

SUCHT



Sucht und strafrechtlicher Kontext

Wir danken unseren Spender*innen

Mag.^a Claudia Amsz
Johann u. Edeltraud Andorfer
Dkfm. Günter Baumgartner
Beate Cerny
Mag.^a Birgit Falb
Petra Falk
René Ferrari
Bernhard Frank
Dr. Günther Frohner
Karla Kapper
Christiane Kienl
Robert Kopera
Eveline Kriston
Silvia Langer
Dr. Günter Mittendorfer
Imo Philippe
Helmut Wiedermann
Dr. Alfons Willam



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 Klient*innen des Vereins Grüner Kreis!

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

HYPONOE

Landesbank für Niederösterreich und Wien AG

IBAN AT81 5300 0038 5501 3222

BIC HYPNATWW

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

Impressum

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

Das Aufgabengebiet des Grüner Kreis-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtkranker 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: MMag. Dr. Martin Kitzberger

Redaktion: MMag. Dr. Martin Kitzberger, Mag. Heiko-Norman Meuschke, Andreas Eilenstein, Romana Chytra, Dominique Dumont, BSc MSc

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

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 1 526 94 89

redaktion.sucht@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Andreas Eilenstein

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H.

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Deborah Oberhuber, Katharina Tautscher, Evelyn Redtenbacher, Heiko-Norman Meuschke, Birgit Ursula Stetina, Stefan Tatschl, Dorothea Stella-Kaiser, Isabell Ginzel, Maßnahmenabteilung Justizanstalt Innsbruck, Barbara Schreder-Gegenhuber, Mirko Birnstein, Wolfgang Krahl, Thomas Pöhlmann-Moore, Martin Kitzberger, Kurt Neuhold und Patient*innen des Vereins Grüner Kreis

Bildquellennachweise:

Cover: Kunstaktion »Pflanzenmärchen« - Michaela Bruckmüller (Königsberghof)

Fotos Seite 4: © Kurt Neuhold, Kunst im Grünen Kreis
Profilfotos: privat, wenn nicht anders gekennzeichnet

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor*innen ein. Sofern sich eine Autorin oder ein Autor 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 respektive einer leichteren Verständlichkeit des Inhalts.



Helfen Sie uns helfen!

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 die Suchtkranken von morgen werden.

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

Verein Grüner Kreis | HYPONOE

Landesbank für Niederösterreich und Wien AG

IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



Geschätzte Leser*innen,

wir widmen uns in dieser ersten Ausgabe im Jahr 2026 dem Thema Sucht und Kriminalität, also dem Zusammenhang mit dem Strafrecht, vor allem dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) als strafrechtlichem Nebengesetz. Wir bewegen uns zwischen Entwicklungswegen, Gesellschaftsmythen und Realität. Dies, weil in der öffentlichen Wahrnehmung Sucht und Kriminalität häufig als untrennbar miteinander verbunden erscheinen. Wie so oft zeigt jedoch ein genauerer Blick, dass der Zusammenhang komplexer, differenzierter und oft von Mythen überlagert ist. Selten sind es einfache Entscheidungen oder ein schwacher Wille, sondern meist vielschichtige Entwicklungsverläufe, die in der Kindheit und Jugend beginnen – Aspekte, die wir auch schon in der letzten Ausgabe (4/2025) behandelt haben.

Die Entwicklungspsychologie lehrt uns, dass sowohl Suchtverhalten als auch delinquentes Handeln häufig in Lebensphasen auftreten, in denen Identität, Impulskontrolle und soziale Bindungen noch nicht gefestigt sind. Belastete Familienstrukturen, frühe Traumata oder fehlende stabile Bezugspersonen können entsprechende Risikofaktoren verstärken. Auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie Armut, Perspektivlosigkeit und soziale Isolation beeinflussen die Entwicklung junger Menschen nachhaltig. Die Forschung zeigt, dass Sucht und Delinquenz häufig parallel auftreten – jedoch nicht in einer einfachen Ursache Wirkung-Beziehung, sondern als Ausdruck sozialer Benachteiligung, fehlender Unterstützungssysteme und psychosozialer Folgebelastungen. Das österreichische SMG ist aus unserer Sicht, besonders mit Blick auf Jugendliche und Prävention, ein Balanceakt zwischen Schutz und Hilfe. Dieses Gesetz regelt streng den Umgang mit Suchtgiften, psychotropen Substanzen sowie Vorläuferstoffen. Der doppelte Ansatz des SMG wird einerseits durch klare Verbote von gesundheitsgefährdenden Substanzen, andererseits durch Maßnahmen nach dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ – gerade bei jungen Menschen – verwirklicht.

Bezüglich der Behandlung ist zu sagen, dass vor allem junge Menschen besonders von frühzeitigen, multimodalen Unterstützungsangeboten wie Beratung, Therapie, sozialpädagogischer Begleitung und digitalen Ergänzungen, wie sie mittlerweile auch in der Suchtberatung eingesetzt werden, profitieren können. Soziale Belastungen und psychische Faktoren sollten neben Interventionen in Bezug auf den Konsum jedenfalls mitberücksichtigt werden.

Das Zusammenspiel von strafrechtlichen Grundsätzen, Behandlung und gelebter Prävention kann im besten Fall bewirken, dass Konsument*innen, die mit dem Gesetz in Berührung kommen, ein fachlich versiertes, empathisches und wissenschaftlich fundiertes Verständnis entgegengebracht wird. Wie dies in der Praxis aussieht und welche Möglichkeiten es gibt, darüber berichten unsere Expert*innen in dieser Ausgabe. Vielen Dank dafür!

Martin Kitzberger

Der Grüne Kreis dankt seinen Kooperationspartner*innen

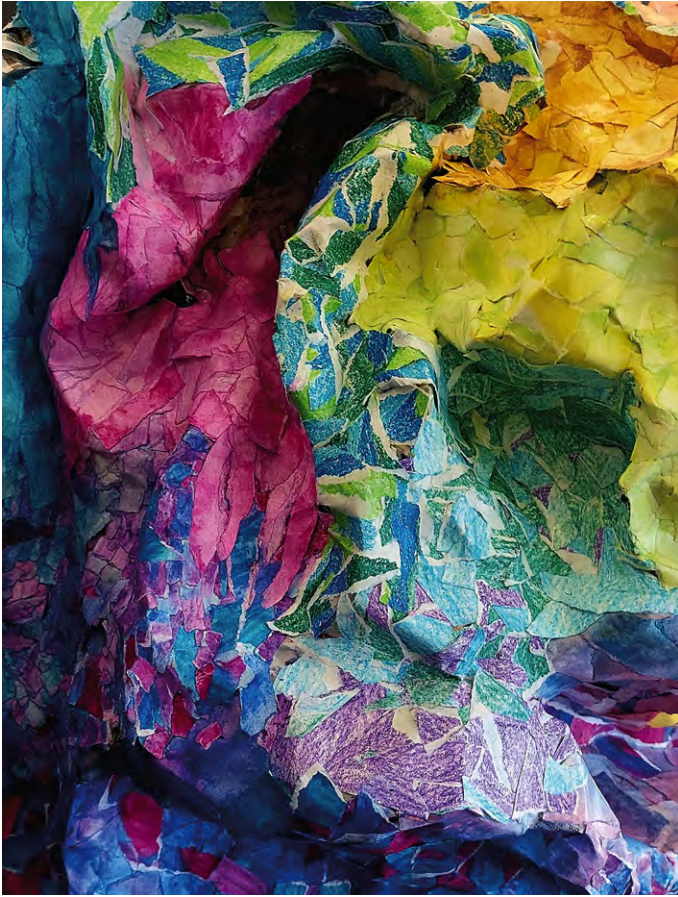


Für die Stadt Wien



Mit finanzieller Unterstützung von





Inhalt

Themenschwerpunkte

- 3** Editorial
Martin Kitzberger
- 6** Was hat denn bitte die Gesellschaft mit Sucht zu tun? Erfahrungsberichte der Familien- und Jugendgerichtshilfe Linz
Deborah Oberhuber und Katharina Tautscher
- 8** § 13 Suchtmittelgesetz aus Sicht einer Wiener Schulpsychologin
Evelyn Redtenbacher
- 10** Mythen und Fakten zur Jugendkriminalität in Österreich. Öffentliche Wahrnehmung und aktuelle Entwicklungen
Heiko-Norman Meuschke
- 12** Facetten des Umgangs mit illegalem Substanzkonsum zwischen Hedonismus, Devianz und Abhängigkeitserkrankung – im Spannungsfeld rechtlicher Sanktion und therapeutischer Intervention im Rahmen des § 12 SMG
Birgit Ursula Stetina und Stefan Tatschl
- 14** Therapie statt Strafe. Anspruch, Realität und fachliche Grenzen sachverständiger Begutachtung nach § 39 SMG
Dorothea Stella-Kaiser und Isabell Ginzel
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Zieloffene, akzeptierende Suchtarbeit im Strafvollzug.
Maßnahmenabteilung Justizanstalt Innsbruck
- 20** Literatur von Patient*innen aus der »Schreibwerkstatt«
- 22** Therapeutischer Umgang mit straffälligen Klient*innen
Barbara Schreder-Gegenhuber
- 24** Resozialisierungsmaßnahmen delinquenter suchtkranker Menschen im Kontext der Therapeutischen Gemeinschaft
Mirko Birnstein
- 26** Ist Disulfiram (Antabus®) eine therapeutische Option für Alkoholabhängige in der Forensik?
Das GOAL-Programm: Chancen, Risiken, Erfahrungen
Wolfgang Krahl und Thomas Pöhlmann-Moore
- 29** Buchrezension: Sucht - Neue Erkenntnisse und Behandlungswege. Ein medizinischer Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Ursachen von Sucht und Möglichkeiten zur Suchttherapie im Überblick.
Martin Kitzberger
- 30** „Reibung erzeugt Energie“
Kurt Neuhold

Buchtipps der Redaktion

Inside Grüner Kreis

Was hat denn bitte die Gesellschaft mit Sucht zu tun?

Erfahrungsberichte der Familien- und Jugendgerichtshilfe Linz



von Deborah Oberhuber



und Katharina Tautscher

Den Pflugschaftsgerichten ist die Familiengerichtshilfe in Angelegenheiten der Obsorge und des Rechts auf persönliche Kontakte zur Seite gestellt. Den Strafgerichten ist bei Strafverfahren von betroffenen Jugendlichen, vom 14. bis zum 19. Lebensjahr, sowie bei jungen Erwachsenen, zwischen dem 19. und dem 21. Lebensjahr, die Jugendgerichtshilfe beigelegt. Die psychosoziale Betrachtungsweise der Familien- und Jugendgerichtshilfe kann hierbei die juristische Fachexpertise der Staatsanwaltschaft, des Pflugschafts- und Strafgerichts ergänzen und das Bild der betroffenen Personen hinter den jeweiligen Pflugschafts- und Strafakten

vervollständigen. Im Zuge der Erhebungen führt das erziehungswissenschaftliche, sozialarbeiterische und psychologische Fachpersonal Gespräche mit den Eltern, Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sowie dem zuständigen Helfer:innensystem (wie Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Kinder- und Jugendhilfe, sozialpädagogische Betreuer:innen, Bewährungshilfe et cetera), um unter anderem Informationen über die vergangene wie gegenwärtige Lebenssituation sowie mögliche Problemfelder in Erfahrung zu bringen. Im Fokus stehen hierbei Einflussfaktoren, welche das Wohlergehen sowie die Entwicklung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefährden sowie begünstigen können. Grundsätzlich ist die Familien- und Jugendgerichtshilfe zur Verschwiegenheit verpflichtet, nur dem Gericht gegenüber ist sie auskunftspflichtig. Die Familien- und Jugendgerichtshilfe übermittelt der Richterschaft ihren psychosozialen Eindruck über die betroffenen Personen in Form eines Berichts und gibt fachliche Empfehlungen ab, ob und wenn ja, welche professionellen Unterstützungsmaßnahmen benötigt werden, damit eine positive Entwicklung für die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen möglich sein kann.

In der Familiengerichtshilfe tritt das Thema Sucht am Rande und wenig sichtbar auf. Nicht weil das Thema nicht existent ist, sondern weil die betroffenen Elternteile vermutlich noch bemüht sind, dieses nicht offenzulegen, da sie befürchten, bei Bekanntwerden der Sucht keinen Kontakt mehr zu ihren Kindern haben zu dürfen. Dennoch, oder gerade deshalb, lohnt es sich, einen Blick auf die Thematik zu werfen. Die vielen Anforderungen, die an alleinerziehende Eltern (Eltern ohne weitere familiäre Unterstützungspersonen wie

Großeltern, Tanten, Onkel ...) und Alleinerzieher:innen gestellt werden, führen häufig zu einem Gefühl der Überforderung und können so zur Entwicklung eines problematischen Konsumverhaltens beitragen, in der Hoffnung, die eigene Funktionalität zu erhalten. Schätzungen zufolge leben in etwa zehn Prozent der Kinder in Österreich mit einem suchtkranken Elternteil. Die Suchterkrankung eines oder beider Elternteile wirkt sich negativ auf die Familienfunktion und das Erziehungsverhalten aus, wenngleich jeder Elternteil grundsätzlich das Beste für seine Kinder möchte. Kinder und Jugendliche von suchtkranken Eltern leben in einer emotional unsicheren familiären Situation, die durch geringe Verlässlichkeit und Konflikte bis hin zu körperlicher Gewalt geprägt ist. Sie leiden unter Scham- sowie Schuldgefühlen und bilden häufig ein sehr geringes Selbstwertgefühl aus. Zudem haben Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien häufig mit Spätfolgen zu kämpfen. Ihr Risiko, selbst einmal abhängig zu werden oder eine psychische Erkrankung zu entwickeln, ist wesentlich höher als bei gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen aus nicht suchtkranken Familien. Die Auswirkungen eines solchen Aufwachsens für Kinder sind nachhaltig und langwierig. Jedoch reagieren Kinder aus suchtkranken Familien sehr unterschiedlich. Die einen fallen beispielsweise durch Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, emotionale Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens (wie aggressives oder dissoziales Verhalten) auf, andere sind überangepasst, still, leistungsorientiert. Es zeigt sich nach außen ein angepasstes Verhalten, das an gesellschaftliche Erwartungen angelehnt ist. Betroffene Eltern sind überwiegend daran interessiert, dass Kinder insoweit funktionieren, dass sie ihrer Sucht in Ruhe

nachkommen können. Ein forderndes, unruhiges Kind stört dieses Bedürfnis. Erfahrungen zeigen, dass Unterstützung häufig von dem nicht konsumierenden Elternteil gesucht wird, nachdem ein Kind beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten in einer Betreuungseinrichtung wie Kindergarten oder Schule gezeigt hat. Der dahinterliegende Wunsch des Elternteils ist, das Kind funktionsfähig zu machen, dass es nicht mehr auffällt, damit der konsumierende Elternteil nicht noch mehr konsumieren muss, um die täglichen Herausforderungen bewältigen zu können. Dadurch erhält der nicht konsumierende Elternteil unbewusst die Sucht des konsumierenden Elternteils aufrecht, dabei handelt es sich um eine sogenannte Co-Abhängigkeit. Die Gründe, warum Eltern zu Suchtmitteln greifen, sind vielfältig. Häufig geht es darum, inneren Konflikten, Ängsten, Gefühlen von Überforderung entgegenzuwirken und sie „zu behandeln“. Das Suchtmittel soll dazu dienen, Gefühle zu unterdrücken oder andere, gute Gefühle zu indizieren. Wenn dann genau in der Situation ein Kind etwas einfordert, wütend, ärgerlich und/oder ängstlich ist, stimmt sozusagen das Passing zwischen Eltern und Kind nicht und die Gefahr eines Übergriffs oder einer Zurückweisung seitens des konsumierenden Elternteils ist dementsprechend hoch, denn im Zentrum einer süchtigen Person steht das Suchtmittel. Dieses stellt sozusagen eine Barriere zwischen den konsumierenden Eltern und dem Kind dar. Der problematische Substanzkonsum kann zu einer Verlagerung von Aufmerksamkeit und Prioritäten führen, wodurch kindliche Bedürfnisse in den Hintergrund treten. Infolge des Konsums kann die Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit des betroffenen Elternteils eingeschränkt sein, was eine altersadäquate Zuwendung zum Kind erschwert. Die gesellschaftliche Aufgabe besteht darin, betroffene Kinder nicht ins Abseits zu stellen und zu stigmatisieren, sondern sie darin zu bestärken, dass sie nicht verantwortlich für ihre Eltern oder das Verhalten ihrer Eltern/Elternteile sind. Eine besondere Herausforderung in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien ist es, die Kinder und deren Bedürfnisse im Fokus zu behalten, nicht den Konsum der Eltern/des Elternteils. Im Rahmen der Familiengerichtshilfe ist es wesentlich, das Suchtverhalten betroffener Elternteile im Kontext mit deren Erziehungsfähigkeit zu betrachten, um das Kindeswohl bestmöglich sicherzustellen.

