

SUCHT

Grüner Kreis magazin No 106 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542



Forensik

Wir danken unseren SpenderInnen

Johann u. Edeltraud Andorfer, Peuerbach
Günter Baumgartner, Wien
Maria Braune, Neusiedl
Beate Cerny, Wien
Dr.ⁱⁿ Helga Danhorn, Wien
Mag.^a Birgit Falb, Eisenstadt
Dr. Günter Frohner, Lasse
Doris Grossi, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Karla Kapper, Möllersdorf
Robert Kopera, Reisenberg
Dr. Günter Mittendorfer, Linz
DI Karin Mottl, MSc, Petronell
Günther Stacher, Waidhofen a.d. Ybbs
Josefa Szeidel, Wien
Dr. Alfons Willam, Wien

und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die NÖ Landesbank-Hypothekbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei spenden@gruenerkreis.at einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtdizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch,

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Peter Lamatsch

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Martin Kitzberger, Barbara Gegenhuber, Bärbel Fichtl, Marion Pavlic, Herbert Oberacher, Heidrun Nedoma, Elisabeth Wagner, Ursula Terler, Verena Prietl, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © iStock.com/allanswart

AutorInnenportraits: privat (soweit nicht anders erwähnt)

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Begriff »Forensik« hat sich sukzessive einen festen Platz im allgemeinen Sprachgebrauch erobert. Das liegt wohl daran, dass heutzutage kein Kriminalfilm ohne die, mitunter schrulligen, Forensiker aus der Pathologie und den Tatortgruppen auszukommen vermag. Die forensische Expertise ist allerdings nicht nur im rechtsmedizinischen Kontext gefragt. Das Gebiet der Forensik umfasst vielmehr eine ganze Reihe wissenschaftlicher Disziplinen, unter anderem die »Forensische Psychiatrie und Psychologie«.

Das österreichische Recht sieht für StraftäterInnen, die zum Zeitpunkt der Tat unzurechnungsfähig waren oder solche, die zwar zurechnungsfähig aber psychisch krank sind, spezielle Vollzugsmaßnahmen vor. Psychische Störungen gehen auch häufig mit Alkohol- und Drogenmissbrauch einher.

Mit der Novelle des Suchtmittelgesetzes kann seit 1971 suchtkranken RechtsbrecherInnen nach dem Grundsatz »Therapie statt Strafe« ein Strafaufschub gewährt werden, sofern sie bereit sind, sich einer sog. »gesundheitsbezogenen Maßnahme« in Form einer Suchttherapie zu unterziehen. Dies ist in der Praxis mit erheblichen Herausforderungen für die behandelnden Suchthilfeeinrichtungen sowie deren TherapeutInnen und BetreuerInnen verbunden.

Diesem interessanten Themenkomplex widmen wir diese Ausgabe unseres Magazins.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer



Helfen Sie uns helfen!

»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen wie es ist, mit Eltern aufzuwachen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »Grünen Kreis« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um uns kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance -
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW





28



Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer
- 6** Behandlung und Therapie psychisch kranker RechtsbrecherInnen in Österreich
Martin Kitzberger
- 8** Therapeutischer Umgang mit straffälligen KlientInnen
Barbara Gegenhuber
- 10** Komorbide Störungen im Maßnahmenvollzug als besondere Herausforderung
Bärbel Fichtl
- 12** Gerichtsmedizinische Aspekte bei der Betreuung von Gewaltopfern
Marion Pavlic
- 14** Monitoring von Drogen im Abwasser
Herbert Oberacher
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Therapeutischer Umgang mit Suchtproblematiken im Strafvollzug
Heidrun Nedoma
- 20** Suchtmedizinische Behandlung im Strafvollzug
Elisabeth Wagner
- 22** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24** Quo vadis Jugendstrafvollzug?
Ursula Terler
- 26** Integration und Behandlung forensischer KlientInnen in der stationären Suchttherapie
Verena Prietl
- 28** Kunst im Grünen Kreis
Kurt Neuhold

Behandlung und Therapie psychisch kranker RechtsbrecherInnen in Österreich



von Martin Kitzberger

Psychisch kranke RechtsbrecherInnen werden in Österreich in besonderen Anstalten wie dem Forensischen Zentrum Asten bzw. speziellen Departments in Justizanstalten behandelt und therapiert, sofern sie gemäß § 21 StGB aufgrund ihrer Gefährlichkeit zur Unterbringung im Maßnahmenvollzug verurteilt wurden.

Bei den meisten zur Tatzeit zurechnungsunfähigen Unterbrachten ist eine Psychose als Auslöser für die Tat anzusehen. Neben Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis sind substanzinduzierte Psychosen, weitere psychische Störungen aufgrund von Alkohol- und/oder Suchtmittelmissbrauch/Polytoxikomanie, organisch bedingte Psychosen, affektive Störungen, aber auch Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung sowie Persönlichkeitsstörungen relevant, sodass eine Einweisung in den Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 1 StGB erfolgt.

Zurechnungsfähige psychisch kranke RechtsbrecherInnen werden vom Gericht zu einer Strafe und der Behandlungsmaßnahme gemäß § 21 Abs 2 StGB verurteilt. Bei diesen TäterInnen überwiegen die Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen, aber auch Verhaltensstörungen oder Intelligenzminderung sind immer wieder einweisungsrelevant.

In der klinischen Behandlungspraxis des Maßnahmenvollzugs, eine Behandlung im Zwangskontext, ist man natürlich immer wieder mit Mischbildern psychischer Störungen konfrontiert, sogenannten komorbiden Störungsbildern, die psychisch beeinträchtigte Menschen zu TäterInnen werden lassen. Der Schweregrad und das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem Delikt sind entscheidend für die klientenzentrierte rehabilitative Behandlungsplanung. Wesentlich für eine gelingende Therapie und einen guten Betreuungsverlauf ist die Motivation der kranken TäterInnen; hierfür gibt es das sogenannte Motivationsgebot. Das Konzept der professionellen Nähe, also das Gut-in-Beziehung-Stehen der TherapeutInnen und BetreuerInnen zu den KlientInnen ist äußerst wichtig; ganz im Sinne des »informed consent«, der gut informierten

Einwilligung und Adhärenz der Unterbrachten in Bezug auf notwendige Behandlungs- und Betreuungsschritte zum Abbau der einweisungsrelevanten Gefährlichkeit. Zu den jeweiligen störungsspezifisch-individuellen (Kriminal-)Therapie- und Behandlungsmaßnahmen läuft parallel immer auch eine Gefährlichkeitseinschätzung jeder/jedes einzelnen Unterbrachten. Für die Behandlung und Therapie sowie auch für das Risikomanagement liegen für den österreichischen Maßnahmenvollzug einzelfallorientierte State-of-the-Art-Mindeststandards vor. Letztendlich hat das Risikomanagement immer auch die Rückfallgefahr mitzuberücksichtigen, vor allem, je mehr es in Richtung freiheitsbezogener Lockerung, der sogenannten Außenorientierung, und bedingter Entlassung durch das zuständige Landesgericht mit einem Drei-Richter-Senat geht. Entscheidend für eine bedingte Entlassung ist letztendlich immer der bereits angesprochene Abbau der einweisungsrelevanten Gefährlichkeit, also eine positive Legalprognose.

Das Ziel des klientInnenzentrierten Therapieprogramms definiert sich dadurch, dass ein psychisch stabiler Zustand erreicht wird, sodass nicht mehr zu befürchten ist, dass die/der Betroffene in Zukunft Handlungen mit schweren Folgen begehen wird. Die Behandlung psychisch kranker RechtsbrecherInnen ist im Strafvollzugsgesetz (StVG) geregelt. Dieses sieht zur Erreichung der Vollzugszwecke (§ 164 StVG) ausdrücklich eine Behandlung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik und Psychotherapie vor. Das Ziel ist die Erlangung lebenspraktischer und sozial stabilisierender Kompetenzen durch adhärentes Verhalten und letztendlich durch Verstehen und Einsicht gegenüber therapeutischen und

behandlerischen Maßnahmen wie etwa Medikation oder Psychotherapie. Das zukünftige deliktfreie Lebensmanagement steht im Fokus der Behandlung und Therapie. Betroffene müssen lernen, ihre psychischen Probleme im Griff zu haben bzw. zumindest mit ihrer psychischen Erkrankung so weit umgehen zu können, dass sie nicht mehr für andere Menschen gefährlich sind. Diese vorausgesetzte Fähigkeit für die Freiheit wird Schritt für Schritt bei Vollzugslockerungen und freiheitsbezogenen Lockerungen erprobt, bevor dem Gericht im besten Fall eine bedingte Entlassung empfohlen wird. Sogenannte Unterbrechungen der Unterbringung gemäß §166 StVG dienen der Überprüfung der genannten Kompetenzen, bereiten auf eine zukünftige Wohnform, Tagesstruktur, weitere Therapie- und Behandlungsmaßnahmen sowie richterliche Überprüfungen dieser vor.

Multiprofessionelle Teams, zumeist bestehend aus FachärztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PflegerInnen, Justizwachebediensteten, SozialbetreuerInnen, ErgotherapeutInnen und PhysiotherapeutInnen sowie ExpertInnen aus anderen ko-therapeutischen Fächern (Psychotherapie, Sonder- und Heilpädagogik, tiergestützte Therapie, Sozialpädagogik etc.) sind mit dieser Aufgabe befasst.

Therapiemodule und Behandlungsmaßnahmen dienen dem Ausgleich von Defiziten, der Förderung der Krankheitseinsicht und Beziehungsfähigkeit, der Compliance in Bezug auf die (medikamentöse) Behandlung und Betreuung, der Nutzung von Ressourcen und

der Arbeitsprogression bzw. sinnstiftender Tätigkeiten. Darüber hinaus sind je nach Indikation spezielle forensische (Psycho-)Therapie- und Betreuungsansätze (z. B. Umgang mit Aggressionen oder Sucht; Einsicht in die eigene Psychopathologie und Delinquenz) anzuwenden. Auch Aufklärung und das Verstehen der Unterbringung nach § 21 StGB im Zusammenhang mit der je eigenen Gefährlichkeit für andere muss stattfinden (z. B. Ziel der Unterbringung – warum bin ich da? Was sind Weisungen?). Die Sicherheit und Ordnung im Maßnahmenvollzug ist durch die eng mit der Behandlung und Betreuung kooperierenden und speziell geschulten Justizwachebediensteten gegeben. Neben der innerinstitutionellen Sicherheit, Außensicherung, Besuchsabwicklung und allgemeinen Sicherheitsaufgaben werden von der Justizwache auch Ausführungen (mit)durchgeführt. Externe (aufsuchende) PsychotherapeutInnen, tiergestützte u. a. Therapien, SeelsorgerInnen, Beratungsstellen, SachwalterInnen, Bewährungshilfe und allgemein die Einbindung Angehöriger (wenn gewünscht und die Bereitschaft zur Kooperation besteht) ergänzen dieses Spektrum an Behandlung und Betreuung der Unterbrachten.

Zuletzt soll nicht unerwähnt bleiben, dass in vielen Fällen die psychischen Störungen, vielfache psychosoziale Probleme und letztendlich das Delikt von Unterbrachten im Maßnahmenvollzug in Zusammenhang mit Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch stehen. Dieses Faktum verlangt gute Kooperationen mit ambulanten und

stationären Suchtbehandlungseinrichtungen, sodass auch dieser forensisch oftmals relevante Aspekt in der Maßnahmetherapie abgedeckt ist. Auch die Nachbetreuung bzw. zukünftige sozialrehabilitative Maßnahmen und etwaige Weisungen durch das Gericht nach einer bedingten Entlassung sind auf die Berücksichtigung destabilisierender Faktoren bzw. des Rückfälligkeitsfaktors Sucht ausgelegt.

Wird der Abbau der Gefährlichkeit durch klientInnenzentrierte Therapie und Betreuung unter Beachtung eines differenzierten Risikomanagements, eines entsprechenden Übergangsmanagements »drinnen/draußen«, eines passenden sozialen Empfangsraums und entsprechender poststationärer Behandlung und Betreuung betrieben, so wird sich der positive Trend bezüglich Rückfälligkeit fortsetzen und die forensische Therapie und Behandlung erfüllt ihren wesentlichen Zweck: ein zukünftiges deliktfreies Lebensmanagement psychisch kranker RechtsbrecherInnen, was gleichzeitig auch Opferschutz bedeutet.

Dr. M Mag. Martin Kitzberger

(Humanbiologe, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Philosoph)
Leiter des Forensischen Zentrums Asten
Lehrbeauftragter an der Strafvollzugsakademie,
Lektor an der Johannes Kepler Universität in Linz
sowie Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien
Forschung, Veröffentlichungen und Vortragstätigkeiten im Bereich Straf- und Maßnahmenvollzug



Therapeutischer Umgang mit straffälligen KlientInnen



von Barbara Gegenhuber

Kriminalität wird immer von gesellschaftlichen Definitionen getragen. Entsprechend komplex ist der Zusammenhang zwischen Sucht und Straffälligkeit.

Bevor auf den therapeutischen Umgang mit straffälligen KlientInnen eingegangen werden kann, muss zunächst die Zielgruppe näher betrachtet werden. Kriminalität per se ist kein absoluter Tatbestand, sondern immer von gesellschaftlichen Definitionen getragen. Deutlich wird dies im Umgang mit mittlerweile strafrechtlich völlig außer Streit stehenden Lebensweisen wie etwa der Homosexualität. Es ist heute kaum mehr vorstellbar, dass diese in Österreich bis zum Jahr 1971 verboten war. Aber auch in der Drogengesetzgebung sieht man dies: Während der Verkauf von Drogen in einigen Staaten der Welt noch unter Todesstrafe steht, können in anderen Regionen der Welt berauschende Substanzen völlig legal verkauft und konsumiert werden. So ist beispielsweise der Besitz und Verkauf von Cannabis in zunehmend mehr Staaten der Welt legalisiert, in Österreich steht dasselbe Verhalten unter Strafe.

Zu diesen gesellschaftlichen Unterschieden kommt die Tatsache, dass der Zusammenhang zwischen Sucht und Straffälligkeit äußerst komplex und vielfältig ist. Es finden sich höchst unterschiedliche Verläufe, vom Dealer, der später selber süchtig wird, über den Drogenabhängigen, der zur Finanzierung der Sucht jemanden ausraubt, bis hin zu Menschen, die im akut berauschten Zustand einen anderen zusammenschlagen oder gar umbringen. Die Entstehungsverläufe und das Bedingungsgefüge, die zu Kriminalität bei Abhängigen führen, sind äußerst heterogen. Dass diese vielfältigen und nicht linearen Zusammenhänge selbstverständlich auch unterschiedliche therapeutische Interventionen benötigen, ist offensichtlich.

Neben dieser Heterogenität der Klientel gibt es dennoch zwei Besonderheiten, die den meisten (straffälligen) KlientInnen gemeinsam sind. Zum

einen sind dies die eigenen Viktimisierungserfahrungen. Drogenabhängige sind selbst häufiger Opfer von Kriminalität als Menschen vergleichbarer Altersgruppen. Dieser Effekt ist bei weiblichen Abhängigen und Personen, die unter zusätzlichen psychischen Problemen leiden, noch vergrößert (vgl. Stevens et al., 2007). Dabei handelt es sich hauptsächlich um Eigentums- und Gewaltdelikte, wobei die Täter selbst zumeist auch aus der Drogenszene stammen. Zum anderen ist auch nicht zu vergessen, dass die eigene Historie als Opfer von Straftaten wie sexuellem Missbrauch oder Gewalt bei einem nicht unerheblichen Teil der Abhängigen zur Entwicklung der Sucht beigetragen hat. Nicht alle Drogenabhängigen sind Täter, aber sehr viele Drogenabhängige sind oder waren selbst Opfer von Gewalt. Diesem Umstand ist in der therapeutischen Behandlung jedenfalls Rechnung zu tragen.

