

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“

Herausgegeben von R. Meyenberg †, H. Stöver, J. Jacob

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein angemessenes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können“. Diese Gedanken leiten die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ein, die 1986 von einer internationalen Konferenz verabschiedet wurde. Versucht man den Leitgedanken der Ottawa-Charta, die Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit, auf den Strafvollzug zu beziehen, stößt man schnell an Grenzen der Übertragbarkeit: Äußere Beschränkungen, Fremdbestimmungen, eingeschränkte Rechte prägen das Leben und die gesundheitliche Lage der Gefangenen.

Mit der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ wollen wir Beiträge veröffentlichen, die innovative gesundheitspolitische Anregungen für den Justizvollzug geben und gesundheitsfördernde Praxisformen des Vollzugsalltags vorstellen.

Außerhalb des Vollzugs bewährte Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen werden auf ihre Relevanz zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Inhaftierter hin überprüft und auf die Bedingungen des Justizvollzugs bezogen.

Letztendlich kann nur eine größere Transparenz und Durchlässigkeit des Systems „Justizvollzug“ dazu beitragen, individuelle gesundheitsorientierte Potentiale Gefangener anzuregen und zu fördern.

Die HerausgeberInnen

Anja Schultze

Zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit

10 Jahre Substitution im
Bremer Strafvollzug

Band 7

der Schriftenreihe
„Gesundheitsförderung im Justizvollzug“



Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
2001

Verlag/Druck/
Vertrieb:

Bibliotheks- und Informationssystem
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
(BIS) – Verlag –
Postfach 25 41, 26015 Oldenburg
Tel.: 0441/798 2261, Telefax: 0441/798 4040
e-mail: verlag@bis.uni-oldenburg.de

ISBN 3-8142-0779-3

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“

Herausgegeben von R. Meyenberg †, H. Stöver, J. Jacob

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein angemessenes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können“. Diese Gedanken leiten die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ein, die 1986 von einer internationalen Konferenz verabschiedet wurde. Versucht man den Leitgedanken der Ottawa-Charta, die Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit, auf den Strafvollzug zu beziehen, stößt man schnell an Grenzen der Übertragbarkeit: Äußere Beschränkungen, Fremdbestimmungen, eingeschränkte Rechte prägen das Leben und die gesundheitliche Lage der Gefangenen.

Mit der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ wollen wir Beiträge veröffentlichen, die innovative gesundheitspolitische Anregungen für den Justizvollzug geben und gesundheitsfördernde Praxisformen des Vollzugsalltags vorstellen.

Außerhalb des Vollzugs bewährte Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen werden auf ihre Relevanz zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Inhaftierter hin überprüft und auf die Bedingungen des Justizvollzugs bezogen.

Letztendlich kann nur eine größere Transparenz und Durchlässigkeit des Systems „Justizvollzug“ dazu beitragen, individuelle gesundheitsorientierte Potentiale Gefangener anzuregen und zu fördern.

Die HerausgeberInnen

Anja Schultze

Zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit

10 Jahre Substitution im
Bremer Strafvollzug

Band 7

der Schriftenreihe
„Gesundheitsförderung im Justizvollzug“



Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
2001

Verlag/Druck/
Vertrieb:

Bibliotheks- und Informationssystem
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
(BIS) – Verlag –
Postfach 25 41, 26015 Oldenburg
Tel.: 0441/798 2261, Telefax: 0441/798 4040
e-mail: verlag@bis.uni-oldenburg.de

ISBN 3-8142-0779-3

Inhalt

	Vorwort	7
1	Einleitung	9
1.1	Methodon-Diskussion, Einführung der Substitution in Bremen und im Bremer Strafvollzug	9
1.2	Behandlungsalternativen zum Methadon	23
1.3	Chancen innovativer Ansätze im Strafvollzug?	30
1.4	Forschungsvorhaben, -methodik und -probleme	40
2	Dokumentenanalyse: Substitutionsgeschehen im Strafvollzug Bremen zwischen 1996-1998	47
2.1	Methodisches Vorgehen	47
2.2	Soziodemographische Angaben	50
2.3	Angaben zur Haft	54
2.4	Drogenkonsum und Dauer der Heroinabhängigkeit vor der Inhaftierung	56
2.5	Stationäre Entgiftung und/oder Therapieversuche	59
2.6	HIV- und Hepatitis-Infektionen	60
2.7	Aufnahme in die Substitutionsbehandlung der JVA/Indikationen	61
2.8	Dosierung	67
2.9	Dauer und Verlauf der Substitution	68
2.10	Beigebrauch und Urinkontrollen	77
2.11	Ärztlich verordnete Medikamente	82
2.12	Psychosoziale Begleitung	84
2.13	Beendigung der Substitution	86
2.14	Zusammenfassung	87

3	Substitution im Strafvollzug aus Expertensicht	91
3.1	Methodisches Vorgehen	91
3.2	Substitution aus der Sicht des Vollzuges	93
3.2.1	Erfahrungen der Anstaltsleitung	93
3.2.2	Erfahrungen von Bediensteten	104
3.3	Substitution aus ärztlicher Sicht	124
3.4	Substitution aus psychologischer Sicht	134
3.5	Zusammenfassung	148
4	Substitution im Strafvollzug aus Sicht der Gefangenen	155
4.1	Datenschutz und Anonymität	155
4.2	Durchführung der Interviews	156
4.3	Aufbereitung und Auswertung des qualitativ erhobenen Materials	159
4.4	Strukturierende Analyse der Interviews	160
5	Methadon im Jugendvollzug Blockland	217
5.1	Institutionelle Perspektive	217
5.2	Lebensbedingungen von substituierten Jugendstrafgefangenen	220
6	Die Haftentlassung von Substituierten	227
6.1	Methodisches Vorgehen	229
6.2	Fallbeschreibungen	231
6.3	Schlußfolgerungen	239
7	Diskussion	249
7.1	Kurzfassung der wichtigsten Diskussionsvorschläge	256
8	Literatur	259

Vorwort

Zwei Fragestellungen haben im wesentlichen die Entstehung der vorliegenden Arbeit beeinflußt. Das erste Erkenntnisinteresse bezog sich auf den Werdegang des Methadonprogramms im Bremer Strafvollzug. Begünstigt durch ein entsprechendes drogenpolitisches Klima, wurde hier bereits vor zehn Jahren die Methadon-Vergabe als neue Behandlungsform der Drogenabhängigkeit eingeführt. Obwohl Bremen damit über eine langjährige Erfahrung mit der Substitution im Gefängnis verfügt, ist kaum etwas darüber an die Öffentlichkeit gelangt. Das zweite Erkenntnisinteresse bestand in der Frage, wie die Substitution im Gefängnis funktioniert und welche Auswirkungen sie hat.

Um einen möglichst breiten Zugang zum Thema zu erhalten, lag die Entscheidung für den Einsatz unterschiedlicher Forschungsmethoden nahe: Die quantitative Analyse von Gesundheitsakten vermittelt einen ersten Eindruck über die vorhandenen substitutionsbezogenen Daten (vergl. Kapitel 2), leitfadenorientierte Experten-Interviews geben Aufschluß über die Entwicklung des Methadonprogramms (vergl. Kap. 3), während qualitative, offene Interviews für die substituierten Gefangenen eine Möglichkeit waren, die Vor- und Nachteile dieser Behandlung in Haft aus ihrer Sicht darzustellen (Kap. 4). Fallstudien zur besonderen Situation der Haftentlassung von Substituierten ergänzen das Bild der Substitution im Bremer Strafvollzug (Kap. 6). Mit Hilfe der Methodenkombination konnte auf diese Weise nicht nur die Perspektivenvielfalt berücksichtigt und verdeutlicht werden, sondern auch Einzelergebnisse abgesichert werden. Überraschend war dabei z.B. die Erkenntnis, daß die Ansichten von Bediensteten und Substituierten zu wesentlichen Aspekten der Substitutionsbehandlung praktisch übereinstimmten, ein Ergebnis, mit dem in dieser Deutlichkeit nicht zu rechnen war.

Das Forschungsprojekt war das Unternehmen einer Einzelperson, was sich manchmal als Nachteil erwies. So ist auch zu erklären, wieso der Frauenvollzug, obwohl hier die Hälfte der etwa dreißig inhaftierten Frauen substituiert werden, nicht gesondert behandelt wird, wohl aber der Jugendvollzug, in dem es nur wenige substituierte Jugendlichen gibt. Die Bearbeitung eines frauenspezifischen Themas hätte sich angeboten, aber den Rahmen gesprengt. Der Frauenvollzug wird in der Ergebnisdarstellung nicht ausdrücklich berücksichtigt, weil die befragten Frauen im Gegensatz zu allen anderen Inhaftierten

mit ihrer Situation relativ zufrieden waren. Dies nicht, weil etwa die Haftbedingungen grundlegend anders oder besser als im übrigen Vollzug gewesen wären, sondern weil einmal wöchentlich die Mitarbeiterin einer externen Beratungseinrichtung die inhaftierten Frauen besucht. Dieses Beratungsangebot wurde von den befragten Frauen einhellig als große Hilfe angesehen und als Grund für ihre Zufriedenheit angegeben. Das einzige Thema, das die Frauen im Zusammenhang mit der Substitution beschäftigte, war die Unzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung im Gefängnis. Dieses Thema wird ausführlich im Kapitel 4 behandelt.

Die Forschungsarbeit hat sich in einer Atmosphäre der allgemeinen Resignation und des Rückzugs vollzogen. Umso mehr ist die Bereitschaft der Bediensteten und vor allem die der substituierten Gefangenen bzw. Haftentlassenen zur Teilnahme an einem Interview zu schätzen, denen ich an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich danke.

Bremen, d. 7. Mai 2001

Anja Schultze

1 Einleitung

1.1 Methadon-Diskussion, Einführung der Substitution in Bremen und im Bremer Strafvollzug

Die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen mit Methadon¹ hat sich in Deutschland nur langsam und vergleichsweise spät durchgesetzt (Bossong 1989). Während es in vielen Ländern langjährige Erfahrungen mit der Methadon-Substitution gab, wurde diese Behandlungsform in Deutschland von den drogenpolitisch Verantwortlichen nicht als Ergänzung bestehender Drogenhilfe betrachtet, sondern als Gefährdung für das ideologische Leitbild der drogenfreien Gesellschaft. In der Drogenpolitik setzte man, trotz der Erkenntnisse, daß mit dem bestehenden Therapiesystem eine wachsende Zahl von Abhängigen nicht erreicht wird, unbeirrt auf repressive Maßnahmen zur Bekämpfung von Drogen und Drogenkonsum mit dem Ziel der Abschreckung sowie auf therapeutische und präventive Maßnahmen mit dem Ziel der Drogenfreiheit (Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan 1990). Auch die Fachkreise im Suchtbereich (wie z.B. die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) und große Teile der Ärzteschaft hielten bis Ende der achtziger Jahre an der Abstinenztherapie und damit an ihrer strikten Ablehnung von Methadon fest:

„Die Anwendung von Methadon, Levomethadon, Morphin und morphin-ähnlich wirkender Stoffe beeinflusst das Suchtverhalten nicht. Deswegen ist deren Anwendung zur Behandlung der Drogenabhängigkeit (Morphintyp) ärztlich nicht begründet. Das therapeutische Ziel der Behandlung eines Drogenabhängigen liegt unverändert in der Überwindung der Drogenbindung“

1 In Deutschland wurde, anders als im Ausland, zunächst L-Polamidon verwendet. Erst im Februar 1994, als Methadon als Medikament zugelassen wurde, fand eine Umstellung von L-Polamidon auf Methadon statt. Methadon ist deutlich billiger als L-Polamidon. Es enthält das noch nicht weiterverarbeitete Gemisch (Racemat) aus D- und L-Methadon, während L-Polamidon nur die wirksame L-Komponente enthält. Um die gleiche Wirkstoffmenge wie bei L-Polamidon zu erhalten, muß die Methadonlösung die doppelte Substanzmenge enthalten. In beiden Fällen handelt es sich um ein synthetisches, oral einzunehmendes Opiat, das abhängig macht und bei bereits bestehender Abhängigkeit den sog. „Opiathunger“ verhindert. Methadon hat eine wesentlich längere Wirkzeit als Heroin (Fromberg 1996).

(Beraterkommission des Bundesgesundheitsamtes 1975, zitiert nach Keup 1980: 79).

Zentraler Einwand gegen den Einsatz von Methadon im Sinne einer Erhaltung war seine suchterzeugende und suchterhaltende Eigenschaft. Demgegenüber ging man aber gerade davon aus, daß die Behandlung von Drogenabhängigen erst bei Drogenabstinenz möglich wird, um dann mit Hilfe therapeutischer Maßnahmen Einfluß auf das Suchtverhalten nehmen zu können. Entsprechend dieser Auffassung wurden vereinzelte Versuche mit kurzen Methadon-Programmen bis Mitte der 70er Jahre als Mißerfolge gewertet, weil das oberste Ziel der Drogenfreiheit nicht realisiert wurde, anderen, sozialpädagogischen Zielen wie die soziale Stabilisierung oder die Wiedereingliederung in Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse dagegen kaum Bedeutung beigemessen wurde, obwohl es hier beachtliche Erfolge gab (Krach et al 1978).

Dieses Abstinenzparadigma wurde von allen drogenpolitisch einflußreichen Institutionen und Organisationen getragen und machte eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Methadon unter sachlicher Miteinbeziehung der langjährigen entsprechenden Erfahrungen im Ausland² praktisch unmöglich, so daß noch Anfang der achtziger Jahre Stephan Quensel feststellen mußte: „Wer die Abgabe von Methadon an Heroinsüchtige befürwortet, läuft Gefahr, nicht mehr als achtbarer Bürger angesehen zu werden. Dies gilt in solcher Ausschließlichkeit fast nur für die Bundesrepublik ...“ (Quensel 1982: 140). Seine Forderung, Methadon als Hilfe für diejenigen zu begreifen, die durch das traditionelle Drogenhilfesystem nicht erreicht wurden, weil sie (noch) nicht drogenfrei leben konnten oder wollten, und statt den Verzicht auf Drogen an den Beginn einer Hilfsmaßnahme zu stellen, deren soziale Wiedereingliederung in die Gesellschaft, blieb vorläufig undenkbar.

Erst Mitte der achtziger Jahre setzte erneut eine heftige und sehr kontrovers geführte Diskussion um die Methadonsubstitution ein, als 1985 die Landesregierung Nordrhein-Westfalens bekannt gab, die Möglichkeit eines Methadon-Programmes für i.v. Opiatabhängige als Ergänzung zu bereits bestehenden drogenfreien Therapieangeboten zu prüfen und damit, gegen den Widerstand der konservativ-liberalen Bundesregierung, eine Vorreiterrolle in Sachen Methadon übernahm. Inzwischen hatte sich die Ausgangslage stark verändert: Eine steigende Anzahl von Drogentoten, die deutlich sichtbar werdende gesundheitliche und soziale Verelendung auch aufgrund zunehmenden

2 Zum Argumentationsstil der Methadongegner: Chorzelki/Raschke/Schlömer 1989.

Mischkonsums (im Gegensatz zu den Heroin-Konsumenten in den siebziger Jahren), zunehmende Obdachlosigkeit, das Aufkommen des HI-Virus und die hohe HIV-Infektionsrate bei i.v. Drogenabhängigen machten die Unzulänglichkeit des Drogenhilfesystems deutlich. Insbesondere die AIDS-Problematik, die auch in den Medien ein großes Echo fand, führte dazu, daß gesundheitspolitische Argumente in den Vordergrund traten und die Möglichkeit einer Substitution, als ein weiteres Angebot im Rahmen der Drogenhilfe, ernsthafter diskutiert wurde. Heino Stöver spricht von einer AIDS-induzierten Methadondiskussion (Stöver 1989: 46), die einerseits dazu führte, daß die bisherige, eher theorie- und ideologiegeleitete, Diskussion langsam um den neuen und pragmatischen Ansatz der Risikoverminderung erweitert und auf diese Weise eine breite Diskussion über Substitution überhaupt erst möglich wurde. Andererseits bedeutete diese Verengung der Substitutionsdiskussion auf AIDS-präventive Themen die Akzeptanz von Methadon aus Aids-politischer, nicht aber notwendigerweise auch aus drogenpolitischer Motivation. D.h., der ursprünglich mit der Methadon-Substitution verbundene Anspruch der Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lebenssituation von Drogenabhängigen als drogenpolitische Aufgabe wurde weitgehend übersehen und daher auch kaum diskutiert. Aus diesem Grund bezogen sich erste Beschlüsse zur Substitution in erster Linie auf HIV-infizierte Drogenabhängige. So entschloß sich die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1987 zu einer Erweiterung der Drogenhilfeangebote um die Methadon-Substitution, allerdings bei eng gefaßter Indikationsstellung bezogen auf manifest AIDS-erkrankte Drogenabhängige. Entgegen den Stimmen mehrerer Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen und Rheinland-Pfalz) wurde diese Indikationsstellung zwei Jahre später mit knapper Mehrheit durch die GMK erweitert.

Die Umorientierung hin zum Methadon erfolgte nicht ganz freiwillig, was durch die Stellungnahme der Bundesärztekammer noch im Jahr 1988, ein Jahr nach der Einführung des ersten wissenschaftlich begleiteten Methadon-Programms in Deutschland, deutlich wird: „Das oberste therapeutische Prinzip in der Behandlung von Drogenabhängigen muß ... das Ziel bleiben, auf der Basis von Drogenabstinenz, unterstützt durch sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen, eine Stabilisierung der Persönlichkeit zu bewirken und eine weitgehende soziale Selbständigkeit herbeizuführen. Man stellt dieses zentrale therapeutische Prinzip zur Behandlung Drogenabhängiger in Frage, wenn erneut Substitutionsprogramme unter dem Etikett sogenannter ‚medikamentengestützter Rehabilitation‘ befürwortet werden“ (Bundesärztekammer

1988: 244). Angesichts der dramatischen Situation und des offensichtlichen Versagens des „Königsweges“ (Abstinenz durch Therapie) mußte die Drogenhilfe die Substitution als einen möglichen Lösungsansatz akzeptieren. Akzeptiert wurde die Substitution allerdings zunächst nur in bestimmten, medizinisch indizierten Einzelfällen unter der Voraussetzung, daß ein psychosoziales Hilfeprogramm Teil der Behandlung ist (DHS 1990).

Der Streit um die Methadon-Substitution war praktisch 1991 beendet. Einerseits hob der Bundesgerichtshof die Verurteilung einzelner Ärzte, die seit den siebziger Jahren wegen der Verschreibung von L-Polamidon verurteilt worden waren, auf. Danach sind die Richtlinien der Bundesärztekammer bzw. des Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nicht bindend, die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes wurde anerkannt und eine sozialmedizinische Indikation für eine ambulante Substitutionsbehandlung akzeptiert (Bundesgerichtshof 1991; Moll 1991). Daneben wurden im gleichen Jahr, nachdem bereits in mehreren Bundesländern Substitutionsprogramme eingeführt worden waren, die Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) beschlossen, die die Übernahme der Behandlungskosten bei bestimmten Indikationen durch die Krankenkassen ermöglichte (Bossong/Stöver 1992). Ein Jahr später erfolgte dann die rechtliche Klarstellung durch eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, wonach eine Substitutionsbehandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen unter strenger ärztlicher Kontrolle zulässig ist.³

Die Entwicklung in Bremen

Die bundesdeutsche Diskussion läßt sich auch an der Bremer Entwicklung verfolgen. Erste Forderungen nach einem Methadon-Programm in Bremen für die bislang unterversorgten, sogenannten „Altfixer“ kamen vom Arbeitskreis Drogen, einem Zusammenschluß drogenpolitisch relevanter Gruppierungen Bremens, der im Juni 1985 einen detaillierten Entwurf für ein Methadon-Programm vorlegte (Quensel 1988). Diese Forderungen wurden von den politischen Entscheidungsträgern nicht aufgegriffen.

Ein knappes Jahr später berichtete der Leiter des Hauptgesundheitsamtes Bremen über eine Studienreise in die Niederlande, die mit Unterstützung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Weltge-

3 Die Blockierung von Vorschlägen zur Neuorientierung der Drogenpolitik durch die Bundesregierung und die dann zeitverzögert und „scheibchenweise“ erfolgenden Zugeständnisse beschreiben Kalke/Raschke 1996.

sundheitsorganisation zustande kam und u.a. zum Ziel hatte, sich über die Erfolge bzw. Mißerfolge des dort seit sieben Jahren eingeführten staatlichen Methadon-Programms zu informieren (Freie Hansestadt Bremen, Hauptgesundheitsamt 1986). In seinem Bericht kommt er zu dem Schluß, daß im Unterschied zu Deutschland, die Niederländer Drogenabhängigkeit als Krankheit akzeptiert haben und infolge dessen das Ziel verfolgen, Kranke mit ihren Abhängigkeitsproblemen nicht weiter zu kriminalisieren, auch unter Verletzung bestehender Rechte. Die holländische Haltung sei geprägt „durch einen für die Bundesrepublik kaum vorstellbaren Pragmatismus, das heißt die Bereitschaft, sich auf die tatsächlichen Notwendigkeiten vor Ort einzulassen“ (ebd.: 9). Allerdings gibt er zu bedenken, daß die staatliche Kontrolle in bezug auf das Problem des Beigebrauchs nur ansatzweise funktioniert, der Methadon-Schwarzmarkt erheblich ist, Methadon-Erhaltungsprogramme zu einer Schwächung primärpräventiver Ansätze beitragen und Methadon-Programme Gefahr laufen als Mittel sozialer Kontrolle eingesetzt zu werden, nämlich zur Ruhigstellung störender gesellschaftlicher Gruppen. Für Deutschland bestünde, neben der Stärkung primärpräventiver Ansätze, des Ausbaus der bisherigen Einrichtungen der Drogenhilfe mit Ausrichtung auf die Schaffung „sinnhafter Lebensalternativen“ wie zwischenmenschliche Bezüge, Wohnen, Arbeit etc., auch weiterer Diskussionsbedarf über die Einführung „eines eng begrenzten gut kontrollierten Methadon-Programms für absolut unmotiviert gesundheitlich gefährdete Langzeit-,user“ (ebd.: 10).

Obwohl hier schon der Aspekt der Kontrolle⁴, sowohl was den Zugang zu einer möglichen Methadonbehandlung, als auch im Hinblick auf die erforderliche Compliance, betont wird, sah man auf politischer Ebene Methadon noch nicht als die geeignete Maßnahme der Problembekämpfung an. Versucht wurde vielmehr eine Lösung innerhalb des bestehenden Drogenhilfesystems zu finden. Nach wie vor beherrschte vor allem das Thema AIDS die Diskussionen. Die Bremer AIDS-Politik, die „Bremer Linie“, setzte dabei vor allem auf ein breitgefächertes Beratungs-, Test- und Betreuungsangebot bei absoluter Anonymität und auf die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen. Bislang fehlte aber völlig ein Versorgungskonzept für AIDS-kranke

4 Die spätere Zulassung der Methadon-Substitution als Behandlungsmethode wäre ohne die gleichzeitige Durchsetzung von entsprechenden Kontrollmethoden – insbesondere durch die NUB-Richtlinien – nicht erfolgt. Die Verknüpfung von Methadon mit Kontrollmaßnahmen diente auch dazu, die geplante Substitution in der Öffentlichkeit zu legitimieren. Zum Aspekt der staatlichen Kontrollbestrebungen bei der Lösung sozialer Probleme vergl.: Cremer-Schäfer 1992, Schetsche 1996:154 f.

Drogenabhängige. Die steigende Inanspruchnahme des stationären Schwerpunktes im Krankenhaus St.-Jürgen-Straße zeigte zunehmend Probleme bei der Behandlung drogensüchtiger AIDS-Kranker. Bis dahin war es nicht gelungen, die Gruppe der Drogenabhängigen zu einer ähnlichen Kooperation zu gewinnen wie andere risikotragende Gruppen, deshalb wurde vorgeschlagen eine Selbsthilfebewegung innerhalb dieser Gruppe zu unterstützen, was ein Überdenken der bisherigen Drogenpolitik erfordern würde (Freie Hansestadt Bremen, Bürgerschaft 1987: 11). Hier wurde erstmals die Hilflosigkeit und die begrenzte Wirksamkeit der Drogenpolitik anerkannt, blieb aber zunächst ohne Einfluß auf die ablehnende Haltung in Bezug auf Methadon.

Als Antwort auf das Berliner Methadon-Kolloquium (1987), bei dem sich die anwesenden Fachleute strikt gegen Substitutionsprogramme aussprachen, fand im Februar 1988 an der Bremer Universität die 5. Methadonfachtagung statt. Allgemeiner Konsens der Teilnehmer war, die medikamentengestützte Süchtigenhilfe als gleichwertige Behandlungsform neben der sogenannten Abstinenztherapie zu akzeptieren (Quensel/Stöver 1988). Auch DIE GRÜNEN forderten die Zulassung von Methadon. Ihr Antrag *Bessere Hilfen für HIV-positive und AIDS-kranke Bürger* wurde von der Deputation des Senators für Gesundheit mit der Begründung abgelehnt, Methadon sei kein geeignetes Mittel zur AIDS-Prävention (Freie Hansestadt Bremen, Senator für Gesundheit 2.5.1988). Dieser Überzeugung schloß sich auch der Senator für Jugend und Soziales (der heutige Bürgermeister und Senator für Justiz und Verfassung Henning Scherf) an. Er sah sich nicht veranlaßt, seine bisher ablehnende Haltung zu überdenken. Neben rechtlichen Gründen, wäre seiner Meinung nach der Einsatz von Methadon auch ethisch nicht vertretbar, da der Staat in den Konflikt käme, zwei polarisierte Therapieansätze bei ein und derselben Person integrieren zu müssen: Abgabe eines Mittels zur Suchtverlängerung beim gleichzeitig verfolgten Ziel des Ausstiegs aus der Drogenabhängigkeit (DER SPIEGEL Nr. 5/1988: 87). Methadon solle, entsprechend den Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes, daher nur in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet werden können. Methadon-Programme würden die Zerstörung des drogenpolitischen Konsenses bedeuten, zu einer Ausweitung der Drogenabhängigkeit und damit auch zu einem Anstieg von Drogentoten führen (ebd.: 90).

Auch der Senator für Justiz und Verfassung lehnt in der Beantwortung des Antrages der GRÜNEN ein generelles Methadonprogramm ab, bringt aber zum Ausdruck, über den Einsatz von Methadon nachzudenken und zu prüfen,

ob im Einzelfall, soweit eine medizinische Indikation (AIDS-Erkrankung) vorliegt, Methadon unter kontrollierten Bedingungen ausgegeben werden kann. Als wesentlich werden dabei Kriterien für die medizinische Indikation erachtet, die auch außerhalb des Vollzuges gelten, eine fachliche Beratung des Anstaltsarztes bei der Entscheidung über die Vergabe von Methadon, die Gewährleistung, daß die Ausgabe von Methadon nur unter kontrollierten Bedingungen erfolgt und Gefangene auch nach ihrer Entlassung nachgehend betreut werden (Freie Hansestadt Bremen, Senator für Justiz und Verfassung, 2.5.1988).

Im August 1988 einigten sich der Senator für Gesundheit und die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KV) in dem Entwurf einer *Vereinbarung zur Substitution von AIDS-Kranken* darauf, daß „aus medizinischen und humanitären Gründen eine Methadon-Substitution von opiatabhängigen, an AIDS erkrankten Personen indiziert ist“ (Der Senator für Gesundheit 24.8.1988: 1). AIDS-Kranke, die während eines stationären Aufenthaltes Methadon erhalten haben, durften danach ambulant weiter substituiert werden. Aufgrund der geringen Erfahrung mit Methadon und der komplexen Problematik einer Substitution Drogenabhängiger sollte die Substitution nur in sehr begrenztem Ausmaß (höchstens drei Patienten pro niedergelassenem Arzt) und bei klaren Zugangskriterien erfolgen. Voraussetzung für eine Indikationsstellung, die eine ärztliche Einzelfallentscheidung sein sollte, war nach dieser Vereinbarung die gesicherte Diagnose „HIV-erkrankt“. Außerdem mußte ein Patient grundsätzlich wegen behandlungsbedürftiger klinischer Symptome seiner Erkrankung stationär aufgenommen worden sein. Die Indikation sollte nicht allein vom behandelnden Klinikarzt, sondern in Absprache mit einem niedergelassenen, möglichst vom Patienten benannten Arzt erfolgen. Damit sollte die Weiterführung der Substitution nach Entlassung aus der Klinik sichergestellt werden. In der Vereinbarung wird auf die Notwendigkeit einer umfassenden psychosozialen Betreuung hingewiesen, die „in jedem Einzelfall mit der Aids-Hilfe Bremen abgesprochen ... und von dieser koordiniert wird“ (ebd.: 2).

Nachdem diese Vereinbarung zur Substitution von Aids-Kranken angenommen worden war, sah sich das Bundesgesundheitsamt aufgrund der bisherigen Rechtsprechung⁵ zur ärztlich begründeten/nicht begründeten Anwendung

5 § 13 BTMG Abs. 1: „... Betäubungsmittel dürfen von Ärzten ... und nur dann verschrieben oder ... verabreicht werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen ... Körper

von Betäubungsmitteln und der Stellungnahme der Deutschen Ärzteschaft (Bundesärztekammer 1988) zur Drogenabhängigkeit veranlaßt, dem Senator für Gesundheit einen Auflagenbescheid zu erteilen. Danach war sicherzustellen, daß keine Verschreibung oder Abgabe eines Betäubungsmittels an einen Betäubungsmittelabhängigen oder dessen Angehörige erfolgt, und die tägliche Verabreichung einer oralen, nicht zur parenteralen Anwendung geeigneten Darreichungsform unter ärztlicher Verantwortung erfolgt, damit das Methadon tatsächlich in einer nicht zu mißbrauchenden Form regelmäßig konsumiert wird, kein Methadon-Schwarzmarkt entstehen kann und mögliche lebensbedrohliche Überdosierungen ausgeschlossen werden (Bundesgesundheitsamt 8.11.1988: 2 f). Die Durchführung regelmäßiger Urinkontrollen sollte dazu dienen, Politoxikomane sicher von der Substitution auszuschließen.