Im Rahmen der Jugendgerichtshilfe wird immer wieder ersichtlich, dass die Einflussfaktoren von delinquentem Verhalten individuell und oftmals komplex sind. Der Konsum von Suchtmittel steht hierbei nicht selten direkt oder indirekt im Zusammenhang mit der Delinquenz der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ihre Aussagen gegenüber der Jugendgerichtshilfe hinsichtlich ihres Konsumverhaltens sind vielseitig und dennoch sind für die Mitarbeiter:innen wiederkehrende Muster erkennbar. Eine große Rolle spielen hierbei der Freundeskreis beziehungsweise die Peergroup, welche in diesem Lebensalter einen großen Einfluss auf die Entscheidungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausübt, sowie die aktuellen Lebensumstände. Nicht selten stellt der gemeinsame Konsum von Suchtmitteln die größte Verbindung der Gruppe dar und bietet das Beschaffen und Konsumieren von Drogen die einzige Struktur in ihrem Alltag. Doch nicht nur die aktuellen Lebensumstände, sondern auch die bisherigen Erfahrungen, kritische Sozialisationsbedingungen und Traumata können zu einem Drogenkonsum beitragen, welcher als Bewältigungsstrategie fungiert und genutzt wird, um die Realität zu ertragen oder auch um dieser zu entfliehen. Die Jugendgerichtshilfe begegnet auch vermehrt Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), welche fachärztliche Unterstützung und Medikamente ablehnen und stattdessen auf den Konsum von Suchtmitteln zurückgreifen, um die bestehende Symptomatik zu lindern. Besonders der Konsum von Marihuana wird hierbei von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen oftmals unterschätzt und viele sind sich der möglichen Langzeitschäden nicht bewusst. Die persönliche Haltung des familiären Herkunftssystems beeinflusst die Einstellung sowie das Verhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. So kann in Jugenderhebungen festgestellt werden, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit bestehender Suchtproblematik oftmals von suchtkranken Eltern großgezogen wurden, worunter sie stark gelitten haben. Neben der persönlichen Suchterkrankung der Eltern und/oder ihrer Bagatellisierung des Konsumverhaltens der Jugendlichen und jungen Erwachsenen können auch eine übertrieben ablehnende Haltung dem Thema gegenüber sowie die fehlende Bereitschaft, sich mit dem Konsumverhalten der Jugendlichen

und jungen Erwachsenen auseinanderzusetzen und sie adäquat zu unterstützen, die Einstellungen und das bestehende Konsumverhalten negativ beeinflussen. Natürlich machen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen beinahe ausschließlich negative Erfahrungen mit Drogen, dennoch gelingt es nur manchen von ihnen, ihr Konsumverhalten realistisch einzuschätzen, vorhandene Problemlagen zu erkennen sowie diese in Zusammenhang zu bringen. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, mit denen die Jugendgerichtshilfe befasst ist, verfügen oftmals über wenige eigene Ressourcen, erhalten keine ausreichende Unterstützung seitens ihrer Familie oder des professionellen Helfer:innensystems und sind in ihrer Lebensbiografie sowie ihren aktuellen Lebensumständen vorbelastet. In ihrer Wahrnehmung ist der bestehende Drogenkonsum die einzig funktionierende Konstante, ein Fixpunkt, welcher ihrem Leben Sicherheit und Stabilität vermittelt, und sie sind nicht bereit, leichtfertig darauf zu verzichten, in dem Glauben daran, das Letzte in ihrem Leben zu verlieren, das ihnen wichtig ist. Jugendliche und junge Erwachsene in der Untersuchungshaft, welche bereits seit mehreren Jahren konsumieren und wiederholt einen Drogenentzug und Rückfall erlebt haben, erkennen oftmals in einer Haftstrafe oder einer stationären Drogentherapie die einzige Möglichkeit, eine Drogenabstinenz aufrechtzuerhalten, und wissen, dass sie ansonsten den Konsum unmittelbar fortsetzen würden. Die Jugendgerichtshilfe ermittelt im Zuge der Jugenderhebungen und Haftentscheidungshilfen den Bedarf sowie die Sinnhaftigkeit verschiedener Maßnahmen (Beratungsstelle, Familienberatung/-therapie, ambulante oder stationäre Drogentherapie, Psychotherapie et cetera) und gibt ihre Einschätzungen diesbezüglich an das Gericht weiter.

Deborah Oberhuber, MA

ist Sozialarbeiterin in der Familien- und Jugendgerichtshilfe; Ausbildungen: Lehrgang zur Akademischen Sozialpädagogischen Fachbetreuerin (FH Linz), berufsbegleitendes Masterstudium Soziale Arbeit (FH Campus Linz).

Mag.^a (FH) Katharina Tautscher

ist Sozialarbeiterin in der Familien- und Jugendgerichtshilfe; Ausbildungen: Magisterstudium Soziale Arbeit (FH Campus Linz), Sexualpädagogik (Institut Dortmund), Universitätslehrgang Psychotraumatologie und Resilienz (Sigmund Freud Universität Wien).

§ 13 Suchtmittelgesetz

aus Sicht einer Wiener Schulpsychologin

von Evelyn Redtenbacher

*Im konkreten Verdachtsfall können Schulpsycholog*innen bei der von Schulleiter*innen angeordneten Erstabklärung ergänzend zur schulärztlichen Untersuchung eine psychosoziale Einschätzung vornehmen. In der Realität passiert dies derzeit noch selten, da es leider nach wie vor zu wenig Schulpsychologinnen und Schulpsychologen an Schulen gibt.*

Nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ wurde vor mehr als 25 Jahren ein Paradigmenwechsel ausgelöst. Mit 1. Jänner 1998 löste das Suchtmittelgesetz (SMG) das seit 1951 bestehende Suchtgiftgesetz ab. Nun gab es endlich gesetzliche Rahmenbedingungen, um Schülerinnen und Schüler im Falle des Konsums illegaler Suchtmittel schulintern zu unterstützen – und nicht durch Schulverweis, Diskriminierung oder Anzeige zu bestrafen.

Die Erkenntnis, dass zeitgemäße Suchtprävention qualitätsorientiert bzw. evidenzbasiert stattfinden und sich an definierten Zielgruppen und Lebensräumen orientieren muss, beendete überholte Sanktionsmaßnahmen für Suchtmittelkonsumierende.

Der Weg zur vorgesehenen Umsetzung des damals neuen Suchtmittelparagrafen an Schulen war dennoch lang und nicht immer friktionsfrei. Es

bedurfte viel Aufklärungsarbeit und Information – auch von Seiten der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen. Unverständnis und Unmutäußerungen bei Schulungen von Schulleitungen und Lehrkräften zur neuen Vorgangsweise waren keine Seltenheit. Die Meinung, dass Suchtmittelkonsum an Schulen Polizeisache wäre, der unregelmäßige Schulbesuch von Suchtgift-hunden potenzielle Besitzer*innen ausfindig machen sollte und konsumierende Schülerinnen und Schüler am besten mit einer polizeilichen Anzeige zur Einsicht bewogen werden könnten, hielt sich an manchen Schulen noch lange Zeit. Diese Erfahrungen gehören mittlerweile der Vergangenheit an und die Vorteile einer zielgruppenadäquaten Unterstützung von Suchtmittelkonsumierenden sind unbestritten.

Wie aber läuft nun das Verfahren gemäß § 13 SMG ab?

Im Gesetzestext steht: „Ist aufgrund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen.“ Was sind nun aber „bestimmte Tatsachen“ oder ein „begründeter Verdacht“? Diese Frage beschäftigt Schulleitungen und Lehrkräfte häufig. In diesen Fällen kann es hilfreich sein, auf das schulinterne Unterstützungs-system (schulärztlicher oder schulpsychologischer Dienst, Schulsozialarbeit) zurückzugreifen oder aber den Kontakt mit einer Suchtpräventionseinrichtung zu suchen. Lehrpersonen und Schulleiter*innen benötigen Unterstützung im Erkennen und Einordnen

von möglichen Verhaltensauffälligkeiten. Suchtmittelkonsumierende Schüler*innen können oft recht unspezifische Auffälligkeiten wie deutlichen Leistungsabfall in kurzer Zeit oder plötzliche Verhaltensauffälligkeiten bzw. unpassende Verhaltensweisen zeigen. Suchtspezifische Utensilien, Einstichstellen oder gar Suchtmittel sind weit seltener von Lehrpersonen zu bemerken. Oft sind es Gerüchte oder Angaben von Mitschüler*innen, wo Lehrer*innen vor dem Dilemma stehen, wie sie nun weiter vorgehen sollen. Hörensagen ist niemals Grundlage für die Einleitung eines §-13-Verfahrens, wohl aber der Auslöser, um näher hinzuschauen oder Gespräche mit Schüler*innen und Erziehungsberechtigten (bei unter 18-Jährigen) zu suchen.

Im konkreten Verdachtsfall können Schulpsychologinnen und Schulpsychologen bei der von Schulleiter*innen angeordneten Erstabklärung ergänzend zur schulärztlichen Untersuchung eine psychosoziale Einschätzung

KURZ ERKLÄRT

§ 13 SMG

regelt den Umgang mit Suchtmittelmissbrauch außerhalb des Strafverfahrens in besonderen institutionellen Kontexten.

Dieser verpflichtet Schulen bei Schüler*innen (Abs. 1) sowie militärische Dienststellen bei Soldat*innen (Abs. 2), bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch gesundheitsbezogene Maßnahmen wie Abklärung einzuleiten und bei Notwendigkeit auch Beratung oder Behandlung anzuordnen, anstatt primär strafrechtlich zu reagieren.

Abs. 3 stellt klar, dass diese Regelungen eigenständig sind und neben den Bestimmungen des § 12 SMG und § 35 Abs. 4 SMG bestehen, ohne diese zu ersetzen.



vornehmen. In der Realität passiert dies derzeit noch selten, da es leider nach wie vor zu wenig Schulpsychologinnen und Schulpsychologen an Schulen gibt. Es bleibt zu hoffen, dass die laufende Aufstockung der Schulpsychologie zukünftig zu dieser sinnvollen Ergänzung führen wird.

Wichtige Punkte im schulpsychologischen Erstgespräch eines §-13-Verfahrens:

- Einschätzung, ob sich der begründete Verdacht erhärtet oder andere Gründe für die Verhaltensauffälligkeiten vorliegen
- Einschätzung des Schweregrads der Gefährdung – handelt es sich um einmaligen Probiertkonsum oder bereits um riskanten Konsum illegaler Suchtmittel
- Abklären der psychosozialen Situation der Schülerin oder des Schülers
- Erfassen aktueller Problemlagen sowie Problemlösungsmechanismen
- Einschätzung der Reflexions- oder Einsichtsfähigkeit, Kooperation, persönlichen Ressourcen

Wie geht es weiter?

Die Situation ist als unproblematisch einzustufen: Es hat kein Konsum stattgefunden oder der Konsum war einmal und experimentell, es liegen keine psychosozialen Risikofaktoren vor, die schulische Leistung passt, die Schülerin oder der

Schüler ist einsichtig, es ist kein neuerlicher Konsum zu erwarten, es gibt kooperative Erziehungsberechtigte. **Maßnahme:** Es werden für das laufende Schuljahr in Abständen einige weitere schulärztliche und/oder schulpsychologische Gespräche vereinbart, um zu überprüfen, ob die positive Prognose eintrifft und die Entwicklung und die Situation weiterhin unproblematisch sind oder eine Suchtberatungseinrichtung aufgesucht werden sollte. **Die Situation ist eher als problematisch einzustufen:** Es wird schon seit längerer Zeit konsumiert, es besteht keine wirkliche Einsicht und Bereitschaft, den Konsum zu beenden, es liegen psychosoziale Risiken vor, das Erbringen der nötigen schulischen Leistung ist gefährdet oder Erziehungsberechtigte zeigen sich nicht kooperativ. **Maßnahme:** Es erfolgt die Zuweisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (Besuch einer Suchtberatungsstelle), die betroffenen Schülerinnen und Schüler haben zeitnah einen Termin wahrzunehmen. Die Terminvereinbarung für den Erstbesuch erfolgt nach Möglichkeit im Rahmen des Untersuchungsgesprächs direkt im Beisein der Schülerin/des Schülers. Sollte dies verweigert werden, so hat die Schulleitung die betreffende Schülerin/den betreffenden Schüler an die jeweilige Gesundheitsbehörde zu melden.

Abschließend gesehen ist der Erfolg des § 13 Suchtmittelgesetz wesentlich von der pädagogischen Haltung und der Vorbildwirkung von Lehrkräften abhängig. Weder Verharmlosungen im Sinne von „wir waren auch mal jung“ noch Überbewertungen helfen. Hinschauen und handeln, eine lösungsorientierte Haltung mit dem Ziel, betroffenen Schülerinnen und Schülern angemessene Unterstützung zu bieten. Schulabschlüsse sollen geschafft, eventuell problematische Konsumententwicklungen verhindert und Ressourcen erweitert werden. Schulpsychologinnen und Schulpsychologen können hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Weiterführende Literatur:

Handlungsleitfaden zur Umsetzung des § 13 Suchtmittelgesetz an der Schule, BMBWF, 2018

https://pubshop.bmbwf.gv.at/index.php?article_id=9&type=neuerscheinungen&pub=696

Mag.^a Evelyn Redtenbacher

ist Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin und seit 2003 Schulpsychologin in der Bildungsdirektion Wien. Derzeit leitet sie die schulpsychologische Beratungsstelle für Berufsbildende Pflichtschulen und ist Mitglied des Forums Suchtprävention des Instituts für Suchtprävention.

Mythen und Fakten zur Jugendkriminalität in Österreich

Öffentliche Wahrnehmung und aktuelle Entwicklungen



von Heiko-Norman Meuschke

Foto: ©: KL/Klaus Ranger

Der Fokus sollte nicht primär auf einer Verschärfung der Strafen liegen, sondern vielmehr auf einer frühzeitigen Prävention, der besseren Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Polizei, Jugendhilfe, Schulen und Justiz sowie auf ausreichend vorhandenen Ressourcen für pädagogische, psychologische und soziale Begleitung.

Das Thema Jugendkriminalität wird in Österreich in den Medien häufig thematisiert und erhält dadurch besondere Aufmerksamkeit. Betrachtet man jedoch die zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse und verfügbaren Statistiken, ergibt sich ein differenziertes Bild. Das Bundesministerium für Inneres stellt in der Kriminalstatistik 2024 fest, dass die Gesamtkriminalität, einschließlich der Jugendkriminalität, im Vergleich zu den Vorjahren leicht angestiegen ist (BMI, 2025). Für eine umfassende Einordnung dieser Zahlen empfiehlt sich jedoch eine Berücksichtigung von längerfristigen Entwicklungen und Kontextfaktoren.

Mythos 1: „Jugendliche werden zunehmend kriminell und gewalttätig“

Fakten:

Bei Betrachtung der langfristigen Verurteilungszahlen ergibt sich ein gegenteiliger Trend. Beispielsweise weist der Verein für Bewährungshilfe NEUSTART (2025) darauf hin, dass die Zahl jugendlicher Verurteilter von 4.358 im Jahr 2012 auf 3.004 im Jahr 2021 zurückgegangen ist. Für 2015 werden 1.806 Verurteilungen von Personen unter 18 Jahren gezählt, während diese Zahl für 2024 bei 1.543 liegt, was einem Rückgang um fast 15 Prozent entspricht (Statistik Austria, 2025). Zudem bleibt der Anteil von Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren an allen Verurteilten seit 2012 konstant bei rund 6 Prozent (Statistik Austria, 2025).

Weitere Entwicklung:

Auffällig ist, dass Anzeigen gegen Jugendliche, insbesondere im Alter von 10 bis 14 Jahren, zugenommen haben. So berichtet das Bundesministerium für Inneres (BMI, 2025) von einer Verdoppelung der Anzeigen von 5.156 im Jahr 2015 auf 12.049 im Jahr 2024. Allerdings bedeutet ein Anstieg bei den Anzeigenzahlen nicht zwangsläufig, dass tatsächlich mehr Straftaten von Jugendlichen begangen werden; die Gründe hierfür können vielfältig sein.

Mythos 2: „Jugendkriminalität bedeutet eine kriminelle Karriere“

Fakten:

Jugenddelinquenz ist nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen in der überwiegenden Mehrheit ubiquitär (weit verbreitet), episodenhaft (vorübergehend) und entwicklungsbedingt (Boers et al., 2010; DJI, 2024).

Das bedeutet:

- Dunkelfeldstudien wie die Duisburger Verlaufsstudie zeigen, dass 44 Prozent der männlichen und 24 Prozent der weiblichen Jugendlichen innerhalb der letzten 12 Monate gegen das Gesetz verstoßen

haben (Max-Planck-Institut, 2017).

- Die Mehrzahl begeht Bagatelldelikte wie Ladendiebstahl, Vandalismus oder einfache Körperverletzung (Boers et al., 2010; Max-Planck-Institut, 2017).

- Die überwiegende Mehrzahl der straffällig werdenden Kinder und Jugendlichen wird lediglich ein- bis zweimal straffällig. Nur ein kleiner Teil tritt mit drei oder mehr Delikten in Erscheinung (DJI, 2024).

- Bei den meisten Jugendlichen hört delinquentes Verhalten mit dem Erwachsenenalter wieder auf, was darauf schließen lässt, dass es sich um eine normale Entwicklungsphase handelt (Boers et al., 2010; DJI, 2024).

- Die Duisburger Längsschnittstudie macht deutlich, dass bereits ab dem 15. bzw. 16. Lebensjahr ein deutlicher Rückgang der Delinquenz erfolgt und spätestens ab dem 17. Lebensjahr das Delinquenzniveau geringer ist als im 13. Lebensjahr (Boers et al., 2010).