Die zweite Besonderheit findet sich im österreichischen Suchtmittelrecht, das für süchtige und behandlungsbedürftige Täter eine »rechtliche Privilegierung« im Sinn von Therapie statt Strafe vorsieht. Straffällig gewordene Drogenabhängige bekommen so unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit, anstelle einer Haftstrafe einer Behandlung ihrer Abhängigkeit nachzugehen. Dies stellt selbstverständlich die nachhaltigere Methode im Umgang mit kriminell gewordenen Drogenabhängigen dar, als sie lediglich für einen bestimmten Zeitraum wegzusperren. Es sei in diesem Zusammenhang jedoch angemerkt, dass der Begriff »Therapie statt Strafe« etwas irreführend ist. Der Gesetzgeber hat bewusst einen sehr offenen Ansatz gewählt und spricht in § 11 SMG von gesundheitsbezogenen Maßnahmen, womit die Behandlung nicht nur auf psychotherapeutische Maßnahmen eingeeignet ist, sondern auch medizinische, psychologische sowie psychosoziale

Interventionen vorgesehen sind. Die Anwendung methodenvielfältiger Behandlungsmaßnahmen ist nicht nur im Umgang mit straffällig gewordenen Abhängigen mittlerweile State of the Art in der Suchtbehandlung. Diesem Umstand sollte bereits auch bei der Begutachtung zu einem § 39 SMG Rechnung getragen werden – die derzeit vor allem bei einigen psychotherapeutischen GutachterInnen gängige Methode, lediglich auf die Anwendbarkeit psychotherapeutischer Maßnahmen abzustellen, ist nicht im Sinne des Gesetzgebers.

Nichtsdestotrotz haben KlientInnen, die mit einer Weisung nach § 39 SMG zur Therapie statt Strafe in Behandlung sind, noch immer einen schlechten Ruf. Sie seien weniger motiviert als PatientInnen, die sich ohne richterliche Auflage zu einer Therapie anmelden, sie wollen sich lediglich die Haft ersparen und ohnehin nichts an ihrem Verhalten ändern und so weiter. Ein Vorurteil, das sich hartnäckig hält, obwohl es bereits wissenschaftlich widerlegt ist. So wurde beispielsweise in einer breit angelegten europäischen Studie zum Thema »Therapie statt Strafe« festgestellt, dass sich PatientInnen mit und ohne Therapieaufgabe nicht wesentlich voneinander unterscheiden, beide Gruppen verspüren ein gewisses Maß an externem Zwang zur Therapie (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009). Bei manchen ist es die Justiz, bei anderen die Familie, der Arbeitgeber oder der Hausarzt, die die KlientInnen mit hohem Nachdruck zu einer Therapie motivieren. Sogar PatientInnen, die sich vermeintlich »freiwillig« in Therapie begeben, verspüren häufig Druck durch die Justiz. Sei es, weil sie wissen, dass ein derartiger Lebensstil früher oder später in Haft enden wird, oder weil sogar schon ein Gerichtsverfahren anhängig ist und mit dem Beginn der Therapie dem Gericht Kooperationsbereitschaft und Änderungsmotivation gezeigt werden soll. Worin sich beide Gruppen jedenfalls nicht unterscheiden, ist die Kriminalität: 92 % aller Befragten gaben an, schon einmal eine Straftat begangen zu haben.

Diese Studienergebnisse zeigen, dass der schlechte Ruf, der der KlientInnengruppe der Drogenabhängigen mit richterlicher Therapieweisung anhaftet, unberechtigt ist. Die häufig vorhandene Idealisierung von »freiwilligen« KlientInnen ist ein Irrglaube. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen gibt es kaum jemand, der sich immer

nur freudig und hoffnungsfroh auf eine lange dauernde Therapie, die zumeist mit Einschränkungen des persönlichen Lebens verbunden ist, einlässt. Die meisten Drogenabhängigen sind ambivalent, der Ausstieg aus der Sucht ist für die Betroffenen nicht ausschließlich positiv besetzt. Insofern kommt motivationsfördernden Maßnahmen und dem Bearbeiten und Verringern von Ambivalenzen in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine wesentliche Rolle zu. Gemeinsam mit den KlientInnen erarbeitete Ziele sowie individuell angepasste, mit den Betroffenen abgestimmte therapeutische Maßnahmen stehen hier im Vordergrund. Methoden zur Förderung der Veränderungsmotivation, wie beispielsweise das Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (2012), haben in den vergangenen Jahren in allen Bereichen der Suchthilfe an Bedeutung gewonnen.

Wie weiter oben ausgeführt, ist der Zusammenhang zwischen Sucht und Straffälligkeit eng, die Unterschiede von KlientInnen mit oder ohne richterliche Weisung zur Therapie sind hinsichtlich ihrer Therapiemotivation marginal. Insofern ist eine getrennte Behandlung von Abhängigen mit oder ohne richterliche Weisung entbehrlich. Dies umso mehr, je eher die Straffälligkeit eine Folge der Suchterkrankung ist und im Wesentlichen die Beschaffungskriminalität im Vordergrund steht. Bei dieser KlientInnengruppe ist eine spezifische Behandlung von Aspekten der Straffälligkeit in der Regel nicht notwendig. Ist jemand bezüglich der Suchterkrankung stabil, fallen üblicherweise auch die sie begleitenden kriminellen Aktivitäten weg.

Anders verhält es sich bei KlientInnen, bei denen die Suchterkrankung begleitender Umstand einer weiteren Problematik ist. Sei dies eine massive Aggressionsproblematik, die im Zustand der Berausung zu teilweise massiven körperlichen Übergrifflichkeiten führen kann, oder auch eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, bei der Betroffene einer höheren Wahrscheinlichkeit unterliegen, gesellschaftliche Normen zu übertreten. In diesen Fällen gilt es, wie bei allen anderen komorbiden Störungen, die unterschiedlichen Problematiken auch indikationsspezifisch zu behandeln. Dies erfolgt in der Regel zeitgleich mit der Behandlung der Suchterkrankung. Eine Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen, wie beispielsweise

der Männerberatung, forensischen Spezialambulanzen oder dem Verein Neustart, erweist sich hierbei oftmals als zusätzlich hilfreich.

Es gibt jedoch noch eine dritte Gruppe, die es zu beachten gilt, und zwar jene der Suchtkranken mit langjährigen Hafterfahrungen. Haft ist für viele Suchterkrankte ein immer wiederkehrender Bestandteil des Lebens, der zwar nicht immer nur negativ gesehen wird, jedoch bei wiederkehrenden längeren Aufenthalten zu Schädigungen führen kann. Viele KlientInnen berichten rückblickend, dass die Inhaftierung auch eine Art Chance ist, wieder zu sich zu kommen, sie als Gelegenheit zu nehmen, den negativen Teufelskreis der Sucht zu unterbrechen – ein Einschnitt, der im besten Fall zu einer weiterführenden Behandlung der Suchterkrankung führt. Doch nicht jede Inhaftierung führt zu einem Behandlungsversuch. Viele Betroffene haben auch langjährige Haftstrafen hinter sich, die auch die entsprechenden negativen Begleiterscheinungen mit sich bringen. Das Gefängnis ist ein autoritäres System mit klar geregelten Strukturen, Beziehungen und Machtverhältnissen. InsassInnen lernen hier sich einzufügen, in einem streng geregelten System zu leben, und sie verlernen oftmals, sich um eigene Angelegenheiten zu kümmern und eigenständige Entscheidungen zu treffen. Dies führt nicht selten zu einer Angst vor dem Leben nach der Haft und der Notwendigkeit des Wiedererlernens von Alltagstechniken, von der Organisation eines existenzsichernden Umfeldes bis zu ganz praktischen Fertigkeiten wie Kochen, Wäschewaschen oder Erledigen von persönlichen Dingen. Je länger die Inhaftierung dauert, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der Überforderung nach der Haftentlassung (Kawamura-Reindl, 2004), die eine dichte psychosoziale Begleitung und Betreuung im Alltag erforderlich macht.

Zu guter Letzt ist im therapeutischen Umgang mit Menschen mit langjährigen Hafterfahrungen auch nicht zu vergessen, dass diese oftmals eine hohe Identifizierung mit der Subkultur aufweisen. Dies ist insofern in der therapeutischen Behandlung von Bedeutung, als Menschen mit einer langjährigen subkulturellen Sozialisation oftmals ein offener Umgang mit Rückfällen oder Schwierigkeiten im Verlauf schwerfällt. Offen im Gefängnis über Drogenkonsum zu sprechen, kann zu

→ Seite 30

Komorbide Störungen im Maßnahmenvollzug als besondere Herausforderung



von Bärbel Fichtl

Wie in allen Fachbereichen der Psychiatrie stellen auch im Maßnahmenvollzug Patienten mit einer Doppeldiagnose eine besondere Herausforderung dar. Sie finden sich sowohl bei den unzurechnungsfähigen psychisch kranken Straftätern mit den Hauptdiagnosen Schizophrenie und schizoaffektive Störung als auch bei den zurechnungsfähigen Untergebrachten, bei denen das Hauptaugenmerk auf der Persönlichkeitsstörung liegt.

Bei Maßnahmenpatienten mit Doppeldiagnosen zeigen sich eine niedrigere Therapieadhärenz, ein ungünstigerer Verlauf der Erkrankung, eine erhöhte Selbst- und Fremdgefährlichkeit, ein höheres Gefährlichkeitspotenzial und längere Aufenthaltsdauern.

Symptome des Suchtmittelkonsums sind häufig verdeckt durch störungsbedingte multiple psychosoziale Dysfunktionen. Kognitive und emotionale Effekte des Konsums (Affektverflachung, Denkstörungen, Depression, Angst oder Halluzinationen) werden fälschlicherweise der Psychose zugeschrieben.

Mit dem Rückfall in die Sucht besteht die Gefahr eines Rückfalls in die Grunderkrankung und dadurch kann es auch zu einer Wiederholung des Delikts kommen. Daher muss die Einhaltung der Abstinenz oft auch nach Entlassung aus der Maßnahme durch eine richterliche Weisung eingefordert werden. Ein Nichteinhalten dieser Weisung gilt als Weisungsbruch und kann den Widerruf der bedingten Entlassung und dadurch eine erneute Unterbringung zur Folge haben.

Abhängigkeitsrate bei psychischen Erkrankungen

Laut Konsensus-Statement 2007 liegt bei schizophrenen Patienten die Rate der Koinzidenz einer substanzbedingten Störung bei 47 %. Bei bipolar affektiven Psychosen liegt die Abhängigkeitsrate sogar bei 56 %. Zudem besteht neben einer verminderten Behandlungcompliance und einem niedrigen psychosozialen Adaptionsniveau ein deutlich schlechteres Ansprechen auf eine psychopharmakologische Therapie.

Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die das Hauptklientel der nach § 21 Abs 2 StGB verurteilten

zurechnungsfähigen psychisch kranken Straftätern ausmachen, liegt die Komorbiditätsrate sogar bei 84 %.

Suchtmittelkonsum und Delinquenz

Am Institut für Suchtdiagnostik (ISD) in Wien wurden Untersuchungen betreffend den Zusammenhang zwischen Konsumverhalten in Bezug auf Suchtmittel und Delinquenz durchgeführt, da bei Menschen mit Alkohol- und Drogenmissbrauch bekanntlich eine erhöhte Gewaltbereitschaft vorliegt. Dabei wurden Klienten untersucht, die gegen das Suchtmittelgesetz verstoßen, aber noch keinen Kontakt zum Maßregelvollzug hatten. Das zu diesem Zeitpunkt bestehende delinquente Verhalten wurde aufgrund verschiedener Parameter erhoben.

Das Ergebnis zeigt, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit ganz wesentliche Prädiktoren für Gewaltdelikte darstellen. Vor allem der Konsum von Alkohol erhöht die Aggressionsbereitschaft drastisch. Personen, die vorwiegend Opiate oder Cannabis konsumieren, zeigen keine erhöhte Delinquenzneigung. Dagegen sind ein multipler Missbrauch von Opiaten, Kokain und Benzodiazepinen sowie ein Substanzkonsum, in dessen Mittelpunkt Alkohol steht, mit schweren und häufigeren Delikten in der Vergangenheit assoziiert. Auch das rasche Schwanken zwischen Aufputschen (Kokain) und Sedieren (Opiate, Benzodiazepine) scheint die Aggressionsschwelle zu senken und die Deliktbereitschaft zu erhöhen.

Kriminalpräventiv wird von DDr.ⁱⁿ Kristina Ritter eine frühe Einbindung der gefährdeten Personengruppen in psychotherapeutische und soziotherapeutische Programme empfohlen.

Sucht und Gefährlichkeitspotenzial

Substanzmissbrauch und Substanz-

abhängigkeit zählen im Hinblick auf das Gefährlichkeitspotenzial zu den zentralen Einfluss- und Prognosefaktoren. Darauf weist auch Dr. Norman Meuschke, Psychologe des Forensischen Zentrums Asten, in seiner Dissertation über schizophrene Straftäter hin.

Das Risiko einer Straftatbegehung ist im Vergleich zur Normalbevölkerung bei schizophrenen Patienten um 4,1 Mal höher. Besteht zusätzlich ein Konsum psychogen wirksamer Substanzen, ist das Risiko einer Straftatbegehung um 14,8 Mal größer.

Atypische Neuroleptika senken das Rückfallrisiko

Die Medikation mit Neuroleptika reduziert über die Blockade der D2-Dopaminrezeptoren die verfügbare Menge an Dopamin und macht deshalb psychotische Patienten vulnerabler für die Einnahme von exogenen »Glückmachern«. Unter der Verschreibung von atypischen Neuroleptika konnten niedrigere Raten von Suchtmittelabusus nachgewiesen werden.

Wohngruppenvollzug und spezielle Therapiemaßnahmen, um »Long stay«-Rate bei komorbiden Patienten zu verringern

Als Erfolg versprechend haben sich Behandlungsansätze erwiesen, in denen sich ein Team um beide Erkrankungen gleichzeitig bemüht. Dies wird als integrierte Behandlung bezeichnet. Bisher sind zwei deutschsprachige Manuale zu diesem modernen Behandlungsansatz erschienen.

Im FZA (Forensisches Zentrum Asten), dem neu errichteten Forensisch-Therapeutischen Zentrum für Maßnahmenvollzug in Österreich, wird sofort nach Übernahme des Patienten mit der Durchführung ganzheitlich ausgerichteter und klientenzentrierter Therapiemaßnahmen begonnen. Neben klassischer, psychoedukativ ausgerichteter Psychosebehandlung sind Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie sowie Delikt- und Suchtgruppen im Behandlungsplan vorgesehen. Dabei wird auf das individuelle Konsumverhalten und die emotionalen Gründe, die in die Sucht geführt haben, eingegangen. Sobald es die Lockerungsstufe zulässt, sucht der Patient eigenverantwortlich Suchtambulanz oder Beratungsstellen in der Umgebung auf. Mit einer stationären Entwöhnungsbehandlung kann bei

Im FZA (Forensisches Zentrum Asten), dem neu errichteten Forensisch-Therapeutischen Zentrum für Maßnahmenvollzug in Österreich, sind neben klassischer, psychoedukativ ausgerichteter Psychosebehandlung, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie sowie Delikt- und Suchtgruppen im Behandlungsplan vorgesehen.

gegebener Indikation während der Unterbrechung der Unterbringung bzw. unmittelbar im Anschluss an den Maßnahmenvollzug begonnen werden.

Beziehungsarbeit als Sicherheitsfaktor

Im – vom Justizministerium in Auftrag gegebenen – Expertenbericht 2015 wird ausdrücklich hervorgehoben, dass dem vermehrten Sicherheitsbedürfnis unserer Gesellschaft nur durch professionelle Betreuung und Beziehungsarbeit entgegenwirken werden kann. Es werden Antworten benötigt für die linear steigende Zahl an eingewiesenen Patienten und die zunehmende Anhaltedauer, die derzeit bei durchschnittlich 3,9 Jahren liegt.

Für Dr. Martin Kitzberger, Leiter des FZA, ist neben der zentralen Aufgabe des Abbaus der einweisungsbedingten Gefährlichkeit die Orientierung an einem ressourcenorientierten Modell (RNR-Modell, Recovery in der Forensik, »good life model«) wichtig.