Die ersten Erfahrungen mit der *Methadon-Substitutionsbehandlung drogen-süchtiger AIDS-Kranker in Bremen* wurden in einem Bericht vorgelegt (Der Senator für Gesundheit 17.11.1988: 2 ff). Darin wird ausführlich auf die Gründe eingegangen, die zur Substitution von AIDS-kranken Drogenabhängigen geführt haben. Gegenüber anderen AIDS-Kranken weisen drogenabhängige AIDS-Kranke aufgrund ihres bisher geführten Lebens einen schlechteren Allgemeinzustand auf, leiden schon an anderen Erkrankungen (z.B. Hepatitis B) und sind „deshalb erkrankungsanfälliger und dadurch noch größeren gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt ...“ (ebd.: 1). Darüber hinaus haben sie jahrelang Drogen konsumiert, in der Regel mehrere Behandlungs- und Entwöhnungsprogramme ohne Erfolg absolviert und sind weiterhin psychisch und körperlich abhängig. Wenn sie sich wegen des Auftretens von Krankheitssymptomen in stationäre Behandlung begeben müssen, wird ihnen ihr Suchtstoff entzogen, was dazu führen kann, daß sich Drogenabhängige aus Angst vor dem Entzug der Drogen nicht rechtzeitig in medizinische Behandlung begeben. Oft führt die Entzugssymptomatik zu zusätzlichen medizinischen Risiken, weshalb es medizinisch indiziert ist, drogensüchtigen AIDS-Kranken Medikamente zu geben, die das Entstehen einer Entzugssymptomatik verhindern. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bestand das Problem, daß Methadon nicht weiter verabreicht werden konnte. Die Wiederaufnahme des bisherigen Lebens in der Drogenszene, verbunden mit gesundheitsriskantem Verhalten, hat eine zusätzliche Verschlechterung des

begründet ist. Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann.“

Immunstatus zur Folge. Auch ist von einem Drogenabhängigen nicht zu erwarten, daß er – „angesichts seiner realistisch einzuschätzenden geringen Lebenserwartung von höchstens wenigen Jahren – gerade jetzt bereit wäre, ein drogenfreies Leben zu führen“ (ebd.: 3). Deshalb ist es „nicht vertretbar ... eine mögliche und verfügbare Hilfe vorzuenthalten, die gleichzeitig auch noch seine Gesundheitsrisiken mindern kann“ (ebd.: 3).

Wegen der immer noch unsicheren Rechtslage, hat sich der Senator für Gesundheit die Auffassung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK am 27.3.1987), der Bundesärztekammer (vom 4.2.1988) sowie der Enquete-Kommission des 11. Bundestages *Gefahren von AIDS und wirksame Wege zur Eindämmung* (Zwischenbericht Juni 1988) zu eigen gemacht, wonach in begründeten Einzelfällen die Abgabe von Methadon an Drogensüchtige AIDS-erkrankte Drogenabhängige medizinisch indiziert sei. Mit der Substitution im Einzelfall wurde im September 1988 begonnen. In den ersten Wochen wurden fünf drogensüchtige AIDS-Kranke in die ambulante Substitutionsbehandlung aufgenommen. Ungelöste strukturelle Probleme betrafen vor allem die Wochenendausgabe, die die Mitarbeiter der Betreuungsdienste (AIDS-Hilfe, Modellprogramm *Ambulante Pflege AIDS-Kranker*, Bremer Hilfe zur Selbsthilfe) nicht bereit waren zu übernehmen. Auch bestand für Patienten, die keinen niedergelassenen Arzt für die Weitersubstitution finden konnten, eine Versorgungslücke. Und schließlich lehnten die Krankenkassen die Erstattung der Kosten der Methadonsubstitution grundsätzlich ab.

Inzwischen sprachen sich auch alle Fraktionen für die Methadon-Substitution aus, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. Nur DIE GRÜNEN (*Sofortprogramm für Heroinabhängige* vom 5.9.1988) und die FDP (*Drogen-Substitutionsprogramm mit Methadon* vom 17.10.1988) forderten ein umfassendes Methadon-Programm, das sich an der Substitutionspraxis der Schweiz orientiert. Der Antrag der SPD (*Die Situation Drogenabhängiger; Möglichkeiten der Hilfe und Maßnahmen zur Verminderung des Drogenkonsums* vom 5.7.1989) lag dagegen auf der drogenpolitischen Linie des Senats, Methadon nur im Einzelfall bei festgelegten medizinischen Indikationen einzusetzen⁶.

6 Ein parteiinterner Ausschuß konnte sich in der SPD-Fraktionssitzung mit seinem „Methadon-Papier“, in dem, neben den unstrittigen medizinischen Indikationen, Methadon auch für „Entzugswillige, die mehrere Therapien erfolglos durchlaufen haben“ gefordert wurde, nach Einmischung durch den Senat in der eigenen Fraktion nicht durchsetzen (TAZ 4.7.89). Einer möglichen sozialen Indikation wurde so eine klare Absage erteilt. Stattdessen wurde die sehr interpretationsfähige Formulierung „Einsatz von Methadon insbeson-

Darüber hinaus wurde aber in diesem Antrag auch angeregt, die Möglichkeit eines frauenspezifischen Methadonprogramms zu prüfen und die Gleichbehandlung der Drogenabhängigen im Justizvollzug sicherzustellen. Für diese Gruppe Drogenabhängiger wurden die gleichen Hilfen gefordert wie für in Freiheit lebende Drogenabhängige. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob als erster Schritt gezielter Entlassungsvorbereitung eine substitions-gestützte Behandlung für drogenabhängige Gefangene, bei individuell vorliegenden Voraussetzungen, durchzuführen ist, wobei die Weiterbehandlung nach Entlassung sicherzustellen wäre (ebd.: 3).

Angesichts der weiterhin unbefriedigenden medizinischen Versorgung von Drogenabhängigen, deren körperlichen Verelendung und der steigenden Anzahl von Drogentoten⁷ sah sich der Senator für Gesundheit veranlaßt, eine Erweiterung der medizinischen Indikationen für eine Substitution vorzuschlagen. In Anlehnung an die EntschlieÙung der Gesundheitsministerkonferenz GMK vom 27.3.1987 sollten die folgenden Indikationen für vertretbar gelten: schwere oder finale Krankheitszustände, Krankenhausaufenthalte wegen körperlicher Erkrankung und Schwangerschaft (Der Senator für Gesundheit vom 28.2.1989). Erstmals sollten niedergelassene Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit erhalten, eine Primärindikation zu stellen. Zur Sicherstellung der unabdingbar notwendigen psychosozialen Begleitung sei aber ein gemeinsames, behördenübergreifendes Vorgehen, insbesondere der Gesundheits- und Sozialbehörde sowie eine Zuständigkeits- und Verantwortlichkeitsfestlegung zwischen den beteiligten ärztlichen Bereichen und sozialen Diensten erforderlich. In diesem Zusammenhang wurde der Koordinierungsausschuß *Drogen* darum gebeten, ein Konzept zur Sicherstellung der psychosozialen Begleitung zu erarbeiten (Freie Hansestadt Bremen, Deputation für Gesundheit 3.3.1989).

Dem Vorschlag der erweiterten medizinischen Indikationen schloß sich der Bremer Senat und auch die Ärztekammer Bremen (Ärztekammer Bremen 17.7.1989) an. Für den Justizvollzug sollten die gleichen Kriterien maßgebend sein. Das Konzept bremischer Drogenpolitik sah demnach Substitution in Form von medizinischer Einzelfallindikation vor, die keine Konkurrenz zu anderen Hilfsangeboten darstellt. Darüber hinaus gehende Methadon-Programme wurden vom Bremer Senat abgelehnt, sie wären nur zu vertreten „im

dere bei schweren psychischen und physischen Krankheiten und Beeinträchtigungen“ durchgesetzt.

7 Drogentote im Land Bremen 1987: 28, 1989: 53 (Freie Hansestadt Bremen 1990: 18).

Rahmen eines klar definierten, wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses bei entsprechend gesicherter, kontrollierter Durchführung“ (Der Senator für Gesundheit et al. 22.6.1989: 6). Auch die Ärztekammer Bremen lehnte „Methadon-Programme und eine freizügige, unkontrollierte Methadon-Substitution ... entschieden ab ...“ (Ärztekammer Bremen 17.7.1989: 2).

Gegen den entschiedenen Widerstand von Bürgermeister und Senator für Jugend und Soziales, Henning Scherf, und gegen die Stimmen der CDU wurde der SPD-Antrag über die Erweiterung der medizinischen Indikationen⁸, in der Bürgerschaft abgestimmt und mit Unterstützung der FDP und der GRÜNEN durchgesetzt. Der Senat wurde aufgefordert, ein ressortübergreifendes Konzept „für eine neuorientierte Drogenpolitik in Bremen zu erarbeiten“ (Bremische Bürgerschaft vom 20.9.1989: 1). Ein flächendeckendes Methadon-Programm, wie es von Teilen der SPD-Fraktion, den GRÜNEN und der FDP gefordert wurde, fand im sozialdemokratisch geführten Parlament keine Mehrheit (Weser Kurier 21.9.1989: 18).

Dieser Beschluß der Bremischen Bürgerschaft führte zu der *Gemeinsamen Empfehlung des Senators für Gesundheit, der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremens zur Substitution von Drogensüchtigen in Bremen* (Der Senator für Gesundheit et al. vom 26.1.1990), die im Februar 1990 verabschiedet worden und zunächst die Grundlage für die breitere Einführung der Substitutionsbehandlung war. Danach durften Drogenabhängige, die wegen einer schweren Erkrankung ärztlicher Behandlung bedurften, im Sinne einer engen, medizinischen Indikation substituiert werden. Drogenabhängigkeit allein begründete auch weiterhin keine Substitutionsbehandlung. Eine über die unbestrittenen Indikationen hinausgehende Substitution könnte allerdings im Einzelfall, nach Abwägen aller Risiken und verknüpft mit intensiver psychosozialer Begleitung sinnvoll sein, jedoch lag diese Entscheidung nicht im ärztlichen Ermessen, sondern der Arzt mußte sich in diesen Fällen von einer Fachkommission beraten lassen.

Nachdem auch die Bundesärztekammer Drogenabhängigkeit als Krankheit definiert hatte, gaben die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ihre bisher ablehnende Haltung auf. Zum 1. Oktober 1991 traten daher

8 Danach darf Methadon eingesetzt werden bei „schweren psychischen und physischen Krankheiten und Beeinträchtigungen, als Überbrückungshilfe im Rahmen einer stationären Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern sowie für schwangere, drogensüchtige Frauen“ (Bremische Bürgerschaft vom 20.9.1989).

die sog. NUB-Richtlinien⁹ in Kraft, nach denen die Kosten der Substitutionsbehandlung von den Krankenkassen übernommen werden konnten. Diese Richtlinien schließen, bis heute, die Behandlung der Drogenabhängigkeit selbst grundsätzlich aus. Erst der Beschluß des Bundesgerichtshofes (15. Mai 1991) ließ neben der medizinischen Indikation auch eine sozialmedizinische Indikation zu, um Opiatabhängige „unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien“.¹⁰ Die Substitution zur Behandlung der Drogenabhängigkeit wurde erst mit der Änderung des § 13 des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) im August 1992 zulässig, nämlich unter der Voraussetzung, daß die Behandlung medizinisch begründet ist (Vorliegen einer langjährigen chronischen Opiatabhängigkeit) und der Behandlungszweck auf andere Weise (abstinenzorientierte Therapieverfahren) nicht erreicht werden kann. Daraufhin beschloß der Bremer Senat im September 1992 (Freie Hansestadt Bremen 1994: 14) ein drogenpolitisches Sofortprogramm, das die Einführung zweier Methadon-Programme (für 40 drogenabhängige Frauen, die der Prostitution nachgehen und für 50 sog. Altfixer, gesundheitlich und sozial stark verelendete Drogenabhängige). Die Methadon-Substitution im Bremer Strafvollzug wurde entsprechend um die sozialmedizinische Indikation erweitert.

Substitution im Bremer Justizvollzug

Die Methadon-Diskussion in Bremen bezog frühzeitig auch die Möglichkeit einer Substitution im Bremer Justizvollzug ein, da es keine geteilte medizinische Indikation für die Substitution in Freiheit und in Haft geben sollte¹¹. Mit

9 „Neue Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien“ vom 2. Juli 1991. Danach kann im Einzelfall eine Indikation zur Substitutionsbehandlung mit Methadon bei kranken, i.v.-Heroinabhängigen vorliegen:

Drogenabhängigkeit mit lebensbedrohlichem Zustand im Entzug, Drogenabhängigkeit bei schweren konsumierenden Erkrankungen, bei opioidpflichtigen Schmerzzuständen, bei AIDS-Kranken mit fortgeschrittener manifester Erkrankung. Außerdem bei drogenabhängigen Patienten, die sich einer unbedingt notwendigen stationären Behandlung wegen einer akuten oder schweren Erkrankung unterziehen müssen und denen gegen ihren Willen nicht gleichzeitig ein Drogenentzug zuzumuten ist (Überbrückungssituation), Drogenabhängigkeit in der Schwangerschaft und unter der Geburt sowie in Einzelfällen bei vergleichbar schweren Erkrankungen nach Beratung durch eine Fachkommission (Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen 1991). Eine geänderte Fassung der NUB-Richtlinien trat am 25.3.1994 in Kraft (DtschÄrztebl 1994, 91/14, A-985-987).

10 BGH AZ 3 StR 8/91

11 Entsprechend Strafvollzugsgesetz (StVollzG) § 3:

(1) Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angepaßt werden.

der Verabschiedung der *Gemeinsamen Empfehlung* 1990 wurde die Substitutionsbehandlung auch im Bremer Strafvollzug eingeführt¹². Die Situation vor der Einführung der Substitutionsbehandlung war gekennzeichnet – ähnlich wie in den JVA's der anderen Bundesländer (vergl. Böhm/Möbius 1990; Krumsiek 1992) – durch ein erhebliches Angebot an Drogen in einzelnen Häusern der JVA Bremen. Kontrollen seitens des Vollzuges wie auch der Verzicht auf den Nachweis von Cannabinolen durch Urinkontrollen¹³ blieben wirkungslos. Eine zunehmende Anzahl von Inhaftierten war drogenabhängig. Insgesamt wurde in den letzten Jahren von einem Anteil von 20-30% Drogenabhängiger im Justizvollzug ausgegangen, wobei der Anteil im Frauenvollzug bei etwa 50% liegt (Freie Hansestadt Bremen 1990: 64, 1994: 11, Der Senator für Frauen et al. 1995: 22). Diese Gruppe der Drogenabhängigen war von der Gewährung von Lockerungen, Urlaub und vorzeitiger Entlassung oder von der Aufnahme in die Entlassungsvorbereitungsabteilung der JVA in der Regel ausgeschlossen und erreichte aufgrund der Drogenabhängigkeit nicht das Vollzugsziel der Resozialisierung¹⁴, da davon auszugehen war, daß es nach der Entlassung aufgrund der Abhängigkeit zu erneuten Straftaten kommen würde. Allgemein anerkannt war, daß der Strafvollzug nicht zur Behandlung der Drogensucht geeignet bzw. eine wirkungsvolle Therapie in Haft nicht durchführbar ist (Der Senator für Justiz und Verfassung vom 2.5.1988: 2). Ein weiteres Problem ergab sich mit dem Aufkommen von AIDS, dem man zunächst hilflos gegenüberstand¹⁵.

Ausgehend von der erheblichen Drogen- und AIDS-Problematik, waren mit der Substitutionsbehandlung folgende Zielvorstellungen verbunden (Freie Hansestadt Bremen 1995: 22):

(2) Schädlichen Folgen des Freiheitsvollzuges ist entgegenzuwirken.

(3) Der Vollzug ist darauf auszurichten, daß er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern. Nach § 56 StVollzG ist für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen.

12 In der JVA Bremerhaven mit einer Verzögerung von fast zwei Jahren im Juli 1992.

13 Mit dem Verzicht auf den Nachweis von Cannabinolen wurde versucht, dem beobachteten Umstieg der Drogenkonsumenten von Cannabis (wegen der langen Nachweisbarkeit) auf Heroin entgegenzuwirken.

14 § 2 StVollzG: „Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen. Der Vollzug der Freiheitsstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten.“

15 Am 31. März 1988 waren in der JVA-Oslebshausen 7 Fälle HIV-infizierter Gefangener bekannt. Es wurde geschätzt, daß etwa 10-15% der drogenabhängigen Gefangenen HIV-infiziert sind (Der Senator für Justiz und Verfassung vom 2.5.1988: 2). Eine Abgabe von sterilen Einwegspritzen zur Eindämmung des Infektionsrisikos wurde abgelehnt.

- die Einschränkung des Drogenkonsums,
- die Entwicklung von Perspektiven für eine vorzeitige Entlassung aus der Haft, von der unbehandelte Drogenabhängige in der Regel ausgeschlossen waren,
- Substitution als wirksamer Beitrag zur HIV-Prävention.

Bezogen auf den Strafvollzug maß man der Substitution auch infektionsprophylaktische Bedeutung bei, weil die Bedingungen des Drogenkonsums hier wesentlich riskanter sind, als in Freiheit: sterile Spritzen sind nicht ohne weiteres zu beschaffen, weshalb gebrauchte Spritzen wochenlang weiter benutzt werden oder mehrere Gefangene sich eine einzige Spritze teilen.

Die Einführung der Methadon-Substitution im Strafvollzug war nicht ganz unproblematisch. Es gab erhebliche Vorbehalte auf Seiten der Justizvollzugsbediensteten, die im Vorfeld ausgeräumt werden mußten, weil die Absicht der Methadonvergabe dem vollzuglichen Auftrag, Drogenkonsum zu verhindern, widersprach. Drogenabhängigkeit mußte als zunächst unbehandelbar und nicht veränderbare Tatsache akzeptiert werden (Fritsch 1991: 175). Den möglichen Vorteilen durch eine Substitutionsbehandlung wurde Vorrang gegeben vor dem Verbot des Drogenkonsums.

Für den Bremer Strafvollzug gelten die folgenden Rahmenbedingungen:

- Auf Antrag kann jeder drogenabhängige Gefangene, der an einer Krankheit gem. NUB-Richtlinien leidet substituiert werden, dann ist auch die Weiterfinanzierung der Behandlung durch die Krankenkasse nach Entlassung gesichert. Außerdem gilt eine sozialmedizinische Indikation, nach der auch langjährig Drogenabhängige substituiert werden können, die Therapieversuche und Haftzeiten hinter sich haben, ohne daß dies zu einer Verbesserung ihrer Situation geführt hat. Die verbleibende Haftzeit soll mindestens sechs Monate und höchstens achtzehn Monate betragen. Beträgt die Haftzeit weniger als sechs Monate, ist der Nachweis eines weiterbehandelnden Arztes erforderlich.
- Die Bewerber werden ausführlich über die mit der Substitution verbundenen Vor- und Nachteile, die pharmakologische Wirkungsweise, die medizinischen Risiken, das Verfahren sowie die Rechte und Pflichten informiert, bevor ein Substitutionsvertrag unterzeichnet wird.
- Allen Substituierten wird eine bessere Prognose unterstellt, möglich werden dadurch Lockerungen, Ausgänge, Urlaub, Verlegung in den offenen Vollzug und eine Entlassung nach Verbüßung von 2/3 der Strafzeit.

- Zur psychosozialen Betreuung gehören Einzel- und Gruppengesprächsangebote, Körperarbeit zur Unterstützung der inneren Aufmerksamkeit, die Entlassungsvorbereitung und die Teilnahme an Angeboten außerhalb der Anstalt.
- Der ärztliche Dienst übernimmt die Weiterbehandlung nach der Entlassung übergangsweise bis zu sechs Monaten, falls nicht rechtzeitig ein weiter-substituierender niedergelassener Arzt gefunden werden konnte. Bei Patienten, bei denen keine NUB-Richtlinie vorliegt oder im Einzelfall keinen niedergelassenen Arzt finden, stehen die Ergänzenden Methadonprogramme (EMP für Frauen und für Altfixer, mit begrenzter Aufnahmekapazität) der Stadt Bremen zur Verfügung.
- Die nachgehende psychosoziale Betreuung entlassener Substituierter wird durch externe Vereine sichergestellt (Freie Hansestadt Bremen 1995: 22 f).

Bremen war damit eines der ersten Bundesländer mit Methadon-Substitution im Strafvollzug. Obwohl inzwischen in vielen Justizvollzugsanstalten anderer Bundesländer auch substituiert wird, gibt es die Substitution weder in allen Bundesländern, noch innerhalb eines Bundeslandes flächendeckend in allen Justizvollzugsanstalten (vergl. Keppler/Stöver 1998: 111 ff). Das hat zur Folge, daß bei Verlegungen von Gefangenen die Weiterführung der Substitution nicht gewährleistet ist. Darüber hinaus ist die Indikationsstellung, entweder restriktiv in Anlehnung an die NUB-Richtlinien oder um eine sozialmedizinische Indikation erweitert, bislang nicht einheitlich geregelt, so daß es nach der Entlassung aus der Haft zu Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme der Behandlung kommen kann.

1.2 Behandlungsalternativen zum Methadon

In der Methadon-Diskussion ging es im Wesentlichen um die Frage, ob die dauerhafte Vergabe einer Droge als Ersatz für Heroin moralisch, ethisch und rechtlich überhaupt zu verantworten wäre. Dies schien zunächst völlig unvereinbar mit dem bestehenden, auf Abstinenz ausgerichteten Drogenhilfesystem. Daß hier um grundsätzliche Positionen gekämpft wurde, erklärt, warum die immerhin langjährige Diskussion auf den Stoff Methadon ausgerichtet blieb. Entweder wurde die Methadon-Substitution völlig abgelehnt oder mit zuvielen Erwartungen überfrachtet. Unterschiedliche Methoden der Substitution und ihre jeweiligen Vorteile für bestimmte Patientengruppen wurden dagegen nicht diskutiert. Im Schatten der Methadon-Diskussion hatte sich

z.B., auch weil das Methadon über lange Jahre offiziell verboten war, kaum beachtet, die Codein-Substitution etabliert. Diese Form der Substitution ist besonders für Drogenabhängige geeignet, die noch nicht so stark desintegriert sind und deshalb eine konkrete Chance auf Rehabilitation und Reintegration haben (Ulmer 1997: 49 ff). Andere Behandlungsarten, z.B. die Substitution mit Buprenorphin, die sich wegen des eher geringen Suchtpotentials und der guten Verträglichkeit zur kurz- bis mittelfristigen Substitution bei jungen Drogenabhängigen eignet, oder die Substitution mit LAAM¹⁶, deren Vorteil vor allem in der größeren Freiheit für den Patienten besteht, indem die Substanz nur dreimal die Woche eingenommen werden muß, sind bislang kaum berücksichtigt worden. Neben den verschiedenen Substitutionsformen gibt es weitere Alternativen, die zunehmend auch für den Strafvollzug diskutiert und erprobt werden, weil sich die Erkenntnis durchsetzt, daß ein differenziertes Behandlungsangebot bereitzustellen ist, das der individuellen Situation Drogenabhängiger gerecht wird: die Spritzenvergabe und die Heroinabgabe.

Spritzentauschprogramme als die wirksamste HIV-präventive Maßnahme gibt es in Deutschland seit Mitte der achtziger Jahre. Allerdings wurde erst 1992 gesetzlich klargestellt, daß die Abgabe von Einwegspritzen an Drogenabhängige keinen Verstoß gegen das BtMG bedeutet, also kein Verschaffen einer Gelegenheit zum Verbrauch (§ 29 Abs. 1 BtMG). Damit können sterile Einwegspritzen in Apotheken und Einrichtungen der Drogenhilfe abgegeben werden. Die Forderung, sterile Spritzen als infektionsprophylaktische Schutzmaßnahme auch im Strafvollzug zur Verfügung zu stellen, ist nicht neu, sie wurde aber bislang von den zuständigen Behörden, vor allem aber dem Anstaltspersonal, zurückgewiesen, obwohl erstens die Übertragungswege für eine HIV-Infektion bekannt und unumstritten sind, obwohl zweitens die Richtlinien der WHO zur HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis empfehlen: „In Ländern, in denen saubere Spritzen und Nadeln den Drogengebrauchern in Freiheit zur Verfügung stehen, sollte erwogen werden, Inhaftierten, die dies wollen, sauberes Spritzbesteck zur Verfügung zu stellen“ (1993: 123)

16 LAAM (Levo-Alpha-Acetylmethadol) ist ein Opiat mit einer Langzeitwirkung von 72 Stunden und für die langfristige Substitution geeignet. Es hat etwa die gleichen Nebenwirkungen wie Methadon. Der Übergang von einer LAAM-Behandlung zu einer Methadon-Behandlung ist möglich. Der Beigebrauch von Alkohol oder Benzodiazepinen kann gefährliche Interaktionen verursachen und zu tödlichen Überdosierungen führen. In den USA werden seit 1961 Studien durchgeführt, seit 1993 ist LAAM im Rahmen einer Substitutionsbehandlung von der Food and Drug Administration (FDA) zugelassen (vergl. Michels 1995: 7; Bundesamt für Gesundheitswesen 1995: 83).

und obwohl drittens diese Maßnahme rechtlich zulässig ist. Auf Seiten der Justiz wurde (und wird größtenteils heute noch) damit argumentiert, daß bei einer frei zugänglichen Spritzenvergabe durch Automaten, auch nicht-drogenabhängige Gefangene Spritzen beziehen könnten und so, wegen der eingeschränkten Lebensbedingungen im Strafvollzug mit den entsprechenden psychischen Folgen, „in die Drogenszene gezogen“¹⁷ werden. Außerdem gehöre es zum „feeling“ der Drogenabhängigen, die Spritze kreisen zu lassen. Die Ausgabe steriler Spritzen würde dieses szene-typische Verhalten nicht ohne weiteres verändern. Auch könnte diese Maßnahme von den Bediensteten und Gefangenen als Schritt zur Legalisierung des Drogenkonsums mißverstanden werden, als Beihilfe zum Drogenkonsum, während Drogenkonsum doch weiterhin bekämpft werden solle. Gerade im Strafvollzug kommt diese Diskrepanz zwischen dem Drogenverbot, das mit repressiven Mitteln versucht wird durchzusetzen und der potentiellen Beihilfe zum Drogenkonsum durch Abgabe von Spritzen besonders deutlich zum Ausdruck, auch wenn die Spritzenabgabe hier primär eine Maßnahme zur Vermeidung von Infektionskrankheiten darstellt. Kritisiert wurde auch, daß zwar aus Gründen des Gesundheitsschutzes sterile Spritzen abgegeben werden sollen, dieser Gedanke aber nicht konsequent weitergedacht würde, wenn dies den zu konsumierenden Stoff nicht miteinschließt, der, oft gestreckt und verunreinigt, weitere Gesundheitsgefahren in sich birgt. Wenn also Spritzenabgabe, dann auch Heroinabgabe. In Deutschland wurden entsprechend dieser Einwände in keinem Bundesland Einwegspritzen an Gefangene ausgegeben (mit Ausnahme der Modellprojekte im Niedersächsischen und im Hamburger Strafvollzug).

Das weltweit erste Drogen- und AIDS-Präventionsprogramm im Gefängnis, war das Schweizer Pilotprojekt mit freier Spritzenabgabe in den Anstalten Hindelbank bei Bern (Nelles et al. 1994). Dieses auf zwölf Monate (1994/1995) ausgerichtete Projekt wurde vom Bundesamt für Gesundheitswesen, den Bediensteten und der Anstaltsleitung unterstützt und beinhaltete neben der Abgabe steriler Spritzen durch einen Automaten auch ein Präventionsangebot, bestehend aus Informations- und Gruppenveranstaltungen. Ziel war es das Wissen über Drogen, Drogenkonsum, HIV-Infektionen und AIDS sowohl bei den Gefangenen, als auch beim Personal zu verbessern, die Kom-

17 vergl.: Der Senator für Justiz und Verfassung 1988: 10. Diese passive Wortwahl unterstellt zweierlei: Erstens, bislang nicht-drogenkonsumierende Gefangene würden möglicherweise gegen ihren Willen drogenabhängig und zweitens bislang nicht-drogenkonsumierende Insassen würden, gerade weil es keine frei zugänglichen Spritzen gibt, vor Drogenkonsum geschützt. Beides ist nicht belegt.

petenz des Personals in der eigenständigen Betreuung der betroffenen Gefangenen zu erhöhen und eine persönliche Einstellungs- und Verhaltensveränderung bezüglich des Drogenkonsums und seiner Risiken zu bewirken (ebd.: 103 f). Die wissenschaftliche Auswertung dieses Projekts (Nelles et al. 1995) hat ergeben, daß immer wieder geäußerte Einwände gegen die Spritzenvergabe sich nicht bestätigt haben, der Drogenkonsum in der Anstalt stieg nicht an, die Spritzen wurden nicht als Waffen gegen Bedienstete eingesetzt und der Gefängnisbetrieb wurde nicht gestört. Damit hat sich dieses Projekt bewährt. Das Risikoverhalten nahm mit der Bereitstellung steriler Spritzen ab, damit konnte das Infektionsrisiko vermindert werden. Im Untersuchungszeitraum wurden keine Neuinfektionen oder Serokonversionen festgestellt. Bei der Umsetzung eines solchen Projekts ist es allerdings erforderlich, Akzeptanz bei den Bediensteten und allen Gefangengruppen herzustellen, der Zugang zum Spritzenautomaten sollte möglichst jederzeit, anonym und diskret möglich sein und schließlich sollten begleitende Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden.

Vor diesem Schweizer Modellprojekt hatte es in anderen Anstalten Einzelpersonen gegeben, die sterile Spritzen an Gefangene abgaben. In einem Fall war es der Anstaltsarzt der Männeranstalt Oberschöngrün/Solothurn, der bereits seit 1992, ohne die Anstaltsleitung zu informieren, Spritzen an drogenabhängige Gefangene ausgab. Dieses Vorgehen wurde nach Bekanntwerden im Nachhinein von der Anstalt gebilligt. In einem anderen Fall gaben Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Bern im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit in der Anstalt Witzwil (Männer) sterile Spritzen aus, nachdem vergeblich versucht worden war, die Anstaltsleitung zu entsprechenden Veränderungen zu bewegen. Das Projekt zur HIV und AIDS-Prävention wurde 1993 von der Anstalt abgebrochen, als die Spritzenvergabe bekannt wurde. Trotz des Hinweises auf das geplante Spritzenabgabeprojekt in Hindelbank blieb die Anstaltsleitung bei ihrer ablehnenden Haltung, Spritzen seien kein Thema, irgendwann würde die Spritzenabgabe sicherlich von oben verordnet werden, aber man wolle nicht die ersten sein, die damit anfangen (Aebersold/Linder 1994: 85). Auch in Deutschland gibt es vereinzelt Versuche, Infektionsprophylaxe durch Spritzenabgabe zumindest inoffiziell zu ermöglichen (Anonymus 1997, Wambsganß 1991: 113).

Das Pilotprojekt zur Spritzenabgabe in Hindelbank wurde aus deutscher Sicht kritisch und abwartend beobachtet. Da die Abgabe sterilen Spritzbestecks unbestritten die wirksamste Form der Infektionsprophylaxe ist, der Drogen-

konsum in Haft mit hohen Gesundheitsrisiken einhergeht (Keppler 1994; Keppler/Nolte/Stöver 1996) und das Schweizer Pilotprojekt gezeigt hat, wie die Spritzenabgabe auch im Strafvollzug funktionieren kann, begann man nun im Niedersächsischen Justizministerium über die Einrichtung eines ähnlichen Modellprojekts nachzudenken. Bei der Erarbeitung entsprechender Konzepte durch eine Expertenkommission wurden die Erfahrungen mit der Spritzenabgabe in der Schweiz berücksichtigt. Das Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Strafvollzug“ war auf zwei Jahre ausgelegt und sollte in der JVA für Frauen in Vechta und in der JVA für Männer in Lingen I, Abt. Groß Hesepe durchgeführt und sozialwissenschaftlich evaluiert werden (Meyenberg et al. 1996). In der JVA Vechta wurde mit der praktischen Umsetzung des Modellprojektes mit der Aufstellung von Spritzenautomaten im April 1996 begonnen. In der JVA Lingen I sollte die Spritzenvergabe ab Juli 1996 durch Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes und des Sanitätspersonals in Form einer „Hand-zu-Hand-Vergabe“ erfolgen. Begleitet wurde die Spritzenabgabe von flankierenden Präventionsangeboten. Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es festzustellen, ob die Maßnahmen durchführbar sind, von den verschiedenen Personengruppen akzeptiert werden, ob die Maßnahmen effektiv im Hinblick auf das Drogengebrauchsverhalten sind und Einstellungsänderungen in bezug auf das Risikoverhalten bewirken bzw. zu einer Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Gefangenen beitragen (Meyenberg et al. 1997: 15).