Mythos 3: „Die Anzeigen spiegeln die reale Kriminalitätsentwicklung wider“

Fakten:

Die stark gestiegenen Anzeigenzahlen sind zu einem erheblichen Teil durch wenige Intensivtäter*innen verursacht. Das Bundeskriminalamt (2025) dokumentiert für 2024, dass drei jugendliche Intensivtäter allein für 28 Prozent der Straftaten von unter 18-Jährigen verantwortlich sind, wobei einzelne Täter*innen jeweils über 900 bis 1.200 Straftaten aufweisen können (BMI, 2025; Vol.at, 2025). Zusätzlich tragen folgende Faktoren zum Anstieg der Anzeigen bei:

- Erhöhte Anzeigebereitschaft in der Bevölkerung durch öffentliche Diskussionen. NEUSTART (2025) führt unter anderem „eine erhöhte Anzeigebereitschaft“ als Grund an, was die Diskrepanz zwischen Hell- und Dunkelfelddaten erklärt.

- Intensivere polizeiliche Kontrollen durch die neu gegründete Einsatzgruppe zur Bekämpfung der Jugendkriminalität (EJK), wodurch mehr Fälle aus dem Dunkelfeld ins Hellfeld gelangen (BMI, 2025).
- Mehrfachtäter*innen, die durch wiederholte Taten die Statistik überproportional beeinflussen. Das Bundeskriminalamt berichtet von „einer 20-köpfigen Jugendbande mit rund 1.200 Delikten“ (BMI, 2025).

Mythos 4: „Jugendliche mit Migrationshintergrund sind überproportional kriminell“

Fakten:

Tatsächlich liegt der Anteil nicht-österreichischer Tatverdächtiger bei den 10- bis 14-Jährigen bei 48,2 Prozent und bei den 14- bis 18-Jährigen bei 39,8 Prozent (BMI, 2025).

Allerdings relativieren sich diese Zahlen bei genauerer Betrachtung:

- Demografische Faktoren spielen eine Rolle: Jugendliche und junge Erwachsene stellen in allen Bevölkerungsgruppen die am häufigsten durch die Kriminalstatistik registrierten Altersgruppen dar (DJI, 2024).
- Dunkelfeldstudien wie die Duisburger Verlaufsstudie zeigen, dass sich die Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund deutlich relativieren, wenn weitere Faktoren wie Bildung, soziale Lage und sozioökonomischer Status berücksichtigt werden (Boers et al., 2010; DJI, 2024; Kroneberg et al., 2025).
- Die erhöhte Belastung bestimmter Herkunftsgruppen deutet primär auf Integrationsprobleme im Bildungs- und problematische Sozialisationsbedingungen hin (BpB, 2025). Boers und Mitarbeitende (2010) verdeutlichen am Beispiel Duisburg, dass die beobachtete höhere Gewaltbelastung bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund vor allem auf ihre soziale Situation zurückzuführen ist, insbesondere auf Benachteiligungen im Bildungsbereich.

Mythos 5: „Härtere Strafen lösen das Problem“

Fakten:

Das österreichische Jugendstrafrecht basiert bewusst auf dem Prinzip der Erziehung und Rehabilitation statt auf Bestrafung.

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen:

- Das Deutsche Jugendinstitut (DIJ, 2024) stellt fest, dass Jugenddelinquenz im Gegensatz zu Erwachsenenkriminalität spontaner, situationsabhängiger und stärker gruppenbezogen ist und sich harte

Sanktionen als wirkungslos erweisen, da sie vielmehr zu hohen Rückfallraten führen.

- Der Fokus liegt gem. § 5 JGG auf Spezialprävention (Verhinderung künftiger Straftaten des/der Jugendlichen) statt auf Generalprävention (Abschreckung anderer).
- NEUSTART (2025) betont, dass Richter*innen und Expert*innen Forderungen nach Strafverschärfung kritisch gegenüberstehen und stattdessen auf Investitionen „in Sozialarbeit, Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie“ verweisen.
- Frühzeitige präventive Maßnahmen sind wesentlich wirksamer: stabile Beziehungen, Unterstützungsangebote für Familien, niederschwellige Freizeitangebote, Mentoring-Programme und psychosoziale Betreuung (NEUSTART, 2025).

Herausforderungen im Umgang mit Intensivtäter*innen

Ein reales Problem stellen die sogenannten „Systemsprenger*innen“ dar. Dies beschreibt eine kleine Gruppe minderjähriger Intensivtäter*innen, die mehr als 50 Taten pro Monat begehen (BMI, 2025; Vol.at, 2025). Diese Jugendlichen befinden sich häufig in komplexen Problemlagen: soziale Randständigkeit, Gewalterfahrungen in der Familie, Schulprobleme, Suchtmittelkonsum und delinquente Freundeskreise (Boers et al., 2010; DJI, 2024). Die Studien zeigt jedoch, dass auch diese Intensivtäter*innen ab dem 15. bzw. 16. Lebensjahr einen Rückgang aufweisen (Boers et al., 2010), was bisherige Annahmen zur chronischen Straffälligkeit infrage stellt.

Fazit: Sachliche Einordnung statt Dramatisierung

Die Diskussion um Jugendkriminalität in Österreich profitiert von einem differenzierten und ausgewogenen Blick. Während langfristige Daten zeigen, dass die Verurteilungszahlen bei Jugendlichen stabil bleiben oder sogar leicht zurückgehen, ist bei bestimmten Teilgruppen, insbesondere jugendlichen Intensivtäter*innen, ein gezielter Unterstützungsbedarf erkennbar. Der Fokus sollte daher nicht primär auf einer Verschärfung der Strafen liegen, sondern vielmehr auf einer frühzeitigen Prävention, der besseren Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Polizei, Jugendhilfe, Schulen und Justiz sowie auf ausreichend vorhandenen Ressourcen für pädagogische, psychologische und soziale Begleitung.

Mythos vs. Fakt: Suchtgiftkriminalität und Jugendliche

Mythos: „Die meisten Jugendlichen konsumieren regelmäßig Drogen und sind dadurch besonders kriminalitätsgefährdet.“

Fakt:

Epidemiologische Studien und nationale Erhebungen zeigen, dass die große Mehrheit der Jugendlichen keinen regelmäßigen oder problematischen Kontakt zu Suchtmitteln hat. In Österreich liegt die Lebenszeitprävalenz für Cannabis in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen zwar bei etwa 30 bis 40%, tatsächlicher regelmäßiger Konsum betrifft jedoch höchstens 5% und sinkt mit steigendem Alter deutlich ab (Gesundheit Österreich GmbH [GÖG], 2024, S. 18). Die Prävalenz für andere illegale Substanzen wie Kokain, Ecstasy oder Amphetamin liegt in aktuellen repräsentativen Befragungen bei unter 6%, für Opioide und Neue Psychoaktive Substanzen unter 2% (GÖG, 2024; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024). Auch in Deutschland zeigen bundesweite Erhebungen, dass rund 90% der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren keine illegalen Drogen konsumieren (Cannabisprävention.de, 2024).

Mythos: „Der Großteil der Jugendkriminalität geht auf Suchtgiftkriminalität und ‚harte‘ Drogen zurück.“

Fakt: Suchtgiftkriminalität im Jugendalter ist ein häufig diskutiertes Thema, macht jedoch einen geringeren Anteil der Gesamtjugenddelinquenz aus als angenommen. Die Mehrheit der registrierten Straftaten nach dem Suchtmittelgesetz betrifft Besitz und Eigenbedarf, selten aber Handel oder organisierte Drogenkriminalität (Bundeskriminalamt, 2025). Studien und polizeiliche Statistiken zeigen einen langfristig stabilen bis leicht steigenden Trend bei Suchtgiftdelikten, wobei einzelne Jahre, wie 2024, einen Zuwachs um etwa 5% ausweisen, das tatsächliche Konsumverhalten jedoch weitgehend unverändert bleibt (Bundeskriminalamt, 2025; GÖG, 2024).

Literatur auf Anfrage erhältlich

Mag. Norman Meuschke

ist Klinischer und Gesundheitspsychologe sowie allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger mit langjähriger Erfahrung im Straf- und Maßnahmenvollzug. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Kriminalprognose, lebenslängliche Inhaftierte und stereotype Wahrnehmung von Straftäter*innen und Strafvollzug.

Facetten des Umgangs mit illegalem Substanzkonsum zwischen Hedonismus, Devianz und Abhängigkeitserkrankung – im Spannungsfeld rechtlicher Sanktion und therapeutischer Intervention im Rahmen des § 12 SMG



von Birgit Ursula Stetina



und Stefan Tatschl

Internationale Trends zeigen seit Langem, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen weiter ansteigt (z. B. Tiemann & Mohokum, 2021; UNODC, 2024; Winstock et al., 2022). Laut UNODC nutzten 2024 weltweit etwa 5,6 % der Bevölkerung zwischen 15 und 54 Jahren binnen eines Jahres eine psychoaktive Substanz – das entspricht 292 Millionen Menschen und einer Zunahme um 20 % seit 2011. Die Berichterstattung der Medien neigt dazu, wissenschaftliche Erkenntnisse zu ignorieren und stattdessen einseitig darzustellen, was zu Stigmatisierung, Pathologisierung und Kriminalisierung

von Konsument*innen führt. Gleichzeitig wirkt die Berichterstattung oft wie unbeabsichtigte Werbung für die starke Wirkung bestimmter Substanzen (z. B. Stöver & Gerlach, 2012). In der öffentlichen Wahrnehmung wird dabei häufig jeder Substanzkonsum mit Abhängigkeit gleichgesetzt, wodurch ein vereinfachtes und angstbesetztes Bild entsteht. Die daraus resultierende Unsicherheit und Furcht innerhalb der Bevölkerung üben Druck auf Institutionen der Drogenhilfe aus und führen zu Forderungen nach restriktiveren Maßnahmen, bei denen das Wohl der Betroffenen häufig in den Hintergrund tritt. Das seit 1925 etablierte Konzept der Prohibition, also das strikte Verbot bestimmter Substanzen, hat nicht zu einer Verringerung des Konsums geführt, sondern vielmehr zu dessen Zunahme sowie zu negativen Folgen wie Stigmatisierung, Schwarzmarkt und Kriminalisierung. Von der Illegalität profitieren die sogenannten „Prohibitionsgewinner“, vor allem organisierte Kriminalität, sicherheits- und justizbezogene Institutionen, politische und mediale Akteur*innen, aber auch Teile der Suchthilfe und Forschung, die an den Strukturen der Prohibition hängen. Drogenhilfe und -forschung sind somit Teil eines globalen „Drogensystems“, das sich durch die fortbestehende Prohibition legitimiert (Amendt, 2004; Schneider, 2008). Das Spannungsfeld zwischen politisch motivierter Kontrolle und individuellen Bedürfnissen der Betroffenen prägt die Drogenarbeit. Fachkräfte müssen zwischen gesellschaftlichen Erwartungen, gesetzlichen Vorgaben und dem Anspruch einer bedarfsorientierten, nicht stigmatisierenden Unterstützung abwägen, was häufig zu ethischen Konflikten führt – etwa wenn Interventionen eher ordnungspolitischen als klinischen Kriterien folgen. So kann es zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen kommen,

obwohl klinisch kein behandlungsbedürftiges Konsummuster vorliegt. Den Sorgen und Ängsten der Gesamtbevölkerung muss gegenübergestellt werden, dass Substanzkonsum grundlegend den ganz normalen menschlichen Bedürfnissen „nach neuartigen und angenehmen Erfahrungen“ entspricht (Reuband, 1986). Die Forschung geht noch weiter, seit der zweiten Hälfte der 1990er wird ausgehend von Großbritannien eine wissenschaftliche Diskussion über die „Normalisierung“ des Substanzkonsums bei Heranwachsenden geführt. Die „Normalisation Thesis“ (Parker et al., 1998) besagt, dass für viele junge Menschen der Konsum von Drogen die Norm geworden ist. Es wurde von den Forscher*innen prognostiziert, dass junge Erwachsene ohne Drogenerfahrung und/oder Drogen-Probierverhalten eine Minderheit sein werden. Im Sinne einer Normalisierung wäre dann im Gegenzug der Nicht-Konsum als deviant, im Sinne von abweichend von der statistischen Norm, anzusehen (Parker et al., 2002). Ergänzt werden muss diese wissenschaftliche Diskussion durch die Annahme, dass ein Großteil der Substanzkonsument*innen aller Altersgruppen gesellschaftlich völlig unauffällig erscheint; international spricht man von einer sogenannten „hidden population“ (Stetina et al., 2008; Stetina & Uhl, 2025).

Auch auffällige oder im Strafkontext sichtbare Konsument*innen sind vielfältiger als meist dargestellt. Gerade für Risikogruppen und klinisch belastete Personen braucht es eine individuell angepasste, interdisziplinäre Diagnostik und Begleitung. Entscheidend sind eine professionelle, lebensweltorientierte Haltung sowie ein wertfreier, empathischer Zugang, der die Funktion und Konsequenzen des Konsums im jeweiligen Lebenskontext versteht und

so valide Einschätzungen ermöglicht. Das wertfreie, verstehensorientierte Vorgehen bildet dabei die Grundlage des diagnostischen Prozesses, sowohl pathogenetisch als auch salutogenetisch. Im Rahmen der Begutachtung nach § 12 Suchtmittelgesetz (SMG) kommt dem Akzeptanzparadigma eine leitende fachliche Funktion zu, indem normabweichendes oder strafrechtlich relevantes Verhalten nicht automatisch mit dem Vorliegen eines pathologischen Störungsbildes gleichzusetzen ist. Es ermöglicht eine sachliche Differenzierung zwischen Devianz als rechtlicher oder sozialer Kategorie und klinischer Behandlungsbedürftigkeit als medizinischer Kategorie. Dadurch wird eine verhältnismäßige Prüfung der Voraussetzungen für gesundheitsbezogene Maßnahmen nach § 11 Abs. 2 SMG unterstützt (Stöver & Gerlach, 2012). Zur Umsetzung eignet sich ein Bedingungsmodell des Konsums auf Basis des biopsychosozialen Modells der Gesundheit (Engel, 1977). Dieses Modell berücksichtigt biologische, psychologische und soziale Faktoren zur Beschreibung des Ist-Zustands einer Person. Bereits in der Ottawa-Charta (WHO, 1986) wurde dieser Ansatz aufgegriffen, doch die Umsetzung blieb lange zögerlich. Die WHO betonte 2001 erneut, dass die Trennung der drei Faktoren das Verständnis von Entstehung, Behandlung und Prävention behindert und interdisziplinäre Zusammenarbeit erschwert. Im Rahmen des § 12 SMG kommt dem biopsychosozialen Modell zentrale Bedeutung zu, da es den diagnostischen Prozess strukturiert, in dem beurteilt wird, ob die Voraussetzungen für eine gesundheitsbezogene Maßnahme nach § 11 Abs. 2 SMG („Therapie statt Strafe“) vorliegen. Auf biologischer Ebene werden insbesondere Urinscreenings als objektive Marker zur Feststellung des Substanzkonsums, der Art und der zeitlichen Nähe des Konsums eingesetzt. Ergänzend werden körperliche Befunde, Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung sowie somatische und psychische Komorbiditäten berücksichtigt (Engel, 1977; McLellan et al., 2000). Die psychische Ebene betrachtet Motivation, Impulskontrolle, Einsichtsfähigkeit, affektive und kognitive Funktionen sowie Bewältigungsstrategien. Soziale Erhebungen beleuchten Lebenskontext, Unterstützungsnetzwerke, Arbeits- und Wohnsituation, finanzielle Aspekte sowie rechtliche Belastungen (APA,

2015). Zusätzlich hat die Begutachtung nach § 12 SMG eine präventive Funktion. Sie ermöglicht einen frühzeitigen Kontakt mit Personen, die zwar Substanzen konsumieren, jedoch (noch) kein schädliches oder abhängiges Konsummuster aufweisen. In diesen Fällen kann § 12 SMG als niedrigschwelliger Zugang zu Information, Reflexion und gesundheitsbezogener Beratung dienen, ohne zwangsläufig therapeutische Maßnahmen auszulösen. Damit eröffnet sich ein präventives Interventionsfenster, das geeignet ist, riskante Entwicklungen frühzeitig zu adressieren und einer späteren Chronifizierung entgegenzuwirken. Diese multimodale Betrachtung ermöglicht jedoch eine differenzierte Beurteilung von Konsummustern, Risikoprofil und Veränderungsbereitschaft und bildet die Grundlage für therapeutische oder diversionelle Maßnahmen. Methodische Grenzen bestehen in der Trennung kausaler von korrelativen Zusammenhängen sowie in der praktischen Umsetzung unter rechtlichen und ressourcenbezogenen Bedingungen (WHO ASSIST Working Group, 2002). Im Lichte der ICD-11 bleibt die Unterscheidung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit erhalten, wird jedoch durch neue Doppelkriterien strukturiert, was eine erhöhte Sensitivität, aber auch das Risiko einer Überpathologisierung illegalen Konsums birgt (Heinz et al., 2022). Funktional weist § 12 SMG deutliche Merkmale eines verwaltungsrechtlichen Instruments auf, da er primär der gesundheitsbezogenen Abklärung, Risikoeinschätzung und Verhältnismäßigkeitsprüfung dient. Seine derzeitige Einbettung in einen strafrechtlichen Kontext ist historisch und ordnungspolitisch erklärbar, steht jedoch in einem Spannungsverhältnis zu seiner praktischen Ausrichtung. Diese hybride Konstruktion verdeutlicht die Ambivalenz zwischen repressiver Drogenpolitik und gesundheitsorientierten Steuerungsmechanismen. Zusammenfassend soll betont werden, dass eine zukunftsorientierte und evidenzbasierte Drogenarbeit den verantwortungsvollen Umgang mit psychoaktiven Substanzen ermöglichen muss – nicht durch moralische Sanktionierung, sondern durch Aufklärung, Schadensminimierung und eine kulturelle Etablierung des Konsums jenseits von Delinquenz und Stigma. Das Therapie- und Hilfesystem für Menschen,

die dennoch in eine Abhängigkeit geraten, hat lebenswelt-, gender- und biografieorientiert gestaltet zu sein. Günter Amendt (2004) fordert eine Politik der praktischen Vernunft, die Drogenkonsum als gesellschaftliche Realität anerkennt, auf Aufklärung statt Verbotsdrohung setzt, alle Substanzen gleich behandelt und negative Effekte restriktiver Politik wie Schwarzmarkt und Stigmatisierung bekämpft und werbliche Einflussnahme – einschließlich medialer Dramatisierung – begrenzt. Eine solche Haltung entspricht nicht nur modernen Prinzipien der Harm Reduction, sondern spiegelt sich auch im österreichischen SMG dort wider, wo durch Diversionmöglichkeiten (§ 11 Abs. 2 SMG) Therapie vor Strafe gestellt wird. Eine Drogenpolitik der Vernunft stellt keinen naiven Liberalismus dar, sondern einen informierten, humanistischen und verhältnismäßigen Umgang mit Substanzkonsum im Spannungsfeld zwischen individueller Freiheit, öffentlicher Gesundheit und sozialer Verantwortung. Schätzungen zufolge setzt der illegale Drogenmarkt in Österreich über eine Milliarde Euro pro Jahr um (Bundeskriminalamt, 2025), während auf europäischer Ebene allein der Cannabismarkt einen Mindestwert von 12,1 Milliarden Euro erreicht (EMCDDA, 2024). Diese ökonomischen Größen verdeutlichen, dass erhebliche Ressourcen in Schwarzmarktstrukturen gebunden sind, während Einrichtungen der Drogenhilfe chronisch unterfinanziert bleiben. Der Zielkonflikt zwischen restriktiver Strafverfolgung und effizienter gesundheitlicher Versorgung wird dadurch nicht nur ethisch, sondern auch ökonomisch manifest.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Univ.-Prof. Dr. Birgit Ursula Stetina

ist Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Forensische Psychologin und Psychotherapeutin (VT). Aktuell ist sie Leiterin der Psychologischen Universitätsambulanz an der Fakultät für Psychologie der Sigmund Freud Privatuniversität in Wien und Leiterin des Fachbereiches Klinische Psychologie.