Sämtliche multiprofessionelle Behandlungsinterventionen sollen auf den Genesungsprozess gelenkt und damit eine sukzessive Verbesserung der sozialen Funktionen erreicht werden. Der Abnahme der Gefährlichkeit ist das logische Resultat der Bemühungen einer konsequent durchgeführten professionellen Betreuungsarbeit.

Für den behandelnden Facharzt bedeutet dies, sich neben dem Studium der Gerichtsakten und des Delikts auf den kranken Menschen und seine Störung zu besinnen. Dazu ist es notwendig, den unpersönlichen Rahmen zu verlassen und einen Raum der Zwischenmenschlichkeit, Nähe und des Verstehens herzustellen. Die paternalistische und unpersönliche Compliance-Aufforderung soll durch einen »informed consent« und damit eine partizipative Entscheidungsfindung ersetzt werden.

Der Wert einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung ist besonders bei Patienten mit höherem Gefährlichkeitspotenzial in Hinblick auf eine positive Langzeitprognose notwendig. Nur die bleibende Offenheit des Patienten und sein Vertrauen ermöglichen soziales Lernen und begünstigen eine Veränderung der dysfunktionalen Reaktionsmuster.

Der soziale Empfangsraum als Garant für Freiheit und Sicherheit

Im sozialen Empfangsraum sollen unter Einhaltung der Abstinenz all jene alltäglichen Fertigkeiten sowie sozialen und lebenspraktischen Fähigkeiten, die während der Unterbringung im Maßnahmenvollzug erlernt und eingeübt wurden, umgesetzt werden. Wenn der Untergebrachte diese Erprobung besteht, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass eine erneute erhebliche Straftat begangen wird.

Ein differenziertes Nachbetreuungsumfeld, das auf individuelle Risikomerkmale und Bedürfnisse der Betroffenen im Sinne einer personenzentrierten Hilfeplanung eingeht, kann die verbliebene (Rest-)Gefährlichkeit bestmöglich kompensieren und die begonnene Arbeit weiterführen, und sie leistet dadurch einen enorm wichtigen Beitrag zur Wiedereingliederung von psychisch kranken komorbiden Straftätern.

Literatur

Kitzberger M., Giritzer T., Aigner-Reisinger L. (2012): Komorbidität, Persönlichkeitsstörungen: Die Behandlung unzurechnungsfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher im Forensischen Zentrum Asten.

Ritter K., Hold E., Stompe T. (2010): Konsumtypen und Delinquenz. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 11(2), 38-42.

Schmidt-Quernheim F., Hax-Schoppenhorst T. (2008): Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. Bern u. a.: Huber.

Konsensus-Statement (2007): Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen.

Dr.ⁱⁿ Bärbel Fichtl

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Integrative Gestalttherapeutin (ÖAGG)

Sozialtherapeutischer Wohngruppenvollzug

Forensisches Zentrum Asten

Technologiestrasse 5

4481 Asten

baerbel.fichtl@justiz.gv.at

Gerichtsmedizinische Aspekte bei der Betreuung von Gewaltopfern



von Marion Pavlic

Gewalt macht sprachlos.
Dies gilt nicht nur für die Opfer
speziell von häuslicher Gewalt,
sondern auch für potenzielle Helfer.
Nur wer sich im Umgang mit
Gewaltopfern sicher fühlt, wird
das Thema auch ansprechen.

Weltweit sind etwa 30 % aller Frauen von häuslicher und/oder sexueller Gewalt durch den Partner betroffen⁽¹⁾. Einerseits haben Gewaltopfer ein höheres Risiko für einen problematischen Substanzgebrauch bis hin zur Suchtentwicklung (z.B. 2,3), andererseits ist der Konsum von Alkohol und/oder illegalen Suchtmitteln beim Täter mit Gewalthandlungen gegen Partner und Kinder assoziiert (z.B. 4).

Für medizinisches Personal stellt das Erkennen von und der Umgang mit Gewaltopfern eine besondere Herausforderung dar. Es ist ein rationaler, professioneller, dabei aber auch sensibler Umgang mit den Opfern notwendig. Gerade bei der Behandlung des komplexen Koproblems Suchtproblematik fühlen sich viele Helfer jedoch nicht ausreichend ausgebildet⁽⁵⁾. Letztlich ist ein multiprofessionales Helferteam aus so unterschiedlichen Institutionen wie medizinischen Einrichtungen, Opfer- bzw. Kinderschutzgruppen der Krankenhäuser, Gerichtsmedizin, Hilfsorganisationen wie Gewalt- und Kinderschutzzentren, Frauenhäusern und Suchtberatungsstellen, Kinder- und Jugendhilfe, Täterberatungsstellen sowie bei Bedarf auch der Polizei erforderlich. Die einzelnen Kompetenzfelder sowie die aus der Zusammenarbeit resultierenden Schnittstellen sollten dabei klar definiert sein. Gemeinsames oberstes Ziel ist der Opferschutz.

Erkennen und Benennen

Auch aufgrund der Dynamik in Gewaltbeziehungen fühlen sich viele Opfer nicht in der Lage, konkrete Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie suchen zwar primär medizinische Einrichtungen auf, stellen sich jedoch mit unspezifischen Symptomen vor und/oder verneinen im Fall von ersichtlichen Verletzungen, Gewalt

erfahren zu haben. Teilweise machen sie sich auch selbst für die erlittene Gewalt verantwortlich (»wäre ich pünktlich nach Hause gekommen, hätte er mich nicht schlagen müssen«), da ihnen dies subjektiv einen letzten Rest an (vermeintlicher) Kontrolle über die Situation vermittelt. Auch das Gefühl der Scham hindert sie daran, über das Erlebte zu reden.

Es ist daher nötig, medizinisches Personal für Gewalt zu sensibilisieren und im Umgang mit Gewaltopfern zu schulen, sodass Verdachtsfälle erkannt, eigene Unsicherheiten minimiert und ein professioneller Umgang mit den Betroffenen gewährleistet werden. Dies bedeutet aber auch, es aushalten zu müssen, falls das (potenzielle) Opfer Gewalterfahrung verneint und angebotene Hilfen ablehnt. Dies gilt für erwachsene Personen, die ihre Interessen selbst wahrnehmen können, und wenn rechtlich keine schwere Körperverletzung vorliegt. Kinder benötigen selbstverständlich besonderen Schutz.

Ärztliche Anzeige- und Meldepflicht

Die österreichische Gesetzgebung regelt in § 54 Ärztegesetz (Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht), in welchen Fällen eine polizeiliche Anzeige durch den Arzt verpflichtend erfolgen muss. Konkret heißt es:

⁽⁴⁾Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.

Verdacht bedeutet, dass mehr als

eine bloße Vermutung vorliegt. Ein solcher Verdacht wird sich in der Regel aus medizinisch erhobenen Befunden ergeben. Der Arzt ist dabei nicht verpflichtet zu ermitteln.

Im Allgemeinen bedeutet eine schwere Körperverletzung beispielsweise ein Bruch großer Röhrenknochen, die Verletzung großer Gefäße oder Nerven oder die Eröffnung einer Körperhöhle. Ein unverschobener Nasenbeinbruch, die unverschobene Fraktur einer einzelnen Rippe oder der Verlust eines Zahnes ist in der Regel noch als medizinisch leichte Körperverletzung zu qualifizieren. Auch ein sexueller Missbrauch bis hin zur vaginalen, oralen oder analen Penetration wird primär nicht als schwere Körperverletzung gewertet und unterliegt damit bei Personen ab 18 Jahren nicht der Anzeigepflicht; es sei denn, es resultieren als Folge schwere körperliche Verletzungen, oder das psychische Trauma wird als so schwerwiegend eingeschätzt, dass es einer schweren Verletzung gleichgesetzt wird.

Bei Minderjährigen, d. h. Personen unter 18 Jahren, erlaubt der Gesetzgeber einen Spielraum bei der ärztlichen Anzeigepflicht und betont damit das eigenverantwortliche Handeln des Arztes. ⁽⁵⁾Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

Als nahe Angehörige in diesem Sinn sind Ehegatten, eingetragene Partner, Verwandte in gerader Linie, Geschwister oder andere Angehörige, sofern diese in Hausgemeinschaft leben, zu sehen.

Aus gerichtsmedizinischer Sicht ist § 54 Ärztegesetz daher so zu interpretieren, dass bei Verdacht auf Misshandeln, Quälen, Vernachlässigen oder sexuellen Missbrauch eines Minderjährigen die polizeiliche Anzeige grundsätzlich verpflichtend ist. Nur in Ausnahmefällen, wenn sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen richtet und die weiteren Umstände den Schluss zulassen,

dass es dem Kindeswohl dient, kann (muss aber nicht!) die polizeiliche Anzeige vorerst unterbleiben. Wird von dieser bei Erfüllung der genannten Voraussetzungen abgesehen, hat jedenfalls eine Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe sowie in Krankenanstalten auch an die Kinderschutzgruppe zu erfolgen.

Die gerichtsmedizinische Erfahrung zeigt allerdings, dass gerade medizinisches Personal einer Anzeige bei der Polizei teilweise misstrauisch gegenübersteht. Es wird dabei möglicherweise übersehen, dass ein ordentlich geführtes Ermittlungsverfahren die beschuldigte Person auch entlasten kann, während ansonsten unbelegte Verdachtsmomente (»irgendetwas wird schon gewesen sein«) bestehen bleiben können.

Solche Unsicherheiten können minimiert werden, wenn die einzelnen Vorgehensweisen im angesprochenen multiprofessionalen Team bekannt sind und damit die weiteren erforderlichen Schritte aufeinander abgestimmt erfolgen können. Während beispielsweise die polizeiliche Vernehmung eines Verdächtigen zeitnah erfolgen muss, um vernünftig weitere Erhebungen vornehmen zu können, kann z.B. die Befragung des Opfers durchaus so geplant werden, dass eine entsprechende Begleitung und Betreuung organisiert werden kann.

Befunderhebung vs. Begutachtung

Die Kernkompetenz der Gerichtsmedizin liegt in der Untersuchung von Personen hinsichtlich physischer Verletzungsbefunde, in der biologischen Spurensicherung bzw. Probenasservierung sowie in der nachfolgenden Analyse der Asservate.

Werden Gerichtsmediziner zu einem Verdachtsfall hinzugezogen, können diese eine exakte Befunderhebung bzw. Verletzungsdokumentation durchführen. Eine sofortige Interpretation im Sinne einer Begutachtung ist entgegen landläufig gehegter Hoffnungen anhand eines Einzelbefundes meist nicht möglich. Der Gutachter kann typische Ursachen für bestimmte Befunde aufzeigen; er kann auch Versionen zur Verletzungsentstehung bejahen oder verwerfen. Was im Einzelfall tatsächlich vorgefallen ist, wissen nur die beteiligten Personen. Seriöse Begutachtung und Rekonstruktion kann bei Kenntnis

des zeitlichen Verlaufs, weiterer Umstände und auch der Einlassungen der beteiligten Personen erfolgen. Diese Informationen liegen in der Regel nur im Fall einer polizeilichen Anzeige vor.

Der Befund einer körperlichen Untersuchung ist daher letztlich als ein Puzzlestein von mehreren zu sehen, der weitere Verdachtsmomente erhärten oder auch abschwächen kann. Verdächtige Verletzungslokalisationen sind beispielsweise der Kopf oberhalb der größten Zirkumferenz, Handrücken bzw. Ellenseiten der Unterarme (passive Abwehrverletzungen), Handflächen (aktive Abwehrverletzungen), Oberarme (Zupack- bzw. Halteverletzungen), Rücken, Bauch, Gesäß, Rückseiten der Beine und Fußrücken. Primär unverdächtig sind die sogenannten »leading edges«, die bei Anstoßen oder Sturzgeschehen bevorzugt betroffen sind, wie z. B. Nase, Stirn, Kinn, Ellbogen, Handballen, Knie oder Schienbeine.

Ergibt sich anhand von Verletzungsmustern der Verdacht auf eine Fremdbeibringung, soll dieser konkret angesprochen werden. Die Mehrzahl der Patienten in einer Krankenanstalt befürwortet ein solches Ansprechen, und zwar unabhängig davon, ob sie selbst Gewalt erlebt haben⁽⁶⁾. Jeder Helfer wird sich dabei seine eigene, für ihn passende Vorgehensweise zurechtlegen müssen. Geeignet sind allgemein gehaltene Fragen wie »Fühlen Sie sich sicher?« oder »Haben Sie es derzeit schwer?«, die auch nur mit einem Kopfnicken beantwortet werden können. »Warum wurden Sie geschlagen?« oder »Sind Sie Opfer häuslicher Gewalt?« sind dagegen Killerphrasen.

Verletzungsdokumentation

Unabhängig davon, welche Verletzungsursache das Opfer angibt, sollte ihm nach entsprechender Aufklärung und unter Berücksichtigung einer allfälligen ärztlichen Anzeigepflicht eine exakte Verletzungsdokumentation angeboten werden. Natürlich kann dies vom Opfer auch abgelehnt werden.

Wichtig ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Untersuchung, wobei schrittweise letztlich der ganze unbedeckte Körper untersucht werden sollte. Die Verwendung von Körperschemen kann speziell bei multiplen, kleineren Verletzungen dazu beitragen, den Überblick zu behalten. Körperstellen, die ohne Untersuchungsschema

Monitoring von Drogen im Abwasser



von Herbert Oberacher

Die Abwasseranalyse ist eine effektive und kostengünstige Methode zur zeitnahen Erfassung von Trends im Bereich des illegalen Drogenkonsums mit hoher geografischer und zeitlicher Auflösung.

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen (z.B. illegale Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin) kann zu gesundheitlichen Problemen bis hin zur Entwicklung einer Sucht führen. Aus gesundheitspolitischer, aber auch gesamtgesellschaftlicher Sicht muss es daher das Ziel sein, den Konsum dieser Substanzen zu minimieren. Entsprechende Maßnahmen können auf eine Reduktion der Nachfrage, des Angebotes oder von beidem abzielen. Grundlage einer jeden politischen Entscheidung stellt eine umfassende Marktanalyse dar.

Epidemiologische Standardindikatoren zur Erfassung des Konsums von verbotenen oder kontrollierten Substanzen in einer Gesellschaft sind unter anderem: aus Befragungen abgeleitete Prävalenzzahlen, Daten aus dem Behandlungsbereich, die Anzahl von drogenbezogenen Todesfällen sowie die Zahl an Anzeigen und Sicherstellungen. Es ist wichtig festzustellen, dass jeder dieser Indikatoren Stärken und Schwächen aufweist und dass keiner für sich alleinstehend genug Aussagekraft besitzt, um ein umfassendes Bild der Drogensituation zu liefern.

Ein relativ neues, aber zunehmend an Bedeutung gewinnendes Monitoringinstrument stellt die Abwasseranalyse dar (Castiglioni et al. 2014). Die Abwasseranalyse ist eine effektive und kostengünstige Methode zur zeitnahen Erfassung von Trends im Bereich des illegalen Drogenkonsums mit hoher geografischer und zeitlicher Auflösung. Das Konzept wurde in den frühen 2000er-Jahren entwickelt und umgesetzt (Zuccato et al. 2005). Die Idee dahinter ist wie folgt: Es werden spezifische Marker für den Konsum einer Substanz im Abwasserzulauf von Kläranlagen quantitativ erfasst, und aus der ermittelten Konzentration wird unter Einbeziehung der Abwassermenge, der Bevölkerungszahl und des humanen Stoffwechsels die konsumierte Menge

berechnet. Die im Abwasser am häufigsten untersuchten Drogen sind Kokain, Amphetamin, Methamphetamin, MDMA, Heroin, Methadon und Cannabis.

