

Thematische Grundlagen

Das Wichtigste in Kürze

- ICD-10 und DSM-5 sind Klassifikationssysteme, die sich um eine international anerkannte und Kulturen übergreifende Beschreibung der Substanzgebrauchsstörung bemühen.
- Die Entstehung sowie Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen ist ein komplexes Thema und sollte daher nicht monokausal, sondern nur multifaktoriell und multiperspektivisch betrachtet und erklärt werden.
- Viele Faktoren, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzgebrauchsstörungen begünstigen, können mit verhaltenstherapeutischer und milieuorientierter Gruppenbehandlung spezifisch bearbeitet werden.
- Die zieloffenen Suchtarbeit setzt in jedem Fall ein Offensein und eine akzeptanzorientierte Haltung gegenüber jeglicher Konsumziele des Patienten voraus und bewahrt somit das Recht auf Selbstbestimmung.
- Neben suchtspezifischen Therapieeinrichtungen gibt es keine andere Institution die eine so erhebliche Konzentration von Menschen mit Suchterkrankungen aufweist wie der Strafvollzug.
- Ein Substanzmissbrauch oder im Folgenden eine Substanzabhängigkeit führt nicht monokausal zu einer Straffälligkeit, diese verfestigt jedoch die kriminellen Laufbahnen und intensiviert delinquentes Verhalten.
- Die Versorgung mit Betäubungsmitteln stößt in den Justizvollzugsanstalten auf keine nennenswerten Schwierigkeiten, so dass der Drogenkonsum derweilen zu den zentralsten intramuralen Problembereichen zählt.

Substanzgebrauchsstörung und Behandlung – Ein Überblick

Das folgende Kapitel soll einen kurzen Einblick in das Thema Substanzgebrauchsstörung in diagnostischer Hinsicht sowie auf gesamtgesellschaftlicher Ebene geben. Die Diagnosekriterien schaffen einen Orientierungsrahmen in der Unterscheidung zwischen Abhängigkeit und schädlichem Substanzgebrauch, welcher als Grundlage unserer Arbeit gesehen werden sollte.

Die Begrifflichkeit „Sucht“ ist in der Allgemeinbevölkerung sowie im fachspezifischen Jargon weit verbreitet, auch wenn sie gleichzeitig aus fachpsychiatrischer Sicht als äußerst unscharf gesehen werden muss (vgl. Passow 2019: 234). Um der vorhandenen wissenschaftlichen Komplexität gerecht zu werden, werden die dimensional

sowie kategorialen diagnostischen Leitlinien beider gängigen Klassifikationssysteme mit ihren Kriterien aufgegriffen.

ICD-10: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Sucht als einen „Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge“. Eingestuft wurde Sucht unter den psychischen und Verhaltensstörungen. Zu unterscheiden ist hier zwischen einem schädlichen Gebrauch und einer Abhängigkeitserkrankung. Folgende Kriterien sind bei einer möglichen Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung entscheidend:

- I. Starker Konsumdrang („craving“)
- II. Kontrollverlust
- III. Toleranzentwicklung
- IV. Körperliche Entzugssymptome
- V. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
- VI. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen

Ein schädlicher Gebrauch wird dann diagnostiziert, wenn zwei der sechs genannten Kriterien gegeben sind, hingegen beim Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung mindestens drei dieser Kriterien erfüllt sein müssen. Als Bezugsraum gelten hier die letzten zwölf Monate.

DSM-5: Substanzgebrauchsstörung

In Bezug auf die Suchterkrankung ergaben sich mit dem amerikanischen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welches von der American Psychological Association (APA) herausgegeben wird, wesentliche Veränderungen. Die bis dahin bestehende Kategorie des „schädlichen Substanzgebrauchs“ im DSM-IV wurde aufgehoben und in die neue Kategorie „Substanzgebrauchsstörung“ eingefügt, welche zu einer Entstigmatisierung des Abhängigkeits-Labels beitragen soll. Zudem entfällt in dem Bereich des „schädlichen Gebrauchs“ das diagnostische Kriterium um die Problematiken mit dem Gesetz und das Kriterium des „cravings“, des starken Verlangens, wurde ergänzt. Nach dem die Begrifflichkeit der „Sucht“ eine

Zeit lang aus dem wissenschaftlichen Diskurs verbannt wurde, wurde er im DSM-5 wieder eingeführt (vgl. Heinz & Friedel 2014: 571/ Schnell 2019: 7). Um eine Substanzgebrauchsstörung, welche grundlegend auf der Identifizierung eines pathologischen und dysfunktionalen Verhaltensmusters beruht, bei dem Personen fortlaufend Substanzkonsum betreiben, auch wenn zusammenhängende erhebliche Probleme bestehen, zu diagnostizieren werden folgende Kriterien bestimmt:

1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis
5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen
9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
11. Craving, das starke Verlangen nach der Substanz

Mindestens zwei der genannten Kriterien müssen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten erfüllt sein. Bei zwei bis drei erfüllten Kriterien spricht man von einer „moderaten“, bei über vier erfüllten Kriterien von einer schweren Substanzgebrauchsstörung (vgl. APA 2018).

Ätiologie und psychosoziale Zusammenhänge

Die Entstehung sowie Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen ist ein komplexes Thema und sollte daher nicht monokausal, sondern nur multifaktoriell und multiperspektivisch betrachtet und erklärt werden. Es gibt zahlreiche Modelle, die

sich der Thematik der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsumstörungen angenommen haben, am weitverbreitetsten ist jedoch das integrative Suchtmodell. Schon in den siebziger Jahren wurde abhängiges Verhalten durch ein Konzept der Multikonditionalität erklärt, welche die Faktoren des Individuums, der Droge und der Umwelt als elementare ätiologische Bedingungen definierte. Dieser Erklärungsansatz gilt als Vorläufer des in den modernen Fachkreisen genutzte biologisch-psycho-soziales Entstehungsmodell der Sucht. Um der Individualität jedes komplexen Störungsmodells gerecht zu werden, müssen neben den Faktoren der Biologie, der Substanz, des Sozialen und der Umwelt auch der zeitliche Aspekt bezüglich der Interaktion mit den anderen Parametern berücksichtigt werden. So wird die Wirksamkeit der verschiedenen Risikofaktoren in vorangegangenen Entwicklungsphasen im Rahmen der Entwicklung einer Psychopathologie relevant (vgl. Schnell 2019: 7f.). Der Mensch kann dementsprechend nie losgelöst von den gesellschaftlichen Gegebenheiten und seinem direkten sozialen Umfeld gesehen werden.

Auch wenn der Übergang vom gesundheitlich weitestgehend unbedenklichem Substanzkonsum zum Missbrauch und schließlich zur Abhängigkeit oftmals fließend verläuft, unterscheidet man zwischen den Stadien des Gelegenheitskonsum, des Gewohnheitskonsum, des schädlichen Konsums und der Abhängigkeit (vgl. Kern 2013: 26).

Das Suchtgedächtnis: Im Mittelpunkt der Suchtentstehung stehen positive Emotionen, welche über das zentrale mesolimbische Belohnungssystem vermittelt werden. Nach einem Substanzkonsum wird die positiv konnotierte Wirkung durch das Gedächtnissystem gespeichert. Das Erwartungslernen auf kognitiver Ebene sorgt dafür, dass die Belohnung fortlaufend eine implizite oder manifeste positive Wirkungserwartung erzeugt, welche sich nach dem Prinzip einer klassischen oder operanten Konditionierung in den Verhaltenssequenzen verankert (vgl. Küfner & Soyka 2017: 38f.). Der Konsumierende besetzt die Erfahrung mit positiven Emotionen, indem immerhin kurzfristig die persönliche Bedürfnislage befriedigt wird. Auf längere Sicht werden jedoch die bestehenden nicht Drogen-bezogenen Bewältigungskapazitäten tendenziell untergraben und es entwickelt sich ein unkontrollierter und dysfunktionaler Substanzkonsum (vgl. Degkwitz 2007: 61f.).