Stefan Tatschl, MA

ist Klinischer Sozialarbeiter; langjährige Berufserfahrung im Suchtbereich. Er war von 2005 bis 2015 ehrenamtlich als Notfallsanitäter beim Roten Kreuz engagiert. Für seine Masterarbeit im Bereich Suchtforschung erhielt er 2017 den Forschungsförderungspreis der Stiftung Anton-Proksch-Institut Wien.

Therapie statt Strafe

Anspruch, Realität und fachliche Grenzen sachverständiger Begutachtung nach § 39 SMG



von Dorothea Stella-Kaiser

Foto: © Doro_Portrait

Suchterkrankungen stehen nie für sich allein. Sie sind fast immer eingebettet in eine komplexe Lebenssituation, die den Therapieverlauf wesentlich beeinflusst. Wohnsituation, soziale Einbindung, familiäre Beziehungen, finanzielle Sicherheit und eine geregelte Tagesstruktur sind entscheidende Faktoren dafür, ob therapeutische Fortschritte stabilisiert werden können.



und Isabell Ginzl

Foto: © Karin Stöttinger

jedoch, dass zwischen diesem Anspruch und der Realität der Betroffenen oftmals erhebliche Spannungsfelder bestehen. Besonders deutlich werden diese im Rahmen der sachverständigen Begutachtung.

Eine zentrale Rolle kommt dabei der klinisch-psychologischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Begutachtung zu. Sie bildet die Grundlage gerichtlicher Entscheidungen darüber, ob und in welcher Form eine gesundheitsbezogene Maßnahme nach § 39 SMG in Betracht kommt. Aufgabe der Sachverständigen ist es, auf Basis eines ausführlichen Gesprächs, der Aktenlage und fachlicher Erfahrung zu beurteilen, ob eine behandlungsbedürftige Suchterkrankung vorliegt und ob eine Therapie unter den gegebenen Umständen sinnvoll, zumutbar und nicht offensichtlich aussichtslos erscheint. Diese Einschätzung erfolgt stets individuell und darf weder schematisch noch rein formal vorgenommen werden.

Am Beginn jeder Begutachtung steht die diagnostische Abklärung. Nur wenn tatsächlich eine Abhängigkeitserkrankung im Sinne der geltenden diagnostischen

Kriterien (ICD-10) festgestellt werden kann, ist der Anwendungsbereich des § 39 SMG eröffnet. Dabei geht es nicht allein um das Vorhandensein von Substanzkonsum, sondern um dessen Bedeutung für das Leben der betroffenen Person. Entscheidend sind unter anderem Dauer und Intensität des Konsums, Kontrollverlust, Rückfallneigung sowie die Auswirkungen auf Arbeit, Beziehungen, Gesundheit und soziale Stabilität. Erst auf dieser Grundlage kann seriös beurteilt werden, ob eine Therapie medizinisch und psychologisch/psychotherapeutisch indiziert ist.

An die Diagnosestellung schließt sich die Frage an, welche Behandlungsform geeignet erscheint. Die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Therapie hängt nicht ausschließlich von der konsumierten Substanz ab. Vielmehr ergibt sie sich aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren, darunter die Schwere und Dauer der Abhängigkeit, das Vorliegen von Mehrfachkonsum, psychische oder körperliche Begleiterkrankungen, frühere Therapieversuche sowie die aktuelle Lebenssituation. Gerade bei langjährigem Konsum hochwirksamer Substanzen, bei mehrfachen Abhängigkeiten oder bei eingeschränkter Fähigkeit zur Selbststeuerung ist eine stationäre Behandlung aus fachlicher Sicht häufig notwendig.

Der geschützte Rahmen stationärer Therapieeinrichtungen bietet die Möglichkeit, sich zunächst zu stabilisieren – medizinisch, psychisch und sozial. Neben der Behandlung körperlicher Entzugssymptome ermöglicht er eine intensive psychotherapeutische Auseinandersetzung mit der eigenen Suchterkrankung. Insbesondere die Phase des

Mit dem im § 39 des österreichischen Suchtmittelgesetzes (SMG) verankerten Grundsatz „Therapie statt Strafe“ verfolgt der Gesetzgeber einen gesundheits- und resozialisierungsorientierten Ansatz im Umgang mit suchtkranken Straftätern. Menschen, deren strafbares Verhalten in engem Zusammenhang mit einer Suchterkrankung steht, soll anstelle des Strafvollzugs die Möglichkeit einer Behandlung eröffnet werden. In der praktischen Umsetzung zeigt sich

Entzugs und der frühen Abstinenz ist für viele Betroffene mit starken körperlichen, emotionalen und psychischen Belastungen verbunden. Ohne klare Struktur, verlässliche Begleitung und ein tragfähiges therapeutisches Setting ist das Risiko eines frühen Therapieabbruchs oder rascher Rückfälle entsprechend hoch.

Suchterkrankungen stehen jedoch nie für sich allein. Sie sind fast immer eingebettet in eine komplexe Lebenssituation, die den Therapieverlauf wesentlich beeinflusst. Wohnsituation, soziale Einbindung, familiäre Beziehungen, finanzielle Sicherheit und eine geregelte Tagesstruktur sind entscheidende Faktoren dafür, ob therapeutische Fortschritte stabilisiert werden können. Eine unterstützende Umgebung kann vorhandene Ressourcen stärken, während instabile oder prekäre Lebensverhältnisse das Rückfallrisiko deutlich erhöhen.

Hier zeigt sich eines der zentralen Spannungsfelder sachverständiger Begutachtung: Nicht jede fachlich notwendige Therapie ist unter den realen Lebensbedingungen auch sinnvoll umsetzbar. Besonders deutlich wird dies bei Menschen mit unsicherem oder ungeklärtem Aufenthaltsstatus. Zwar kann eine Therapie rechtlich ermöglicht werden und eine Abschiebung für die Dauer der Maßnahme ausgesetzt sein, häufig fehlt jedoch eine realistische Perspektive für die Zeit danach. Ohne Aussicht auf Wohnraum, legale Erwerbsmöglichkeiten oder soziale Integration ist der Übergang von einer stationären Einrichtung in ein selbstständiges, suchtfreies Leben erheblich erschwert. In solchen Fällen stellt sich aus fachlicher Sicht die Frage, ob eine Therapie tatsächlich nachhaltig wirken kann oder ob sie trotz guter Absicht an strukturellen Rahmenbedingungen scheitert.

Ein weiterer, in der Praxis oft unterschätzter Aspekt betrifft sprachliche Barrieren. Psychotherapie lebt von Beziehung, Verständigung und dem gemeinsamen Verstehen innerer Erfahrungen. Fehlende oder eingeschränkte Sprachkenntnisse erschweren nicht nur die Teilnahme an Gruppentherapien, sondern auch den Alltag in einer Therapeutischen Gemeinschaft. Für Menschen mit Suchterkrankungen, die häufig Schwierigkeiten in der

Emotionsregulation, der Selbstreflexion und im sozialen Miteinander haben, stellt dies eine zusätzliche Belastung dar und begrenzt die therapeutischen Möglichkeiten.

Auch zeitliche Rahmenbedingungen spielen eine wesentliche Rolle. Die gesetzlich vorgesehene maximale Dauer stationärer Therapiephasen von sechs Monaten ist in vielen Fällen knapp bemessen. Bei schweren und langjährig bestehenden Abhängigkeitserkrankungen reicht dieser Zeitraum oft nicht aus, um eine ausreichende Stabilisierung für den Übergang in eine ambulante Weiterbehandlung zu erreichen. Umso wichtiger wäre eine frühzeitige und realistische Planung der nächsten Schritte bereits während des stationären Aufenthalts, insbesondere in Bezug auf Wohnen, soziale Unterstützung und Tagesstruktur.

Besonders anspruchsvoll gestaltet sich die Beurteilung von Behandlungserfolgen, insbesondere im Zusammenhang mit § 40 SMG. Sachverständige werden häufig dann beigezogen, wenn Therapien unterbrochen, gewechselt oder vorzeitig beendet wurden. Dabei stellt sich die Frage, wie Erfolg sinnvoll definiert werden kann. Ist eine längere, engagierte Therapiephase bedeutungslos, wenn sie nicht bis zum vorgesehenen Ende durchgeführt wurde? Oder können auch Teilfortschritte, längere abstinente Phasen, verbesserte Krankheitseinsicht und gewonnene Stabilität als relevante therapeutische Erfolge gewertet werden? Eine solche Beurteilung erfordert eine differenzierte, verlaufsorientierte Betrachtung und lässt sich nicht allein an formalen Kriterien festmachen.

Die Begutachtung nach § 39 SMG bewegt sich somit im Spannungsfeld zwischen rechtlichem Auftrag, klinischer Erfahrung und sozialer Realität. Sie verlangt keine idealisierten Lösungen, sondern ehrliche, fachlich fundierte Einschätzungen dessen, was unter den gegebenen Umständen tatsächlich erreichbar erscheint. Nur auf dieser Grundlage kann das Prinzip „Therapie statt Strafe“ seinem Anspruch gerecht werden – nicht als gut gemeinte gesetzliche Vorgabe, sondern als reale Chance auf nachhaltige Veränderung.

Fazit

Die klinisch-psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische

Begutachtung von Menschen mit Suchterkrankungen im Kontext des § 39 SMG stellt einen komplexen Abwägungsprozess dar. Neben individuellen Faktoren wie Krankheitseinsicht, Motivation, psychischer Stabilität und vorhandenen Ressourcen müssen stets auch äußere Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, darunter Wohnsituation, soziale Einbindung, rechtlicher Status und die Verfügbarkeit weiterführender Behandlungsangebote. Die gesetzliche Vorgabe, wonach eine Therapie „nicht offenbar aussichtslos“ sein darf, ist bewusst weit gefasst. Eine offensichtliche Aussichtslosigkeit lässt sich zum Zeitpunkt der Begutachtung jedoch nur selten mit ausreichender Sicherheit feststellen. Sachverständige können vielmehr auf erschwerte Bedingungen, ungünstige Ausgangslagen und erhöhte Risiken hinweisen, nicht jedoch verlässliche Prognosen über ein zukünftiges Scheitern treffen.

Aus fachlicher Sicht wäre es daher sinnvoll, den Fokus weniger auf die Frage der offensichtlichen Aussichtslosigkeit zu legen, sondern stärker auf eine nachvollziehbare Einschätzung bestehender Erfolgsaussichten. Klarer definierte Kriterien, die förderliche Voraussetzungen, realistische Entwicklungsperspektiven und notwendige strukturelle Rahmenbedingungen abbilden, könnten zu transparenteren und besser verständlichen Entscheidungen beitragen – im Interesse der Betroffenen, der behandelnden Einrichtungen und der Justiz.

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Dorothea Stella-Kaiser

ist Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige, als Sachverständige tätig seit 1992, im Einzelfall beeidigt ab 1992, allgemeine Beeidigung seit 2005.

Mag.^a Isabell Ginzel

ist Psychotherapeutin seit 2003, Systemische Therapie, klinische Hypnose, allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige seit 2010.

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 konzipieren suchtpreventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und zeigen Strategien für einen konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen. Das Repertoire in diesem Bereich ist vielfältig und individuell zugleich, abgestimmt auf die Nöte und Anforderungen des jeweiligen Unternehmens und seiner Mitarbeiter*innen.

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, Mitarbeiter*innen 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.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene individuelle Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter*innen des Beratungs- & Betreuungsteams. Unsere Berater*innen sind in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche können in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort stattfinden, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legal und illegal)
- 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
- Klient*innen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- Klient*innen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren möchten
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG)
- Angehörige

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie 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 Klient*innen 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 Klient*innen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach §35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG), da der Bund die stationären Behandlungskosten nur bis zu einem Ausmaß von 6 Monaten übernimmt.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener Klient*innen statt. Sie haben die Möglichkeit, sich nach einem körperlichen Teil- oder Vollentzug, einer stationären Reha-Entwöhnung in der Dauer von 1 bis 3 Monaten im Sonderkrankenhaus Marienhof zu unterziehen. Mit »Alkohol. Leben können.« gibt es neue Möglichkeiten für die Betreuung, welche ganz auf die individuelle Situation der/des Betroffenen zugeschnitten ist.

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie ist gedacht für jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, Multimorbiditätsklient*innen 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 missbrauchten (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.

Ziel ist die nachhaltige Rehabilitation und Integration der Klient*innen. Gewöhnung an ein abstinent oder substituiertes, ohne Beikonsum, zu führendes, 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 sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für **Wiener Klient*innen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte Klient*innen (Drogen, Alkohol etc.) als auch für substituierte Klient*innen und für Klient*innen mit einer substanzgebundenen (Drogen, Alkohol etc.) sowie für Klient*innen mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung (z.B. Spielsucht) 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 Klient*innen 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 Folgebehandlungsmodell. 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 Verein *Grüner Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs-/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

Klient*innen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof. Die Dauer der Behandlung beträgt bei Alkohol und illegalen Substanzen 4 Wochen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation muss im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug erfolgen, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul (1 Monat) oder ein längeres (min. 3 Monate) stationäres und danach ein ambulantes Modul (3 bis 24 Monate) anschließen muss.

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

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 Klient*innen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird Klient*innen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit (1 Jahr, Möglichkeit der Verlängerung auf 1 1/2 Jahre) zu erhalten. Die Transitmitarbeiter*innen 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 Klient*innen und Exklient*innen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen Facharbeiter*innenausbildungen 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 Klient*innen ist nach Beendigung der Transitmitarbeiter*innenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Zieloffene, akzeptierende Suchtarbeit im Strafvollzug

Konzeption und Umsetzung in der Maßnahmenabteilung der Justizanstalt Innsbruck

Einleitung

Menschen mit substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sind im österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug deutlich überrepräsentiert. Gleichzeitig stellt der Haftkontext aufgrund seines Zwangscharakters, der sicherheitsorientierten Logik und institutioneller Abstinenzenerwartungen besondere Anforderungen an suchtherapeutische Arbeit. Therapeutische Konzepte bewegen sich hier stets im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und Unterstützung sowie zwischen normativen Zielvorgaben und individueller Veränderungsdynamik.

Vor diesem Hintergrund dominieren im Vollzug nach wie vor abstinenzorientierte Zugänge. Akzeptierende und zieloffene Ansätze gelten hingegen häufig als schwer umsetzbar oder sicherheitsrelevant problematisch. Die Praxis zeigt jedoch, dass gerade bei langjährig suchtkranken und mehrfach vorbelasteten Inhaftierten rein abstinenzorientierte Erwartungen häufig zu Therapieabbrüchen, verdecktem Konsum oder dem vollständigen Rückzug aus therapeutischen Angeboten führen.

Die Maßnahmenabteilung der Justizanstalt Innsbruck verfolgt daher bewusst einen zieloffenen und akzeptierenden Ansatz in der Suchtarbeit. Ziel ist es, auch unter den Bedingungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs einen therapeutischen Rahmen zu schaffen, der individuelle Entwicklungsprozesse ermöglicht, Rückfälle professionell bearbeitet und Veränderungsbereitschaft stärker gewichtet als formale Abstinenznachweise. Der Beitrag beschreibt die konzeptionellen Grundlagen dieses Ansatzes, zentrale Praxisprinzipien sowie typische Spannungsfelder in der Umsetzung.