Grundlagen der Abwasseranalyse

Kläranlagen sind zentrale Knotenpunkte im Wasserkreislauf und stellen ein wichtiges Verbindungsglied zwischen dem Nutzwasser und der Umwelt dar. Die Zusammensetzung des Kläranlagenzulaufes spiegelt den Eintrag an Fremdstoffen im Einzugsgebiet der Kläranlage wider. Wichtige Eintragsquellen von Verunreinigungen sind Haushalte, Krankenhäuser, Tourismus, Industrie und Landwirtschaft. Grundsätzlich gelangt eine jede Substanz, die von Menschen konsumiert und wieder ausgeschieden wird, daher auch Drogen und Medikamente, als Teil des Abwassers in die Kläranlage. Von besonderem Interesse für die Drogenepidemiologie sind dabei die Anteile jener Biomarker, aus denen Rückschlüsse auf den Konsum von verbotenen Drogen und kontrollierten pharmazeutischen Wirkstoffen gezogen werden können. Geeignete Marker sind die Drogeninhaltsstoffe selbst (z. B. Amphetamin, Methamphetamin, MDMA) oder deren Stoffwechselprodukte (z. B. Benzoylcegonin für Kokain oder EDDP für Methadon).

Abwasser repräsentiert eine verdünnte Mischung der Fäkalien aller im Einzugsgebiet einer Kläranlage befindlichen Personen. Auf Ebene einer Kommune ist es daher praktisch unmöglich, den Beitrag einer einzelnen Person am Gesamtabwasser zu isolieren und damit Informationen über das spezifische Konsumverhalten derselben zu generieren. Es besteht also ein maximaler Schutz der Privatsphäre bzw. der Persönlichkeitsrechte des einzelnen Individuums. Ethische Probleme können sich bei der Abwasseranalytik nur dann ergeben, wenn sehr kleine Einheiten (z.B. Stadtteile,



Im Abwasser der städtischen Kläranlagen lassen sich aufschlussreiche Informationen über den Drogenkonsum der Bevölkerung finden.

Gefängnisse, Schulen) beprobt werden, wo der Drogennachweis die Gefahr der Stigmatisierung und Ausgrenzung einzelner Bevölkerungsgruppen birgt.

Der erste Schritt im analytischen Prozess ist die Probenahme. Diese erfolgt vor Ort in der Kläranlage mittels automatischer Probennehmer. Dabei werden durch volumens- oder zeitproportionale Entnahme von Aliquoten des zufließenden Abwassers repräsentative Mischproben generiert, die zumeist einen Zeitraum von 24 Stunden abdecken.

Die quantitative Bestimmung der drogenspezifischen Marker erfolgt in dafür spezialisierten Laboren mithilfe modernster analytisch-chemischer Methoden. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die hohe Verdünnung der Analyte dar. Die beobachteten Konzentrationen liegen typischerweise im Nanogramm-pro-Liter-Bereich. Die nachweisempfindliche Bestimmung erfolgt nach Anreicherung mittels massenspektrometrischer Verfahren. Durch Validierung der Methoden bzw. Implementierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Kontrollen, Teilnahme an Ringversuchen) wird ein Höchstmaß an Datenqualität sichergestellt.

Aus den gemessenen Konzentrationswerten werden durch Multiplikation mit der Abwassermenge die täglich zur Kläranlage angelieferten Mengen an Wirkstoffen berechnet. Um diese Mengen vergleichbar zu machen, werden sie zumeist auf die Einwohneranzahl normiert. Mithilfe von Korrekturfaktoren, die die substanzspezifischen Metabolisierungs- und Ausscheidungsraten berücksichtigen, werden die konsumierten Mengen abgeleitet. Stoffkonzentrationen und Abwassermengen können

direkt und sehr zuverlässig gemessen werden. Die Fehler sind typischerweise kleiner als 15 %. Einwohnerzahlen und Korrekturfaktoren bergen vergleichsweise größere Unsicherheiten, was bei der Interpretation von Ergebnissen entsprechend zu berücksichtigen ist.

Sehr einfach lassen sich Einwohnerzahlen aus Zensusdaten ableiten. Das Problem dieses Ansatzes ist aber, dass hierbei der Beitrag von nur temporär im Einzugs der Kläranlage befindlichen Personen vollkommen vernachlässigt wird. D. h., in Orten mit hohen Anteilen an Touristen und Pendlern würde die tatsächliche Populationsgröße unterschätzt werden. Eine bessere Näherung der Einwohnerzahlen erlauben experimentell bestimmte Abwasserparameter. So entsprechen 110 g des chemischen Sauerstoffbedarfes eines Abwassers einem Personenäquivalent.

Die Korrekturfaktoren dienen zur Umrechnung der im Abwasser gefundenen Mengen in die von der Bevölkerung konsumierten Mengen. Eine Korrektur ist notwendig, da konsumierte Substanzen im menschlichen Körper verstoffwechselt werden und nur ein Bruchteil der ursprünglich konsumierten Menge in Form des substanzspezifischen Konsummarkers ausgeschieden wird. Die Ausscheidungsraten lassen sich mittels pharmakokinetischer Studien bestimmen und werden laufend verfeinert (Gracia-Lor et al. 2016).

Erfolgreiche Umsetzung des Konzepts

Die Abwasseranalyse wird weltweit als Monitoringinstrument eingesetzt. In Ländern wie Italien, die Schweiz, Belgien, Norwegen oder Frankreich repräsentiert

sie eine seit Jahren etablierte Methode zur Überwachung der jeweiligen Drogenmärkte. In Australien und Finnland gibt es nationale Programme, im Rahmen derer von staatlicher Seite her der Aufbau und Betrieb von Monitoringnetzwerken massiv vorangetrieben wird. So zum Beispiel investierte die australische Regierung in den letzten Jahren mehr als 2,2 Millionen Euro in diesem Bereich. Und wie das Beispiel Finnland zeigt, zahlen sich diese Investitionen über kurz oder lang aus. Dort lieferte das Abwassermonitoring so früh wie keine andere Methode Hinweise auf einen Anstieg des Methamphetaminkonsums.

Auf europäischer Ebene findet seit 2011 eine jährliche Monitoringstudie statt (Ort et al. 2014). Dabei kooperieren die führenden Wissenschaftler auf dem Gebiet der Abwasseranalyse miteinander, um einen auf Abwasserdaten basierenden Vergleich des Drogenkonsums über Ländergrenzen hinweg zu ermöglichen. Koordiniert werden die Vergleichsstudien von der »Sewage analysis CORE group – Europe (SCORE)«. Die Publikation der Ergebnisse erfolgt durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) und das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) als Teil der jeweiligen Berichte zur Drogensituation sowie auf deren Webseiten (<http://www.emcdda.europa.eu/activities/wastewater-analysis>). Im Jahre 2017 wurden Abwasserproben von 86 Kläranlagen aus 65 Städten bzw. 23 Ländern analysiert. Die Probensammlungen fanden ungefähr zeitgleich in den Monaten März und April statt, wobei in den einzelnen Kläranlagen darauf zu achten war, dass

→ Seite 30

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem Grünen Kreis ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins Grüner Kreis und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins Grüner Kreis mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom Grünen Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein Grüner Kreis möglich.

Therapeutischer Umgang mit Suchtproblematiken im Strafvollzug



von Heidrun Nedoma

Die Situation von Drogenabhängigen im Strafvollzug kann als Abbild der Schwierigkeiten von Suchtkranken in der Gesellschaft betrachtet werden. Sie sind geprägt von vielfältigen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen.

In Haft befindliche Drogenabhängige weisen oft langjährige und intensive Drogenkarrieren auf. Viele verfügen über mehrjährige Erfahrungen in Institutionen wie Heimen, Haftanstalten und Psychiatrien. Die in der Regel einschneidende und als belastend empfundene Erfahrung des Freiheitsentzuges erschwert sich für Drogenabhängige aufgrund ihrer Abhängigkeits-erkrankung. Der Konsum von legalen und illegalen Drogen gehört, trotz großer Bestrebungen, dies einzudämmen, zum Alltag in Justizanstalten. Auch die Folgeerscheinungen des Drogenkonsums innerhalb der Haft sind die gleichen wie außerhalb des Vollzuges: Überdosierungen, gestreckte und verunreinigte Substanzen, Beschaffungsdruck, Händlerhierarchien, Schulden und Infektionsrisiken.

Im Umgang mit Suchtkranken im Vollzug ergeben sich unterschiedlichste, oft scheinbar gegensätzliche und schwer vereinbare Ziele und Fragestellungen. Krank oder kriminell?

Kriminalisierung einer Erkrankung – Therapeutikalisierung eines devianten Lebensstils? Tägliche Konfrontation im Spannungsfeld zwischen Justiz, forensischer Psychologie, Medizin und Psychotherapie. Das Suchthilfesystem im Vollzug muss daher eine sehr differenzierte Unterstützung von Beratung, Betreuung, klinisch-psychologischen, sozialen und medizinischen Leistungen bieten können. Alle Bemühungen immer vor dem Hintergrund der Vereinbarkeit von Vollstreckung der Strafe, Resozialisierungsauftrag, Krankenbehandlung und vor allem dem bestehenden Zwangskontext. Klinisch-psychologische, therapeutische Interventionen setzen Freiwilligkeit, Vertrauen und Akzeptanz voraus, gleichzeitig hat die Haftsituation aber nur unter speziellen Bedingungen eine therapiefördernde Wirkung. Der Aufenthalt im Vollzug verstärkt oft die Tendenzen zur Regression, Realitätsflucht und Passivität. Entsprechend den Vorstellungen von Abhängigkeit und Straftaten in Zusammenhang mit der vorherrschenden Persönlichkeitsstruktur müssen Überlegungen zu Art und Umfang der psychiatrischen, psychologischen, therapeutischen und sozialen Möglichkeiten entwickelt werden. Die wichtigste Bedingung ist, dass der Strafgefangene selbst eine Veränderung will und keine rein sekundäre Motivation aufbringt. Es gibt sicher kein Behandlungskonzept für Drogenabhängige im Vollzug, das allen Ansprüchen umfassend genügt. Für jede Form der Therapie ist die Motivation entscheidend, seine Fähigkeit und die Bereitschaft, sich selbst in Frage zu stellen und zu beobachten, sowie das Setting und der Rahmen für die therapeutischen Maßnahmen. Die Bedingungen in Haft sind häufig eher hemmend, gleichwohl darf dies nicht zu einem therapeutischen Nihilismus führen.

Die Delinquenz von Drogenabhängigen lässt sich nicht alleine auf ihre Suchtproblematik reduzieren. Somit muss auch der therapeutische, psychologische Umgang mit ihnen nicht nur auf suchtspezifische Aspekte

fokussieren, sondern kriminal-sozialtherapeutische Maßnahmen einbeziehen. Es besteht Anspruch auf adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung während des Vollzuges; die Rahmenbedingungen werden durch die »Leitlinien zum Umgang mit suchtkranken Menschen im Strafvollzug« vorgegeben. Abhängigkeit gilt als Krankheit, daher ist ein diskriminierender Umgang mit suchtkranken Menschen im Vollzug nicht zu akzeptieren. Die Auseinandersetzung mit suchtkranken Menschen im Vollzug basiert auf verschiedensten Säulen. Am Tag der Einlieferung erfolgt eine ärztliche Untersuchung beziehungsweise in weiterer Folge eine Vorstellung beim Psychiatrischen Dienst, um die medikamentöse Versorgung (Substitution, Hepatitis-/HIV-Behandlung, generelle Medikation) gewährleisten zu können. Weitere individuelle und multiprofessionelle Suchtscreenings erfolgen durch den Sozialen und Psychologischen Dienst der jeweiligen Anstalten. Im Rahmen genauer kriminalprognostischer und anamnestic Erhebungen wird gemeinsam mit dem Verurteilten ein individueller Therapieplan erstellt und besprochen. Hierbei liegt besonderes Augenmerk auf der forensischen Therapieindikation, welcher das Risikomanagement im Rahmen der Vollzugs- und Behandlungsplanung zugrunde liegt. Folgende Behandlungs- und Entwicklungsziele werden dabei berücksichtigt: Abstinenz, Demand Reduction, Harm Reduction, Stabilisierung, Straffreiheit, Substitutionsbehandlung, Umgang mit Rückfällen (vgl. Leitlinien für die Beratung, Behandlung und Betreuung suchtkranker Menschen im österreichischen Vollzug – in der Untersuchungshaft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug). Häufig steht zu Beginn des klinisch-psychologischen beziehungsweise therapeutischen Prozesses die Förderung einer tatsächlichen Behandlungsmotivation im Vordergrund. Gerade im Zwangskontext scheinen oft Motivation zur (relativen) Abstinenz, Motivation zum Einlassen auf die Therapie und Motivation zur Änderung von Kognition und Verhalten

rein sekundär begründet oder zumindest sehr ambivalent zu sein. Somit steht oft als einzig tatsächliche Motivation zur therapeutischen Befassung das Ziel von schnelleren Lockerungen oder bedingten Entlassungen im Vordergrund, ohne sich tatsächlich mit der Problematik auseinandersetzen zu wollen. Im Falle von krankheitswertigen Störungen ohne tatsächlichen Behandlungswunsch stehen niederschwellige Drogenarbeit und Schadensbegrenzung im Vordergrund.

Forensische Psychotherapie dient der Verringerung der Rückfallwahrscheinlichkeit und ist nicht mit der Psychotherapie von durch manualisierte Diagnostik definierten Krankheitsbildern (DSM, ICD) gleichzusetzen. Die Grundlage der forensischen Therapie bildet die mit der Deliktbegehung in ursächlichem Zusammenhang stehende psychische Störung (vgl. Richtlinien und Vorgangsweisen bei forensischen Psychotherapien im Strafvollzug). Wirksame forensische Psychotherapie hat sich nach Andrews, Bonta und Hoge (1990) an folgenden Prinzipien zu orientieren:

Risikoprinzip (risk)

Die Intensität der Behandlung muss der Höhe des Rückfallrisikos angemessen sein.

Bedürfnisprinzip (need)

Die Behandlung beinhaltet sowohl die kriminogenen als auch die nicht kriminogenen Bedürfnisse des Straftäters. Kriminogene Bedürfnisse sind jene Risikofaktoren, die in einem direkten Zusammenhang mit delin-

quenten Verhaltensweisen stehen. Dazu gehören eine antisoziale Persönlichkeitsstruktur, prokriminelle Einstellungen, soziale Unterstützungen für delinquentes Verhalten, Substanzmissbrauch, Schwierigkeiten in Familie und Ehebeziehungen, Probleme in Schule und Arbeit, fehlende prosoziale Freizeitaktivitäten und eine antisoziale Vergangenheit (Andrews & Bonta, 2010). Nicht kriminogene Bedürfnisse sind Faktoren, die zwar nicht in direktem Zusammenhang mit dem Rückfallrisiko stehen, dennoch bei Einbeziehen in die Therapie eine Auswirkung auf die Motivation des Täters für die Behandlung haben können. Dazu zählen Selbstwert, unbestimmte Stressgefühle, eine bedeutende psychische Störung und physische Erkrankungen.

Ansprechbarkeitsprinzip (responsivity)

Die Behandlung muss sich in Setting, Didaktik und Methodik an den Besonderheiten der Zielperson orientieren. Es ist die Art und Weise, wie das Behandlungsprogramm dem Straftäter hinsichtlich seiner Fähigkeiten und Lernstrategien angepasst wird. Es beinhaltet die kognitiv-behavioralen Lernstrategien als effektivste Interventionsmethoden zur Behandlung des Täters. Vor allem die positive Verstärkung, Rolleneinübung, der Ausbau von Fähigkeiten, das Modifizieren von Einstellungen und Emotionen sowie eine kognitive Restrukturierung und das Üben von neuen Verhaltensweisen stehen hier im Vordergrund. Hinzu kommen die individuellen Aspekte der Täterpersönlich-

keit, wie zwischenmenschliche Empfindsamkeit, Angst, verbale Intelligenz und kognitive Reife.

Klassische Ziele der forensischen Suchtbehandlung beziehen sich auf die Substitution ohne Beikonsum, Reduktion des Drogenkonsums und des Risikoverhaltens, psychopathologische Stabilität, Bearbeitung pathologischer Beziehungsmuster, die Klärung und das Verstehen des Zusammenhangs zwischen Delikt und Substanzkonsum, die Rückfallprävention, Unterstützung beim Herausreifen aus dem süchtig-dissozialen Lebensstil durch Ermöglichen von »nüchternen« Lebenserfahrungen, Auseinandersetzung mit prosozialen Normen, Stärkung der Ich-Funktionen sowie Unterstützung bei der Affektdifferenzierung und Affektregulation. Besonders wichtig erscheint eine gewisse Bescheidenheit im Setting des Vollzuges bei der Beziehungswiese Aufarbeitung von belastenden und traumatischen Erfahrungen (Cave: Komplextraumatisierungen).