Befürchtungen, wonach es durch die geplante Spritzenabgabe zu einer Ausweitung des intravenösen Drogenkonsums, auch unter bisher nicht-drogenkonsumierenden Gefangenen, kommen würde, haben sich nicht bestätigt. Vollständig ausgeschlossen werden kann dagegen nicht, daß die Spritzenabgabe als Signal einer Legalisierung des Drogenkonsums mißverstanden werden könnte¹⁸. Die verschiedenen Vergabemodi werden von den Betroffenen unterschiedlich bewertet. Während die weiblichen Gefangenen die Automatenabgabe wegen der jederzeitigen Erreichbarkeit und der lückenlosen Versorgung positiv beurteilen, wird der Hand-zu-Hand-Tausch bei den männlichen Gefangenen kritischer eingeschätzt. Anonymität ist bei dieser Vergabeform kaum möglich, die Tauschsituation ist durch den sozialen Kontakt verbindlicher als bei einer Automatenabgabe. Somit ist die persönliche Spritzenabgabe ein höherschwelliges Angebot, das allerdings auch den Vorteil hat, bei Bedarf

18 Dieser Gesichtspunkt dürfte aus infektionsprophylaktischer Perspektive allerdings eher eine untergeordnete Rolle spielen, da ja gerade die Folgen der bisherigen Drogenverbots politik versucht werden sollen einzudämmen.

weitere Gesprächsmöglichkeiten zu eröffnen. Während des Modellprojektes hat sich gezeigt, daß auch Nicht-Teilnehmer inoffiziell den Spritzenaustausch nutzen. Das liegt zum einen daran, daß Substituierte von der Teilnahme ausgeschlossen sind, weil sie sich vertraglich verpflichten mußten, neben der Substitution mit Methadon keinen Beigebrauch zu haben, diese Verpflichtung teilweise aber nicht einhalten können oder wollen. Insbesondere in der JVA Groß Hesepe sind aus diesem Grund Spritzen weiterhin Handelsobjekte geblieben. Außerdem gibt es einen inoffiziellen Bedarf an Spritzen, weil nicht alle tatsächlich drogenkonsumierende Gefangene ihren Drogenkonsum offenbaren wollen, um an einem Modellprojekt teilnehmen zu können. Die Nutzung durch „Dritte“ ist im Sinne des Infektionsschutzes, fraglich bleibt, inwieweit Zugangsbeschränkungen zum Spritzenaustausch überhaupt sinnvoll sind. Die Spritzenabgabe beeinflußt die Nachfrage nach bisher üblichen Angeboten der Drogenhilfe, wie Methadonvergabe, Therapievermittlung und psychosoziale Betreuung, nicht, sie ist damit, im Verlauf der Erprobungszeit, als ein weiterer Bestandteil der Drogenhilfe wahrgenommen worden.

Die Ergebnisse aus dem Niedersächsischen Modellprojekt sind nicht ohne weiteres auf andere Justizvollzugsanstalten übertragbar. Das Projekt wurde lange und umfassend vorbereitet. Eine Expertenkommission hat dabei in einer Risikobewertung fachlich begründete und praktikable Modelle zur Risikovermeidung ausgearbeitet, die die rationale Grundlage für die politische Entscheidung zum Umgang mit den Gesundheitsrisiken in Haft gebildet haben. Alle Personengruppen innerhalb der Anstalten sowie auch externe Dienste (Drogenberatung, AIDS-Hilfe, JES) wurden in allen Phasen des Projektes partizipativ miteinbezogen, so daß trotz des Widerspruchs der Spritzenabgabe im Vollzug die notwendige Akzeptanz für eine solche Maßnahme geschaffen werden konnte. Das zeigt wiederum, daß ein hierarchisch ausgerichteter Entscheidungsprozeß für die Einrichtung eines Modellprojektes nicht erfolgversprechend sein kann. Gesundheitspolitische Neuerungen im Strafvollzug werden vielmehr in einem zirkulären und zeitintensiven Prozeß bestimmt (Jacob/Stöver 1997:155 ff)¹⁹.

Seit Beginn der neunziger Jahre wird in Deutschland über die Möglichkeit einer kontrollierten Heroingabe diskutiert. Zielgruppe für dieses Hilfsan-

19 Ein weiteres Spritzenabgabeprojekt fand ab Juni 1996, befristet bis Dezember 1997 in der Hamburger JVA Vierlande statt. Im Unterschied zu den Projekten in Hindelbank/Schweiz und in Niedersachsen ging die Initiative nicht von der Vollzugsanstalt aus, ausschlaggebend war die Entscheidung des Justizsenators (Thiel 1997).

gebot sollen psychisch und sozial stark verelendete Abhängige sein, die mit den bisherigen Abstinenz- und Substitutionstherapien nicht erreicht werden können. In der Schweiz startete 1993 ein dreijähriges nationales Forschungsprogramm zur Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige (Uchtenhagen 1994). Wie schon bei der Erprobung der Spritzenabgabe, übernahm auch hier die Schweiz eine Vorreiterrolle. In der Strafanstalt Oberschöngrün/Solothurn wurde im Rahmen des Projektes „Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt“ (KOST) ab September 1995 Heroin an therapieresistente, langjährig Opiatabhängige abgegeben. Begründet wurde die Erprobung einer kontrollierten Opiatabgabe mit der zunehmenden Zahl von heroinabhängigen Gefangenen, die trotz umfangreicher repressiv-punitiver Maßnahmen weiter Drogen konsumieren und durch Hilfeleistungen wie therapeutische Gespräche oder Freizeitbeschäftigungen nicht erreichbar sind. Dadurch kann der Resozialisierungsanspruch nicht erfüllt werden, weil ein Großteil der Drogenabhängigen nach Entlassung wieder straffällig wird: „Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass wir uns im Umgang mit suchtkranken Delinquenten im Kreise drehen und nur reagieren und nicht agieren können“ (KOST 1995: 6). Mit dem Projekt KOST sollte eine psychische und physische Stabilisierung der Drogenkonsumenten als Voraussetzung für die dann eher mögliche Resozialisierung erreicht werden.

Während der Projektlaufzeit wurden max. acht Teilnehmer in einem Außenhof der Strafanstalt aufgenommen. Die Heroinabgabe fand dreimal täglich zur Selbstinjektion statt. Dabei war eine Krankenschwester und, zur Gewährleistung der Sicherheit, ein Bediensteter anwesend. Die Probanden gingen einer regelmäßigen Arbeit in dem zugehörigen Landwirtschaftsbetrieb nach. Das Leistungsdefizit zu Projektbeginn wurde auf die sedierende Wirkung des Heroins zurückgeführt, aber auch darauf, daß die Projektteilnehmer nie gelernt hatten, ernsthaft zu arbeiten. Die vorgesehene Betriebsleistung konnte nach einigen Wochen ohne Probleme erbracht werden, das Arbeitsverhalten wurde durch die Heroinabgabe positiv beeinflusst. Problematisch war dagegen das von anderen Inhaftierten isolierte und enge Zusammenleben der Probanden in einer ausgeprägten Zwangsgemeinschaft. Mit dem Wegfall des Drogenbeschaffungsstress und der Handelsbeziehungen gab es unter den Gefangenen auch kein konfliktvermeidendes Abhängigkeitsverhältnis mehr. Die Probanden wiesen erhebliche soziale Defizite und Störungen auf, die sich auch in dem Unvermögen äußerten, konstruktiv und angemessen mit Konflikten umzugehen. Auf das konfliktlastige Klima wurde versucht durch wöchentliche Gruppengespräche einzuwirken, die von den Probanden als

nicht ausreichend empfunden wurden. Trotz dieser Schwierigkeiten erreichten die Gefangenen im Projektverlauf eine wesentliche Verbesserung ihrer Lebensqualität, der körperliche und psychische Gesundheitszustand verbesserte sich aufgrund der regelmäßigen Verabreichung von Heroin bei konstanter Dosierung (KOST 1996).

Problematisch war die Projektimplementation auf organisatorischer Seite, der zeitliche Mehraufwand wurde anfangs unterschätzt, Mitarbeiter waren überlastet und mußten andere Tätigkeiten deshalb vernachlässigen. Nicht-beteiligte Gefangene, aber auch Mitarbeiter fühlten sich benachteiligt. Darauf wurde schnell und flexibel reagiert, was wiederum zur Folge hatte, daß Mitarbeiter die Situation als regellos und damit unberechenbar empfanden. Ziel- und Rollenkonflikte traten auf. Im weiteren Projektverlauf setzte sich aber die Auffassung durch, nach der eine bessere Betreuung von drogenabhängigen Gefangenen durchaus Sinn macht. Ein Teil der Mitarbeiter (7 von 31) sprach sich unverändert gegen ein solches Projekt aus, weil die Heroinabgabe ihren Vorstellungen von Resozialisierung im Strafvollzug widersprach (Uchtenhagen 1997; Kaufmann/Dobler-Mikola 1997).

Insgesamt hat das Projekt KOST gezeigt, daß die Heroinabgabe im Strafvollzug durchführbar und sinnvoll ist. Eine solche Maßnahme stellt die Institution Strafvollzug, wie schon die Spritzenvergabe, vor eine große Herausforderung, weil auch hier wieder das Scheitern des bisherigen repressiv-punitiven Ansatzes zur Bewältigung des Drogenproblems im Strafvollzug eingeräumt werden muß. Anders als in der Schweiz gibt es in Deutschland bisher noch keine kontrollierte Heroinabgabe. Zwar besteht überraschend große Einigkeit darüber, daß über die ärztlich kontrollierte Originalstoffvergabe eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung bislang unerreichbarer, schwer verelendeter Drogenabhängiger erreicht werden kann, auf politischer und juristischer Ebene ist dieses Thema noch strittig. Damit bleibt die Heroinverschreibung im Strafvollzug vorerst unwahrscheinlich, auch schon deshalb, weil es keine Möglichkeiten der Weiterbehandlung nach der Haftentlassung gibt.

1.3 Chancen innovativer Ansätze im Strafvollzug?

Obwohl sich seit Anfang der siebziger Jahre ständig Drogenabhängige in Haft befinden und die Unzulänglichkeit ihrer Behandlung im sog. „Drehtüreffekt“ deutlich wird, besteht nach wie vor keine Einigkeit darüber wie dieser Kreislauf wirkungsvoll unterbrochen werden könnte. Selbst Maßnahmen zur

Infektionsprophylaxe, die zwar das Drogenproblem in Haft nicht lösen, aber zumindest lindern könnten, haben zur Zeit noch wenig Chancen auf eine flächendeckende Umsetzung. Jede Neuerung hat vor ihrer Einführung immer eine Vielzahl von Widerständen zu überwinden, die angesichts der erheblich angestiegenen Zahl der sucht- und drogenabhängigen Gefangenen und der allgemeinen Ratlosigkeit unverständlich scheinen, die aber auch deutlich machen, daß die Drogenproblematik im Gefängnis mehr als Sicherheits-, weniger als Behandlungsproblem wahrgenommen wird.

Das Gefängnis ist die repressivste Form von totaler Institution²⁰: Es ist ein nach außen fast vollständig abgeschlossenes System, in dem die sonst normale Trennung verschiedener Lebensbereiche aufgehoben ist. Alltag, Arbeit und Freizeit wird im Gefängnis von allen Inhaftierten auf die gleiche Weise geteilt und durch die hierarchische Struktur des Vollzugsapparates geregelt und organisiert, wobei die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten angeblich dazu dienen sollen, die offiziellen Ziele dieser Institution zu erreichen. Diese Ziele bestehen im Schutz der Allgemeinheit, indem Menschen mit normabweichendem Verhalten die Freiheit entzogen wird, und in der „Besserung“ der Inhaftierten, damit sie nach ihrer Entlassung keine Gefahr mehr für die Gesellschaft darstellen. Die Umsetzung beider Ziele in ein und derselben Organisationsstruktur ist praktisch unmöglich. Für die Durchsetzung von Sicherheit und Ordnung sowohl nach außen, als auch nach innen, sind Mißtrauen gegenüber den Gefangenen, Restriktionen und Kontrollen erforderlich. Die auf diese Weise entstehenden Deprivationen können zwar durch bestimmte Maßnahmen wie z.B. die Gewährung von Lockerungen gemildert werden, sie werden aber nicht aufgehoben und tragen damit zu einer weiteren Dissozialisierung der Gefangenen bei. Außerdem wirkt sich ein solches Anstaltsklima negativ auf die Einstellungen der Gefangenen gegenüber der Anstalt und dem Personal aus. Es ist damit eine der Voraussetzungen für die tiefe Kluft zwischen Personal und Gefangenen, die auch die für eine Resozialisierung erforderlichen normalen menschlichen Kontakte verhindern. Dagegen setzt das Ziel der Resozialisierung ein gewisses Maß an Vertrauen in die Gefangenen voraus, damit Entscheidungsfreiheiten eingeräumt und die Eigenverantwortlichkeit gestärkt werden können. In einer vorrangig am Sicherheitsziel orientierten Anstalt können die berufsspezifischen Ziele der Sozialarbeiter und Psychologen nur unter Schwierigkeiten, wenn überhaupt realisiert werden. (Hohmeier 1971, Kreuzer 1989). Damit entsteht ein unüberbrück-

20 Zu den Merkmalen einer totalen Institution vergl. Goffman 1972: 15 f.

barer Widerspruch zwischen institutionellem Anspruch und der Realität der Gefängnisse, der nur gelöst werden kann, wenn die ursprünglichen Erwartungen herabgesetzt oder umdefiniert werden. In diesem Fall hat das Gefängnis lange den Vorrang der sicheren Verwahrung vor der Resozialisierung institutionalisiert.

Dies war auch noch der Fall, als mit Beginn der siebziger Jahre immer mehr drogenabhängige Gefangene aufgrund von Verstößen gegen das BTMG oder im Zusammenhang mit Beschaffungskriminalität inhaftiert wurden. Der Drogenkonsum wurde allein durch die Inhaftierung nicht unterbunden. Darüber hinaus stellt Drogenkonsum im Gefängnis einen weiteren Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz dar, den die Anstalt ahnden muß. Der Vollzug, der auf diese neue Gefangenengruppe nicht vorbereitet war und dem Erfahrungen im Umgang mit Drogenabhängigen fehlten, reagierte zunächst ausschließlich mit restriktiven Maßnahmen, um die Lage in den Gefängnissen unter Kontrolle zu bringen. Drogenzufuhr und -konsum sollten durch Vollzugsverschärfungen wie die Überwachung der Besuche, Durchsuchungen der Gefangenen nach Besuchen, Urinkontrollen, häufige Haftraumkontrollen, Ausschluß von Urlaub, 2/3-Entlassungen und Ausgängen, Einschränkungen bei der Wahl des Arbeitsplatzes unterbunden werden. Auch die „Drogenliste“ des Bremer Strafvollzugs diente diesem Zweck, die als Verteiler an alle Abteilungen ging und auf der alle Gefangenen erfaßt wurden, deren Haft in Zusammenhang mit BTM-Delikten gebracht werden konnte. Die räumliche Trennung dieser Personengruppe von den übrigen Inhaftierten sollte die Kontrollen effektiver gestalten²¹. Alle diese Versuche, das Drogenverbot durchzusetzen, blieben erfolglos. Die Vollzugsbediensteten mußten den Widerspruch zwischen gesetzlichem Anspruch mit entsprechendem Arbeitsauftrag und der alltäglichen Praxis erleben, was angesichts des erheblichen Aufwandes zu Frustrationen und Orientierungslosigkeit führte, aber auch zur Ablehnung der Drogenabhängigen allgemein, da sie nicht mit den herkömmlichen Mitteln zur Mitarbeit am Vollzugsziel zu bewegen waren. Andererseits förderte die ablehnende, repressive Einstellung gegenüber den Drogenabhängigen die Bildung einer Drogensubkultur, die für die Organisation des Handels und des Konsums bedeutsam ist, aber auch Identifikationsmöglichkeiten,

21 Die Abschaffung dieser Drogenliste, beantragt von der Fraktion DIE GRÜNEN, wurde vom Senator für Justiz und Verfassung in Bremen noch 1988 abgelehnt. Die Drogenliste sei für die Durchführung von Maßnahmen, die das Einbringen von Drogen in die Anstalt verhindern sollen sowie für Maßnahmen im Bereich der sozialpädagogischen und ärztlichen Betreuung unentbehrlich (Der Senator für Justiz und Verfassung 1988: 9).

Solidarität und positive Bestätigung in einer als feindselig erlebten Umwelt bietet und mit deren Rückhalt die verschärften Kontrollen des Vollzuges eher eine Herausforderung an den Einfallsreichtum der Abhängigen darstellen, diese zu unterlaufen. Die Drogenszene hat sich nicht in die auf einem traditionellen Werte- und Normensystem beruhende Subkultur eingefügt, die als Gegenorganisation zur Anstalt vor allem einen problemlösenden Charakter hatte und zur Ordnung in den Gefängnissen wesentlich beitrug (vergl. Hoppen sack 1969, Harbordt 1972), sondern die sonst übliche Ordnung weitgehend aufgelöst. Zwar befinden sich Drogenabhängige auf der untersten Stufe der Gefangenenhierarchie, sie sind nicht nur besonders den Kontrollen der Anstalt ausgesetzt und so im Vergleich zu anderen Gefangenen bereits doppelt stigmatisiert, sie trifft auch die Verachtung der anderen Mitgefangenen, da die negativen Begleitumstände der Drogenbeschaffung das Zusammenleben beeinträchtigen. Damit stehen Drogenabhängige in besonderem Maße unter einem psychischen Druck, der sich verstärkend auf die kritisierten Verhaltensweisen auswirkt, nämlich Rückzug, verdecktes Handeln und Drogenkonsum als Mittel zur Bewältigung der Haftsituation. Auf der anderen Seite ist wegen des Zusammenlebens auf engstem Raum nicht nur die räumliche Distanz, sondern möglicherweise auch die emotionale Distanz zum Drogenkonsum wesentlich geringer als in Freiheit (Kindermann 1980). „Es ist daher wohl zu Recht anzunehmen, daß mehr Drogenabhängige aus dem Strafvollzug entlassen werden als zuvor ‚eingeliefert‘ wurden.“ (Althoff/Schmidt-Semisch 1992: 24). Mit der zunehmenden Zahl von Drogengebrauchern in Haft sind immer mehr Gefangene von den Auswirkungen des Drogenhandels, nämlich Hektik, Aggression, Gewalt und Erpressung betroffen, so daß sich Anstalten schon gezwungen sahen, verschuldete Drogenabhängige von der übrigen Anstalt zu isolieren, um sie vor der Gewalt ihrer Schuldeneintreiber zu schützen oder die Gefangenen mit einem eigenen Zellenschlüssel auszustatten, um die häufigen Zellenaufbrüche und Diebstähle zu unterbinden (Stuhlmann 1997: 35). Kontrollen, die auf eine Begrenzung des Drogenangebots zielen, z.B. Kontrollen der Zellen, der Besucher, der Post, treffen ebenfalls alle Gefangenen, denn selbst wer nicht zu den Drogenkonsumenten zählt, kann in den Verdacht geraten, sich am Drogenhandel zu beteiligen oder infolge der verschärften Kontrollen von Drogenabhängigen von diesen als unverdächtige Person genötigt zu werden. Der weitverbreitete Drogenkonsum hat damit erhebliche Auswirkungen auf die Institution Gefängnis. Während für immer mehr Gefangene alle Alltagsaktivitäten auf den Erwerb, die Finanzierung, den Konsum und Verkauf von Drogen gerichtet sind, können

die Strafanstalten, trotz aller Bemühungen, das Drogenangebot nicht reduzieren, im Gegenteil tragen die repressiven Maßnahmen noch zu einer Brutalisierung der Verhältnisse bei.

Spätestens seit der Reform des Strafvollzugsgesetzes 1977, das nun als alleiniges Vollzugsziel die Resozialisierung der Gefangenen vorschreibt (vergl. FN 14), tritt der eingangs erwähnte Zielkonflikt zwischen Verwahr- und Behandlungsvollzug deutlich zutage. Da das Drogenverbot weiterhin gilt, der Vollzug aber nicht in der Lage ist, die Drogenabhängigen angemessen zu behandeln, schien die Lösung des Problems zunächst in einer Auslagerung der Abhängigen in externe Therapieeinrichtungen zu bestehen. Zu diesem Zweck öffnete sich der Strafvollzug für externe Drogenberater, deren Aufgabe hauptsächlich die Vermittlung in Langzeittherapien war, während der Vollzug seine Aufgabe darin sah, Drogenabhängige zu erfassen und über entsprechende Betreuungsangebote zu informieren. Die Novellierung des BtM-Gesetzes 1982, mit der „Therapie statt Strafe“ möglich werden sollte, eröffnete drogenabhängigen Gefangenen als einziger Gefangenengruppe erstmals die Möglichkeit einer Haftzeitverkürzung, um eine Therapie in Anspruch zu nehmen. Von den Abhängigen wurde nun erwartet, daß sie diese Hilfsangebote annahmen: „Es galt ‚clean‘ und sonst gar nichts.“ (Funk 1996: 95). Es zeigte sich allerdings schnell, daß die Vermittlung in Abstinenztherapien kaum zur Entspannung der Lage in den Gefängnissen beitrug. Bei vielen Abhängigen besteht gar nicht erst die Absicht, Drogenfreiheit anzustreben, auch haben immer mehr Drogenabhängige bereits zahlreiche erfolglose Therapieversuche hinter sich und sind deshalb zu einer erneuten Therapie nicht zu motivieren (Hartwig 1990: 101). Bei anderen wiederum wird der Wunsch nach einer Therapie erst durch die Inhaftierung hervorgerufen, um der Haftsituation zu entkommen (Krumstiek 1992: 306), so daß der Anteil derjenigen, die die Therapie vorzeitig abbrechen mit etwa 70-80% (Schumacher 1989: 45) hoch ist.

Nicht nur die ständig zunehmende Zahl von inhaftierten Drogenkonsumenten, auch die Verbreitung von HIV und Hepatitis zwingen den Vollzug, sich weiterhin mit Möglichkeiten der Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in den Gefängnissen auseinanderzusetzen, einmal damit der Vollzug angesichts der vom hohen Anteil an Drogenabhängigen verursachten Krise überhaupt noch handlungsfähig bleibt, aber auch, damit Drogenabhängige als einzige Gefangenengruppe nicht von vornherein vom Ziel der Resozialisierung ausgeschlossen werden. Während nämlich 1970 insgesamt 0,2% der

Gefangenen wegen Drogendelikten inhaftiert waren, waren es 1995 bereits 12,5%, damit stellen die wegen Drogendelikten Inhaftierten inzwischen die drittgrößte Gruppe im Strafvollzug (Dünkel/Kunkat 1997: 29f). Für den Bremer Strafvollzug wird der Anteil der drogenabhängigen Gefangenen 1990 auf 10-15% (Hartwig 1990: 99) und 1999 auf etwa 40% (JUDIT 10/99) geschätzt. Zur Prävalenz der Infektionskrankheiten HIV und Hepatitis im Strafvollzug gibt es vereinzelt Untersuchungen, die zeigen, daß diese Krankheiten bei Inhaftierten häufiger vorkommen, als in der Normalbevölkerung und bei i.v. drogenabhängigen Gefangenen häufiger, als bei nicht i.v. drogenabhängigen Gefangenen, wobei der Hauptübertragungsweg in der gemeinsamen Benutzung kontaminierter Spritzen zu sehen ist (Keppler/Nolte/Stöver 1996). Im bayrischen Strafvollzug waren im Jahr 1989 von den insgesamt 506 bekannten HIV-Infizierten 358 Gefangene, also 71%, i.v. drogenabhängig (Böhm/Möbius 1990: 96). Der Strafvollzug könnte auf die Ausweitung des Drogen- und Gesundheitsproblems in Haft mit einer weiteren Abschottung von der Außenwelt reagieren, mit weiteren Restriktionen, um das Drogenangebot und damit den Konsum zu reduzieren. Dies würde dem Resozialisierungsauftrag des Strafvollzugs nicht entsprechen, der ja im Gegenteil eine Öffnung nach außen erforderlich macht. Auch gilt der Angleichungsgrundsatz (§ 3 Abs. 1 StVollzG), nach dem das Leben im Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden soll, was bedeutet, daß sich die Drogenarbeit im Vollzug nicht grundsätzlich von der außerhalb unterscheiden darf. Für den Vollzug stellt sich damit das Problem, Hilfsangebote in ein nach wie vor auf Sicherheit und Ordnung basierendes, restriktives System integrieren zu müssen, in dem das Drogenverbot und das Ziel der Drogenabstinenz aber weiter bestehen bleiben. Das kann wiederum Probleme der Akzeptanz schaffen, sowohl bei der Zielgruppe, die Angeboten des Gefängnisses erst einmal mißtraut, bei Nichtabhängigen, die nicht in den „Genuß“ einer solchen Sonderbehandlung kommen, als auch bei Bediensteten, die bei einem Hilfeangebot, das nicht ganz klar auf Abstinenz setzt, eine indirekte Unterstützung des verbotenen Drogenkonsums sehen. Außerdem besteht in einer repressiven Institution wie dem Gefängnis, in dem Wohlverhalten mit der Erleichterung der Haftbedingungen belohnt wird, immer die Gefahr, daß sich Gefangene profilieren, ohne eine entsprechende Gegenleistung erbracht zu haben. Damit gibt es also auch ein Problem der Kontrollierbarkeit. Zum Beispiel fällt es Personen, die nie wirklich drogenabhängig waren relativ leicht, die Voraussetzungen (negative Urinkontrolle) für eine Verlegung in einen drogenfreien Bereich zu erfüllen und sich auf diese Weise

dem Vollzug als erfolgreiche Abstinenzler mit allen damit verbundenen Vorteilen (z.B. Lockerungen) darzustellen (Funk, a.a.O., DER SPIEGEL 5/1999: 63), während Drogenabhängige diese schnellen Erfolge meistens nicht vorweisen können, weil die Haftsituation an sich suchterhaltend wirkt (Borkenstein 1991: 122 f). Sie erhalten deshalb ungleich schwerer Vergünstigungen und gelten darüber hinaus als kaum zu motivierende Gefangene.

Angesichts der institutionellen Widersprüche, aber auch des widersprüchlichen Umgangs mit Drogenabhängigen, Strafen auf der einen und Behandeln/Therapien auf der anderen Seite, ist es nicht erstaunlich, daß der Strafvollzug sich alternativ zum abstinenzorientierten Beratungsangebot am ehesten für das Angebot der Methadon-Substitution entscheiden konnte. Der Zugang zu dieser Behandlung läßt sich durch die Vorgabe von entsprechenden Richtlinien praktisch beliebig regulieren, je nach drogenpolitischer Haltung in den einzelnen Bundesländern. Gleichzeitig wird die Substitution als medizinische Behandlung der Opiatabhängigkeit ausschließlich von den Ärztlichen Diensten der Anstalten verantwortet, d.h. der Justizvollzug muß keine Aufgaben im Rahmen dieser Behandlung übernehmen, die das weiterhin geltende Drogenverbot in Frage stellen könnten. Im Gegensatz zu infektionsprophylaktischen Angeboten, deren pragmatische Ziele auf die Schadensbegrenzung bei i.v. Drogenkonsum gerichtet sind und damit nicht nur eine gewisse Akzeptanz, sondern auch eine Beteiligung der Anstalten voraussetzen (vergl. 1.2), läßt sich die Substitution noch am besten den Ordnungsbestrebungen des Strafvollzugs unterordnen²².

Zum Drogenproblem in den Gefängnissen kommen eine ganze Reihe weiterer Probleme, die die Einführung innovativer Ansätze im Drogenbereich zusätzlich erschweren. „Innere“ Probleme ergeben sich vor allem durch die Überbelegung der meistens veralteten Anstalten, durch eine mangelnde Personalausstattung und durch eine insgesamt veränderte Insassenstruktur, auf die der Vollzug nur langsam zu reagieren beginnt.

Obgleich § 18 Abs. 1 StVollzG die Einzelunterbringung der Gefangenen vorschreibt, ist diese Form der Unterbringung noch keine Selbstverständlichkeit. Laut Dünkel/Kunkat (1997: 28 f) betrug der Anteil gemeinschaftlicher Unterbringung 1996 noch 40% in den alten Bundesländern und 78% in den neuen Bundesländern. Die Jahresdurchschnittsbelegung aller Bundesländer überstieg

22 Möglichkeiten einer an pragmatischen Zielen orientierten Suchtkrankenhilfe im Strafvollzug zeigt Stöver 1997: 223 ff auf. Althoff/Schmidt-Semisch 1992 setzen sich kritisch mit dem Thema Methadon im Strafvollzug auseinander, vergl. auch Burgheim 1994.

im Jahr 1997 mit 73 981 Gefangenen die Zahl der zur Verfügung stehenden Haftplätze (72 925), wobei Haftplatz nicht gleichbedeutend mit Einzelzelle ist. Der Grund für die Überbelegung der Anstalten liegt zum einen in der Zunahme der wegen Drogen-, Raub- und Gewaltdelikten zu langen Freiheitsstrafen Verurteilten und in einer Zunahme von Kurzstrafen. Bei Bagatelldelikten werden vermehrt Kurzstrafen statt Geldstrafen verhängt, wenn die finanziellen und sozialen Verhältnisse der Straftäter schlecht sind, aber auch der Anteil derjenigen, die ihre Geldstrafe nicht zahlen können (oder wollen) und deshalb eine Ersatzfreiheitsstrafe antreten müssen, nimmt zu. Am 30.6.1997 waren bundesweit 8,0% der Haftplätze von Personen mit einer Ersatzfreiheitsstrafe belegt (Dünkel 1998: 46), ca. 40% der Strafgefangenen verbüßten eine Freiheitsstrafe von unter einem Jahr (Preusker 1998: 33). Gefängnisse mit einem hohen Anteil an Kurzstrafgefangenen haben eine hohe Fluktuation, sinnvolle Interventionen sind wegen der kurzen Verweildauer kaum möglich. Eine Mitarbeit der Gefangenen an Behandlungsangeboten läßt sich schwerer erreichen, wenn das Ende der Haft absehbar ist und sie deshalb, im Gegensatz zu den Gefangenen mit einer langen Haftzeit, nach außen orientiert sind. Die Überfüllung der Gefängnisse und die hohe Fluktuation tragen zu einem aggressiven Anstaltsklima bei und bedrohen die Sicherheit und Ordnung in den Anstalten, was wiederum repressive Maßnahmen des Vollzuges verstärkt.