Rahmenbedingungen der Maßnahmenabteilung

Die Maßnahmenabteilung der Justizanstalt Innsbruck umfasst 34 Haftplätze und wird im Wohngruppenvollzug geführt. Die räumliche und organisatorische Struktur ermöglicht ein hohes Maß an Alltagsnähe, Eigenverantwortung und sozialer Interaktion. Neben überwiegend Einzelhaftzellen stehen Gemeinschaftsbereiche und Außenflächen zur Verfügung, die gezielt

zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Alltagsstrukturierung genutzt werden. Die Abteilung richtet sich an männliche Untergebrachte gemäß § 22 StGB sowie an männliche Strafgefangene mit stoffgebundenem Substanzmissbrauch, die sich für eine Entwöhnungsbehandlung gemäß § 68a StVG interessieren. Die Behandlungsdauer beträgt mindestens sechs Monate und kann bis zu zwei Jahre umfassen. Grundlage der Arbeit ist die Anerkennung von Sucht als Erkrankung sowie ein – innerhalb des Vollzugsrahmens – akzeptanzorientierter Zugang.

Zieloffenheit und Akzeptanz als therapeutische Grundhaltung

Zieloffenheit bildet einen zentralen Pfeiler der suchtherapeutischen Arbeit in der Maßnahmenabteilung. Sie wird nicht als Abkehr von Abstinenz verstanden, sondern als Anerkennung individueller Ausgangslagen, unterschiedlicher Veränderungsgeschwindigkeiten und variierender Zielsetzungen. Therapeutische Ziele bewegen sich entlang eines Kontinuums von Schadensminderung über Konsumreduktion bis hin zu Abstinenz. Diese Haltung trägt der Erfahrung Rechnung, dass viele Insassen langjährige Suchtverläufe, multiple Vorbehandlungen und wiederholte Haftaufenthalte vorweisen. Abstinenz kann für einen Teil der Betroffenen ein realistisches Ziel darstellen, für andere

jedoch erst ein langfristiges Entwicklungsziel sein oder nicht als Zielsetzung adäquat erscheinen.

Akzeptanz bedeutet dabei weder Verharmlosung von Substanzkonsum noch das Aussetzen vollzuglicher Regeln. Rückfälle oder positive Testungen stellen für sich genommen keinen Grund für einen Therapieabbruch dar, sondern werden als therapeutischer Anlass genutzt, um auslösende Faktoren, Risikosituationen und Bewältigungsstrategien gemeinsam zu reflektieren. Gleichzeitig bleiben sicherheitsrelevante Anforderungen handlungsleitend, etwa bei der Gewährung oder Aussetzung von Vollzugslockerungen.

Veränderungsbereitschaft als zentrales Steuerungskriterium

Ein wesentliches Merkmal der Maßnahmenabteilung ist die konsequente Ausrichtung der therapeutischen Steuerung über die Veränderungsbereitschaft der Betroffenen. Diese wird nicht als stabile Eigenschaft, sondern als dynamischer Prozess verstanden, der sich im Verlauf der Behandlung entwickeln, stagnieren oder sich auch wieder verlieren kann.

Die zieloffene Grundhaltung ist dabei eng mit einem risikoorientierten Behandlungsverständnis verknüpft. Über die gezielte Reduktion individueller Risikofaktoren – etwa komorbider psychiatrischer Erkrankungen, Persönlichkeitsakzentuierungen



Foto: © Justizanstalt Innsbruck

oder eingeschränkter Selbstregulationsfähigkeiten – soll nicht nur eine Stabilisierung im Haftalltag, sondern auch eine nachhaltige Verbesserung der Legalprognose erreicht werden. Um Veränderungsbereitschaft nicht nur intuitiv, sondern nachvollziehbar einzuschätzen, arbeitet die Maßnahmenabteilung mit unten stehendem Evaluationsschema, welches regelmäßig im multidisziplinären Team evaluiert wird (Tabelle 1).

Das Evaluationsschema ist bewusst mehrstufig aufgebaut. Die Alltagstauglichkeit bildet die grundlegende Voraussetzung für die Integration in den Wohngruppenvollzug und ist damit unmittelbar mit der Sicherheit aller Beteiligten verknüpft. Dies betrifft sowohl die Sicherheit der Insassen und Untergebrachten untereinander – insbesondere vor dem Hintergrund einer offenen Wohngruppe mit rund um die Uhr zugänglichen allgemeinen Bereichen – als auch die Sicherheit der auf der Abteilung tätigen Bediensteten. Eine ausreichende Integrationsfähigkeit in die Wohngruppe sowie die Beachtung von Regeln und Pflichten stellen damit die Basis für ein tragfähiges und sicheres Zusammenleben im offenen Setting dar. Die Therapietauglichkeit stellt in einem weiteren Schritt die Voraussetzung für die Initiierung und Aufrechterhaltung eines therapeutischen Veränderungsprozesses dar. Sie ermöglicht die Bearbeitung individueller Risikofaktoren mit dem Ziel einer nachhaltigen Reduktion und damit einhergehend einer Verbesserung der Legalprognose. Bleiben Insassen oder Untergebrachte in einzelnen

Bereichen der Alltags- oder Therapietauglichkeit hinter den Erwartungen zurück, wird die Veränderungsbereitschaft zum zentralen Kriterium für die Fortsetzung der Behandlung. Maßgeblich ist dabei nicht die formale Zielerreichung, sondern die Bereitschaft, bestehende Defizite offen zu thematisieren, Verantwortung für den eigenen Entwicklungsprozess zu übernehmen und therapeutisch an einer Verbesserung mitzuwirken.

Therapieangebot und multiprofessionelle Zusammenarbeit

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Rolle der Justizwache zu. Justizwachebedienstete sind nicht ausschließlich für Sicherheit und Ordnung zuständig, sondern aktiv in den therapeutischen Alltag eingebunden. Durch ihre kontinuierliche Präsenz und den engen Kontakt mit den Insassen nehmen sie eine zentrale Beobachtungs- und Vermittlungsfunktion ein.

Im Spannungsfeld zwischen therapeutischer Haltung und vollzuglichen Anforderungen tragen sie wesentlich dazu bei, zieloffene Suchtarbeit praktisch umsetzbar zu machen. Gespräche zu Suchtdruck, Krisen oder Regelverstößen finden häufig niederschwellig im Alltag statt und ergänzen die formalen therapeutischen Settings. Diese Einbindung unterstützt eine gemeinsame Haltung im Team und trägt dazu bei, Akzeptanz und klare Grenzsetzungen nicht als Widerspruch, sondern als komplementäre Elemente professioneller Suchtarbeit im Strafvollzug zu gestalten. Das therapeutische Angebot der Maß-

nahmenabteilung umfasst klinisch-psychologische und psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, psychoedukative Angebote, Selbsthilfegruppen sowie ergänzende Maßnahmen wie Sport, Bewegungstherapie, soziale Kompetenztrainings und Ergotherapie. Auch begleitete Gruppenausgänge und Ausgänge zur Abstinenzproben sind explizit Teil des Konzepts. Zentral für die Umsetzung ist die enge multiprofessionelle Zusammenarbeit. Zum Behandlungsteam gehören Justizwachebedienstete, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, der psychiatrische Dienst, Ergotherapeut:innen und der soziale Dienst. Entscheidungen zu Aufnahme, Ablösung oder therapeutischen Schritten werden im Team getroffen.

Spannungsfelder und Grenzen

Die Umsetzung zieloffener, akzeptierender Suchtarbeit im Strafvollzug ist mit strukturellen Spannungsfeldern verbunden. Dazu zählen institutionelle Abstinenzernwartungen, sicherheitsrelevante Vorgaben sowie begrenzte Möglichkeiten freiwilliger Teilnahme im Zwangskontext Haft. Akzeptanz bedeutet daher nicht Regellosigkeit, sondern eine differenzierte Abwägung zwischen therapeutischer Haltung und vollzuglichen Erfordernissen. Grenzen zeigen sich insbesondere dort, wo trotz intensiver Bemühungen keine Veränderungsbereitschaft aufgebaut werden kann.

Fazit

Die Erfahrungen aus der Maßnahmenabteilung der Justizanstalt Innsbruck zeigen, dass zieloffene und akzeptierende Suchtarbeit auch im Zwangskontext Haft möglich ist, sofern sie auf einer klaren fachlichen Haltung, verbindlichen Strukturen und einer tragfähigen multiprofessionellen Zusammenarbeit basiert. Zieloffenheit erweist sich dabei nicht als Gegenentwurf zu abstinenzorientierten Konzepten, sondern als notwendige Ergänzung, die der Komplexität von Abhängigkeitserkrankungen Rechnung trägt und sowohl therapeutisch als auch vollzuglich anschlussfähig ist.

Maßnahmenabteilung Justizanstalt Innsbruck
 Maßnahmenabteilung im offenen Wohngruppenvollzug (34 Plätze) für männliche Untergebrachte (§ 22 StGB) und Strafgefangene mit stoffgebundenem Substanzmissbrauch (§ 68a StVG). Zieloffene, akzeptierende Suchtarbeit mit Fokus auf Veränderungsbereitschaft statt formaler Abstinenz. Behandlungsdauer sechs Monate bis zwei Jahre. Ziel ist die Reduktion deliktrelevanter Risikofaktoren und die Verbesserung der Legalprognose durch multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Evaluationsschema zur Eignungseinschätzung	
Alltagstauglichkeit	Therapietauglichkeit
Integrationsfähigkeit in die Wohngruppe Respektieren persönlicher Grenzen anderer Toleranz bzgl. Ethnie, Religion, Art des Konsums und Delikt gegenüber Mitinsassen gewaltfreie Kommunikation	Reflexionsfähigkeit kritisches Hinterfragen eigener Überzeugungen, Handlungsschemata und Rollen in verschiedenen sozialen Kontexten
Beachtung von Regeln und Pflichten Einhaltung der Hygienestandards im Haftraum und in den Gemeinschaftsräumen der Abteilung respektvolles Verhalten gegenüber Bediensteten und sorgsamer Umgang mit Anstaltseigentum Befolgung von Anweisungen der Bediensteten Einhaltung der Arbeitspflicht	Commitment Bereitschaft, am therapeutischen Prozess proaktiv mitzuwirken pünktliches Erscheinen und regelmäßige Teilnahme an den therapeutischen Angeboten und Aktivitäten der Abteilung
Veränderungsbereitschaft Bereitschaft, individuelle Ziele zu definieren und diese – mit Unterstützung des Behandlungsteams – zu verfolgen aufrechte Veränderungsbereitschaft, wenn oben genannte Kompetenzen hinter den Anforderungen und Erwartungen zurückbleiben Bereitschaft, einen Rückfall offen darzulegen, zu reflektieren und therapeutisch zu bearbeiten	

Tabelle 1: Mehrstufiges Evaluationsschema zur Beurteilung von Alltagstauglichkeit, Therapietauglichkeit und Veränderungsbereitschaft

*Literatur von Patient*innen aus der »Schreibwerkstatt«*

Wenn die Seele bricht

Ja, ich verkaufte mich.

Spielte jedes Mal mit. Hab so getan als wäre es ok.

Doch in Wahrheit tat es weh. Ich brach mein Herz, meine Seele!

Und das Schlimmste war, dass ich meine Psyche quäle. Nur für Geld zum Überleben. Denn ohne Geld lässt es sich nicht leben.

So etwas zu tun für Geld, glaubt mir: Das ist die Hölle auf der Welt.

Denn wenn man sich verkauft, man immer den Kummer ertränkt und sauft.

Drogen nimmt um alles auszuhalten. Ganz tief unten in dunklen Spalten.

Als ich Vater war, wurde mir absolut klar: Ich kann mich nicht mehr verkaufen, denn ich muss jetzt mit Verantwortung rumlaufen.

Zeit heilt alle Wunden. Doch diesen Schmerz den musste ich erst abrunden.

Mein Wunsch war es glücklich zu sein. Doch die Gedanken waren schwer gemein. Sie ließen mich nicht in Ruh. Alles was ich wollte: Um jeden Preis zu.

Verdrängen war nicht drin. Trotz dieser Vergangenheit war ich auf einmal in.

Wie ein Hype ich war bereit. Musik kam in mein Leben. Und zeigte mir: Ich kann schreiben und in Reimen reden.

Das Leben veränderte mich. Positive Vibes ich vergaß den Strich.

Mein Sohn vergibt mir meine Vergangenheit. Ich bin das Jammern leid.

Aufgeben tut man einen Brief. Knast macht hart, viel ging schief.

Alles was ich jetzt bin. Ist für mich ein absoluter Gewinn. Denn mittlerweile bin ich wieder stolz. Fühl mich hart wie Stahl nicht weich wie Holz.

Mein Ego bricht während diesem Lied. Ja es nimmt mich regelrecht mit.

Doch ich beweise jetzt jedem: Ich habe mich im Griff, das ist mein Leben.

Deja vu / Die Facetten der Hoffnung

Jetzt schon wieder auf Therapie. Jetzt weiß ich nicht mehr, ob ich es überhaupt schaffen kann, clean zu werden, clean zu bleiben. Jetzt kommen die Zweifel, ob ich überhaupt noch Kraft hab. Diese Zweifel kommen oft. Diese Zweifel an mir selbst. Diese Zweifel an Therapie. Doch ein Hauch Hoffnung keimt im geschützten Rahmen wieder auf. Ein Hauch Hoffnung auf Perspektive. Ein Hauch Hoffnung die Sucht unter Kontrolle zu bekommen. Ein Hauch Hoffnung auf einen lebensfrohen Oli.

Sobald der geschützte Rahmen wegfällt ist es so, als wäre ich nie auf Therapie gewesen. Sobald er wegfällt die gleichen Probleme wie zuvor. Sobald er wegfällt, wieder die Nadel. Sobald er wegfällt keine Veränderung, nur ein weiteres verlorenes Jahr. Doch die Hoffnung ging schon wieder verloren. Die verlorene Hoffnung, clean mit dem Leben klarzukommen. Die verlorene Hoffnung, dass mir Therapie helfen kann.

Auch die nächste stationäre Therapie brachte dasselbe. Nur noch viel schneller und tiefer stürzte ich ab. Die Buntheit des Lebens vergraute. Die Höhepunkte des Konsums flachten nicht nur ab, sie wurden zu Tälern aus denen ich mich, mit noch mehr versuchte zu flüchten. Die Wärme, einst gespendet von Substanzen, ließ mich innerlich mehr und mehr erfrieren. Der Glanz in meinen Augen verschwand.

Doch ich dachte oft an die Hoffnung es raus zu schaffen. Die Hoffnung, nicht verschwitzt aufzuwachen und sofort zur Apotheke zu müssen. Die Hoffnung, nicht mehr seine Freunde anzulügen, nur um sich fort zu schleichen, auf ein ranziges Klo, seinen nächsten Turn zu holen, damit man seinen Durst nach Rausch stillen kann. Die Hoffnung auf einen normalen Urlaub, ohne seinen Arzt schon wieder um ein Rezept anbetteln zu müssen.

Dieses Rezept, nach dem man viel zu oft fragen musste. Dieses Rezept, welches einem in der Sucht helfen sollte, sie aber nur schlimmer macht. Dieses Rezept welches einem etwas Freiheit ermöglichen sollte, aber einen immer weiter in die Gefangenschaft treibt. Dieses Rezept damit man funktioniert. Dieses Rezept für sein tägliches Morph, für seinen täglichen Schuss.

Doch ewige Hoffnung verblasste immer mehr. Die ewige Hoffnung auf Normalität. Die ewige Hoffnung weg zu kommen, doch es gab kein weg. Leben war Konsum und Konsum war Leben. Die ewige Hoffnung, alles zu vergessen. Vergessen ging nicht mehr! Es half kein Rausch! Es half kein Mischkonsum! Es half kein mehr, mehr, mehr.

Doch als alles verloren schien und ich mich selbst aufgab, kam neue Hoffnung. Neue Hoffnung dank einer Freundin, die mir anbot bei ihr zu wohnen. Neue Hoffnung, denn ich schaffte es dank ihr weniger zu konsumieren. Neue Hoffnung, da ich endlich wieder klare Gedanken sammeln konnte. Neue Hoffnung auf Therapie.

Therapeutischer Umgang mit straffälligen Klient*innen



Foto: © Florian Hirschmann

von Barbara Schreder-Gegenhuber

Bevor auf den therapeutischen Umgang mit straffälligen Klient*innen 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 beispielsweise im Umgang mit Homosexualität, die historisch kriminalisiert war, strafrechtlich heute jedoch völlig außer Streit steht. Es ist heute kaum mehr vorstellbar, dass diese in Österreich bis zum Jahr 1971 verboten war. Auch der Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen verdeutlicht dies: Bis 1975 waren sie in Österreich gänzlich strafbar, erst die Einführung der Fristenlösung sicherte das Selbstbestimmungsrecht schwangerer Frauen rechtlich ab. Weltweit bestehen weiterhin unterschiedliche Zugänge und zuletzt werden gesellschaftspolitisch getragene Diskussionen um Rückschritte im weiblichen Selbstbestimmungsrecht wieder lauter. 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. In immer mehr Ländern ist der Konsum oder Besitz von Cannabis entkriminalisiert oder gar legalisiert, während dies in Österreich weiterhin verboten ist. 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) Klient*innen 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 physischen, psychischen oder sexuellen Gewalterfahrungen, bei einem nicht unerheblichen Teil der Abhängigen zur Entwicklung der Sucht beigetragen hat. Nicht alle Drogenabhängigen sind Täter*innen, 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*innen 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 Suchtmittelgesetz (SMG) von gesundheitsbezogenen Maßnahmen, womit die Behandlung nicht nur auf psychotherapeutische Maßnahmen eingeengt 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.