Um möglichst gewinnbringende Entwicklungen im Hinblick auf ein strukturiertes Entlassungsmanagement gestalten zu können, ist neben der internen forensischen therapeutischen Befassung eine enge Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Suchthilfe selbstverständlich.

Literaturangaben bei der Autorin

Mag.^a Heidrun Nedoma

Klinische und Gesundheitspsychologin, Notfallpsychologin, NADA-Therapeutin
Psychologischer Dienst Justizanstalt Graz-Karlau

Außenmauer der Justizanstalt Graz-Karlau



Suchtmedizinische Behandlung im Strafvollzug



von Elisabeth Wagner

Substanzstörungen sind unter Gefängnisinsassen weit verbreitet. Internationale Studien gehen davon aus, dass bei mindestens 40% der Inhaftierten eine behandlungsbedürftige Substanzstörung besteht. Dies lässt sich nicht mit der Kriminalisierung des Konsums illegaler Drogen erklären.

Bereits in den 1970er-Jahren wurde Sucht als Krankheit anerkannt und »Therapie statt Strafe« als Grundpfeiler der österreichischen Drogenpolitik etabliert. Mit der SGG-Novelle 1971 wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, Suchtgiftkonsumenten, die sich einer notwendigen ärztlichen Behandlung oder Überwachung unterziehen, straflos zu lassen. Mit der Novelle 1985 wurden die Alternativen zur Bestrafung um den Aufschub des Strafvollzuges zwecks Entwöhnungsbehandlung mit nachträglicher Strafmilderung erweitert. Mit 1.1.1998 wurde darüber hinaus ein breiteres Spektrum an gesundheitsbezogenen Maßnahmen vorgesehen und der Anwendungsbereich des Strafaufschubs auf bestimmte Bereiche der Beschaffungskriminalität ausgedehnt.

Durch die Rechtsinstrumente der Anzeigenzurücklegung nach § 35, der vorläufigen Verfahrenseinstellung nach § 37 und des Strafaufschubs nach § 39 SMG sowie der Möglichkeit der bedingten Strafnachsicht nach abgeschlossener Therapie (§ 40 SMG) gelang die schrittweise Entkriminalisierung süchtigen Verhaltens und die Etablierung verpflichtender Behandlung. Der Drogenkonsument wurde zum »privilegierten Rechtsbrecher«, der gute Chancen hat, der Strafverfolgung zu entkommen, wenn die Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, eine Freiheitsstrafe von drei Jahren nicht übersteigt und er sich bereit erklärt, sich einer Behandlung zu unterziehen.

Sind die Bedingungen für »Therapie statt Strafe« nicht erfüllt, wird eine Strafhafthang verhängt. Wenden wir uns daher nun den Behandlungsbedingungen im Strafvollzug zu. Hier soll zum einen die suchtmedizinische Routineversorgung, die in allen österreichischen Justizanstalten (JA) angeboten wird, zum anderen das spezialisierte Behandlungsangebot der

JA Favoriten vorgestellt werden.

Im Sinne des Äquivalenzprinzipes besteht während des gesamten Strafvollzuges ein Anspruch auf adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung: Eine psychiatrische und qualifizierte suchtmedizinische Behandlung ist in allen 27 Justizanstalten sichergestellt. Ca 10 % aller Inhaftierten sind substituiert (872 von knapp 9000), in den meisten Justizanstalten kommen alle in Österreich erlaubten Substitutionsmittel zum Einsatz, allerdings stellt Methadon mit 38 % noch immer das am häufigsten verwendete Substitutionsmittel dar, gefolgt von 25 % Buprenorphin, 20 % retardierten Morphinen und 11 % L-Polamidon. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in der JA Josefstadt, Österreichs größtem Untersuchungsgefängnis, aufgrund des hohen Missbrauchspotenzials von retardierten Morphinen die Insassen häufig auf Methadon umgestellt werden und nur im Falle objektivierbarer Unverträglichkeit eine Rückumstellung erfolgt. Da ein beträchtlicher Teil der in Untersuchungshaft befindlichen Substituierten angibt, nur einen Teil der verordneten Substitutionsmittel selber eingenommen und diesen Teil zumeist intravenös konsumiert zu haben, ist diese Umstellungspraxis suchtmedizinisch sinnvoll.

Grundlage suchtmedizinischer Behandlung in Justizanstalten ist selbstverständlich die Akzeptanzorientierung. Patienten werden nicht gegen ihren Willen entzogen, die Fortführung der Substitution, die Reduktion des Benzodiazepinkonsums und des Risikoverhaltens (z.B. iv-Konsum) sowie psychosoziale und psychopathologische Stabilisierung sind genauso legitime Therapieziele wie eine allfällige Reduktion des Drogenkonsums. Auch wenn Haftbedingungen für viele Insassen belastend sind, stellen sie doch auch eine Chance dar: Hochriskante Drogenkonsummuster werden durch das hohe Ausmaß an Kontrolle

sehr häufig effektiv unterbrochen, notwendige medizinische Behandlungen werden durchgeführt, zumindest mittelfristig werden auch tagesstrukturierende Maßnahmen (Arbeit, Ausbildung, Freizeitaktivitäten) angeboten, die für manche Drogenabhängige während der Haft ein höheres psychosoziales Funktionsniveau ermöglichen als die Zeit in Freiheit. Das wissen auch viele der Betroffenen. »Wie die Türe im Einser hinter mir zugegangen ist, habe ich gewusst, ich hab's noch einmal überlebt, jetzt hab ich wieder Zeit, auf die Füße zu kommen«, lautete der Kommentar eines Inhaftierten beim psychiatrischen Erstkontakt. So günstige motivationale Bedingungen sind natürlich nicht immer gegeben. Fallweise überwiegt auch die Überforderung, die verzweifelte Verweigerung, sich mit der Haftsituation konstruktiv auseinanderzusetzen. Dies kann dann auch zu einem verstärkten Substanzkonsum führen, die Betroffenen wollen »zu sein«, um die Haft nicht bewusst erleben zu müssen. »Können Sie mich nicht einfrieren und erst vor der Entlassung wieder auftauen?«, war die eindrücklichste Formulierung in diesem Zusammenhang. In diesen Fällen stellt die suchtmedizinische Behandlung oft ein zähes Ringen dar: Wie viel Nüchternheit ist dem Patienten zumutbar? Wie sehr muss dem Drängen des Patienten nach Erleichterung des Suchtdrucks nachgegeben werden? Wie sehr werden dabei aber wiederum die Suchtmechanismen bedient?

Das substanzinduzierte »Einfrieren«, egal ob mit ärztlich verordneten oder illegalen Substanzen, verhindert ja auch immer die konstruktive Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Lebens. Wenn wir sicherstellen können, dass das Leben in Haft bewältigbare Anforderungen stellt und auch die Möglichkeit des Gelingens, der Bedürfnisbefriedigung (sinnvolles Tun, Anerkennung etc.) bereithält, ist ein restriktiver Einsatz von psychoaktiven Substanzen durchaus sinnvoll. Dazu gehört auch, für die Substitution Substanzen mit langer Halbwertszeit und geringem Missbrauchspotenzial einzusetzen und die Begleitmedikation mit Benzodiazepinen und Pregabalin gering zu halten.

Die Qualität einer suchtmedizinischen Behandlung realisiert sich nicht in der Erfüllung aller Substanzbestellungen. Der ideal substituierte Patient sollte in seiner psychosozialen

Funktionsfähigkeit nicht beeinträchtigt sein. Auch wenn dieser Anspruch bei hochgradig invalidisierenden Krankheitsverläufen nicht immer zu erfüllen ist, sollte doch zumindest verhindert werden, dass durch allzu permissive Verschreibung psychoaktiver Substanzen die Invalidisierung vorangetrieben wird. Allerdings ist damit zu rechnen, dass nicht alle Patienten mit diesem Behandlungsziel identifiziert sind. Oft wünschen sie die massive Substanzwirkung und wollen diese z. B. durch iv-Konsum erreichen. Oft drängen sie auf Dosiserhöhung zum Zwecke der Weitergabe (Handel). In manchen Fällen wird der Missbrauch von Substanzen verheimlicht, um ungewollte Konsequenzen abzuwenden, in anderen Fällen wird die Symptomatik aggraviert, um die Verschreibung höherer Dosen zu bewirken. All dies ist aus allen nicht abstinenzorientierten Behandlungseinrichtungen bekannt – es gibt jedoch einen gravierenden Unterschied: Das Alleinstellungsmerkmal von Behandlung im Strafvollzug ist, dass sie nicht abgebrochen werden kann. Wer sich nicht gut behandelt fühlt, kann um Vollzugsortsänderung ansuchen oder Beschwerden schreiben, an die vorgesetzte Dienstbehörde, an die Volksanwaltschaft, die Ärztekammer, den Justizminister oder den Bundespräsidenten – alles Maßnahmen, die nicht zu raschen Beendigungen der Behandlung führen.

Dieser Zwangskontext stellt die im Strafvollzug arbeitenden Ärzte vor besonders hohe ethische Anforderungen. Es ist immer wieder nötig, im Spannungsfeld von Dissozialität, Substanzbegehren und berechtigten Behandlungsansprüchen die individuell passende Strategie zu finden. Weder die Haltung des universellen Verdachts (»Ich werde ständig belogen, ich glaube gar nichts mehr«), die zu innerer Abwendung, Verhärtung und Zynismus führt, noch die konsequente Ausblendung der Manipulationstendenzen der Patienten (»Ich bin Arzt, nicht Detektiv. Es gilt die Unschuldsumutung«), dieser nachhaltige Entschluss zur Naivität, führen zu verantwortungsvollen suchtmedizinischen Entscheidungen.

In manchen Aspekten sind die strukturellen Voraussetzungen für die Behandlung von Menschen mit Substanzstörungen im Gefängnis jedoch durchaus günstig: Das IVV (eine Art elektronischer Krankenakt) stellt eine lückenlose Dokumentation der Vorbehandlung

sicher. Jede Medikamentenverordnung, jeder Patientenkontakt wird erfasst und steht jedem Nachbehandler zur Verfügung, wobei aufgrund ausgefeilter Zugangsbeschränkungen nur Ärzte die medizinischen Daten einsehen können. Die Medikamenteneinnahme erfolgt unter Sichtkontrolle, Harntests können jederzeit unter kontrollierten Bedingungen angeordnet werden. Ärztlich angeordnete Suchtmitteltests unterliegen der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht, allfällige Konsequenzen derartiger therapeutischer Verlaufskontrollen sind ausschließlich im therapeutischen Kontext zu beurteilen und zu behandeln und führen nicht zu Ordnungsstrafverfahren. Zur Erleichterung der Kommunikation mit nicht Deutschsprechenden stehen Telefon- und Videodolmetsch zur Verfügung. Im Zusammenwirken mit tagesstrukturierenden Maßnahmen, sinnvollen Beschäftigungsangeboten und Lockerungen in Abhängigkeit vom Behandlungsverlauf kann damit auch unter den Bedingungen des Regelvollzuges in vielen Fällen das Erfahren von nüchterner Lebenszeit und Selbstwirksamkeit gefördert werden.

Schwierig ist unter Haftbedingungen allerdings eine sinnvolle Diversifikation der Behandlungsangebote und der Behandlungsziele. Während für den jungen Drogenprobierer ohne Abhängigkeitsentwicklung in der Anamnese das In-Aussicht-Stellen eines attraktiven Arbeitsplatzes durchaus an den Nachweis der Abstinenz geknüpft werden kann, um eine entsprechende Motivation für den Verzicht auf Drogenkonsum zu schaffen, dürfen andererseits Substituierte nicht diskriminiert werden. Dies ist auch in den Leitlinien für den Umgang mit Suchtkranken definiert: »Die Tatsache, dass bei InsassInnen eine Suchterkrankung vorliegt, rechtfertigt keinerlei Benachteiligung gegenüber anderen Häftlingen im Hinblick auf die Unterbringung, Planung und Gestaltung des Vollzuges«, das heißt konkret: kein Ausschluss vom Wohngruppenvollzug, keine Benachteiligung bei Arbeitsplatzvergabe, Ausbildungs- und Trainingsangeboten und keinerlei Benachteiligung bei der Gewährung jeglicher Form von Vollzugslockerungen. Die Nichtdiskriminierung von Suchtkranken zu gewährleisten und dennoch motivationale Anreize für den Verzicht auf Substanzwirkung zu schaffen, gehört zu den schwierigsten Anforderungen im Umgang mit Menschen

→ Seite 25

Spurensuche

Ich wurde am 15. Juni 2015 wegen schwerer Körperverletzung in Wien eingesperrt, weil ich unter starkem Drogeneinfluss und Wahnvorstellungen mit dem Messer auf einen Freund losgegangen war. Ich habe erfahren, dass ich ins Forensische Zentrum nach Asten kommen würde.

Am 1. Dezember wurde ich vom Landesgericht Wien nach Asten überstellt. Ich kam in den Altbau auf WG, B. Im Gegensatz zum Gefängnis sind in Asten die Zellen offen und man kann sich relativ frei im Haus bewegen. Es gibt einen Sportplatz mit Fußball und Basketball, einen Fitnessraum mit Tischtennistisch und eine Werkstatt. Einmal in der Woche habe ich in der Werkstatt meine Ergotherapie gemacht und bin oft Basketball spielen gegangen. Den Rest der Zeit habe ich mit anderen Patienten Karten gespielt, habe viel gelesen und abends Fernsehen geschaut.

Nach zehn Monaten wechselte ich dann in den Neubau. Da sind die Patienten untergebracht, bei denen es schon in Richtung Entlassung geht. Man hat Ausgänge, geht selber einkaufen und kocht täglich für die Gruppe.

Dann bekam ich die Nachricht, dass ich für sechs Monate zum Grünen Kreis auf stationäre Therapie gehen muss. Anfangs war ich nicht davon begeistert, weil die Tagesstruktur aus viel Arbeits- und Gruppentherapie besteht. In Asten hatte ich eineinhalb Jahre kaum eine Struktur.

Am 8. August 2017 war es dann soweit und ich wurde von Asten abgeholt, um zum Grünen Kreis nach Johnsdorf zu fahren. Ich erfuhr, dass ich in die Gruppe 1 komme.

Anfangs war ich etwas introvertiert. Bei mir dauert es eine Zeit, bis ich aus mir rauskomme, die Leute kennenlerne und einschätzen kann. Nach ein paar Wochen habe ich dann begonnen, mich zu öffnen und in den Gruppen einzubringen. Das hat gut funktioniert und nach sechs Wochen bekam ich einstimmig die Aufnahme in die Therapeutische Gemeinschaft.

Beim Arbeiten habe ich mir im Gegensatz zu meinen Erwartungen recht leichtgetan. Der Sport, speziell das Basketballspielen, hat mir viel Spaß gemacht und ich habe mich rasch gesteigert. Ich habe mir sehr schwergetan, mich an die Rauchzeiten zu halten. Ich bin oft während der Arbeitstherapie heimlich rauchen gegangen und wurde auch einige Male dabei erwischt, und so musste ich beim Frühstück, vor allen Klienten, eine Reflexion halten, wieso ich mich nicht an die Rauchzeiten halte und was das Rauchen mit meiner Sucht zu tun hat.

Die Reflexion hat mir weitergeholfen, mich mit meiner Sucht zu beschäftigen.

Ich habe mir bei den Ausgängen leichtgetan, nicht zu konsumieren. Wenn ich rückfällig werde, komme ich sofort wieder zurück nach Asten, das habe ich mir stets vor Augen gehalten und stark verinnerlicht.

Jetzt bin ich einen Monat vor Therapieende. Die Zeit ist sehr schnell vergangen. Ich habe im täglichen Arbeitsalltag dazugelernt, bin sportlicher und stabiler geworden. Rückblickend war es eine coole Zeit und ich bin froh, die Therapie gemacht zu haben.

Stefan S.

