und medizinische Versorgung. Es soll durch die Verbüßung einer Freiheitsstrafe nicht noch zu weiteren Schaden und irreversiblen gesundheitlichen Problemen kommen. Der Vollzug muss sich am Äquivalenzprinzip orientieren. Sind extramurale Entwicklungen im Bereich der Drogen- und AIDS-Hilfe vorhanden, so soll man sich auch im Gefängnis an diesen Standards orientieren (vgl. Stöver 2000, S. 53 f.).

„Developments in several countries have shown that the justice system can play an important role in the education of groups or individuals who are potentially at risk of becoming infected with HIV or other bloodborne or sexually transmitted diseases. Individuals arrested, detained or incarcerated, in police stations, pre-trial detention centres (PTDC) or penal institutions, can be informed, trained and provided with the means to protect themselves. Often they are in contact with help facilities for the first time in their life, even though they have been drug users for a fairly long period of time” (Stöver 2002, S. 65).

Der Vollzug kann als möglicher Kontaktort mit den Drogenabhängigen genutzt werden. Dadurch kann auch die Haftentlassung besser geplant werden und schlussendlich auch gelingen. DrogenberaterInnen des Gefängnisses sollen sich mit jenen aus der umliegenden Stadt/Gemeinde vernetzen, damit ein Austausch geschieht und Beziehungen hergestellt werden können (vgl. Stöver 2000, S. 291). Werden externe Drogenfachkräfte in das Vollzugssystem eingebunden, so müssen gewissen Bedingungen gegeben sein: eventuell ein eigenes Büro, keine unnötigen Kontrollen, erleichterter Zugang zu

den Häftlingen und die Anerkennung ihrer Arbeit. Wichtig ist vor allem auch die Kooperation mit den anderen Systemen im Vollzug wie Sozialpädagogik, PsychologInnen und dem medizinischen Personal. Selbstverständlich müssen sämtliche Leistungen den Bedingungen des Vollzugsplanes entsprechen (vgl. Stöver 2000, S. 129). Mit einer Betreuung im Strafvollzug und generell sollen abhängige Personen wieder befähigt werden, ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten und ihren Alltag so zu bewältigen, wie es für sie passend ist (vgl. Schay/Sichau 2013, S. 41). Um DrogenkonsumentInnen die mit HIV infiziert sind, besser zu versorgen, bedarf es einer Vernetzung der Hilfen im medizinischen Bereich und im Versorgungsbereich von DrogengebraucherInnen. Man muss sich über die Problematik bewusst sein und die Krankheit so früh als möglich erkennen und eine ganzheitliche Behandlung vollziehen. Unter ganzheitlich versteht man die Verknüpfung von medizinischer als auch psychosozialer Betreuung (vgl. Bader/Heckmann 2005, S. 321).

“General principles for HIV/AIDS prevention and care in prisons (...)

- Good prison health is good public health (...)
- Good prisoner health is good custodial management (...)
- Respect for human rights and international law (...)
- Adherence to international standards and health guidelines (...)
- Equivalence in prison health care (...)
- Evidence-based interventions (...)
- Holistic approach to health (...)
- Addressing vulnerability, stigma, and discrimination (...)
- Collaborative, inclusive, and intersectoral cooperation and action(...)
- Monitoring and quality control (...)
- Reducing prison populations (...)” (United Nations office on drugs and crime 2006, S. VIII f.).

Das Auftreten von Infektionskrankheiten und dessen bessere Behandlung und Beachtung sowie Prävention sind nicht nur für die Lebenslage und die Bedingungen sowie Notlagen der Betroffenen von Bedeutung. Die langfristigen Folgekosten dieser durch steigende Leistungsanforderung an den medizinischen und sozialen Dienst sind ein weiteres Argument, um neue Methoden zur Prophylaxe einzusetzen bzw. zuzulassen. Dazu werden neue inhaltliche Orientierungen benötigt sowohl im Bereich der Medizin, der internen Drogenarbeit sowie auch bei der Kooperation mit externen Fachkräften. Zusätzlich muss es eine Ressourcensicherung im finanziellen wie im personellen Bereich geben (vgl. Stöver 2000, S. 167). Im Gefängnis wie in der Freiheit sind psychosoziale

Angebote zur Unterstützung der Betroffenen relevant. Sie sind vor allem ergänzend zu sehen und tragen wesentlich zu einer Perspektivenentwicklung bei. Hier können die Angebote: Motivation zu Arbeit und Ausbildung, Gruppengespräche, soziale Stabilisierung, Außenorientierung, etc. sein. Selbstverständlich muss dieses Angebot sich nach den jeweiligen Bedürfnissen der Individuen richten. In der Haftsituation kommt im Gegensatz zur extramuralen Betreuung hinzu, dass gerade die Situation in der Haft zum Thema gemacht werden soll, um so die Probleme ein wenig zu minimieren (vgl. Stöver 2000, S. 400). „Es muß [sic!] die Notwendigkeit und Dringlichkeit erkannt werden, akzeptierende, lebensweltnahe und gesundheitsschützende Hilfen zu entwickeln“ (Stöver 2000, S. 447).

Um den Zugang zu sterilen Nadeln auch im Gefängnis zu ermöglichen bedarf es noch einer Anerkennung der Relevanz dieser Maßnahme. Es gab jedoch einige Projekte diesbezüglich in diversen Ländern (Deutschland, Schweiz, Spanien und Moldawien) welche eine sehr positive Bilanz ziehen können. Weder wurden andere Personen mit Spritzen verletzt oder bedroht, noch konnte ein vermehrter Drogenkonsum festgestellt werden. Es gingen vor allem die Verletzungen durch den intravenösen Konsum als auch die gemeinsame Benutzung von ein und demselben Bestecks zurück (vgl. Stöver/Trautmann 2009, S. 92 f.).

“Scale up access for injecting drug users to prevention, drug dependence treatment and harm reduction services through promoting, enabling and strengthening the widespread introduction of prevention, drug dependence treatment and harm reduction programmes (...) (e.g. needle and syringe programmes, bleach and condom distribution, voluntary HIV counselling and testing, substitution drug therapy, STI diagnosis and treatment) in line with national policies” (UNICEF 2004, S. 4).

Die Vergabe von sauberen Spritzen außerhalb der Gefängnismauern wird selbst von Gegnern als eine langjährig bewehrte Strategie zur Infektionsprophylaxe anerkannt. Im Justizsystem findet man vordergründig Ablehnung und zahlreiche Begründungen diverser Art dagegen. Diese Einwände verweisen jedoch auf Widersprüche und auf generelle Probleme im Umgang mit drogenabhängigen InsassInnen und der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis. Diese enthalten bestimmte Menschenbilder über die Gefangenenpopulation und über DrogenkonsumentInnen. Des Weiteren kursieren auch viele Mythen über die Drogenkonsumwahl und das Konsumverhalten sowie dessen Entstehung und Verlauf. Hinsichtlich einer Spritzenvergabe im Vollzug kann auch erwähnt werden, dass

außerhalb durch die Möglichkeit des Erwerbs sauberer Spritzen der Konsum deswegen nicht weiter angestiegen ist. Auch die Annahme, dass der gemeinsame Gebrauch von Spritzen zur Kultur des Konsumierens gehöre, ist in dieser Hinsicht eine völlig herbeigezogene Realitätsansicht. Diese Personen sind keine unbelehrbaren *Junkies*, wie ausgegangen wird. Die Benutzung des gemeinsamen Bestecks liegt hauptsächlich an der Unzugänglichkeit zu sauberem Material. Vordergründig geht es nicht um die Unterstützung des Konsums, sondern um eine Vorbeugung von Krankheiten und Infektionen, welche das Personal genauso betreffen können. Die Frage stellt sich, wie lange es noch dauert die Drogenarbeit außerhalb auch in das Gefängnis umzusetzen und wie diese Zeit verkürzt werden kann. Die Schadensminimierung muss auch im Vollzug einen Platz finden. Dann kann man von einem realistischen Umgang mit Drogensucht sprechen (vgl. Stöver 2000, S. 155 ff.). Bei InsassInnen die nicht mit Hepatitis A oder B infiziert sind, oder keinen ausreichenden Impfschutz aufweisen, ist diese Impfung mit ihren drei Teilimpfungen anzubieten. Es soll dafür gesorgt werden, falls noch Teilimpfungen bei Haftentlassung fehlen, diese auch außerhalb vervollständigt werden können. Der Vollzug bringt hinsichtlich der Erreichbarkeit der Gefangenen einen Vorteil, da hier vor allem DrogenkonsumentInnen für die zeitlich aufwendige Impfung erreicht werden. Besonders diese haben nämlich aufgrund ihrer Lebensbedingungen eine verminderte Bereitschaft für diese Schutzimpfungen (vgl. Stöver 2000, S. 35).

„Ist eine Infektion nicht vermieden worden, ist nötig,

- ein verantwortungsvolles Verhalten der Gesunden und Kranken
- Senkung der Morbidität und Mortalität
- adäquate Betreuung der symptomlosen infizierten Personen
- optimale medizinische Betreuung und Pflege von erkrankten Personen
- psychosoziale Unterstützung und Förderung der Lebensqualität“ (Stöver 2000, S. 347).

Im Gefängnis wird nicht wie in der Freiheit Aufklärungsarbeit geleistet. In Freiheit ist diese durch Transparenz und Eigenverantwortlichkeit geprägt. Es wird im Gefängnis nicht über Themen wie Drogenkonsum und Sexualität gesprochen, wodurch auch die Ansteckung mit Infektionskrankheiten kein Problem darstellt. In diesem Zusammenhang wird die Lage der an HIV erkrankten Menschen nicht ausreichend hinsichtlich sozialer, gesundheitlicher und psychischer Bedingungen behandelt (vgl. Stöver 2000, S. 35). Die Justizanstalten in Österreich vertreten die Meinung, nicht wirklich mit dem

Problem von diversen Infektionskrankheiten im Vollzug betroffen zu sein. Dies widerlegen jedoch einige Studien. Es werden in Österreich jedoch trotzdem keine Nadel- oder Spritzen(aus)tauschprogramme angeboten (vgl. Bundesministeriums für Gesundheit 2011, S. 106). Um jedoch Forderungen für die InsassInnen durchzubringen, würde es eine politische Lobby brauchen. Zu aller erst müsste man sich von den Vorstellungen *Gefängnis als drogenfreier Raum* und der Kontrollierbarkeit der Stabilität der Gesundheit durch justizielle Kontrolle, von der Kontrolle über die Infektionskrankheiten und generell vom Bild des drogenkonsumierenden Menschen trennen (vgl. Stöver 2000, S. 447 f.). „Sowohl die Krankheits- als auch die Kriminalitätsorientierung bauen auf einem Defekt-Modell auf, das Drogenabhängigkeit jenseits gängiger Normalitätsvorstellungen und jenseits des Alltags verortet“ (Reinl/Stumpff 2005, S. 302). Zu beachten ist vor allem auch der steigende Migrationsanteil der InsassInnen mit Drogenabhängigkeit. Der Bedarf an einer Hilfe, die sowohl sprachliche als auch kulturelle Besonderheiten beachtet, wird immer größer. Generell bedarf es an realistischen Strategien für die Gefangenen. Horrorszenarien zur Prävention als auch die Vermeidung des illegalen Konsums überhaupt sind nicht zielbringend. Der Fokus muss auf die Dynamik des Gefängnisses hinsichtlich des fortsetzenden Konsums und dessen Folgeprobleme gelegt werden: es geht hier um die Themen Schulden, Erpressung, Gewalt zur Geldeintreibung, Mord, Abhängigkeit von Dealern, drohende Haftverlängerungsstrafen und die gesundheitlichen Gefahren (Infektionsrisiko). Dieses breite Wissen muss vermittelt werden, um jedem/r Gefangenen die Fähigkeit zu geben, die Risiken selbst richtig einzuschätzen, zu erkennen und Handlungsmöglichkeiten parat zu haben. Zu Haftbeginn werden den InsassInnen Informationen und Aufklärungen zu gewissen Themen bereitgestellt. Diese sind jedoch oft für die Lebenswelt der jeweils Betroffenen fremd. Solche Broschüren sollten eher durch die Einbindung diverser Personen wie externe Fachkräfte und den Gefangenen selbst erstellt werden. Diese sollen dann eine realistische Einschätzung der Gefahren über den Konsum von Schwarzmarktdrogen in Haft und die Folgeprobleme sowie auch über die Risiken des ungeschützten Geschlechtsverkehrs geben (vgl. Stöver 2000, S. 366 f.).

„Ziel ist der Mensch, der dem impliziten Menschenbild der Sucht- und Drogenprävention entsprechend, grundsätzlich dazu fähig ist, Eigenverantwortung und Selbständigkeit zu entwickeln, um dann mit der nötigen Ich-Stärke, der nötigen Kommunikations- und Konfliktfähigkeit und dem nötigen Selbstbewusstsein den

Einflüssen der Mit- und Umwelt entgegenzutreten zu können und eigenverantwortlich werten und entscheiden zu können. Der Mensch soll selbst ein Grundvertrauen in die Beeinflussbarkeit und den sinnvollen Zusammenhang des eigenen Lebens entwickeln. Der Mensch soll imstande sein, die Chancen und Gefahren des Lebens zu erkennen, um dann entsprechend kompetent darauf reagieren zu können“ (Uhl/Springer 2002, S. 36).

Menschen sollen selbst ihre Gesundheit beeinflussen und verbessern können. Die Verantwortung liegt in jedem Individuum, für sich selbst Sorge zu tragen. Dazu bedarf es Veränderungen in den sozialen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Weiteres soll allen die gleichen Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und -erhaltung zur Verfügung stehen. Soziale Unterschiede sollen überwunden werden. Hierzu wäre auch die Kooperation von unterschiedlichen Bereichen (Gesundheitssektor, Sozialsektor, Wirtschaftssektor, staatliche und nichtstaatliche Verbände) notwendig. Der Vollzug ist ein wichtiges Handlungsfeld um soziale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zu minimieren (vgl. Stöver 2000, S. 279 ff.). Die Selbsthilfe im Strafvollzug kann mittels eigens gegründeter Gruppen zu diversen Themen stattfinden. Dies bietet zum Beispiel bei HIV-Infizierten eine gute Unterstützung, um Erfahrungen im Gespräch auszutauschen und um die Situation leichter zu bewältigen. Die Gruppen werden im Idealfall extern betreut (vgl. Stöver 2000, S. 292). DrogenkonsumentInnen sind dann als selbstbestimmte Partner anerkannt, wenn sie mit dem von ihnen gewählten Lebensstil angenommen und akzeptiert werden, wenn sie die Kompetenzen und Erfahrungen in diesem Bereich einbringen können, diese wertgeschätzt und auch ernst genommen werden (vgl. Stöver 2000, S. 283) „Selbstbemächtigung als ‚sich selbst wieder Kraft zu geben‘ setzt voraus, die Macht zumindest über den Zugang zu Schutzmaßnahmen zu haben. Für den Strafvollzug bedeutet das: gleiche Schutzmöglichkeiten wie draußen auch“ (Stöver 2000, S. 347).

### **3. Empirischer Teil**

#### **3.1. Forschungsfrage**

Die Forschungsfrage welche mittels dieser Arbeit beantwortet werden soll lautet:

*Was brauchen von illegalen Drogen abhängige Personen im Strafvollzug?*

Es geht um das Aufzeigen der Lebensbedingungen abhängiger Personen in Freiheit und im Vergleich zu jenen im Vollzug. Hierbei sind es vor allem die medizinischen, psychischen und sozialen Bedingungen sowie auch die Unterstützungen in Freiheit und in Haft. Besonderes Augenmerk liegt auf dem Konsumverhalten, den Bedingungen der Abhängigkeit, dem Schwarzmarkt, den Todesfällen sowie auf den vorhandenen und erwünschten bzw. notwendigen Unterstützungen.

#### **3.2. Ziel**

Das Ziel der empirischen Untersuchung ist es, die Bedingungen abhängiger Personen im Strafvollzug sichtbar zu machen und zu erforschen. Besonders die angebotenen Hilfen zur Unterstützung und Schadensminimierung während der Haft und danach stehen im Mittelpunkt. Es sollen diverse Haltungen und Einstellungen zu dem Thema Drogenkonsum und des Drogenkonsums in Haft aufgezeigt werden.

#### **3.3. Forschungsdesign**

##### *3.3.1. Halbstandardisiertes leitfadengestütztes Interview*

Um die Lebensbedingungen von Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen im Strafvollzug zu erfassen, wurde das halbstandardisierte leitfadengestützte Interview als qualitative Forschungsmethode gewählt. Es werden sowohl ehemalige drogenabhängige Häftlinge, als auch ExpertInnen zu diesem Themenbereich interviewt.

Die qualitative Forschung in Form eines Interviews wird in der Sozialpädagogik immer häufiger eingesetzt. Das Interview ist die Erfassung von Bedeutungsmustern mittels der sprachlichen Mitteilung. Zum einen ist es intersubjektiv und authentisch und kann somit leicht auch von außenstehenden Personen verstanden und rekonstruiert werden, und zum anderen kann durch die Interpretation der Inhalte die Forschungsmethode bzw. das wissenschaftliche Arbeiten eingesehen werden. In dieser Arbeit kommt es zu einem ermittelndem Interview, da der/die ForscherIn einen fast ausschließlich einseitigen Informationsaustausch von Seiten des/der Interviewten intendiert. Explizit handelt es sich um ein analytisches Interview, indem mittels dieser Methode versucht werden soll, die Lebenslage und Bedürfnisse der drogenabhängigen InsassInnen zu erforschen. Um das Interview intersubjektiv überprüf- und nachvollziehbar zu gestalten, ist es relevant, eine soziale Distanz zu den befragten Personen zu haben, als auch die Fragestellung so neutral wie möglich zu gestalten. Die Fragen des Interviews sind offen gestaltet, um eine Vielfalt an Inhalten zu diesem Forschungsschwerpunkt zu erforschen. Mittels der Form des qualitativen Interviews soll den Befragten, im Sinne von ExpertInnen des eigenen Lebens, die Möglichkeit geboten werden, dem/der ForscherIn an ihrer Lebenswelt und somit auch an ihrer Sicht der Welt teilhaben zu lassen. In einer Interviewsituation wird die soziale Realität sowohl konstruiert, als auch im gleichen Moment reproduziert. In diesem Rahmen ist deutlich erkennbar, dass es eine prozesshafte Forschungssituation darstellt. Der Forscher/Die Forscherin ist durch seine/ihre Anwesenheit aktiv im Feld vorhanden und somit auch in die Forschung einzugliedern. Der/Die ForscherIn ist also auch ein Teil der Ergebnisse (vgl. Lamnek 2010, S. 301 ff.). Vor dem Interview wurden zwei Leitfäden erstellt, jeweils für die betroffenen Personen und für die ExpertInnen. Dadurch kann sichergestellt werden, dass alle relevanten zu erforschenden Aspekte erfragt werden und dass die Interviews dadurch vergleichbar sind, was besonders im Hinblick der Auswertung Relevanz besitzt (vgl. Hussy/Schreier/Echterhoff 2010, S. 216). „Er [Anm. d. Verf.: Der Leitfaden] ermöglicht in der Interviewsituation zunächst ein regelgeleitetes Vorgehen, das dann im weiteren Verlauf des Interviews die Basis für die geforderte Offenheit und Flexibilität der Gesprächsführung bildet“ (Stigler/Felbinger 2012, S. 141). Die Leitfäden wurden an die jeweilige gewohnte Alltagssprache der Personen angepasst. Die Interviewsituation ist jedoch so gestaltet, dass jederzeit auch Fra-

gen außerhalb des Leitfadens gestellt werden können. So können auch noch zuvor nicht bedachte Aspekte auftauchen (vgl. Hussy/Schreier/Echterhoff 2010, S. 216).

Es werden sowohl drogenabhängige Personen als auch ExpertInnen der Drogenarbeit zu diesem Thema befragt. Die ExpertInnen sind hier nicht in ihrer Biographie interessant, sondern in ihrer besonderen Position als Experte/Expertin für das Thema *Drogenabhängigkeit*. Was man unter Experte/Expertin versteht, hängt je nach Fragestellung ab (vgl. Flick 2010, S. 214). Somit ist man nicht aufgrund bestimmter Fähigkeiten ein/e Experte/Expertin, sondern man wird dies im wissenschaftlichen Sinn erst durch die Zuschreibung dieses Prädikats. Diese Zuschreibung ergibt sich aus dem jeweiligen Forschungsinteresse. Selbstverständlich ist der/die Experte/Expertin nicht ein Konstrukt des/der Forschers/Forscherin, sondern beruht auch auf gesellschaftlichen Regeln. ExpertInnen sind Menschen, die eine bestimmte Position innehaben und in einem gewissen Feld handeln und arbeiten und dadurch Fachwissen in diesem Bereich besitzen (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 11).

„Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren“ (Bogner/Littig/Menz 2014, S. 13).

Generell ist an der Person des/der Experten/Expertin der spezielle Unterschied zu anderen Personen sein/ihr Wissen in der Reflexion, Gewissheit oder im Zusammenhang und in der Relevanz dieses Wissens für die Praxis. So bietet es Orientierung und ist anleitend für Handlungen (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 13 f.).

### 3.3.2. Stichprobe

Die Stichprobe der empirischen Untersuchung dieser Arbeit besteht zu einem Teil aus Personen, welche die Merkmale drogenabhängig und ehemaliger Häftling besitzen und zum anderen Teil aus ExpertInnen der Drogenarbeit. Die Auswahl der Personen erfolgte ohne Selektion und durch die Hilfe eines/r Bekannten. Die ExpertInnen wurden aufgrund der Analyse der Literatur ausgewählt. Es wurden insgesamt sieben Personen interviewt, davon waren zwei ExpertInnen und fünf (ehemalige) betroffene Personen.