Neurophysiologisch vereint die psychische Abhängigkeit das Affektverhalten, die kognitiven Strukturen, die Motivation und die Handlungsleitung. Die affektive Komponente wird in Lernprozessen und der klassischen sowie operanten Konditionierung begründet und resultiert in der Entstehung eines „Suchtgedächtnis“ auf funktional-struktureller Gehirnebene, welches sich auf drogenassoziierte Triggerreize fokussiert. Darin liegt auch der automatisierte und unkontrollierte Substanzkonsum begründet (vgl. Schnell 2019: 9/ Prölß et al. 2019: 11). Gleichzeitig kommt es bei der wiederholten Einnahme von Suchtmitteln zu einer Toleranzentwicklung, welche als eine der Diagnosekriterien für Sucht gilt, was wiederum darin begründet liegt, dass der gleichbleibende Reiz eine immer geringere Wirkung auslöst. Der Effekt wird somit geringer und die Entzugssymptomatik setzen schneller ein. Daraufhin wird die Erinnerung aktiviert, dass der Suchtmittelkonsum mit einer positiven Wirkungserwartung verknüpft ist und die Entzugserscheinungen lindert. Durch die defizitäre aktive Gegensteuerung wird sukzessive mehr, bzw. häufiger und unkontrollierter konsumiert (vgl. Bell 2015: 29). Somit ist es auch nicht unüblich, dass Menschen mit Substanzkonsumstörungen Aktivitäten, die nichts mit dem Substanzkonsum zu tun haben, vernachlässigen. Der Denk-/ und Handlungsspielraum engt sich zunehmend auf die Sucht ein (vgl. Schnell 2019: 4).

Die Sucht-Trias: Da der eileinige Bezug auf die Beteiligung des Belohnungssystems der Komplexität einer Suchtentstehung nicht gerecht wird, soll das Bio-Psycho-Soziale Modell des Weiteren näher beleuchtet werden. Ob jemand von einer Substanz abhängig wird, hängt maßgeblich von biologischen Faktoren der suchtübergreifenden Mechanismen des Belohnungssystems sowie der Wirkungsweisen einer Substanz ab. Die psychologischen Aspekte einer Abhängigkeit lassen sich umfassend durch die prämorbid psychischen Auffälligkeiten von intensiv konsumierenden Personen erklären. Der Konsum wird hier kurzfristig als Regulationsmechanismus dysphorischer affektiver Zustände genutzt, auch wenn dies langfristig genau das Gegenteil bewirkt und mit einer Aufrechterhaltung, bzw. Verschlimmerung und Chronifizierung der Psychopathie einhergeht, weil keine adäquaten Coping-Strategien entwickelt werden können. Zudem gibt es Substanzen, die aufgrund ihrer Wirkungsweise mit der Vulnerabilität von bestimmten psychischen Störungen komplex interagieren. Aus der psychologischen Sicht spielen auch kognitive Modelle und somit

negative Grundannahmen sowie dysfunktionale Gedanken-/ und Verhaltensmuster, die ihren Ursprung vorwiegend in der frühen Biografie haben, eine erhebliche Rolle. Der Drogenkonsum scheint diese, wenn auch nur kurzweilig, positiv zu beeinflussen. Realistisch betrachtet endet dies letztendlich in einem Teufelskreis, aus dem man schwer wieder ausbrechen kann. Schließlich fokussieren die sozialen und umweltbezogenen Komponenten die interaktionellen Eigenschaften des Suchtverhaltes und umweltspezifische Stressoren als ätiologische und aufrechterhaltende Faktoren. Die ersten Erfahrungen machen ein Großteil der Abhängigen in Gruppen, oftmals kann der Konsum hierbei die Funktion eines Zugehörigkeitsgefühls einer Peergroup darstellen oder als Katalysator für Menschen mit niedrigem Selbstwertgefühl zum Erlangen von Anerkennung genutzt werden. Hinsichtlich der sozialen Faktoren ist auch der Altersaspekt bzw. die altersbedingte Lebenswelt, inklusive der entwicklungsspezifischen Aufgaben und Herausforderungen, nicht irrelevant. Zumindest, wenn es um den Substanzmittelkonsum an sich und nicht ausschließlich um die Abhängigkeit geht. Es kann nicht als Zufall betrachtet werden, dass insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene "ausprobieren" und, dass mit zunehmenden Alter für viele Personen Konsum eine zunehmend untergeordneterere, bzw. gar keine Rolle mehr spielt (vgl. Schnell 2019: 13ff.).

Drei Ebenen der Sucht: die körperliche Abhängigkeit, die psychische Abhängigkeit und die „zunehmende Beeinträchtigung der alltäglichen sozialen Lebensführung“ (Gross 2016: 7). Die körperliche Abhängigkeit von einer Substanz zeigt sich signifikant an den Entzugerscheinungen bei aussetzendem Konsum oder zu geringer Dosierung sowie einer immer steigenden Dosis, welche eine Toleranzentwicklung nach sich zieht. Die psychische Abhängigkeit bleibt meist auch bestehen, wenn die körperlichen Entzugssymptome abgeklungen sind, und äußert sich durch den Wunsch, bzw. dem starken Verlangen, durch den Substanzkonsum einen veränderten Emotions- und Bewusstseinszustand herbeizuführen. In einem fortgeschrittenen Stadium zentriert sich schließlich das gesamte Leben um den Substanzkonsum und die alltägliche Lebensweise gilt als äußerst eingeschränkt. Als Schlüssel für das Verständnis für Suchstörungen gelten die Motive des Substanzkonsums. Als Motive, bzw. Wirkungserwartung, gelten beispielsweise der einfache Genuss und die Steigerung des Wohlbefindens, die Verringerung von negativen Emotionszuständen,

Eskapismus, eine Bewusstseinsveränderung, die Leistungssteigerung, die Stressreduktion, die Selbstmedikation, die Steigerung des Selbstwertgefühls oder, wie bereits angemerkt, die Anerkennung durch Andere. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es entweder um die Herbeiführung von Lustgefühlen oder die Vermeidung von Unlustgefühlen geht (vgl. Gross 2016: 7ff.).

Resilienzfaktoren können bewirken, dass Personen, die Substanzkonsum betreiben, der in eine Abhängigkeit führen könnte, nicht in die Abwärtsspirale der Sucht geraten. Diese allgemeinen Einflussfaktoren werden im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Person, der Substanz oder der Umwelt zugeschrieben. Personelle Einflussfaktoren sind beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften und genetische Dispositionen. Unter substanzspezifischen Einflussfaktoren zählen die Pharmakodynamik der Substanz, bzw. die Eigenschaften der Rauschwirkung und die Art des Entzuges. Als relevante Umweltfaktoren wären schließlich beispielsweise Familie und die Peergroup zu nennen. Zu den sogenannten Schutzfaktoren gehören positiv bewertete Bezugspersonen, finanzielle Ressourcen, ein an die Realität angepasstes Selbstwertgefühl, funktionale Affektregulationsmechanismen und eine gut integrierte psychische Struktur, die einem die Reflexion ermöglicht (vgl. Kern 2013: 33f.).

Extramurale Beratungs- und Therapieangebote

Die Behandlungsangebote für Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen in Deutschland reichen extramural von einer Drogenberatung über Akutbehandlungen, wie etwa eine Entgiftungsbehandlung, bis zu ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Die Suchthilfe in Deutschland verfolgt primär einen integrativen Ansatz, was bedeutet, dass die meisten Suchthilfeinstitutionen sowohl den Konsum legaler als auch illegaler Substanzmittel beraten und behandeln. Die entsprechenden Angebote für suchtkranke, bzw. schädlich konsumierende, Menschen gestalten sich grundsätzlich personenzentriert und sind daher immer differenziert zu betrachten. Als übergeordnetes Ziel aller potenzieller Kostenträger gilt jedoch die Wiedereingliederung in eine soziale sowie berufliche Teilhabe und somit auch primär die Erlangung einer vollkommenen Abstinenz (vgl. DBDD 2021: 3ff.).

Eine bedeutende Rolle im Suchthilfesystem spielen die Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen in den Krankenhäusern. Zu den Angeboten zählen die

Entgiftung, der qualifizierte Entzug, Krisenintervention und die Behandlung von Komorbiditäten. Jährlich werden insgesamt über 106.400 Suchtbehandlungen dieser Art durchgeführt, ausgeschlossen sind hier die Alkohol- und Tabakabhängigkeit (vgl. Schwarzkopf et al. 2021: 8).

Die Möglichkeiten im Rahmen einer angepassten Behandlung von Substanzgebrauchsstörungen sind aufgrund der Individualisierung einer Therapieplanung vielfältig und multifaktoriell. Des Weiteren soll das Augenmerk jedoch auf die Gruppenbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen und auf die ziel offene Suchtarbeit gerichtet werden, da es sich bei „*Einfach Ausbrechen*“ um ein innovatives Gruppenbehandlungskonzept handelt, bei der eine ziel offene Haltung eine hohe Bedeutung beigemessen werden soll.

Gruppenbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen

Als Vorläufer der professionellen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen gilt die bewährte Selbsthilfebewegung in den vierziger Jahren in den USA, welche elementare Impulse für die Entstehung der Gruppentherapie in der Suchtbehandlung gegeben hat. Bis heute bleiben diese auch ein wesentlicher Bestandteil der suchtherapeutischen Interventionen. Viele Faktoren, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzgebrauchsstörungen begünstigen, können mit verhaltenstherapeutischer und milieuorientierter Gruppenbehandlung spezifisch bearbeitet werden. So wurde das Gruppensetting in der Suchtbehandlung unabdingbar und von zentraler Bedeutung. Im Rahmen einer Gruppenbehandlung fällt es den Betroffenen tendenziell leichter, die vorliegenden Symptomaten anzuerkennen und sich ihre Suchtproblematik einzugestehen. Der Austausch in der Gruppe kann dafür sorgen, dass Betroffene Emotionen wie Scham, Einsamkeit und Schuld durch das Mitteilen und dem entstehenden Bewusstsein, dass sie damit nicht alleine sind, einfacher abbauen können. Zudem kann ein Gruppensetting dafür sorgen, dass die Selbstwahrnehmung gefördert und die sozialen sowie kommunikativen Kompetenzen der Teilnehmenden verstärkt werden. Das Gruppensetting ermöglicht zudem ein, mit- und voneinander lernen, was zur Kompetenzentwicklung in Bezug auf den Umgang mit der eigenen Abhängigkeitserkrankung beitragen kann. Der Austausch in der Gruppe über suchtspezifische Herausforderungen und wahrgenommene Belastungen, vor allem aber

auch über deren Bewältigung sowie über positive Entwicklungen kann Resignation entgegenwirken, Zuversicht stärken und Motivation fördern. Die Teilnehmenden werden dazu angehalten, den Anderen aktiv zuzuhören, aber auch Verantwortung für die eigene Kommunikation zu übernehmen. So lernen sie insgesamt Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, welche eine unverzichtbare Voraussetzung für eine gelingende Suchtbehandlung darstellt (vgl. Vogelsang 2020: 63ff.).

Zur Beantwortung der Frage, welche Form der Gruppentherapie für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen wirksam und wertvoll ist, müssen klinische Kriterien herangezogen werden. Unter diesen Gesichtspunkten können Betroffene nicht als homogene Gruppe betrachtet werden, sondern charakterisieren sich durch eine heterogene Vielfalt. Um der Komplexität der Frage nach einer geeigneten Therapieform gerecht zu werden, unterscheidet man begrifflich zwischen den störungsorientierten, adaptierten und den integrierten Gruppenbehandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen. Ersteres bezieht sich auf die Bestrebung psychodynamische Prinzipien für die Gruppenbehandlung störungsorientiert zu adaptieren. Letzteres meint die Einbettung verschiedener methodischer Behandlungsansätze, woraus ein multimodaler Behandlungsansatz entsteht. Somit wird die Gruppenpsychotherapie durch weitere störungsspezifische Interventionen, wie beispielsweise in Form von suchtspezifischer Psychoedukation und Problemlösetraining, ergänzt (vgl. Nitzgen 2018: 286f.).

Zieloffene Suchtarbeit

Durch die vorherrschende Finanzierung von Suchtbehandlungen durch die Deutsche Rentenversicherung, welche eine berufliche und soziale Wiedereingliederung der Patient:innen vorsieht, ist das Suchtbehandlungssystem in weiten Teilen auf dem Paradigma der absoluten Konsumfreiheit festgelegt. Somit gilt diese als einzig legitime und ultimative Zielvorstellung. Es entwickelten sich im Laufe der Zeit jedoch ergänzende Behandlungsansätze mit dem Ziel einer Konsumreduktion, wie etwa in den Bereichen der Pharmakotherapie, der Selbsthilfegruppen und in Selbstmanagementprogrammen. Die zieloffene Suchtarbeit, unter Einhaltung des Autonomiegebots, soll eine Verbindung dieser beiden Ansätze darstellen und setzt personenzentriert allein an den Zielintentionen des Betroffenen an. Sie schließt eine Abstinenzbehandlung nicht aus, sondern ergänzt diese vielmehr um die Möglichkeit einer

Reduktionsbehandlung. Man spricht ihr demnach eine Erhöhung der Behandlungsquote und eine Verbesserung des Behandlungserfolgs zu, weil die Patient:innen eine höhere Persistenz in der therapeutischen Arbeit mit selbstgewählten – und keinen auferlegten – Zielen aufbringen können (vgl. Körkel 2014:167f./ Körkel & Nanz 2016: 199f.).

So können die persönlichen Zielvorstellungen aus einer ziel offenen Perspektive eine vollumfängliche Abstinenz aller Substanzen, eine Abstinenz der Problemsubstanz(en) und dem weiterführenden Konsum von wenig problembehafteten Substanzen, eine grundsätzliche Reduktion des Konsums oder auch der Wechsel zu einem für sich weniger schädlichen Konsums (harm reduction) bestehen. Die Zielvorstellung einer Konsumreduktion schließt eine weiterführende Abstinenzintention nicht aus. Das Paradigma der zieloffenen Suchtarbeit setzt in jedem Fall ein Offensein und eine akzeptanzorientierte Haltung gegenüber jeglicher Konsumziele des Patienten voraus und bewahrt somit das Recht auf Selbstbestimmung (vgl. Körkel 2014: 167; Körkel&Nanz 2016: 200).

Substanzkonsum, Kriminalität und Haft

Nach den theoretischen Hintergründen von Substanzgebrauchsstörungen soll nun die komplexe Kausalität zu der entsprechenden Kriminalitätsentwicklung aufgegriffen werden. Dabei sollte sich vergegenwärtigt werden, dass neben suchtspezifischen Therapieeinrichtungen, keine andere Institution eine so erhebliche Konzentration von Menschen mit Suchterkrankungen aufweist wie der Strafvollzug (vgl. Schalast 2006: 338). Es befinden sich insgesamt deutlich mehr Drogenabhängige hinter den Mauern des Strafvollzuges als in stationären Therapien (vgl. Kreuzer 2002: 35).

Kriminalität und Substanzkonsum

Gesamtgesellschaftlich betrachtet man Kriminalität zunächst als alle strafbaren Handlungen, die der Gesetzgeber für seinen Zuständigkeitsbereich als solche definiert. Im Folgenden gehen wir jedoch ausschließlich von einer „theoretischen Kriminalität“ und nicht von einer „moralunternehmerisch definierten Kriminalität“ (Hess & Scheerer 2014: 23) aus. Die Wechselwirkung zwischen Drogenmissbrauch, bzw. -abhängigkeit und Kriminalität ist durchaus komplex. Das liegt letztendlich nicht nur daran, dass der Besitz und der Handel illegaler Drogen ein strafbares Verhalten darstellen, sondern auch an der Begünstigung von kriminellem Verhalten unter dem Einfluss von verschiedenen psychopharmakologischen Wirkungsweisen von Substanzen, wie beispielsweise anregend-aufputschende Substanzen wie Kokain, die das Gewalttätigkeitsrisiko steigern. Ein weiterer Faktor ist die Beschaffungskriminalität, welche von drogenmissbrauchenden Personen begangen wird, um ihren Konsum zu finanzieren (vgl. Haller 2009: 4f.). Aufgrund der noch bestehenden Kriminalisierung von einer Vielzahl an Substanzen, liegen die Handelspreise für die Endkonsument:innen nämlich erheblich über den Preisen, als man bei einem legalen Erwerb zu erwarten hätte. Das führt zwangsläufig zu einer illegalen Beschaffung der Mittel für den Drogenkonsum. Neben der Drogenkriminalität, welche sinngleich zu dem Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) steht, steht die Abhängigkeit von „harten Drogen“ und dem daraus resultierenden finanziellen Mehraufwand, der über legale Einnahmequellen kaum zu befriedigen ist, im Mittelpunkt vieler fachspezifischer Argumentationsketten. Neben der klassischen Beschaffungskriminalität, welche sich vorwiegend aus Eigentumsdelikten zusammensetzt, ergibt sich noch ein weiterer Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Kriminalität, der innerhalb der illegalen

Märkte deutlich wird. Illegale Märkte sind nicht nur gewaltaffine Strukturen, sondern sind im Kontext der organisierten Kriminalität auch Quelle für andere mit Drogenhandel verbundenen Delikte, wie beispielsweise Geldwäsche, Korruption und Waffenhandel (vgl. Groenemeyer 2016: 480).