Am 20. Februar 2017 kam ich von der Justizanstalt Wien-Mittersteig als Maßnahmen-Klient laut § 21 Abs. 2 zum Grünen Kreis mit einer Dauer-UdU (= Unterbrechung der Unterbringung). Meine Strafe erhielt ich gerechtfertigt aufgrund zahlreicher Gewaltdelikte. Ich habe auch eine Mehrfachdiagnose. Die lautet: drogeninduzierte Psychosen, Polytoxikomanie und eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung.

In den ersten Tagen belasteten mich der Übergang in eine neue Umgebung und die Anzahl der vielen Klienten, sodass ich psychisch überfordert war. Aber ich wurde von meiner Gruppe herzlich aufgenommen und ich hatte überhaupt nicht das Gefühl, von der Therapeutischen Gemeinschaft anders behandelt zu werden, obwohl ich von der Maßnahme komme. Anfangs waren die Tagesstruktur und der Sportanstrengend, da ich vorher vier Jahre nichts gemacht habe. Trotzdem lebte ich mich schnell ein und bekam die Aufnahme. Nach und nach wurde ich offener und zugänglicher. Ich merkte, dass die wichtigsten Faktoren für meine Therapie die Offenheit, die Ehrlichkeit zu mir selbst und konstruktive Kritik sind. Somit habe ich angefangen, an meiner Sucht, meinen Schwächen und Fehlern zu arbeiten. Nach dem Motivationstag kam dann ein Rückschlag in Bezug auf meine Ausgänge. Die Justizanstalt erlaubte mir zirka zwei Monate nur stundenweise Ausgänge. Danach kamen erst meine Tagesausgänge. Im September hatte ich dann meinen ersten Nachtausgang. Ab diesem Zeitpunkt merkte ich noch mehr, dass die Therapie beim Grünen Kreis die richtige Entscheidung war. Von Ausgang zu Aus- gang werde ich selbstsicherer und langsam, aber doch gefällt mir erstmals das nüchterne Leben. Früher hätte ich mir gar nicht vorstellen können, ohne irgendeine Substanz zu existieren. Natürlich habe ich noch immer Drogen- und Gewaltphantasien, aber ich rede offen über diese Themen, und es wird von Monat zu Monat besser. Nach zirka zehn Monaten suchte ich um den Aspiranten an. Diese Phase war eine schwierige und nachdenkliche Zeit. Ich ging mit meinen Gedanken oft in die Vergangenheit, um meine Gefühle zu spüren und zu beschreiben. Aber es lief gut und ich setze zurzeit meine Therapie als Aspirant fort. Ich werde weiterhin an mir arbeiten, um in Zukunft ein drogen- und straffreies Leben zu führen.

J.

Quo vadis Jugendstrafvollzug?



von Ursula Terler

Die Betreuung und Behandlung jugendlicher und junger Straftäter steht vor neuen und immer größeren Herausforderungen.

Die Resozialisierung als gesetzlicher Auftrag und oberstes Ziel des Strafvollzuges soll möglichst mit geringen Mitteln, schwindenden personellen Ressourcen und ohne medienwirksame Vorfälle gewährleistet werden. Die Anforderungen an die MitarbeiterInnen werden durch neue Belastungssituationen wie den zunehmenden Anteil an Insassen aus anderen Kulturen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund und damit verbundenen Konflikten im sozialen Umgang, sowohl unter den Insassen als auch mit dem Personal, zusätzlich erschwert.

Gerade bei der therapeutischen Arbeit mit jungen Delinquenten braucht die multifaktorielle Problemsituation der einzelnen Insassen auch einen individuellen multifaktoriellen Betreuungs- und Behandlungsansatz. Dafür fehlen oftmals sowohl die finanziellen als auch die personellen Mittel. Angebote, die dringend notwendig wären und eine Verbesserung und Erleichterung im Anstaltsalltag bringen würden, scheitern an bürokratischen oder

administrativen Hürden sowie an den politischen Zurufen einzelner, welche dadurch ihre privaten Interessen verfolgen, ohne das »große Ganze« im Blick zu haben. Der österreichische Strafvollzug an sich ist ein relativ starres Konstrukt, das sich bisher auch erfolgreich gegen internationale Innovationen und Modernisierungsansätze behaupten konnte. Diese starren, unflexiblen Strukturen erschweren die tägliche praktische Arbeit mit den Strafgefangenen enorm.

In Österreich gibt es eine einzige Justizanstalt, die ausschließlich für jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 27 Jahren zuständig ist. Diese befindet sich im südlichen Niederösterreich. Alle Insassen hier sind männlich, denn Jugendkriminalität ist zum größten Teil männlich. Der Resozialisierungsauftrag basiert im Jugendstrafvollzug auf vier Säulen:

1. Die Ausbildung der jugendlichen und jungen Straftäter in einem Lehrbetrieb
2. Die schulische Bildung in der Berufsschule der Justizanstalt
3. Die Vermittlung einer geregelten Tagesstruktur und die damit verbundene sozialpädagogische Edukation
4. Die psychosoziale Betreuung und Behandlung inklusive psychotherapeutischer Maßnahmen

Für jeden Insassen wird zu Haftbeginn ein eigener sogenannter »Vollzugsplan« erstellt, der auch elektronisch erfasst wird und alle Maßnahmen, die im Laufe der Haftanhaltung gesetzt werden, dokumentiert. Dieser wird im Zuge der Haftstrafe immer wieder überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Grundlage sind die anamnestischen Erhebungen der Betreuungsdienste (PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und PsychiaterInnen) sowie die strafrechtliche Vorgeschichte des jugendlichen oder jungen Erwachsenen.

Die meisten Insassen kommen bereits mit einer umfangreich dokumentierten Lebensgeschichte zahlreicher vergeblicher Versuche, der sich bereits im Kindesalter abzeichnenden problematischen Entwicklung durch präventive, jugendamtliche oder andere Interventionen entgegenzusteuern. Schließlich kommen das Fernbleiben vom Bildungssystem, die »falschen« Freunde, eine fehlende Tagesstruktur sowie letztlich missbräuchlicher Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln und die ersten delinquenten Handlungen hinzu.

Im Jugendvollzug und somit in einer unbedingten Haftstrafe endet man erst, wenn alle bisherigen Diversionsversuche gescheitert sind und/oder die Zahl der gesetzten Straftaten ein erhebliches Ausmaß an Intensität und Häufigkeit erreicht hat. Umso schwieriger ist es, dieser problematischen Sozialisation über wesentliche Jahre der prägenden Lebensphase hinweg innerhalb relativ kurzer Zeit entgegenzusteuern. Die jugendlichen und jungen Strafgefangenen erhalten in der Justizanstalt eine geregelte Tagesstruktur, werden in einen Arbeits- oder Lehrbetrieb integriert, besuchen die Pflicht- oder Berufsschule und nehmen an den unterschiedlichen angeleiteten Freizeitangeboten teil. Parallel dazu gibt es ein umfangreiches Angebot an psychosozialen Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen, wie regelmäßige Gespräche mit den PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, basale Förder- und Freizeitangebote durch die SozialpädagogInnen, Beschäftigungstherapie durch die Ergotherapeutin sowie psychotherapeutische Einzel- und Gruppenangebote.

Auf den Jugendlichen oder jungen Menschen wird in positiv korrigierender Form eingewirkt. Mit seinem sozialen Umfeld, in welches er in den meisten Fällen wieder zurückkehrt, arbeitet hingegen niemand. So warten nach einer Haftentlassung auf den Insassen dieselben destruktiven, negativen Einflüsse,

denen er auch vor der Haft ausgesetzt war. Falls es sich nicht um einen äußerst selbstbewussten, strukturierten und willensstarken jungen Mann handelt (welcher vermutlich gar nicht straffällig geworden wäre), wird das im Strafvollzug Erreichte oftmals innerhalb kürzester Zeit zunichte gemacht und eine Resozialisierung ad absurdum geführt. Auch dabei fehlen bisher die Mittel oder Konzepte, um nicht nur den Insassen selbst zu resozialisieren, sondern auch die Gesellschaft auf den »Resozialisierten«

→ Seite 21

mit Substanzstörungen im Gefängnis und kann nur gelingen, wenn Ziele und Bedingungen an das individuelle Funktionsniveau angepasst werden. Der flexible, an individuelle Möglichkeiten und Bedürfnisse angepasste Umgang ist allerdings ein Merkmal von (medizinischen) Behandlungssystemen: In einem Krankenhaus wundert sich niemand, wenn er nicht die gleiche Behandlung erhält wie der Mitpatient, in Gefängnissen hingegen kann Gleichbehandlung eingeklagt werden. Verbindliche Regeln für die Gewährung von Vollzugslockerungen, gleiche Konsequenzen bei Regelverstößen sollen willkürliche Machtausübung in der totalen Institution verhindern, machen aber auch individuelle Vorgehensweisen in Abhängigkeit von konkreten Behandlungszielen schwierig.

Der für die Behandlung von Substanzstörungen sinnvollen Individualisierung von Betreuungsangeboten sind damit im Regelvollzug gewisse Grenzen gesetzt. Ein im engeren Sinne »therapeutischer Vollzug«, in dem Entscheidungen über Tagesstruktur und Lockerungen deutlich individualisiert getroffen werden, wird hingegen in der JA Favoriten angestrebt. Die JA Favoriten wurde im Zuge der Strafrechtsreform 1975 als Sonderanstalt für »entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher« geschaffen. Wer im Rahmen der Strafhaft eine Entwöhnungstherapie nach § 68 in Anspruch nehmen will, kann um eine Verlegung in die JA Favoriten ansuchen. Unter der langjährigen Leitung von Wolfgang Werdenich wurde dort durch Kooperation mit dem Anton Proksch Institut, dem Schweizer Haus Hadersdorf und dem Institut für Klinische Psychologie an der Universität Wien (unter der damaligen Leitung von Univ. Prof. Kryspin-Exner) ein diversifiziertes Behandlungsangebot mit Psychotherapie, klinisch-psychologischer Behandlung, Entspannungstraining,

vorzubereiten und diesem die Möglichkeiten und Voraussetzungen zu bieten, den Neustart zu realisieren und umzusetzen.

In Zeiten, in denen die Gesellschaft übersättigt ist mit Problemen anderer Ethnien, anderer Kulturen und generell mit allem Fremden, die Medien ein düsteres Bild ständiger Bedrohung von außen zeichnen und laufend Gefahren in den eigenen Reihen wittern, die Politik aufrüstet gegen »alles Böse«, scheinen jene Menschen, die immer schon am

Biofeedback, tiergestützter Therapie, Sport- und Kreativgruppen entwickelt. Seit 1989 wird Suchttherapie auch für substituierte Gefangene angeboten.

Die Substitution wird fast ausschließlich mit Methadon oder L-Polamidon und Suboxone durchgeführt. Ca. 20 % der Insassen sind anfänglich anders substituiert – hier erfolgt die Umstellung auf der Zugangsabteilung. Benzodiazepine kommen nur kurzfristig zum Einsatz, auch hier erfolgt eine Benzodiazepin-Entzugsbehandlung am Zugang. In einer Evaluation der Behandlungsverläufe konnten wir nachweisen, dass sich Patienten, die umgestellt oder entzogen wurden, bezüglich Abbruchwahrscheinlichkeit nur minimal von der Gesamtpopulation unterscheiden.

Das Therapieziel der Justizanstalt Favoriten ist das Herausreifen aus dem süchtig-dissozialen Lebensstil durch Ermöglichen »nüchterner Lebenserfahrung« und durch Auseinandersetzung mit prosozialen Normen im Wohngruppenvollzug. Im therapeutischen Kontext geht es um die Stärkung der Ich-Funktionen, das Antizipieren von Konsequenzen des beabsichtigten Verhaltens, die Förderung von Affektdifferenzierung und Affektregulation sowie die Bearbeitung von emotionalen Spannungszuständen und Sinnkrisen. Die Aufarbeitung belastender biografischer Erfahrungen wird nicht als zentrales Agens der Behandlung gesehen. Vielmehr wird versucht, je nach der individuellen Gewichtung der aufrechterhaltenden Faktoren psychotherapeutische, psychologisch-übende und/oder psychosoziale Maßnahmen anzubieten. Die Möglichkeiten der »totalen Institution« sollen bestmöglich in den Dienst der Entwicklungsförderung gestellt werden, indem dem aktuellen Zustand des Behandelten entsprechende Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote zur Verfügung stehen. Eine

Rande der Gesellschaft gestanden sind, zunehmend Gefahr zu laufen, komplett aus dieser hinausgedrängt zu werden. Und allen, die noch versuchen gegen Windmühlen zu kämpfen, widerfährt mitunter dasselbe Schicksal.

DSA Ursula Terler, MSc

Master in Suchtberatung und -prävention, Gewaltpädagogin, Fachkraft für tiergestützte Therapie und Fördermaßnahmen, Interkulturelle Beraterin; seit 21 Jahren als Sozialarbeiterin im Jugendstrafvollzug in der Justizanstalt Gerasdorf tätig

Schmalführung von Psychotherapie ist hier weniger erfolgversprechend als die Bereitstellung eines therapeutischen Milieus, in dem das Wahrnehmen von Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit gefördert wird.

In Kombination mit der suchtmmedizinischen Standardversorgung in allen Justizanstalten stellt der Strafvollzug damit ein diversifiziertes Behandlungsangebot dar, das natürlich in einigen Punkten verbessert werden könnte. Neben den üblichen Ressourcenfragen wäre hier vor allem an eine verstärkte Nutzung des § 39 nach Übernahme in den Strafvollzug zu denken. Grundsätzlich kann nach § 3 Abs. 4 Strafvollzugsgesetz zu jedem Zeitpunkt auch nach Antritt der Haft der Vollzug aufgeschoben werden, wenn der Betroffene sich bereit erklärt, sich einer notwendigen und zweckmäßigen und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wenn davon in Abhängigkeit vom Zustand der Betroffenen während der Haft vermehrt Gebrauch gemacht würde, wäre dies ein motivationaler Verstärker, der sich vor allem auf die frühen Phasen der Haftstrafe positiv auswirken und damit zu positiven Behandlungsverläufen beitragen könnte.

Einschlägige Publikationen:

Wagner, E., Werdenich, W. (Hrsg.): Forensische Psychotherapie, Facultas, Wien 1998.

Wagner, E., Gegenhuber, B.: Die Maßnahme nach § 22 StGB, in: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 2010/2.

Dr. Elisabeth Wagner

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, langjährige forensisch-psychiatrische Tätigkeit (JA Göllersdorf, JA Mittersteig, JA Favoriten und JA Hirtenberg), Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie

Integration und Behandlung forensischer KlientInnen in der stationären Suchttherapie



von Verena Prietl

Forensische KlientInnen, die aufgrund einer vorliegenden schweren psychischen Erkrankung bzw. im Zustand der Unzurechnungsfähigkeit eine Straftat begangen haben, sind innerhalb der Gesellschaft häufig stigmatisiert, wodurch das Gefühl sozialer Degradierung entsteht und die Chance auf eine Reintegration zusätzlich erschwert werden kann.

Hört man die Bezeichnung »geistig abnormer Rechtsbrecher«, so bringt man diese vermutlich schnell in Verbindung mit Begriffen wie Bedrohung, Gefahr, Gewalt oder Angst, zumal Straftaten wie gefährliche Drohung, Körperverletzung oder Mord in unmittelbarem Zusammenhang mit diesen stehen.

Forensische KlientInnen, bei denen eine Suchterkrankung (mit komorbiden Störungsbildern) vorliegt und deren Delikt in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Substanzmissbrauch steht, haben im Verein *Grüner Kreis* im Rahmen einer Unterbrechung der

Unterbringung (UdU) oder aber auch in längerfristig angelegten Therapiesettings nach einer bedingten Entlassung aus einer Maßnahme die Möglichkeit, sich einer stationären Suchttherapie zu unterziehen. Ziel ist es, forensische KlientInnen so schrittweise an das Leben in Freiheit heranzuführen und bei der Erprobung einer eigenständigen Lebensführung sowie beim Erlernen von lebenspraktischen Aufgaben, die ein straffreies Leben ermöglichen sollen, zu unterstützen. Eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit den jeweiligen Justizanstalten und forensischen Zentren ist hierfür maßgeblich, da klare Zielvereinbarungen wie z. B. die Sicherstellung der medizinischen Compliance oder die Alkohol- und Drogenkarenz Voraussetzungen für den Verbleib der KlientInnen in unserer Einrichtung bilden.