### *3.3.3. Durchführung der Interviews*

Die Kontaktaufnahme mit den ExpertInnen gestaltete sich über E-Mail, die mit den jeweils betroffenen Personen wurde über eine vermittelnde Person gewährleistet. Aufgrund regen Interesses an diesem Thema und einer guten Koordination der Termine, konnten die ExpertInneninterviews zur Gänze im Februar 2015 durchgeführt werden. Die Gespräche mit den jeweils betroffenen Personen erfolgten in den darauffolgenden Monaten. Die Interviews mit den betroffenen Personen fanden in einer privaten Wohnung statt, um eine angenehme und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in welcher auch über ein heikles Thema gesprochen werden kann. Die ExpertInneninterviews wurden auf Wunsch der ExpertInnen an verschiedenen Orten durchgeführt. Diese wurden jedoch zur Gänze in den jeweiligen Räumlichkeiten der Institution, in welcher die ExpertInnen tätig sind, gemacht. Die Dauer der einzelnen Interviews war sehr unterschiedlich. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die ExpertInneninterviews ca. 30 Minuten und die Interviews mit den betroffenen Personen zwischen einer Stunde und 15 Minuten dauerten.

### *3.3.4. Auswertungsverfahren*

Der Forschungsprozess wird durch die Erhebung der Inhalte und deren Transkription als auch durch die Interpretation der Inhalte nachvollziehbar. Die Interpretation ist nicht die individuelle Deutung des/der Interviewers/Interviewerin, sondern der Sachverhalt behält höchste Priorität. Durch dieses und durch die ständige Reflexion während der Interviewsituation durch die jeweilige Anpassung an den/die GesprächspartnerIn kann die Interpretation gewährleistet werden (vgl. Lamnek 2010, S. 319 f.).

Um das Interview qualitativ zu analysieren, bedarf es einer Transkription, bei welcher folgende Regeln eingehalten wurden:

#### 3.3.4.1. Transkriptionsregeln

„Grundgedanke: Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet“ (Mayring 1990, S. 64).

Es wird wörtlich transkribiert. Wenn im Dialekt gesprochen wird, so wird dieser möglichst wortgenau in das Hochdeutsche übersetzt. Ist eine Übersetzung nicht möglich, so bleibt der Dialekt beibehalten. Wortschleifungen werden an das Hochdeutsche angepasst.

|                 |   |
|-----------------|---|
| (...)           | Pause   |
| /               | abgebrochener Satz oder abgebrochenes Wort                    |
| (schmunzelt)    | schmunzeln  |
| (lacht)         | lacht   |
| (unv.)          | unverständliches Wort bei Transkription                       |
| GROSSBUCHSTABEN | besondere Betonung von Wörtern                                |
| (Wort?)         | bei Unsicherheit aufgrund der Deutlichkeit des Verständnisses |
| „Text“          | Zitation einer direkten Rede im Interview                     |

(vgl. Dresing/Pehl 2013, S. 20 ff.).

#### 3.3.4.1. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse analysiert das vorhandene Material in streng methodisch kontrollierten Schritten. Das Material wird in Einheiten zerlegt und der Reihe nach bearbeitet. Im Fokus liegt das Kategoriensystem, welches mittels der vorangehenden Theorie bestimmt wurde. Das Kategoriensystem dient zur Filterung der Aspekte, die interpretiert werden sollen (vgl. Mayring 1990, S. 86).

In dieser Forschungsarbeit wird genauer mit der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gearbeitet. Die Wahl für die strukturierende Inhaltsanalyse ergibt sich einerseits aus der Orientierung an bestimmten Aspekten und andererseits aufgrund der mehr theoriegeleiteten Textanalyse (vgl. Mayring 1990, S. 88).

Um die jeweilige Anonymität der betroffenen Personen zu gewährleisten und eine Rückverfolgung auszuschließen, werden die Interviews der Personen nicht nummeriert. Es werden des Weiteren nur Sachverhalte zitiert, die als harmlos angesehen werden können. Um alle anderen Ergebnisse der Forschung jedoch zu präsentieren, werden diese entweder verallgemeinert, wenn diese öfters vorkommen bzw. paraphrasiert wiedergegeben.

#### 3.3.4.2. Kategoriensystem

- Arbeit der ExpertInnen
  - Klientel
    - Alter
    - Substanzen
  - Zusätzliche Betreuung Gefängnis
    - Haft als erste Kontaktmöglichkeit
- Betroffene Personen
  - derzeitige Verfassung
  - Alter
  - Arbeit
  - Dauer des Konsums
  - Konsum Vergangenheit
  - Konsum Gegenwart
  - Abhängigkeit
  - Inanspruchnahme einer Therapie
    - Dauer
    - stationär
    - ambulant
  - Anzahl der Freiheitsstrafen
  - Zeit in der Haft
    - längste Strafe
  - Kenntnis über Beratungsstellen in Graz
    - weitere Institutionen

- Inanspruchnahme
- Strafvollzugsanstalten
- Lebensbedingungen
  - Allgemein
    - Folgen des Konsums
    - Ausgrenzung/Stigmata
    - Drogendelinquenz
  - Entzug
    - Entzugserscheinungen bei Inhaftierung
  - in der Haft
  - Konsum in der Haft
    - Wissen über Konsum
    - Probleme
    - Möglichkeiten zur Schadensminimierung
  - Konsumverhalten
    - vorhandener Konsum
    - vorhandene Substanzen
    - am meisten konsumierte Substanzen
    - Folgen des Erwischtwerdens
    - Needle-sharing
  - Beschaffung der Drogen
    - Preis
    - Schwarzmarkt
  - Gesundheitsrisiken in Haft
    - HIV und HEP
    - allgemeine Risiken
  - Hierarchie
  - Ausgrenzung/Stigmata
  - Hilfen während der Haft von außerhalb
  - Vollzugslockerung
  - Frühzeitige Entlassung
  - bekannte Todesfälle
- Auflage Therapie statt Strafe

- Drogenfreie Zone
- Wünsche zur Unterstützung
- Relevanz akzeptierender Drogenarbeit
  - Veränderung der Gefängnisrahmenbedingungen
- Harm-Reduction
  - Wissen der Betroffenen
  - Sinnhaftigkeit der Übertragung ins Gefängnis
- Substitution
  - Beikonsum
  - Angebot in der Haft
  - vor der Haft im Programm
- Peer Support
- Drogennotfall
- Haftentlassung
  - Kooperationen
  - Hilfe bei Entlassung

### **3.4. Auswertung**

Das vorhandene Material und die Wahl der Kriterien begründen sich einerseits auf der Theorie und andererseits auf den erhobenen Ergebnissen. Aus diesem Grund ist die Anordnung der Kategorien in ihrer Reihenfolge nicht dieselbe wie im Inhaltsverzeichnis, da dies für die Auswertung und ihre Ergebnisse sich als passender erwies. Zu den Zitaten der ExpertInnen ist die Bedeutung der Zeichen zu erklären, da diese an den Zitationsstil der gesamten Arbeit angepasst wurden und die Transkriptionsregeln ein wenig geändert werden mussten:

- (...) Pause
- [...] Auslassung von Wörtern/Sätzen
- ,‘ direkte Rede im Zitat

### 3.5. Forschungsergebnisse

Bevor die Forschungsergebnisse präsentiert werden, wird generell ein Einblick über die interviewten Personen, ihre Arbeit oder auch ihr Leben und Konsumverhalten gegeben.

#### 3.5.1. Arbeit der ExpertInnen

Die ExpertInnen arbeiten bereits einige Jahre im Suchtbereich, jedoch in zwei sehr unterschiedenschwelligen Institutionen. Grundsätzlich arbeiten beide ExpertInnen mit Personen, welche von illegalen Drogen abhängig sind. *ExpertIn1* ist in einer sehr niederschweligen Einrichtung tätig, welche aktiv zur Schadensminimierung beiträgt, wohingegen *ExpertIn2* in einer hochschweligen Einrichtung tätig ist, welche sich nicht nur auf illegale Drogen spezialisiert. Das *Klientel* der ExpertInnen unterscheidet sich somit aufgrund der Zielgruppendefinition. Auch hinsichtlich des Alters können Unterschiede festgestellt werden. *ExpertIn1* arbeitet vorwiegend mit Personen „zwischen 30 und 50, minimalst unter 18, minimalst und auch verhältnismäßig wenige zwischen 18 und 30 und auch wenige über 50, schon auch, aber wenig. Aber Schwerpunkt wahrscheinlich zwischen 30 und 40 oder 30 und 45 so im Verhältnis her“ (*ExpertInneninterview1*, Abs. 15). Die zweite Suchthilfeeinrichtung arbeitet vorwiegend mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 25, wo von circa 1.200 Menschen welche die Beratungsstelle in Anspruch nehmen, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen 350 Personen ausmachen (vgl. *ExpertInneninterview2*, Abs. 7). Von den 1200 Menschen kommt insgesamt „ein Drittel nur einmal, ein Drittel bis fünf Mal und ein Drittel sechs Mal und öfter“ (ebd., Abs. 7). *ExpertIn1* definiert die Zielgruppe, mit welcher sie arbeiten: „Opiatabhängige, Substituierte und polytoxykomankonsumierende Menschen. Wobei bei polytoxykomankonsumierend als Leitdroge für gewöhnlich eben Opiate sind, Kokain sind, Benzodiazepine beziehungsweise Mephedron oder die neuen Research Chemicals“ (*ExpertInneninterview1*, Abs. 9). Im Vergleich dazu ist *ExpertIn2* in ihrer beruflichen Praxis mit unterschiedlichen Süchten konfrontiert. Die Einrichtung definiert sich als „umfassende Suchtberatungseinrichtung, das beinhaltet auch die legalen Substanzen und auch Verhaltenssüchte wie Glücksspielsucht und Essstörungen“ (*ExpertInneninterview2*,

Abs. 11). Der Anteil der von illegalen Substanzen abhängigen KlientInnen stellt jedoch auch bei ExpertIn2 den Größten dar (vgl. ebd., Abs. 13).

Relevant für diese Forschungsarbeit ist besonders die *Arbeit der ExpertInnen mit der Schnittstelle Strafvollzug*, da besonders drogenabhängige KonsumentInnen oft auch aufgrund dieser mit dem Gesetz in Konflikt geraten (vgl. dazu Kapitel 5.5.2.3.2.). ExpertIn2 arbeitet nur bedingt mit drogenabhängigen InsassInnen zusammen. Die Erklärung liegt darin, dass „wenn diese Haft, wenn klar ist, dass diese Haft über eine längere Zeit geht, dann glauben wir, dass das nicht so viel Sinn macht, weil die Beratung eigentlich nur im Zusammenspiel mit den Herausforderungen im Alltag sozusagen sinnvoll ist und die Haft gibt in dem Sinn jetzt nicht die Möglichkeiten eines normalen Alltags wider“ (ExpertInneninterview2, Abs. 29). Es wird jedoch noch hinzugefügt, dass es auch Ausnahmen gibt. Betrifft die Haftdauer nur drei Monate, so wird der/die Betroffene weiter betreut, beziehungsweise versucht man dann für die/denjenigen einen Freigang für die Therapie zu erreichen (vgl. ebd., Abs. 29). Die Arbeit im Strafvollzug ist aber durch bestimmte Suchtgruppen und Besuche auf Anfrage über den Sozialen Dienst gegeben (vgl. ebd., Abs. 27). Etwas Gegenteilig sieht es in der Arbeit von ExpertIn1 aus. Ein Schwerpunkt hier ist die Einzelfallhilfe, woraus ExpertIn1 erklärt, dass viele ihrer KlientInnen mit dem Gesetz in Konflikt geraten

„und von dem her in der Justizanstalt Jakomini oder auch Karlau landen und das ist kein Grund, die Betreuung abzubrechen für uns. Das heißt, wir gehen regelmäßig in die Justizanstalten und betreuen die Menschen dort weiter. Von dem her sind wir regelmäßig dort und ja es ist, sag ich jetzt einmal, unsere Zielgruppe steht stark im Austausch mit den Justizanstalten“ (Expertinneninterview1, Abs. 29).

Die Einrichtung von ExpertIn1 betreut ungefähr 20 Personen, welche sich in Haft befinden (vgl. ebd., Abs. 33).

Interessant ergab sich auch der Anhaltspunkt der Literatur, die Haft als erste Kontaktmöglichkeit mit drogenabhängigen Personen für Institutionen zu sehen, um so auch eine Haftentlassung besser vorbereiten und organisieren zu können (vgl. Stöver 2000, S. 291). Für ExpertIn2 ist dies jedoch kein Thema, da eine Betreuung und Therapie nicht auf aufsuchender Ebene stattfindet (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 31). Ob eine solche Kontaktmöglichkeit vorteilig ist, erläutert ExpertIn2: „Das ist gerade schwer. Das ist ganz schwer zu beantworten, weil es hat Für und Wider. (...) Also ich denke, wahrscheinlich muss die Justiz für sich noch sich ein bisschen anders aufstellen, dass da eine

sinnvolle Kooperation gibt“ (ExpertInneninterview2, Abs. 33). Die Idee, eine Inhaftierung als erste Kontaktmöglichkeit zu nutzen, findet ExpertIn1 sehr wohl als denkbar.

„Kommt teilweise auch vor, dass Leute die drinnen sind, die wir nicht kennen, anfragen und uns plötzlich besuchen kommen. Wir haben grundsätzlich als Vorgabe trotzdem, dass wir sagen, wir betreuen Menschen weiter, die wir draußen betreut haben. Wir können nicht alle Menschen drinnen betreuen, die grundsätzlich Drogen konsumieren, weil es einfach unseren Rahmen sprengt. Das heißt, wir arbeiten im Kontext daraufhin bezogen, dass Betreuungsverläufe nicht unterbrochen werden“ (ExpertIn1, Abs. 43).

Grundsätzlich würde dies eine Möglichkeit darstellen, mehr Menschen mit Drogenabhängigkeit zu erreichen und ihnen die Hilfen aufzuzeigen. Dies würde jedoch Einiges mehr an Ressourcen und auch eine Veränderung der Rahmenbedingungen der Justiz benötigen.

Besonders wichtig und auch interessant für die Beantwortung der Forschungsfrage sind die *betroffenen Personen*. Alle interviewten Personen weisen die Merkmale drogenabhängig bzw. zum Zeitpunkt in der Haft als abhängig oder drogenkonsumierend und ehemalige/r Insasse/in auf. Wie bereits erwähnt stehen die Anonymität und der Datenschutz der Personen an erster Stelle, weswegen auch keine direkt Zitate aus den Interviews entnommen werden.

### 3.5.2. *Betroffene Personen*

Die InterviewpartnerInnen hatten zum Zeitpunkt der Befragung individuelle Verfassungen. Drei Personen ging es zu diesem Zeitpunkt gut, einer/m nur so halbwegs und einer/m schlecht. Das Alter der Personen lag zwischen 34 als jüngste/n Interviewpartner/in und 40 Jahren als älteste/n Interviewpartner/in. Von den fünf Personen gehen vier keiner bezahlten Arbeit nach. Mit dem Drogenkonsum haben drei Personen im minderjährigen Alter von 13, 14 und 16 Jahren begonnen und zwei Personen als junge Erwachsene im Alter von 20 und 22 Jahren. Von den fünf Personen wurden bisher meist alle *Substanzen* konsumiert. Am Häufigsten genannt wurden Heroin, Substitution, Cannabis, Ecstasy, Speed, Kokain, Haschisch, Marihuana und LSD. Der Konsum war meist ein Mischkonsum von mehreren Substanzen. Bezüglich des derzeitigen Konsums unterscheiden sich die Personen von den Drogen. Zwei von den Befragten konsumieren

regelmäßig Marihuana und drei Personen befinden sich im Substitutionsprogramm. Das meist genannte Substitutionsmittel ist Kompensan. Selbst als derzeit abhängig beschreiben sich drei von fünf Personen.

Da mit einem Drogenkonsum unvermeidlich meist auch die Inanspruchnahme einer *Therapie* einhergeht, wurde auch diese thematisiert. Alle fünf Personen befanden sich bereits schon einmal oder mehrmals in ihrem Leben in einer Therapie. Eine Person gab an, eine ambulante Therapie versucht zu haben und schlussendlich dann doch stationär auf eine Therapie gegangen zu sein. Alle anderen vier Befragten befanden sich auf einer stationären Therapie, meist durch die Auflage Therapie statt Strafe. Zwei Personen führten in diesem Zusammenhang an, dass sie sich auch selbst durch einen kalten Entzug bereits einmal oder auch vor der Therapie runtergeholt hatten. Die *Dauer* der Therapie erwähnten zwei Personen, welche sich auf sechs Monate belaufen hat. Ein/e Interviewte/r erzählte, dass er/sie sich im Rahmen der stationären Therapie (statt Strafe) im Grünen Kreis befand, welcher mit den Justizanstalten kooperiert. Die Einstellung zu Entzugstherapien konnte von einer Person herausgefunden werden. Diese sagte klar, dass, wenn man selbst nicht dazu bereit ist, ein drogenfreies Leben einzugehen, keine Therapie jemals eine Chance hat, dies zu bewirken. Therapien seien grundsätzlich nicht schlecht und helfen bestimmt auch einigen Menschen, aber es befinden sich eben oft auch extrem abhängige Personen dort, welche diese Chance nicht annehmen können oder wollen.

Alle betroffenen Personen waren ein- oder mehrmals bereits in Haft. Die *Anzahl der Konflikte mit dem Gesetz* und die *Dauer der Haftstrafen* sind von Relevanz, um aufzuzeigen, dass diese Personen nicht nur willkürliche und kurze Erfahrungen in den Strafvollzugsanstalten gesammelt haben. Selbstverständlich ist es trotz alledem immer die individuelle Sicht jedes/r Einzelnen. Des Weiteren zeigt dies auch einen Zusammenhang von Kriminalität und Drogenkonsum. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass die Personen gerade aufgrund dieser Eigenschaften für die Interviews ausgewählt wurden. Zwei Personen weisen jeweils eine und zwei Freiheitsstrafen auf. Die anderen drei Personen gaben sieben, zehn und 30 Freiheitsstrafen bereits verbüßt zu haben, an. Die eine Person mit der geringen Anzahl an Freiheitsstrafen befand sich gesamt je neun ein halb Monate im Gefängnis und die Zweite für sechs Monate. Bei den restlichen drei

Befragten beläuft sich die Zeit insgesamt im Gefängnis auf je sieben ein halb Jahre, über zehn Jahre und 15 Jahre. Die längst andauernden Strafen unterscheiden sich wiederum bei allen fünf Interviewten. Genannt wurde sechs und acht Monate, vier Jahre und vier Monate, vier ein halb Jahre und acht Jahre und elf Monate.

Interessant ist auch inwieweit die Kooperationen der Justiz mit den Beratungsstellen auf dem Papier mit den Erfahrungen der Betroffenen übereinstimmen, inwiefern also dieses Angebot wirklich vorhanden ist. Dies erschließt sich aus der Bekanntheit der gefragten Einrichtungen. Weiteres ging es auch darum, überhaupt zu erörtern, welche *Beratungsstellen* für die Personen bekannt sind und welche auch in Anspruch genommen werden.

Vier Personen kennen zumindest eine der gefragten Beratungsstellen. Die meist Bekannteste ist das Drogenstreetwork und der Kontaktladen der Caritas. Eine Person kann mit den genannten Beratungsstellen nichts in Verbindung bringen. Die Antworten auf die Frage, ob sie noch *andere Beratungsstellen* oder generell Stellen kennen, mit denen sie bereits zusammengearbeitet haben oder wo sie hingehen könnten, wenn sie Hilfe benötigen würden, fielen wieder sehr unterschiedlich aus. Zwei Personen konnten keine weitere Einrichtung nennen, zwei Personen erwähnten Neustart und eine Person gab an, den Grünen Kreis als Vorbereitung zu einer Therapie, die Möglichkeit zu einer Psychotherapie beim Magistrat Graz bei Herrn Ulf Zeder oder bei anderen Psychotherapeuten und die Substitutionsärzte zu kennen. Wie bei der Kenntnis kann auch bei der *Inanspruchnahme* folgendes Bild gezeigt werden: drei Leute nehmen die Beratungsstellen in Anspruch, wovon eine bereits eine ambulante Therapie bei b.a.s. gemacht hat. Diese drei Personen nutzen vorwiegend den Kontaktladen und das Drogenstreetwork. Die anderen zwei Befragten nehmen keine dieser Angebote in Anspruch. Ein/e Interviewte/r gab an, sich an eine Zusammenarbeit mit Neustart erinnern zu können, die jedoch keine positive Erfahrung war (vgl. Interviews Betroffene).

Folglich sollen nun die Ergebnisse hinsichtlich der Lebensbedingungen aus Sicht der ExpertInnen und aus Erfahrungen der betroffenen Personen erörtert werden.

### 3.5.3. *Strafvollzugsanstalten*

Es sollen hier alle Gefängnisse in Österreich, in welchen die jeweils betroffenen Personen ihre Freiheitsstrafe verbracht haben, erwähnt werden. Dies ist von Bedeutung, da die Aussagen bzw. die Ergebnisse somit nur auf die Erfahrungen der fünf Personen in den jeweiligen Justizanstalten zurückzuführen sind. Am häufigsten genannt wurde das Landesgericht Graz. Weiteres jedoch konnte eine große Streuung der Personen in den Gefängnissen festgestellt werden. Die Freiheitsstrafen wurden unter anderem verbracht

- im Landesgericht Wien,
- Landesgericht Wels,
- in der Außenstelle Jakomini,
- Judenburg,
- Leoben,
- Karlau,
- Stein,
- Hirtenberg,
- Wien Josefstadt
- und in der Außenstelle Münchendorf<sup>12</sup> (vgl. Interviews Betroffene).