Nichtsdestotrotz haben Klient*innen, die mit einer Auflage nach § 39 SMG zur Therapie statt Strafe in Behandlung sind, noch immer einen schlechten Ruf. Sie seien weniger motiviert als Patient*innen, die sich ohne richterliche Auflage zu einer Therapie anmelden, sie wollten 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 Patient*innen mit und Patient*innen ohne Therapieauflage 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 Hausärztin, die Klient*innen mit hohem Nachdruck zu einer Therapie motivieren. Sogar Patient*innen, 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 Klient*innengruppe der Drogenabhängigen mit richterlicher Therapieweisung anhaftet, unberechtigt ist. Die häufig vorhandene Idealisierung von „freiwilligen“ Klient*innen überschätzt die Realität. Gerade im Bereich von Abhängigkeitserkrankungen gibt es kaum jemanden, 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 kommen motivationsfördernden Maßnahmen und dem Bearbeiten und Verringern von Ambivalenzen in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine wesentliche Rolle zu. Gemeinsam mit den Klient*innen 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 zwischen Klient*innen mit und ohne richterliche Weisung zur Therapie hinsichtlich ihrer Therapiemotivation marginal. Insofern ist eine getrennte Behandlung von Abhängigen mit und jenen 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 Klient*innengruppe 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 Klient*innen, bei denen die Suchterkrankung begleitender Umstand einer weiteren Problematik ist. Sei dies eine massive Aggressionsproblematik, die im Zustand der Berauschung 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 Haft Erfahrungen. Haft ist für viele Suchtkranke ein immer wiederkehrender Bestandteil des Lebens, der zwar nicht immer nur negativ gesehen wird, jedoch bei wiederkehrenden längeren Aufenthalten zu Schädigungen führen kann. Viele Klient*innen 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. Insass*innen 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 Haft Erfahrungen 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 Schwierigkeiten führen, für die Insass*innen selbst oder auch für involvierte Mitgefangene. 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, jemanden in einer therapeutischen Gruppe auf Rückfälle anzusprechen, und dies kein „Wamsen“, wie der Verrat im Gefängnisjargon heißt, darstellt, muss erst erlernt werden. Die Betreuungsperson ist nicht mehr der*die Vertreter*in eines autoritären Systems, sondern im besten Fall Begleiter*in 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 höherschwelligen psychotherapeutischen Maßnahmen alleine nicht erreichbar sind. Ziel sollte die individuelle bedürfnisorientierte Behandlung sein, um ein Drehtürgefängnis für straffällig gewordene Abhängige zu vermeiden.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Dr.ⁱⁿ Barbara Schreder-Gegenhuber, MA
ist Klinische- und Gesundheitspsychologin,
Geschäftsführerin des Schweizer Haus Hadersdorf,
Leiterin der Gesundheitsgreisslerei.

Resozialisierungsmaßnahmen delinquenten suchtkranker Menschen im Kontext der Therapeutischen Gemeinschaft



Mirko Birnstein

Durch das Leben und das Lernen im sozialen Kontext der Therapeutischen Gemeinschaft sollen diesbezügliche Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden. Die durch die Sucht und in weiterer Folge Kriminalität gewachsenen destruktiven Milieus bedürfen einer notwendigen grundlegenden Lebensstilveränderung und des Aufbaues gesunder und tragfähiger „Identitätsbereiche“.

Laut Bundesministerium für Justiz ist der österreichische Strafvollzug ein moderner Betreuungsvollzug, der die Menschenrechte und die Resozialisierung/Reintegration der Insass*innen in die Gesellschaft ins Zentrum stellt. Somit können suchtkranke Insass*innen unter bestimmten Bedingungen dem Freiheitsentzug entgehen und sich einer entsprechenden gesundheitsbezogenen Maßnahme unterziehen. Durch gesundheitsbezogene Maßnahmen soll den suchtkranken Straftäter*innen die Möglichkeit gegeben werden, sich mit ihrer Suchterkrankung auseinanderzusetzen, während eine weitere Strafvollziehung, insbesondere die des Freiheitsentzuges, auf die Folgen der Suchterkrankung

abzielt. In diesem Fall soll dem Begriff der „Resozialisierung“ Folge geleistet werden, indem straffällig gewordenen suchtkranken Menschen unter anderem im Zuge einer stationären Therapie im Kontext der Therapeutischen Gemeinschaft die Rehabilitation und die Integration in die Gesellschaft ermöglicht werden sollen. In der psychotherapeutischen Zusammenarbeit mit Abhängigen und Delinquent*innen ist es wesentlich, sowohl die möglichen Hintergründe der Suchtentstehung als auch die kriminellen Verhaltensweisen zu verstehen. Laut Kreuzer (2015, S. 3–9) hängt das komplexe Bedingungsgefüge von Drogen und Kriminalität unter anderem mit Persönlichkeitseigenheiten, Einflüssen früher Erziehung und Freizeiteinflüssen sowie Bezugspersonen, situativen und drogenspezifischen Einflüssen sowie gesellschaftlichen und rechtlichen Faktoren wie etwa der Drogenpolitik zusammen. Somit kann deutlich der gemeinsame multifaktorielle Hintergrund in der Entstehung sowohl bei der Abhängigkeits- als auch der Kriminalitätsentwicklung abgebildet werden.

Im Sinne einer integrativen Behandlung kommt dem biopsychosozialen Modell eine besondere Rolle zu. Nach dem integrativen Behandlungsansatz wird der „Mensch als Ganzes“ in seiner Lebensspanne und in seinem Kontext/Kontinuum zu erreichen versucht, wobei bloße Psychotherapie zu kurz greift und Leib- und Soziotherapie sowie vor allem auch der ökologische Aspekt von suchtkranken Straftäter*innen unbedingt in die Behandlung miteinbezogen werden sollten. Damit wird das ursprüngliche biopsychosoziale durch das biopsychosozialökologische Modell (Petzold, 1965) ergänzt. Im Verein Grüner Kreis bildet seit 1985 die Basis der Behandlung das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft (De Leon, 2000). Im Lauf

der Jahre wurde ein biopsychosoziales 4-Säulen-Behandlungsmodell entwickelt und trägt mit diesem dazu bei, Veränderungsprozesse auf mehreren Ebenen zu ermöglichen:

1. Medizinische Betreuung, Behandlung und Rehabilitation
2. Klinisch-/gesundheitspsychologische Behandlung und Psychotherapie
3. Arbeits- und Soziotherapie bzw. Aus- und Weiterbildung
4. Aktive Freizeit, Sport, Kunst und Kreativität

Wenn wir uns nun mit dem Begriff der „Resozialisierung“ beschäftigen und somit mit den Möglichkeiten der Rehabilitation delinquenten suchtkranker Menschen und deren (Re-)Integration in die Gesellschaft, so werden wir in der Behandlung unweigerlich auch mit den psychosozialen Defiziten und Störungen der suchtkranken Straftäter*innen konfrontiert. Beachtung sollte dabei der Tatsache geschenkt werden, dass die Abhängigkeit und die daraus erwachsenden delinquenten Handlungen zumeist bereits in der frühen Adoleszenz ihre Wurzeln schlagen und damit einhergehend, unter Berücksichtigung möglicher bereits frühkindlicher schädlicher Sozialisationsprozesse, weiterführende schwere Defizite und Störungen unter anderem in der psychosozialen Entwicklung von suchtkranken Personen verursachen. Diesbezüglich können wir im Kontext der Therapeutischen Gemeinschaft mehrheitlich auch nicht von einer Resozialisierung sprechen, da die Möglichkeiten eines gesunden Sozialisierungsprozesses über die bisherige Lebensspanne kaum ausreichend gegeben waren. Im Zuge meiner mehrjährigen Tätigkeit als Psychotherapeut im Zusammenleben mit suchtkranken und delinquenten Menschen innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft zeigten sich bei den Patient*innen in

deren Familienhistorie ausgeprägte Belastungsfaktoren wie beispielsweise Abhängigkeitserkrankungen bei den primären Bezugspersonen wie den Eltern, ständige Beziehungsabbrüche durch Trennungen oder Tod, allgemeine Überforderungen in der Erziehung unter Umständen geprägt von Gewalttaten, emotionale Vernachlässigungen und in diesem Zusammenhang auch die Wohlstandsverwahrlosung. Hinsichtlich der psychosozialen Entwicklung kommt dem Ermöglichen, der Beeinflussung und dem Umgang mit Emotionen im Rahmen von Psychotherapie, aber auch im erweiterten Kontext der Therapeutischen Gemeinschaft größte Bedeutung zu. Die emotionale Interaktion zwischen dem Baby, seinen Bezugspersonen und seinem sozioökologischen Umfeld, die Atmosphäre bzw. die „emotionale Kultur“, in der es aufwächst, erweist sich über die gesamte Säuglings- und Kleinkindzeit bis hin in die späte Kindheit als wegweisend für die Ausbildung der Persönlichkeit. Sie ist weiterhin bestimmend für die Entwicklung der Fähigkeit zwischenmenschlicher Interaktion. Da diese Entwicklung, im Speziellen die der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, im Verlauf eines komplexen Sozialisationsprozesses geschieht, besteht auch die Möglichkeit, dass Defizite, Störungen, Traumata sowie bewusste und unbewusste Konflikte pathogene Auswirkungen haben. Inkonstante Bezugspersonen verhindern stabile Beziehungen und so wird die Möglichkeit, selbst eigene positive Beziehungserfahrungen einzugehen, beeinträchtigt. Laut Petzold et al. (1991) sind positive emotionale Interaktionen ein Prädiktor für Gesundheit, negative, besonders wenn sie zeittextendiert und ohne Kompensation zur Wirkung kommen, ein wichtiger Faktor für die mögliche Ausbildung von Krankheiten. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Atmosphären, in die ein Mensch „hineingeboren“ wird, und aus den genannten Prädiktoren können somit wesentliche Zusammenhänge mit möglicher Suchtentwicklung abgeleitet werden. Ein möglicher Versuch der Kompensation negativer und unter Umständen auch zeittextendierter Interaktionen stellt im weiteren Entwicklungsverlauf der Suchtmittelkonsum dar. Durch den mitunter jahrelangen Substanzkonsum werden Emotionen für den suchtkranken Menschen teilweise unzugänglich gemacht und der/die Betroffene

verliert zunehmend die Beziehung zu sich selbst, indem er/sie sich sozusagen „betäubt“. Durch den abstinenzorientierten Prozess sollen sowohl positive als auch negative Emotionen wieder beziehungsweise neu erlebbar gemacht werden. Der wechselseitige Austausch von Gefühlsresonanzen und der Umgang mit Emotionen stellen somit wichtige Funktionen gelingender Sozialisation dar und somit auch ständige Anforderungen und Herausforderungen an die gesamte Therapeutische Gemeinschaft, auch im Sinne von möglichst konstanten Beziehungsangeboten. Wenn wir uns nun weitergehend mit der Persönlichkeitsentwicklung und der Beziehungsarbeit mit delinquenten suchtkranken Menschen beschäftigen, so lässt sich festhalten, dass es diesen Menschen nur allzu oft am Grundvertrauen mangelt, einer grundlegenden Koexistenz, die uns das Gefühl des sicheren „Getragenwerdens“ gibt. Nach Petzold (2003, S. 77) stellt ein „Weg der Heilung“ somit die „Nach- und Neusozialisation“ dar. Ziele sind Grundvertrauen zu bekräftigen, das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum zu erweitern und defizitäre Strukturen durch korrigierende, nachsozialisierende Erfahrungen oder alternative, ressourcenaktivierende Erfahrungen in einer gewachsenen, tragfähigen therapeutischen Beziehung zu verändern. Durch das Leben und das Lernen im sozialen Kontext der Therapeutischen Gemeinschaft sollen diesbezügliche Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden. Die durch die Sucht und in weiterer Folge Kriminalität gewachsenen destruktiven Milieus bedürfen einer notwendigen grundlegenden Lebensstilveränderung und des Aufbaues gesunder und tragfähiger „Identitätsbereiche“. Identität entwickelt und verändert sich über die Dauer im jeweiligen Kontext und erwächst aus dem sozialen Miteinander als ein Sozialisationsprozess durch „Selbst-Identifikation“ und „Identifizierung“ durch andere und deren kognitive und emotionale Bewertungen. Somit entsteht ein Abgleich davon, wie sich die Person selbst wahrnimmt und wie sie von anderen wahrgenommen wird. Zur Identitätsfindung können im therapeutischen Prozess die fünf Säulen der Identität nach Hilarion Petzold herangezogen werden. Demnach ruht die Identität auf den Säulen der Leiblichkeit (Körper-Seele-Geist-Einheit) und geht

der Frage nach, wie sich die Person in ihrer Gesamtheit erlebt und was ihr als Identifizierung zugeschrieben wird. Die Säule des sozialen Netzwerkes beschäftigt sich mit dem sozialen Umfeld, dem sich die Person zugehörig fühlt und das ihm zugehört wie beispielsweise Familie und Freund*innen. Über die Säule der Arbeit, Freizeit und Leistung hat die Person die Möglichkeit, sich zu verwirklichen. Materielle Sicherheiten bieten eine weitere Säule, über die sich eine Person identifiziert. Der Bereich der Werte und Normen oder auch religiöse Überzeugungen stellt eine weitere Säule der Identität dar, an die ich glauben kann und die mir Sinn verleiht. Die durch die Suchterkrankung regrediierte Identitätsbildung soll durch den therapeutischen Prozess innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft gefördert und restituiert werden. Identität soll demnach gefördert werden durch Entwicklung im Miteinander als ein Sozialisationsprozess durch Fremdwahrnehmung und Selbstwahrnehmung und die ständige Reflexion und den Austausch mit anderen zur Stärkung von Grundvertrauen, Beziehungsfähigkeit sowie zur Förderung eines stabilen Selbstwertgefühls.

Abschließend soll an dieser Stelle auch angemerkt werden, dass selbst manche Patient*innen, die zunächst „unfreiwillig“ und extrinsisch motiviert die gesundheitsbezogene Maßnahme antraten und zu Beginn das Leben innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft noch als eine Art von „Zwangskontext“ erlebten, zunehmend für sich die Sinnhaftigkeit einer möglichen Lebensstilveränderung erkannten. Durch die gelebten „Nach- und Neusozialisierungen“ wurden stetig gesündere Bedürfnisse geweckt und mit ihnen der intrinsische Wunsch, das eigene Leben sinnstiftender zu gestalten. Durch den therapeutischen Prozess und das konstante In-Beziehung-Treten gilt es jenen inneren Anteil des Patienten/der Patientin zu finden, der abstinenter leben möchte, und diesen zunehmend zu stärken.

Mirko Birnstein, MSc

Psychotherapeut (Integrative Therapie), Regionalleitung der Einrichtungen „Meierhof“ und „Villa“ im Verein Grüner Kreis, Psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis in Krumbach/NÖ.

Ist Disulfiram (Antabus®) eine therapeutische Option für Alkoholabhängige in der Forensik?

Das GOAL-Programm: Chancen, Risiken, Erfahrungen



von Wolfgang Krahl
und Thomas Pöhlmann-Moore

Bei den Patienten, die sich für das GOAL-Programm entscheiden, handelt es sich um schwer beeinträchtigte Suchtmittelabhängige, die sich seit Jahren oder sogar seit Jahrzehnten im Teufelskreis Sucht, Arbeitslosigkeit, Gefängnisaufenthalte und Delikte befinden. Im Laufe der zwei Jahre im GOAL-Programm lernen die Patienten, dass sie die Kontrolle über ihr eigenes Leben und über ihre Abhängigkeit wieder erlangen.

Abhängigkeitserkrankungen sind chronische Erkrankungen. Die Einsicht und Absicht zu einem abstinenten Leben muss von dem Abhängigen selbst getroffen werden. In der forensischen Ambulanz des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost (IAK) behandeln wir seit 2007 forensische Patienten mit Disulfiram. Die bisherigen klinischen Erfahrungen mit diesen Patienten, die nach § 63 StGB und § 64 StGB in der forensischen Abteilung des

IAK untergebracht waren, deuten darauf hin, dass die Behandlung mit Disulfiram eine Behandlungsoption für rückfallgefährdete, behandlungsbereite Patienten darstellt.

Im Frühjahr des Jahres 2011 erklärte die Firma Nycomed, dass sie Antabus® nicht mehr länger in Deutschland produzieren und vertreiben werde. Diese Entscheidung beruhte nicht auf medizinischen oder pharmakologischen Gründen. In anderen Ländern, z. B. Dänemark, Österreich, Schweiz, ist Disulfiram weiterhin erhältlich. Das bedeutet, dass in Deutschland nur eine sogenannte Off-Label-Verschreibung möglich ist (Import aus dem Ausland).

Wirkungsweise von Disulfiram

Äthylalkohol wird überwiegend in der Leber oxidiert. Dabei metabolisiert das Enzym Alkoholdehydrogenase den Alkohol zu Acetaldehyd, das mit Hilfe der Aldehyddehydrogenase weiter zu Acetat abgebaut wird. Disulfiram blockiert dieses Enzym, sodass vermehrt Acetaldehyd vorliegt. Trinkt ein Patient unter Disulfiram Alkohol, kommt es zur Disulfiram-Alkohol-Reaktion (DAR): Es kommt zu einer starken Rötung des Gesichtes, die sich über den ganzen Körper ausdehnen kann, verbunden mit einem heftigen Hitzegefühl und Schweißausbruch, Puls und Atemfrequenz steigen an, es folgen pulsierende Kopf- und Nackenschmerzen und starkes, oft mit Angstgefühl verbundenes Herzklopfen. Des Weiteren treten Durst, Schwindelgefühl, Übelkeit und Erbrechen auf. Die Symptome klingen meist nach zwei Stunden wieder ab.