Kooperationen bestehen seit geraumer Zeit – in intensiverer Zusammenarbeit jedoch seit 2015 – mit dem forensischen Zentrum Asten, den Justizanstalten Mittersteig und Göllersdorf sowie den forensischen Stationen des LKH Graz Süd-West.

Im Sinne eines integrativen Betreuungsansatzes werden forensische KlientInnen in die *Therapeutische Gemeinschaft*, in der nicht ausschließlich KlientInnen aus dem Kontext des Maßregelvollzugs vertreten sind, miteinbezogen. Trotz der teilweise Schwere der Delikte ist zu sehen, dass forensischen KlientInnen von Anfang an eine positive und konstruktive Grundhaltung entgegengebracht wird und sie innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft* vorurteilsfrei angenommen und integriert werden. Forensischen KlientInnen ist es dadurch ein Stück weit möglich, sich von dem Stigma der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit zu befreien, wodurch eine Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung und den komorbiden psychiatrischen Diagnosen und deren Akzeptanz erleichtert werden kann.

Die Teilnahme am gesamten Therapieprogramm, bestehend aus der medizinischen Betreuung, dem Arbeitstraining,

der klinisch-psychologischen Behandlung bzw. Psychotherapie und der Gestaltung einer aktiven Freizeit, bildet die Basis für den Erwerb von Fertigkeiten, um in der Folge eine Reintegration in die Gesellschaft zu erreichen. Forensische KlientInnen nehmen von Beginn an am allgemeinen Therapieprogramm teil und durchlaufen die definierten Therapiephasen wie andere KlientInnen auch. Je nach Belastbarkeit und psychischer Stabilität sind individuelle Anpassungen möglich. Im Therapiealltag zeigt sich, dass forensische KlientInnen, die über Jahre im Maßregelvollzug gelebt und danach die Möglichkeit für eine Vorbereitung auf das Leben erhalten haben, häufig Symptomaten einer Anpassungsstörung zeigen. Die Angst davor, »unangenehm« aufzufallen und als Konsequenz zurück in den Maßregelvollzug zu gelangen, verleitet viele KlientInnen anfänglich dazu, nur in geringem Ausmaße über ihre tatsächlichen Gedanken und Gefühle zu sprechen. Gleichzeitig ist auch davon auszugehen, dass zunächst nicht oder nur kaum »intrinsische Veränderungsmotivation« (Müller-Isberner & Eucker, 2009, S. 45) vorhanden ist. Daher gilt es in der Behandlung vor allem die intrinsische Therapiemotivation zu fördern, KlientInnen dazu anzuleiten, sich die extrinsische Motivation nutzbar zu machen und Behandlungskomponenten auf die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen zuzuschneiden.

Die Auseinandersetzung mit dem Delikt stellt für forensische KlientInnen einen ebenso wichtigen Aspekt in der Behandlung dar. Das Verdeutlichen der Zusammenhänge zwischen dem delinquenten Verhalten und der Erkrankungs- und Persönlichkeitsproblematik sowie das Erkennen und richtige Deuten von Warnzeichen stellen für KlientInnen aus dem Maßnahmenvollzug eine große Herausforderung dar, dienen aber dazu, zum Delikt eine kritische Sichtweise zu erlangen und die Tat im Gesamtzusammenhang der Probleme als ungeeignete Problemlösung zu erkennen. Bei schizophrenen KlientInnen,



Verena Prietl leitet eine Wohngruppe in der Sozialhilfeeinrichtung »Schloss Johnsdorf«, wo auch forensische KlientInnen betreut werden.

deren Tat wahnhaft motiviert war, spielen jedoch Zeitpunkt und Intensität der Deliktbearbeitung unter Rücksichtnahme der individuellen Belastbarkeit eine Rolle.

Gerade bei schizophrenen KlientInnen stellt das Erlangen der Krankheitseinsicht und der medikamentösen Compliance einen wichtigen Faktor für eine günstige Prognose dar (Stompe & Schanda, 2010). Um dies zu fördern, nehmen forensische KlientInnen in unserer Einrichtung neben dem psychotherapeutischen und medizinisch-psychiatrischen Behandlungsangebot zusätzlich am Mehrfachdiagnoseprogramm teil, in dem neben dem Austausch mit anderen komorbiden KlientInnen innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft* auch die Psychoedukation über die Erkrankung selbst und die Bedeutung und Wichtigkeit der Einnahme der Antipsychotikamedikation vermittelt werden sollen.

Die Auseinandersetzung mit den Zusammenhängen der eigenen Biografie und den Faktoren, die Sucht entstehen lassen und aufrechterhalten, ist ebenso ein zentrales Element der Behandlung, welche in Form von suchtherapeutischen Behandlungen in Einzel- und gruppentherapeutischen Settings zu stärken versucht wird.

Über die Einzel- und Gruppentherapien hinaus stellt ein »miteinander Leben« in Form der *Therapeutischen*

Gemeinschaft eine wichtige Basis für die Weiterentwicklung auf unterschiedlichen Ebenen (Entwicklung von Werten, Kommunikation, Aufbau von Beziehungen) für die KlientInnen dar. Risikofaktoren wie eine verringerte Frustrationsbereitschaft, Selbstunsicherheit, emotionale Instabilität, fehlende Impulskontrolle, ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau werden innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft* sichtbar. Die *Therapeutische Gemeinschaft* kann dabei als Korrektiv für destruktives Verhalten wirken und das Erlernen der Fähigkeiten zur sozialen Problemlösung und den Ersatz von Gewalt durch prosoziale Alternativen sowie eine verbesserte Kontrolle antisozialer Gefühle und Reaktionen ermöglichen. Im Therapiealltag helfen klare Regeln, Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten den KlientInnen, ihr Leben zu strukturieren und sich mit ihren kriminalitätsfördernden Kognitionen zu konfrontieren. Innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft* können KlientInnen zwischenmenschliche Fertigkeiten und soziale Kompetenzen wiedererlangen bzw. erwerben. Sie lernen schrittweise, eigenverantwortlich zu handeln, vorhandene Beziehungen zu stabilisieren und neue Bindungen aufzubauen.

Erfahrungen zeigen, dass die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, die Stärkung der Arbeitsfähigkeit und der

Erwerb einer aktiven Freizeitgestaltung zudem Selbstwert und Selbstwirksamkeit der KlientInnen fördern. Auch wenn die Tagesstruktur und das (beziehungsintensive) Leben innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft* von forensischen Klientinnen und Klienten als durchaus herausfordernd und als (soziale) Belastungsprobe erlebt werden, dienen sie für jede und jeden zugleich als Realitätsprüfung und können als vielschichtige Vorbereitung für ein stabiles Leben angesehen werden.

Literatur

Stompe, T., Schanda, H. (2010): Der österreichische Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 1 StGB. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11 (2), 30-36.

Müller-Isberner, R., Eucker, S. (2009): Schizophrenie, schizoaffektive und wahnhaftige Störungen. In: **K. Förster & H. Dreißig (Hrsg.)**: *Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (S. 167-188). 5. Auflage. München: Elsevier.

Mag.a Verena Prietl

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin
BÖP-zertifizierte Arbeitspsychologin
Psychotherapeutisches Propädeutikum (ÖAGG)
Leitung einer therapeutischen Wohngruppe beim
Verein Grüner Kreis, Einrichtung Johnsdorf

Die schlimmsten Gitter sitzen innen.*



von Kurt Neuhold

Je enger, je rigider eine Institution strukturiert ist, desto schwieriger ist es, Kunstprojekte zu realisieren, die ohne Freiraum innerhalb einer Institution und ohne die Bereitschaft der TeilnehmerInnen zu Offenheit und Neugierde nicht funktionieren können. Besonders deutlich wird dies im Gefängnis.

Ein skeptischer Blick in den Spiegel, das Glas zerbricht, das Bild zersplittert, gibt die Sicht frei auf ein schmales, vergittertes Fenster; die Gitterstäbe lösen sich aus ihren Verankerungen, fliegen, tanzen in den Himmel, verwandeln sich in schwarze Vögel, die sich im Flug zu einem Kreuz formieren, das langsam niederschwebt auf ein Grab...

Diese Szene aus einem Animationsfilm, die ein Klient bei einem Workshop in der VILLA im Rahmen von Kunst im Grünen Kreis zeichnete, hat sich mir eingeprägt. Nicht nur, weil sie gut gezeichnet und animiert ist, sondern weil darin vertraute Ängste, aber auch Hoffnungen künstlerisch besonders eindrucksvoll dargestellt werden. Bei Kunstworkshops werden existenzielle Fragen aufgeworfen, die dann (hoffentlich) in der Therapie besprochen und bearbeitet werden. Manchmal erleichtern die Freiräume der Kunstprojekte den Zugang zu angstbesetzten Problemen. Immer wieder erzählen oder berichten die Workshop-TeilnehmerInnen von ihren Erfahrungen in der Untersuchungshaft oder im Gefängnis. Und leider kommt es vor, dass KlientInnen, trotz erfolgreicher therapeutischer Arbeit, doch noch eine Haftstrafe absitzen müssen. Dass ein Gefängnisaufenthalt den Therapieerfolg konterkariert, ist eine Tatsache, die auch in diesem Magazin nachzulesen ist.

Wer jemals ein Gefängnis besucht hat, konnte hautnah erleben, dass diese Institution dazu geschaffen wurde, den InsassInnen die Eigenverantwortung abzunehmen und das Selbstbestimmungsrecht zu beschneiden. Einsperren und Strafen allein sind kaum dazu geeignet, die Menschen zu befähigen, Eigenverantwortung zu übernehmen und soziales Handeln zu erlernen. Für den Umgang mit einer Suchterkrankung und deren Bewältigung ist jedoch eigenverantwortliches Handeln eine

notwendige Voraussetzung, denn eine reine Strafe wird kaum zu einer Krankheitseinsicht führen. Deshalb ist das »Therapie statt Strafe«-Modell eine wichtige Alternative.

Für LeiterInnen von Kunstworkshops sind KlientInnen dieses Programms manchmal eine besondere Herausforderung. Vorurteile, Machtkämpfe und Besserwisseri sowie ausgeprägte Geschlechterstereotypen sind Verhaltensformen, die immer wieder zu Konflikten führen und konstruktives Arbeiten in der Gruppe stören. Gesellschaftliche Marginalisierung und eine patriarchal geprägte Sozialisation führen zu einem Verständnis von Ehre und »Brüderlichkeit«, die selbstkritisches Nachdenken erschwert. Doch manchmal gelingt es, den richtigen Punkt zu erwischen, die passende Frage zu stellen; dann transformieren sich der zerstörerische Drogenkonsum und die tragischen Lebensgeschichten zu skurrilen Erzählungen von unverwundbaren Helden und Jedi-Rittern, die einsam, tapfer und siegreich Kämpfe um Leben und Tod auszutragen haben.

Je enger, je rigider eine Institution strukturiert ist, desto schwieriger ist es, Kunstprojekte zu realisieren, die ohne Freiraum innerhalb einer Institution und ohne die Bereitschaft der TeilnehmerInnen zu Offenheit und Neugierde nicht funktionieren können. Besonders deutlich wird dies im Gefängnis. Eine Institution, die der/dem Einzelnen alles abnimmt und alles vorschreibt – welche Funktion kann dort die Kunst haben, welche Rolle wird den KünstlerInnen zugeschrieben?

In keinem Konzept für modernen Strafvollzug fehlt ein Projekt zur Kunst: »Kunst im Strafvollzug«, »Theater im Gefängnis«, »Bilder, die Gefängnismauern überwinden« – das sind die Schlagworte, mit denen Resozialisierung durch Kunst beworben wird. »Ein wichtiger Punkt ist

dabei die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, um sich besser zu verstehen, Fehlverhalten zu erkennen und Wege zu finden, sich zu verändern sowie Verantwortung für sich selbst und für andere zu übernehmen. ... Denn auch Menschen im Strafvollzug sollen die Möglichkeit haben, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, sich in Gesprächen zu öffnen und mitzuteilen. Auf dem Weg zurück in die Gesellschaft könne Kunst eine wichtige Hilfe sein.« (mein Bezirk, at 09/2016 – Steinbrunn, Bericht über die Vernissage: Kunst aus dem Gefängnis)

Kann Kunst für die Betroffenen wirklich eine Hilfe sein oder ist dies vielmehr die Hoffnung engagierter MitarbeiterInnen und von Teilen der Gesellschaft? Eine Frage, die sich nicht nur dann stellt, wenn Kunst in Einrichtungen entstehen soll, deren vorrangiges Vollzugsmittel die Einschränkung persönlicher Freiheiten ist, sondern die für jedes ambitionierte Kunstprojekt gilt, das in Institutionen mit sozialpädagogischen, integrativen oder rehabilitierenden Zielen realisiert wird. InsassInnen, Betroffene sind oft skeptisch, sie hinterfragen, wem solche manchmal öffentlichkeitswirksam inszenierten Kunstaktionen wirklich nützen. Sie fühlen sich benutzt, was nachvollziehbar ist, denn ihre Mitsprachemöglichkeiten sind gering.

Bei den Workshops von Kunst im Grünen Kreis hoffe ich, dass dieses Gefühl

des Benutzt- und Ausgenütztwerdens nicht aufkommt. Denn die Teilnahme an den Workshops ist freiwillig. Die Auswahl ist zwar begrenzt, denn das Angebot der Kunstprojekte muss sich an den vorhandenen Ressourcen und Möglichkeiten orientieren. Auch wenn der Aufenthalt in einer stationären Sozialhilfeeinrichtung nicht immer ganz freiwillig erfolgt, so unterscheidet sich diese Situation erheblich von einer Zwangsunterbringung. Alle Türen stehen offen – die Entscheidung zu bleiben, erfolgt bewusst und ist selbst gewählt. Die Bereitschaft, sich auf das Regelsystem der Einrichtung einzulassen und sich in die *Therapeutische Gemeinschaft* zu integrieren, ist eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung bzw. Bewältigung einer Suchterkrankung im Rahmen des *Grünen Kreises*.

Dieser Weg ist schwierig und langwierig – Verletzungen, Hemmnisse, Ängste tauchen auf, Grenzen und Begrenzungen werden spürbar, Zustände und Situationen werden oft als gefängnisähnlich erlebt. Bilder, die in solchen Phasen entstehen, symbolisieren das Eingesperrtsein und die Ausweglosigkeit in Form von Gitterstäben, Ketten, Ziegelmauern und Gefängniszellen mit ausgemergelten Figuren, die sich schuttsuchend zusammenkauern oder angst- oder hasserfüllt schreien. Weggesperrtes, Verdrängtes wird bei

Kunstworkshops sichtbar – und hoffentlich in der Therapie auch bearbeitet und bewältigt.

Menschen, die nie die Chance bekommen haben oder nie gelernt haben, diese weggesperrten Gefühle wahrzunehmen, müssen ständig gegen diese dumpfe Bedrohung aus dem Inneren ankämpfen. Noch mehr Regeln, noch strengere Strafen werden gefordert, bieten jedoch gegen diesen inneren Feind keinen Schutz. Kunst kann ebenfalls Angst machen, denn Fantasien und Wünsche werden artikuliert und bewusst. Damit kratzt sie an Mauern und hinterfragt Grenzen. Künstlerisches Handeln auch bei angeleiteten Workshops ist immer eine Schulung von Empfindung und Sinnlichkeit und zugleich ein Akt der Befreiung. Und manches Mal, so hoffe ich, hilft diese bei den Kunstworkshops gemachte Erfahrung, das Gefängnis einer Suchterkrankung zu überwinden.