Generell konnten so also ausreichend Erfahrungen aus unterschiedlichen Justizanstalten zusammengetragen werden. Die Lebensbedingungen von drogenabhängigen Personen allgemein und hier auch speziell in der Situation als Gefangene/r standen unter besonderem Interesse dieser Forschung.

### 3.5.4. *Lebensbedingungen*

Grundsätzlich ist nach Literaturrecherche von sehr schlechten Lebensbedingungen sowohl in Freiheit, als auch im Gefängnis auszugehen. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen sowohl einige Gemeinsamkeiten aller abhängigen Personen, aber auch eine sehr

---

<sup>12</sup> Nähere Informationen zu den einzelnen Justizanstalten unter:  
<https://www.justiz.gv.at/web2013/html/default/2c94848642ec5e0d0143e7f4ec274524.de.html>

individuelle Sicht und Art, sein/ihr Leben zu gestalten, auf. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass nicht *der oder die Drogenabhängige* existiert. Es gibt verschiedene Lebensansichten und -weisen, mit der Abhängigkeit zu leben (vgl. dazu Kapitel 5.7.).

#### 3.5.4.1. Allgemeine Lebensbedingungen

Die allgemeinen Lebensbedingungen von drogenabhängigen Personen konnten besonders in den Bereichen der Ausgrenzung und Stigmatisierung, als auch hinsichtlich der Drogendelinquenz erforscht werden. Interessant sind besonders auch die Folgen des Drogenkonsums.

##### 3.5.4.1.1. Folgen des Konsums

Die Folgen des Konsums wurden nicht mittels des Interviewleitfadens direkt erörtert. Ein/e Interviewte/r berichtete jedoch über persönliche, als auch über allgemeine Erfahrungen des Konsums illegaler Drogen.

Er/Sie erklärt ebenso, dass *der oder die typische Drogenabhängige* nicht existiert. Es gibt abhängige Menschen, welche von Tag zu Tag schauen, wie sie an ihre Substanz gelangen, beziehungsweise dass sie irgendeine Substanz bekommen und dann gibt es wieder jene, die über die Apotheke versorgt sind. Diese Versorgung ist dennoch meist nicht genug. Zu guter Letzt gibt es auch jene, die einfach Drogen aus verschiedensten Gründen besitzen.

Sehr ausführlich wurde auch über die Zeit der Therapie beim Grünen Kreis gesprochen. Es wurde wieder deutlich, dass eine Therapie nur Sinn macht, wenn es die eigene Entscheidung ist. Als schwer drogenabhängige Person bewegt man sich in einer extremen Szene und nimmt eine Therapie nicht ohne Überzeugung an. Er/ Sie erzählte von Personen, welche bereits schon zum elften Mal auf stationärer Therapie waren. Diese Beispiele machen deutlich, dass die Rückfallquote sehr hoch ausfällt, wenn die Entscheidung zu einer Therapie von außen praktisch *aufgezwungen* wird. Selbst die Situation

und das Zusammentreffen dieser Menschen in einer Therapieeinrichtung stellt eine weitere Herausforderung für diese dar. Er/Sie schilderte, dass der Kontakt mit den Personen für sie/ihn nach einiger Zeit zu viel wurde, da diese alle zusätzlich schwerwiegende Probleme haben. Eine Frau hatte sich während der Entzugstherapie aus dem Fenster gestürzt, andere wiederum wurden in ihrer Kindheit vergewaltigt etc. Dies zeigt deutlich, dass neben der Abhängigkeit meist noch viel tiefere und weitere persönliche Probleme liegen, an welchen zusätzlich intensiv gearbeitet werden muss.

Schwierig ist es laut dem/der Interviewten auch mit Menschen umzugehen, die andere Abhängigkeiten, wie zum Beispiel Alkoholabhängigkeit, aufweisen. Der Grund hierfür konnte nicht näher erforscht werden. Es könnte jedoch an den unterschiedlichen Auswirkungen der Abhängigkeiten diverser Substanzen auf den Menschen liegen, welche sich ja sowohl psychisch, physisch als auch sozial bemerkbar machen.

Deutlich kam auch die psychische Abhängigkeit zum Ausdruck. Die Person äußert, dass beim Freigang der erste Gedanke der Konsum war. Er/Sie führte jedoch an, hier noch nicht mit dem Bewusstsein konfrontiert gewesen zu sein, nie mehr *harte Drogen*<sup>13</sup> konsumieren zu wollen (vgl. Interviews Betroffene).

Folgen des Drogenkonsums sind meist vorhanden, welche jedoch stark von Person zu Person variieren. Deutlich wird hier vor allem auch, dass meist nicht nur aufgrund der Substanz Folgen entstehen, sondern auch hinsichtlich der Erfahrungen welche Menschen mit einer Abhängigkeit aufgrund verschiedener Settings und Rahmen, in welchen sie sich bewegen, machen.

#### 3.5.4.1.2. Ausgrenzung/ Stigmatisierung

Drogenabhängige Personen erleiden sowohl aufgrund ihrer Abhängigkeit, als oft auch aufgrund ihres delinquenten Verhaltens, eine Stigmatisierung. Hinzu kommen meist noch weitere Faktoren wie andere Krankheiten, Verlust von Arbeit und sozialer Ausschluss von der Familie und der Gesellschaft.

---

<sup>13</sup> Der Begriff harte Drogen wurde in dieser Arbeit nicht verwendet. Hierbei handelt es sich vor allem um illegale Drogen, welche sehr schnell abhängig machen und deren Wirkung sich sehr stark äußert wie z.B. Heroin.

Besonders die Soziale Arbeit ist in ihrem Arbeitsfeld darum bemüht, diese Personen aufzufangen und ihnen auf ihren weiteren Lebensweg zu helfen. ExpertIn1 erläuterte hierzu jedoch, dass oft gerade die Sucht ein Ausschlussgrund für Betreuungen in nicht speziellen Einrichtungen ist. Das konkrete Beispiel hier ist die Thematik der Haftentlassung und das Finden einer geeigneten Wohnung beziehungsweise auch Notschlafstelle (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 75).

„Es gibt zum Beispiel zwei Konzepte von uns einmal für Notschlafstelle, einmal für betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen. Die Sachen gibt es theoretisch. Liegt an Objektfindung, an Fördergebung, an Umsetzungswille und so weiter. Aber vielleicht tut sich da auch in den nächsten Monaten und Jahren was mehr“ (ExpertInneninterview1, Abs. 75).

In Graz gibt es dennoch einige wenige Einrichtungen, die auch Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen aufnehmen.

„Es gibt natürlich die Notschlafeinrichtungen, die die Leute nehmen wie in erster Linie sag ich jetzt einmal VinziTel und Arche38, aber auch Haus Elisabeth und so Männerwohnheim, Frauenwohnheim der Stadt Graz schon, ohne die wäre es sowieso massiv schwierig. Die da schon Engagement zeigen, wobei glaub ich beim VinziTel, die sagen dann auch okay wir können einen bestimmten Anteil an substituierten Menschen nehmen, aber nicht zu viel, weil sonst einfach das Ganze kippt also“ (ebd., Abs. 79).

Sucht ist meist ein Ausschlussgrund, da hauptsächlich die Angst vor dem intravenösen Konsum vor Ort besteht. Zum einen ist hier die Überdosierung, sowie das Liegenbleiben benutzter Spritzen das Hauptthema (vgl. ebd., Abs. 83). „Das ist auch sicher teilweise begründet. Es ist halt immer die Frage, wie man umgeht damit und wie man diese Themen löst“ (ebd., Abs. 83). Es ist also zu wünschen, dass sich auch dieses Bild bald ändert und konstruktive Lösungen gefunden werden können, dass sowohl die Organisationen ihre Sorgen hinsichtlich der Abhängigkeit und des intravenösen Konsums ablegen und die abhängigen Personen auf ein größeres Auffangnetz in Notsituationen zurückgreifen können.

Wie bereits des Öfteren erläutert, liegen kriminelles Verhalten und die Abhängigkeit von illegalen Drogen sehr nah beieinander.

#### 3.5.4.1.3. Drogendelinquenz

Eine der befragten Personen erzählte ganz offen, auch selbst mit Drogen damals gehandelt zu haben, da er/sie sonst keiner bezahlten Arbeit nachgegangen ist. Die Konsequenz war das Gefängnis. Ebenfalls erläuterte diese Person, dass es sehr einfach war, an DealerInnen zu kommen. Des Weiteren wurde erläutert, dass die Strafen meist dann auch nicht selbst angetreten wurden. Es folgte oft auch die Suche über die Polizei, in welcher sich die Personen oft noch in einem Drogenrausch befanden (vgl. Interviews Betroffene).

Auf einen Drogenrausch kann es sehr schnell auch zu einem entzügigen Verhalten kommen, besonders, wenn diese Personen überraschend dann verhaftet werden und einige Zeit nicht an illegale Drogen oder Ersatzmittel kommen.

#### 3.5.4.2. Entzug

Der Entzug wurde in der Empirie unter verschiedenen Rahmenbedingungen zum Thema. Einerseits ging es um den Entzug im Gefängnis und hinsichtlich einer Therapie, als auch um Entzugserfahrungen einer betroffenen Person.

Der/Die Interviewte erzählte sehr offen seinen/ihren Weg zu einem Leben, welches nicht mehr von Drogen dominiert wird. Ein wichtiger Punkt hierbei ist, dass die Entscheidung von der Person selbst kommt und nicht von außen erzwungen wird, da sonst ein Rückfall praktisch vorprogrammiert ist. Er/Sie kennt keine/n Bekannte/n, welcher es aufgrund einer alleinigen Einwirkung von außen geschafft hat, clean zu bleiben. Für diese Person liegen die Gründe für ein beinahe drogenfreies Leben darin, dass sie/er sich selbst auf kalten Entzug begeben hat und dies aus eigener Entscheidung.

Der Entschluss des kalten Entzugs wurde von heute auf morgen im Gefängnis gefasst. Er/Sie hatte bemerkt, wie sich sein/ihr Aussehen verändert hat. Besonders die Gewichtsveränderung wurde als sehr markantes Detail erwähnt. Damals wog diese Person gerade noch 54 Kilo, welches derzeit bei 72 Kilo im Vergleich liegt. Des Weiteren kam hinzu, dass der Gefängnisort mit seinen Rahmenbedingungen beigetragen hat, diese

Entscheidung zu unterstützen. Der/Die Befragte erzählte, dass er/sie vor allem die Gedanken hatte, nicht mehr an diesen Ort zurück zu wollen, und wenn er/sie sich dort nicht auf kalten Entzug begibt, funktioniert es draußen niemals. Außerdem beobachtete er/sie auch die Krankenstation und stellte sich selbst die Frage, ob er/sie dann mit 50 Jahren auch noch immer zu einem Arzt/einer Ärztin gehen will und von Apotheken abhängig sein möchte, um ein *normales Leben* zu führen. Dies trug alles dazu bei, um sich selbst auf kalten Entzug zu setzen. Die Person erörterte, einfach nichts mehr genommen zu haben, auch keine Ersatzmedikamente. Ein wichtiger Schritt auf persönlicher Ebene war auch der Schwur an sich selbst und seine Familie, nie wieder *harte Drogen* zu konsumieren. Für sie/ihn stand fest, sollte er/sie jemals wieder harte Drogen konsumieren, so würde er/sie sich selbst umbringen, da ein weiteres Leben bestimmt durch den Drogenkonsum nicht mehr in Frage kam.

Der Entzug stellte sich als sehr harten Weg dar. Insgesamt dauerte der richtig schwere Entzug circa ein ein halb Monate. Dieser wurde begleitet von sehr diffusen Gedanken, einem Delirium, von keinem richtigen Schlaf über Wochen hinweg und von drei Kreislaufkollapsen. Bis über ein dreiviertel Jahr danach erzählte die Person noch die Auswirkungen zu spüren (schwitzen, etc.).

Dies bringt sowohl die psychische und auch physische Abhängigkeit von illegalen Drogen sehr deutlich zum Ausdruck. Der /Die Befragte sagte auch selbst, dass dies ganz klar so lange dauerte, da er/sie wirklich alle Substanzen und in großen Mengen über einen längeren Zeitraum hinweg konsumiert hatte. Dennoch hat er/sie diesen harten Weg hinter sich gebracht und gibt nun selbst an, komplett weg von einer Abhängigkeit zu sein. Es besteht kein täglicher Kampf, um einem erneuten Konsum zu widerstehen (vgl. Interviews Betroffene).

Dies ist ein Beispiel, wo unter anderem auch die Rahmenbedingungen des Gefängnisses dazu beigetragen haben, sich für einen Entzug zu entscheiden. Dies konnte jedoch nur bei einer von fünf Personen herausgefunden werden.

ExpertIn2 gab ebenfalls an, dass es sehr wohl für einige Personen sein kann,

„dass Haft als Rahmen ja sozusagen grundsätzlich eine gute, als Rahmen eine gute Voraussetzung wäre, vielleicht da einen Entzug zu versuchen, weil man natürlich über möglicherweise über einige Monate oder Jahre sogar quasi aus seinem eige-

nen Umfeld herausgehoben ist und wenn das gut aufgestellt wäre, könnte man das ja nutzen“ (ExpertInneninterview2, Abs. 47).

Die betroffene Person wurde jedoch in keiner Weise unterstützt, sondern unternahm dies aus eigener Entscheidung und mit eigener Kraft. Beide Ansichten bringen wieder zum Punkt, dass grundsätzlich auch die Haft dazu genutzt werden kann, einen Entzug zu unternehmen, dennoch muss die Entscheidung von der abhängigen Person selbst kommen.

Der Entzug ist auch ein Thema zum Zeitpunkt der Inhaftierung. Drogenabhängige Personen erleiden oft zum Zeitpunkt der Inhaftierung einen Entzug, da dieser oft sehr willkürlich ist (vgl. Reker 2013, S. 15).

#### 3.5.4.2.1. Entzugserscheinungen zum Zeitpunkt der Inhaftierung

ExpertIn1 gab an, nur Erfahrungen hinsichtlich der Substitution und dem Entzug gemacht zu haben. Es kann

„direkt bei der Inhaftierung Probleme machen bis/ wenn das jetzt ein Freitag ist und der medizinische Dienst ist erst am Montag oder am Dienstag drinnen, dann kann es Probleme geben, dass die über das Wochenende nichts haben oder so, dann werden sie natürlich entzügig, das ja, aber meiner Beobachtung nach hat sich diese Situation in den letzten Jahren schon sehr verbessert“ (ExpertInneninterview1, Abs. 67).

Dies ist ein interessanter Aspekt, der vor der Empirie so nicht bedacht wurde. Die Frage stellte sich vorerst eher hinsichtlich des Entzugs aufgrund keiner Möglichkeit des Konsums, welche besonders zum Zeitpunkt der Inhaftierung sowie auch zu Beginn der Haftstrafe gegeben ist.

Drei von fünf Betroffenen gaben an, zum Zeitpunkt der Inhaftierung entzügig gewesen zu sein. Eine führte weiter an, dass dieser Zustand sich dann auch danach noch weiter gezogen hat. Eine der zwei Personen, welche keine Entzugserscheinungen aufwies, ist der Meinung, dass man kaum Drogenabhängige finden wird, die so schnell beginnen, Entzugssymptome zu verspüren. Diese ging jedoch davon aus, dass man während der Verhaftung bereits oder kurz davor konsumiert hat und dass somit ein Entzug erst einige Tage danach auftreten kann. Es kann also nicht behauptet werden, dass es unbedingt

und ebenso aufgrund der erhobenen Aussagen, zu keinem Entzug kommen muss (vgl. Interviews Betroffene).

Es wäre aus dieser Sicht notwendig, besonders auf die Bedürfnisse der Personen schon zum Zeitpunkt der Inhaftierung zu achten und zumindest eine schnelle medizinische Versorgung bereit zu stellen.

#### 3.5.4.3. In der Haft

Die *Lebensbedingungen in der Haft* sind jedoch für jede Person ein sehr eigenes und wieder spezielles Kapitel. Es prallen hier die Bereiche Illegalität, Abhängigkeit und Drogendelinquenz mit den Bereichen der Ordnung, Recht und Sicherheit aufeinander. Zu den Lebensbedingungen in einer Haftanstalt zählen diverse Faktoren. In dieser Forschungsarbeit geht es aber um die Variablen *drogenabhängig* und *Freiheitsstrafe*. Die Kombination dieser beiden Situationen ergeben weitere schwerwiegende Probleme. Für die Gesellschaft gilt der Strafvollzug als ein Raum, in welchem die Personen abgeschottet leben und in ein strafloses Leben geführt werden sollen. Dies bedeutet, dass die Utopie einer drogen-, sexual- und gewaltfreien Umgebung im Gefängnis besteht. Aus diesem Grund sind selbstverständlich auch die Justizanstalten bemüht, dieses Bild aufrechtzuerhalten (vgl. dazu Kapitel 5.6.). Dass dies jedoch weit von jeglicher Realität entfernt ist, kann mit den folgenden Forschungsergebnissen aufgezeigt werden.

Aus den *ExpertInneninterviews* geht hinsichtlich der Lebensbedingungen in Haft hervor, dass es eine grundsätzliche Basisversorgung über den Sozialen und Psychologischen Dienst im Gefängnis gibt. Dieser ist jedoch meist für drogenabhängige InsassInnen nicht adäquat, da hier das Vertrauensverhältnis für sie oft nicht gegeben ist (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 37). Des Weiteren wurde erläutert, dass es im Vergleich zu anderen Ländern in Österreich zumindest das Angebot einer Substitution gibt und diese auch weitergeführt werden kann (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 33). Mit dem Drogenkonsum generell und in der Haft kommen einige Probleme zu Stande. Generell stellt der Schwarzmarkt des illegalen Drogenhandels ein Problem für die KonsumentInnen dar.

„Da kann ich den Suchtkoordinator der Stadt zitieren den Dr. Zeder, der meint, Heroin am Grazer Schwarzmarkt hat einen Reinheitsgehalt zwischen 8 und 13 Prozent. Es ist nicht anzunehmen, dass es in Haftanstalten höher ist. Insofern hat man da sowieso ein Problem, dass man rund 90 Prozent Beimengung hat und nicht weiß, was dort drinnen ist eigentlich, wie bei jeder Schwarzmarktsubstanz, wobei es dann sogar gefährlicher wird, wenn die Reinheit nach oben geht, weil dann Überdosierung wieder leichter ist“ (ExpertInneninterview1, Abs. 45).

Besonders hervorzuheben ist auch von Seiten der ExpertInnen, dass es Faktum ist, dass in der Haft auch konsumiert wird und vor allem auch intravenös konsumiert wird, wodurch besonders große Gefahren entstehen (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 53). Dazu erklärt ein/e ExpertIn: „Gerade die Situation eines Insassen in einer Justizanstalt ist meistens keine besonders rosige. Die Menschen haben irgendwelche Probleme gehabt, haben schwierige Lebenssituationen, haben körperliche, psychische Erkrankungen und die Substanz macht ja im individuellen Kontext oft einen Sinn, Stressabbau, Situationen aushalten, was auch immer“ (ExpertInneninterview1, Abs. 57). Somit kann auch aufgrund der Erfahrungen mit ihrem Klientel aus professioneller Seite festgestellt werden, dass der drogenfreie Raum eine Utopie ist (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 59). Man könnte eher sagen, „dass natürlich die Rahmenbedingungen in der Haft auch vielleicht fast ein Indikator dafür sind, weiter zu konsumieren um das besser auszuhalten“ (ExpertInneninterview2, Abs. 75). Die Zahl der drogenkonsumierenden Personen in Haft ist auch aus ExpertInnensicht um einiges höher, als die Betreuungseinrichtungen wissen und Statistiken von Personen im Substitutionsprogramm fassen können (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 43). Besonders der unklare Rahmen in welchem der Konsum im Geheimen passiert, verbirgt besonders große Gefahren (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 57). Hierzu erläutert der/die ExpertIn weiter:

„Auf der einen Seite ist es wichtig Strukturen vorzugeben und klare Aspekte vorzugeben oder man macht ein/ man öffnet einen Rahmen total. Man muss halt schauen, wie man das kontrolliert oder wie man das/ Aber der Punkt ist, so zwischen drinnen dann wird es ganz schwierig, oder ganz unklar. Aber Fazit ist, dass, das weiß ich aus Beratungsgesprächen, dass es natürlich drinnen auch in einer gewissen Art und Weise eine gewisse Szene gibt in der einiges zu kriegen ist. Wie auch immer das von Statten geht und das ist natürlich riskant (schmunzelt) aus mehrerer Hinsicht. Ob Verunreinigungen und so weiter weil eben keine Spritzen zur Verfügung stehen, dass ich die, was weiß ich, vielfach verwendet werden, dass Substanzen sehr unrein sind, weil sie was weiß ich schon eingenommen und sozusagen wieder (lacht) erbrochen aufbereitet werden, also das ist alles riskant, was die Gesundheit betrifft. (...) Also da, wie auch zum Beispiel sozusagen so ein Rahmen, wo möglicherweise Spritzentausch möglich ist anzudenken, aber da sind wir weit weg, weil da geht es um ein selbstverletzendes Verhalten, da geht es natürlich darum, dass sozusagen was Illegales damit unterstützt und da sind wir im Rahmen der Justiz auf einer ganz einer schwierigen Situation“ (vgl. ebd., Abs. 57).