Kreuzer (1988) unterschied indessen zwischen der Versorgungs- und der Folgedelinquenz. Bei der Versorgungsdelinquenz differenzierte er zwischen Verschaffungs- und Beschaffungsdelikten, wobei er des Weiteren zwischen mittelbaren – z.B. Erwerb und Besitz von illegalen Substanzen – und unmittelbaren – z.B. Rezeptfälschungen oder Einbrüche in Arztpraxen- Beschaffungsdelikten unterschied. Auch die Folgedelinquenz teilte er in unmittelbare, z.B. Gewalttaten unter Drogeneinfluss und mittelbare Delikte, wie beispielsweise das Betteln oder die Prostitution zur Finanzierung des Konsums (vgl. ebd.).

Die Straftäter:innen, die wegen eines Betäubungsmitteldelikts inhaftiert worden sind, stellen mit 16,2 Prozent aller inhaftierten Personen die größte Deliktgruppe dar (vgl. Tetal 2021: 137f.), wobei hier die suchtbedingten Beschaffungsdelikte durch Diebstahl o.Ä. nicht berücksichtigt sind.

Eine immer wiederkehrende Frage ist die des zeitlichen Zusammenhangs zwischen krimineller Karriere und dem Substanzmissbrauch. Die Tatsache, dass bei über fünf- unddreißig Prozent die kriminellen Handlungen schon lange vor dem Substanzmissbrauch eingesetzt haben, verdeutlicht zwar, dass die Ätiologie eines missbräuchlichen Drogenkonsums in einem direkten Zusammenhang einer dissozialen Entwicklung steht, jedoch nicht als eindimensionaler und einziger Erklärungsansatz gesehen werden sollte (vgl. Haller 2009: 5f.). Es kann schließlich festgehalten werden, dass ein Substanzmissbrauch oder im Folgenden eine Substanzabhängigkeit nicht monokausal zu einer Straffälligkeit führt, diese die kriminellen Laufbahnen jedoch verfestigt und delinquentes Verhalten intensiviert. Zudem verzögert, bzw. erschwert die Drogenabhängigkeit das Herauswachsen aus der Kriminalität, welche nicht auf niedrige Selbstkontrolle zurückgeführt werden sollte, sondern vielmehr auf deviante Normakzeptanz und Wertorientierung (vgl. Schalast 2006: 327f.).

Der Strafvollzug in Deutschland

Im Strafvollzugsrecht sind alle Rechtsnormen verankert, welche die Vollziehung freiheitsentziehender Kriminalstrafen betreffen. Der Strafvollzug hegt keine Zuständigkeit in der Vollstreckung sämtlicher strafrechtlich verhängten Rechtsfolgen, sondern beschränkt sich hier auf den stationären Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Wir werden ausschließlich die Unrechtsreaktion der regulären Freiheitsstrafe für erwachsene Straftäter:innen (§§ 38 f. StGB) in den Blick nehmen.

Das Bundes-Strafvollzugsgesetz beinhaltet zwar die grundlegenden Normen des Strafvollzugsrechts zur Vollziehung freiheitsentziehender Maßnahmen, jedoch obliegt die Verwaltungshoheit und somit die Ausführung des Strafvollzugsgesetzes den Bundesländern in eigener Angelegenheit (vgl. Laubenthal 2011: 9f.).

Bundesweit zählt man insgesamt 179 offene sowie geschlossene Justizvollzugsanstalten. In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Bayern gibt es mit jeweils 36 Gefängnissen die meisten (vgl. Statistisches Bundesamt 2019).

Die Kriminalstrafe der Freiheitsstrafe dient im Verständnis des modernen Strafvollzuges nicht nur der bloßen Verwahrung des verurteilten Straftäters in einer Justizvollzugsanstalt, sondern vor allem der Förderung einer sozialen Wiedereingliederung und der Verhinderung der Begehung weiterer Straftaten. Der Inhaftierte soll im Strafvollzug dazu befähigt werden, nach dem Verbüßen seiner Haftstrafe, ein Leben in sozialer Verantwortung ohne Straftaten zu führen. Somit dient der Vollzug einer Freiheitsstrafe, zielgerichtet auf die Resozialisierung des Inhaftierten, auch dem Schutz der Allgemeinbevölkerung vor weiteren Straftaten. Als zentrales Element dieses Resozialisierungsziels gilt die Erstellung eines Vollzugsplanes, welcher auf Grundlage einer psycho-sozialen Diagnose verfasst wird und für ein zukünftiges Vorgehen für die anstaltsinternen Mitarbeitenden einen Orientierungsrahmen bildet. In dem Vollzugsplan sind unter anderen auch die als adäquat erachteten Behandlungsvorhaben für die individuellen Persönlichkeitsstrukturen und Problemlagen der einzelnen Inhaftierten vermerkt. Damit der Strafvollzug seinem Resozialisierungsauftrag nachkommen kann, muss der Blick auch auf die sozialen Interaktionsfelder und Kommunikationsfertigkeiten der Inhaftierten gelenkt werden. Diese sozial-interaktive Komponente betrifft auch die Behandlung der Inhaftierten. Der Behandlungsbegriff

sowie mögliche Behandlungskonzepte sind im Bundes-Strafvollzugsgesetz inhaltlich nicht präzisiert. Dadurch soll die Anwendbarkeit verschiedenster Behandlungsansätze ermöglicht werden, bestehende Ansätze fortan überprüft sowie die Erprobung neuer Ansätze gefördert werden (vgl. Laubenthal 2011: 86ff.).

Um den Resozialisierungserfolg zu erreichen, ist eine Mitwirkung der Inhaftierten an den Behandlungsmaßnahmen erforderlich. Das Vollzugsgesetz sieht keine Mitwirkungspflicht vor, sondern spricht in dem Fall von einer Mitwirkungsnotwendigkeit. Eine Behandlung setzt zwar eine freiwillige Mitarbeit voraus, jedoch hat eine fehlende Mitwirkungsbereitschaft entsprechende Einschränkungen zur Folge (vgl. ebd.: 135).

Der Strafvollzug ist zudem einem Angleichungsgrundsatz verpflichtet. Damit ein Inhaftierter auf eine sozial verantwortliche Lebensführung vorbereitet werden kann, wird die Anstalt dazu angehalten, die intramuralen Verhältnisse so zu gestalten, dass sie von den Lebensbedingungen in der freien Gesellschaft so wenig wie möglich abweichen. Schlussendlich bedeutet dies, dass die Lebensbedingungen im Vollzug der Menschenwürde entsprechend und vergleichbar mit den allgemein anerkannten gesellschaftlichen Normen außerhalb der Haftanstalt sind (vgl. ebd.: 110f.).

Der Drehtür-Effekt

Der „Drehtür-Effekt“ gilt als typisches Merkmal der Beschreibung von besonders belasteten straffällig gewordenen Menschen. Ein Großteil des Lebens spielt sich nun in verschiedensten Justizvollzugsanstalten, in prekären Wohnsituationen und in diversen Einrichtungen der Sucht-/ oder Straffälligenhilfe ab. Oftmals lässt sich die problembehaftete Lebenslage auf eine langjährige und stark ausgeprägte Drogenkarriere zurückführen. Wie bereits in dem vorangegangenen Kapitel erläutert, führt die Drogenabhängigkeit in vielen Fällen zur Straffälligkeit und diese wiederum zu Inhaftierungen. Somit werden die Zeiten zwischen den Inhaftierungen immer kürzer und das intramurale Sein bestimmt das Leben. Desto länger dieser Kreislauf zwischen Haft und Freiheit anhält, umso wahrscheinlicher kommt der Drehtür-Effekt zum Tragen. Dieser ständige Wechsel geht mit entsprechenden Problematiken einher, die den Ausstieg aus der Straffälligkeit äußerst erschweren. Oftmals sind es die Abhängigkeit oder der szenenahe soziale Raum, die die Menschen in dem Kreislauf halten. Der Tag der Haftentlassung gilt als hohes Rückfallrisiko, sei es durch den Wunsch die

neugewonnene Freiheit zu feiern oder szenenahe Plätze aufzusuchen, weil man während seiner Haftzeit keine szenefernen Kontakte mehr halten konnte, man sich hier willkommen fühlt und der Einsamkeit entfliehen will (vgl. Matt 2014: 53ff.). Die Haftentlassung gilt zudem als Hochrisikozeitraum für die Mortalität suchtkranker, vorwiegend opiatabhängiger, Haftentlassener. Das Mortalitätsrisiko ist nach der Entlassung aus einer (drogenfreien) Umgebung in den zwölf Folgemonaten achtfach so hoch. Das gilt insbesondere für opiatgebrauchende Haftentlassene, die aufgrund von Fehleinschätzungen bezüglich ihrer Toleranz oder der haftexternen Qualität der Droge, einer Überdosierung erliegen (vgl. Heinemann et al. 2002: 165).