'Karin Panier: »DIE SCHLIMMSTEN GITTER SITZEN INNEN«

20 Tonbandprotokolle aus Justizvollzugsanstalten für Frauen, Schwarzkopf & Schwarzkopf, 2004

Kurt Neuhold

Leiter Kunst im Grünen Kreis

Kunst Projekte Kooperationen

kurtneuhold@aon.at

www.gruenerkreis.at/kunst-im-gruenen-kreis-0

☎ +43 664 390 16 06



Arbeiten aus dem sozialtherapeutischen Trainingszentrum im Otto-Wagner Spital von Birgit Fischer-Colbrie.

Schwierigkeiten führen, für die InsassInnen selbst oder auch für die involvierten Mithäftlinge. Da die Mitgefangenen durch den eingeschränkten Außenkontakt einen wesentlichen Bestandteil des sozialen Umfelds darstellen, ist den meisten Inhaftierten ein Zurechtkommen mit den Mitgefangenen sehr wichtig, die Anpassung an die Subkultur und deren Regelungen für viele ein Weg, in Haft zurechtkommen. In einer stationären Therapie geht es jedoch nicht um das Aufrechterhalten einer Subkultur, sondern um das Schaffen eines gesundheitsförderlichen Milieus, und dies erfordert einen anderen Umgang aller Beteiligten. Dass beispielsweise die offene Thematisierung von Rückfällen in der therapeutischen Arbeit notwendig ist, bedarf eines hohen Maßes an Vertrauen und Einsicht der Betroffenen. Dass es hilfreich sein kann, jemand in einer therapeutischen Gruppe auf Rückfälle anzusprechen, und dass dies kein »Wamsen«, wie der Verrat im Gefängnisjargon heißt, darstellt, muss erst erlernt werden.

Proben an sieben aufeinanderfolgenden Tagen entnommen werden sollten. In den Abwässern wurde der Gehalt an Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und MDMA bestimmt. Damit konnte das Konsumverhalten von mehr als 36,7 Millionen Menschen abgebildet werden. Die Vergleichsstudie zeigte sehr schön regionale Unterschiede und Vorlieben auf. So wurden die höchsten Mengen an Methamphetaminen in Tschechien, der Slowakei und den daran angrenzenden Ländern beobachtet. Kokain ist das bevorzugte Stimulans in west- und südeuropäischen Städten, Amphetamin dagegen in Nord- und Osteuropa.

Abwasseranalyse in Österreich

Wir haben vor einigen Jahren damit begonnen, das abwasserbasierte Drogenmonitoring in Österreich zu etablieren. Seit 2016 nehmen wir mit Innsbruck erfolgreich an der SCORE-Studie teil. Wir haben damit objektive, zeitaufgelöste Daten vorliegen, die einen direkten Vergleich des Innsbrucker Drogenmarktes mit dem anderer Städte ermöglichen. Damit konnten wir zeigen, dass der Innsbrucker Drogenmarkt im internationalen Größenvergleich lediglich einen Platz im hinteren Mittelfeld einnimmt. Ähnlich wie in vielen anderen westeuropäischen Städten ist Kokain auch in Innsbruck das

Die Betreuungsperson ist nicht mehr der Vertreter eines autoritären Systems, sondern im besten Fall Begleiter auf einem individuellen Weg zur Genesung. Diese Haltung sollte in der therapeutischen Arbeit mit hafterfahrenen Abhängigen besonders thematisiert und gefördert werden, um ein gedeihliches Behandlungsmilieu herzustellen.

Abschließend ist noch anzumerken, dass es wichtig erscheint, niemanden von vornherein von einem Behandlungsversuch auszuschließen. Mit einer multiprofessionellen Herangehensweise und einer Berücksichtigung der oben genannten Spezifika sind auch Menschen zu erreichen, die mit höherschweligen psychotherapeutischen Maßnahmen alleine nicht erreichbar sind. Ziel sollte die individuelle bedürfnisorientierte Behandlung sein, um ein Drehtürgefängnis für straffällig gewordene Abhängige weitgehend zu vermeiden.

Literatur

Gegenhuber, Barbara; Werdenich, Wolfgang;

dominierende Stimulans. Methamphetamin hingegen scheint fast gar nicht am Markt vorhanden zu sein. Dem generellen europäischen Trend folgend konnte auch in Innsbruck von 2016 auf 2017 ein Anstieg des Kokainkonsums beobachtet werden. Der geschätzte Jahresverbrauch an Kokain liegt bei 80-90 kg und ist damit deutlich größer als die im Jahre 2016 durch die Polizei in ganz Tirol sichergestellte Menge an Kokain (13,2 kg).

Zusammenfassung

Die quantitative Bestimmung von Drogen und deren Stoffwechselprodukten in Abwässern ermöglicht ein vergleichsweise kostengünstiges Monitoring von Drogenmärkten. Eine große Stärke der Abwasseranalyse ist in der Möglichkeit der zeitnahen Erfassung von Trends zu sehen. Es gibt wohl keinen epidemiologischen Ansatz, der bei vergleichbarem Aufwand Daten mit ähnlich hoher geografischer und zeitlicher Auflösung liefern kann wie die Abwasseranalyse. Was sich aus den Abwasserdaten allerdings nicht ableiten lässt, sind detaillierte Informationen über die Struktur des Marktes (z.B. soziodemografische Daten der Kunden, Art und Häufigkeit des Drogenkonsums, Reinheit der Drogen). Daher sollte die Abwasseranalyse trotz ihrer Stärken »nur« als Ergänzung

Kryspin-Exner, Ilse (2009): Freiwilligkeit oder Zwang. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 3 (1), S. 67-75.

Kawamura-Reindl, Gabriele (2004): Entlassung nach langem Freiheitsentzug: Voraussetzungen und Erfordernisse für eine Rückkehr in die Gesellschaft. In: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 53 (5), S. 282-288.

Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2012): Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change: Guilford Publications.

Stevens, Alex; Berto, Daniele; Frick, Ulrich; Kersch, Viktoria; McSweeney, Tim; Schaaf, Susanne et al. (2007): The Victimization of Dependent Drug Users. Findings from a European Study. In: European Journal of Criminology, 4 (4), S. 85-408.

Dr.ⁱⁿ Mag.^a Barbara Gegenhuber, MA

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Geschäftsführerin und stellvertretende therapeutische Leiterin »Schweizer Haus Hadersdorf« (SSH) Lehrbeauftragte an der Sigmund Freud Universität Wien, Nationale und internationale Vortrags- und Publikationstätigkeit, Mitglied des Qualitätszirkels der Sucht- und Drogenkoordination Wien

und nicht als Ersatz für etablierte epidemiologische Methoden verstanden werden.

Literatur

Castiglioni, S., Thomas, K. V., Kasprzyk-Hordern, B., Vandam L. & Griffiths, P. (2014). Testing wastewater to detect illicit drugs: State of the art, potential and research needs. Science of the Total Environment 487: 613-620.

Gracia-Lor, E., Zuccato E. & Castiglioni, S. (2016). Refining correction factors for back-calculation of illicit drug use. Science of the Total Environment 573: 1648-1659.

Ort, C., van Nuijs, A. L. N., Berset, J. D., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A. ... & Thomas, K. V. (2014). Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis. Addiction 109(8): 1338-1352.

Zuccato, C., Tartari, M., Goffredo, D., Cattaneo, E., & Rigamonti, D. (2005). From target identification to drug screening assays for neurodegenerative diseases. Pharmacological Research 52(3): 245-251.

Assoz. Prof. Dr. Herbert Oberacher

ist analytischer Chemiker. Er leitet eine Forschungsgruppe am Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck, die sich mit der Entwicklung von analytisch-chemischen Methoden zum Nachweis von bioorganischen Molekülen befasst. Wichtige Anwendungsgebiete stellen dabei die forensische Toxikologie und die Umweltanalytik dar.

ganz gerne vergessen werden, sind beispielsweise behaarte Kopfhaut, die Region hinter den Ohren, Augenbindehäute inklusive Lidumschlagfalten, Mundschleimhaut, Handflächen und Fußsohlen oder die Fingernägel.

Es folgt eine exakte Befunddokumentation, gerade auch von Minimalbefunden und allenfalls auch von explizit negativen Befunden. Immer wieder wird die Frage nach einer »gerichtsverwertbaren« Dokumentation gestellt. Dazu gilt: Grundsätzlich sind alle ärztlichen Aufzeichnungen gerichtsverwertbar. Der einzige wirkliche Fehler wäre, nichts zu dokumentieren. Natürlich gibt es Richtlinien, die helfen können, die Dokumentation zu optimieren. Allen voran: Mut zur simplen Beschreibung von Befunden. Ausdrücke wie »Prellmarke« oder »Würgemal« sind zwar besser als nichts, geben aber keinen Aufschluss darüber, was der Untersucher tatsächlich gesehen hat. Vermeintlich simple Beschreibungen wie Schwellung, Beule, Hautrötung, Flecken oder Punkte machen nachvollziehbarer, was für Verletzungen vorgelegen haben können. Die gerichtsmedizinische Erfahrung zeigt auch, dass ein Großteil von Hautbefunden als »Hämatom«, also als Hautunterblutung bezeichnet wird, während z.B. Hauteinblutungen (intrakutan), die einen anderen Entstehungsmechanismus haben, als solche im diagnostischen Wortschatz selten zu sein scheinen.

Der Vermerk der Größe der gesehenen Läsionen, deren Färbung und deren Lage, am besten in Relation zu markanten Körperstellen, runden eine gute Befunddokumentation ab. Für Perfektionisten: Größenangaben in Zentimeter sind genauer als beispielsweise »pflaumengroß« oder »handbreit«.

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte

Entschließt sich der Untersucher zu einer fotografischen Dokumentation von Befunden, kann die Beachtung einiger weniger Punkte die Aussagekraft von Lichtbildern weiter erhöhen.

Profifotografen sollten diesen Absatz überspringen. Für alle anderen gilt: Blitz ausschalten. Dann kann dieser die relevanten Körperstellen nicht mehr derart überbelichten, dass außer einem hellen Fleck nichts zu erkennen ist. Naturgemäß muss für eine gute Beleuchtung gesorgt werden, idealerweise Tageslicht.

Auf einem Bild sollte das Opfer

In größeren Städten wurden Gewaltschutz- bzw. Opferschutzambulanzen eingerichtet, die meist unter Federführung der jeweiligen ansässigen gerichtsmedizinischen Institute kostenlose Untersuchungen von Gewaltopfern mit gerichtsverwertbarer Dokumentation sowie Spurensicherung anbieten.

erkennbar sein. Von jeder relevanten Region sollten dann drei Lichtbilder angefertigt werden: zuerst ein Übersichtsbild, auf dem erkennbar ist, wo am Körper sich der Befund/die Verletzung überhaupt befindet. Zweitens eine Detailaufnahme davon, und erst dann ein drittes Bild mit Größenmaßstab. In Zeiten der Digitalfotografie sollte dies machbar sein. Jedes zusätzliche Bild schadet ebenfalls nicht und erhöht die Chance verwertbarer Aufnahmen. Werden nur Fotos mit Maßstab angefertigt, zeigt die gerichtsmedizinische Erfahrung, dass dieser erstaunlich oft relevante Befunde verdeckt oder durch Schattenbildung nicht mehr erkennbar macht.

Farbtafeln können, falls vorhanden, im Idealfall ebenfalls verwendet werden. Diese dienen primär bei der Nachbearbeitung von Lichtbildern mittels Software dem Farbabgleich, wobei solche Nachbearbeitungen – wenn überhaupt – äußerst zurückhaltend durchgeführt werden sollten. In der Praxis ist wohl eine Kombination aus Farbtafel und Größenmaßstab am einfachsten zu handhaben.

Innsbrucker 3-Säulen-Modell

Seit einigen Jahren ist der morphologische Schwerpunkt des gerichtsmedizinischen Faches als »klinische Rechtsmedizin« bekannt. In größeren Städten wurden Gewaltschutz- bzw. Opferschutzambulanzen eingerichtet, die meist unter Federführung der jeweiligen ansässigen gerichtsmedizinischen Institute kostenlose Untersuchungen von Gewaltopfern mit gerichtsverwertbarer Dokumentation sowie Spurensicherung anbieten.

Außerhalb von Ballungszentren mit entsprechend großem Einzugsgebiet ist

die Aufrechterhaltung solcher Ambulanzen logistisch, personell und finanziell nicht sinnvoll machbar. Es ist daher wichtig, das diensthabende medizinische Personal von Krankenanstalten entsprechend forensisch zu schulen. An den Universitätskliniken Innsbruck erfolgt dies unter Einbindung von fachärztlicher gerichtsmedizinischer Expertise über die Kinder- und die Opferschutzgruppe, die regelmäßig interne Schulungen und Workshops bezüglich verdächtiger Verletzungsmuster, Befunddokumentation, Gesprächsführung und die Möglichkeiten der vernetzten Opferhilfe, wie z.B. die Behandlung einer allfälligen Suchtproblematik, durchführen.

Zur Unterstützung bei der forensischen Befunddokumentation wurde eine »Anlaufstelle für Gewaltopfer« eingerichtet, die gerichtsmedizinisch besetzt ist und zu den regulären Dienstzeiten beigezogen werden kann. Dieses »Innsbrucker 3-Säulen-Modell«, bestehend aus Kinderschutzgruppe, Opferschutzgruppe und Anlaufstelle für Gewaltopfer, ermöglicht eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Versorgung von Gewaltopfern jeglichen Alters.

Anmerkung

Personenbezogene Ausdrücke umfassen Frauen und Männer gleichermaßen.

Literatur

- (1) WHO (2017): Violence against women. Key facts. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- (2) Devries, K. M. et al. (2014): Addiction. Mar 109(3).
- (3) Smith, J. W. (2000): J Subst Abuse Treat. Dec 19(4).
- (4) Choenni, V. et al. (2017): Trauma Violence Abuse. Jan 18(1).
- (5) Mason, R. et al. (2014): Glob Health Action. Nov 20(7).
- (6) Lampe, A. et al. (2018): Gewaltstudie der Univ. Klinik für Med. Psychologie Innsbruck, pers. Kommunikation.

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Marion Pavlic

Fachärztin für Rechtsmedizin, Fachbereichsleitung Forensische Toxikologie am Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Mitglied der Kinder- und der Opferschutzgruppe sowie Leitung der Anlaufstelle für Gewaltopfer der Univ. Kliniken / tiroler Kliniken Innsbruck.

Gastvortrag

Behandlung und Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher in Österreich



Psychisch kranke Rechtsbrecher werden in Österreich u.a. in besonderen Anstalten wie dem Forensischen Zentrum Asten behandelt. Vielfach findet sich bei so untergebrachten Personen eine zusätzliche Suchtproblematik. Dies bedeutet eine besondere Herausforderung für die klinische Praxis.

Dr. M. Mag. Martin Kitzberger ist Humanbiologe, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe und Philosoph; Leiter des Forensischen Zentrums Asten; Lehrbeauftragter an der Strafvollzugsakademie, Lektor an der Johannes Kepler Universität in Linz sowie Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien

WISSENSCHAFT IM POOL7
WIIP7

7. Juni 2018, 19.30 Uhr
POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9
Eintritt frei | Um Anmeldung wird gebeten ☎ **+43 1 523 86 54**
Diese Veranstaltung wird gemäß PsychologInnengesetz 2013 (BGBl I 182/2013) als Fortbildung angerechnet (2 BÖP-Punkte).

Beratungs- & Betreuungsteam Leiterin Beratungsteam

Veronika Kuran
Tel.: +43 (0)664 9100005
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Mag.^a (FH) Birgit Freischlager
Tel.: +43 (0)664 8111029
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at
Franziska Greimeister BA
Tel.: +43 (0)664 8111004
mail: franziska.greimeister@gruenerkreis.at
Mag. (FH) Wolfgang Krikula
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: wolfgang.krikula@gruenerkreis.at
Mag.^a (FH) Veronika Reissert
Tel.: +43 664 8111010
mail: veronika.reissert@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Harald Berger (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at
Sara Klammer, BA (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: sara.klammer@gruenerkreis.at
Gabriele Wurstbauer (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Steiermark

Mag.^a (FH) Christina Winter da Silva, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
christina.winter@gruenerkreis.at
Jasmin Kupfer, BA MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Jürgen Pils, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111665
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676
Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196
Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126
Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024
Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at