Die Schwierigkeit liegt nicht nur in der Überlegung inwieweit man den Konsum zulassen soll, sondern dass er so und so stattfindet und sich die Rahmenbedingungen dafür höchst riskant für die betroffenen Personen gestalten.

Aus der Sicht der Betroffenen soll zu aller Erst ein Blick auf den *Drogenkonsum in Haft* geworfen werden.

#### 3.5.4.3.1. Konsum in der Haft

Das Konsumverhalten in Haft wurde bei der Befragung in die Bereiche: *Wissen der Justiz über den Konsum*, allgemeine Probleme und Angebote der Schadensminimierung aufgeteilt. In den jeweiligen Fällen von vier Personen wussten die Justizanstalten über den Konsum im Gefängnis Bescheid. Die Gründe waren hierfür Substitution, aufgrund von Harntests und auch aus Desinteresse, was die InsassInnen in ihren Zellen machen. Eine Person erwähnte, dass man vor allem eher dazu neigt den Drogenkonsum offen zu legen bzw. dass man abhängig ist, da man so leichter zu Substitution oder anderen Medikamenten kommt. Auch wenn einem persönlich dies dann vielleicht nicht wirklich hilft, hat man somit noch immer etwas, das man dann weiterverkaufen kann (vgl. Interviews Betroffene). In diesem Fall deckt sich die Forschungslage mit jener der Literatur nicht, welche davon ausgeht, dass der Drogenkonsum wegen Stigmatisierungen eher verheimlicht wird (vgl. Stöver 2000, S. 125).

*Allgemeine Probleme* hinsichtlich des Drogenkonsums wurden von zwei Personen geschildert. Einer Person wurde vorgeworfen, das Substitutionsmittel ausgespuckt zu haben, um es später anderwärtig zu verwenden (erhitzen und verflüssigen), was jedoch so nach Angaben der befragten Person nie geschehen ist. Die Folge davon war, dass jenem/r Insassen/in die Substitution sofort gestrichen wurde, woraufhin der/diejenige stark entzückt wurde. In Anbetracht der Gesundheit des Häftlings, war dies ein sehr einschneidender Schritt. Die Auswirkungen auf Körper und Psyche und die zusätzliche Belastung der Haftsituation sind keine besonders guten Bedingungen für die Stabilisierung der Gesundheit (siehe dazu Kapitel 3.2.). Des Weiteren kam zu Gespräch, dass einige Personen die Einnahme der Substitution vortäuschen um eben dieses später in

verflüssigter Form an andere Häftlinge weiterzuverkaufen. Die hygienischen Bedingungen sind hierbei sehr schlecht, was jedoch von konsumierenden InsassInnen nicht so wahrgenommen wird.

Folglich lag das Interesse auch an den *vorhandenen Möglichkeiten zur Schadensminimierung*. Keiner konnte eine wirkliche Strategie zur Schadensminimierung im Gefängnis nennen. Die einzige Möglichkeit, sich selbst zu schützen, wenn man dazu fähig ist, sei laut einem/r Befragten, sich selbst einfach auf kalten Entzug zu setzen. Dies ist aber keine aktive Maßnahme zur Verhinderung von weiteren Schäden durch den Drogenkonsum. Eine interessante Antwort stellte auch dar, dass die Justiz durch die Absonderung im Glauben ist, dass weniger als in Freiheit passiert. Dies sei jedoch auch nach Angabe der befragten Person eine Utopie, denn es geschieht hinsichtlich des riskanten Konsums weitaus mehr als in Freiheit aufgrund des nicht vorhandenen Spritzbestecks und der vielen konsumierenden Personen auf einem Raum (siehe dazu Kapitel 3.7.2.3.). Die Gesundheitsrisiken nicht nur für drogenkonsumierende, sondern für alle InsassInnen sind somit extrem hoch (vgl. Interviews Betroffene).

Es ist nicht zu leugnen, dass in den diversen Justizanstalten konsumiert wird und dies unter höchst riskanten Bedingungen. Allgemein zum Konsumverhalten kann gesagt werden, dass auch im Gefängnis sehr häufig intravenös konsumiert wird und kein Angebot zum Spritzentausch wie in Freiheit vorhanden ist. Dies entspricht eigentlich nicht dem Äquivalenzprinzip der extramuralen und intramuralen Versorgungsstandards aller Personen (vgl. Stöver 2000, S. 14 f.). Dieses Prinzip der Gleichheit richtet sich grundsätzlich auf die medizinischen Standards, worunter auch eine Substitution fällt. Dennoch ist eine Verminderung der Ansteckungsgefahr mit HIV oder Hepatitis durch das Angebot des Spritzentauschs ein Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Häftlinge, als auch darauffolgend der Gesamtbevölkerung (vgl. Stöver 2009, S. 380). Alle Personen gaben an, im Gefängnis auf verschiedene Art und Weise weiter Drogen konsumiert zu haben.

Das *Vorhandensein von Substanzen* unterscheidet sich nach der Art des Gefängnisses. In einer Außenstelle oder einem Strafhaus ist es wesentlich leichter, alles hinter die Mauern zu schmuggeln. Im Landesgericht bzw. in der U-Haft ist es schwieriger, Drogen ins Gefängnis zu bringen und doch kann man auch dort jegliche Substanzen erwerben.

Viele Drogen finden meist den Weg über Personen in die Haft, welche die Substanzen schlucken. Grundsätzlich jedoch traut man sich in den Landesgerichten weniger, da die InsassInnen hier weniger Zeit alleine und unbeobachtet verbringen als in anderen Gefängnissen. Es kommt noch hinzu, dass auch den Mithäftlingen, vor allem jenen, mit welchen die Zelle geteilt wird, kein Vertrauen geschenkt wird.

In den Gefängnissen sind grundsätzlich alle illegalen Drogen wie in Freiheit vorhanden. Am *meisten gehandelt* werden Substitol, Somnubene, Benzodiazepine und andere Schlaftabletten, Cannabis, Marihuana und Kokain. Werden Personen beim *Konsumieren illegaler Drogen erwischt*, so drohen ihnen eine Ordnungsstrafe, Hausstrafe, kleinere Sanktionen, eine Absonderung oder eine Zellenverlegung. Grundsätzlich jedoch passiert den konsumierenden Personen nichts.

Die Ansteckungsgefahr durch *gemeinsames Benutzen von Spritzen* ist klar vorhanden. Ein/e ExpertIn berichtet aus den Erzählungen von KlientInnen, dass die Spritzen nicht nur oft gemeinsam benutzt werden, sondern, „dass sehr viel improvisiert wird, wie man sich Sachen intravenös applizieren kann“ (ExpertInneninterview1, Abs. 33). Nur einer von den befragten Personen hat Needle-sharing im Gefängnis nicht wahrgenommen. Andere wiederum berichten vom gemeinsamen Gebrauch von zehn bis 17 Personen bis hin zu einer Weitergabe einer Spritze Stockwerke weit. Keiner der Betroffenen jedoch hat in der Haft needle-sharing betrieben.

Die *Beschaffung von Drogen in Haft* wird von allen Personen als sehr einfach bezeichnet. Der Aufwand an Drogen zu kommen ist jedoch etwas schwieriger als in Freiheit, aber mit den richtigen Kontakten funktioniert alles. Besonders zu den harten Drogen kommt man sehr leicht, da auch im Gefängnis substituiert wird und viele Häftlinge die Substitutionsmittel nicht unbedingt immer oral einnehmen bzw. auch sehr viel dazu konsumieren. *Die Preise illegaler Drogen am Schwarzmarkt* scheinen wie auch in Freiheit sehr zu variieren. Teilweise sind sie um das zwei- oder vierfache teurer als auf der Straße. Es kommt jedoch auch vor, dass gewisse Drogen ab und an auch billiger in Haft zu bekommen sind, als in Freiheit. Relevant ist, in welchem Gefängnis man sich befindet. Grundsätzlich jedoch ist der Preis im Gefängnis für abhängige InsassInnen ziemlich egal, denn wenn man die Droge konsumieren möchte, ist man bereit das zu zahlen, was

verlangt wird. Die Preise liegen ungefähr zwischen 20 und 120 Euro je nach Substanz und Menge (vgl. Interviews Betroffene).

Mit dem Drogenkonsum kommen zu den bereits bestehenden Gesundheitsrisiken in Haft weitere hinzu, vor allem im Rahmen einer Ansteckung mit diversen Infektionen, welche besonders durch den gemeinsamen Spritzengebrauch einhergehen.

#### 3.5.4.3.2. Gesundheitsrisiken in Haft

Drogenabhängige Menschen können meist nicht auf den Konsum verzichten, selbst nicht, wenn sie sich in Haft befinden und die Bedingungen für einen sicheren Konsum kaum oder nicht vorhanden sind. So bekommen sie oft Krankheiten, die sie in Freiheit noch vermeiden konnten. Immerhin muss noch bedacht werden, dass diese Menschen wieder aus dem Gefängnis herauskommen und wieder an der Gesamtbevölkerung Teil haben. Dies erhöht nicht nur das Risiko in der Szene, sondern auch für die gesamte Gesellschaft (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 37). Durch needle-sharing und ungeschütztem Sexualverkehr werden auch noch andere Krankheiten wie z.B. Tuberkulose etc. verbreitet (vgl. Eder 2012, S. 34).

Das größte Gesundheitsrisiko in Haft besteht angesichts des intravenösen Konsums,

„[d]ass dann sehr viel selbst gebaut ist, was natürlich alles in Summe massive gesundheitliche Schäden nach sich zieht, vor allem der gemeinsame beziehungsweise wiederholte Gebrauch von Spritzensets hier dann wirklich über Wochen, Monate hinweg gebraucht werden, wo von stumpfen Nadeln dann über natürlich verunreinigten, spröden Spritzen und so weiter, bis hin natürlich die Übertragung von Hepatitis/HIV große Themen sind“ (ExpertInneninterview1, Abs. 35).

Der Umgang mit der Ansteckungsgefahr ist erschreckend. Alle Personen erzählten, dass HIV und Hepatitis im Gefängnis zwar schon ein Thema an sich sind, jedoch niemand das wahre Risiko erkennt. Den meisten Häftlingen ist es mehr oder weniger völlig egal. Bezüglich des Needle-sharings besteht die Meinung, dass auch wenn jemand HIV oder Hepatitis hat, es noch lange nicht bedeuten muss, durch die gemeinsame Benutzung sich mit einem Virus anzustecken. Dies macht deutlich, wie viel an Aufklärungsarbeit allgemein noch zu leisten ist. Ein/e Betroffene/r erläutert jedoch näher, dass sich viele der Gefahr nicht bewusst sind, beziehungsweise, dass wenn sie entzückt sind, auf die Fol-

gen der gemeinsamen Benutzung vollkommen vergessen. Unter anderem sind auch viele DrogenkonsumentInnen der Ansicht, man könne die Spritzen auskochen und dass ein geringeres Risiko besteht, wenn die Nadel schon länger nicht benutzt wurde (vgl. Interviews Betroffene).

Grundsätzlich ist ein Auskochen von Spritzen möglich und auch besser als keine Desinfizierung, dennoch verbleibt für die Häftlinge dafür meist nur wenig Zeit, wo nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Spritzen danach steril sind. Hinzu kommt, dass meist die dafür benötigten Materialien nicht vorhanden sind und diese Tätigkeit nicht unauffällig im Haftalltag integriert werden kann (vgl. Stöver 2000, S. 349 f.).

Es lässt sich deutlich erkennen, dass zum einen Aufklärungsarbeit vor allem in Gefängnissen geleistet werden muss und dass drogenabhängige Personen in einer Haftsituation besondere Unterstützung und Hilfestellungen brauchen, um mit ihrem Konsum umzugehen. Zum anderen müssten sich hier auch die Rahmenbedingungen der Justiz hinsichtlich des Verständnisses von Abhängigkeit und Krankheit anpassen beziehungsweise ändern.

Die Lebensbedingungen in den Gefängnissen werden unter anderem auch von der Gewährleistung von *Vollzugslockerungen*, sowie den *Hierarchien* im Gefängnis, den *Hilfen während des Freiheitsentzuges* und der *Gewährung einer frühzeitigen Entlassung* bestimmt. Insbesondere bei drogenabhängigen KonsumentInnen gestalten sich diese Bedingungen im Gefängnis oft aufgrund ihrer Abhängigkeit schwieriger als bei anderen Häftlingen. Drogenkonsum beziehungsweise die Abhängigkeit illegaler Drogen ist oft ein Ausschlussgrund für jegliche Lockerungen wie Ausgänge oder für eine frühzeitige Entlassung. In der Gefängnishierarchie werden Drogenabhängige oft an der untersten Ebene angesiedelt (siehe dazu Kapitel 3.7.).

Die Rahmenbedingungen von den betroffenen Personen können durch die Erfahrungen hinsichtlich der Lockerungen, Hierarchien und Hilfen während der Haft erschlossen werden, welche auf den nächsten Seiten dargelegt werden.

#### 3.5.4.3.3. Hierarchie der Häftlinge

Einer der befragten Personen konnte keine besonderen Auffälligkeiten hinsichtlich einer besonderen Stellung im Sinne einer Hierarchie feststellen. Alle anderen legten offen dar, dass es sehr wohl Hierarchien gibt. Diese werden vor allem danach gestaltet, welche Delikte man verübt hat. Die allgemeine Einstellung ist, dass man sich im Gefängnis nichts gefallen lassen darf. Es ist auch der Fall, dass neue Häftlinge in der Hierarchie gegenüber den Anderen weiter unten angesiedelt sind. Eine Person erläuterte, dass sich die Hierarchie gestaltet in Beamte, InsassInnen und eine kleinere Gruppe unter den InsassInnen. Welche Personen in diese kleinere Gruppe gehören, konnte nicht erforscht werden (vgl. Interviews Betroffene).

Da diese Forschungsarbeit die externe Drogenarbeit mit der Justiz verknüpft, war es besonders interessant herauszufinden, ob die Personen von außen auch eine Hilfe während ihrer Haftzeit bekamen. Dies liegt vor allem auch daran, dass von Drogen abhängige InsassInnen eher dazu neigen, sich Personen außerhalb der Gefängnismauern anzuvertrauen, da hier die Angst der Anonymität und Vertrautheit nicht so groß ist, als bei den sozialen und psychologischen Diensten des Gefängnisses (siehe dazu Kapitel 3.7.7.).

Die bisherige Forschungslage geht davon aus, dass besonders drogenabhängige InsassInnen in Haft noch eine zusätzliche Ausgrenzung und Stigmatisierung erfahren. Dass es im Allgemeinen so ist, dass drogenabhängige Personen Stigmatisierungen erleben, wurde in der Auswertung (siehe dazu 4.5.4.1.1.) bereits erläutert.

#### 3.5.4.3.4. Ausgrenzung und Stigmatisierung

Aus dem ExpertInneninterview2 ging hervor, dass besonders Personen mit Abhängigkeiten verstärkt Stigmatisierungen auch von Seiten der Justizwachbeamten erfahren. „[...] [A]lso illegale sind sowieso schon unten durch unter den Justizvollzugswachebeamten und Alkoholiker sind Schwächlinge. Also das ist schon, also das nehme ich halt wahr, also das sind die großen Schwierigkeiten“ (ExpertInneninterview2, Abs. 75).

Auch die Annahme einer Hilfe, im Sinne einer Beratung, wird im Gefängnis abgewertet und die Betroffenen als schwach dargestellt (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 77).

In diesem Rahmen ist bei den Betroffenen auch einmal die Verhaftungssituation erwähnt worden. Hier sei es so, dass vor allem die Exekutive die Labilität der Personen zu diesem Zeitpunkt sehr stark ausnützt und den Personen wirklich schlimme Dinge einredet, beziehungsweise versucht, noch mit diversen Mitteln an Informationen und Belegen zu kommen. Ein/e Betroffene/r berichtete, dass das Wissen der anderen bezüglich seiner/ihrer Substitution sehr wohl auch einen Unterschied ausmachte. Es wurde zwar zu keinem großen Thema gemacht, dennoch entstand über den/die Betroffene/n ein Bild, obwohl sie ihn/sie nicht kennen.

Besonders drastisch ist, dass erst bei dieser Frage die Wahrheit der Hierarchien im Gefängnis zum Ausdruck kam. Ein/e Interviewte/r schilderte, dass Häftlinge mit Drogendelikten auf einer Stufe mit KinderschänderInnen stehen. Diese Gleichstellung auf einer Ebene ist sehr verletzlich für die betroffenen Personen (vgl. Interviews Betroffene).

Diese Forschung zeigt, dass es also wirklich zu weiteren Ausgrenzungen und Stigmatisierungen der abhängigen Häftlinge kommt. Es stellt sich hier die Frage, an wem es von Seiten der Justiz hier scheitert. Entweder sollte eine Sensibilisierung der Justizwachbeamten in das Auge gefasst werden, oder eine stärkere Kontrolle über das berufliche Verhalten jener.

In diesen Fällen wäre es möglicherweise auch relevant gewesen, vermehrt Hilfen von außerhalb in die Betreuung während der Gefängnisstrafe einzubinden.

#### 3.5.4.3.5. Hilfen während der Haft

Zwei von den befragten Personen hatten während ihrer Gefängniszeit nie Kontakt oder Hilfe von einer Betreuungsinstitution bekommen. Die anderen drei ehemaligen InsasInnen hatten mit drei Institutionen gearbeitet: Caritas Streetwork im Drogenbereich, Grüner Kreis und Neustart. Der Unterschied liegt jedoch darin, wie hilfreich sich die

Zusammenarbeit gestaltete. Der Grüne Kreis arbeitete in dem Sinne mit zwei Häftlingen zusammen, indem er sie auf die stationäre Therapie (Therapie statt Strafe) aufmerksam machte. Das Streetwork unterstützte eine Person, einen Platz für die stationäre Therapie zu bekommen. Es gab eine weitere Person an, Hilfe und Unterstützung während der Haft von der Caritas bekommen zu haben. Wie diese jedoch aussah, wurde nicht näher erörtert. Neustart arbeitete im Rahmen der Haftentlassenenhilfe mit zwei Häftlingen (vgl. Interviews Betroffene).

Vollzugslockerungen stellen für die Häftlinge oftmals auch eine Erleichterung des Haftalltags, als auch die Möglichkeit Hilfen von außen in Anspruch zu nehmen dar. Da jedoch oft von Drogen abhängigen InsassInnen diese Möglichkeit der Lockerung verwehrt bleibt, sollen nun die Erfahrungen der Personen erläutert werden.

#### 3.5.4.3.6. Vollzugslockerungen

Vier Personen bekamen während ihrer Haftstrafen Lockerungen. Diese hatten jedoch nicht immer mit einem Freigang, welcher jedoch als Vorbereitung für die Haftentlassung, sowie auch für die Konfrontation der Personen mit ihrer Abhängigkeit sehr nützlich gewesen wäre, zu tun (Eder 2012, S. 130; vgl. Stöver 2000, S. 335 ff.). Ob eine Lockerung der Rahmenbedingungen möglich ist, hängt von der Art des Delikts und dem Konsum *harter* Drogen ab. Werden von den InsassInnen keine harten Drogen mehr konsumiert, was die Justizwachbeamten sehr wohl bemerken, so ist es einfacher, auch Ausgänge gewährt zu bekommen. Eine Person gab an, dass es nur Vollzugslockerungen, wie zum Beispiel Fußball spielen etc. gab, wenn der/die richtige Justizwachbeamte/in Dienst hatte. Zu einer Lockerung zählte für eine Person bereits die Arbeiterzelle, in welcher er/sie in der Wäscherei arbeiten durfte (vgl. Interviews Betroffene).

Zusammengefasst werden auch den abhängigen Häftlingen Vollzugslockerungen gewährt. Dennoch ist dieses sehr wohl oft vom physischen und psychischen Zustand der Personen abhängig. Es wäre unter Umständen jedoch eine weitaus bessere Lösung, die Vollzugslockerungen nicht aufgrund des Konsums zu vergeben, sondern den InsassInnen mehr Selbstkompetenz und die Möglichkeit, sich selbst zu erproben, zu geben. Be-

sonders für die Haftentlassung sind Freigänge relevant. Der Übergang in die Freiheit kann so Schritt für Schritt gestaltet und begleitet werden, damit die Personen ihren Alltag selbst wieder strukturieren lernen. Des Weiteren kommt hinzu, dass nur auf diese Art und Weise eine sinnvolle Eingliederung in die Gesellschaft geschehen kann, da hierbei sowohl Wohnungssuche als auch die Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen einsetzen sollte (siehe dazu Kapitel 3.9.).

Oft gehen mit Freigängen auch frühzeitige Entlassungen einher. Die Vergangenheit der Betroffenen zeigt jedoch ein anderes Bild.

#### 3.5.4.3.7. Frühzeitige Entlassung

Die Empirie legt dar, dass nur zwei von fünf Personen frühzeitig entlassen wurden. Dies war jemals ein Drittel bei der ersten Haftstrafe. Bei darauffolgenden Haftstrafen wurde keine Entlassung zu einem früheren Zeitpunkt gewährt. Drei Personen konnten ihre Haftstrafe nie verkürzen. Eine Person erläutert näher, dass es eben aufgrund der Drogendelikte keine frühzeitige Entlassung geben konnte. Hinzugefügt wurde ein sehr drastisches Beispiel, dass diese/r Betroffene eine/r von wenigen InsassInnen war, welche/r die Generalamnestie zu Weihnachten nicht in Anspruch nehmen konnte. 80 Personen wurden dort entlassen und nur vier mussten in einer Außenstelle verbleiben. Besonders ärgerlich für die/den Betroffene/n war, dass viele von den damaligen Häftlingen schon das zweite Mal diese Amnestie in Anspruch nehmen konnten und er/sie keine lange Haftstrafe mehr gehabt hätte (vgl. Interviews Betroffene).