Warum Behandlung mit Disulfiram im forensischen Kontext

Bei alkoholabhängigen Patienten im Maßregelvollzug verhindern Rückfälle die Aussetzung der Maßregel oder es kommt bei Rückfällen nach der Entlassung zu

einem Widerruf, was zum Einsetzen der Reststrafe mit Gefängnisaufenthalt führen kann. Unseres Erachtens gibt es für Patienten, die trotz Abstinenzwunsch und Abstinenzanstrengungen immer wieder rückfällig werden, die Indikation einer Behandlung mit Disulfiram. Allerdings muss eine solche Behandlung in einem Kontext geschehen, der frei von Zwang und Druck ist. Nur bei einer eindeutigen und offenen Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen des Medikamentes Disulfiram kann es zu einer „patientenautorisierten Einnahme“ des Medikaments kommen. Ebenso wichtig wie die Einnahme des Medikamentes ist die begleitende gruppentherapeutische Behandlung im sogenannten GOAL-Programm (Gruppen-orientierte Aversivum-gestützte Langzeitbehandlung).

Das GOAL-Programm beinhaltet:

1. Die ärztliche Aufklärung über Disulfiram
 2. Anfangs eine tägliche supervidierte Einnahme von Disulfiram für ein Monat
 3. Die wöchentliche Teilnahme an der GOAL-Gruppe
 4. Die Bereitschaft, Disulfiram zunächst für mindestens ein Jahr einzunehmen
 5. Das Vorhandensein einer sinnvollen und tagesstrukturierenden Beschäftigung
 6. Regelmäßige Laboruntersuchungen
 7. Auch nach Absetzen von Disulfiram Besuch der GOAL-Gruppe für zwei Jahre
 8. Das Führen eines Such(t)-Tagebuchs
 9. Die Bereitschaft zur Nachuntersuchung und wissenschaftlichen Auswertung
 10. Schriftliche Behandlungsvereinbarung
- ### Information und Aufklärung

Nachdem der Patient sein Interesse am GOAL-Programm geäußert hat, wird er in einem Gespräch über den Ablauf des Programms informiert sowie über die Wirkungen und Nebenwirkungen von

Disulfiram. Die Informationen werden ohne Zwang und Druck gegeben. Im forensischen Kontext betonen wir, dass die Teilnahme am GOAL-Programm nichts mit gerichtlichen Auflagen zu tun hat. Der Interessent erhält auch Informationen von Teilnehmern, die am GOAL-Programm aktuell teilnehmen. Ebenso wichtig wie die Einnahme des Medikamentes ist die begleitende suchtherapeutische gruppentherapeutische Behandlung. Eingesetzt in einem solchen Kontext wird Disulfiram zu einer „psychotherapeutischen Substanz“.

Was bewirkt Disulfiram beim Patienten?

Hat ein Patient sich entschieden, Disulfiram einzunehmen, und nimmt er es regelmäßig ein, dann ist der Ambivalenzkonflikt „Soll ich trinken – soll ich nicht trinken“ nicht mehr vorhanden. Die Entscheidung ist klar: „Ich kann und will nicht trinken“ – damit hat der Patient mehr „Psychoenergie“ zur Verfügung und er kann sich in jeder Hinsicht um wichtige Dinge kümmern. Klinisch fällt uns auf, dass ca. 80 % der Patienten berichten, dass sie nach Einnahme von Disulfiram kaum Suchtdruck verspüren.

Unter folgenden Voraussetzungen sehen wir den Einsatz von Disulfiram in der Forensik als gerechtfertigt und hilfreich an:

- Freie Entscheidung des Patienten
- Einsicht in die Substanzabhängigkeit
- Klare Abstinenzentscheidung
- Mindestens eine Entwöhnungstherapie
- Therapeutische Optionen ausgeschöpft
- Keine Kontraindikationen
- Behandlungsvereinbarung
- Nachsorge in forensischer Ambulanz
- Keine gerichtliche Weisung für das GOAL-Programm

Das GOAL-Programm ist auch in der forensischen Abteilung ein freiwilliges Programm! Gerichtliche Weisungen, am GOAL-Programm teilzunehmen, sind kontraproduktiv und würden das Programm gefährden!

Die Corona-Pandemie führte zu einer Gefährdung des GOAL-Programmes, da von Januar 2021 bis August 2021 keine Gruppentherapien in der forensischen Abteilung möglich waren!

Behandlungsvereinbarung

Hat sich ein Patient nach reiflicher Überlegung sowie Aufklärung über Medikament und Programm dazu entschieden, am GOAL-Programm teilzunehmen, so wird eine schriftliche Behandlungsvereinbarung zwischen ihm und der Ambulanz getroffen. In dieser sind u. a. die Verpflichtungen der Ambulanz und des Teilnehmers festgelegt.

Das GOAL-Programm und Gruppentherapie

Die Aufnahme in das GOAL-Programm beginnt mit der Einnahme des Medikaments, die im ersten Monat täglich unter Sicht – nach vorheriger Atemalkoholkontrolle – in der Ambulanz erfolgt. Danach wird wöchentlich vor der GOAL-Gruppe das Medikament in der Wochendosis ausgehändigt und in eigener Verantwortung zu Hause eingenommen, das ist ein wichtiger Schritt von der Fremd- zur Selbstkontrolle.

Die Teilnehmer des GOAL-Programms sind einverstanden, sämtliche Drogen und psychoaktiven Substanzen zu meiden. Sollte dennoch jemand Suchtmittel konsumieren, erklärt er sich bereit, unverzüglich seine Therapeuten und die GOAL-Gruppe darüber zu informieren. Das Ziel (GOAL) ist es, klar und ehrlich zu sein, weder die Gruppe noch sich selbst anzulügen, nach dem Motto: „Nicht der Rückfall ist das Problem, sondern der Umgang damit.“

Der Patient verpflichtet sich in der Behandlungsvereinbarung, das Medikament ein Jahr lang einzunehmen, im zweiten Jahr kann die Medikation nach eingehender Überlegung fortgesetzt oder beendet werden. Dies wird üblicherweise in der GOAL-Gruppe mit den Teilnehmern und Therapeuten diskutiert.

Ebenso wichtig wie die Medikamenteneinnahme ist die Teilnahme an der wöchentlichen Gruppentherapie. Die Themen der Therapie bestimmen sich aus den Anliegen der Gruppenteilnehmer. Dabei kann es sich um jedwede Art von Themen handeln, sei es aus dem Bereich persönliche Beziehungen, sei es im Hinblick auf den Arbeitsplatz, die Familie, den Freizeitbereich, Probleme mit Polizei und Justiz, Schwierigkeiten, den Führerschein wieder zu erhalten, aufenthaltsrechtliche Schwierigkeiten oder auch den Freizeitbereich, z. B. die Umgestaltung des Freundes- und Bekanntenkreises. Krisen oder Alkohol-/Drogenrückfälle werden in der Gruppentherapie bearbeitet. Es werden aber auch positive Erlebnisse wie besserer Arbeitsplatz, neue Beziehungen, Urlaubserfahrungen, Geburt eines Kindes etc. in die Gruppen eingebracht.

Beschäftigung

Ein strukturierter Tagesablauf ist für Suchtmittelabhängige wichtig zum Schutz vor weiteren Rückfällen. Daher legen wir Wert darauf, dass alle GOAL-Teilnehmer einen Arbeitsplatz haben.

Ergebnisse – Disulfiram bei forensischen Patienten
Bei den Patienten, die sich für das GOAL-Programm entscheiden, handelt es sich

um schwer beeinträchtigte Suchtmittelabhängige, die sich seit Jahren oder sogar seit Jahrzehnten im Teufelskreis Sucht, Arbeitslosigkeit, Gefängnisaufenthalte und Delikte befinden. Zwischen dem 14.9.2015 und dem 15.9.2025 wurden 41 forensische Patienten ins GOAL-Programm aufgenommen.

17 beendeten erfolgreich das Programm. 5 Patienten befinden sich weiterhin im GOAL-Programm.

19 Patienten verließen aus verschiedenen Gründen vorzeitig das Programm. Bei diesen war der Verlauf wie folgt, bei fast allen kam es zu weiterem Alkoholkonsum:

9 Patienten mussten zur Reststrafe in die Justizvollzugsanstalt.

2 Patienten verstarben (mit 35 und 48 Jahren).

2 Patienten setzten sich in Ausland ab.

1 Patient erhielt den § 67h StGB zur Krisenintervention.

1 Patient wurde in einen anderen Maßregelvollzug verlegt.

2 Patienten sind erst kürzlich ausgeschieden – Ausgang offen.

2 Patienten wurden erfolgreich aus der Führungsaufsicht entlassen.

Diskussion

Unsere bisherigen Erfahrungen zeigen, dass alle GOAL-Teilnehmer, die sich an die Behandlungsvereinbarungen halten, das zweijährige Programm erfolgreich absolvieren. Diese Suchtmittelabhängigen sind dann im Hinblick auf Arbeitsplatz, Wohnung und soziale Beziehungen erfolgreich und begehen auch keine weiteren Delikte. Zwar kommt es vereinzelt während oder nach den zwei Jahren im GOAL-Programm auch bei dieser Gruppe zu Rückfällen. Sie sollen im Laufe des Programms aber gelernt haben, wie mit Rückfällen umzugehen ist – offen, ehrlich und klar. Das heißt, diese Abhängigen kommen im Allgemeinen nach einem Rückfall zu ihren Therapeuten, berichten vom Rückfall und sind Behandlungsvorschlägen gegenüber offen. So kommt es nicht zur Hoffnungslosigkeit und dem Verlust der Abstinenzzuversicht.

Umgekehrt ist für Patienten, die vorzeitig das GOAL-Programm verlassen, die Prognose eher ungünstig. Es kommt fast regelmäßig zu Suchtmittelrückfällen und damit rasch zum Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, der suchtmittelfreien sozialen Beziehungen und häufig auch zum erneuten Abrutschen in die Kriminalität.

Nach unseren Erfahrungen im GOAL-Programm muss ein Schwerstabhängiger, um erfolgreich und zufrieden abstinent

zu leben, die Abstinenz in seinen Lebensstil einbauen. Dazu ist in vielen Fällen Disulfiram zur Rückfallprophylaxe für ein bis zwei Jahre notwendig. Je nach Situation wird der Abhängige nach dieser Zeit erproben, ob er das Medikament weiterhin braucht oder nicht. In unserer forensischen Ambulanz befinden sich Patienten, die am GOAL-Programm teilgenommen haben und die sich aufgrund ihrer selbst eingeschätzten hohen Rückfallgefahr dazu entschlossen haben, das Medikament über viele Jahre weiter zu nehmen. Diese Patienten haben häufig eine so hohe Lebensqualität gewonnen, dass sie diese nicht aufs Spiel setzen möchten. Dadurch unterscheiden sie sich nicht von anderen Patienten mit chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetiker Typ 1, die auf Insulin angewiesen sind), die ebenfalls ihr Leben lang Medikamente einnehmen müssen.

Schlussfolgerungen

Den Patienten räumen wir durch unser Angebot des GOAL-Programms die Wahlmöglichkeit ein, die Abstinenz durch die Behandlung mit Disulfiram im gruppentherapeutischen Kontext sicherer zu erreichen. Auch aus berufsethischen Gründen können wir nach unseren positiven Erfahrungen mit diesem Programm ein solches Behandlungsangebot Schwerstabhängigen nicht vorenthalten. Im Laufe der zwei Jahre im GOAL-Programm lernen die Patienten, dass sie die Kontrolle über ihr eigenes Leben und über ihre Abhängigkeit wieder erlangen. Haben GOAL-Teilnehmer dies verinnerlicht und ist aus der früheren kognitiven Einsicht eine emotionale Einsicht geworden, so können die Patienten in Zukunft zufrieden abstinent leben.

Insgesamt verstehen wir das GOAL-Programm eher als ein emotionales Lernprogramm denn als ein pharmakologisches Programm. Wäre es primär ein pharmakologisches Programm, dann müssten alle Patienten das Medikament zur Rückfallprophylaxe lebenslang einnehmen, wir könnten es dann nicht verantworten, dass Patienten das Medikament eigenverantwortlich absetzen.

Zum Schluss sei noch betont, dass ohne große Geduld und Durchhaltevermögen – sowohl bei Patienten als auch bei Therapeuten – ein solches Programm nicht möglich ist. Allen Beteiligten wird ein gehöriges Maß an therapeutischer Arbeit und an Frustrationstoleranz abverlangt.

Allerdings ist es für alle Beteiligten mehr als zufriedenstellend, wenn bisher „therapieresistente“ Schwerstabhängige, die oft Jahre ihres Lebens in Gefängnissen, auf der Straße oder in Einrichtungen zugebracht haben, ein selbstbestimmtes Leben mit Arbeit, selbstverdientem Einkommen, mit sozialen Beziehungen, eigener Wohnung und ohne weitere kriminelle Delikte führen können.

Fallvorstellung Herr A

Herr A kam 1961 in einer bayerischen Kleinstadt zur Welt, der Vater verstarb früh, die Mutter war Hausfrau, sie war mit ihm und den vier Geschwistern überfordert. Von der Mutter wurde er oft geschlagen. Es bestand ein schlechter Kontakt zum Stiefvater, Herr A war das „schwarze Schaf“ in der Familie.

Er besuchte neun Jahre die Schule, machte jedoch keinen Schulabschluss. Anschließend arbeitete er für ein paar Monate als Maurerlehrling, bis er die Lehre, nicht zuletzt auch wegen vermehrten Alkoholkonsums, abbrach. Bereits mit 14 Jahren etablierte sich ein regelmäßiger Alkoholkonsum. Seitdem bestand ein täglicher Alkoholkonsum über die gesamte Lebenszeit, der Alkoholkonsum wurde nur durch zahlreiche Aufenthalte in Gefängnissen unterbrochen. Entzugserscheinungen sind seit der Adoleszenz bekannt. Vor der Aufnahme in den Maßregelvollzug hatte Herr A täglich 2,5 Liter Rotwein getrunken, Drogen hatte er jedoch niemals konsumiert. Ohne Berufsausbildung arbeitete er nur wenig und unregelmäßig, er war meistens arbeitslos. Herr A ging verschiedene Partnerschaften ein, die Partnerinnen tranken alle Alkohol. Aus einer der Beziehungen ging ein Sohn (40 Jahre) hervor, zu dem seit langem kein Kontakt besteht. Viele Jahre wohnte Herr A in einem nassen Wohnheim, er war sozial isoliert, er hatte Kontakte nur im Trinkermilieu und keine Freizeitaktivitäten außer Trinken.

Während der Therapie im stationären Maßregelvollzug arbeitete Herr A gut mit und profitierte sehr vom milieutherapeutischen Setting. Aufgrund der guten Mitarbeit wurden ihm regelmäßig unbegleitete Stadtausgänge – auch zur Mutter und zur Lebensgefährtin – gewährt, bei denen trotz erhöhter Rückfallgefahr keine Alkoholrückfälle auftraten. Herr A bat um Unterstützung bei der Jobsuche auf dem zweiten Arbeitsmarkt, dabei benötigte er eine kleinschrittige sozialpädagogische

Begleitung. Im Oktober 2020 erfolgte die Verlegung zum Probewohnen in eine therapeutische Wohngemeinschaft. Mit der Entlassung begann eine fünfjährige Phase der Führungsaufsicht mit Bewährung und regelmäßiger Anbindung an die forensische Ambulanz. Seit November 2020 wurde Herr A im ambulanten Rahmen auf eigenen Wunsch mit Disulfiram behandelt. Nebenwirkungen traten bei ihm nicht auf.

Er zeigte eine regelmäßige Teilnahme an der GOAL-Gruppe am Montagabend. (Während der Pandemie konnte teilweise keine Gruppe stattfinden, stattdessen führten wir zusätzliche Einzelgespräche, auch im Rahmen von Hausbesuchen.) Im April 2022 konnte Disulfiram auf Wunsch des Patienten mit ärztlicher Übereinstimmung abgesetzt werden. Herr A hat das GOAL-Programm mittlerweile erfolgreich absolviert und hat keinen Suchtdruck mehr. Er wohnt inzwischen in einer eigenen Wohnung und ist in einem Recyclingbetrieb tätig, dort hat er eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeit (zweiter Arbeitsmarkt). In der Freizeit ist er mit E-Roller/E-Mofa unterwegs und er hat Computer, Handy und die Playstation für sich als neues Hobby entdeckt. Kontakte pflegt er zur Schwester und zu zwei Arbeitskollegen sowie einem Mitglied der GOAL-Gruppe. Lebensgefährtin, Mutter und Bruder sind inzwischen verstorben, es gab dennoch keinen Rückfall. Er meidet dauerhaft den Kontakt zu „alten Bekannten“. Herr A wurde schließlich nach einem komplikationslosen Verlauf im Dezember 2025 ohne weitere Bewährungs- und Führungsaufsicht aus der Maßregel entlassen und genießt nach seinen Aussagen sein selbstbestimmtes abstinentes Leben in Freiheit.

Weiterführende Literatur kann bei den Verfassern angefordert werden.