In dem Fall eines gelungenen Übergangsmanagements kann der/die Haftentlassene unter Umständen nahtlos einer Arbeit und somit einer festen Tagesstruktur nachgehen. In der Phase der Routinisierung, einer vermeintlichen Stabilität, einhergehend mit einer Selbstüberschätzung, ist es jedoch nicht unwahrscheinlich, dass sich wieder kriminogene Lebensweisen durchsetzen. Es gilt als enorme Herausforderung neue szeneferne Kontakte aufzubauen, die mit dem Milieu nichts zu tun haben, auch wenn dies nahezu notwendig wäre, um den Kreislauf zu durchbrechen:

In der Regel verläuft die Entwicklung in einer Spirale nach unten. D. h. je länger die Person sich in diesem Kreislauf bewegt, desto schwieriger wird der Ausstieg, desto schneller erfolgt der Rückfall, desto öfter die Aufenthalte im Vollzug. Einige nehmen diese Entwicklung selbst bewusst wahr, reagieren mit Resignation, Hoffnungslosigkeit, Selbstaufgabe und verstärktem Drogenkonsum. Die Resignation wirkt wie eine innere Schranke, die eine Veränderung noch einmal erschwert (Matt 2014, S.60).

Durch die zahlreichen Haftaufenthalte ist es nicht unüblich, dass sich eine Habituation an das Leben innerhalb der Mauern entwickelt, das Leben außerhalb einem fremd und beschwerlich vorkommt, so dass die Haftentlassung und die damit einhergehende Freiheit mit ängstlichen Begleiterscheinungen einhergeht (vgl. ebd.: 60f.).

Eine Inhaftierung, bzw. die Zuschreibung des Kriminellen, zieht tendenziell die Ausgrenzung aus bestimmten gesellschaftlichen Teilsystemen und so die Integration in andere, vielleicht kriminalitätsbelastende Teilsysteme nach sich. Diese Stigmatisierung geht in vielen Fällen mit einem Statusverlust sowie einem begrenzten Zugang zu relevanten Ressourcen einher, welches sicherlich die Veränderung der eigenen Identität zur Folge hat. Die reduzierten Möglichkeiten der sozialen Teilhabe nach einer Haftentlassung, die ohnehin durch Unsicherheit und Instabilität geprägt ist, sind ein Grund für die bekannten Schwierigkeiten auf dem ersten Wohnungs- und

Arbeitsmarkt. Die Betroffenen sehen sich mit Stigmatisierungserfahrungen konfrontiert, welche mit Stress, Scham und Ängsten einhergehen. Ein adäquater Umgang stellt oftmals eine erhebliche Herausforderung für die Betroffenen dar (vgl. Hosser & Greve 2021: 103f.).

desistance

Als *desistance* bezeichnet man den endgültigen Ausstieg aus der Straffälligkeit. Es gibt einige Voraussetzungen, wie beispielsweise eine gute Partnerschaft, ein legales und stabiles Arbeitsverhältnis sowie eine bewusste Kosten-Nutzen-Überlegung von Delinquenz und eine daraus resultierende Entscheidung für ein straffreies Leben, die den Prozess der *desistance* begünstigen. Grundsätzlich gilt es, die vorherigen Alltagsroutinen zu durchbrechen und neu zu strukturieren, um eine positive Veränderung des Selbstbildes und des Selbstkonzeptes zu initiieren und langfristig zu festigen. Anzumerken ist jedoch, dass es sich hier um einen langwierigen Prozess handelt, an dessen Aufrechterhaltung fortlaufend zu arbeiten ist. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn die Betroffenen ihre Situation sowie Zukunftsperspektiven nicht als fatalistisch einschätzen, sondern wenn sie eine kohärente, pro-soziale, sinngebende und optimistische Identität entwickeln (vgl. Matt 2014: 94ff.).

Drogenmissbrauch in deutschen Justizvollzugsanstalten

Der Vollzugsalltag wird in einem hohen Maße von Drogenkonsum und Abhängigkeiten geprägt. Auch wenn ungerne darüber gesprochen wird, bleibt es ein offenes Geheimnis, dass im geschlossenen Strafvollzug Drogen und Alkohol verfügbar sind, eine Thematik die sicherlich als prekär gilt, da den Kontrollbemühungen der Justiz kaum Erfolg beschieden ist (vgl. Bäumler et al. 2019: 301f.). Da der Strafvollzug, unter anderem unter dem Druck der Öffentlichkeit, die Haftanstalt als einen drogenfreien Raum zu gestalten vermag und diesen auch als solchen zu repräsentieren versucht, wird ungerne offensiv und transparent über den eigentlichen Drogenkonsum gesprochen. Dieser wird oft einem „Scheitern des Sicherheitsauftrags und einer Desillusionierung in Bezug auf Undurchlässigkeit des Gefängnisystems“ (Stöver, 2002: 139) gleichgesetzt.

Die zu konsumierenden Substanzen sind jedoch sicherlich knapper und minderwertiger als außerhalb der Gefängnismauern. Viele Inhaftierte konsumieren in der

Haftanstalt zum ersten Mal, bzw. weisen andere Konsummuster als vor der Inhaftierung auf, weil die Droge der Wahl zeitweilig nicht zur Verfügung steht. Der Drogenmissbrauch beeinträchtigt den Strafvollzug in verschiedenster Hinsicht. So entstehen Abhängigkeiten auf subkulturellen Ebenen, weil die intramuralen Preise für die Drogen nicht im Verhältnis zu den verfügbaren Einkommen der Inhaftierten stehen, Rauschzustände können zu kriminellen Folgehandlungen, wie etwa die Verletzung von Mitgefangenen, führen und auch die Thematik der Beschaffungskriminalität bleibt innerhalb der Vollzugsmauern bestehen. Zudem kann das Vorhandensein von Betäubungsmitteln die Wahrscheinlichkeit einer Rückfallgefahr von therapiewilligen Inhaftierten deutlich erhöhen. Schlussendlich stellt der Drogenkonsum einen Verstoß gegen die Hausordnung dar, weil er das geordnete Zusammenleben sowie die Sicherheit und Ordnung der Haftanstalt stört und wird daher haftintern bestraft, bzw. mit Sicherheitsmaßnahmen belegt (vgl. Laubenthal 2011: 350ff.).

Die Versorgung mit Betäubungsmitteln stößt in den Justizvollzugsanstalten demnach auf keine nennenswerten Schwierigkeiten, so dass der Drogenkonsum derweilen zu den zentralsten intramuralen Problembereichen zählt. In den Vollzugsanstalten, welche den Auftrag haben, Straftaten auch während der Inhaftierung zu verhindern, kommt es mit steigender Tendenz, wenn auch sicherlich viel im Dunkelfeld verbleibend, zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz sowie zu anderen Straftaten im Zusammenhang mit illegalem Drogenkonsum (vgl. Bäumler: 302f.).

Als Drogenkonsumenten gelten nicht nur diejenigen, die lediglich ihren in Freiheit begonnen Drogenmissbrauch aufgrund der entwickelten Abhängigkeitserkrankung fortsetzen, sondern auch zahlreiche Inhaftierte, die außerhalb der Haftmauern nur gelegentlich oder gar keine Drogen konsumiert haben, dieser jedoch dann fester Bestandteil des Vollzugsalltags wird. Die konstanten Bemühungen zur Rauschmittelbeschaffung sowie der Drogenkonsum an sich werden zu Strategien, um der Langeweile zu entfliehen, den Zeitfaktor zu bewältigen und negative Emotionszustände zu regulieren:

In der Alltagsrealität des Strafvollzugs spiegeln sich beim Drogenmissbrauch zum einen die gleichen individuellen Notlagen und sozialen Problemfelder Drogenabhängiger wie außerhalb der Einrichtungen wider. Hinzu kommen andererseits die vollzugsspezifischen Problemfelder (Laubenthal 2011: 123).