Objektiv ist jedoch schwer zu erläutern, aus welchen Gründen nie eine frühzeitige Entlassung gewährt wurde. Die Abhängigkeit kann unter Umständen ein Grund dafür sein, sowie die Art des Delikts (Drogen). Grundsätzlich kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass eine vorzeitige Entlassung aufgrund der Abhängigkeit nicht möglich war, da hier noch zusätzliche Informationen fehlen.

Mit dem Drogenkonsum allgemein, dem Konsumieren in der Haftsituation, dem Reinheitsgehalt der Substanzen, der Konsumform, der psychischen Disposition der Personen

und mit den Bedingungen nach der Haft oder bei Freigängen kommt es besonders häufig zu drogenindizierten Todesfällen.

#### 3.5.4.4. Todesfälle

Der Tod in Folge einer Überdosis ist ein sehr sensibles Thema. Jeder der Interviewten kannte eine oder mehrere Personen, welche aufgrund einer Überdosis gestorben sind.

Vier haben während ihrer Haftstrafe miterlebt, dass Personen an einer Überdosis im Gefängnis gestorben sind. Eine/r schilderte, dass auch einige Häftlinge Suizid begangen, da sie stark entzückt waren. Dies ist eine besonders schlimme Erfahrung, da man dies verhindern hätte können.

Besonders die Zeit nach der Haft ist laut den Interviewten sehr riskant. Eine/r erzählte selbst die Erfahrung bei dem ersten Ausgang gemacht zu haben. Die Situation ist im Prinzip dieselbe, wie bei einer Haftentlassung. Die Personen haben bei einem Ausgang oder auch nach der Entlassung das Verlangen und Bedürfnis, alles nachzuholen, was in der Haft irgendwie zu kurz gekommen ist. Oft wird dann in zu großen Mengen und durcheinander konsumiert. Da aufgrund der längeren Haftzeit die Toleranzgrenze der Substanzmenge meist drastisch gesunken ist, passiert es sehr leicht, eine zu hohe Dosis zu konsumieren. Außerdem kommt hinzu, dass sowieso der Reinheitsgehalt einer Droge auf dem Schwarzmarkt nicht festgestellt werden kann und es zu großen Varianzen bezüglich dieser kommen kann. Der/Die Betroffene selbst hatte sich beim Ausgang unabsichtlich eine Überdosis verabreicht, worauf 14 Tage Koma folgten. Er/Sie ist davon ausgegangen, dieselbe Menge zu vertragen wie zuvor. Solche Situationen gehen jedoch nicht immer so harmlos aus (im Vergleich zum Tod) (vgl. Interviews Betroffene).

Besonders diese wieder neuen Situationen nach einer Gefängnisstrafe müssen nicht nur viel besser vorbereitet, sondern vor allem auch professionell begleitet werden.

Drogenabhängige Häftlinge kommen vor allem auch mit der *Auflage Therapie statt Strafe* und eventuell mit einer *Drogenfreien Zone* in Berührung (siehe dazu Kapitel 3.7.8.).

### 3.5.5. Auflage Therapie statt Strafe

Beide ExpertInnen haben in ihrer beruflichen Tätigkeit regelmäßig mit der Auflage Therapie statt Strafe zu tun. ExpertIn1 fügt hinzu, dass es eigentlich ein gutes Konzept ist, wo man sich jedoch die Hintergründe dafür ein bisschen genauer ansehen müsste, warum dies überhaupt angeboten wird. Grundsätzlich bietet es jedoch den Menschen die Möglichkeit, an sich selbst zu arbeiten, anstatt nur im Gefängnis verwahrt zu werden. Der Erfolg der KlientInnen von ExpertIn1 ist sehr unterschiedlich geprägt (vgl. Experteninterview1, Abs. 61).

„Es spielt natürlich dieser Zwangscharakter mit, weil viele Menschen natürlich lieber auf Therapie gehen, als eine Haftstrafe abzusitzen. Dennoch ist das sicher was Gutes in dem ganzen System, das es nicht in jedem Land gibt, muss man auch dazu sagen“ (ebd., Abs. 61).

Auch ExpertIn2 sieht diese Auflage als eine sehr positive Maßnahme und erläutert dazu:

„Ich finde das gut, weil das Gesetz quasi sozusagen den Passus helfen statt strafen drinnen hat. Also das heißt, wenn von Paragraph 39 Suchtmittelgesetz, das ist ja sozusagen der Maßgebliche, da geht es um Psychotherapie entweder im stationären oder im ambulanten Kontext und der Richter lässt das begutachten, ob eine Abhängigkeit sozusagen überhaupt zu Grunde liegt beim Betreffenden und das Strafausmaß nicht mehr als drei Jahre wird, also alles was über drei Jahre geht hat ja keine Chance auf Therapie statt Strafe, wurscht ob er jetzt süchtig ist oder nicht, aber es sollte natürlich getrennt werden zwischen jenen die dealen und sich bereichern und denen die tatsächlich irgendwie ausgerutscht sind und aus dem Grund dealen, damit sie ihre eigene Sucht finanzieren können oder aufrecht erhalten können und das Gutachten empfiehlt dann entweder eine stationäre oder ambulante Therapie und der Richter kann dann ambulant oder stationär sozusagen zur Wahl stellen, entweder Haft oder eben Therapie und ich finde das total positiv. Wir haben ambulante Therapien im Rahmen des Paragraphen 39 und wesentlich ist, ob es den Klienten gelingt sozusagen, zu erkennen, dass er die Zeit für sich nutzen kann und das hängt natürlich auch ganz stark von den ersten Gesprächen ab, ob man da so eine Arbeitsgemeinschaft bilden kann ja und ich glaube wir sind da nicht wenig erfolgreich, also ich halte das für sehr/ich halte alle diese Aspekte auch die Anzeigenzurücklegung, der Paragraph 35, der ja häufig auch bei uns da stattfindet, psychosoziale Beratung, als eine gute Möglichkeit und wenn sozusagen die Menschen uns nur kennengelernt haben, dass es uns gibt“ (Experteninterview2, Abs. 53).

Zusammenfassend kann also aus Sicht der ExpertInnen gesagt werden, dass diese Auflage zumindest den Menschen eine Möglichkeit gibt, an sich selbst zu arbeiten.

Von den fünf betroffenen Personen bekamen drei einmal die Auflage Therapie statt Strafe. Eine/r erzählte, dass es diese Auflage bei ihm damals noch nicht gegeben hat.

Ein/e Interviewte/r schilderte genauer seine Ansichten und Erfahrungen bezüglich der Therapie statt Strafe. Bei all seinen/ihren Strafen wurde ihm/ihr die Möglichkeit zu ei-

ner Therapie statt der Strafe angeboten. Dies wurde jedoch immer von ihm/ihr abgelehnt, da er/sie sich bewusst war, weiterkonsumieren zu wollen. Dies war in dieser Situation insofern die bessere Variante, da bei einer Therapie die restliche Zeit der Strafe als Probezeit angesehen wird und hierbei die jeweilige Person keine Drogen konsumieren darf. Erst bei der letzten Strafe nahm er/sie dieses Angebot an. Die betroffene Person schilderte, dass im Gefängnis eine Person vom Grünen Kreis kommt, um die Häftlinge auf die Therapie aufmerksam zu machen und sie eventuell dazu zu überreden. Die Person, welche dies macht, wird der *Seelenfänger* genannt.

Aus Sicht der Person macht diese Auflage jedoch nur Sinn, wenn man wirklich den Drogenkonsum beenden möchte. Denn dies nur als die bessere Option zu sehen, statt in das Gefängnis zu gehen, hat seine Tücken aufgrund der darauffolgenden Probezeit. Dies wird von vielen Menschen nicht bedacht. Diese werden dann in ihrer Probezeit rückfällig und müssen dann zurück ins Gefängnis. Die Zeit, welche diese auf stationärer Therapie verbracht haben, wird jedoch nicht für die Strafe angerechnet.

Die interviewte Person gab an, eine stationäre Therapie im Rahmen dieser Auflage beim Grünen Kreis über einen Zeitraum von sechs Monaten gemacht zu haben. Von den restlichen Personen konnten leider keine genaueren Informationen hinsichtlich der Auflage Therapie statt Strafe herausgefunden werden (vgl. Interviews Betroffene).

In der Haft gibt es grundsätzlich ein weiteres Angebot, beziehungsweise eine weitere Möglichkeit sich von der eigenen Abhängigkeit zu distanzieren. Dies sind sogenannte Drogenfreie Zonen (ziehe dazu Kapitel 3.7.7.).

### 3.5.6. Drogenfreie Zone

Eine Drogenfreie Zone mit einer erzwungenen Abstinenz ist nicht sehr zielführend.

„Also ich halte von Abstinenz, wenn es nicht die Entscheidung des Klienten ist, nichts, weil die Abstinenz kann nur funktionieren, wenn das a freie, unter Anführungszeichen frei, wir wissen natürlich, dass diese Entscheidungen letztlich nicht frei sind, weil sie ja aus einem Druckmoment entstehen, aber wenn kein persönlicher Entschluss in die Richtung stattfindet, dann kann man keine dauerhafte Abstinenz erreichen (lacht). Wir können das noch weniger für andere erreichen, nur daran arbeiten, also wenn der Entschluss nicht da ist, dann wird das eine ganz

schwierige Geschichte (...) Das heißt, aus meiner Sicht muss man möglicherweise die Justizanstalten auch dementsprechend ausbauen, dass es da eine grundsätzliche Grundversorgung gibt. Wobei im Moment passiert es so, dass für Heroinabhängige oder Morphinabhängige es die Substitution gibt, die ja in der Haft weiterbetrieben wird. Die Alkoholiker werden sozusagen entzogen“ (ExpertInneninterview2, Abs. 41).

Menschen in eine Drogenfreie Zone zu geben, welche dies nicht wollen, beziehungsweise deren Ziel nicht die Abstinenz ist, kann nur schwer gelingen. Spannend hier ist auch die Erklärung, dass für die Abhängigkeit illegaler Drogen zumindest die Ersatzmedikation angeboten wird, Alkoholabhängige jedoch keine medizinische Versorgung erhalten. Dies wäre ebenso ein spannender Faktor für weitere Forschungen im Bereich der Justizanstalten.

Trotz der Schwierigkeit dieses oft auch unbewussten Zwangs der Personen findet ExpertIn2 diese Drogenfreien Zonen als nicht so schlechte Maßnahme, denn

„[...] wenn man jetzt sozusagen eine normale Beratung in einem normalen Kontext hernimmt, dann gibt es ja die Empfehlung, dass man ja zum einen an sich arbeiten muss natürlich und zum anderen empfiehlt man ja, einen Alkoholiker zum Beispiel, nur weil das ein schönes Beispiel ist und weil es viele Menschen in Österreich betrifft, empfehle ich, dass er zu Hause sozusagen ohne Alkohol lebt, also alles weggibt. Dass er für sich zu Hause eine drogenfreie, alkoholfreie Umgebung schafft. Und man bespricht ja auch grundsätzlich, wie man mit der Umwelt umgeht und was man meidet und was nicht. Und letztlich ist das für Menschen die ein Suchtproblem haben total hilfreich, zumindest in den ersten Wochen, in denen sie nicht damit konfrontiert werden, weil die Konfrontation ist natürlich ein Risikofaktor. Also von der Seite betrachtet. Ja (schmunzelt)“ (ExpertInneninterview2, Abs. 49).

Das Angebot kann zumindest als Chance für die DrogenkonsumentInnen im Vollzug gesehen werden (vgl. ebd., Abs. 51). Die positive Seite dieser Zonen ist oder wäre eine drogenfreie Umgebung, da so eine Konfrontation mit den Substanzen nicht gegeben ist. Dennoch stellt sich hier die Frage, in wie weit diese Zonen frei von jeglichen Substanzen sind.

### Drogenfreie Zone

„[i]st ein schönes Konzept, wurde jahrelang von der drogenfreien Welt vom Krieg gegen Drogen und so weiter geredet. Es ist auch oft nach außen hin das Bild, ja warum gibt es in Justizanstalten eigentlich überhaupt Drogen, das ist ja alles versperrt und so und das kann ja gar nicht sein. Ich glaube, dass da Theorie und Praxis weit auseinanderhinken und ich persönlich kann mir nicht vorstellen, dass in Drogenfreien Zonen wirklich keine Substanzen unterwegs sind. [...] Die Definition Drogenfreie Zone verändert ja nichts an den Tatsachen jetzt mit denen die Menschen reinkommen und jeder sucht nach einer individuellen Lösung und die liegt oftmals in einer Substanz. Es wird, natürlich gibt es einen gewissen oder einen

großen Faktor, Menschen die auch nicht konsumieren werden drinnen“ (ExpertInneninterview1, Abs. 57).

Auch ExpertIn1 bemängelt die Ansicht, dass in diesen drogenfreien Zonen wirklich keine Substanzen kursieren. Zu bedenken ist jedoch auch, dass es natürlich auch Menschen gibt, die während ihrer Haftstrafe keine Drogen konsumieren. Hierbei geht es nicht um die Faktoren, warum einige Personen keine Substanzen während der Haft benötigen, sondern um die Wirksamkeit des Konzepts der drogenfreien Zonen.

Zwei der betroffenen Personen befanden sich in ihrer Vergangenheit bereits in einer Drogenfreien Zone. Eine/r dieser Befragten fand dieses Angebot sinnvoll und auch die dortige Unterbringung. Der/Die Zweite war damals in Hirtenberg in solch einer. Er/Sie schildert, dass dort jedoch mehr Drogen vorhanden sind, als in einem normalen Gefängnis in Hirtenberg, da die Häftlinge nur in den Drogenfreien Zonen Ausgang gewährt bekommen und dadurch leichter und mehr Substanzen in das Gefängnis geschmuggelt werden können. Selbst schärfere Kontrollen zeigen keine Wirkung, da mit dem Harn gehandelt wird.

Die anderen Betroffenen wurden jedoch hinsichtlich ihrer Einstellung zu diesen Zonen und der Möglichkeit zu einer Abstinenztherapie befragt, auch wenn diese nach den vorgehenden Erkenntnissen kaum stattfinden wird. Ein/e Interviewte/r gibt an, sowieso nur Negatives über diese Zonen gehört zu haben und er/sie glaubt auch nicht, dass die Rahmenbedingungen im Gefängnis generell unterstützend für eine Abstinenz seien.

Eine Person vertritt die Meinung, dass es diese Möglichkeit geben sollte und es vielleicht auch eine Vorbereitung für eine Therapie außerhalb des Gefängnisses sein kann. Besonders ist es von der jeweiligen Person abhängig, welche Rahmenbedingungen passender wären. Ein/e Weitere erläutert, dass die Freiwilligkeit bestimmt ein stützender Faktor ist, die Abstinenzphase auch wirklich zu nutzen. In wenigen Fällen kann es auch trotz eines gewissen Zwangs dazu, gelingen. Er/Sie findet jedoch, dass eine zusätzliche Psychotherapie unbedingt notwendig ist, da sonst der Erfolg nur kurzfristig weilt und man dieses Problem niemals durch Sanktionen in den Griff bekommen kann (vgl. Interviews Betroffene).

Drogenfreie Zonen können für gewisse Personen vielleicht eine Stütze sein, wenn diese auch in die Richtung vermehrter Betreuung durch Psychotherapeuten, Sozialen Dienst

etc. ausgebaut werden. Schärfere Kontrollen und Zwang bringen keine Person dazu, die Finger von den Drogen zu lassen, wenn diese bereits abhängig ist. Des Weiteren müssen die Erfahrungen des/der Betroffenen näher in Betracht gezogen werden. Die größere Verfügbarkeit von Substanzen in Drogenfreien Zonen zeigt, dass deren Wirkung in der Realität nicht vorhanden ist.

Die Ergebnisse der Lebensbedingungen drogenkonsumierender Häftlinge in Haft wurden nun dargelegt. Eine weitere wichtige Frage hinsichtlich der Bedürfnisse der Personen war es herauszufinden, was sie sich persönlich an Unterstützung gewünscht hätten.

### *3.5.7. Wünsche zur Unterstützung*

Ein/e Befragte/r gab an, keine weiteren Bedürfnisse hinsichtlich einer Unterstützung gehabt zu haben. Für sie/ihn war es immer besonders wichtig, aufgrund seiner/ihrer Abhängigkeit von illegalen Drogen sich seine/ihre Selbstständigkeit in anderen Lebensbereichen zu erhalten.

Ein/e Andere/r gab an, dass er/sie vor allem die notwendigen Medikamente zur Substitution, sowie einen Therapeut/eine Therapeutin benötigt hätte, der/die eine Ahnung hat, mit welchem/r über alles gesprochen werden kann, ohne dass jedoch diese Person einen belehrt oder herumstöbert.

Der/die Dritte sagte, für sich persönlich alles bekommen zu haben. Er/Sie hat sich im Gefängnis runtergeholt und wurde dann in das Programm aufgenommen.

Die vierte Antwort auf diese Frage war Geld. Nicht mehr und nicht weniger.

Der/Die letzte Interviewte hätte eine geregelte Abgabe der Dosis, die er/sie gebraucht hätte, benötigt, um nicht während der gesamten Haftzeit entzügig zu sein. Dies wirkte sich sowohl auf den Körper als auch auf die Psyche aus. Des Weiteren wären für sie/ihn mehr Freizeitangebote und eine sinnvollere Gestaltung dieser nützlich gewesen. Es wäre auch eine Unterstützung gewesen, wenn er/sie Gespräche mit anderen Betroffenen, Gleichgesinnten, der Familie und seinen/ihren Freunden hätte führen können (vgl. Interviews Betroffene).

Die Aussagen zeigen deutlich, dass vor allem die soziale und therapeutische Ebene vernachlässigt wird. Unter anderem wurde auch der Wunsch nach den verordneten Substitutionsmedikamenten und dessen Dosierung laut. Anscheinend gab es hier vor allem bei zwei Betroffenen größere Probleme. Oft ist es jedoch auch schon eine große Hilfe, wenn man in der Haft in das Substitutionsprogramm aufgenommen wird.

Im Gefängnis wird schon so manches zu einer Unterstützung der Häftlinge unternommen. Die Maßnahmen sind jedoch vor allem für drogenabhängige InsassInnen nicht gerade passend, da die Gefängnisarbeit nicht mit akzeptierender Drogenarbeit vergleichbar ist. Folglich soll die Relevanz akzeptierender Drogenarbeit, sowie eine verstärkte Eingliederung dieser in die Justizanstalten der Interviewten dargelegt werden (siehe dazu Kapitel 3.8.2.)

### *3.5.8. Relevanz akzeptierender Drogenarbeit*

Akzeptierende Drogenarbeit beinhaltet sowohl diverse abstinentorientierte Angebote (Therapievermittlung), als auch das Substitutionsprogramm, sowie auch konsumakzeptierende Angebote unter welchen beispielsweise die Schadensminimierungsstrategien fallen (vgl. Stöver 2000, S. 384 ff.).

ExpertIn2 äußert sich zu diesem Thema folgendermaßen:

„Also zum Thema akzeptierende Drogenarbeit gibt es natürlich wahrscheinlich auch unterschiedliche Definitionen. Aber wenn akzeptierende Drogenarbeit damit gemeint ist, dass man Menschen einmal grundsätzlich, mit dem, mit dem sie in die Beratung kommen, als Ganzes akzeptiert werden, mit dem sie möglicherweise draußen in der Gesellschaft nicht so akzeptiert werden, dann haben wir natürlich einen akzeptierenden Ansatz und in weiterer Folge, geht es natürlich, unser Wunsch für Klienten ist es letztlich immer, dass sie gesund werden, oder abstinent werden, aber das ist nicht das erste Ziel. Das erste Ziel ist an und für sich, dass der Kontakt da gut funktioniert und dass das Gegenüber das Gefühl hat, dass es da längerfristig andocken kann. Also der Beziehungsaufbau, das ist im Grunde das erste Ziel und dann schauen wir eines nach dem Anderen, Stabilisierung und so weiter“ (ExpertInneninterview2, Abs. 15).

Relevant für die Arbeit dieser/s ExpertIn ist es, auf die Wünsche und Bedürfnisse der KlientInnen zu achten und darauf auch einzugehen (vgl. ebd., Abs. 17).

Die Grundstrategien, mit welchen ExpertIn1 arbeitet, sind Akzeptanzorientierung und Niederschwelligkeit (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 17). „Es gibt keinen Veränderungsdruck von uns für irgendjemanden, erstes Ziel Überlebenseicherung, Schadensminimierung“ (ebd., Abs. 17).

Da beide ExpertInnen akzeptanzorientiert arbeiten, kann davon ausgegangen werden, dass der Stellenwert dieser Einstellung für beide hoch ist.