Auch die Personalsituation in den Gefängnissen wirkt sich unmittelbar auf das Anstaltsklima aus. Die Vollzugsbediensteten stellen das direkte Gegenüber der Gefangenen dar, alle Forderungen der Anstalt an die Gefangenen und der Gefangenen an die Anstalt, müssen von ihnen geprüft und bearbeitet werden. Sie verfügen über ein gewisses Maß an Entscheidungsmacht und Handlungsfreiheit, da sie aufgrund ihrer Position Kontrollmaßnahmen durchführen können. Die Überfüllung der Gefängnisse, eine immer schwieriger werdende Gefangenenstruktur bei gleichzeitig knappen öffentlichen Mitteln, die auch mit Einsparungen beim Personal einhergehen, führen zu Arbeitsbedingungen, die den Sinn der Vollzugsarbeit in Frage stellen. Die Folge ist Resignation bei den Vollzugsbeamten, die sich, reduziert auf die Funktion der Elendsverwaltung, von der Politik im Stich gelassen fühlen, ein hoher Krankenstand im allgemeinen Vollzugsdienst, der die Situation weiter ver-

schärft, da nur noch die notwendigsten Arbeiten erledigt werden können und die Anhäufung von Überstunden²³.

Bundesweit ist die Personalausstattung sehr unterschiedlich, sie reicht von 38,8 Personalstellen je 100 Gefangene in Bayern, über 54,9 Stellen in Bremen bis 70,4 Stellen je 100 Gefangene in Brandenburg (Bundesdurchschnitt: 49 Stellen je 100 Gefangene)²⁴. Im Hinblick auf den gesetzgeberischen Auftrag zur Resozialisierung besonders aufschlußreich sind die Zahlen zur Stellenbesetzung in den Fachdiensten. Während im Bundesdurchschnitt eine Fachkraft des psychologischen Dienstes 149,2 Gefangene zu betreuen hat, betreut eine solche Fachkraft in Bayern 289,5 Gefangene, in Mecklenburg-Vorpommern 96,4 Gefangene und in Bremen 152,6 Gefangene. Ähnliche Unterschiede gibt es bei den Sozialarbeiterstellen. Im Bundesdurchschnitt betreut ein Sozialarbeiter 63,8 Gefangene, in Thüringen gibt es 117,8 Gefangene pro Sozialarbeiter, in Berlin 28,2 Gefangene pro Sozialarbeiter und in Bremen werden 44,9 Gefangene pro Sozialarbeiter betreut. Diese Zahlen verdeutlichen, daß der gegenwärtige Strafvollzug eher einen Verwah- denn einen Behandlungsvollzug mit einem dem Klientel angepaßten therapeutischen Angebot darstellt.

Dabei wären Konzepte, wie denn das Ziel der Gefängnisstrafen erreicht werden soll, sozial- und arbeitstherapeutische Angebote, aufgrund einer veränderten Gefangenenstruktur dringender nötig denn je.

„Der alte ehrliche ‚Knacki‘, mit dem man Verträge machen konnte, stirbt allmählich aus. ‚Urlaub auf Ehrenwort‘ wird immer mehr zu einer risikoreichen Wackelpartie. Unsere Insassen sind zunehmend gestörter in ihrer Persönlichkeit und bringen mehr Defizite mit als früher.“ (Lindner 1993: 20).

Nicht nur die Drogenkonsumenten und die oben erwähnten Gefangenen mit kurzen Freiheits- und Ersatzfreiheitsstrafen stellen neue Herausforderungen für den Strafvollzug dar. In den Gefängnissen werden zunehmend ansteckend kranke und psychisch gestörte Personen sowie Personen, die wegen Gewaltdelikten und Rechtsradikalismus verurteilt worden sind, untergebracht (Preusker 1998: 37), so daß von einer Verdichtung der Defizite in den Strafanstalten gesprochen werden muß, die mit den herkömmlichen vollzuglichen Mitteln

23 Laut SPIEGEL fielen allein in den 16 hessischen Strafanstalten 110 000 Überstunden an, davon 20 000 in der JVA Kassel (DER SPIEGEL 5/1999: 58 ff).

24 Entnommen sind die Zahlen einer Bundesübersicht zur Personalsituation im Justizvollzug – Haushaltsplan 1998, die der Autorin von JUDIT Bremen (10/99) zur Verfügung gestellt wurde. Vergl. auch Dünkel/Kunkat 1997: 31.

nicht zu lösen sind. Der Anteil ausländischer Strafgefangener ist ebenfalls stark angestiegen (1995 bundesweit auf 22,6%). Der Ausländeranteil im bremischen Justizvollzug schwankte in den letzten Jahren zwischen 25 und 30% (JUDIT BREMEN 10/99). Für den Stichtag 30.9.99 ist ein Ausländeranteil von 29,2% festzustellen, wobei 34 verschiedene Nationalitäten vertreten waren. Das Zusammenleben einer Vielzahl von verschiedenen Nationalitäten mit unterschiedlichen Kultur- und Lebensgewohnheiten auf engstem Raum führt häufig zu Konflikten und gewalttätigen Auseinandersetzungen. Hinzu kommen Probleme der sprachlichen Verständigung, die die Kommunikation zwischen Anstalt und Häftling in einigen Fällen auf ein Mindestmaß reduzieren, oft ist selbst dafür noch die Mithilfe eines anderen Gefangenen nötig, der dolmetschen kann. Da viele ausländische Gefangene nach ihrer Haft in ihre Heimatländer abgeschoben werden, vermutet man bei ihnen Fluchtgefahr, weshalb sie viel seltener Vollzugslockerungen erhalten oder in den offenen Vollzug eingewiesen werden, als die deutschen Gefangenen. Auch ist bislang völlig ungeklärt, welche Aufgaben ein Behandlungsvollzug bei diesem Klientel wahrzunehmen hätte, so daß Abschiebungsgefangene im Gefängnis ausschließlich verwahrt werden.

Die massiven Probleme mit dem aus unterschiedlichen Gefangenengruppen bestehenden „Neuen Klientel“ sind nicht durch Einzelmaßnahmen zu lösen. Die Konkurrenz verschiedener Problemlagen bei gleichzeitig knappen öffentlichen Haushaltsmitteln und den damit einhergehenden Bestrebungen, den Vollzug wirtschaftlich effizienter zu gestalten, führt aber gerade nicht zur Entwicklung eines umfassenden Vollzugskonzeptes mit dem Ziel der Resozialisierung, sondern zu Interessenskonflikten zwischen der Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen zum Strafvollzug und den Bemühungen, ein möglichst gutes betriebswirtschaftliches Ergebnis zu erzielen²⁵. Da sich Wirtschaftlichkeit besser belegen und vermitteln läßt, als die Resozialisierung von Gefangenen, deren Aufwand und Erfolg weitgehend ungewiß ist, gerät der Vollzug in die Lage, das Vollzugsziel Resozialisierung kaum noch legitimieren zu können. Die öffentliche Meinung zum Umgang mit Straffälligen beeinflußt damit zunehmend die Vollzugspolitik. Während früher über menschenverachtende Zustände in den Gefängnissen geklagt wurde, herrscht heute die Meinung vor, den Gefangenen ginge es zu gut. Mit dem gestiege-

25 In Bremen ist dieser Interessenskonflikt mit der Gründung des betriebswirtschaftlich orientierten Eigenbetriebes Justiz-Dienstleistungen (JUDIT) und dem am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Bremischen Justizdienstleistungsgesetz (BremJuditG) institutionalisiert worden (vergl. Krieg 1998).

nen Sicherheitsbedürfnis in der Gesellschaft scheint es billiger, sicherer und politisch einfacher vertretbar, Straffällige wegzusperren, als ihnen mit teuren Behandlungsangeboten den Gefängnisaufenthalt zu erleichtern. Innovative Ansätze haben im Vollzug demzufolge nur eine Chance, wenn auch ein öffentliches Interesse besteht, was zur Zeit für die Therapie von Gewaltstraftätern zutrifft, die zwar für die Zeit der Haft keine Bedrohung für die Gesellschaft darstellen, wohl aber nach ihrer Entlassung (Heilemann 1997). Es stellt sich damit laut Preusker (1998: 41) weniger die Frage, ob das Vollzugsziel erreicht werden kann, sondern ob es überhaupt noch erreicht werden soll.

1.4 Forschungsvorhaben, -methodik und -probleme

Bremen war eines der ersten Bundesländer, das im Jahr 1990 die Methadon-Substitution im Strafvollzug eingeführt hat. Eine wissenschaftliche Begleitung oder systematische Auswertung der Erfahrungen mit dieser Behandlungsmethode unter den besonderen Bedingungen des Strafvollzugs hat es bislang nicht gegeben. Während die Substitution außerhalb der Gefängnisse zum normalen Bestandteil der Drogenhilfe geworden ist, zu der eine Fülle von Forschungsberichten vorliegen²⁶, gibt es zum Thema Substitution im Strafvollzug überwiegend Erfahrungsberichte von Anstaltsärzten und -psychologen²⁷ mit einer jeweils fachspezifischen Betrachtungsweise oder Beiträge, die sich um eine Beschreibung des in Deutschland immer noch uneinheitlichen Ist-Zustandes der Methadon-Substitution in den Gefängnissen bemühen, mit dem Ziel eine Diskussion über die Entwicklung einheitlicher Behandlungsstandards wie außerhalb der Gefängnisse (z.B. Keppler/Stöver 1998) zu initiieren. Der Forschungsstand im Bereich Strafvollzug/Substitution ist somit eher dürftig, in Bezug auf die Einführung der Substitution in den Bremer Gefängnissen waren alle Frage offen. Es galt daher nicht nur, die Vorzeichen (vergl. 1.1), unter denen diese Behandlungsmethode trotz aller Bedenken schließlich doch eingeführt wurde, aufzuarbeiten, darüber hinaus sollte auch die insgesamt zehnjährige Erfahrung des Bremer Strafvollzugs mit der Substitution und die Entwicklung, die die Substitutionsbehandlung im Laufe dieser Zeit genommen hat, untersucht werden. Da die Substitution unter den

26 Z.B. Bell/Digiusto/Byth 1992, Prognos 1992, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1993, Zenker/Lang 1995. Einen Überblick geben z.B. Verhein/Kalke/Raschke 1994 und Stöver 1992, 1994.

27 Z.B. Fritsch 1992, Fritsch/Straube 1993, Keppler 1996, Schaper 1997. Eine Studie (Kümmel 1996) hat die Arbeitsbelastung des mit der Substitution befassten medizinischen Assistenzpersonals in Bremen untersucht.

besonderen Bedingungen des Strafvollzugs erfolgt (vergl. auch 1.3), wurden neben der Substitutionspraxis, die Motive drogenabhängiger Gefangener, unter diesen Bedingungen eine Substitution zu beginnen und die Akzeptanz der Substitution bei der Zielgruppe, den Fachleuten und Vollzugsbeamten erforscht.

Aufgrund des geringen Vorwissens, der Komplexität des Themas und der vielfältigen Widersprüchlichkeiten innerhalb des Forschungsfeldes²⁸ fiel die Entscheidung für einen qualitativen, offenen Forschungsansatz, in dem die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich diese Strukturierung durch die Forschungssubjekte selbst herausgebildet hat (Hoffmann-Riem 1980: 343, Flick 1995: 150 f). Das Prinzip der Offenheit bezieht sich dabei vor allem auf die Hypothesenbildung, nicht auf die Fragestellung der Forschung selbst. Während es in den bisherigen Studien zur Methadonsubstitution mit überwiegend empirisch-statistischen Erhebungsverfahren²⁹ vor allem um die Legitimation dieser Behandlung von Drogenabhängigen ging, wird die Legitimität nun vorausgesetzt. Die Fragestellung bezieht sich vielmehr auf die Art der Durchführung der Behandlung unter den Bedingungen einer totalen Institution, dabei interessieren die Interaktionsprozesse zwischen den Beteiligten, die Beschreibung sozialen Handelns in den verschiedenen Lebenswelten des Gefängnisses und besonders die bislang insgesamt zu wenig berücksichtigte subjektive Perspektive der Drogenabhängigen, als Empfänger einer vorgegebenen Hilfeleistung mit bereits feststehenden Zielen.

Um die unterschiedlichen Aspekte des Forschungsgegenstandes und die verschiedenen Realitäten berücksichtigen zu können, bestand das Forschungsdesign aus einer Kombination verschiedener Methoden, die, jede für sich, den Forschungsgegenstand auf eigene Weise konstituiert (vergl. Flick 1995: 432 f): Dokumentenanalyse, leitfadenorientierte Interviews mit Fachleuten, qualitative Interviews mit Substituierten (Gefangenen und Haftentlassenen), teilnehmende Beobachtung³⁰.

Da es im Gegensatz zur extramuralen Substitution kaum Zahlenmaterial bezüglich der Substitution im Strafvollzug gibt, diente die Dokumentenana-

28 Zu den strukturellen Widersprüchen des Strafvollzugs, kommen die unterschiedlichen Sichtweisen von Drogenabhängigkeit, also ob Drogenabhängigkeit ein medizinisches, ein psychologisches, ein soziales Problem ist, ob Drogenabhängige kriminell oder krank (dann würden sie nicht ins Gefängnis gehören) sind usw.

29 Ausnahme z.B. Gerlach/Schneider 1994.

30 Das jeweilige methodische Vorgehen wird in den entsprechenden Kapiteln erläutert.

lyse in erster Linie der empirisch-statistischen Darstellung des Substitutionsgeschehens in den Bremer Anstalten, soweit es sich aus den vorhandenen Gesundheitsakten der Gefangenen rekonstruieren ließ. Die Ergebnisse geben einen Eindruck bezüglich der Verbreitung bestimmter Probleme wie sie von Anstaltsärzten festgestellt werden und sind als Hintergrundwissen für das bessere Verständnis der Aussagen von Gefangenen, Fachleuten und Beamten unerlässlich (vergl. Kapitel 2).

Mit Hilfe von Interviews mit Fachleuten (Anstaltsleitung, Vollzugsbeamten, Anstaltspsychologen, -ärzten, Drogenberatern) sollten die institutionellen Sichtweisen zum Thema Methadon im Strafvollzug verdeutlicht werden, die je nach Aufgabenbereich der befragten Fachkraft unterschiedlich ausfallen können. Die Befragten können Aufschluß über die Entstehungsbedingungen des Substitutionsprogramms im Gefängnis geben, über inhaltliche und vollzugliche Veränderungen sowie über Probleme, die trotz Substitution bestehen bleiben (vergl. Kapitel 3).

Für die Befragung der drogenabhängigen Gefangenen war das Methadonkonzept des Gefängnisses dagegen von untergeordneter Bedeutung, weil nicht geprüft werden sollte, inwieweit die Befragten erfolgreich die Behandlung durchlaufen. Vielmehr sollte die Perspektive der Substituierten, ihre selbst eingeschätzte Lebenssituation und -wirklichkeit, wie auch der aus subjektiver Sicht benötigte Hilfebedarf in den Mittelpunkt gestellt und analysiert werden. Aus Gründen begrenzter Kapazitäten und Probleme des Zugangs (siehe unten) wurde in den Interviews die Lebensgeschichte und die Drogengebrauchsentwicklung der Befragten ausgelassen. Inhaltlich konzentrierten sich die Interviews allein auf die gegenwärtige Haft- und Lebenssituation von Substituierten sowie mögliche Perspektiven nach der Entlassung. Damit werden die Befragten, wie so oft in der Forschung, auf den Aspekt des problematischen Drogenkonsums reduziert. Diese Reduktion hat aber zunächst auf das Erkenntnisinteresse der Arbeit – wie funktioniert Substitution in einer totalen Institution? – keinen unmittelbaren Einfluß. Die Haftzeit, geprägt vom Verlust der sonst üblichen Handlungs- und Entscheidungsfreiheiten, stellt für die Mehrzahl der Drogenabhängigen einen persönlichen Tiefpunkt in ihrer Biographie dar, insofern ist zu fragen, inwieweit die Befragten die Substitution als Hilfeleistung für eine Entwicklung zum Besseren, was ja der Sinn von Hilfe ist, wahrnehmen. Die mögliche Schwerpunktsetzung wurde den Befragten überlassen, d.h. die Substituierten entschieden darüber, wie und was sie erzählten bzw. was ihnen wichtig war (vergl. Kapitel 4).

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung war aufgrund des begrenzten Zugangs zum Untersuchungsfeld nur eingeschränkt möglich. Strenggenommen handelte es sich auch nicht um eine teilnehmende Beobachtung im klassischen Sinn, also die Teilnahme des Forschers an der natürlichen Lebenssituation der Beobachteten (vergl. z.B. Girtler 1995), sondern vielmehr um eine „nichtteilnehmende“ Beobachtung, in der die Beobachterin für die Zeit ihrer Anwesenheit im Gefängnis die Rolle des Eindringlings von außen inne hatte und entsprechendes Mißtrauen bei den verschiedenen Personengruppen auslöste. Trotz dieser ungünstigen Bedingungen war aber davon auszugehen, daß zunächst einmal alles beachtenswert ist, was sich an Interaktionsprozessen zwischen den Handelnden im Gefängnis beobachten ließ. Da zu Beginn der Forschung noch nicht feststand, was genau wichtig sein könnte, war die Beobachtung unstrukturiert, Beobachtungen wurden zu einem späteren Zeitpunkt protokolliert. Die Beobachtungen gaben nicht nur einen guten Einblick in die vollzuglichen Arbeitsabläufe, die Atmosphäre und die Art des Umgangs miteinander, sie waren zudem eine wichtige Ergänzung zu den verschiedenen Interviews. Manche der dort geäußerten Meinungen, die im Einzelfall verstehend nachvollzogen werden konnten, ließen sich erst vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen vom Einzelfall abstrahieren und lieferten wichtige Einblicke in die soziale Struktur der bestehenden Drogensubkultur des Gefängnisses. Andererseits offenbarten die Beobachtungen auch den Widerwillen der Beamtschaft, sich überhaupt mit dem Thema Drogen zu beschäftigen (entweder direkt verbal ausgedrückt oder durch versteckte Gestik, von der angenommen wurde, sie würde nicht bemerkt), bzw. die Mechanismen, mit denen die wenigen Beamten „gestraft“ wurden, die diesem Thema gegenüber aufgeschlossen waren (z.B. allgemeines Schweigen, wenn die Person den Raum betritt). Die unstrukturierten Beobachtungen lieferten in unmittelbarer Weise das für die Forschung notwendige Hintergrundwissen, sie waren aber auch für eine kritische Selbstreflektion geeignet, um vorschnelle Meinungen zu einem bestimmten Sachverhalt zu vermeiden. Sie fließen da, wo es erforderlich ist, in die Ergebnisdarstellung ein.

Als Einzelperson im Gefängnis zu forschen ist ein denkbar schwieriges und sehr zeitaufwendiges Unterfangen. Die Abgeschlossenheit dieser Institution erschwert die Vorbereitung auf die Forschungsarbeit, ein hohes Maß an Anpassungsbereitschaft an die Verhältnisse vor Ort und der flexible Umgang mit unerwartet auftretenden Problemen ist notwendig. Das Forschungsvorhaben wurde, neben den Datenschutzbestimmungen, auf die an entsprechender Stelle eingegangen wird, von folgenden Bedingungen beeinflusst:

- **Formaler Zugang:**

Ohne behördliche Genehmigung, die Interesse an der Forschungsarbeit voraussetzt, ist kein Einlaß möglich. Hat man diese erste Hürde überwunden, erhält man einen Passierschein, mit dem der Zutritt zum Gefängnis nach einer Ausweiskontrolle am Eingang praktisch jederzeit möglich ist. Dieser Zutritt kann allerdings auch jederzeit wieder verwehrt werden, z.B. in einer Alarmsituation, wenn einem Häftling der Ausbruch gelungen ist³¹. Vorhandene Interviewtermine sind in einer solchen Situation kein Argument, um in die Anstalt gelassen zu werden. Sie müssen für einen späteren Zeitpunkt neu vereinbart werden. Besonders ärgerlich ist nicht nur der Zeitverlust, sondern wenn durch diese Situation ein Interview mit einem Häftling ganz ausfällt, weil man ihn später auf der Wohngruppe nicht mehr antrifft. Ärgerlich auch der Zeitverlust, wenn die Akteneinsicht, wie in der JVA Blockland, nur einmal die Woche möglich ist und entsprechend um eine Woche verschoben werden muß.

- **notwendige Mithilfe des Vollzugs:**

Besucher von außen werden von allen Personen des Vollzugs erst einmal als Eindringlinge angesehen, denen mit abschätzender Neugier, Reserviertheit, vor allem aber erheblichem Mißtrauen begegnet wird. Zwar wurden die Vollzugsbediensteten per Verfügung darum gebeten, die Forscherin während der Phase der Datenerhebung zu unterstützen, was sie auch taten, indem sie z.B. einmalig Informationszettel zum Forschungsprojekt an die Gefangenen verteilten, das „Durchschließen“ der Besucherin von einer Wohngruppe zur nächsten übernahmen oder vereinzelt (von sich aus) Kontakt zu Gefangenen vermittelten. Diese Tätigkeiten wurden zusätzlich zur normalen Arbeit ausgeführt. Die häufige Anwesenheit der Forscherin auf ein und derselben Vollzugsgruppe bedeutete für die Bediensteten eine zusätzliche Belastung und wurde überwiegend als störend empfunden. Insbesondere im ärztlichen Dienst, wo die Datenerhebung für die Dokumentenanalyse über einen bestimmten Zeitraum täglich erfolgte und sich immer wieder Fragen stellten bezüglich des Verbleibs fehlender Akten, wurde der erforderliche Aufwand von einigen Sanitätsbediensteten als Zumutung empfunden.

- **Atmosphäre im Gefängnis:**

Abgesehen von dem allgegenwärtigen Mißtrauen war die Atmosphäre auf den Fluren der Vollzugsgruppen bedrückend. Nicht nur der bauliche Zustand

31 Die Anstaltsleitung legt Wert auf den Hinweis, daß es sich hierbei um eine Schutzmaßnahme handelt.

einiger Vollzugsgruppen war sehr schlecht, zum Teil müssen die Gefangenen ihre Freizeit auf den Fluren verbringen, da es an entsprechenden Räumlichkeiten fehlt. Auch die Räume, in denen die Interviews stattfanden, waren in einem trostlosen Zustand, zudem oft vom Gang aus für jeden einsehbar. Unter solchen Bedingungen scheint der Gedanke an ein Zustandekommen von Interviews völlig abwegig. Daß dies trotzdem gelang, war der Aufgeschlossenheit einiger weniger Drogenabhängiger zu verdanken, die als Wortführer innerhalb der Szene, die Teilnahme an den Interviews weiterempfahlen.

- fehlende Bereitschaft zur Teilnahme am Forschungsprojekt bei den Bediensteten:

Ursprünglich war geplant, die Methode der Gruppendiskussion einzusetzen und mit etwa acht Bediensteten über ihre Erfahrungen mit der Substitution im Strafvollzug zu diskutieren. Teilanstaßtleiter gaben zwar zu verstehen, es würde Interesse bestehen, aber auch nach Ablauf von drei Monaten war es nicht möglich einen Termin für die Diskussionsveranstaltung zu finden. Am Ende stellte sich heraus, daß nur noch zwei der Bediensteten (geschlossener Vollzug Oslebshausen) zu einem Gespräch bereit waren.

- das „Eigenleben“ des Gefängnisses:

Für Außenstehende bleibt das Eigenleben des Gefängnisses weitgehend unzugänglich. Wenn man als Einzelperson allerdings ein Forschungsvorhaben durchführen will und sich zu diesem Zweck häufig im Gefängnis aufhält, erhält man nicht nur durch Beobachtungen und die oben beschriebenen Bedingungen einen vagen Eindruck über die Verhältnisse, sondern man wird selbst den herrschenden Strukturen unterworfen (als Einzelperson womöglich noch mehr, als eine Forschungsgruppe oder Institution) und erhält so unerwartete Einblicke. Dies betrifft nicht nur die im Gefängnis weitgehend fehlenden Bewegungs- und Entscheidungsfreiheiten, unter denen die Gefangenen am meisten leiden, von denen aber auch die Bediensteten bis zu einem gewissen Grad betroffen sind. Auffällig war die Tendenz, die Forscherin, die ja keine vollzugliche Aufgabe wahrnahm und auch sonst keinen festen Platz innerhalb der Gefängnisstruktur besetzte, auf die Seite der Gefangenen einzuordnen. Mehrfach verlief das Verlassen der Anstalt nicht reibungslos, weil insbesondere das Sanitätspersonal meinte, eine Gefangene vor sich zu haben. Natürlich kann man dieses Verhalten als Pflichtbewußtsein auslegen. Dann muß man aber feststellen, daß die Kommunikation unter den Bediensteten unzureichend funktioniert, denn üblicherweise war die Belegschaft über die

Anwesenheit der Forscherin informiert, bzw. neuangekommenes Personal wurde von den Kollegen informiert. Auch war es eher unwahrscheinlich eine Gefangene im ärztlichen Dienst, in dem nur Männer behandelt werden, in normaler Kleidung, Arbeitstasche und Tonband unter dem Arm anzutreffen. Vielmehr ließen solche Vorfälle auf das Bedürfnis innerhalb der Beamtenschaft schließen, sich positiv von ihrer Umgebung abzugrenzen. In diesen Situationen zählte weniger die Frage, ob es sich bei der fraglichen Person tatsächlich um eine Gefangene handelte oder nicht, das wäre schnell zu klären gewesen z.B. durch das Vorzeigen des Passierscheins, sondern vielmehr der Besitz eines Schlüssels, der zu einer gewissen Machtposition verhalf. Inwieweit dies Ausdruck allgemeiner Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation ist, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nur ansatzweise (bezogen auf die Substitution) erforscht werden. Die befragten Gefangenen berichteten häufig von ähnlichen Situationen, in denen sie sich abwertend behandelt fühlten, weil es Bediensteten wichtig war, die soziale Distanz zwischen sich und den Gefangenen deutlich zu betonen.

- Umgang mit den Gefangenen:

Da für die qualitativen Interviews mit den drogenabhängigen Gefangenen das Prinzip möglichst großer Offenheit Anwendung finden sollte, war es vorab wichtig, die Beziehung zwischen Forscherin und Häftlingen bzw. Entlassenen zu klären, so daß sich die Interessenten auf dieser Grundlage entweder für oder gegen eine Teilnahme am Forschungsprojekt entscheiden konnten. Wichtig war vor allem die Frage, was die Forscherin als diejenige, die von den Teilnehmern Informationen erhalten möchte, bereit war, im Gegenzug dafür zu geben. Die Bedingungen waren wie folgt: Die Teilnehmer können im Rahmen des Forschungsprojekts keine Hilfe bei der Lösung ihrer Probleme innerhalb oder außerhalb des Strafvollzugs erwarten. Dies wurde im Allgemeinen akzeptiert, allerdings gab es zwei Jugendstrafgefangene, die sich trotz dieser Abmachung dringend Hilfe erhofften. Zu den Interviews wurde Tabak und Kaffee zur Verfügung gestellt und für diejenigen, die Interesse an Informationsmaterial hatten, einen Band der Deutschen Aids-Hilfe e.V. (Jacob/Keppler/Stöver 1997). Beides wurde gern angenommen. Dafür erhielten die Befragten Gelegenheit, ohne zeitliche oder sonstige Einschränkungen, über ihre Situation als Substituierte und Gefangene zu berichten (näheres unter Kapitel 4).

2 Dokumentenanalyse: Substitutionsgeschehen im Strafvollzug Bremen zwischen 1996-1998

2.1 Methodisches Vorgehen

Zum Thema Methadon im Strafvollzug gibt es, im Gegensatz zur extramuralen Substitution, kaum statistisches Material¹. Deshalb wurde, ergänzend zu den qualitativen Interviews, eine Datenerhebung anhand der medizinischen Unterlagen (Gesundheitsakten und Substitutionsausgabeprotokolle) durchgeführt. Da diese Dokumente die medizinische Praxis in der JVA dokumentieren, wurde davon ausgegangen, daß ihre Auswertung zuverlässige Angaben über das Substitutionsgeschehen insgesamt erbringen würde. Zur Dokumentation einer Substitutionsbehandlung gehören Antrag, Erhebungsbogen, Substitutionsvertrag und Anmerkungen zum Verlauf der Behandlung. Die Substitutionsausgabeprotokolle vermerken dagegen die täglich ausgegebene Methadon-Dosis für jeden Patienten.

Die Datenerhebung erfolgte zu einem bestimmten Stichtag (31.8.1998) und bezog sich auf alle, zu diesem Zeitpunkt mit Methadon versorgten Gefangenen; erfaßt wurde ein Zeitraum von zwei Jahren. Mittels eines Erhebungsbogens wurden einige soziodemographische Daten, Angaben zur Haft, zum Drogenkonsum, zur Substitution und psychosozialen Begleitung, zum Beigebrauch und zu Infektionskrankheiten erhoben.

Datenschutz und Anonymität

Das Bremer Datenschutzgesetz läßt bei Forschungsprojekten keine generelle Einsicht in die medizinischen Unterlagen (die Gesundheitsakten und Substitutionsausgabeprotokolle) der inhaftierten Substituierten zu, da die allgemeine Forschungsklausel des Bremischen Datenschutzgesetzes in dem Bereich, der der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, gemäß § 1 Abs. 2 nicht zur Anwendung kommt. In diesem Bereich gibt es auch keine spezifische Forschungsklausel (wie etwa im Krankenhausdatenschutzgesetz), so daß nur die schrift-

1 Ausnahme ist ein Bericht von Buchta/Schäfer (1996), die die Entwicklung zur Substitutionsbehandlung in hessischen Justizvollzugsanstalten, die Behandlungsbedingungen und -durchführung beschreiben und dabei auch einige Zahlen zur Substitutionspraxis liefern.

liche Einwilligung der Betroffenen Zugang zu den Akten ermöglichte. Dieses Vorgehen wurde vorübergehend praktiziert, dann aber aufgegeben, weil, erstens, ohne Kenntnis der Namen der Substituierten – aus Gründen des Datenschutzes durfte der Forscherin keine entsprechende Namensliste ausgehändigt werden – es nicht möglich war, die betreffenden Personen direkt anzusprechen und zweitens in die Dokumentenanalyse auch die Fälle einbezogen werden sollten, die zwischenzeitlich entlassen worden waren.

Daher wurde ein Datenschutzkonzept in Abstimmung mit dem Landesbeauftragten für den Datenschutz in Bremen erarbeitet, mit dem, unter bestimmten Auflagen und Bedingungen, diese generelle Einsicht in die medizinischen Unterlagen doch möglich wurde. Hierfür wurde eine, am Forschungsvorhaben nicht beteiligte, in der Datenerhebung geschulte Praktikantin (Soziologiestudentin) abgeordnet und für die Zeit der Datenerhebung der Weisungsbefugnis des leitenden Arztes des Ärztlichen Dienstes der JVA Bremen unterstellt. Diese Abordnung, Aufgabenstellung und Weisungsbefugnis wurden schriftlich festgehalten und einvernehmlich unterschrieben. Die Praktikantin unterschrieb außerdem eine Einverständniserklärung über, erstens, die Anerkennung der Weisungsbefugnis des Leiters des Medizinischen Dienstes für den Zeitraum der Datenerhebung, zweitens die Verpflichtung zur Verschwiegenheit über den Inhalt der medizinischen Akten der Substituierten gegenüber Dritten und drittens über die sofortige Beendigung der Mitarbeit an dem Forschungsprojekt nach Abschluß der Datenerhebung und die Übergabe der Erhebungsbögen an die Forscherin. Auf diese Weise sollte sichergestellt sein, daß die datenerhebende Person die Daten nicht weiterverarbeitet und am eigentlichen Forschungsinhalt nicht weiter beteiligt ist.