Die suchtkranken Inhaftierten können ihren Konsum von der geringen Gefangenenentlohnung oder ihrem Taschengeld oftmals nicht finanzieren, dies kann wiederum subkulturelle Abhängigkeiten begünstigen, indem Darlehen aufgenommen oder Gegenleistungen versprochen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass letzteres das Einschmuggeln von Substanzen oder anderen verbotenen Waren beinhaltet. Nicht eingehaltene Versprechen ziehen Gewaltandrohungen bzw. -anwendungen gegenüber den zahlungsunfähigen Schuldner:innen nach sich. Zu erwähnen seien auch die Gewalthandlungen, die aus den Macht- und Verteilungskämpfen unter den Beteiligten des Drogenhandels und -schmuggels in den Anstalten resultieren (vgl. Laubenthal 2011: 123f.).

Einem Teil der Inhaftierten gelingt es tatsächlich, den Freiheitsentzug, welcher komplementär zu den vorherigen Lebensumständen steht, für eine körperliche Regeneration zu nutzen. Für einen anderen beachtlicher Teil, denen es nicht gelingt drogenfrei zu leben, stellt das Gefängnis eine sehr viel höhere psychische Belastung dar, verstärkt durch einen möglichen ständigen Wechsel von Konsum und Entzug (vgl. Stöver 2002: 139). Eine Inhaftierung kann für einen suchtkranken Inhaftierten jedoch auch als eine Art der Zwangsabstinenz gewertet werden, welches nach einer Haftentlassung unter Umständen in einen noch stärkeren Kompensationskonsum umschlägt (vgl. Häßler & Maiwald 2018: 424). All das sind Themen, die in einer intramuralen Behandlung Gehör finden müssen, vor allem in Hinblick auf präventive Maßnahmen.

Unter den genannten Umständen bleibt der Umgang mit suchtkranken Inhaftierten im Strafvollzug ein Balanceakt zwischen dem eigentlichen Vorhaben einer Erfüllung des Resozialisierungsauftrages und auf der anderen Seite dem tatsächlich vorhandenen und verbreiteten Drogenkonsum vieler Inhaftierter. Eine daraus, potenziell resultierender Lösungsansatz den Strafvollzug noch weiter zu isolieren, muss man jedoch hinsichtlich der oben genannten Angleichung der Lebensumstände in Haft kritisch betrachten (vgl. Stöver 2002: 143f.). Zudem lassen mehrere Jahrzehnte Erfahrung im Bereich der Sicherheit erwarten, dass Abschottung und Kontrolle die Einfuhr von Drogen in Justizvollzugsanstalten nicht vermeiden (vgl. Koop & Gerlach 2021: 6).

Es steht der Haftanstalt frei „Maßnahmen zur Feststellung von Suchtmittelkonsum“ (StVollzG) durch Urinproben oder Kapillartests anzuordnen. Wenn die Inhaftierten diese ablehnen, wird davon ausgegangen, dass die Suchtmittelfreiheit nicht gegeben ist. Bei nicht vorhandener Suchtmittelfreiheit muss der Inhaftierte mit strafrechtlichen bzw. disziplinarrechtlichen Sanktionierungen rechnen. Es können Sicherheitsmaßnahmen, wie beispielsweise der Verlust der Arbeitsbeschäftigung, Einschränkungen der Freizeitmöglichkeiten und der Kontakte oder das Abnehmen des Fernsehers auferlegt werden. Zudem spielen Konsum in möglichen freiheitsöffnenden Verhandlungen eine erhebliche Rolle und werden oftmals als Maßstab für einen nicht vorhandenen Veränderungswillen nach Haftentlassung genutzt. Zusätzlich sei zu erwähnen, dass Drogenabhängigen oftmals mit der Begründung einer nicht behandelten Abhängigkeit die Aussicht auf mögliche Vollzugslockerung, wie beispielsweise die Überführung in den offenen Vollzug, verwehrt bleibt (vgl. Bammann 2014: 49f.).

Ein integratives Modell der Suchtentstehung und -aufrechterhaltung, welches durch eine Arbeitsgruppe (Neu et al. 2021) auf den Vollzugsalltag adaptiert worden ist, ermöglicht eine erweiterte kritische Sichtweise auf die genannten vollzuglichen Sanktionen nach Feststellung eines Drogenkonsums. Diese kam zu dem Entschluss, dass die Mittel der Sanktionierung paradoxerweise den Mitteln ähnlich sehen, die zur Entstehung der Substanzmittelproblematik beigetragen haben. Die sanktionierten Inhaftierten werden somit offenbar auf ihre defizitären Verhaltensweisen zurückgeworfen, welches eine Bewältigung dieser, bzw. eine Möglichkeit der Ablenkung, auszuklamern scheint (vgl. ebd. 24ff.). Daraus resultierte ein Apell seitens der Arbeitsgruppe, das Augenmerk verstärkt auf die Bedürfnisse der Inhaftierten zu lenken, welches einen „Paradigmenwechsel in der Einstellung gegenüber dem Suchtmittelkonsum“ (Neu et al. 2021: 26) nach sich ziehen müsste.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Drogen im Strafvollzug – Einschätzungen und Bewertungen von Gefangenen“ (Bäumler et al. 2019) wurden die Konsummuster von Inhaftierten aus drei verschiedenen nordrhein-westfälischen Erwachsenenvollzügen erhoben. Hinsichtlich einer Gesamtprävalenz gaben 53,5% der befragten Inhaftierten an in den vergangenen drei Haftmonaten illegale Drogen konsumiert zu haben (vgl. ebd.: 306f.).

Im Zuge dessen wurde auch nach den Gründen für einen haftinternen Substanzkonsum gefragt:

In den Antworten der Befragten überwog mit 44 % (n=64) der Aspekt der Kompensation der Haftsituation, gefolgt von dem Konsum aufgrund von Suchtdruck [33 % (n=48)], um zu vergessen [32 % (n=46)] und aus Einsamkeit [29 % (n=42)]. Weitere 23 % (n=33) nannten das Vermeiden von Grübeln und Nachdenken über das eigene Leben, sowie Langeweile [17 % (n=25)] und den Konsum, um Teil einer Gruppe in Haft zu sein [3 % (n=4)] als Gründe (Bäumler et al. 2019: 308)

Die genannten Antworten der befragten Inhaftierten dienen konzeptionell sicherlich als Anstoß, den Blick nicht nur auf den Substanzkonsum, sondern auch auf die intramuralen Hintergründe zu lenken. Im Vordergrund sollte die Erarbeitung eines reflektierten Umgangs mit dem eigenen Substanzkonsum stehen, um in einem weiteren Verlauf – bei vorhandener intrinsischer Motivation zur Verhaltensveränderung – eine Handhabung mit der sicherlich ambivalent konnotierten (Teil-) Abstinenzentscheidung zu finden.

In Bezug auf die Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen lässt sich sagen, dass dem REITOX-Bericht (2021) zufolge zum Stichtag vom 31.03.2018 bei insgesamt 44% der erfassten Inhaftierten eine stoffgebundene Suchtproblematik zum Zeitpunkt ihres Haftantritts festgestellt wurde, unterschieden wurde bei der Erhebung zwischen abhängigen Gefangenen (27%) und substanzmissbrauchenden Gefangenen (17%) (vgl. DBDD 2021: 6). Auch wenn nur 12 Bundesländer einbezogen werden konnten, lässt sich eine bundesweite Tendenz zur Größenordnung von der Suchtmittelproblematik in deutschen Haftanstalten ableiten, die für mögliche Behandlungsangebote von hoher Relevanz sind (vgl. Stoll et al. 2021: 17).