Die Einstellung aller Betroffenen ist grundsätzlich bezüglich der akzeptierenden Drogenarbeit sehr positiv. Dennoch kommen hier einige tiefere Einsichten zum Vorschein. Eine/r ist der Meinung, dass es darauf ankommt, wen man erwischt. Ob dies nun auf die Seite der Hilfesuchenden oder der Hilfebietenden bezogen ist, konnte nicht erörtert werden. Weiteres wurde erzählt, dass es richtig gute Arbeit ist, die hier geleistet wird. Leider jedoch kommt es oft vor, dass sich an den Stellen falsche Personen befinden, wo akzeptierende Drogenarbeit geleistet wird. Hier geht es bereits um die Verortung der Einrichtungen, welche aufgesucht werden können. Ein Wunsch vor allem ist es, die akzeptierende Drogenarbeit auszubauen. Eine andere Person erwähnte ebenfalls, dass sich in den Einrichtungen leider oft Personen aufhalten, die diese Leistungen ausnützen, ohne wirklich einen großen Nutzen daraus ziehen zu wollen. Genannte Gründe dafür sind die Abgrenzung zu nicht-konsumierenden Personen, die Ausrichtung des Lebens am Drogenkonsum, etc. Trotzdem ist es sehr gut, dass es Stellen gibt, an welchen sich drogenabhängige Personen wenden können, wenn sie Hilfe brauchen. Er/Sie habe die Erfahrung gemacht, dass dieses Angebot einigen Leuten wirklich gut tut. Selbst hat er/sie es jedoch noch nie in Anspruch genommen. Der Nachteil wurde darin erläutert, dass sich wieder die gleichen Personen mit denselben Problemen in einer räumlichen Umgebung treffen. Er/Sie erwähnte in diesem Zuge, dass dann oft Substanzen untereinander getauscht werden und so vermehrt zu einem Mischkonsum beigetragen wird.

Thematisiert wurde auch die Schadensminimierung im Sinne von Spritzentausch. Eine Person äußerte sich, dass dies ein besonders relevantes Thema und eine wirklich große Hilfe und Strategie zur Schadensminimierung ist (vgl. Interviews Betroffene).

Akzeptierende Drogenarbeit ist also nicht nur für die ExpertInnen in ihrer beruflichen Ausrichtung von großer Bedeutung, sondern stellt auch für die DrogenkonsumentInnen

eine relevante Einstellung ihres Lebens gegenüber dar. Relevant vor allem sind auch die Angebote, welche durch die akzeptierende Drogenarbeit vorhanden sind, wodurch viele Krankheiten und andere Probleme verhindert werden können, ohne die Menschen in ein Leben in Abstinenz zu drängen (siehe dazu Kapitel 3.8).

#### 3.5.8.1. Veränderung der Gefängnisrahmenbedingungen

Die Aufrechterhaltung der Utopie eines drogenfreien Raums in den Justizanstalten hat es bis jetzt nicht möglich gemacht, auch innerhalb der Gefängnisse akzeptierende Drogenarbeit zu leisten. Die Dringlichkeit dieser, muss an dieser Stelle nicht mehr näher erläutert werden (siehe Forschungsergebnisse 4.5.4.3.). Um dies in Zukunft eventuell einmal möglich zu machen, bedarf es an Änderungen der justiziellen Rahmenbedingungen.

Um generell verstärkt auch Drogenarbeit von außerhalb in die Gefängnisse einzugliedern, müssten die Rahmenbedingungen angepasst werden.

„Das können wir von draußen nicht machen. Also ich glaube, dass da noch Arbeiten zu erledigen sind und das kommt natürlich immer auf die verschiedenen Vollzugs- und Anstaltsleiter natürlich auch an, wie offen die gegenüber solchen psychosozialen Angeboten sind. Das ist oft auch individuell (lacht) unterschiedlich“ (ExpertInneninterview2, Abs. 35).

Selbstverständlich können die Rahmenbedingungen nicht zur Gänze und auch nicht von heute auf morgen verändert werden. Thematisiert wurden vor allem Angebote wie Spritzentausch und peer-support in den Gefängnissen einzuführen.

„Das hat durchaus Sinn ja, wobei man natürlich das Ganze und das ist ja oft so die Schwäche, dass man sich oft zu wenig Zeit gibt dann solche Sachen zu installieren, weil das muss sich dann wirklich gut entwickeln können. Weil wenn man dann all zu schnell sozusagen irgendwelche Programme, die es möglicherweise schon irgendwo gibt allzu schnell darüberstülpt, dann besteht immer die Gefahr, dass das die Meisten nicht so glücklich macht ja. Also wenn man sozusagen so was hernimmt und schaut, wie kann ich das in den gewachsenen Strukturen der österreichischen Justiz sozusagen einfließen lassen und auch mitwachsen lassen, dann bin ich auf jeden Fall dafür. Aber das braucht Zeit und da muss man Geld in die Hand nehmen, da braucht es Ressourcen, da braucht es Fachpersonal, also da muss man das alles wirklich mitdenken und nicht nur hinstellen und sagen ‚ja jetzt tut’s‘. Also das habe ich oft so als meinen Verdacht, dass das manches Mal passiert. Also ich denke, wenn das gemeinsam mit der Suchthilfe, die jetzt existiert, oder zum Beispiel ja warum nicht Drogenstreetwork damit beauftragen, das wäre total sinnvoll, weil die haben ein großes Know-how was das betrifft, wo/ und die

miteinzubeziehen, weil es e oft um Klienten geht, die dort schon verortet waren“ (ExpertInneninterview2, Abs. 61).

Um eine solche Veränderung zu realisieren, muss der Blick auch auf die hierarchisch höheren Ebenen gerichtet werden:

„Ich denk mir, dass das zum großen Teil ein politisches Thema ist. Ich kann mir vorstellen, dass auch viele Justizwachebeamte beziehungsweise Anstaltsleiter denen das Thema bewusst ist, aber sinnvolle Angebote wie Spritzentausch in Haft sind nicht möglich, wenn die politische Ebene sagt nein. Das müsste denk ich über Justizministerium und Gesundheitsministerium kommen das Thema“ (ExpertInneninterview1, Abs. 63).

Dies macht deutlich, dass es vor allem auch auf politische Ebene zu einem Perspektivenwechsel kommen muss. Dies ist jedoch nicht unbedingt einfach, da das Gesellschaftsbild von drogenfreien Gefängnissen existiert. Hinzu kommt auch, dass oft das Vorurteil, mit dem Angebot von Spritzentausch, aufkommt, dass dadurch der Konsum gefördert würde. Leider gibt es in Österreich dieses Angebot im Vergleich zu den Nachbarländern wie Deutschland und Schweiz nicht, wo dieser zumindest teilweise stattfindet (vgl. ebd., Abs. 63).

„Das wäre eben wünschenswert, dass mehr schadensminimierende Maßnahmen im Strafvollzug vor allem auch eingeführt werden aber ja ansonsten in der gesamten Suchtarbeit wäre es natürlich wünschenswert, wenn das Thema Sucht nicht mehr in der Form ein Ausschließungsgrund ist. Wir betreuen (unv.) viele Einrichtungen was grundsätzlich im Suchtkonzept des Landes Steiermark aus 2011 auch so ange-dacht ist, dass das integriert wird in die Regelversorgung“ (ebd., Abs. 85).

Eine Adaptierung der Rahmenbedingungen wäre notwendig, um DrogenkonsumentInnen in Haft stärker unterstützen zu können. Dies ist nicht nur im Sinne der Betroffenen relevant, sondern ebenso für die Gewährleistung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung (siehe dazu Kapitel 3.7.2.4.).

Akzeptierende Drogenarbeit beinhaltet auch Harm-Reduction-Strategien. Das Interesse dieser Forschungsarbeit lag unter anderem auch darin, welches Wissen die Betroffenen Personen darüber besitzen und ob eine Übertragung dieser Strategien in die Justizanstalten sinnvoll wäre.

### 3.5.9. Harm-Reduction

Schadensminimierung findet im beruflichen Alltag der ExpertInnen auf unterschiedliche Weise statt.

ExpertIn2 erklärt, dass es in ihrer/seiner Einrichtung, keine Vergabe von Spritzensets gibt. Dennoch wird allgemein Wissen zur Schadensminimierung und auch über Eventualitäten bereitgestellt. Es wird auch immer mit den KlientInnen thematisiert, wo sie sich Hilfe holen können, wenn der Bedarfsfall besteht (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 21). Weiteres ist er/sie der Ansicht, dass es durchaus gut wäre, wenn man diese Strategien auch im Rahmen der Justizanstalten anbieten würde (vgl. ebd., Abs. 61).

Schadensminimierung der KlientInnen stellt auch für ExpertIn1 einen sehr wichtigen Teil der Arbeit dar.

„Wir versuchen das zu vermitteln. Wir tauschen jährlich zwischen 500.000 und 600.000 Spritzen. Wir betreiben zwei Spritzenautomaten in Graz, wo quasi rund um die Uhr die Möglichkeit ist, sauberes Besteck zu beziehen, wir haben beim streetworken auch Notfallsets mit, die wir an die Menschen ausgeben. Wir probieren beim streetworken auch zu quasi noralgischen Punkten zu gehen, wo wir auch wissen wo auch konsumiert wird im öffentlichen Raum, im Notfall für Drogennotfälle auch da zu sein, was auch schon vorgekommen ist, dass wir da dazukommen. Wir bieten zum Beispiel heute wieder einen Erste Hilfe Kurs auch für KlientInnen an zum Thema Drogennotfall“ (ExpertInneninterview1, Abs. 21).

Auf dieser Ebene wird realistisch und aktiv zur Minimierung gesundheitlicher Schäden beigetragen. Alleine die Betrachtung der jährlich getauschten Spritzensets macht deutlich, wie notwendig diese Maßnahme ist und dass sie auch gerne in Anspruch genommen wird. Spannend ist vor allem auch, dass auch KlientInnen sich selbst hinsichtlich ihres Konsums und den damit verbundenen Problemlagen weiterbilden können, um auch in Notfällen selbst zu reagieren. Dies wäre dann dem Peer-support einzuordnen. In diesem Interview wurde auch erstmals das Thema eines Drogennotfalls angesprochen.

Des Weiteren spricht ExpertIn1 auch an, wie wichtig die Einführung solcher Schadensminimierungsstrategien in Gefängnissen wäre:

„Wäre die einzige sinnvolle Fortführung eines schadensmindernden Angebots auch im Kontext der Public Health, weil einfach, wenn wir draußen Präventionsarbeit leisten im Sinne von Infektionsprophylaxe, Hepatitis/HIV, macht das keinen Sinn, wenn Menschen die einfach in ihrer Lebenssituation nicht auf diesen Konsum verzichten können, in Haft kommen, was bei vielen notgedrungen passiert

und sich dann drinnen die Krankheiten holen, die sie vielleicht draußen noch vermeiden konnten beziehungsweise die Menschen kommen ja auch wieder heraus, sind ja wieder ein Teil der Gesamtbevölkerung draußen, was ja wieder grundsätzlich das Risiko natürlich in der Szene erhöht, aber auch für die Gesamtbevölkerung erhöht“ (Expertinneninterview1, Abs. 85).

Diese Erkenntnis kann auch durch die Theorie belegt werden, in welcher besagt wird, dass vor allem die Häufung von Krankheiten in den Gefängnissen massiv steigt und das Äquivalenzprinzip der Versorgung nicht gegeben ist (siehe dazu Kapitel 3.7.).

Das Wissen der Betroffenen zeigt auch ein Bild, dass einerseits wirklich gute Arbeit von Seiten der Suchthilfe gemacht wird, dennoch immer wieder Personen nicht erreicht werden. Die Kumulation von Unwissen und den riskanten Rahmenbedingungen hinsichtlich der Gesundheit in Haft erklärt die massive Anzahl von Krankheiten in Haft.

#### 3.5.9.1. Wissen der Betroffenen

Eine von fünf Personen konnte keine einzige Maßnahme, die auch nur im geringsten Sinne unterstützend wäre, nennen. Die anderen Befragten unterscheiden sich sehr in ihrem Wissen über Schadensminimierung. Eine/r erklärte, es wäre wichtig sich rasch Hilfe zu holen. Am besten wäre es jedoch, wenn es gar nicht so weit kommt. Weiteres ist die Erwähnung von Spritzentausch und Therapien vorgekommen. Die fünfte betroffene Person erklärte, dass die Konsumform, die Häufigkeit des Konsums und das Umfeld in welchem konsumiert wird, ausschlaggebend für Schäden sind.

Das Wissen der Betroffenen reicht von keinem bis hin zu einer bereits guten Informiertheit. Ein/e InterviewpartnerIn äußerte sich auch bezüglich der Sinnhaftigkeit der Einführung dieser Strategien in die Justizanstalten. Ein Austausch wäre gut im Gefängnis, dennoch erzählt er/sie, dass dies dann doch wiederum die Häftlinge schwer verdächtig macht. Er/Sie ist der Meinung, dass die Gründe der Justiz für die Verweigerung von Spritzenaustausch weit hergeholt sind. Oft wird mit der Gefährlichkeit der vorhandenen Spritzen argumentiert, dass diese als Waffe eingesetzt werden könnten. Laut der Person gibt es aber weitaus gefährlichere Waffen wie Messer und Gabel auf jeder Zelle. Des Weiteren ist er/sie der Ansicht, dass sich kein Häftling ein steriles Spritzenset holen

würde, da dies zu auffällig wäre und Anonymität im Gefängnis nicht vorhanden ist (vgl. Interviews Betroffene).

Ein Angebot zur Schadensminimierung wäre sinnvoll, dennoch würden sich kaum Häftlinge trauen, dieses auch wirklich anzunehmen. Dies zeigt, dass eine Einführung solcher Strategien gut bedacht und geplant werden muss, vor allem auch mit der Berücksichtigung einer gewissen Anonymität der drogenabhängigen Häftlinge. Es ist zu hoffen, dass in naher Zukunft diese Fakten sowohl bei Politik als auch generell in der Bevölkerung ankommen und passgenaue Hilfen in die Tat umgesetzt werden.

Substitution ist ebenso eine Möglichkeit, weitere Schäden aufgrund des intravenösen Konsums und der Abhängigkeit zu minimieren (siehe dazu Kapitel 3.8.2.).

#### *3.5.10. Substitution*

Hinsichtlich der Substitution waren vor allem die Bereiche des Beikonsums, der Angebote in Haft als auch vor der Haft relevant.

Die ExpertInnen haben auch in ihrer beruflichen Tätigkeit mit Substitution als Schadensminimierungsstrategie zu tun.

Vier von fünf Personen befinden oder befanden sich in einer Substitutionsbehandlung. Die verordneten und genannten Ersatzmedikamente der Interviewten sind: Substitol und Kompensan 600mg. Oft werden jedoch nicht nur diese Medikamente eingenommen, sondern es findet auch ein Beikonsum verschiedener anderer Substanzen statt (vgl. Interviews Betroffene).

##### 3.5.10.1. Beikonsum

ExpertIn1 hat die Erfahrung gemacht, dass ein Beikonsum auch während der Substitutionsbehandlung vorhanden ist und erläutert dazu:

„Beikonsum im Sinne von Benzodiazepine findet schon noch statt, wobei die ganze Benzodiazepinabgabe in den letzten ein, zwei Jahren ja sehr verschärft worden ist, das heißt Somnubene und Rohypnol wird ja grundsätzlich nur auf Suchtmittelrezept verschrieben draußen und drinnen ist das natürlich auch wesentlich schärfer geworden, das heißt, was da jetzt genau vergeben wird, kann ich jetzt gar nicht sagen, aber gibt es schon auch noch und sonst quasi illegaler Beikonsum im Sinne von THC beziehungsweise drinnen ist ja auch Alkohol illegal findet sicher statt, aber ich kann nicht sagen in welchem Ausmaß. Da kann ich schwer eine Einschätzung abgeben“ (ExpertInneninterview1, Abs. 69).

Es werden also sowohl weiter verschriebene Mittel, als auch illegale Substanzen nebenher konsumiert. Die betroffenen Personen, welche derzeit oder damals in einer Substitutionsbehandlung waren, gaben auch an, nebenher noch weitere Substanzen zu konsumieren. Hierbei wurden erwähnt: Kokain, Benzodiazepine<sup>14</sup>, Marihuana, Alkohol und Nikotin. Erschreckend war vor allem, dass besonders die Benzodiazepine zumindest damals zu sehr hohen Dosen eingenommen wurden (nach Angabe 10 – 15 Stück) (vgl. Interviews Betroffene). Laut ExpertIn1 scheint hier jetzt die Abgabe jedoch etwas geregelter zu erfolgen.

Ein/e Interviewte/r gab an, sich fünf Jahre lang im Substitutionsprogramm befunden zu haben (vgl. Interviews Betroffene).

#### 3.5.10.2. Angebot vor der Haft

Befinden sich Personen vor einer Inhaftierung im Substitutionsprogramm, so wird dieses auch in österreichischen Gefängnissen weitergeführt. Das Rezept läuft entweder weiter, oder sie werden in der Justizanstalt hinsichtlich der Dosierung eingestellt (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 67).

Drei der vier Personen, welche im Substitutionsprogramm sind oder waren, befanden sich vor der Haft bereits im Programm. In der Haft jedoch wurde die Situation von zwei Befragten jedoch definitiv schlechter, als in Freiheit (vgl. Interviews Betroffene).

---

<sup>14</sup> Nähere Information: <http://www.checkyourdrugs.at/substanzen/benzodiazepine/>

### 3.5.10.3. Angebot in Haft

Befinden sich Personen vor der Haft nicht im Programm, so besteht auch noch während der Gefängnisstrafe die Möglichkeit, in dieses aufgenommen zu werden. KlientInnen des/der ExpertIn1 berichteten dennoch, dass es ab und an problematisch war, in dieses aufgenommen zu werden,

„[...] aber meiner Beobachtung nach hat sich diese Situation in den letzten Jahren schon sehr verbessert und es werden die meisten Leute glaube ich auch recht problemlos in das Programm übernommen drinnen und steht auch nicht so groß in Frage also genau. Und auch mit unterschiedlichsten Substitutionsmitteln, da hat es früher oft gegeben nur Methadon oder eine Zeit lang nur Substitol und jetzt ja ist es schon eher den Bedürfnissen nach, beziehungsweise was auch draußen gegeben wurde. Aber das ganz genau müsste man die Justizanstalten fragen. Da bin ich natürlich keine repräsentative Sicht, weil man nur Einzelbilder kriegen“ (ExpertInneninterview1, Abs. 67).

Grundsätzlich scheinen im Vergleich zu früher das Angebot der Aufnahme und die Weiterführung einer Substitution auch im Gefängnis relativ gut zu funktionieren. Der/Die ExpertIn1 berichtet über eine Situation, die bereits einige Zeit zurückliegt:

„Es hat meines Wissens damals auch einige Fälle gegeben an Personen, die eigentlich nicht im Substitutionsprogramm waren, über den massiven Gebrauch von Mephedron drinnen dann ins Programm aufgenommen wurden, was ein bisschen paradox klingt, weil Mephedron ja eigentlich eher der Gruppe der Amphetamine zuzuordnen ist und die Substitutionsmittel ja natürlich eher der Gruppe der Opiate zuzuordnen sind von dem her eher dämpfend wirkt gegenüber dem putschenden der Amphetamine. Trotzdem hat das anscheinend irgendwie funktioniert, dass man die Leute damit stabilisiert, sag ich jetzt einmal“ (ExpertInneninterview1, Abs. 43).

Alle Auswirkungen und die Gründe für diese Maßnahme können zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr erforscht werden. Dennoch zeigt dieses Beispiel einerseits eine gewisse Hilflosigkeit der Justiz im Umgang mit Drogen und andererseits auch einen Schwachpunkt in punkto Wissen über illegalisierte Drogen und dessen Auswirkungen. Wie die Situation und das Wissen heute aussieht, konnte von Seiten der Justiz aufgrund einer Ablehnung zur Durchführung von ExpertInneninterviews mit diversem Personal nicht erforscht werden.

Die betroffenen Personen erzählen, dass sie zwar das Programm entweder weiter erhalten haben, oder in das Programm aufgenommen wurden, aber die Dosierung zwangsmäßig in gewissen Abständen heruntergeschraubt wurde. Eine/r berichtete, die Substitu-

tionsbehandlung überhaupt nur ungefähr die Hälfte der Strafe bekommen zu haben. Für eine/n Befragte/n gestaltete sich die Situation in der Haft als wenig unterstützend. Zu Beginn hat er/sie nichts bekommen, erst nach dem dritten Tag wurde ein Ersatzmedikament verabreicht. Als dann die Behandlung weitergelaufen ist, schilderte auch sie/er von der verpflichtenden Auflage der Justiz, die Dosis zu reduzieren. Zu diesem Zeitpunkt machte dies jedoch sehr wenig Sinn für diejenige Person, wodurch er/sie länger mit diesen Folgen zu kämpfen hatte (vgl. Interviews Betroffene).

Das Angebot der Substitutionsbehandlung ist vorhanden, muss jedoch hinsichtlich des Umgangs mit der Dosierung und den je individuellen Bedürfnissen der Häftlinge in Frage gestellt werden. Es bedarf einer Evaluation des eigenen Umgangs mit diesem Programm.

Akzeptierende Drogenarbeit kann neben Substitution und anderen Schadensminimierungsstrategien auch Peer-support und die Unterstützung im Drogennotfall beinhalten. Diese beiden Strategien finden wie die Spritzenvergabe noch keinen Platz in der Gefängnisrealität. Doch auch diese Maßnahmen können große Vorteile für DrogenkonsumentInnen bringen.

### *3.5.11. Peer-support*

Peer-support wird vor allem auch von ExpertIn1 thematisiert und auch in der Praxis angewandt.

„Wir haben vor vier Jahren bei uns im Haus eine Hepatitiskampagne gemacht, wo wir einfach das Thema Hepatitis probiert haben auf breiter Basis quasi bewusst zu machen und haben in dieser Kampagne auch so was wie MultiplikatorInnen ausgebildet zum Thema Hepatitis, das heißt, da haben wir sechs Leute, glaube ich gehabt mit denen wir glaube ich fünf Module gemacht haben, eben von medizinischen Grundlagen bei Hepatitis über die ganzen Safer-use Sachen und auch wie können sie das leicht weitervermitteln. Hat grundsätzlich nicht schlecht funktioniert das Ganze in der Ausbildung. Wie viel da wirklich angekommen ist in der Szene davon, ist schwer zu sagen natürlich“ (ExpertInneninterview1, Abs. 41).