Die Daten wurden mit Hilfe eines Erhebungsbogens in den Räumen des Ärztlichen Dienstes erhoben. Die Erhebungsbögen wurden codiert um Doppelzählungen zu vermeiden und die Anonymität der Betroffenen zu gewährleisten. Das Deckblatt der Erhebungsbögen wurde nach der erfolgten Datenerhebung vernichtet, so daß die anschließende Auswertung vollkommen anonymisiert erfolgte. Um die Anonymität der Gefangenen zu wahren, diente die Dokumentenanalyse lediglich zur Gewinnung allgemeinen Zahlenmaterials, nicht etwa der Veröffentlichung einzelner Fallbeispiele.

Methodische Probleme

Methodische Probleme beziehen sich vor allem auf den Entstehungskontext der Dokumente. Da Dokumente „in bestimmten Kommunikationssituationen

von Akteuren mit bestimmten Absichten hervorgebracht werden, stellen sie keine ‚objektive‘ Beschreibung oder Abbildung der Realität dar“ (Ballstaedt 1982: 167). Diese Aussage trifft auch für die Gesundheitsakten zu. Zwar wird die Methadon-Substitution in den Gesundheitsakten dokumentiert, allerdings werden die Gesundheitsakten nicht ausschließlich zum Zwecke der Dokumentation der Substitution geführt, da die Substitutionsbehandlung nur ein Teil des medizinischen Angebots in der JVA insgesamt ist. Anmerkungen zum Verlauf einer Substitutionsbehandlung sind daher auch ganz unterschiedlich vorhanden, in einigen Akten gibt es solche Anmerkungen, in anderen nicht. Ob es Anmerkungen zum Verlauf der Substitution gibt, hängt natürlich auch vom Arzt-Patienten-Kontakt ab, der in der JVA nur nach Bedarf, also nicht unbedingt regelmäßig, zustande kommt. An der Dokumentation von Substitutionsbehandlungen sind darüber hinaus verschiedene Personen beteiligt. Der Erhebungsbogen mit ersten anamnestischen Daten des Patienten, der in der Antragsphase durch einen/eine Sozialarbeiter/In ausgefüllt wird oder auch der Substitutionsvertrag sind nicht in jedem Fall vorhanden oder nicht vollständig ausgefüllt.

Die Dokumentenanalyse wurde aber nicht nur durch unvollständige oder fehlende Daten erschwert, oft bestand auch ein Problem darin, die vorhandenen Daten richtig zu interpretieren, insbesondere dann, wenn szenetypische Ausdrücke zum Drogenkonsum übernommen wurden und nicht ausdrücklich nach der konsumierten Substanz gefragt wurde, zum Beispiel findet sich im Erhebungsbogen zur Frage des bisherigen Drogenkonsums wiederholt der Begriff „Pillen“. Für Mediziner mag diese Angabe aufschlußreich sein, für den Zweck der durchgeführten Datenerhebung waren solche allgemeinen Angaben nicht ausreichend, weshalb einige vorhandene Daten aufgrund ihrer Ungenauigkeit nicht in die Auswertung miteinbezogen werden konnten. Eine Datenerhebung, die sich auf Angaben aus den Gesundheitsakten stützt, ist daher mit vielen Unzulänglichkeiten behaftet, die in der Ergebnisdarstellung zu berücksichtigen sind. Viele Daten sind deshalb immer auch als Mindestangaben zu interpretieren.

Neben der Funktion der Gesundheitsakten, das Substitutionsgeschehen in der JVA, wenn auch lückenhaft, darzustellen, erfüllen diese Dokumente eine weitere Funktion: Sie ermöglichen Aussagen über die Textproduzenten, also die substituierenden Ärzte hinsichtlich ihrer Einstellungen zu ihrer Tätigkeit und ihren Patienten. Dieser Aspekt wurde während der Datenerhebung deutlich, konnte aber nicht berücksichtigt werden.

Die Datenerhebung erfolgte in der Zeit zwischen Oktober bis Dezember 1998 in Blockland (Frauen- und Jugendvollzug, Kurzstrafen), Oslebshausen (geschlossener und offener Vollzug) und in Bremerhaven. Stichtag der Erhebung war der 31.8.1998, d.h. alle zu diesem Zeitpunkt mit Methadon versorgten Personen wurden in die Erhebung miteinbezogen. Der Erhebungszeitraum umfasste zwei Jahre, von 9/96 bis 8/98. Kurzzeitsubstitution von wenigen Tagen, z.B. bei vorübergehender Verlegung, Überstellung von einer JVA zur anderen oder bei Urlaub, wurden nicht weiter berücksichtigt. Dies betraf in der JVA Oslebshausen zwischen 9/96 und 8/98 insgesamt 24 Gefangene, die zwischen ein bis zu acht Tagen übergangsweise substituiert wurden. In der JVA Bremerhaven werden pro Jahr durchschnittlich 14 bis 18 Personen aus den JVAs Oslebshausen und Blockland übergangsweise und kurzzeitig substituiert, in der U-Haft sind es pro Jahr durchschnittlich 20 bis 25 Personen und in der Sicherheitsverwahrung (Abschiebehaft) durchschnittlich 3 bis 5 Personen pro Jahr.

Insgesamt wurden zum Stichtag 31.8.1998 102 Personen substituiert. Die Ergebnisse aus den Gesundheitsakten werden im folgenden dargestellt.

2.2 Soziodemographische Angaben

Alter und Geschlecht

Von den 102 Substituierten, deren Gesundheitsakten in die Untersuchung einbezogen wurden, waren zum Zeitpunkt der Erhebung 9 Personen (8,8%) im Alter von 20-24 Jahren, 35 Personen (34,3%) im Alter von 25-29 Jahren, 29 Personen (28,4%) im Alter von 30-34 Jahren, 19 Personen (18,6%) im Alter von 35-39 Jahren, 7 Personen (6,9%) im Alter von 40-44 Jahren und 3 Personen (2,9%) im Alter von 45-49 Jahren (vergl. Abb. 1).

Der überwiegende Teil derjenigen, die Methadon erhalten, nämlich 81,3%, sind zwischen 25 und 39 Jahre alt. Erwartungsgemäß sind jüngere Drogenkonsumenten kaum vertreten, weil für die Substitution mit Methadon eigentlich nur langjährig drogenabhängige Personen mit vielfältigen Therapieversuchen in Frage kommen. Drei Personen aus dem Jugendvollzug Blockland befinden sich im Alter von 20-24 Jahren: eine Person war 20, zwei weitere Personen waren 21 Jahre alt.

Alter	Anzahl der Personen	%
20 - 24	9	8,8
25 - 29	35	34,3
30 - 34	29	28,4
35 - 39	19	18,6
40 - 44	7	6,9
45 - 49	3	2,9
insgesamt	102	100

$N = 102$

Abb. 1: *Alter*

Von den 102 Personen waren 13 Personen (12,7%) weiblich, 89 Personen (87,3%) männlich (vergl. Abb. 2).

Geschlecht	Anzahl der Personen	%
weiblich	13	12,7
männlich	89	87,3
insgesamt	102	100

$N = 102$

Abb. 2: *Geschlecht*

Setzt man diese Geschlechterverteilung in Relation zu den jeweiligen Gefangenzahlen insgesamt, dann wird deutlich, daß der Anteil der Substituierten im Frauenvollzug mit etwa 52% (bei durchschnittlicher unterstellter Belegung mit 25 Gefangenen) überproportional hoch ist, bei den Männern dagegen „nur“ bei etwa 18% liegt.

Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	Anzahl der Personen	%
deutsch	94	94,1
türkisch	4	4,0
sonstiges	3	2,0
insgesamt	101	100

$N = 101$

keine Angabe = 1

Abb. 3: *Staatsangehörigkeit*

Zur Staatsangehörigkeit liegen Angaben für 101 Personen vor, in einem Fall ging die Staatsangehörigkeit nicht aus der Akte hervor. 94 Personen (93,1%) besitzen die deutsche und 4 Personen (4%) die türkische Staatsangehörigkeit (vergl. Abb. 3). Die Kategorie „sonstiges“ beinhaltet jeweils eine Person mit algerischer und portugiesischer Staatsangehörigkeit. Der Anteil ausländischer, substituierter DrogenkonsumentInnen ist mit 6% sehr gering.

Familienstand

Zum Familienstand konnten in vier Akten keine Angaben gefunden werden, so daß sich die Auswertung auf 98 Akten bezieht. Danach leben 69 Personen (69,4%) allein, 17 Personen (17,3%) sind verheiratet oder leben mit einem/einer Partner/in zusammen. 12 Personen (12,2%) sind geschieden oder leben getrennt und eine Person (1%) ist verwitwet (vergl. Abb. 4).

Familienstand	Anzahl der Personen	%
Single	68	69,4
verheiratet/zusammenlebend	17	17,3
geschieden/getrennt lebend	12	12,2
verwitwet	1	1,0
insgesamt	98	100

N = 98

keine Angabe = 4

Abb. 4: Familienstand

In der Kategorie „verheiratet/zusammenlebend“ sind nicht die fünf Todesfälle/Suizide der Partnerinnen von Gefangenen enthalten, die sich erst nach Ablauf des Erhebungszeitraums ereignet haben.

Der überwiegende Teil der Substituierten lebt außerhalb der Haft allein. Vergleicht man die Lebenssituation zwischen männlichen und weiblichen Gefangenen, ergeben sich folgende Unterschiede (vergl. Abb. 5):

Familienstand	Anzahl der Insassen	Anzahl der Insassinnen
Single	63 (74,1%)	5 (38,5%)
verheiratet/zusammenlebend	13 (15,3%)	4 (30,8%)
geschieden/getrennt lebend	8 (9,4%)	4 (30,8%)
verwitwet	1 (1,2%)	- - -
insgesamt	85	13

Abb. 5: Familienstand, geschlechtsspezifische Differenzierung

Während 74,1% der männlichen, substituierten Gefangenen Single sind und 15,3% mit einer Partnerin zusammenleben, ist der Familienstand bei den weiblichen Gefangenen nahezu gleichverteilt auf die drei Kategorien „Single“ (38,5%), „verheiratet/zusammenlebend“ (30,8%) und „geschieden/getrennt lebend“ (30,8%).

Berufsausbildung

Insgesamt fanden sich in 98 Fällen Angaben zur Berufsausbildung. 46 Personen (46,9%) haben eine Ausbildung abgeschlossen, eine Person befindet sich im Erhebungszeitraum in einer Ausbildung in der JVA und 51 Personen (52,0%) haben keine Ausbildung (vergl. Abb. 6).

Berufsausbildung	Anzahl der Personen	%
Ausbildung abgeschlossen	46	46,9
in Berufsausbildung (JVA)	1	1,0
keine Ausbildung	51	52,0
insgesamt	98	100

N = 98
keine Angabe = 4

Abb. 6: Berufsausbildung

Hinsichtlich der Berufsausbildung gibt es nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede. 44 männliche Gefangene (*N*=85) haben keine Ausbildung, das entspricht 51,8%, 40 Personen (47,1%) haben eine Berufsausbildung abgeschlossen. Bei den weiblichen Gefangenen sind es 7 Personen (*N*=13), die keine Ausbildung haben, das sind 53,9% und 6 Personen (46,2%), die eine Berufsausbildung abgeschlossen haben.

Die insgesamt 46 vorhandenen Berufsausbildungen der Substituierten verteilen sich auf dreißig verschiedene, überwiegend qualifizierte Berufe im hand-

werklichen und kaufmännischen Bereich. Nur drei Ausbildungen sind dem Dienstleistungsbereich zuzuordnen (Kellner, Friseur, Krankenpfleger).

2.3 Angaben zur Haft

Ort der Haft ist für 3 Personen (3%) die Jugendvollzugsanstalt, für 13 Personen (12,9%) der Frauenvollzug, beide Anstalten sind in Bremen/Blockland. 10 Personen (9,9%) befinden sich in der JVA Bremerhaven, 69 Personen (68,3%) verbüßen ihre Haft im geschlossenen Vollzug, 6 Personen (5,9%) im offenen Vollzug in Bremen/Oslebshausen. Aus einer Akte war der Ort der Haft nicht ersichtlich (vergl. Abb. 7).

Die Zahlen spiegeln nur zum Teil die organisatorischen Veränderungen innerhalb der JVA Bremen wider, die in der zweiten Jahreshälfte 1998 erfolgten. Die Kurzzeitstrafen (Männer) werden nicht mehr wie bislang in Blockland untergebracht, sondern in Bremerhaven. Diese Verlegung wurde infolge einer Vereinbarung zwischen den Justizressorts der Länder Bremen und Niedersachsen notwendig, nach der der Bremer Jugendvollzug ab Oktober 1998 zusätzlich insgesamt 80 jugendliche Häftlinge aus Niedersachsen aufnimmt, so daß die Zahl der Gefangenen damit auf etwa 150 steigt. Die Angabe aus Abb. 7 über 3 Gefangene aus dem Jugendvollzug Blockland sind noch auf den ursprünglichen Zustand, nämlich auf etwa 70 jugendliche Häftlinge zu beziehen.

Haftanstalt	Anzahl der Personen	%
Jugendvollzug Blockland	3	3,0
Frauenvollzug Blockland	13	12,9
Bremerhaven	10	9,9
geschlossener Vollzug, Oslebshausen	69	68,3
offener Vollzug, Oslebshausen	6	5,9
insgesamt	101	100

N = 101

keine Angabe = 1

Abb. 7: Haftanstalt

Häufigkeit früherer Haftaufenthalte

Von insgesamt 98 Personen befanden sich 13 Personen (13,3%) zum ersten Mal in Haft, 20 Personen (20,4%) waren schon einmal und 65 Personen

(66,3%) mehrmals inhaftiert gewesen. Über vier weitere Personen konnten keine Angaben gemacht werden (vergl. Abb. 8).

frühere Haftaufenthalte	Anzahl der Personen	%
erste Haft	13	13,3
einmal	20	20,4
mehrmals	65	66,3
insgesamt	98	100

N = 98
keine Angabe = 4

Abb. 8: Häufigkeit früherer Haftaufenthalte

... Haftaufenthalte	Anzahl der Personen	%
2	18	27,7
3	18	27,7
4	13	20,0
5	4	6,2
6 und mehr Haftaufenthalte	12	18,5
insgesamt	65	100

N = 65

Abb. 9: Beschreibung der Kategorie „mehrmalige Haftaufenthalte“ aus Abb. 8

Die Mehrzahl der Substituierten, nämlich 86,7%, ist hafterfahren. Eine detailliertere Aufschlüsselung der Kategorie „mehrmals“ ergibt, daß 75,4% der Substituierten, die vor ihrer derzeitigen Haft bereits mehrfach Haftstrafen verbüßten, zwischen 2-4 mal inhaftiert waren. Allerdings gibt es auch einen relativ großen Anteil an Personen (18,5%), der sechsmal und häufiger inhaftiert wurde (vergl. Abb. 9).

Diese Zahlen zeigen den bekannten Drehtüreffekt, nach dem Drogenabhängige im Laufe ihrer Drogenkarriere einem häufigen Wechsel zwischen einem Leben in Freiheit und in Haft ausgesetzt sind. Die Haft bewirkt keine Stabilisierung der Lebenssituation nach Haftentlassung, so daß der Drogenkonsum in Freiheit meist unverändert fortgesetzt wird und die damit verbundene Beschaffungskriminalität zu neuen Straftaten, also zu erneuten Haftaufenthalten, führt.

Entsprechend hoch ist auch der Anteil derjenigen Personen, die mit ihrer Haft während des Erhebungszeitraums noch nicht alle Verfahren abgedeckt haben. Von den insgesamt 102 Personen konnten aus 92 Akten entsprechende Erkenntnisse gewonnen werden. Danach gibt es bei 53 Personen (57,6%, N=92) noch offene Verfahren.

Strafmaß

In insgesamt 86 Fällen konnten Angaben zum Strafmaß gemacht werden. Danach beläuft sich das Strafmaß für 57 Personen (66,3%) auf bis zu 12 Monate, für 18 Personen (21,1%) auf bis zu 24 Monate, für 5 Personen (5,9%) auf bis zu 36 Monate und für 6 Personen (7,1%) auf über 37 Monate (vergl. Abb. 10).

Strafmaß	Anzahl der Personen	%
bis zu 12 Monaten	57	66,3
13 bis 24 Monate	18	21,0
25 bis 36 Monate	5	5,8
mehr als 36 Monate	6	7,0
insgesamt	86	100

N = 86

keine Angabe = 16

Abb. 10: Strafmaß

Insgesamt überwiegen deutlich die kürzen Strafzeiten. In 87,2% der Fälle beträgt das Strafmaß bis zu zwei Jahren. Allerdings gibt es bei den Personen, deren Haftzeit über 36 Monate liegt, deutliche Abweichungen in Richtung Langzeitstrafen bis zu 10,5 Jahren.

2.4 Drogenkonsum vor der Inhaftierung und Dauer der Heroinabhängigkeit

Angaben zum Drogenkonsum vor der Inhaftierung fanden sich in 91 Akten, d.h. in 10 Fällen konnten diese Angaben nicht erhoben werden, in einem Fall wurde der Drogenkonsum erst während der Haft begonnen. Von den 91 Personen konsumierten laut Aktenauskunft 5 Personen vor ihrer Inhaftierung eine Droge, jeweils in einem Fall Benzodiazepine, Methadon und Alkohol, in zwei Fällen wurde ausschließlich Heroin konsumiert. Durchschnittlich werden pro Person 3,2 verschiedene Substanzen konsumiert, 36 Personen wurden

in den Akten ausdrücklich als politoxikoman beschrieben (das sind 39,6%, N=91) und 14 Personen (15,4%) haben zusätzlich zum Drogenproblem ein erhebliches Alkoholproblem. In den Akten finden sich nur in Ausnahmefällen Hinweise zur Konsumhäufigkeit der einzelnen Drogen, so daß hier nur allgemeine Angaben gemacht werden können (vergl. Abb. 11).

Drogenkonsum	Anzahl der Nennungen	% der Nennungen	% der Fälle
Heroin	75	26,0	82,4
Kokain	55	19,0	60,4
Benzodiazepine	52	18,0	57,1
Tabak	30	10,4	33,0
Alkohol	28	9,7	30,8
Codein	16	5,5	17,6
Cannabis	12	4,2	13,2
Methadon/Polamidon	7	2,4	7,7
Amphetamine	4	1,4	4,4
Barbiturate	1	0,3	1,1
sonstiges	9	3,1	9,9
insgesamt	289	100,0	317,6

N = 91

keine Angabe = 11

Abb. 11: Drogenkonsum vor der Inhaftierung

Die am häufigsten konsumierte Droge ist Heroin, sie ist in 75 Fällen genannt und ist von 82,4% der Gefangenen vor der Inhaftierung konsumiert worden. Ausschließlich Heroin wurde nur in 2 Fällen konsumiert.

Die häufigsten Kombinationen sind:

- Heroin, Kokain und Benzodiazepine (in 19 Fällen),
- Heroin und Kokain (in 14 Fällen, plus Alkohol in 16 Fällen),
- Heroin und Benzodiazepine (in 13 Fällen, plus Alkohol in 21 Fällen),
- Heroin, Kokain, Benzodiazepine und Alkohol (in 9 Fällen, plus LSD in 10 Fällen),
- Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Methadon, Codein (in 6 Fällen, plus Alkohol in 8 Fällen).

In den Fällen, in denen vor der Inhaftierung kein Heroin konsumiert wurde, waren die gebrauchten Drogen eine Kombination von Kokain, Benzodiazepi-

nen und/oder Alkohol (in 6 Fällen), eine Kombination von Benzodiazepinen, Codein und/oder Alkohol (in 4 Fällen), von Barbituraten und Alkohol oder Methadon und Alkohol (jeweils in einem Fall).

Wie aus Abb. 11 hervorgeht, konsumierten 60,4% der Substituierten vor ihrer Inhaftierung Kokain, 57,1 % konsumierten Benzodiazepine, hier vor allem – so weit erkennbar – Flunitrazepam, also Rohypnol (in 23 Fällen) und 30,8% konsumierten Alkohol. Wenn diese Angaben auch mit Vorsicht interpretiert werden sollten – nicht jede Person legt bei Inhaftierung ihren wahren Drogenkonsum offen – zeigt sich doch, daß von den Inhaftierten vor der Haft eine Vielzahl verschiedener Drogen gleichzeitig konsumiert wurde, also überwiegend ein politoxikomaner Drogengebrauch besteht.

17,6% der Personen konsumierten vor der Inhaftierung Codein, 7,7% Polamidon, 4,4% konsumierten Amphetamine und 1,1% Barbiturate. Die Angaben zum Tabak- und Cannabiskonsum vor der Inhaftierung, jeweils mit 33,0% bzw. 13,2% angegeben, dürften tatsächlich weitaus höher gelegen haben. Anlaß für diese Vermutung ist die Tatsache, daß von den 30 Teilnehmern an den qualitativen Interviews alle einen starken Tabakkonsum und etwa 25 Teilnehmer ständigen Cannabiskonsum hatten. Es ist unwahrscheinlich, daß ein solches Konsummuster nicht auch für die übrigen 61 Substituierten gelten sollte. Hier wird wahrscheinlich die unterschiedliche Bewertung des Tabak- bzw. Cannabiskonsums deutlich, in einigen Fällen wird diesem Konsum Bedeutung beigemessen und erfragt, in anderen Fällen nicht. 9,9% der Personen konsumierten „sonstiges“. Darunter wurden in acht Fällen die Nennungen subsumiert, die aufgrund von Undifferenziertheit keiner anderen Kategorie zugeordnet werden konnten, wenn z.B. in den Gesundheitsakten der Konsum von „Pillen“ angegeben wurde. Durch diese Übernahme des Szenejargons ohne nähere Spezifizierung konnte nicht geklärt werden, um welche Art von Droge/n es sich handelte (Benzodiazepine, Barbiturate usw.).

Die Dauer der Heroinabhängigkeit bis zum Substitutionsbeginn ist in 61 Fällen dokumentiert. Danach waren 25 Personen (41,0%) bis zu 5 Jahre vom Heroin abhängig, 20 Personen (32,7%) zwischen 6 und 10 Jahren und 16 Personen (26,2%) über 10 Jahre. Durchschnittlich waren sie seit 8,6 Jahren heroinabhängig, die Frauen durchschnittlich 7,4 Jahre, die Männer 8,7 Jahre. Auffällig ist, daß für 8 Personen (13,1%) eine Heroinabhängigkeit von einem oder zwei Jahren dokumentiert ist, also eine relativ kurze Abhängigkeit von dieser Droge. Diese Personen konsumierten, ähnlich der Gesamtgruppe, mehrere Drogen, vor allem Benzodiazepine, Kokain, Heroin und Alkohol.

Wenn man von dem Fall absieht, in dem der Drogenkonsum in der JVA begonnen wurde, dann fehlen Angaben zur Dauer der Heroinabhängigkeit in 40 Fällen. Offensichtlich spielt diese Frage für die Aufnahme in die Substitutionsbehandlung der JVA keine große Rolle, denn eine nähere Analyse ergibt keinen Hinweis darauf, weshalb gerade in diesen 40 Fällen auf eine entsprechende Angabe verzichtet wurde. Weder läßt die Altersverteilung, die der Altersverteilung insgesamt entspricht, den Schluß zu, daß bei älteren Drogenabhängigen auf die Frage nach der Dauer der Heroinabhängigkeit verzichtet wird, noch ergibt die Indikation für die Substitution Hinweise, da auch bei Neueinstellungen in der JVA die Dauer der Heroinabhängigkeit nicht systematisch erfragt wird (von den 40 Fällen mit fehlender Angabe waren 12 Fälle Neueinstellungen).

2.5 Stationäre Entgiftung und/oder Therapieversuche

Angaben zu stationären Entgiftungen und/oder Therapieversuchen fanden sich nur in 31 der 102 Akten. Dieser Aspekt wird offensichtlich bei der Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung nicht systematisch erfragt (vergl. Abb. 12).

Art der Behandlung	Anzahl der Nennungen	% der Nennungen	% der Fälle
stationäre Entgiftung	14	36,8	45,2
stat. psychiat. Behandlung	7	18,4	22,6
Therapieversuch	17	44,7	54,8
insgesamt	38	100,0	122,6

N = 31

keine Angabe = 71

Abb. 12: Stationäre Entgiftung und/oder Therapieversuche bis zum Haftantritt

Diese 31 Personen haben insgesamt 38 Behandlungsversuche unternommen. In 14 Fällen (45,2%, N=31) wurde eine stationäre Entgiftung durchgeführt, in 7 Fällen eine stationäre psychiatrische Behandlung (22,6%) und in 17 Fällen (54,8%) ein Therapieversuch, wobei 3 der Therapieversuche und eine stationäre psychiatrische Behandlung ausdrücklich nicht wegen einer Drogenproblematik stattfanden.

2.6 HIV- und Hepatitis-Infektionen

Informationen über bestehende Infektionskrankheiten wie HIV und/oder Hepatitis konnten in 79 Fällen (77,5%) der zum Stichtag (31.8.1998, N=102) mit Methadon behandelten Personen erhoben werden, 16 Personen (15,7%) sind laut Gesundheitsakte nicht infiziert und in 7 Fällen (6,9%) hat es keine entsprechenden Untersuchungen gegeben bzw. in 2 Fällen wurde zwar ein positives Hepatitis-Testergebnis dokumentiert, um welche Hepatitis es sich dabei handelt, konnte nicht geklärt werden, so daß auf eine Zuordnung verzichtet werden mußte. Von den 79 mit HIV oder Hepatiden infizierten Personen ist bei 21,5% der Personen eine HIV-Infektion bekannt (das entspricht 10,8% aller Nennungen), bei 38,0% der Personen wurde bei Haftantritt oder während ihrer Haftzeit eine Hepatitis A, bei 59,5% der Personen eine Hepatitis B und bei 77,2% der Personen eine Hepatitis C diagnostiziert. Hepatitis D kommt bei 2,5% der Personen vor. Durchschnittlich leidet damit jede infizierte Person an zwei dieser Krankheiten (vergl. Abb. 13).

Infektionsstatus	Anzahl der Nennungen	% der Nennungen	% der Fälle
HIV positiv	17	10,8	21,5
Hepatitis A	30	19,1	38,0
Hepatitis B	47	29,9	59,5
Hepatitis C	61	38,9	77,2
Hepatitis D	2	1,3	2,5
insgesamt	157	100,0	198,7

N = 79

keine Angabe = 7

nicht infiziert = 16

Abb. 13: Infektionsstatus der am 31.8.1998 in der Substitution befindlichen Gefangenen der JVA Bremen

Bei der Interpretation dieser Daten müssen die oben genannten Ungenauigkeiten der Ausgangsdaten aus den Gesundheitsakten berücksichtigt werden, die zumindest in 2 Fällen eine Hepatitisinfektion dokumentieren, aber keine Aussage erlauben, um welche Art von Hepatitis es sich hier handelt, ebenso wie der Umstand, daß der HIV-Test nur auf Wunsch der inhaftierten Personen durchgeführt wird, der tatsächliche Anteil an HIV-infizierten Gefangenen also höher sein kann. Dafür spricht auch das tiefe Mißtrauen gegenüber der Haftanstalt und damit verbunden auch gegenüber dem Personal des Ärztlichen Dienstes, das dazu führt, einen ersten HIV-Test eher beim Gesundheitsamt

durchführen zu lassen, wo die Anonymität der Gefangenen und der weitere selbstbestimmte Umgang mit dem Ergebnis gewährleistet ist.

Die Auswertung der Gesundheitsakten ergab, daß in 4 Fällen (5,1%, N=79) eine Neuinfektion möglicherweise und in 7 Fällen (8,9%) eine Neuinfektion sicher während der Haftzeit erfolgt ist. Eine Ansteckung in der Haft wird unterstellt, wenn zwischen zwei Tests keine Ausgänge, Urlaub oder Entlassungen erfolgten. Auch bei diesen 7 Personen, die sich mit Sicherheit in der Haft infiziert haben, ist die Ansteckung mit Hepatitis C am häufigsten: 5 Personen haben Hepatitis C, drei von ihnen in Kombination mit Hepatitis A und/oder B, 2 Personen infizierten sich mit einer Hepatitis B.

Auffällig ist auch, daß bei Antritt der ersten Haft überhaupt (soweit aus den Gesundheitsakten ersichtlich) noch 45 der jetzt 79 infizierten Gefangenen gesund waren. Erst im weiteren Verlauf der Drogenkarriere in Verbindung mit häufigen Inhaftierungen, dem Drehtüreffekt, nimmt die Anzahl an Infektionen zu.

Diese Zahlen verdeutlichen die hohe gesundheitliche Belastung der drogenabhängigen und in Haft substituierten Gefangenen. Sie zeigen aber auch, daß Maßnahmen der Infektionsprophylaxe nicht ausreichend sind und ganz offensichtlich diese Risikogruppe immer noch nicht erreichen. Obwohl die dramatische Zunahme an Infektionen mit Hepatitis C schon seit einigen Jahren bekannt ist und diskutiert wird, sind sowohl die Kenntnisse zur Infektionsprophylaxe einer Hepatitis, als auch das Risikobewußtsein – im Gegensatz zu HIV – bei den Drogenkonsumenten noch sehr gering².

2.7 Aufnahme in die Substitutionsbehandlung der JVA Bremen/Indikation

Die Substitutionsbehandlung im Strafvollzug Bremen ist Bestandteil der bremischen Drogenhilfepolitik und erfolgt, unter Berücksichtigung des BTM-Gesetzes³ und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), in Anlehnung an die kassenärztlichen NUB-Richtlinien.

2 Das im Vergleich zu HIV geringere Wissen über das Infektionsrisiko „Hepatitis“ wird z.B. in den Ergebnissen zum Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ (Meyenberg et al. 1997: 167 ff) belegt. Eine Interviewstudie zum Thema „Risikobereitschaften von drogenkonsumierenden Frauen im Strafvollzug“ in der JVA Bremen/Blockland aus dem Jahr 1996 kommt zu dem gleichen Ergebnis (Schultze, unveröffentlicht).

3 BtMG § 13 Absatz 1 und Anlage III zum BtMG (Bundesgesetzblatt 1994)

Ziele der Behandlung sind:

1. das Überleben zu sichern,
2. die Besserung des allgemeinen Körperzustandes bzw. die Stabilisierung bestehender Krankheiten (HIV, Hepatitis),
3. die Minderung des Infektionsrisikos mit HIV und Hepatitis und
4. die Verminderung des Drogenkonsums und damit verbunden der bedrohlichen Zwischenfälle sowie der Beschaffungskriminalität in der JVA Bremen

Darüber hinaus wird die Substitution auch als mögliche Voraussetzung für eine Therapie aufgefaßt, Substitution soll daher auch eine Veränderung beim Betroffenen bewirken. Maßgeblich für die Aufnahme oder die Fortsetzung einer Substitution in der JVA ist die Überzeugung des Arztes, daß diese Behandlung dem Patienten nützt und zu einer Verhaltensänderung beitragen kann.