Wenn eine gelingende Resozialisierung eine Wiedereingliederung in das Alltags- und Erwerbsleben voraussetzt, sollte auch der psychischen Gesundheit der Inhaftierten mehr Bedeutung geschenkt werden und ein realistischer Ansatz für den Umgang mit konsumierenden Gefangenen geschaffen werden. Dies könnte bedeuten, dass man konzeptionell auf eine aktiv auf Schadensbegrenzung abzielende Suchtbegleitung während des Vollzuges hinarbeitet (vgl. Schay et al. 2007: 152). Die jetzige Drogenpolitik in deutschen Haftanstalten gründet sinngemäß auf einem widersprüchlichen Verständnis von Abhängigkeit. Sucht wird hier nicht als chronisch rezidivierende Erkrankung verstanden, bei der Rückfallverhalten zu erwarten ist, und somit wird

dieses bis dato auch nicht in Behandlungskonzepte integriert (vgl. Stöver 2014: 152f.). Dementsprechend bedarf der bisherige im Justizapparat vorherrschende Gedanke der „Therapie durch Abstinenz“ nach jetzigem Stand der Suchtforschung einen erheblichen Reformbedarf (vgl. Häßler et al. 2018: 428).

Es muss ein stärkeres Verständnis dafür geschaffen werden, dass die Inhaftierten bei Haftantritt ihre Suchterkrankung, bzw. ihre bisherigen Konsummuster nicht einfach ablegen können. Zum jetzigen Zeitpunkt versuchen die Haftanstalten diese Problematik mit Einschränkungen und Sanktionierungen einzudämmen, welches wiederum zu einem verstärkten Suchtmittelverlangen bei den Inhaftierten führen kann. Ein Kreislauf, der dem eigentlichen Zweck keine Sinnhaftigkeit zollt.

Intramurale Beratungs-/ und Therapieangebote

Der Bundesgesetzgeber sieht vor, dass der intramurale Behandlungsbegriff jegliche therapeutische und allgemeine Maßnahmen umfasst, welche den Inhaftierten langfristig dazu befähigen am Sozialleben teilzuhaben. Dieser offene Behandlungsbegriff schließt eine inhaltliche Spezifizierung förmlich aus und ermöglicht den Einsatz einer Vielfalt von Ansätzen und methodischen Vorgehen mit nur wenigen gesetzlichen Bestimmungen. Zu den intramuralen Behandlungsangeboten zählt die Gesamtheit aller Maßnahmen und Tätigkeiten im interaktiven Bereich. Darunter fallen schließlich, neben der beruflichen Stabilisierung, auch die therapeutischen Behandlungsmaßnahmen, die den Resozialisierungsprozess fördern sollen: „Der in die Freiheit zurückkehrende Straftäter sollte über die Grundqualifikationen eines sozial handlungsfähigen Subjektes verfügen“ (Laubenthal 2011: 348). Die Behandlungsangebote sollen dementsprechend nicht nur auf die individuellen Problemlagen und Defizite abzielen, sondern auch die Erlangung von sozialer Handlungskompetenz beinhalten. Im Sinne eines Idealbildes wird der Vollzug als eine problemlösende Gemeinschaft angestrebt (vgl. ebd.: 348f.).

Damit die Justizvollzugsanstalten ihrem Auftrag nachkommen, die Inhaftierten dazu zu befähigen, nach ihrer Haftentlassung nicht mehr straffällig zu werden und ein Leben in sozialer Verantwortung zu führen, sind diese dazu verpflichtet die genannten Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen als Kriterien in die Vollzugspläne aufzunehmen. Dieser Leitfaden soll dem Inhaftierten bereits zu Beginn seiner Strafhaft, die der

Erreichung des obersten Vollzugsziel, der Resozialisierung dient, erforderlichen Maßnahmen aufzeigen. Darunter fallen unter anderem auch die Teilnahme an Behandlungsmaßnahmen von Suchtmittelabhängigkeit und /-missbrauch (vgl. Lehmann 2019: 17ff.).

Endres und Breuer (2021) unterscheiden in Bezug auf den Behandlungsbegriff im Strafvollzug zwischen der Behandlung im weiten und im engeren Sinne. Unter Behandlung im weiteren Sinne verstehen sie alle Handlungen, die auf die Resozialisierung, sprich einem Leben ohne weitere Straftaten, abzielen, die Inhaftierten seelisch zu stabilisieren und negativen Haftfolgen entgegenzuwirken. Dem kompletten allgemeinen Vollzugsdienst obliegt diese Aufgabe. Es geht nicht nur um die seelsorgerische oder psychologische Betreuung, sondern auch um ein gelingendes Übergangsmanagement, um die Schuldner-/ sowie Drogenberatung, um schulische Anbindung, um Sportangebote und um die Bewilligung von Vollzugslockerungen. Es geht folglich um alle Teilaspekte, die zu einem konstruktiven, geordneten, friedlichen Zusammenleben innerhalb der Haftanstalt beitragen. Unter Behandlung im engeren Sinne verstehen die Autoren alle therapeutischen und (sozial-) pädagogischen Maßnahmen, die perspektivisch das kriminelle Fehlverhalten mindern und adäquate Verhaltensmuster vermitteln, bzw. stärken. Die Autoren skizzieren zudem die Unterscheidungsmerkmale der intramuralen Behandlungsangebote. Zum einen gibt es stark strukturierte Programme, welche einem festen methodischem Ablauf folgen, meist auf der Grundlage eines Manuals, an dem sich die Gruppenleitung orientiert. Zum anderen gibt es jedoch auch unstrukturierte Konzepte, die offen gestaltet sind und keinen Orientierungsrahmen benötigen. Es ist den Teilnehmer:innen somit freigestellt eigene Themen anzubringen oder die Einheit zur Konfliktlösung zu nutzen. Grundsätzlich kann auch zwischen Einzel- oder Gruppensettings unterschieden werden. Neben den ökonomischen Vorteilen weisen Gruppenbehandlungen jedoch auch inhaltliche Vorteile, wie beispielsweise die der Vermittlung sozialer Kompetenzen, auf. Ein Nachteil, der im Gruppensetting genannt werden kann, ist der der Stigmatisierung verschiedener Täter:innengruppen, die in der subkulturellen intramuralen Rangordnung unten stehen. Im Einzelsetting kann der/die Berater:in zielgerichteter und intensiver auf die individuelle Problemlagen eingehen. Auch in Bezug auf die Intensität und den Umfang der Behandlungsmaßnahmen gibt es erhebliche Unterschiede.

Schließlich gibt es auch Differenzen in der Anzahl und Spezifität der Behandlungsziele, diese können nur auf ein einzelnes Ziel ausgerichtet sein oder aber auch unspezifischer, wie beispielsweise durch das Lernen von Sozialkompetenz, formuliert werden. Welche konkreten Behandlungsangebote einem Inhaftierten angeboten werden, hängt von seinen diagnostischen Bedarfen, aber auch den persönlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen ab (vgl. Endres & Breuer 2021: 89ff.).

Sicherlich macht die Kosten-Nutzen-Analyse auf zeitlicher und finanzieller Ebene die Gruppenberatungen in einem intramuralen institutionellen Setting attraktiv. Das sollte jedoch nicht bedeuten, dass die Gruppenberatung im Vergleich zu den psychologischen Einzelberatungen als wirkungslos betrachtet werden sollte. Das Gruppensetting kann für einige Inhaftierte sicherlich vorteilhafter sein, als eine Einzelberatung, denn die Gruppenberatung kann sich der Kraft der Gruppe bedienen, um individuelle Ziele zu erreichen. Zudem bieten sie den Inhaftierten eine konstruktive Alternative zu antisozialen Gruppierungen, die sich in Haftanstalten entwickeln und können dabei helfen, die Macht des subkulturellen „Insassengesetzes“ auszugleichen. Durch den gemeinsamen Austausch in den Gruppen können auch Inhaftierte, die nicht an den Gruppen teilnehmen, von den erlernten alternativen Bewältigungsstrategien lernen. Eine funktional geführte Gruppe kann darüber hinaus ein Zusammengehörigkeitsgefühl erwecken, welches im Einzelsetting sicherlich erschwert möglich ist (vgl. Walsh et al. 2020: 199ff.).

Group Counseling

Das *Group Counseling* wurde ursprünglich für die psychiatrischen Gruppenbehandlung entwickelt und von dem Nordamerikaner Norman Fenton, Ideengeber der Correctional Community, ausformuliert und in die strafvollzugliche Behandlung integriert. Auch Fenton (1958) ging davon aus, dass Haftanstalten mehr Funktionen zu erfüllen haben als einzig die Verbannung sozial unangepasster Menschen zu sichern, sondern als dynamische und kreative Institutionen genutzt werden sollen. Zudem strebte er im Vollzugsalltag ein persönlich-kommunikatives Verhältnis zwischen anstaltsinternen Mitarbeitenden und Inhaftierten an.