Neben der Hepatitiskampagne werden auch immer wieder Erste Hilfe Kurse zum Thema Drogennotfall für drogenabhängige Personen angeboten (vgl. ebd., Abs. 21). Des Weiteren wurde erwähnt, dass es in Deutschland bereits auch Projekte im Bereich des

Peer-supports hinsichtlich der Drogennotfälle gibt, wo Naloxon auch an die jeweiligen Personen ausgegeben wird (vgl. ebd., Abs. 23). Weitere Forschungsergebnisse dazu, werden im nächsten Auswertungskapitel erläutert. Auch ExpertIn2 zeigt eine positive Einstellung hinsichtlich einer Arbeit mit Peer-support (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 61).

Die Wirksamkeit dieser Maßnahme kann jedoch von Seiten der ExpertInnen nicht überprüft werden.

Zwei der fünf befragten Personen erwähnten, dass Peer-support keine Unterstützung/Hilfe darstellt, da es grundsätzlich kein Vertrauen unter drogenabhängigen Personen gibt. Vielleicht wirkt es bei ganz wenigen Personen, der Großteil jedoch würde diese Kontakte, nach Meinung dieser zwei Befragten, ausnützen.

Eine Person sagte, dass zwar Peer-support schon eine Unterstützung im Gefängnis gewesen wäre, jedoch trotzdem zu diesen Personen kein Vertrauen aufgebaut hätte werden können.

Zwei Personen finden, dass dies schon eine wichtige Stütze gewesen wäre. Relevant ist, dass es Personen sind, die man bereits kennt. Eine/r erläutert näher, dass es wichtig gewesen wäre, Unterstützung hinsichtlich des Aufhörens mit dem Konsumieren zu bekommen. Außerdem können sich Peers besser in die Konfliktsituationen als auch in die physische und psychische Verfassung der Personen hineinversetzen, da sie selbst die Erfahrungen mitbringen. Diese kann man nicht mit dem theoretischen und praktischen Wissen der ExpertInnen im Drogenbereich vergleichen, da diese das Hineinversetzen und Verstehen nie wirklich zu 100 Prozent schaffen würden (vgl. Interviews Betroffene).

Das Vertrauen ist hinsichtlich dieser Maßnahme eine der wichtigsten Faktoren, um Peer-support auch sinnvoll einsetzen zu können. Die Nützlichkeit dieser Maßnahme hängt von den individuellen Bedürfnissen der Personen und dem Vertrauen in die Peers ab. Es kann also nicht vorausgesetzt werden, dass den Peers sowieso Vertrauen geschenkt wird. Ob und wie viele Personen erreicht werden, kann somit nur schwer bis gar nicht festgestellt werden.

Im Alltag der DrogenkonsumentInnen kann es plötzlich zu Drogennotfällen kommen. Diesen kann auf unterschiedliche Weise begegnet werden. In Deutschland hat sich hier eine Naloxon-Vergabe erwiesen (siehe dazu Kapitel 3.8.1.).

### *3.5.12. Drogennotfall*

Um einen Drogennotfall richtig zu behandeln, ist es von großer Relevanz, Trainings hierzu anzubieten und durchzuführen. Das Training ist ein wichtiger Teil der Schadensminimierung, da so viele Todesfälle aufgrund von unabsichtlichen Überdosierungen verhindert werden können (vgl. Eder 2012, S. 261 f.).

ExpertIn1 erwähnte bereits, dass im Sinne des Peer-supports das Drogennotfalltraining einen Bereich ihrer Arbeit im Rahmen der Harm-Reduction Strategien einnimmt. Das Training wird im Vergleich zu anderen Ländern jedoch anders gestaltet, da es rechtliche Schwierigkeiten bezüglich einer Naloxon Vergabe gibt.

„So Sachen wie es in Deutschland gibt mit Naloxon Vergabe, gibt es in Österreich zum Beispiel nicht, weil das ganze Naloxon in Österreich rechtlich gar nicht so einfach ist. In Deutschland gibt es ja so peer-Projekte, wo das wirklich an Menschen ausgegeben wird, die in der Szene sind“ (ExpertInneninterview1, Abs. 23).

Eine exakte Erklärung, warum eine Vergabe von Naloxon so schwierig ist, konnte ExpertIn1 nicht darlegen. Es wurde nur erwähnt, dass sich die DrogenarbeiterInnen immer wieder erklären ließen, dass das genehmungspflichtig sei (vgl. ebd., Abs. 39). Zu bedenken ist, dass eine Abgabe dieses Stoffes an Peers nicht so einfach ist,

„unter anderem [...] gibt es immer viele Vorbehalte, was dann heißt, okay dann wird das sehr leicht verabreicht, dann sind die Leute wieder fit, dann wird nachgelegt, dann lasst das Naloxon nach und dann fährt die Überdosis drüber und dann fallen sie um. Das hat natürlich seine Risiken, deswegen braucht es viel Vorbereitung und Aufklärung. Ich denk mir trotzdem, es gibt immer wieder sehr positive Berichte aus Deutschland zum Beispiel, wo das gemacht wird, müsste man sich halt anschauen. Wenn es dort funktioniert. Ganz genau kenn ich die Zahlen nicht, aber dort gibt es normal schon immer regelmäßig Berichte davon, wo das quasi stattgefunden hat, dieser peer-support mit Naloxon. (...) Es hat sicher weitere Gefahren, dass vielleicht leichtsinniger konsumiert wird, wenn man weiß, man hat Naloxon im Notfall, kann man das wieder nehmen. Es hat schon alles seine Risiken und es ist nicht zu verharmlosen. Aber grundsätzlich wäre es eine gute Sache wahrscheinlich, wenn das adäquat eingeführt werden würde“ (ExpertInneninterview1, Abs. 39).

Ein Training um die Situation und die Folgen eines Drogennotfalls zu entschärfen macht durchaus als Schadensminimierung Sinn. Dies sollte besonders mit DrogenkonsumentInnen, als auch mit Personen durchgeführt werden, welche regelmäßig im Kontakt mit abhängigen Personen sind. Darunter fällt ebenso diverses Personal der Justizanstalten.

Die Abgabe von Naloxon scheint noch ein großer Schritt zu sein, welcher erst von Seiten der ExpertInnen gemeinsam mit Politik erarbeitet und an die Bedingungen in Österreich adaptiert werden muss. Ein Start einer solchen Abgabe könnte mit diversen Projekten in die Bahnen geleitet werden.

Der Gedanke der InsassInnen wird mit Sicherheit immer beim Zeitpunkt der Haftentlassung liegen. Nicht nur die Lebensbedingungen drogenabhängiger Personen generell und während einer Gefängnisstrafe stellen eine große Belastung und diverse Risiken dar, sondern ebenso der Zeitpunkt der Haftentlassung. Besonders die Entlassung in die Freiheit benötigt viel Unterstützung und ein gesundes Maß an Begleitung (siehe dazu Kapitel 3.9.).

### *3.5.13. Haftentlassung*

Besonders für drogenkonsumierende Personen stellt die Entlassung aus der Haft einen riskanten Übergang dar.

„Die Haftentlassung ist insofern, alle Übergänge im Leben sind riskant und das ist natürlich ein künstlicher Übergang und die Beobachtung generell, wenn dieser Übergang nicht gut begleitet ist und sozusagen Menschen, ob das jetzt Suchtkranke sind oder generell Häftlinge, die dann sozusagen draußen und draußen nichts haben sozusagen vor dem Nichts stehen, die sind sehr stark gefährdet, relativ schnell wieder dorthin zu rutschen, wo sie hergekommen sind und das gilt natürlich auch im großen Maße für Suchtklienten, Suchtmittelklienten und da bräuchte es eine viel bessere Begleitung, weil die Gefahr, weil wenn der drinnen quasi jetzt in keinsten Weise irgendeine Reflexion hat, sozusagen mit Unterstützung von einer Fachkraft [...]. Oder da entsteht ja schon sozusagen so ein Wunsch ‚also wenn ich draußen bin, dann...‘, also ich glaub dass das ein relativ gefährlicher Moment ist, wo es zu Überdosierung kommen kann“ (ExpertInneninterview2, Abs. 65).

In der Arbeit von ExpertIn2 wird darauf geachtet, dass wenn eine Haftentlassung ihrer KlientInnen in drei Monaten ersichtlich ist, diese ab dieser Zeit einmal pro Woche zur Beratung und/oder Therapie in die Einrichtung kommen dürfen (vgl. ebd., Abs. 69).

Ebenso spricht ExpertIn1 das Risiko der Haftentlassung an. Ohne Unterstützung geschehen gerade zu diesem Zeitpunkt sehr viele Überdosierungen (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 49).

Diese Begleitung in die Freiheit wird meist durch den Sozialen Dienst der Justizanstalten durchgeführt. Dieser endet jedoch an der Gefängnistür und die Personen sind dann sich selbst überlassen. Es stellte sich hier die Frage, in wie fern in der Realität Kooperationen der Einrichtungen mit den Justizanstalten vorhanden sind (siehe dazu Kapitel 3.9.2.).

#### 3.5.13.1. Kooperationen

ExpertIn2 erläuterte wie bereits erwähnt, dass bei einer Sicht auf den Zeitpunkt der Entlassung für regelmäßige Beratungen und/oder Therapien plädiert wird. Es geht vor allem darum, um über erste relevante Themen für die Freiheit reden zu können. Dies wird in Kooperation mit dem Sozialen Dienst gemacht (vgl. ExpertInneninterview2, Abs. 69). Doch diese Kooperationen sind auch aus Sicht des/der ExpertIn2 nicht ausreichend:

„Es gibt natürlich immer Kooperationen, aber die ermöglichen in dem Sinn nie so ein gutes Hinübergleiten oder Begleiten dieses Übergangs, weil wir doch auch relativ hochschwellig sind und wenn Klienten nicht kommen, kommen sie nicht. Also wir sind nicht nachgehend. Also da bräuchte es eigentlich (...) Projekte und das gibt es aber in unserer Suchthilfe nicht, die sozusagen mobil betreuen. Also es übernimmt irgendwie die Bewährungshilfe nicht, weil sie sagen, es ist nicht unser Thema. In dem Fall sind die aber am ehesten dafür da, dass sozusagen der Übergang ins normale Leben am ehesten gewährleistet wird, aber auf der anderen Seite muss man ja auch ehrlich sagen, kämpfen die auch mit ihren Ressourcen. Also da bleiben ganz viele über. Das ist, in entscheidenden Momenten wird Ressourcenknappheit und ein allzu enges Korsett dann schon sehr, sehr schwierig“ (ebd., Abs. 67).

Es wird einerseits deutlich, dass der Zugang der Einrichtung ein Erschwernis für eine Haftentlassung darstellt und andererseits die Ressourcenknappheit der daran beteiligten Institutionen. Eine Aufstockung an Unterstützungsleistungen speziell für den Entlassungszeitpunkt drogenabhängiger Personen wäre nicht nur wünschenswert, sondern auch dringend notwendig. Dies könnte durch eine Kooperation mit anderen Einrichtungen oder einer zusätzlichen Spezialisierung der Haftentlassenenhilfe von NEUSTART bezüglich des Suchtmittelsektors erfolgen.

ExpertIn1 hingegen ist auch aufgrund des Zugangs der Einrichtung regelmäßig in den Justizanstalten und kooperiert dort vor allem bezüglich des eigenen Klientels mit dem Sozialen Dienst. Die Kooperation erfolgt einzelfallspezifisch, je nachdem, was gerade benötigt wird. Auch die Haftentlassung wird teilweise von der Einrichtung des/der ExpertIn1 übernommen (vgl. ExpertInneninterview1, Abs. 31).

Hier wird deutlich, dass ein niederschwelliger Zugang die Kooperation und Unterstützung hinsichtlich der Haftentlassung von substanzabhängigen Häftlingen erleichtert.

Da beide ExpertInnen in den jeweiligen Einrichtungen in Kooperation mit den Justizanstalten arbeiten, ist auch der Umfang und Inhalt der geleisteten Arbeit interessant.

#### 3.5.13.2. Hilfe bei Entlassung

Die Hilfeleistung ist nach ExpertIn1 sehr individuell. Allgemein kann gesagt werden, dass,

„wenn es Richtung Haftentlassung geht, also wenn man sagt, wenn sie einen Haftausgang hat, geht man mal dann gemeinsam zum Magistrat und beantragt einen Ausweis oder so wenn was fehlt, was auch immer, oder geht gemeinsam einmal eine Wohnung anschauen schon vorher bei einem Ausgang, diese Sachen sind alle möglich, beziehungsweise wenn sie draußen sind Unterstützung für Kautionen und so weiter. Das passt alles beziehungsweise vor andere Themen eben in Absprache mit Sozialen Dienst je nachdem. Es ist sehr unterschiedlich, ob es um Kontaktaufnahme mit Familie geht, um weiß ich nicht, gesundheitspezifische Themen, um“<sup>66</sup> (ExpertInneninterview1, Abs. 71).

Wichtig ist es zu klären, wie es draußen weitergehen soll und was alles dringend erledigt werden muss, noch bevor die Haft beendet ist. Besonders das Wohnen stellt oftmals ein großes Thema dar, sowie auch die Grundsicherung (AMS Geld, etc.) (vgl. ebd., Abs. 73).

Es wurden auch die Betroffenen zu ihrer Erfahrung bezüglich einer Unterstützung bei der Haftentlassung befragt, da eben oft sehr viele Personen durch ein zu geringes Versorgungsnetz *unten durch* fallen.

Ein/e Betroffene/r schilderte ein sehr negatives Erlebnis mit einer Einrichtung bezüglich einer Wohnungssuche. Dieser Erzählung ist voranzuführen, dass der/diejenige im Grund

keine Hilfe wollte, noch benötigte, sondern er/sie wollte aus reiner Neugier die Möglichkeiten dieser Hilfeleistung testen. Der/Die jeweilige SozialarbeiterIn sicherte dem Häftling damals zu, bestimmt und relativ leicht eine Wohnung für die Zeit nach der Haft organisieren zu können. Alles schien perfekt zu laufen, bis einem Tag vor der Haftentlassung ihm/ihr ein Brief gesandt wurde, in welchem ihm/ihr mitgeteilt wurde, dass es leider doch nicht mit der Wohnung geklappt habe. Hätte dieser Häftling sich vollkommen auf die Hilfe verlassen, hätte die Entlassung der Haft wohl in einem Obdachlosenheim oder auf der Straße geendet. Interessant ist daran, dass anscheinend diese Einrichtungen Wohnungen nach einem Punktesystem vergeben. Ab 15 Punkte hat man angeblich Anspruch. Der/Die damalige Betroffene erreichte jedoch nur elf. Wie diese Punkte vergeben werden, wurde dieser Person jedoch nie erläutert und kann somit hier auch nicht näher ausgeführt werden.

Weiteren drei Personen wurde nicht bei ihrer Haftentlassung geholfen. Eine/r ist sogar vor die Gefängnistür gestellt worden, ohne ein Rezept oder einen Beleg für seine Substitutionsmittel zu bekommen. Wiederum ein/e Andere/r hat zwar sein/ihr Rezept bekommen, welches jedoch eine viel geringere verschriebene Dosis hatte, worauf diese/r sich in diesem Monat die notwendige Dosis selbst zukaufen musste, da das Rezept für ein Monat ausgestellt wurde.

Lediglich eine von fünf befragten Personen gab an, dass ihm/ihr gut bei der Haftentlassung geholfen wurde (vgl. Interviews Betroffene).

Dies zeigt sehr deutlich, dass nicht nur während der Haft, hingegen auch bezüglich des Übergangs an diversen Unterstützungen und Maßnahmen gearbeitet werden muss. Dies nicht nur um eine bessere Versorgung der drogenabhängigen InsassInnen zu gewährleisten, sondern ebenso auch im Sinne der Bewahrung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung.

## 4. Resümee

Die Gesamterkenntnis bezüglich der Forschungsfrage, *was drogenabhängige InsassInnen im Strafvollzug benötigen*, ist vor allem, dass die Bedürfnisse kaum bis gar nicht gedeckt werden.

Damit überhaupt auf die Bedürfnisse von abhängigen Personen im Gefängnis eingegangen werden kann, wäre es als erster Schritt höchst notwendig, dass sowohl die Politik, die Gesellschaft, als auch darauf folgend die Justizanstalten von ihrer Utopie eines drogen-, gewalt- und sexualfreien Raums ablassen. Erst die Einsicht des Vorhandenseins dieser Dimensionen sowohl in Freiheit, als auch im Gefängnis lässt es zu, dass Diskussionen zu diesem Thema als auch Veränderungsvorschläge, Wünsche und Bedarfserhebungen, sowie neue Kooperationen mit diversen Institutionen aufkommen. Relevant ist es darauf aufmerksam zu machen, dass es nicht nur ausschließlich um die Gesundheit und die Versorgung drogenabhängiger Personen, sondern besonders auch um die Gesundheit der Bevölkerung (Public Health) geht. Um hier sinnvolle neue Konzepte und Veränderungen der Rahmenbedingungen entstehen zu lassen, bedarf es einer Eingliederung diverser ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PolitikerInnen, StrafvollzugsanstaltsleiterInnen etc. Selbstverständlich benötigt so ein Prozess Zeit. Diese Forschungsarbeit soll jedoch mit den Ergebnissen einen Denkanstoß und vor allem einen Anreiz geben, sich vermehrt mit den Problemlagen hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen in den Strafvollzugsanstalten auseinander zu setzen. Um dies speziell auch bei allen beschäftigten Personen der Justizanstalten, sowie den zuständigen PolitikerInnen zu erreichen, muss auch das Bild der Gesellschaft über die Verhältnisse in Gefängnissen geändert werden, in dem Menschen über die Realität aufgeklärt werden. Auch in diesem Punkt soll diese Forschungsarbeit ihren Beitrag leisten.

Positiv für die österreichischen Justizanstalten ist, dass Substitution sowohl im Gefängnis angeboten, als auch weitergeführt wird. Dadurch wird vielen Häftlingen der Alltag im Gefängnis erleichtert. Hervorzuheben ist, dass das Angebot der Substitution in anderen Ländern nicht selbstverständlich auch in Haft zur Verfügung steht.

Vermehrt kamen jedoch die Mängel hinsichtlich der Versorgung abhängiger InsassInnen zum Vorschein. Angefangen von einer erzwungenen Herunterdosierung der Substi-

tution, Stigmatisierungen, keinem Angebot zu Schadensminimierung, wenig bis kaum Unterstützung bei der Haftentlassung bis hin zu Todesfällen und Überdosierungen, konnte alles auch empirisch erforscht werden. Hervorzuheben ist besonders auch, dass weder eine Drogenfreie Zone, noch schärfere Kontrollen oder Zwang abhängige Menschen von ihrem Konsum abhalten können.

Menschen, die wirklich abhängig sind, werden sowohl in Freiheit, als auch im Gefängnis weiter konsumieren, solange sie sich nicht selbst dazu entscheiden, ein Leben ohne illegale Drogen führen zu wollen. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Einstellung der akzeptierenden Drogenarbeit in die Gefängnisse zu importieren. Dadurch könnten mittels eines Angebots von Spritzentausch, Drogennotfalltraining, etc. vor allem weitere gesundheitliche Schäden verhindert werden. Des Weiteren können sich die Personen mit ihren Problemlagen und ihrem Leben auseinandersetzen, wenn sie mit ihrer Abhängigkeit akzeptiert und nicht stigmatisiert und zur Abstinenz gezwungen werden. Somit könnte vor allem der Konsum mit all seinen Schwierigkeiten, als auch ein Versuch zur Reduktion und/oder Abstinenz bzw. Entscheidung zur Therapie besser begleitet und unterstützt werden. Es könnten dadurch besonders Rückfälle besser aufgefangen und auch vorgebeugt werden.

Die Bedürfnisse drogenabhängiger InsassInnen gestalten sich individuell und je nach gegenwärtiger Lage/Verfassung. Um diesen nachzukommen, würde es einer ständigen Erfassung dieser brauchen. Diese kann jedoch nur dann vorgenommen werden, wenn die Personen auch bereit dazu sind, ihre Abhängigkeit offen zu legen und an dieser zu arbeiten. Es wird selbstverständlich auch immer wieder drogenabhängige Inhaftierte geben, welche weder ihre Abhängigkeit zugeben möchten, noch an dieser arbeiten. Um deren Bedürfnisse gerecht zu werden, wäre es zumindest notwendig, diverse Strategien zu Schadensminimierung, sowie ausreichende Aufklärung anzubieten. Grundsätzlich soll jedem Mensch Hilfe und die Abwendung von Risiken, sowie auch eine Chance zur Veränderung geboten werden. Für welches sich eine Person entscheidet, bleibt ihm/ihr überlassen.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass vor allem Schadensminimierungsstrategien, Netzwerkarbeit, Kooperation mit Stellen außerhalb des Gefängnisses, das Angebot von Psychotherapie, eine Vorbereitung und Begleitung bei Haftentlassung besonders hin-

sichtlich der Rückfallgefahr und die Akzeptanz des Menschen in seiner Gesamtheit notwendig sind.

Gemeinhin ist es von Bedeutung, die Ressourcen der jeweiligen Personen und ihre Bedürfnisse zu erfassen. Sie sollen in der Gestaltung ihres Lebens nach ihren Vorstellungen bestmöglichst unterstützt werden. Vorwiegend bedarf es jedoch einer Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit und nicht einer weiteren Gefährdung wie sie derzeit in den Gefängnissen herrscht.