Ebenso wie in Freiheit, gibt es auch im Vollzug bestimmte Voraussetzungen, unter denen eine Substitution durchgeführt werden kann. Diese Voraussetzungen betreffen im Vollzug neben den auch „draußen“ geltenden NUB-Richtlinien vor allem die Haftart und Haftzeit:

Medizinische Indikation⁴

Die Neueinstellung oder Fortsetzung einer Behandlung erfolgt gem. NUB-Richtlinien ohne Einschränkung.

Ausnahme: Bei Kurzstrafen und Ersatzfreiheitsstrafen (EFS) wird eine vom niedergelassenen Arzt begonnene und mindestens seit vier Wochen bestehende Behandlung nur unter der Bedingung fortgesetzt, wenn eine Weiterbehandlung nach der Haftentlassung dort auch fortgesetzt werden kann. Dies gilt, wegen der Möglichkeit der sofortigen Haftentlassung auch für Untersuchungshäftlinge vor dem Haftprüfungstermin.

4 Die medizinische Indikation verlangt eine Erkrankung gemäß der NUB-Richtlinien (vergl. FN 9).

Sozialmedizinische Indikation⁵

Für den Neubeginn einer Substitution gilt, daß bei einer Verweildauer von weniger als sechs Monaten vor Beginn der Behandlung der Nachweis eines weiterbehandelnden Arztes erforderlich ist, bei einer Verweildauer von mehr als sechs Monaten gibt es keine Einschränkung.

Ausnahme: In der U-Haft gibt es bis zum Haftprüfungstermin keine Neueinstellung, weil der Zeitpunkt der Entlassung nicht klar und eine Weiterbehandlung nicht gewährleistet ist.

Für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Behandlung gilt bei EFS, Kurzzeitstrafen und U-Haft bis zum Haftprüfungstermin die Weiterbehandlung des Patienten, unter der Voraussetzung, daß der Patient nach der Entlassung aus der Haft bei seinem Arzt erneut aufgenommen wird.

Bereitschaft zur Mitarbeit

Neben diesen eher formalen Regeln zur Aufnahme oder Fortsetzung einer Behandlung gilt grundsätzlich, daß der Patient mit den Zielen dieser Behandlung einverstanden ist und sich bereit erklärt, an der Zielerreichung mitzuwirken, fehlende Bereitschaft zur Mitarbeit führt zum Abbruch der Behandlung.

Folgende Ziele hat der Patient anzustreben:

- situationsgerechtes Verhalten im Vollzug
- Mitarbeit am Vollzugsziel
- Pünktliche Rückkehr aus Urlaub, kein Mißbrauch von Lockerungen, keine Betrugsversuche
- keine neuen Straftaten
- zielgerichtetes, engagiertes Handeln
- regelmäßige Arbeit
- Minderung des Drogengebrauchs
- keine Intoxikationserscheinungen
- Erhaltung bzw. Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes
- Anstreben einer vernünftigen Dosis

5 Die sozialmedizinische Indikation verlangt das Vorliegen folgender Kriterien:
 – Manifeste Abhängigkeit von Opiaten
 – Nachweis ernsthafter Therapieversuche in der Vergangenheit
 – Einschlägige Verurteilungen.

Gefangene, die die Aufnahme in die Substitutionsbehandlung wünschen, werden in der Regel zunächst durch den/die SozialarbeiterIn beraten. In diesem Gespräch geht es um die Behandlungsbedingungen, die Vor- und Nachteile einer Substitution und mögliche Alternativen (Therapie oder einen methadon-gestützten Entzug), es werden anamnestische Daten des Gefangenen erhoben und die Haftzeit geklärt.

Vorteile der Substitution für den Patienten

- der Streß der Drogenbeschaffung entfällt,
- das mit dem Drogenkonsum unter Haftbedingungen hohe Infektionsrisiko wird vermindert,
- seitens der Justiz wird dem Substituierten eine bessere Prognose unterstellt,
- Lockerungen, Ausgänge, Urlaub, offener Vollzug werden nicht durch die sonst üblichen Restriktionen für Drogenabhängige beeinträchtigt und eine Entlassung zum 2/3 Zeitpunkt ist eher wahrscheinlich,
- eine Teilnahme an externen psychosozialen Begleitmaßnahmen wird möglich.

Nachteile der Substitution für den Patienten

- die bestehende körperliche Opiatabhängigkeit wird weiter aufrechterhalten,
- der Methadonentzug ist unangenehmer und langwieriger, als der Heroinentzug,
- die Abhängigkeit von anderen Substanzen bleibt erhalten,
- Substituierte unterliegen besonderen Kontrollen und einem starken Erwartungsdruck, wonach ein Versagen als besonders schwerwiegend gilt und eine ungünstige Prognose begründet,
- es besteht eine starke Bindung an den Vergabeort, was auch in der Haftzeit, z.B. bei Hafturlauben zu Immobilität führt,
- neue Verhaltensweisen erfordern das Verlassen der Subkultur und bewirken den Verlust alter Beziehungen,
- Stigmatisierung des Patienten während der Haftzeit.

Entscheidet sich der Gefangene nach Abwägung dieser Vor- und Nachteile und der anderen Alternativen für die Substitution, muß er einen Antrag beim Arzt stellen, in dem kurz die Beweggründe für die Antragstellung erläutert werden. Es folgt ein Gespräch mit dem Arzt, falls erforderlich auch mit einem Psychologen, in dessen Verlauf der Arzt, unter Berücksichtigung der

bereits vorliegenden Daten aus dem Beratungsgespräch mit dem/der SozialarbeiterIn über die Behandlung entscheidet. Eine Neueinstellung erfolgt in der Abteilung für kranke Gefangene (Lazarett) in einem geschlossenen Bereich für die Dauer von etwa einer Woche oder bis die Verträglichkeit gesichert ist. Dies ist eine Vorsichtsmaßnahme um gefährliche Wechselwirkungen mit möglicherweise noch im Körper befindlichen Medikamenten/Drogen zu vermeiden.

Bei der Fortsetzung einer bereits bestehenden Substitution ist eine Rückfrage beim bisher behandelnden Arzt erforderlich. Dabei wird der Arzt über die Fortsetzung der Behandlung informiert, gleichzeitig werden die vorhandenen Daten und gegebenenfalls (bei EFS, Kurzzeitstrafen, U-Haft) die Möglichkeit der Weiterbehandlung nach Haftentlassung geprüft. In den Fällen einer Weiterbehandlung erfolgt die Substitution im laufenden Vollzug, ohne vorherige Aufnahme in das Lazarett.

Für alle Substituierte gilt, ebenso wie für andere Gefangene auch, daß sie einen Bediensteten der Vollzugsgruppen als Ansprechpartner erhalten. Darüber hinaus wählen die Patienten aus dem Kreis der sozialpsychiatrischen Betreuer einen weiteren persönlichen Ansprechpartner, damit in allen Fragen der Behandlung Vollzug, Sozialdienst und Ärztlicher Dienst vertreten sind.

Sind alle Voraussetzungen für eine Substitution erfüllt, wird ein Vertrag erstellt, in dem Ziele und Bedingungen genannt werden, und von allen Beteiligten unterschrieben.

Von den am 31.8.1998 substituierten Gefangenen (N=102) in der JVA Bremen kamen zwischen 9/96 bis 8/98 40 Personen (40,8%) bereits substituiert vom niedergelassenen Arzt, 28 Personen erhielten Methadon, 4 Personen wurden mit Codein substituiert, eine Person bekam vom Arzt Codein und Rohypnol und 7 Personen Polamidon. Bis auf zwei Personen, die auch weiterhin Polamidon in der JVA erhalten haben bzw. weiterhin erhalten, wurden alle Personen auf Methadon eingestellt. 7 Personen (7,1%) kamen substituiert von öffentlichen Programmen, 13 Personen (13,3%) kamen substituiert von anderen Justizvollzugsanstalten, entweder fand ein Wechsel innerhalb der JVA Bremen statt (z.B. von Bremerhaven nach Bremen/Oslebshausen) oder die Gefangenen kamen aus Hamburg oder Niedersachsen. 38 Personen (38,8%) wurden im Erhebungszeitraum im Medizinischen Dienst der JVA Bremen neu eingestellt (vergl. Abb. 14). Für 2 Personen konnten keine Angaben gemacht werden und 2 weitere Personen erhielten ausschließlich einen methadongestützten Entzug.

Beginn der Substitution	Anzahl der Personen	%
substituiert gekommen vom niedergelassenen Arzt	40	40,8
substituiert gekommen von öffentl. Programmen	7	7,1
substituiert gekommen von anderer JVA	13	13,3
neu eingestellt in der JVA Bremen	38	38,8
insgesamt	98	100,0

N = 98

keine Angabe = 4

Abb. 14: Beginn der Substitution

Der überwiegende Teil der Substituierten (61,2%) wurde vor Haftantritt in der JVA Bremen bereits substituiert, entweder von niedergelassenen Ärzten, öffentlichen Programmen (Altfixerprogramm, Frauenprogramm) oder von einer anderen JVA. Die Neueinstellung auf Methadon in der JVA Bremen für die verbleibenden 38 Personen ist nicht gleichzusetzen mit einem ersten Substitutionsversuch überhaupt, sondern häufig mit einem weiteren Versuch nach längerer Unterbrechung. Die Gründe für die Unterbrechung einer Substitutionsbehandlung können nur insofern nachvollzogen werden, als diese Unterbrechung nicht beim niedergelassenen Arzt, sondern in der JVA stattgefunden hat. Längerfristige, mehrmonatige Unterbrechungen werden vor allem durch Haftentlassungen verursacht, wenn eine Weitersubstitution nach Entlassung nicht möglich ist, weil kein weitersubstituierender Arzt gefunden werden konnte. Eine erneute Inhaftierung bedeutet in diesen Fällen auch einen weiteren Substitutionsversuch. Disziplinarische Gründe, vor allem aufgrund von Beigebrauch, können ebenfalls eine, meist nur vorübergehende, Beendigung der Substitution bedeuten, ebenso wie beabsichtigte Therapien, die „clean“, also drogenfrei angetreten werden müssen.

Die Indikation für die Substitutionsbehandlung besteht in den Fällen, in denen die Personen bereits substituiert in der JVA aufgenommen wurden, in der Fortsetzung einer vorbestehenden Behandlung durch den Hausarzt, durch ein öffentliches Programm oder eine andere JVA und wird in den Gesundheitsakten nicht näher bestimmt. Diese Indikation ist für 60 Personen im Erhebungszeitraum gegeben. Die Indikation für die 38 neu auf Methadon eingestellten Personen läßt sich in 33 Fällen feststellen. Danach erfolgt die Substitution in 14 Fällen aufgrund einer psychosozialen-erweiterten Indikation, in 13 Fällen aufgrund einer medizinisch-somatischen Indikation und in 6 Fällen als Übergangsbehandlung bis zur Therapie bzw. einer endgültigen Klärung.

Die Indikation wird in den Gesundheitsakten nicht ausdrücklich vermerkt, so daß die Zuordnung teilweise nach Interpretation der Aktenlage erfolgte. In einem Fall, in dem die Aufnahme in die Substitutionsbehandlung erst nach Androhung eines Suizids erfolgte, wurde die Indikation „psychosozial“ angenommen, in einem weiteren Fall, in dem eine Infektion mit HIV vorlag, eine medizinisch-somatische Indikation. Für 5 Personen, die neu eingestellt wurden, konnte keine Indikation festgestellt werden.

2.8 Dosierung

Die Neueinstellung auf Methadon (N=38) erfolgte in Dosierungen, zwischen 1 und 7 ml. Die durchschnittliche Dosis bei Substitutionsbeginn lag bei 3,2 ml (bezogen auf die Dosis zu Beginn des zweiten Monats nach Einstellung). Von den 38 Personen, die im Erhebungszeitraum mit der Substitution in der JVA neu begonnen haben, haben 2 Personen die Behandlung geordnet beendet und 3 weitere Personen die Substitution aus disziplinarischen Gründen abgebrochen. Die Substitutionsverläufe der verbleibenden 33 Personen zeigen, daß die Einstiegsdosis nur selten beibehalten wird. Oft steigt die Dosis rapide an, wobei Dosierungen im Bereich von 12-15 ml zu den Maximalwerten gehören, bevor es wieder zu einer niedrigeren Methadondosis kommt, die dann länger beibehalten wird. Zum Ende des Erhebungszeitraums beträgt die durchschnittliche Dosis 6,3 ml Methadon, mindestens 1 ml und höchstens 14 ml.

Der Vergleich mit der Gruppe derjenigen, die substituiert vom niedergelassenen Arzt gekommen sind und ihre Substitution in der JVA weiterführen, zeigt, daß die durchschnittliche Dosis zu Beginn der Behandlung in der JVA 6,2 ml beträgt (mindestens 2 ml, höchstens 10 ml) und zum Ende des Erhebungszeitraums 5,2 ml, also durchschnittlich um 1,1 ml geringer ist, als bei denjenigen, die die Substitution in der JVA neu begonnen haben (vergl. Abb. 15.1 und 15.2). Eine Person hat in der Zwischenzeit die Substitution geordnet beendet, bei einer weiteren Person wurde die Substitution in der JVA nicht weiter fortgeführt, sondern durch einen methadongestützten Entzug beendet.

	Mittelwert (ml)	Minimum (ml)	Maximum (ml)
Dosis bei Behandlungsbeginn	3,2	1	7
Dosis (Ende Erhebungszeitraum)	6,3	1	14

N=38

Abb. 15.1: Methadon Dosis bei Neubeginn einer Substitutionsbehandlung in der JVA Bremen

	Mittelwert (ml)	Minimum (ml)	Maximum (ml)
durch niedergel. Arzt verschriebene tägliche Dosis bei Haftantritt	6,2 (7,3)	2 (4)	10 (10)
Dosis in JVA (8/98)	5,2 (6,6)	0,5 (3,5)	12 (10)

N=40

() = zum Vergleich: Werte der inhaftierten Frauen (*N*=8)

Abb. 15.2: Methadon Dosis von vor Haftantritt extern Substituierten in der JVA Bremen

Bei den inhaftierten Frauen, die substituiert gekommen sind, liegt die durchschnittliche Dosis bei Antritt der Haft bei 7,3 ml, die geringste Dosis betrug 4 ml, die höchste Dosis 10 ml. Bei Ende des Erhebungszeitraums hat sich die durchschnittliche Dosis auf 6,6 ml verringert, dabei lag die Mindestdosis bei 3,5, die Höchstdosis bei 10 ml. Damit reduziert sich in der Haftzeit auch bei den Frauen die Methadondosis um 0,7 ml, insgesamt bleiben die Werte aber über dem Durchschnitt.

2.9 Dauer und Verlauf der Substitution

Die zum Stichtag 31.8.1998 substituierten Personen (ohne methadongestützte Entzüge, *N*=99) werden durchschnittlich seit 7,7 Monaten substituiert. 66,7% der Personen wurden zwischen 1 bis 6 Monaten, 13,1% zwischen 7 und 12 Monaten, 7,1% zwischen 13 und 18 Monaten, 9,1% zwischen 19 und 24 Monaten und 4,0% der Personen zwischen 28 und 37 Monaten substituiert (vergl. Abb. 16).

Substitutionsdauer in der JVA	Anzahl der Personen	%
1-6 Monate	66	66,7
7-12 Monate	13	13,1
13-18 Monate	7	7,1
19-24 Monate	9	9,1
28-37 Monate	4	4,0
insgesamt	99	100,0

N = 99

Abb. 16: Substitutionsdauer in der JVA (in Monaten)

Die Substitutionsdauer in den Gefängnissen des Landes Bremen ist für 66,7% der Personen mit bis zu 6 Monaten eher kurz. Der Grund hierfür ist, daß nur die zum Stichtag aktuelle Substitutionsbehandlung berücksichtigt wurde, nicht aber zurückliegende Behandlungen, die ebenfalls in dem Zeitraum von zwei Jahren stattgefunden haben. Der häufige Wechsel vieler Drogenabhängiger zwischen Freiheit und Inhaftierung, in einigen Fällen aber auch eine vorübergehende Beendigung der Behandlung in der JVA, aus unterschiedlichen Gründen, tragen zu einer von vielen Unterbrechungen gekennzeichneten Behandlungssituation bei. Würde nicht nur die aktuelle Substitution, sondern auch länger zurückliegende Behandlungszeiten in der JVA zwischen 9/96 und 8/98 berücksichtigt, läge die durchschnittliche Substitutionsdauer bei 9 Monaten.

20,2% der Substituierten befinden sich länger als ein Jahr in Behandlung, von ihnen werden 4% seit über zwei bis drei Jahren durchgehend in der JVA substituiert.

Die Substitutionsverläufe sind individuell verschieden und wären nur unter Einbezug aller verfügbaren Daten detailliert zu analysieren. Eine solche Analyse soll an dieser Stelle, auch aus Gründen des Datenschutzes, nicht erfolgen. Stattdessen werden verschiedene, häufig wiederkehrende Verlaufsmuster dargestellt, die bei der Durchsicht aller Substitutionsverläufe auffielen und die Aufschluß über einige typische Unterbrechungsgründe oder Probleme sowohl bei relativ stabilen, als auch bei instabilen Verläufen geben können.

Behandlungsverläufe werden vor allem durch nachgewiesenen Beigebrauch unterbrochen. Diese Unterbrechung kann dabei unterschiedlich lang sein, von einigen Tagen bis zu einigen Monaten. Die folgende Abbildung zeigt den Verlauf einer Behandlung über zwei Jahre (Abb. 17):

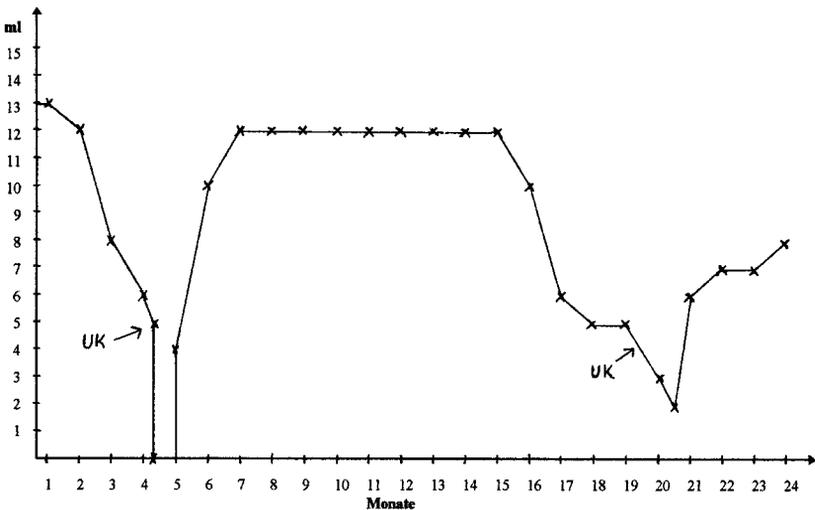


Abb. 17: Verlauf einer längerfristigen Substitution in der JVA und Beigebrauch

Die substituierte Person reduziert im Verlauf von drei Monaten die tägliche Methadon-Dosis, ausgehend von 13 ml Methadon. Bei einer Dosis von 5 ml Methadon wird eine Urinkontrolle angeordnet, deren Ergebnis den unerlaubten Gebrauch von Benzodiazepinen nachweist. Die Folge dieses Beigebrauchs ist eine Unterbrechung der Behandlung von etwa drei Wochen, bevor die Person mit 4 ml Methadon weitersubstituiert wird. Nach dieser Unterbrechung erreicht die tägliche Methadondosis schnell wieder ein hohes Niveau. Im 16. Monat wird erneut begonnen, die Dosis zu reduzieren. Eine Urinkontrolle im 20. Monat, also beim Erreichen einer geringen Dosis von unter 5 ml, weist den Beigebrauch von Benzodiazepinen nach. Dieser Beigebrauch führt zunächst zu einer Verwarnung und einer weiteren Reduzierung der Dosis bis in den nächsten Monat hinein, die Behandlung wird aber nicht unterbrochen, sondern auch über den Erhebungszeitraum hinaus, mit einer mittleren Dosis, fortgesetzt.

Den Verlauf einer etwas kürzeren Behandlung mit nachgewiesenem Beigebrauch zeigt Abb. 18:

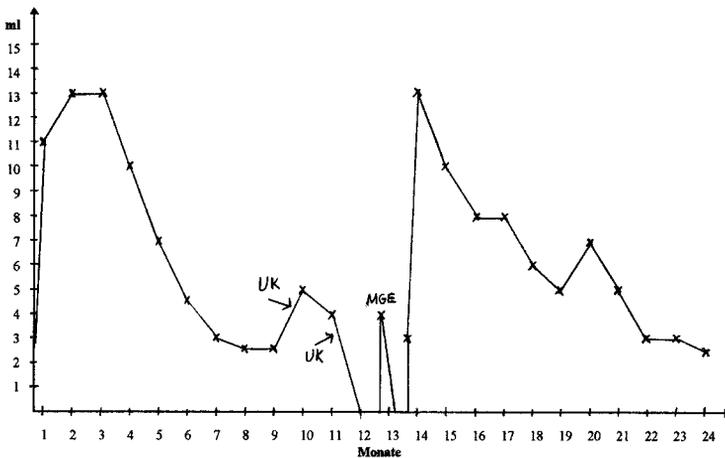


Abb. 18: Substitutionsverlauf in der JVA und Beigebrauch

Die Person wird in der JVA Bremen, beginnend mit einer Dosis von 3 ml, neu auf Methadon eingestellt. Im weiteren Verlauf wird eine maximale Dosis von 13 ml Methadon erreicht. In den Folgemonaten wird die Dosis langsam reduziert. Im 10. und 12. Monat wird mit Urinkontrollen der Beigebrauch von Opiaten bzw. von Opiaten und Kokain nachgewiesen, die Person erscheint außerdem einmal nicht zur Methadonabgabe, die Behandlung wird beendet. Nach einem Rückfall wird im Folgemonat ein methadongestützter Entzug durchgeführt und beendet. Im direkten Anschluß daran wird die Substitution wieder aufgenommen, wobei schnell eine hohe Dosis erreicht wird, die in den Folgemonaten reduziert wird.

In beiden Beispielen erfolgte der Beigebrauch im Verlauf einer Dosisreduktion, während im ersten Fall die Fortsetzung der Behandlung scheinbar nicht ernsthaft gefährdet war, der Beigebrauch mit dem vorübergehenden Entzug von Methadon „bestraft“ wurde, sollte offenbar im zweiten Fall die Behandlung endgültig beendet werden, da vor einer erneuten Behandlung ein methadongestützter Entzug durchgeführt wurde. Die Unterbrechung der Behandlung war hier nicht von langer Dauer (subjektiv vielleicht doch), in anderen Fällen kann sie aber durchaus mehrere Monate betragen, die längste Unterbrechung betrug ein Jahr, bevor in der JVA eine Neueinstellung auf Methadon erfolgte. Beide Beispiele zeigen auch, daß die Dosisreduktion nicht über einen längeren

Zeitraum beibehalten wurde, sondern im Gegenteil, nach Beigebruch und Behandlungsunterbrechung, ein ähnlich hohes Niveau der täglichen Methadon-Dosis wie vor der Dosisreduktion erreicht wurde.

Damit stellt sich auch die Frage nach dem Sinn einer kontinuierlich durchgeführten Dosisreduktion innerhalb weniger Monate gerade auch in der JVA, einem Ort, in dem die Handlungsmöglichkeiten für die Drogenabhängigen hinsichtlich ihrer weiteren Lebensgestaltung ohnehin stark eingeschränkt sind. Auch die Abdosierung nach entdecktem Beigebruch hat Folgen, die nicht erwünscht sein können. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird belastet, die Behandlung unterbrochen und der Drogenabhängige damit sich selbst überlassen. Das führt wiederum dazu, daß Drogenabhängige dem Problem der Drogenbeschaffung in Haft ausgesetzt sind, verbunden mit den bekannten Gesundheitsrisiken beim Drogenkonsum. Damit werden Ziele der Substitution aufgegeben, nämlich der Schutz vor Infektionskrankheiten durch die orale Vergabe der Droge Methadon und die Möglichkeit für Drogenabhängige, durch Methadon Abstand zur Drogenszene und dem bisherigen auf Drogen konzentrierten Leben zu gewinnen. So gesehen, tragen Abdosierungen infolge von Beigebruch eher zu einer Verlängerung der Drogenproblematik bei.

Substitutionsbehandlungen in der JVA können kurzfristig auch durch eine Entlassung zur Therapie unterbrochen werden (vergl. Abb. 19):

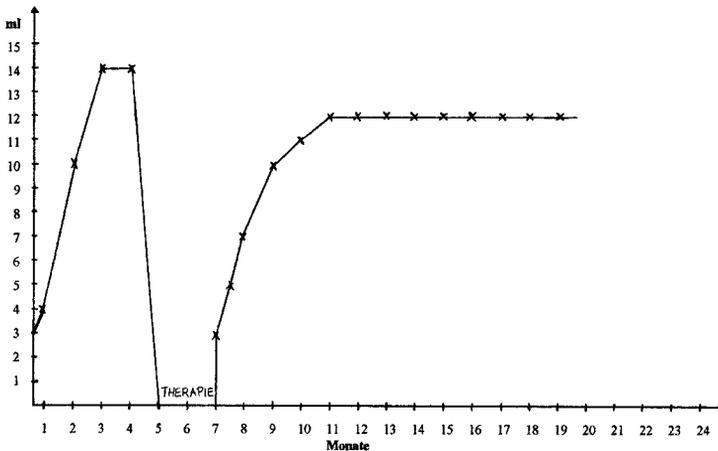


Abb. 19: Unterbrechung der Substitutionsbehandlung in der JVA durch Therapie

Die Person kommt bereits substituiert und kann nach Ablauf von fünf Monaten in die Therapie entlassen werden. Zu dem Zeitpunkt beträgt die tägliche Methadondosis 11 ml, die Dosis ist also hoch und wird kurz vor Therapieantritt auf 0 gesetzt. Nach zwei Monaten wird die Substitution in der JVA fortgesetzt. Der Therapieversuch hatte offensichtlich keine Auswirkung auf die Drogenproblematik. Die tägliche Methadon-Dosis bewegt sich weiter auf einem hohen Niveau, der Verlauf ist konstant.

Besonders problematisch ist die Situation bei Haftende. Personen, die keinen weitersubstituierenden Arzt gefunden haben und auch nicht in das öffentliche Methadonprogramm aufgenommen werden können, werden zum Haftende vom Methadon entzogen. Die beiden folgenden Abbildungen (Abb. 20 und 21) zeigen Substitutionsverläufe von Personen, die zur Haftentlassung abdosiert wurden:

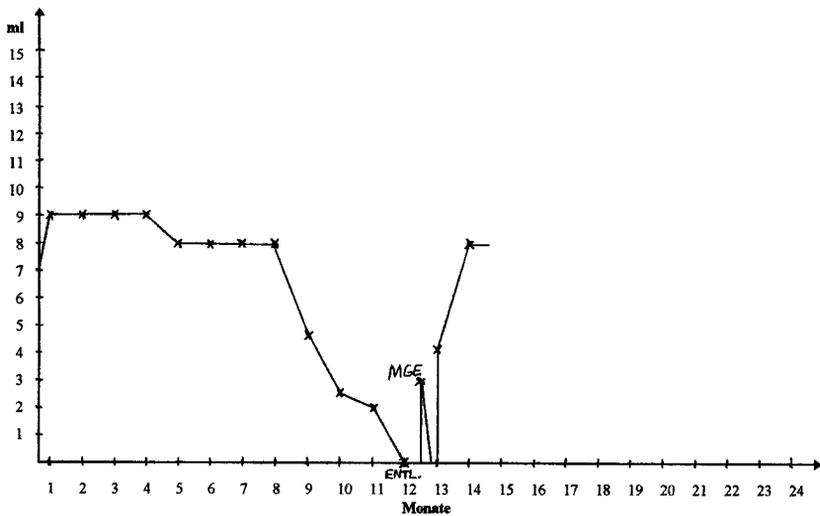


Abb. 20: Substitutionsverlauf mit Abdosierung zum Haftende

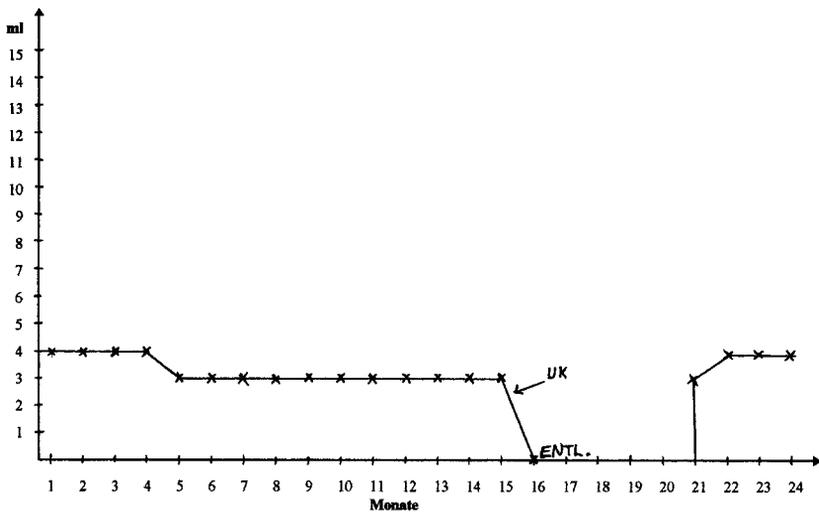


Abb. 21: Substitutionsverlauf mit Abdosierung zum Haftende

Beide Behandlungsverläufe sind relativ konstant. Während die Abdosierung zum Ende der Haft im ersten Beispiel (Abb. 20) ohne Zwischenfälle verläuft, kommt es im zweiten Beispiel zu einem unerlaubten Beigebrauch von Kokain und Alkohol. Beide Beispiele zeigen, daß es zu einer erneuten Inhaftierung kommt, im ersten Beispiel einige Tage nach der Entlassung, im zweiten Beispiel fünf Monate später. Die Verläufe spiegeln damit einen besonders kritischen Zeitpunkt wider, die Haftentlassung ist offensichtlich eine Situation, mit der die entlassenen Drogenabhängigen überfordert sind. Der Verlauf in Abb. 20 zeigt, daß nach der erneuten Inhaftierung zunächst ein methadongestützter Entzug durchgeführt wurde, bevor kurz darauf eine Neueinstellung erfolgte. Die Dosis bewegt sich auf dem gleichen Niveau wie vor der Abdosierung zur Haftentlassung. Die Person im zweiten Beispiel (Abb. 21) wird nach Haftantritt ohne Zeitverzögerung wieder in die Methadon-Behandlung aufgenommen. Auch hier erreicht die Dosis vergleichbare Werte wie vor der Haftentlassung.