Dr.med. Dipl. Psych. Wolfgang Krahl und

Dr. med. Thomas Pöhlmann-Moore

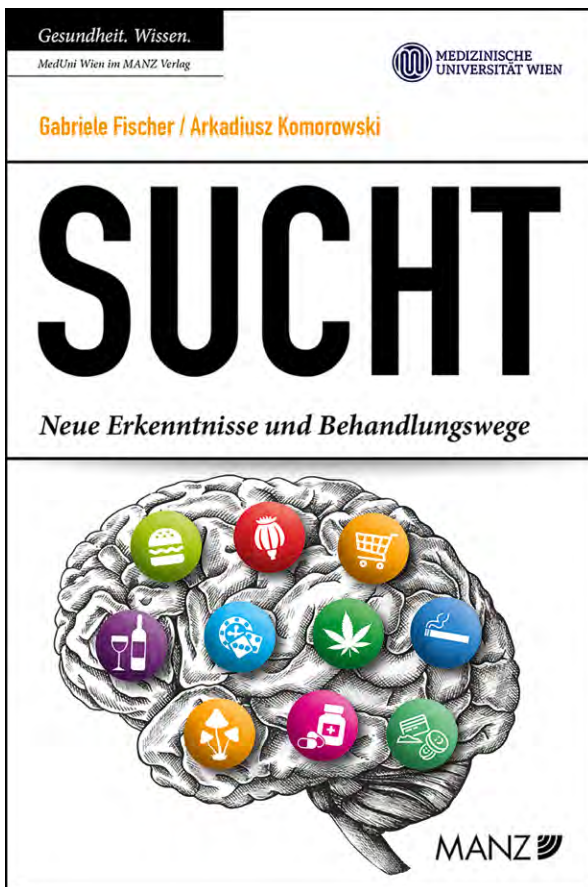
arbeiten als Fachärzte für Psychiatrie / Psychotherapie. Sie bieten seit 2007 für behandlungswillige, suchtmittelabhängige forensische Patienten im kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München, Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie die ambulante Behandlung mit Disulfiram in einem gruppentherapeutischen Kontext an. (Chefärztin: Frau Dr.ⁱⁿ med. Claudia Limmer)

Sucht

Neue Erkenntnisse und Behandlungswege.

Ein medizinischer Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Interessierte.
Ursachen von Sucht und Möglichkeiten zur Suchttherapie im Überblick.

von Gabriele Fischer und Arkadiusz Komorowski



erstaunlich leicht verständliche Reise durch die komplexe Welt der Suchterkrankungen. Es zeigt – irgendwie erschreckend-eindrucksvoll, wie vielfältig Abhängigkeiten heute sind: von alltäglichen legalen Substanzen wie Alkohol oder Nikotin über illegale Drogen wie Psychostimulanzien und Opioide bis hin zu missbräuchlich eingesetzten Medikamenten. Ebenso anschaulich werden Verhaltenssuchte erklärt, etwa pathologisches Glücksspiel, Sexsucht oder exzessives Computerspielen, und was moderne Medien für eine Rolle in puncto Suchtverhalten spielen können. Mit großer Expertise und klarer Sprache erklären die beiden renommierten Suchtmediziner*innen, wie eine problematische Abhängigkeit entsteht, warum sie sich so hartnäckig hält, was

das mit unserem Gehirn zu tun hat und welche Wege der Behandlung aus der Sucht helfen. Auch werden kulturelle Einflüsse, Prävention und Begleiterkrankungen stimmig in das große Gesamtbild der Suchterkrankungen eingebettet.

Gestützt auf neueste wissenschaftliche Erkenntnisse präsentieren die Autorinnen ein modernes Standardwerk der Suchtmedizin. Gut lesbar und voller wissenschaftlicher Einsichten, die sowohl Fachpersonen als auch interessierte Leserinnen gleichermaßen Orientierung bieten. Ein Buch, das man liest, weil es (leider) notwendig ist – und weiterempfiehlt, weil es außerordentlich wertvoll ist, will man gut informiert sein zum Thema Sucht.

Buchbeschreibung

Suchtmedizin praxisnah erklärt: Von Prävention bis zur wirksamen Suchttherapie

Übermäßiger Alkoholkonsum, Esssucht, Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen – die Anzahl der Menschen mit Suchterkrankungen steigt stetig an. Doch worin bestehen die Ursachen von Sucht und Substanzmissbrauch? Sind Alkohol und Tabak wirklich so „harmlos“, wie sie dargestellt werden, im Vergleich zu Cannabis oder „harten“ Drogen? Das Autor:innen-Team Univ.-Prof.in Dr.in Gabriele Fischer und DDr. Arkadiusz Komorowski räumt mit veralteten Vorstellungen über Suchterkrankungen auf. Sie präsentieren die neuesten Erkenntnisse aus der Suchtforschung und sprechen über Anzeichen von Abhängigkeit sowie moderne Behandlungsmethoden.

Autor*innen

Univ.-Prof.in Dr.in Gabriele Fischer

verantwortet als Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie die Suchtforschung und -therapie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien. Als international renommierte Sucht- und Menschenrechtsexpertin setzt sie sich in zahlreichen Gremien für die Verbesserung bestehender Behandlungsstrukturen ein.

DDr. Arkadiusz Komorowski

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und ärztlicher Leiter beim Grünen Kreis. Neben der ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlung liegt sein wissenschaftliches Interesse im Bereich der menschenrechtlichen Aspekte der Suchtmedizin sowie in der Forensik.

MANZ Verlag Wien

Reihe: Ratgeber der MedUni Wien

ISBN: 978-3-214-25406-3

Link zum Download:

<https://shop.manz.at/shop/products/9783214254063>

Was bewirkt die Sucht im Gehirn? Welche alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt es im Suchtverhalten? Die Autor:innen beleuchten mit viel Expertise den neuesten Stand der Suchtforschung. Ihre Erklärungen sind ebenso fundiert wie für interessierte Laien verständlich. Dieses Buch gibt einen breiten Überblick über den Stand der Forschung. Ein wertvoller Ratgeber für Betroffene und Angehörige!

Buchrezension

Dieses Buch nimmt uns Leser*innen mit auf eine fundierte, aber gleichzeitig

„Reibung erzeugt Energie“



von Kurt Neuhold

Foto: © Georg Oberweger

zurückgegriffen werden kann. Es gibt zwar Bemühungen, eine faire Bezahlung (Fair Pay) für Kunstschaffende gesetzlich zu regeln, dennoch ist angesichts der aktuellen Sparmaßnahmen die Finanzierung freier Projekte schwierig und oft nur durchzusetzen, wenn lautstark protestiert und auf den Wert künstlerischen Schaffens hingewiesen wird – siehe: Reibung erzeugt Energie!

Es ist nicht verwunderlich, dass sich viele freiberufliche oder prekär beschäftigte Künstler*innen um Aufträge und Kooperationen mit Institutionen bemühen, die künstlerische und kunsttherapeutische Angebote in ihr Programm integriert haben.

Kunst im Grünen Kreis (Fotos zum Text S. 4)

Die Kunstaktionen in den stationären Einrichtungen des Grünen Kreises werden an einer Schnittstelle des Vereins realisiert, wo viele unterschiedliche Bedürfnisse, Interessen, institutionelle Vorgaben, Behandlungs- und Rehabilitationsanliegen zusammenkommen. Aufbauend auf den langjährigen positiven Erfahrungen mit den Kunstaktionen fördern und unterstützen die Leitung und die Teams in den Einrichtungen die Durchführung der Projekte. Oft sind die speziellen Anforderungen der Kunstaktionen für die Organisation der Arbeits- und Therapieabläufe herausfordernd, denn künstlerisches Arbeiten braucht Freiräume. Nicht immer gelingt es, die vorgegebene Tagesstruktur einzuhalten. Konzentriertes künstlerisches Arbeiten ist anstrengend; manchmal ist es notwendig, länger im künstlerischen Flow zu bleiben; dann wieder verkürzt sich die Arbeitszeit, wenn die Energie aufgebraucht ist.

Kunst im Grünen Kreis ergänzt und bereichert das ganzheitliche Behandlungsangebot in den stationären Einrichtungen. Die Projekte werden von professionell arbeitenden Künstler*innen angeleitet und gemeinsam mit den Klient*innen realisiert. Gearbeitet wird prozessorientiert, offen und partizipativ im geschützten Rahmen einer Therapiestation.

Um die unterschiedlichen Interessen der Teilnehmer*innen zu berücksichtigen, werden Kunstaktionen in unterschiedlichen künstlerischen Medien und Techniken angeboten. Die Möglichkeiten und Freiräume künstlerischen Arbeitens können hilfreich sein für eine konstruktive und lustvolle Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Alltags und den Herausforderungen der Suchterkrankung. Malerei, Zeichnung, Bildhauerei, Musik, aber auch literarisches Schreiben und Theater bieten nonverbale Möglichkeiten, komplexe Emotionen auszudrücken. Oft können Wünsche, Ängste und traumatisierende Erinnerungen thematisiert werden, die sonst nur schwer zu verbalisieren sind.

Kunst im Grünen Kreis fokussiert nicht auf Defizite, sondern vertraut und baut auf die Fähigkeiten und das Können der Teilnehmer*innen. Immer wieder werden Therapeut*innen, Kolleg*innen und oft auch die Personen selbst von den eigenen Fähigkeiten überrascht. Solche Erfahrungen steigern den Selbstwert und stärken das Selbstbewusstsein. Dafür braucht es Freiräume und ein vielfältiges Angebot. Im Vorjahr wurden in jeder stationären Einrichtung zumindest zwei Projekte realisiert. Das Angebot reichte von Pflanzendruck mit Gelplatten und Naturfarben, Wahrnehmungsübungen mit der Handykamera, Geschichtenerzählen mit Collagen aus Zeitungsfotos und eigenen Aufnahmen über Bewegungs- und Begegnungsübungen, Gestalten von Skulpturen und Windspielen aus Naturmaterialien, Arbeiten mit der Töpferscheibe, wildes Zeichnen, Bauen von bunten Phantasieobjekten, Schreibwerkstätten, Clown- und Stegreiftheater bis zu gemeinsamem Musizieren, Chorsingen und der Produktion einer Radiosendung.

Ausgangspunkt bei allen Projekten war und ist die unmittelbare Lebenssituation der Teilnehmer*innen. Der Einstieg ins kreativ-künstlerische Arbeiten fällt meist nicht leicht, denn unter den kurzen Projektbeschreibungen kann sich kaum jemand etwas vorstellen. Auch

Mit diesem nicht nur in der Physik geltenden Grundsatz beschreibt der steirische Kulturlandesrat¹ die Auseinandersetzungen um das Kulturförderprogramm der seit dem Vorjahr amtierenden steirischen Landesregierung, das erst nach massiven Interventionen der freien Kunst- und Kulturszene an den Bedarf zeitgenössischen Kunstschaffens angepasst wurde. Auch wenn dieses Zitat und der politische Kontext für Kunst im Grünen Kreis etwas weit hergeholt erscheint, so ist dieses „Reibung erzeugt Energie“ in vielerlei Hinsicht hochaktuell und stimmig.

Kunst im Grünen Kreis ist ein Label, das engstens mit dem Verein Grüner Kreis verbunden ist. Darüber hinaus versteht sich die Projektreihe jedoch auch als Teil einer Kunstszene, die außerhalb des kommerziellen und institutionellen Kunstbetriebs existiert. Erfreulicherweise gibt es Überschneidungen; einige künstlerische Kooperationspartner*innen realisieren Kunstprojekte im sozialen Umfeld, in Schulen und Sozialeinrichtungen; manche präsentieren ihre Arbeiten in Galerien und bei Festivals oder sie leiten Theaterprojekte und unterrichten an Kunsthochschulen.

Trotz dieses vielfältigen Engagements ist die soziale Lage fast aller Künstler*innen prekär.² Einsparungen treffen die freie Kunst- und Kulturszene besonders hart, denn dort gibt es kaum Reserven, auf die

das Label „Kunst“ wirkt für manche abschreckend. In dieser Einstiegsphase sind die Leiter*innen der Kunstaktionen besonders gefordert – und auch hier gilt: Reibung erzeugt Energie! Meist gelingt es in kurzer Zeit, die Teilnehmer*innen, die sich über die Abwechslung im Therapiealltag freuen, zur kreativen Mitarbeit zu gewinnen.

Um mehr über die Akzeptanz und Wirksamkeit der Kunstprojekte zu erfahren, habe ich bei fast allen der vierundzwanzig im Vorjahr realisierten Projekte die Teilnehmer*innen gebeten, einen einfachen Rückmelde-Fragebogen auszufüllen. Geantwortet haben, je nach Haus und Kunstaktion unterschiedlich, zwischen 40% und 75% der Teilnehmer*innen.

Viele Antworten waren sehr positiv: „Kreativ sein gefällt mir“, „super Abwechslung zum Therapiealltag“, „das Miteinander war schön“, „hat Spaß gemacht!“ Nur ganz wenige beantworteten die Frage, ob es gefallen hat, mit: „gar nicht!“, einige konnten mit dem Kunstprojekt nichts

anfangen: „hat nix gebracht!“

Manche waren überrascht, „wie viel Kreativität in mir steckt“, dass „Kreativität aktiviert“, dass man aber auch „beim Kreativsein gut abschalten kann“, dass „es Spaß macht, wenn man die Komfortzone verlässt“; oder: „Sich auf Ungewohntes, Unbekanntes einlassen und den Schweinehund überwinden, bewirkt etwas und kann sogar Spaß machen!“ Oft genannt wurden „das Miteinander“, „der Zusammenhalt war stark“ und „das Einander-Zuhören“; positiv erwähnt wurde das „viele Lachen“.

Gefreut hat mich, dass mehrmals die „gute und individuelle Betreuung“ genannt wurde, dass die „Leitung kompetent“ war oder als „voll liebe Kursleiterin“ beschrieben wurde.

Fast alle, die eine Rückmeldung abgaben, forderten: „Mehr Kunstaktionen!“ oder „öfter und länger“. Gewünscht wurden: Improtheater, Clowntheater, Tanz, Poetry Slam, Musik, Singen, Zeichnen und Malen, Fotografie, Graffiti, Land-Art,

Basteln, Torten- und Kuchenbacken, Floristik, „Lürrik“, Schreiben ...

Diese breit gestreuten Interessen zu berücksichtigen und den Bedarf an die aktuellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten anzupassen, wird schwierig sein. Das Potenzial künstlerischen Arbeitens im stationären Kontext sowohl für die Therapiegestaltung als auch für die Patient*innen genauer kennenzulernen, wäre ein breites und wichtiges Forschungsfeld. Ein evidenzbasiertes Kunstprogramm zu erarbeiten und wissenschaftlich begleitet durchzuführen, wäre mein Wunsch für die Zukunft von Kunst im Grünen Kreis.

¹ Landesrat Karlheinz Kornhäusl (VP) bei der Präsentation des steirischen Kulturbudgets im April 2025

² Siehe Studien zur sozialen Lage der Kunstschaffenden, veröffentlicht auf: www.igbildendekunst.at

Kurt Neuhold, DSA

Künstler und Projektleiter

„Kunst im Grünen Kreis“

Wir suchen SIE - JOIN OUR TEAM!

Eingetragene*r Psychotherapeut*in/Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision für Ambulante Einrichtung Graz

(PLZ 8010) ab Juli 2026, 20 Wochenstunden, Gehalt „eingetragen“ EUR 3.788,30 (SWÖ-KV, VG9, Basis 37 Wochenstunden); Gehalt „in Ausbildung“ EUR 3.264,00 (SWÖ-KV, VG8, Basis 37 Wochenstunden) + Vordienstjahre + SEG-Zulage

Eingetragene Psychotherapeutin/Klinische Gesundheitspsychologin für Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung Binder

(PLZ 2872) ab Mai 2026, 32 Wochenstunden inkl. Nachtarbeitsbereitschaft, Gehalt EUR 3.788,30 (SWÖ-KV, VG9, Basis 37 Wochenstunden) + Vordienstjahre + SEG-Zulage

Ärztin*Arzt für Allgemeinmedizin

(NÖ, Steiermark, Wien) Gehalt ab EUR 6.800,00 (brutto, berechnet auf Basis einer Vollzeitstelle)

Fachärztin*arzt f. Psychiatrie bzw. und Psychotherapeutische Medizin

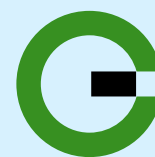
(NÖ, Graz, Wien) Gehalt ab EUR 8.200,00 (brutto, berechnet auf Basis einer Vollzeitstelle)

Bewerbungen bitte an:

bewerbung@gruenerkreis.at

Tel.: +43 2649 8306

www.gruenerkreis.at



grüner kreis



Genießen mit gutem Gewissen

Bio-Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis

Freilandhaltung

bio-schwein@gruenerkreis.at

beste Bio-Qualität

Beratung & Hilfe

Ambulante Einrichtungen und Anlaufstellen



Wien

Simmeringer Hauptstraße 101/6
1110 Wien
Tel.: +43 1 526 94 89
ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wien (Schwerpunkt Justizklient*innen)

Radetzkystraße 31/1/Top 8+11
1030 Wien
Tel.: +43 1 710 74 44
ambulanz.wien3@gruenerkreis.at

Niederösterreich/Burgenland Nord

Grazer Straße 53/Top 14
2700 Wiener Neustadt
Tel.: +43 664 811 1676
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Steiermark/Burgenland Süd

Frauengasse 7, 8010 Graz
Tel.: +43 316 760 196
ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Oberösterreich/Salzburg

Sandgasse 11, 4020 Linz
Tel.: +43 664 811 1024
ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Kärnten/Osttirol/Südtirol

Feldmarschall Conrad-Platz 3
9020 Klagenfurt
Tel.: +43 664 384 02 80
ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Tirol/Vorarlberg

Tel.: +43 664 821 99 74
leo.teissl@gruenerkreis.at



grüner kreis

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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