Es lebt die Hoffnung, dass mit dieser Forschungsarbeit die Dringlichkeit der Auseinandersetzung mit diesem Thema einen Anfang macht und es zumindest zu Diskursen über mögliche Veränderungen der Rahmenbedingungen kommt.

## 5. Literaturverzeichnis

akzept e.V. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010): Drogentod nach Haftentlassung. Stöver, Heino/Knorr, Bärbel (Hrsg.): In:  
<http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/pressemitteilung-drogentod-nach-haftentlassung>. [22.12.2014].

b.a.s. [betrifft abhängigkeit und sucht] Steirische Gesellschaft für Suchtfragen (o.J.): In:  
<http://www.suchtfragen.at/>. [07.06.2015].

Bader, Thomas/Heckmann, Wolfgang (2005): Drogen und Aids. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Böllert Karin (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 3. Aufl. München, Basel: E. Reinhardt. S. 315–323.

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Breitegger, Hans (2014): Schmuggel mit Drogen und Handys vereitelt. In: Kleine Zeitung, 17.10.2014 (346). S. 22–23.

Bundeskanzleramt (2014): Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch. StGB, vom 30.10.2014. Fundstelle: Rechtsinformationssystem (RIS) (60). S. 1–88. In:  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10002296/StGB%2c%20Fassung%20vom%2030.10.2014.pdf>. [30.10.2014].

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Bericht zur Drogensituation 2013. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. In:  
[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht\\_zu\\_r\\_drogensituation2013.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht_zu_r_drogensituation2013.pdf). [16.12.2014].

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. In:  
[bmg.gv.at/cms/home/.../7/9/.../epidemiologiebericht\\_drogen\\_2014.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/.../7/9/.../epidemiologiebericht_drogen_2014.pdf). [19.12.2014].

Bundesministerium für Justiz (2009): Strafvollzug. Justizanstalten. Wien. In:  
<http://www.justiz.gv.at/web2013/html/default/2c94848544ac82a60144d472f60f0d30.de.html>. [26.12.2014].

Bundesministerium für Justiz (2012)a: Bericht über den Straf- und Maßnahmenvollzug. Auszug aus dem Sicherheitsbericht 2012. In:  
[http://strafvollzug.justiz.gv.at/\\_downloads/Jahresbericht\\_2012.pdf](http://strafvollzug.justiz.gv.at/_downloads/Jahresbericht_2012.pdf). [26.12.2014].

Bundesministerium für Justiz (2012)b: Sicherheitsbericht 2012. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Hg. v. Bundesministerium für Justiz. In:

[www.justiz.gv.at/web2013/file/...de.0/sicherheitsbericht2012l.pdf?...true](http://www.justiz.gv.at/web2013/file/...de.0/sicherheitsbericht2012l.pdf?...true).  
[13.12.2014].

Bundesministerium für Justiz (2013)a: Sicherheitsbericht 2013. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. In:  
<http://www.justiz.gv.at/web2013/html/default/2c94848525f84a630132fdbd2cc85c91.de.html>. [25.12.2014].

Bundesministerium für Justiz (2013)b: Strafvollzug in Österreich. Wien. In:  
[http://www.justiz.gv.at/web2013/file/2c9484853e44f8f9013ef9d9e2b928dd.de.0/strafvollzug\\_download.pdf](http://www.justiz.gv.at/web2013/file/2c9484853e44f8f9013ef9d9e2b928dd.de.0/strafvollzug_download.pdf). [31.10.2014].

Bundesministeriums für Gesundheit (2011): Bericht zur Drogensituation 2011. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. In:  
[http://www.praevention.at/upload/documentbox/drogensituation\\_2011\\_1.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/drogensituation_2011_1.pdf).  
[14.12.2014].

Caritas der Diözese Graz-Seckau Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich (2013): Jahresbericht 2013. Graz: Medienfabrik Graz. In: <http://streetwork.caritas-steiermark.at/downloads/> [18.02.2015].

Cornel, Heinz (2009)a: Grundlagen. Zum Begriff der Resozialisierung. In: Cornel, Heinz/ Kawamura-Reindl, Gabriele/ Maelicke, Bernd/ Rüdiger-Sonnen, Bernd (Hrsg.): Resozialisierung. Handbuch. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos. S. 27–60.

Cornel, Heinz (2009)b: Strafvollzug. In: Cornel, Heinz/ Kawamura-Reindl, Gabriele/ Maelicke, Bernd/ Rüdiger-Sonnen, Bernd (Hrsg.): Resozialisierung. Handbuch. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos. S. 292–321.

Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage. Marburg: Eigenverlag. In: [www.audiotranskription.de/praxisbuch](http://www.audiotranskription.de/praxisbuch). [14.04.2015].

Duden (o.J.) In: <http://www.duden.de/node/660920/revisions/1320359/view>.  
[18.10.2014].

Eder, Simone Gabriele (2012): Beratung, Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verl. der Carl von Ossietzky Univ.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2004): Drogen im Blickpunkt. Komorbidität – Drogenkonsum und psychische Störungen. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Lissabon (Hrsg.). In:  
[www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_44768\\_DE\\_Dif14DE.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_DE_Dif14DE.pdf). [19.12.2014].

- Europäischen Union (2008): INFORMATIONEN DER ORGANE UND EINRICHTUNGEN DER EUROPÄISCHEN UNION. EU-Drogenaktionsplan (2009-2012) (C 326). In: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008XG1220\(01\)&from=DE](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008XG1220(01)&from=DE). [18.12.2014].
- Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Groenemeyer, Axel (2012): Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In: Albrecht, Günter / Groenemeyer, Axel (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 433–493.
- Harding, Timothy (2000): Der Suchtkranke im Gefängnis. In: Uchtenhagen, Ambros/ Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. 1. Aufl. München/Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 445-448.
- Hussy, Walter/ Scheier, Margit/ Echterhoff, Gerald (2010): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- International Harm Reduction Association (2010): Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association. London. In: [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_German.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf). [18.12.2014].
- Jacob, Jutta/ Stöver, Heino (1998): Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen - Eine theoretische Einführung. In: Jacob, Jutta/ Stöver, Heino (Hrsg.): Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodischdidaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug. Oldenburg: BIS. S. 9–40.
- Justice Cooperation Network: Modul und Mindeststandards. In: [http://jcn.pixel-online.org/files/workshops/04/02\\_Deutsche%20Fassung.pdf](http://jcn.pixel-online.org/files/workshops/04/02_Deutsche%20Fassung.pdf). [16.10.014].
- Katzbauer, Kerstin (2011): Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich stellt sich vor. In: Harlekin Die Kontaktladenzeitung, 11, H. 4. S. 2-3. In: <http://streetwork.caritas-steiermark.at/downloads/> [8.02.2015].
- Kawamura-Reindl, Gabriele (2009): Freie und kommunale Hilfen für Straffällige. In: Cornel, Heinz/ Kawamura-Reindl, Gabriele/ Maelicke, Bernd/ Rüdeger-Sonnen, Bernd (Hrsg.): Resozialisierung. Handbuch. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos. S. 200–219.
- Kisser, Wolfgang (1991): Nachweis von Drogen in Körperflüssigkeiten. In: Frank, Christel/ Harrer, Gerhart (Hrsg.): Drogendelinquenz, Jugendstrafrechtsreform. Berlin/ New York: Springer. Bd. 2. S. 27–42.

Klopp, Anne-Marie/ Krell, Wolfgang (2013): Entlassen! Verlassen? Vergessen!? Übergang zwischen Haft und Freiheit. In: BAG-S Informationsdienst Straffälligenhilfe 21. S. 5–9. In: [http://www.bag-s.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Infodienst/2\\_2013\\_BAG-S\\_Infodienst\\_Webseite\\_Archiv\\_01.pdf](http://www.bag-s.de/fileadmin/user_upload/PDF/Infodienst/2_2013_BAG-S_Infodienst_Webseite_Archiv_01.pdf). [18.10.2014].

Ladewig, Dieter (2000): Anamnese, aktuelle Lebenslage. In: Uchtenhagen, Ambros/ Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. 1. Aufl. München/Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 277-278.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Land Steiermark (2015): Drogenberatung des Landes Steiermark. Anonym – freiwillig – kostenlos. In: <http://www.drogenberatung.steiermark.at/cms/ziel/32247788/DE/>. [05.03.2015].

Lang, Fredi (2008): Vorbereitung der Haftentlassung und Nachsorge. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch. Unter Mitarbeit von Christine Höpfner und Bärbel Knorr. 4. Aufl. Berlin: Dt. AIDS-Hilfe. S. 152–168.

Mayring, Philipp (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. München: Psychologie-Verl.-Union.

Neider, Michael (2008): Ärztliche Versorgung im österreichischen Strafvollzug. In: Tag, Brigitte/ Hillenkamp, Thomas (Hrsg.): Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im schweizerischen und internationalen Diskurs. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 203–229.

Ostendorf, Heribert (2000): Wieviel Strafe braucht die Gesellschaft? Plädoyer für eine soziale Strafrechtspflege. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2001): Bericht zur Drogensituation 2001. Wien. In: <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Bericht-zur-Drogensituation-in-Oesterreich-2001.html>. [14.12.2014].

Rast, Nikolaus (2013): »Therapie statt Strafe« – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Grüner Kreis (Hrsg.): Wege aus der Sucht. Abhängigkeiten erkennen-behandeln-bewältigen. Therapie statt Strafe. Grüner Kreis Magazin (85). Wien: Grüner Kreis.

Reinl, Heidi/ Stumpp, Gabriele (2005): Drogentherapie. In: Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans/ Böllert, Karin (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 3. Aufl. München/Basel: E. Reinhardt. S. 301–314.

Reker, Martin (2013): Arbeit mit jungen Suchtgefährdeten im Übergang zwischen Haft, Nachsorge, Klinik. In: BAG-S Informationsdienst Straffälligenhilfe 21. S. 15–17. In:

[http://www.bag-s.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Infodienst/2\\_2013\\_BAG-S\\_Infodienst\\_Webseite\\_Archiv\\_01.pdf](http://www.bag-s.de/fileadmin/user_upload/PDF/Infodienst/2_2013_BAG-S_Infodienst_Webseite_Archiv_01.pdf). [18.10.2014].

Schay, Peter (2013): Akzeptierende Drogenhilfe und intermittierende Karrierebegleitung. In: Schay, Peter/ Lojewski, Ilona/ Siegele, Frank (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie - Methoden - Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation*. 1. Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme. S. 30–34.

Schay, Peter/ Sichau, Frank (2013): Integrative Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden und -abhängigen Jugendlichen im Stravollzug. In: Schay, Peter/ Lojewski, Ilona/ Siegele, Frank (Hrsg.): *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie - Methoden - Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation*. 1. Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme. S. 35–50.

Schwehm, Helmut (1994): Psychosoziale Aspekte von Sucht. In: Nowak, Manfred/ Schifman, Richard/ Brinkmann, Rüdiger (Hrsg.): *Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis; mit 24 Tabellen*. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 9–27.

Spirig, Harald (2002): Drugs in prisons: the realities. In: Council of Europe (Hrsg.): *Prisons, drugs and society. Proceedings*. Strasbourg: Council of Europe. S. 23–29.

Spirig, Harald/ Gegenhuber, Barbara (2010): Praxis der Substitution im Österreichischen Strafvollzug. In: akzept e.V. und Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): *WIAD. Vierte europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Dokumentation der Konferenz in Wien, April 2009*. Berlin. S. 25–42.

Springer, Alfred (2007): Drogen und Drogenmissbrauch. Information zur Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Wien: REMAprint. In: [http://www.schulpsychologie.at/fileadmin/upload/psychologische\\_gesundheitsfoerderung/Suchtpraevention/drogen.pdf](http://www.schulpsychologie.at/fileadmin/upload/psychologische_gesundheitsfoerderung/Suchtpraevention/drogen.pdf). [13.12.2014].

Stigler, Hubert/Felbinger, Günter (2012): Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): *Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften*. 2. Aufl. Innsbruck: Studienverlag Ges.m.b.H. S. 141-146.

Stöver, Heino (2000): *Healthy prisons. Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug*. Oldenburg: BIS, Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg. Bd. 5.

Stöver, Heino (2002): *Drug and HIV - AIDS services in European prisons*. Oldenburg: Bis, Bibliotheks- und Informationssystem der Univ. Oldenburg. Bd. 8.

Stöver, Heino (2009): Drogenabhängige Menschen in Haft. In: Cornel, Heinz/ Kawamura-Reindl, Gabriele/ Maelicke, Bernd/ Rüdiger-Sonnen, Bernd (Hrsg.): Resozialisierung. Handbuch. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos. S. 374–389.

Stöver, Heino; Michels, Ingo Ilja (2010): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. In: Harm Reduction Journal (2010): H. 7, Nr. 17. S. 1–7. In: <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17>. [14.12.2014].

Stöver, Heino/ Trautmann, Franz (2009): Risikominimierung im Strafvollzug 2009. Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen. 2. Aufl. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. In: <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/Risikominimierung-im-Strafvollzug-2009.pdf>. [24.12.2014].

Täschner, Karl-Ludwig (1991): Drogenabhängigkeit: Klinik und Psychopathologie. In: Frank, Christel/ Harrer, Gerhart (Hrsg.): Drogendelinquenz, Jugendstrafrechtsreform. Berlin/New York: Springer. Bd. 2. S. 43–56.

Tretter, Felix (1994): Begleiterkrankungen der Polytoxikomanie. In: Nowak, Manfred/ Schifman, Richard/ Brinkmann, Rüdiger (Hrsg.): Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis; mit 24 Tabellen. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 193–201.

Tretter, Felix (2000): Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis; mit 195 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.

Uhl, Alfred/ Springer, Alfred (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich. Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen. In: <http://www.praevention.at/upload/documentbox/LeitbildentwicklungFS.pdf>. [18.10.2014].

UNICEF (2004): Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. In: [http://www.unicef.org/ceecis/The\\_Dublin\\_Declaration.pdf](http://www.unicef.org/ceecis/The_Dublin_Declaration.pdf). [10.05.2015].

United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (1955): Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. In: [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/UN\\_Standard\\_Minimum\\_Rules\\_for\\_the\\_Treatment\\_of\\_Prisoners.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UN_Standard_Minimum_Rules_for_the_Treatment_of_Prisoners.pdf). [27.12.2014].

United Nations office on drugs and crime (2006): HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. Unter Mitarbeit von World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. New York. In: [http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS\\_prisons\\_July06.pdf](http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf). [20.12.2014].

Warns, Clemens (1994): Soziokulturelle Aspekte der Sucht – Impressionen aus Lebenswelt und Innenwelt von Drogenabhängigen. In: Nowak, Manfred/ Schifman, Richard/ Brinkmann, Rüdiger (Hrsg.): Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis; mit 24 Tabellen. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 29–42.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1). [18.10.2014].

Winkler, Karl-Rudolf (1991): Drogendelinquenz und Beschaffungskriminalität. In: Frank, Christel/ Harrer, Gerhart (Hrsg.): Drogendelinquenz, Jugendstrafrechtsreform. Berlin/New York: Springer. Bd. 2. S. 101–111.

Winkler, Petra (1998): Hilfen bei Drogennotfällen und Erkrankungen durch Drogenkonsum. In: Jacob, Jutta/ Stöver, Heino (Hrsg.): Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodisch didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug. Oldenburg: BIS. S. 237–246.

Wolff, Hans/ Pont, Jörg/ Stöver, Heino (2012): Genfer Erklärung zur Gesundheitsversorgung in Haft. In: akzept e.V. (Hrsg.): 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. „Patient or Prisoner?“ Wege zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Haft. Genf. 01-03. Februar 2012. S. 213–220.

Wolffersdorff, Christian v. (2005): Drogen und Sucht. In: Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans/ Böllert, Karin (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 3. Aufl. München/Basel: E. Reinhardt. S. 324–338.

World Health Organization Europe (2014): Prisons and Health. Denmark: WHO Regional Office for Europe. In:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf). [24.12.2014].

## **6. Anhang**

### **6.1. Interviewleitfaden ExpertInnen**

#### *Einstieg*

1. Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf?
2. Wie setzt sich Ihr Klientel zusammen? (Alter, Substanzen,...)

#### *Information*

1. Finden Sie akzeptierende Drogenarbeit wichtig?
2. Wie wichtig finden Sie das Thema Harm-Reduction?
3. Wie sehen Sie den Strafvollzug mit seinen Rahmenbedingungen?

#### *Drogenkonsum im Vollzug*

4. Haben Sie in Ihrer Arbeit bereits Erfahrungen mit dem Konsum im Vollzug gesammelt?
5. Wie groß schätzen Sie die Relevanz dieses Themas ein?
6. Wie stehen Sie zu der Aussage, dass der Vollzug auch als erste Kontaktmöglichkeit mit DrogenkonsumentInnen vorteilig genutzt werden kann?
7. Wird bereits ausreichend für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug gesorgt?
8. Was halten Sie von „Drogenfreien Zonen“ und der allgemeinen Orientierung im Vollzug an einem Leben in Abstinenz?
9. Wie stehen sie zu „Therapie statt Strafe“?
10. Wie stehen Sie zu einer Substitutionsbehandlung?
  - a. Besitzt diese mehr Vor- als Nachteile?
  - b. Sollte diese unbedingt im Vollzug weitergeführt bzw. überhaupt erst eingeleitet werden?
11. Welche Probleme treten Ihrer Meinung nach mit illegalem Konsum im Gefängnis auf?

12. Welche Rahmenbedingungen müssten sich ändern, um akzeptierende Drogenarbeit auch im Gefängnis zu gewährleisten?
13. Was würden Sie davon halten, Maßnahmen wie dem Angebot von sterilem Spritzbesteck und peer-support flächendeckend in allen Gefängnissen einzuführen?
14. Wie wichtig ist es, die InsassInnen bei ihrer Entlassung und auch danach zu betreuen?
  - a. Gibt es hier Kooperationen?

### ***Abschluss***

15. Welche Anregungen, Wünsche, Vorstellungen hätten Sie generell zu diesem Thema?

## **6.2. Interviewleitfaden Betroffene**

### ***Einstieg***

Vielen Dank, dass du dir die Zeit für dieses Interview nimmst!

1. Wie geht es dir heute?
2. Wie alt bist du?
3. Gehst du derzeit einer bezahlten Arbeit nach?

### ***Drogenkonsum***

#### **Biographie**

1. Seit wann konsumierst du Drogen?
2. Welche Substanzen hast du bereits schon konsumiert?
3. Hast du dich bereits irgendwann einmal einer Therapie unterzogen (ambulant oder stationär)?

#### **Gegenwart**

4. Konsumierst du regelmäßig Drogen?
5. Würdest du dich selbst als abhängig beschreiben?
6. Welche Substanz(en) konsumierst du jetzt hauptsächlich?

7. Wurdest du schon mal substituiert oder befindest du dich gerade in einer Substitutionsbehandlung?
  - a. Konsumierst du daneben weiter andere Stoffe
8. Wie ist deine Einstellung zu akzeptierender Drogenarbeit?
9. Welche Schadensminimierungsstrategien sind dir bekannt?

### ***Konflikte mit dem Gesetz und Freiheitsstrafe***

10. Wie viele Freiheitsstrafen musstest du bisher verbüßen?
  - a. Wie viele Jahre hast du insgesamt im Gefängnis verbracht?
  - b. Welche Strafe war die längste? (Dauer)
  - c. In welchen Gefängnissen wurdest du untergebracht?
  - d. Wie gestalten sich die Hierarchien im Gefängnis?
  - e. Bekamst du jemals Vollzugslockerungen?
  - f. Wurde dir jemals eine frühzeitige Entlassung gewährt?
  - g. Bekamst du ein- oder mehrmals die Auflage Therapie statt Strafe?
    - i. Ist eine Therapie im Gefängnis sinnvoll?

### ***Drogen und Gefängnis***

11. Hattest du mit Entzugerscheinungen zum Zeitpunkt der Inhaftierung zu kämpfen?
12. Hast du im Gefängnis weiter Drogen konsumiert?
13. Wusste man über deinen Drogenkonsum im Gefängnis Bescheid?
14. Wie leicht ist es, sich Drogen zu beschaffen?
15. Welche illegalen Drogen sind vorhanden?
16. Wie teuer sind die Drogen?
17. Welche Drogen werden am häufigsten konsumiert, gehandelt?
18. Was passiert, wenn man erwischt wird?
19. Findet needle-sharing statt?
20. Wie wird mit der Ansteckungsgefahr bezüglich HIV und Hepatitis umgegangen?

21. Kannst du jemandem, der nach einem Gefängnisaufenthalt oder im Gefängnis aufgrund einer Überdosierung gestorben ist?

### **Unterstützungsleistungen**

22. Wurde dir Substitution angeboten, oder hast du die Behandlung weiterbekommen?

23. Welche Möglichkeiten zur Schadensminimierung sind im Gefängnis vorhanden?

24. Was hältst du von „Drogenfreien Zonen“ mit scharfen Kontrollen (häufige Harn-tests) dafür aber mehr Vollzugslockerungen? Warst du jemals in einer?

25. Wäre für dich die Unterstützung im Gefängnis von Peers (Gleichgesinnten, ebenfalls KonsumentInnen) eine große Hilfe gewesen? Hättest du Ihnen vertraut?

26. Mit welchen Betreuungseinrichtungen von außen hast du während der Freiheitsstrafe gearbeitet?

### **Haftentlassung**

27. Wie wurde dir nach der Haftentlassung geholfen?

28. Kennst du b.a.s. oder den Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich der Caritas?

29. Sind dir andere Beratungsstellen und Hilfen in Graz bekannt?

a. Nimmst du sie in Anspruch?

30. Nimmst du sonstige Hilfen in Anspruch?

### **Abschluss**

31. Was hättest du im Gefängnis an Unterstützungen gebraucht?