Die Haftentlassung ist auch für Personen, die von einem niedergelassenen Arzt weiterbehandelt werden, ein kritischer Zeitpunkt (vergl. Abb. 22). Die Person im folgenden Beispiel wurde bereits vor der Inhaftierung substituiert, die Substitution wurde während der relativ kurzen Haftzeit fortgesetzt, da ein

weiterbehandelnder Arzt vorhanden war. Es kommt im Monat nach der Entlassung wieder zur Inhaftierung. Es wird ein methadongestützter Entzug durchgeführt, in dessen Verlauf ein Beigebrauch von Kokain und Opiaten nachgewiesen wird. Zu einer erneuten Aufnahme in die Substitutionsbehandlung kommt es im Erhebungszeitraum nicht mehr.

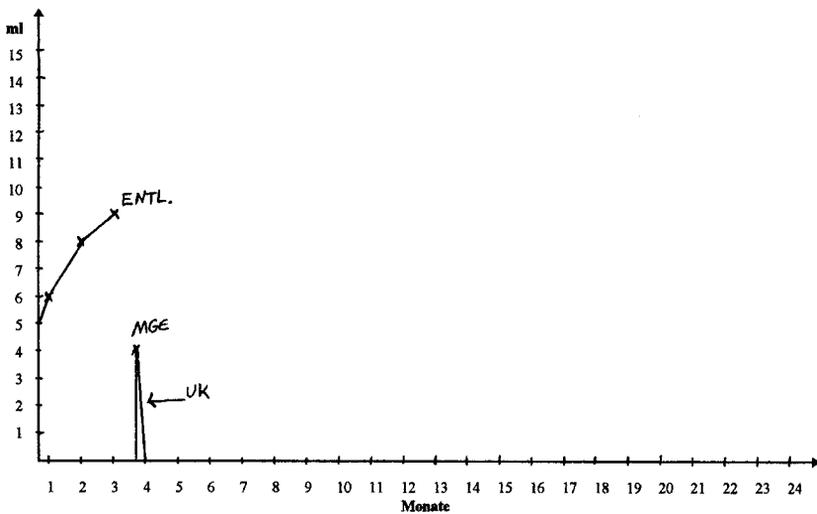


Abb. 22: *Behandlungsverlauf mit Entlassung zum niedergelassenen Arzt*

Die Beispiele bisher zeigen, daß Beigebrauch, Entlassungen zur Therapie oder aus der Haft Behandlungsunterbrechungen zur Folge haben, die die Drogenabhängigen zeitverzögert an den Ausgangspunkt ihrer Bemühungen zurückversetzen. Eine kontinuierliche Behandlungssituation ist damit im Strafvollzug oft nicht gegeben, der Übergang vom Vollzug in die Freiheit funktioniert nicht.

Neben der Problematik nicht kontinuierlicher Behandlungsverläufe, wurde ein anderes Verlaufsmuster deutlich, in dem erst nach wiederholten methadongestützten Entzügen eine Substitution begonnen wurde (vergl. Abb. 23).

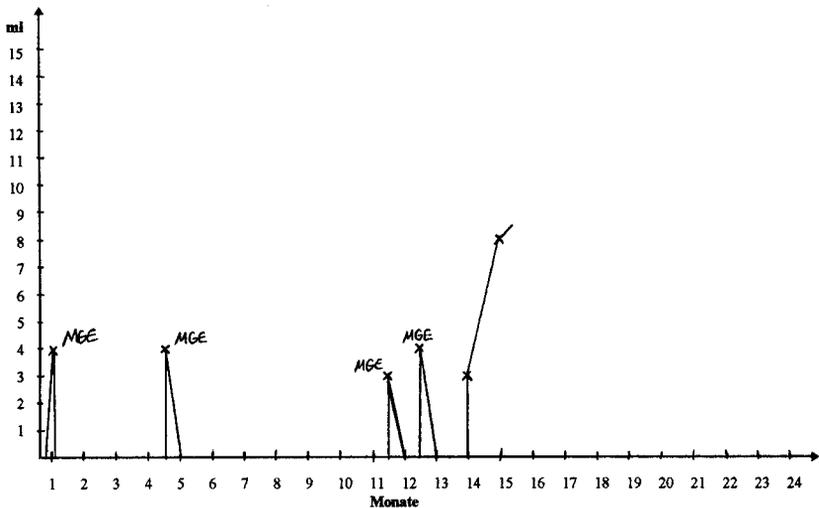


Abb. 23: *Methadongestützte Entzüge mit anschließender Substitution*

Vor Aufnahme einer Substitutionsbehandlung wurden bei der Person aus Abb. 23 vier methadongestützte Entzüge durchgeführt. Die Gründe für ein solches Vorgehen könnten sein, daß der/die PatientIn eine Substitution zu den jeweiligen Zeitpunkten abgelehnt hat oder keine Indikation für eine solche Behandlung gegeben war. Unabhängig von den Gründen wird aus dem Verlauf jedoch deutlich, wie der Drogenkonsum über längere Zeit in Haft aufrecht erhalten wird und immer wieder Entzüge notwendig werden. Es liegt nahe anzunehmen, daß die Aufnahme in die Methadonbehandlung über ein Jahr später, zur Verlängerung der bestehenden Drogenproblematik beigetragen hat.

Abb. 24 zeigt ein weiteres Beispiel für einen Behandlungsverlauf, in dem methadongestützte Entzüge ebenfalls häufig vorkommen:

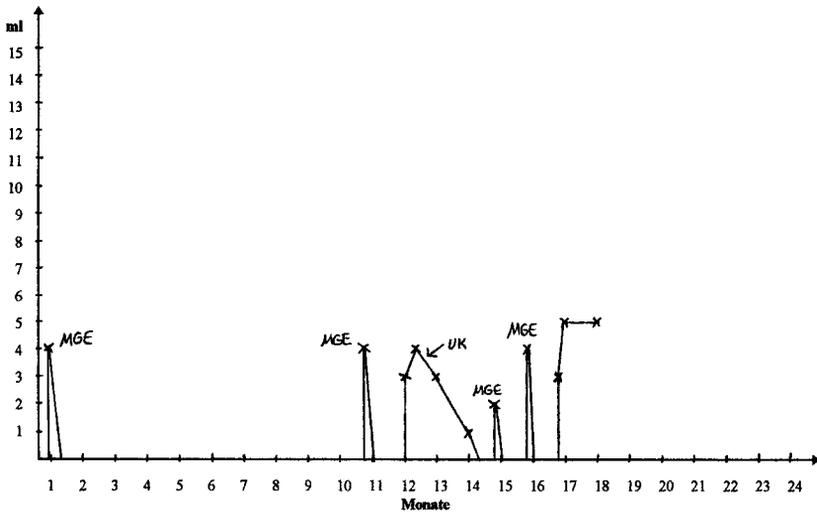


Abb. 24: Methadongestützte Entzüge und Behandlungsverlauf

Nach zwei methadongestützten Entzügen erfolgt eine Aufnahme in die Substitutionsbehandlung, die nach dem Nachweis von Beigebrauch (Opiate) beendet wird. Es folgen im Anschluß weitere methadongestützte Entzüge, bevor zweieinhalb Monate nach dem ersten Substitutionsversuch eine neue Behandlung begonnen wird.

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse lassen keine näheren Interpretationen der Behandlungsverläufe zu. Auf Erklärungszusammenhänge wird weiter unten (vergl. Kapitel 4) ausführlich eingegangen. Hier sollte nur eine Übersicht über immer wiederkehrende Behandlungsverläufe und bestehende Probleme gegeben werden.

2.10 Beigebrauch und Urinkontrollen

Zur Bearbeitung und Überwachung des Behandlungsverlaufs dienen die vierteljährlichen normierten Berichte durch den Ansprechpartner und Urinkontrollen auf Beigebrauch unerlaubter Substanzen, die in unregelmäßigen Abständen

durchgeführt werden. Urinkontrollen sind einerseits rechtlich erforderlich⁶, werden zudem aber auch als Gesprächsgrundlage für weitere Klärungen benötigt.

Vor der morgendlichen Methadon-Ausgabe werden nach dem Zufallsprinzip jeweils zwei Substituierte ausgewählt und aufgefordert eine Urinprobe abzugeben. Die Mitwirkung an dieser Kontrollmaßnahme ist Bedingung für die Ausgabe des Methadon. Urinkontrollen werden auch dann durchgeführt, wenn Verhaltensauffälligkeiten beobachtet worden sind, die eine Intoxikation durch unerlaubte Drogen vermuten lassen.

Zwischen 9/96 und 8/98 wurden, bei einer durchschnittlichen Substitutionsdauer in der JVA von 9,0 Monaten pro PatientIn (ohne methadongestützte Entzüge), bei insgesamt 65 substituierten Personen der Untersuchungsgruppe 271 Urinkontrollen (UKs) durchgeführt, das sind im Durchschnitt 4,2 UKs pro Person, wobei die Anzahl der UKs pro Substituierten zwischen 1 und 14 liegt, d.h. einige Personen werden selten, andere dagegen häufig kontrolliert. Bei 36 substituierten Personen wurden in diesem Zeitraum keine Urinkontrollen durchgeführt, sie waren in der JVA durchgehend zwischen einem und 15 Monaten substituiert, eine Person verweigerte sich dieser Kontrolle. Von den 271 UKs waren insgesamt 126 Proben (46,5%) positiv, d.h. es konnten neben Methadon weitere Substanzen, zum Teil ärztlich verordnet, oder kein Methadon nachgewiesen werden. Werden die UKs, deren positiver Befund auf ärztlich verschriebene Medikamente zurückzuführen ist, nicht berücksichtigt, verringert sich die Anzahl der positiven UKs auf 63, unerlaubter Beikonsum konnte damit in 23,2% der 271 UKs nachgewiesen werden.

Der Gebrauch von Opiaten wurde in 15 aller positiven UKs (11,9%) festgestellt, bezogen auf die Gesamtzahl der getesteten Personen (N=65) haben 23,1% der Substituierten Opiate konsumiert. Kokain wurde in 9 UKs (7,1%) bzw. bei 13,8% der positiv getesteten Personen nachgewiesen, Benzodiazepine in 86 UKs (68,3%) bzw. bei 132,3% der Personen (vergl. Abb. 25).

6 Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV) legt im § 5 Abs. 2 fest, daß das Verschreiben eines Substitutionsmittels nur zulässig ist, wenn und solange „... die vom Arzt durchgeführten Erhebungen keine Erkenntnisse ergeben haben, daß der Patient ... Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet ...“. (BTMVV 1998), der Substitutionszweck besteht nach § 5 Abs. 1 darin, die Betäubungsmittelabstinenz schrittweise wiederherzustellen.

Substanz	Anzahl der Nennungen	% der Nennungen	% der Fälle
Opiate	15	11,9	23,1
Kokain	9	7,1	13,8
Benzodiazepine	86 (23)	68,3 (18,3)	132,3 (35,4%)
Alkohol	2	1,6	3,1
kein Methadon	14	11,1	21,5
insgesamt	126	100,0	193,8

N = 65

keine Urinkontrolle in 37 Fällen

() = davon ärztlich nicht angeordnet

Abb. 25: Per Urinkontrollen ermittelte Substanzen (im Erhebungszeitraum 9/96 bis 8/98)

Die Ergebnisse aus Abb. 25 zeigen, daß ein Beigebrauch mit Opiaten während der Substitution in Haft häufiger nachgewiesen wurde, als der Beigebrauch von Kokain. 14 der positiven UKs enthielten kein Methadon, trotzdem die getesteten Personen zum Zeitpunkt der Urinkontrolle substituiert wurden. Der häufige Nachweis von Benzodiazepinen ist zum Teil auf ärztliche Verschreibungen zurückzuführen. Aus den Gesundheitsakten ging allerdings nicht in jedem Fall eindeutig hervor, ob zum Zeitpunkt der Urinkontrolle der Gebrauch von Benzodiazepinen auf ärztliche Anordnung oder als Beigebrauch erfolgte. Etwa 63 der Urinproben (50% aller positiven UKs) enthielten Benzodiazepine, die ärztlich verschrieben wurden, so daß bei 23 UKs (18,3%) unerlaubter Konsum von Benzodiazepinen nachgewiesen wurde. Benzodiazepine sind damit die am häufigsten verwendeten Substanzen, wenn es um unerlaubten Beigebrauch geht.

Zusätzlich zu den Ergebnissen der Urinkontrollen wurden auch Hinweise aus den Gesundheitsakten zum Beigebrauch ausgewertet, die nach ärztlicher Beobachtung oder aufgrund einer Selbstanzeige von Patienten festgehalten worden sind. Diese Ergebnisse zeigt die folgende Abbildung:

Substanz	Anzahl der Nennungen	% der Nennungen	% der Fälle
Opiate	14	23,3	41,2
Kokain	14	23,3	41,2
Benzodiazepine	22	36,7	64,7
Alkohol	4	6,7	11,8
Cannabis	6	10,0	17,6
insgesamt	60	100,0	176,5

N = 34

kein Beigebrauch/keine Angaben = 68

Abb. 26: Selbst angezeigter Beigebrauch/Beigebrauch nach ärztlicher Einschätzung im Erhebungszeitraum 9/96 bis 8/98

Bei 34 Personen wurde zwischen 9/96 und 8/98 Beigebrauch vermutet oder selbst zugegeben und nur teilweise durch eine Urinkontrolle bestätigt. Die Zahlen aus der Abb. 26 geben nur den einmaligen Beigebrauch pro Droge und Person an, also welche Droge beim Beigebrauch beteiligt war. Wenn z.B. Opiatgebrauch zugegeben wurde, so wurde dieser einmal gezählt, unabhängig von der tatsächlichen Häufigkeit des Opiatkonsums dieser Person während der zweijährigen Erhebungszeit.

Ein Vergleich der Abb. 25 mit der Abb. 26 zeigt, daß trotz der nun fast halbierten Fallzahl der Konsum von Opiaten etwa gleich hoch geblieben ist, der Gebrauch von Kokain dagegen häufiger vermutet oder angezeigt wurde und durch die Ergebnisse der Urinkontrollen nicht angemessen widergegeben wird. Benzodiazepine wurden bei 22 Personen (64,7%) als Beigebrauch vermutet oder zugegeben. Bezogen auf die Gesamtheit der zum 31.8.1998 mit Methadon behandelten Gefangenen (N=102) bedeutet das, daß Beigebrauch von Benzodiazepinen in etwa 21,6% der Fälle vorkommt, Opiat- und Kokaingebrauch jeweils in 13,7% der Fälle. Der tatsächliche Beigebrauch dürfte höher liegen, da nicht jeder Beigebrauch tatsächlich beobachtet oder zugegeben wird, andererseits Urinkontrollen pro Patient eher selten stattfinden.

Welche Benzodiazepine in der JVA konsumiert werden, konnte nur in Einzelfällen festgestellt werden, hier handelte es sich um Flunitrazepam (Rohypnol), das auch die führende Substanz bei den Benzodiazepinen vor der Inhaftierung war (vergl. 2.4) und Diazepam.

Überprüft man, bei welcher Methadon-Dosis ein unerlaubter Beikonsum erfolgt ist, ergibt sich das folgende Bild:

- 39,7% der positiven UKs mit unerlaubtem Beikonsum (N=63) entfielen auf Personen mit einer Methadon-Dosis unter 5 ml,
- 36,5% der positiven UKs auf Personen mit einer Methadon-Dosis zwischen 5 und 10 ml und
- 6,4% auf Personen mit einer Dosis von über 10 ml Methadon. Bei 17,6% der positiven UKs konnte die Höhe der Methadon-Dosis zum Zeitpunkt der Urinkontrolle nicht festgestellt werden (vergl. Abb. 27).
- Zum Vergleich:
- 15,6% der negativen UKs (N=145) entfielen auf Personen mit einer Methadon-Dosis unter 5 ml,
- 61,7% der negativen UKs auf Personen mit einer Methadon-Dosis zwischen 5 und 10 ml und
- 20,1% auf Personen mit einer Dosis von über 10 ml Methadon. Bei 2,6% der negativen UKs konnte die Höhe der Methadon-Dosis zum Zeitpunkt der Urinkontrolle nicht festgestellt werden.

Höhe der Dosierung ml	% der positiven UKs				
	Opiate	Kokain	Benzodia- zepine	kein Methadon	Alkohol
< 5	7,9	6,4	9,5	12,7	3,2
5-10	7,9	3,2	20,6	4,8	0
> 10	3,2	3,2	0	0	0
unbekannt	4,8	1,6	6,4	4,8	0

N=63

Abb. 27: Höhe der Methadon-Dosis zum Zeitpunkt der Urinkontrollen mit positivem Befund (außer ärztlich verordneten Benzodiazepinen, N=63)

Aus diesen Zahlen geht hervor, daß unerlaubter Beigebrauch eher bei einer niedrigeren Methadon-Dosis erfolgt. Besonders deutlich wird dies beim Nachweis des Benzodiazepinmißbrauchs, der insgesamt am häufigsten dokumentiert wurde, von dem aber nur Substituierte mit einer niedrigen bzw. mittleren Dosis betroffen zu sein schienen. Das gilt auch für Fehlverhalten hinsichtlich einer regelmäßigen Methadon-Einnahme, hiervon betroffen waren ausschließlich Substituierte mit einer Methadon-Dosis von bis zu 5 ml.

2.11 Ärztlich verordnete Medikamente

In der folgenden Darstellung werden nur ärztlich verordnete psychotrope Substanzen berücksichtigt, also Medikamente, die das Verhalten oder den Stimmungszustand durch Veränderungen der Hirnfunktionen beeinflussen.

Im Erhebungszeitraum zwischen 9/96 und 8/98 haben von den 102 substituierten Personen 75 Personen (73,5%) zusätzlich zum Methadon ein bis drei Medikamente mit psychotroper Wirkung verschrieben bekommen. Die Dauer der Verschreibung und die Menge der verordneten Medikamente konnte nicht bestimmt werden. Zu den Gründen der Verschreibung kann nur festgestellt werden, daß neben somatischen und psychischen Ursachen, vor allem Entzugserscheinungen abgemildert werden sollten (in 30 Fällen), bei 3 weiteren Personen wurde das Ausschleichen von Rohypnol medikamentös unterstützt.

	Anzahl der Personen	% (N = 75)	% der Verschreibungen insgesamt (N = 164)	% der Substituierten (N = 102)
Benzodiazepine				
Diazepam	65	86,7	39,6	63,7
Normoc	6	8,0	3,7	5,9
Flunitrazepam	2	2,7	1,2	2,0
Rivotril	1	1,3	0,6	1,0
insgesamt	74	98,7	45,1	72,6
Antidepressiva				
Aponal	40	53,3	24,4	39,2
Doxepin	1	1,3	0,6	1,0
Saroten	1	1,3	0,6	1,0
insgesamt	42	55,9	25,6	41,2
Antiepileptika				
Timonil	4	5,3	2,4	3,9
Tegretal	3	4,0	1,8	2,9
Sirtal	1	1,3	0,6	1,0
insgesamt	8	10,6	4,8	7,8
Neuroleptika				
Taxilan	2	2,7	1,2	2,0
Haldol	1	1,3	0,6	1,0
Atosil	1	1,3	0,6	1,0
insgesamt	4	5,3	2,4	4,0
Codein	3	4,0	1,8	2,9
insgesamt	131	174,5	79,7	128,5

Abb. 28: Überblick über ärztlich verordnete Medikamente für substituierte Gefangene von 9/96 bis 8/98

Abbildung 28 zeigt die im einzelnen verordneten Medikamente. Danach werden vor allem Benzodiazepine, d.h. Medikamente mit angstlösender Wirkung, die nach längerer Einnahme zu Abhängigkeitserscheinungen führen können, und Antidepressiva häufig verschrieben. 74 Personen (98,7%) haben Benzodiazepine verordnet bekommen, das sind 72,6% der Substituierten. Das am häufigsten verschriebene Benzodiazepin ist Diazepam (39,6% aller Verordnungen). Zusätzlich zu einem der aufgeführten Benzodiazepinen erhalten 42 Personen Antidepressiva, vor allem Aponal (40 Personen), das sind 41,2% der Substituierten. Antiepileptika, also krampflösende Medikamente (erhalten 7,8% der Substituierten) und Neuroleptika, Medikamente, die psychotische Zustände mildern und psychotische Patienten zugänglicher machen (erhalten 4% der Substituierten), spielen im Vergleich zu Benzodiazepinen und Antidepressiva eine eher untergeordnete Rolle).

Die häufige Verordnung psychotroper Substanzen verweist auf die instabile Situation vieler Substituierter, denen offensichtlich allein mit dem Ersatz von Opiaten durch Methadon nicht ausreichend geholfen ist. Hier muß man sich vergegenwärtigen, daß in vielen Fällen eine Politoxikomanie vorliegt (vergl. 1.4), also neben einer Heroinabhängigkeit in den meisten Fällen auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen besteht, auf die eine Methadon-Substitution keine Auswirkung hat. Während also 75 Personen (73,5%) zumindest vorübergehend zusätzlich zum Methadon psychotrope Substanzen benötigen, erhalten 20 Personen (19,6%) keine zusätzlichen Psychopharmaka. Bei weiteren 7 Personen (6,9%) ist über eine Zusatzmedikation aus somatischen oder psychischen Ursachen nichts bekannt. Da diese 7 Personen aber mit sechs positiven Urinkontrollen auf Opiate, Kokain und Benzodiazepine in Verbindung gebracht werden müssen, könnte vermutet werden, daß diese Personen außer zur täglichen Methadonabgabe kaum Kontakt zu den substituierenden Ärzten haben und der fortgesetzte Drogenkonsum Ausdruck einer Selbstmedikation ist.

Beim Vergleich der Patientengruppe, die zusätzlich psychotrope Medikamente erhalten, mit der Gruppe, die keine zusätzlichen Medikamente verordnet bekommt, haben sich leichte Abweichungen hinsichtlich des Gesundheitsstatus und der Methadon-Dosierung ergeben. Die Personen ohne Zusatzmedikation weisen weniger Infektionen an Hepatitis B (21,4% im Vergleich zu 59,5% aller Substituierten) und Hepatitis C (64,3% im Vergleich zu 77,2%) sowie HIV (7,1% im Vergleich zu 21,5%) auf. Der Anteil an vorhandenen Hepatitis A-Infektionen ist gleich. Die Methadon-Dosierung liegt mit durchschnittlich

6 ml geringfügig unter der durchschnittlichen Dosis aller Substituierten (6,3 ml, vergl. 1.8). Diese Ergebnisse sind allerdings mit einiger Vorsicht zu interpretieren, da ein direkter Vergleich beider Patientengruppen aufgrund der unterschiedlichen Fallzahl schwierig ist. Außerdem kann nicht der Schluß gezogen werden, daß Patienten, die keine Psychopharmaka verordnet bekommen, tatsächlich auch keine Benzodiazepine gebrauchen. Die Urinkontrollen weisen, wenn auch unzureichend, das Gegenteil nach (vergl. 2.10).

2.12 Psychosoziale Begleitung

Sowohl die NUB-Richtlinien als auch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BTMVV 1/98) fordern eine die Substitution begleitende psychosoziale Betreuung, auf deren Durchführung der Arzt hinzuwirken hat (§ 5 Abs. 2). In den Gefängnissen des Landes Bremen erfolgen die psychosozialen Begleitangebote entweder durch psychotherapeutische Einzelarbeit oder Gruppenarbeit mit Selbsterfahrungsanteilen. Zu den psychosozialen Hilfen gehört auch die Einzelbetreuung durch den Ansprechpartner im Vollzug und eine intensive Entlassungsvorbereitung. Da mit der Substitution erreicht werden soll, daß die Betroffenen sich ohne Suchtdruck und ohne Entzugserscheinungen in den vollzuglichen Alltag eingliedern können, bestehen die Themen der Begleitangebote vor allem in der Krisenintervention, in der Unterstützung des Selbstmanagements und der Neuorientierung. Die Ziele sind dabei:

- süchtiges Verhalten zu erkennen, Drogengebrauch zu überschauen und zu verändern,
- Hygiene und Ernährung zu stabilisieren,
- Finanzen zu regeln,
- Straftaten zu vermeiden,
- Obdachlosigkeit zu verhindern,
- Freizeit sinnvoll zu gestalten,
- in Krisensituationen zu beraten,
- eine methadonfreie Lebensperspektive zu entwickeln.

Neben den internen Angeboten, besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an externen Betreuungsangeboten. In dem bei Substitutionsbeginn abzuschließenden Behandlungsvertrag zwischen dem ärztlichen Dienst der JVA und dem/der PatientIn ist ein Ansprechpartner für die psychosoziale Begleitung zu benennen.

Die Frage, ob substituierte Gefangene an psychosozialen Angeboten teilnehmen, konnte nur in wenigen Fällen der Gesundheitsakte entnommen werden. Mögliche Erklärungen für die Nichtdokumentation wären entweder ein unzureichendes Angebot interner Begleitangebote, unzureichende Möglichkeiten zur Teilnahme an externen Angeboten, oder aber, daß die Zuständigkeit für die Teilnahme an psychosozialen Begleitmaßnahmen vom ärztlichen Dienst an den Patienten selbst und den Justizvollzug, als allgemein für die Resozialisierung zuständige Institution, abgegeben wird, so daß eine entsprechende Dokumentation von seiten der Ärzte für nicht erforderlich gehalten wird. Um überhaupt feststellen zu können, in welchem Umfang psychosoziale Angebote wahrgenommen wurden, wurden entsprechende Informationen durch die zuständigen Psychologen, die dem ärztlichen Dienst zugeordnet sind, hinzugezogen. Für die Teilanstalt Blockland (Frauen und Jugendliche) war es bis auf einen Fall nicht möglich, Aussagen zur Inanspruchnahme begleitender Hilfen zu machen.

Von den am 31.8.1998 Substituierten (ohne methadongestützten Entzug, N=100) nahmen 43% ein psychosoziales Begleitangebot in Anspruch, bei 57% konnte nicht festgestellt werden, ob sie psychosozial betreut wurden (vergl. Abb. 29).

	Anzahl der Nennungen	% der Nennungen	% der Fälle
interne psychologische Betreuung (Einzelgespräche)	39	76,5	90,7
interne Gruppe	2	3,9	4,7
Angeb. d. Sozialdienst, intern	3	5,9	7,0
externe Angebote	7	13,7	16,3
insgesamt	51	100,0	118,7

N = 43

keine Angabe = 57

Abb. 29: Teilnahme an Angeboten psychosozialer Begleitung

Von den Personen, die psychosoziale Begleitangebote in Anspruch genommen haben, nahmen, bis auf zwei Personen, die ausschließlich externe Gruppen besucht haben, alle Personen zunächst interne Gesprächsangebote in Anspruch, bevor 5 von ihnen zusätzlich an externen Angeboten teilnahmen. In 90,7% der Fälle, in denen eine Teilnahme an psychosozialen Begleitmaßnahmen dokumentiert wurde, fanden Einzelgespräche durch Psychologen statt, in

4,7% der Fälle eine Teilnahme an einer internen Gruppe, in 7% der Fälle fanden Gespräche mit Mitarbeitern der Sozialdienste statt und in 16,3% der Fälle wurden externe Gruppen besucht.

11 Personen (25,6%) nutzten begleitende Angebote über einen längeren Zeitraum regelmäßig, 26 Personen (60,5%) nutzten die Angebote unregelmäßig, je nach Bedarf und mit sehr langen Abständen, so daß nicht von einer die Substitution begleitende Maßnahme gesprochen werden kann. Bei 6 Personen (14,0%) ist unbekannt, ob oder wie häufig Angebote wahrgenommen wurden.

2.13 Beendigung der Substitution

Von den zum Stichtag 31.8.1998 in der JVA Bremen substituierten Personen haben bis zum Ende des Jahres 1998 45 Personen (44,1%) die Behandlung beendet, bei 57 Personen (55,9%) ist die Substitution fortgesetzt worden. Die Gründe für die Beendigung der Substitution in der JVA sind in Abb. 30 dargestellt.

	Anzahl der Personen	%
entlassen zum niedergelassenen Arzt	14	31,1
entl. in öffentliches Methadonprogramm	1	2,2
Verlegung in andere JVA	4	8,9
aus eigenem Entschluß (geordnet)	12	26,7
selbst plötzlich beendet (ungeordnet)	3	6,7
aus disziplinarischen Gründen	3	6,7
methadongestützter Entzug (MGE) beendet	3	6,7
sonstiges	5	11,1
insgesamt	45	100,0

N = 45

Fortsetzung der Behandlung bei 57 Personen

Abb. 30: Gründe für die Beendigung der Substitution in der JVA

15 Personen (33,3%) wurden aus der Haft entlassen und setzen ihre Methadonbehandlung bei einem niedergelassenen Arzt (31,1 %) oder in einem öffentlichen Methadonprogramm (2,2%) fort. 4 Personen (8,9%) wurden in eine andere Strafvollzugsanstalt verlegt. Ein relativ hoher Anteil, nämlich 12 Personen (26,7%), hat die Behandlung aus eigenem Entschluß, geordnet und mit Absprache der Ärzte, beendet. Der plötzliche Behandlungsabbruch aus eigenem Entschluß erfolgte in 3 Fällen (6,7%), in denen die Personen nicht mehr

zur Methadonvergabe erschienen oder sich auf der Flucht befanden. Aus disziplinarischen Gründen (Beigebrauch) wurden 3 Behandlungen (6,7%) beendet. In der Kategorie „sonstiges“ befinden sich 4 Fälle, deren Gründe für die Beendigung nicht angegeben werden konnten, eine weitere Person wurde aus der Haft entlassen und übergangsweise, bis ein weiterbehandelnder externer Arzt gefunden ist, durch die JVA Bremen weitersubstituiert.

2.14 Zusammenfassung

Die Analyse der Gesundheitsakten hat Zahlenmaterial zum Substitutionsgeschehen in der JVA Bremen ergeben, das trotz methodischer Unzulänglichkeiten geeignet ist, ein vorläufiges Bild über substituierte Gefangene und die Substitutionsbedingungen innerhalb der Anstalt abzugeben. Die Gruppe der Substituierten ist nicht homogen, sondern unterscheidet sich deutlich hinsichtlich ihres Alters, der Dauer ihrer Drogenabhängigkeit und der Hafterfahrung. In die Substitutionsbehandlung werden sowohl junge Gefangene aufgenommen (8,8% waren bis zu 24 Jahre alt), die erstmalig in Haft sind (13,3%) und erst am Beginn ihrer Drogenkarriere stehen (13,1% waren max. 2 Jahre abhängig), als auch Personen (9,8% waren 40 Jahre und älter), deren Drogenkarriere weit fortgeschritten ist (26,2% sind über 10 Jahre drogenabhängig) und die eine Vielzahl von Haftaufenthalten aufweisen (18,5% waren sechsmal und öfter inhaftiert).