Eine umfassende professionalisierte Anwendung des Ansatzes des „Group Counseling“ findet seit Mitte der siebziger Jahre auch in Deutschland statt. Die Methode

versucht die soziale Gruppenarbeit und die konventionelle Gruppentherapie miteinander zu verbinden. Sie versteht sich als Gruppengespräche unter möglichst wenig direkter Leitung, jedoch offener Kommunikationsstruktur. Es geht nicht nur um das Bewirken einer Einstellungsveränderung, sondern auch um eine Aufarbeitung von in der Vergangenheit liegender und gründender Probleme, um die Reduktion von antisozialen Tendenzen sowie um das Thematisieren von Anpassungsschwierigkeiten an die Haftsituation (vgl. Laubenthal 2011: 349f.).

Man könnte vermeinen, dass die verfestigte subkulturelle Insassenordnung ein Hindernis für eine effektive institutionelle Beratung darstellt und diese nur in Anspruch genommen wird, um den Anforderungen der Haftanstalt gerecht zu werden. Nichtsdestotrotz belegt die Sozial- und Evolutionspsychologie, dass Menschen tendenziell am besten wachsen, wenn sie in Gruppen agieren (vgl. ebd.: 350).

Mögliche Vorteile von „Group Counseling“ in der Haftanstalt

Aus wirtschaftlicher Sicht und mit dem Hintergrund von zeitlichen und personellen Engpässen im Vollzug ist die Gruppenbehandlung eine effiziente Methode, um mehrere Inhaftierte mit ähnlichen Problemlagen gleichzeitig zu beraten. Das Gruppensetting mit seinem prosozialem Bestreben bietet den Inhaftierten eine konstruktive Alternative zu den antisozialen Gruppenbildungen unter den Inhaftierten, die sich auf der Grundlage des Bedürfnisses eines jeden Menschen nach sozialer Interaktion bilden. Durch den proaktiven Austausch von den individuellen Problemlagen der Teilnehmenden lernen diese alternative Bewältigungsstrategien kennen. Theoretisch können die Gruppenteilnehmenden die alternativen Strategien, die sie durch den Austausch und die Diskussionen erarbeitet haben, auch interaktiv ausprobieren. Gut geführte und demokratisch geleitete Gruppen lassen ein Zugehörigkeitsempfinden entstehen. Dieses „Wir-Gefühl“ kann mit Hilfe der entwickelten Gruppendynamik die Einstellungen von den individuellen Inhaftierten in die Richtung der eigentlichen Ziele der Gruppe verändern, so beispielsweise antisoziale Einstellungen in prosoziale Einstellungen umwandeln. Im Gegensatz zum Einzelberatungssetting mit einem „Vertreter des Systems“ verringert eine Gruppenberatung die Wahrscheinlichkeit, dass ein Inhaftierter durch eine empfundene autoritäre Beziehung eingeschüchtert wird (vgl. Walsh et al. 2020: 219).

Mögliche Nachteile von „Group Counseling“ in Haftanstalten

Für einige Inhaftierten gilt es sicherlich als schambehaftet, im Beisein von Mitgefangenen über intime Gefühle oder Erfahrungen zu sprechen. Einige Menschen fühlen sich sicherlich in einem Einzelsetting wohler und zögern sich offen in Gruppen zu sprechen. Diese konkrete Situation kann durch das allgemein kommunizierte Angebot zu einem Einzelgespräch bewältigt werden, dort können auch Bedenken, welche während den Gruppenberatungen aufgetaucht sind, aufgegriffen werden. Es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass viel Zeit damit verschwendet wird, rudimentären Themen nachzugehen. Die Bedeutungslosigkeit dieser Themen kann aber erst dann erkannt werden, nachdem sie vollständig ausgesprochen worden sind. Ausschließlich eine fachliche Erfahrung wird einem das Gefühl vermitteln können, wann Themen eingegrenzt werden müssen, um die Thematiken wieder auf einen sinnvolleren Weg zu bringen. Der potenziell empfundene Zeitverlust wird jedoch durch das Zeitersparnis bei der gleichzeitigen Beratung mehrerer Personen mehr als kompensiert. Des Weiteren ist es wichtig, dass die beraterischen Mittel auch als Ziele akzeptiert werden. Es sollte dem/der Gruppenberater:in gelingen eine Diskussion zu erzeugen und parallel darauf hinzuweisen, wo diese hinführen hat, bzw. welchen Zweck sie erfüllt. Der Austausch sollte als Mittel gesehen werden und nicht als Ziel. Zudem sollte eine Gruppenberatung auch immer an realistischen Zielen ausgerichtet sein. Einige Gruppenmitglieder könnten die Teilnehmerzahl der Gruppe ausnutzen, um sich hinter dieser zu verstecken und sich aus dem Gruppengeschehen rauszunehmen. Dadurch verpassen sie jedoch leider einen Großteil an Selbsterfahrungen und von dem, was für sie tatsächlich von Bedeutung sein könnte. Auch hier kann man, abgesehen von dem Gruppengeschehen, auf den Inhaftierten zugehen, um feststellen zu können, ob es ein bewusstes Isolieren ist oder Schüchternheit, konkrete Problemlagen im Gruppensetting anzusprechen. Generell ist es hier nicht irrelevant, dass die Fachkraft über spezifische Kenntnisse von Gruppenrollen, -dynamiken, -effekten und -prozessen verfügt (vgl. ebd.: 220).

Intramurale Beratungsangebote für Suchtkranke

Im Jahr 2019 erfasste man in allen Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen insgesamt 122 Maßnahmen, die den Motivierungs- und Beratungsangeboten für Suchtkranke zugeschrieben werden können, allein 71 Behandlungsmaßnahmen sind hier der Suchtberatung zuzuordnen. Insgesamt zählte man 1752 teilnehmende Inhaftierte. Die Zahl der Teilnehmenden stieg innerhalb eines Jahres um 10 % – Bestandsaufnahme im August 2018- und es ist anzunehmen, dass der Bedarf stetig steigen wird (vgl. EVALiS 2019: 45f.).

Die Erwartung einer Steigerung der Eingliederungschancen durch die Teilnahme an einem Behandlungsangebot wurde auf 97 % und die entsprechende Senkung eines Rückfallrisikos auf 96 % geschätzt. Die Erhebung hat zudem ergeben, dass die Motivierungs- und Behandlungsmaßnahmen für Inhaftierte mit Substanzgebrauchsstörungen besonders selten auf der Grundlage eines konkreten Konzeptes mit festem Ablaufplan durchgeführt werden (vgl. ebd.: 56)

Zudem lässt sich das Phänomen erkennen, dass drogenmissbrauchende Inhaftierte nach Haftantritt verstärkt das Bedürfnis entwickeln, drogenfrei zu leben, um ihr Leben nicht in freiheitsentziehenden Institutionen zu fristen. Eine Erhebung diesbezüglich in einer Männerhaftanstalt ergab, dass deutlich mehr Männer intramural eine Drogenberatung aufgrund ihrer Substanzkonsums aufsuchen als extramural (vgl. Schneider & Pfeiffer-Gerschel 2021: 19). Dieser Leidensdruck sollte schlussendlich als entscheidender Anknüpfungspunkt für die suchtttherapeutische Anbindung in der Haftanstalt gelten, um die vorhandene Motivation zur Neuorientierung zu fördern, bzw. zu stabilisieren und in einem nächsten Schritt die Ressourcen der Teilnehmenden zu verbessern (vgl. Schalast 2006: 338).

Jeder Inhaftierte mit einer Substanzgebrauchsstörung hat während seines Freiheitentzuges einen Rechtsanspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung nach den Standards der gesetzlichen Krankenversicherung. Während außerhalb der Haftmauern in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte in der Suchtmedizin und den suchtspezifischen psycho-sozialen Interventionen zu vermerken sind, drängt sich die Vermutung auf, dass straffällig gewordene, bzw. inhaftierte

Drogengebraucher:innen, diese Entwicklungen nur rudimentär mitbekommen haben. Das Behandlungsangebot innerhalb einer Strafanstalt reduziert sich überwiegend noch auf abstinenzorientierte Suchtarbeit, welche die Versorgungsnotwendigkeiten für Inhaftierte mit fortgesetztem Substanzkonsum förmlich ausblendet. Interventionen im Sinne einer „harm-reduction“ sucht man vergeblich (vgl. Stöver, 2012: 75f.).