Die Substituierten (66,3%) haben überwiegend kürzere Haftstrafen von bis zu 12 Monaten. Allerdings befinden sich auch Menschen in der Substitution, die seit mehreren Jahren durchgehend inhaftiert sind (7,0%), sowie Menschen, die erst in ihrer Haftzeit mit dem Drogenkonsum begonnen haben (1 Person). Laut Aktenauskunft werden 39,6% der substituierten Gefangenen als politixikoman bezeichnet, dieser Anteil dürfte allerdings höher liegen, da nur 4,9% dieser Personen vor ihrer Inhaftierung ausschließlich *eine* Droge konsumierten, die übrigen Personen durchschnittlich 3,2 Substanzen gebrauchten. Die Regelmäßigkeit des jeweiligen Drogenkonsums und die Mengen werden in den medizinischen Unterlagen nicht dokumentiert. Auffällig ist auch, daß bei 6,6% der Personen vor der Inhaftierung *kein* Heroin konsumiert wurde, sondern Kokain in Verbindung mit Benzodiazepinen und /oder Alkohol. Warum diese Personen mit Methadon, einer Substanz, die eigentlich als Ersatz für intravenös konsumiertes Heroin verabreicht wird, behandelt werden, läßt sich nach den Informationen aus den Akten nicht klären.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren die Infektionskrankheiten Hepatitis und HIV unter den substituierten Gefangenen weit verbreitet. 77,2% hatten Hepatitis C und mindestens 21,5% der Personen waren HIV-positiv.

Etwa ebenso viele Personen (40,8%) haben nach ihrer Inhaftierung die beim niedergelassenen Arzt begonnene Substitution fortgesetzt wie in der JVA neu auf Methadon eingestellt wurden (38,8%). In geringerem Umfang kommen bereits substituierte Personen aus anderen Justizvollzugsanstalten oder öffentlichen Methadon-Programmen. Die Neueinstellung auf Methadon erfolgt mit einer geringen Dosis von durchschnittlich 3,2 ml Methadon. Zum Ende des Erhebungszeitraums zeigen sich hinsichtlich der durchschnittlichen Methadon-Dosis Unterschiede zwischen der Gruppe von schon vor der Haft substituierten Personen und der Gruppe, die erst in der Haft mit einer Substitution begonnen hat. Bei den bereits substituiert gekommenen Personen liegt die durchschnittliche Dosis mit 5,2 ml Methadon niedriger, als bei den neu eingestellten Personen, deren durchschnittliche Dosis 6,3 ml beträgt. Die Werte für die Frauen liegen mit 6,6% deutlich höher.

Die Substitutionsverläufe in der JVA zeigen häufige Behandlungsunterbrechungen, die vor allem durch Beigebruch, Antritt einer Therapie und Haftentlassungen verursacht werden. Auch der Versuch einer langsamen Dosisreduktion schlägt in vielen Fällen fehl und endet damit, daß zur ursprünglich höheren Dosis zurückgekehrt wird. Andererseits drücken diese Versuche auch das Bemühen um möglichst geringe Dosierungen aus, wobei ungeklärt bleiben muß, wie häufig der Wunsch nach einer geringeren Dosis von den Ärzten oder von den jeweiligen Substituierten ausgeht.

Die instabilen und häufig unterbrochenen Behandlungsverläufe vermitteln nicht den Eindruck, daß die Ziele der Substitution, nämlich Minderung des Drogenkonsums und des Infektionsrisikos, tatsächlich erreicht werden, da jede Unterbrechung der Substitution einen Rückfall in den illegalen Drogenkonsum, verbunden mit den Problemen der Drogenbeschaffung und des in Haft besonders risikobehafteten Drogenkonsums, bedeutet. Das zeigen die häufigen Wiederaufnahmen in die Substitutionsbehandlung zu einem späteren Zeitpunkt.

Urinkontrollen (UK) zeigen nur ansatzweise den tatsächlichen Umfang des Beigebruchs, da sie nur in geringem Umfang durchgeführt werden. Bei einer durchschnittlichen Substitutionsdauer in der JVA pro PatientIn (ohne methadongestützte Entzüge) von 9,0 Monaten beträgt die Anzahl der Urinkontrollen pro Person 4,2. Sowohl Urinkontrollen als auch ärztliche Beobachtungen

zeigen, daß Beigebrauch von Opiaten und Kokain in Haft stattfindet, vor allem werden aber Benzodiazepine konsumiert. 35,4 % der Substituierten wurde per UK unerlaubter Benzodiazepinkonsum nachgewiesen. Welche Substanz bevorzugt konsumiert wurde, ließ sich nur in Einzelfällen klären, es handelte sich hier um Rohypnol, das von vielen Drogenabhängigen „draußen“ gebrauchte Benzodiazepin und um Diazepam, das vor allem häufig in der JVA Bremen verschrieben wird. 63,7% der inhaftierten Substituierten erhalten auf ärztliche Anordnung zumindest vorübergehend Diazepam.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß den meisten Substituierten, nämlich 73,5 %, im Erhebungszeitraum psychotrope Substanzen zusätzlich zum Methadon verordnet wurden. Inwieweit mit einer solchen Verschreibung die vorhandene Politoxikomanie behandelt oder der Beigebrauch eingeschränkt werden soll, läßt sich nicht beantworten.

Die Substitutionsbehandlung in der JVA wird ergänzt durch psychosoziale begleitende Angebote. Angaben über die Teilnahme an solchen Angeboten werden nicht in den Gesundheitsakten dokumentiert, so daß während der Datenerhebung der Eindruck entstand, das Thema „psychosoziale Begleitung“ wird in den Arzt-Patienten-Kontakten ausgeklammert und spielt für die Durchführung der Substitution keine Rolle. Insgesamt konnten nur Angaben zu 43% der substituierten Gefangenen gemacht werden, die entweder an psychologischen Einzelgesprächen (90,7%), JVA-internen Gruppen (4,7%) oder sonstigen internen Angeboten (7,0) und/oder an Angeboten externer Träger (vor allem bei der Straffälligenhilfe) teilgenommen hatten. Von diesen Personen nutzten 11 Personen (25,6%) die begleitenden Angebote regelmäßig. 26 Personen (60,5%) nutzten Angebote nur sporadisch, bei Bedarf oder einmalig.

Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß in der Inanspruchnahme psychosozialer Begleitung eine gewisse Beliebigkeit besteht, es bleibt dem Engagement der Gefangenen überlassen, inwieweit sie diese Angebote in Anspruch nehmen wollen.

Im Erhebungszeitraum haben 45 Personen die Behandlung beendet. 33,3% wurden substituiert entlassen, 26,7% haben die Substitutionsbehandlung in der Haft geordnet und aus eigenem Entschluß beendet, bei jeweils 6,7% der Personen wurde die Behandlung abgebrochen, entweder weil die Substituierten von sich aus nicht mehr zur Methadon-Vergabe erschienen sind oder aus disziplinarischen Gründen, vor allem wegen Beigebrauch.

Trotz der problematischen Datenlage sind Diskrepanzen zwischen Anspruch der Substitutionsbehandlung und der Realität, insbesondere im Hinblick auf die Bedeutung, die dem psychosozialen Anteil der Behandlung beigemessen wird, deutlich geworden.

3 Substitution im Strafvollzug aus Expertensicht

Nachdem im vorangegangenen Kapitel einige Daten zum Substitutionsgeschehen im Bremer Strafvollzug dargestellt wurden, sollen nun die institutionellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich die Substitution im Strafvollzug vollzieht, untersucht werden, da nicht nur die Gefangenen der Institution „Strafvollzug“ den vielfältigen Einschränkungen unterworfen sind, sondern auch die Arbeit der an der Durchführung der Substitution beteiligten Experten sowie der Bediensteten davon bestimmt wird. Eine Substitutionsbehandlung im Strafvollzug ist nicht, wie es in Freiheit denkbar wäre, ausschließlich eine Sache zwischen behandelnden Arzt und Patient oder Psychologen/Sozialarbeiter und Patient, sondern alle Beteiligten sind, mehr oder weniger, den Regeln des Vollzuges unterworfen und haben sich daran zu orientieren.

3.1 Methodisches Vorgehen

Die vollzugsspezifischen Bedingungen der Substitutionsbehandlung und ihre Auswirkungen waren Gegenstand der zwischen Juli und November 1998 geführten Experten-Interviews. Als ExpertInnen wurden Personen definiert (vergl. Meuser/Nagel 1991), die in besonderer Weise über Informationen und Erfahrung mit Substituierten verfügen, für die Durchführung der Substitution Verantwortung tragen oder aber als RepräsentantInnen der Institution Strafvollzug anstaltliche Entscheidungen gegenüber den Gefangenen vertreten, die gegebenenfalls Auswirkungen auf den Weiterverlauf der Substitution haben.

Ziel der Interviews war es, die unterschiedlichen Sichtweisen der Fachleute zur Substitution unter Vollzugsbedingungen darzustellen, nämlich die:

- drogenpolitische, justizielle und vollzugspraktische Sichtweise (ein Interview mit einer Person der Anstaltsleitung und zwei Interviews mit jeweils zwei Bediensteten),
- medizinische Sichtweise (zwei Interviews mit Ärzten),
- psychosoziale Sichtweise (drei Interviews mit Psychologen/Sozialarbeiterin).

Die ein- bis zweistündigen Interviews dienten der Informationsgewinnung zu berufsspezifischen Erfahrungen mit der Substitution und orientierten sich an Leitfäden. Themenschwerpunkte waren:

- Gründe für die Einführung der Substitutionsbehandlung, Ziele und Veränderung der Zielsetzung im Laufe der Jahre
- Einbezug der verschiedenen Personengruppen in die Vorbereitung/Durchführung der Substitution, Herstellung von Akzeptanz
- Verhältnis Medizinischer Dienst und Anstalt
- erforderliche Maßnahmen für die Integration der Substitution in den vollzuglichen Alltag
- bestehende Regeln zur Substitutionsbehandlung, Kontrolle und Sanktionen
- konkreter Ablauf der Substitution (Antragsstellung, Einstellungsphase, tägliche Ausgabe)
- anstaltsinterne begleitende Angebote/Hilfen
- Informationsaustausch
- positive Folgen der Substitution
- bestehende Probleme und der Umgang mit diesen Problemen
- Veränderungsbedarf
- bestehende Maßnahmen für die Entlassung substituierter Gefangener.

Der Umgang mit dem Interviewleitfaden erfolgte flexibel, d.h. nicht die starre Strukturierung des Gesprächsablaufs stand im Vordergrund, sondern der Leitfaden diente als mögliche Orientierungshilfe für Themen und Fragestellungen, auf die im weiteren Verlauf eingegangen werden konnte, falls die Teilnehmer diese Themen nicht von sich aus ansprachen. Meist folgte das Gespräch einer eigenen Logik, die den Einsatz des Leitfadens nicht erforderlich machte. Die Interviews wurden in der Regel per Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Zustimmung für die Aufzeichnung eines Interviews wurde in einem Fall nicht erteilt, so daß hier das Gespräch protokolliert wurde. Die Auswertung erfolgte analog zu den in den Interviews angesprochenen Themen, dabei werden Aussagen zitiert, die besonders geeignet sind, die spezifische Sichtweise der beteiligten Experten darzustellen. In den Zitaten wurden grobe Satzbaufehler korrigiert und Füllwörter entfernt um eine bessere Lesbarkeit zu erreichen. Die verschiedenen Sichtweisen – vollzugliche, medizinische und psychosoziale – zum Thema Substitution im Strafvollzug werden im Folgenden dargestellt.

3.2 Substitution aus der Sicht des Vollzuges

Die vollzugliche Perspektive ergibt sich aus der Funktion der Gefängnisse, Menschen mit normabweichendem Verhalten aus der Gesellschaft auszugrenzen und innerhalb dieser totalen Institution mit weitreichenden Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen normkonformes Verhalten durchzusetzen. Das Vollzugsziel, die Gefangenen auf ein Leben ohne Straftaten, also auch auf ein Leben ohne illegale Drogen, vorzubereiten, ist mit der steigenden Anzahl drogenabhängiger Menschen in Haft für einen immer größer werdenden Teil der Gefangenen nicht erreichbar. Schon Anfang der achtziger Jahre wurde festgestellt, daß mehr Drogenabhängige in Haft, als in Therapieeinrichtungen untergebracht sind (Coigneraï-Weber/Hege 1981). Der in Haft fortgesetzte Drogenkonsum bedeutet die Mißachtung des bestehenden staatlichen Drogenverbots mit der Folge, daß auch in der Gefängniswelt ein illegaler Drogenmarkt entsteht. Damit dreht sich der Vollzugsalltag für diese Gefangenen ausschließlich um die Beschaffung von Drogen, es entstehen Händlerhierarchien und Abhängigkeitsverhältnisse infolge von Finanzierungsproblemen und Schulden. Der Drogenkonsum in Haft ist durch die schlechtere Stoffqualität und erschwerte Konsumbedingungen mit erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden. Auf die Drogenproblematik wird von seiten des Vollzuges vor allem mit Maßnahmen reagiert, die zur Reduktion des Drogenabgebots und des -konsums führen sollen.

3.2.1 Erfahrungen der Anstaltsleitung

1. Repressive Maßnahmen zur Verringerung des Drogenproblems

Auch im Bremer Strafvollzug wurde die geschilderte Entwicklung beobachtet, die mit einer zunehmenden Verelendung der drogenabhängigen Gefangenen einhergeht, auch hier wurde zunächst ausschließlich mit repressiven Mitteln des Vollzuges versucht, das Drogenproblem zu unterbinden.

„Wir haben versucht gegenzusteuern, Restriktionen zu ergreifen. Das hat als Steuerungsinstrument nicht ausgereicht. Selbst die Straffälligkeit nimmt der Insasse gegebenenfalls in Kauf, wenn er, aus welchen Gründen auch immer, in die Suchtmittelabhängigkeit hineingekommen ist. Und der Vollzug ist im Prinzip damit überfordert, diesen suchtkranken Menschen mit den Mitteln des Vollzuges zu helfen, mit Restriktionen, mit den Disziplinarmöglichkeiten des Vollzuges oder mit Lockerungsentscheidungen. Jemand der suchtmittelabhängig ist, bekam diese Lockerungen (Ausgang nach § 11 oder Urlaub nach

§ 13 Strafvollzugsgesetz) nicht, weil wir von einer hochgradigen Mißbrauchsgefahr ausgehen mußten.“ (2:10-19)

Drogenabhängige Gefangene werden von Lockerungsentscheidungen, die der sozialen Reintegration der Gefangenen dienen sollen, weitgehend ausgeschlossen. Daneben sind sie in besonderem Maße der Beobachtung und Kontrolle durch die Bediensteten ausgesetzt. Zu den Kontrollmaßnahmen gehören auch Urinkontrollen zum Nachweis von Drogen.

„Früher hatten wir ein komplettes Screening erhoben. Wir haben später dann, in den achtziger Jahren, ganz bewußt darauf verzichtet, Urinkontrollen auf Cannabinole vorzunehmen, Wir hatten damals die Beobachtung gemacht, daß dadurch, daß wir Cannabinole über einen längeren Zeitraum nach Genuß nachweisen konnten, die Insassen dann doch eher dazu übergegangen sind, Heroin zu konsumieren, und da wollten wir auf jeden Fall gegenhalten, weil wir uns gesagt hatten, Heroingebrauch ist wesentlich schlimmer, als das Rauchen von Haschisch, wobei aus Sicht des Vollzuges klar war, es sind immer Substanzen, die unter das BTMG fallen, es sind von daher, unabhängig von Ordnungskriterien, die der Vollzug als solche hat, schlicht und ergreifend auch Straftatsbestände, wenn Insassen sich diese Substanzen verschaffen.

Unter Ordnungsgesichtspunkten ist es so, wir wollen hier, daß die Leute suchtmittelfrei leben, insofern herrscht auch das Verbot, hier Alkohol zu trinken, wobei Alkohol eben eine legale Droge innerhalb unserer Gesellschaft ist. Wir haben dann auf die Urinkontrollen auf Cannabinole verzichtet in der Erwartung, daß der suchtmittelabhängige Insasse eher die leichtere Droge Haschisch konsumiert. ... Keine Anstalt, kein Gefängnis ist drogenfrei. Zu diesen Erkenntnissen sind wir dann auch gekommen.“ (1:30-2:7)

Anders als in anderen bundesdeutschen Strafanstalten wurde in Bremen relativ frühzeitig erkannt, daß mit vollzuglichen, repressiven Mitteln das zunehmende Drogenproblem innerhalb der Anstalt nicht zu lösen war. Im Gegenteil, am Beispiel der Urinkontrollen wurde beobachtet, daß unerwünschte Verhaltensweisen entstanden oder verstärkt wurden, mit denen drogenkonsumierende Gefangene versuchten, Sanktionen zu entgehen. Die Urinkontrollen verstärkten unbeabsichtigt den Heroinkonsum, weil Cannabis wesentlich länger im Urin nachweisbar ist, als Heroin.

Interessant ist, daß in der Justizvollzugsanstalt eine interne Abwägung zur Gefährlichkeit der Drogen stattfand, an deren Ende die Tolerierung einer

Droge – Cannabis – trotz des Widerspruchs zum bestehenden Drogenverbot stand. Der Verzicht, Urinkontrollen auf Cannabis durchzuführen, war mit der Hoffnung verbunden, die Art des Drogenkonsums innerhalb der Anstalt beeinflussen zu können, so daß eine Kontrollmaßnahme, die ursprünglich ausschließlich der Durchsetzung des Drogenverbots diene, nun auch die Funktion der Steuerung des Drogenkonsums bekam.

2. Vermittlung in Langzeittherapien

Neben der Erfahrung der Unzulänglichkeit von repressiven Maßnahmen, führten auch Vermittlungen von drogenabhängigen Gefangenen in Langzeittherapieeinrichtungen nicht zum gewünschten Erfolg.

„Wir hatten damals auch die Erfahrung gemacht, daß die Therapien nicht erfolgreich waren, weil die Restriktionen damals in den Therapieeinrichtungen wesentlich höher waren, als im Vollzug. Ich erinnere mich noch, in den achtziger Jahren, ist jemand bei der DROBS rausgeflogen, Hohehorst, weil er irgendwo im Außen-Arbeitseinsatz in dem Waldgelände mit ner Dose Bier angetroffen worden ist, wo der Vollzug mit Sicherheit gesagt hätte: ‚Na gut, darfst du nich‘ und das wärs dann gewesen. ... Und auch aus dieser Erfahrung heraus, daß also viele, die die Entscheidung nach § 35 BTMG erhalten hatten, nach Therapieabbrüchen doch wiederkamen, teilweise auch wieder mit neuen Straftaten aufgrund von Beschaffungskriminalität, das führte uns vor Augen, daß irgendetwas anderes her mußte.“ (3:6-19)

3. Ziele des Vollzuges bei Einführung der Substitution

Die Methadon-Diskussion der achtziger Jahre und die ersten Erfahrungen mit Methadon-Programmen, die zeigten, daß es möglich war mit Hilfe der Substitution ein „normal-bürgerliches“ Leben zu führen, wurden auch im Justizvollzug verfolgt:

„... und da es ganz klar als medizinische Maßnahme deklariert worden war und ja letztendlich auch ist, nur der Arzt kann unter den entsprechenden Kriterien die Ersatzstoffe verabreichen bzw. verordnen, haben wir uns darauf eingelassen, in der Erkenntnis, wir haben nichts Besseres.“ (2:35-38)

Die Einführung der Substitution im Bremer Strafvollzug erfolgte in Verantwortung des leitenden Anstaltsarztes und in Diskussion mit der Anstaltsleitung sowie der senatorischen Dienststelle und sollte, als medizinische Behandlung, dazu beitragen, die bestehende Drogenproblematik im Vollzug zu bewälti-

gen. Das Vollzugsziel der Suchtmittelfreiheit wird nicht aufgegeben, vorrangig ist aber die Durchsetzung des Legalverhaltens der Drogenabhängigen, auch wenn die Anstalt dabei in Kauf nehmen muß, daß die medizinische Behandlung der Abhängigkeit in diesem Fall mit Hilfe einer ebenfalls sucht-erzeugenden – und damit für den Vollzug eigentlich nicht tolerierbaren – Substanz erfolgt.

„Seitens der Anstalt ist es natürlich schon so ein Problem, einerseits, vom Verständnis des Vollzuges, gegen Suchtmittelabhängigkeiten gegensteuern zu wollen, und auf der andern Seite wahrnehmen zu müssen, daß unter medizinischen Behandlungsaspekten eine Sucht medizinisch durch Verabreichung einer entsprechenden Substanz behandelt wird. Aber es war dann schon für uns klar, daß unser Ziel, die Entkriminalisierung der Insassen wichtig ist, der Insasse, der also nach wie vor hinter der Droge her ist, die er sich illegal beschaffen muß, hat normalerweise nicht die entsprechende finanzielle Ausstattung, denn illegale Drogen kosten natürlich mehr als legale Drogen, und – abgesehen vom Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz wenn man sich die Droge verschafft – ist die Wahrscheinlichkeit, Straftaten zu begehen, Stichwort Beschaffungskriminalität, natürlich nahe und von daher war davon auszugehen, daß der Insasse, der es also nicht schafft seine Suchtmittelabhängigkeit aufzuarbeiten, halt Gefahr läuft, entsprechend wieder straffällig zu werden und im Falle von Entlassung wieder zu kommen.“ (2:39-3:5)

4. Verhältnis Medizinischer Dienst/Vollzugsanstalt

Eine Substitutionsbehandlung im Strafvollzug findet unter anderen Rahmenbedingungen statt als in Freiheit. Zwar sind die Kriterien, nach denen substituiert wird weitgehend angeglichen, um den Übergang von „drinnen“ nach „draußen“ und umgekehrt zu ermöglichen. Im Unterschied zu Behandlungen beim niedergelassenen Arzt, sind die Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten für Gefangene im Vollzug stark eingeschränkt. Eine freie Arztwahl ist nicht möglich. Es gibt die organisatorische Trennung zwischen dem Ärztlichen Dienst und der Vollzugsanstalt, da andererseits aber der Ärztliche Dienst Teil der Anstalt ist und der Vollzug weitgehend den Alltag der Gefangenen bestimmt und regelt, sind das Verhältnis Ärztlicher Dienst/Anstalt und die möglichen Auswirkungen auf die Substitution näher zu untersuchen.

„Die organisatorische Trennung zwischen Medizinischer Dienst, ärztliche Schweigepflicht, und Vollzugsdienst war immer gegeben. Für notwendig erachtete Maßnahmen des Medizinischen Dienstes konnte sich der Vollzug nie ver-

weigern. Wenn jemand z.B. ins Krankenhaus muß, dann kann der Vollzug nicht nein sagen, sondern ist gezwungen, das notwendige vollzugliche Beiwerk, Bewachung bei anzunehmender Fluchtgefahr oder wie auch immer, sicherzustellen. Wobei sicherlich die eine oder andere ärztliche Maßnahme, die mit enormen personellem und organisatorischem Aufwand verbunden ist, seitens des Vollzugsdienstes immer kritisiert wird: Muß denn das sein?“ (1:2-10)

Die strikte Trennung von Ärztlichem Dienst und Vollzugsanstalt aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht wird ernstgenommen, ärztliche Entscheidungen wirken sich gegebenenfalls aber auch auf vollzugliches Handeln aus, wenn der Vollzug entsprechende Empfehlungen umzusetzen hat (z.B. bei Krankenhausaufenthalten oder notwendigen Einzeltransporten).

Für die Substitution ist ausschließlich der Ärztliche Dienst verantwortlich, der Vollzug hat bei der Einführung der Substitution keine Aufgaben übernommen. Das Ansprechpartnersystem, nach dem der Beamte der direkte Ansprechpartner für die/den Inhaftierte/n ist, ist eher eine allgemeine Aufgabe des Vollzuges. In Ansprechpartnerschulungen wurde nur wenig auf die neue Substitutionsbehandlung und die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst eingegangen. Ebenso wie bei einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt, wurde die Einstellung auf Methadon ambulant durchgeführt, d.h. der/die PatientIn erhielt täglich Methadon durch den Medizinischen Dienst und wurde dann wieder auf die jeweilige Wohngruppe entlassen. Ein Todesfall während der Einstellungsphase führte zu einer Veränderung dieser Praxis.

„Wir hatten natürlich unsere Erfahrung gehabt, was geschieht während der Einstellungsphase, inwieweit besteht da noch die Gefahr, daß der Insasse Beigebrauch zeigt. Es waren einige Hinweise, daß z.B. ein Insasse verstorben ist, der während der Substitutionseinstellungsphase Beigebrauch betrieben hat. Der war damals hier auf der Wohngruppe eingestellt worden, und da hatten wir damals gesagt, das soll dann wirklich eng seitens des Medizinischen Dienstes beobachtet werden. Also, wenn der Ärztliche Dienst entscheidet, daß die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind und jemand im Substitutionsprogramm aufgenommen werden soll, daß die Einstellungsphase eine Woche bis zehn Tage auf jeden Fall in der Abteilung für kranke Gefangene, im Lazarett sagt man hier immer noch, unter Aufsicht und unter Isolation vorgenommen werden soll.“ (4:11-20)

Die Einstellung auf Methadon wurde als eine kritische Phase erkannt, die einer genauen ärztlichen Kontrolle bedarf. Da der Vollzug die Überwachung einer medizinischen Behandlung nicht leisten kann, gleichzeitig aber für die Gefangenen verantwortlich ist, wurde der Verantwortungsbereich des Medizinischen Dienstes neu definiert. Danach gehört nicht nur die Versorgung mit Methadon, sondern auch eine entsprechende Beobachtung durch den Medizinischen Dienst zumindest in der Einstellungsphase zur ärztlichen Verantwortung. Der klaren Abgrenzung zwischen Medizinischen Dienst und Vollzug dienen auch die Urinkontrollen, die jeder in eigener Zuständigkeit durchführt. Wenn also der Vollzug Drogenkonsum vermutet, können Urinkontrollen durchgeführt werden mit entsprechenden vollzuglichen Disziplinarmaßnahmen, während der medizinische Dienst Urinkontrollen vornimmt, um den gleichzeitigen Gebrauch anderer Drogen festzustellen und sich selbst abzusichern. Die Ergebnisse der Urinkontrollen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an den Vollzug weitergegeben.

5. Vollzugliche Entscheidungen infolge der Substitution (Lockerungen)

Neben dem Bemühen, die Substitution in der vollen Verantwortung seitens des Medizinischen Dienstes durchzuführen, gibt es doch Bereiche, in denen vollzugliches Handeln Einfluß auf Substitutionsbehandlungen nimmt. Dies trifft insbesondere für Lockerungsentscheidungen zu, die für die Möglichkeit der Inanspruchnahme von externen psychosozialen Angeboten eine Rolle spielen. Psychosoziale Begleitung ist Teil der Substitutionsbehandlung, substituierende Ärzte haben auf die Teilnahme an entsprechenden Angeboten hinzuwirken. Während die psychosoziale Begleitung anfangs ebenfalls vom Medizinischen Dienst angeboten wurde, ging man aufgrund begrenzter Kapazitäten schnell dazu über, Gefangenen die Teilnahme an externen Angeboten unter bestimmten Bedingungen zu ermöglichen. Um an externen psychosozialen Angeboten teilnehmen zu können, müssen Gefangene, die noch nicht lockerungsberechtigt sind, Lockerungen beantragen, die erlauben, die Strafanstalt für diesen Zweck zu verlassen. Die Gewährung von Lockerungen ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich:

„Wenn wir also feststellen, daß durch die Substitutionsbehandlung der Gefangene erst einmal keine sonstigen negativen Auffälligkeiten hat, kann man erst einmal davon ausgehen, daß die Substitutionsbehandlung gegriffen hat, daß die Mißbrauchsgefahr weniger hoch anzusehen ist, sich Drogen zu beschaffen und neue Straftaten zu begehen.“ (5:15-19)

Neben der Beobachtung, daß der/die Substituierte unauffällig, also ohne feststellbaren Drogenkonsum und sonstige Verhaltensauffälligkeiten im Vollzug bleibt, ist eine weitere Voraussetzung für die Gewährung von Lockerungen, daß keine Abhängigkeitsverhältnisse zu anderen drogenabhängigen Gefangenen bestehen.

„Jeder Insasse, der hier nach draußen geht, kommt von den andern, die nicht nach draußen gehn unter Druck, Sachen mitreinzubringen, denn es gibt hier doch eine ganze Reihe, ich schätze so 60 bis 70% die mindestens Drogenerfahrung haben, 30 bis 40% sind sehr stark suchtmittelabhängig. Die haben natürlich ein Interesse, daß die Drogen in die Anstalt hineinkommen. Ein Weg ist eben, daß Urlauber, Ausgänger das mit reinbringen. Insofern kann es natürlich sein, daß der Gefangene das gar nicht für sich selbst macht, vielleicht ist er vorher auch in Abhängigkeit gekommen und jetzt „verpflichtet“, denjenigen, die ihm damals auch Drogen geliehen haben, was mit rein zu bringen. Da wird natürlich ein starker Druck ausgeübt, der teilweise bis hin zu körperlichen Übergriffen geht, wenn der Gefangene sich verweigert. ... Wenn wir feststellen, daß da keine Abhängigkeiten sind bzw. das die Substitutionsbehandlung gegriffen hat, dann haben wir das normale Prüfungsverfahren und sind durchaus bereit, bevor wir Regellockerungen gewähren, zweckgebundene Ausgänge z.B. zur Substitutionsselbsthilfegruppe nach draußen zu ermöglichen.“ (5:20-33)

Verhält sich ein Gefangener aus Sicht des Vollzuges angepaßt und distanziert sich von der dort bestehenden Drogenszene, können vier bis acht Wochen vor dem Termin, zu dem Regellockerungen zu prüfen wären, zunächst zweckgebundene Ausgänge bewilligt werden:

„Das stellt sich so dar, daß die Insassen so gegen 12.30-13.00 Uhr rausgehen und abends gegen 18-18.30 Uhr wieder da sein müssen. Wegezeiten, gut, in Bremen sind die Wege alle relativ kurz, die Rückkehrzeit haben wir auch nicht auf die Minute abgecheckt, wie läuft denn nun die Straßenbahn usw. Und dann die weitere Wahrnehmung, der Betreffende kommt ordnungsgemäß wieder, das qualifizierte dann schon wieder die Entscheidung zugunsten des Gefangenen, gut, jetzt Regellockerungen.“ (6:1-6)

Wenn Gefangene sich im Verlauf der zweckgebundenen Ausgänge bewährt haben, können sie Regellockerungen erhalten. Darunter fallen Ausgänge von morgens bis nachmittags oder abends, aber auch Urlaub, falls die/der Gefangene über eine Adresse verfügen. Die Teilnahme an externen psychosozialen Angeboten ist damit abhängig von einer positiven Verhaltensänderung in

Richtung Legalverhalten bei drogenabhängigen Gefangenen, die der Vollzug infolge der Substitutionsbehandlung beobachten können muß.

6. Kooperation zwischen externen Anbietern psychosozialer Begleitung und Vollzugsanstalt

Der Vollzug hat, wenn zweckgebundene Ausgänge gewährt werden, ein Interesse daran, überprüfen zu können, ob Gefangene dem Zweck der Ausgänge auch nachkommen. Dies zu überprüfen setzt wiederum die Kooperation mit den externen Trägern im Drogenhilfebereich voraus, die die tatsächlich erfolgte Teilnahme an psychosozialen Begleitangeboten, für die extra Vollzugslockerungen gewährt werden, bestätigen müßten:

„Wobei es mit der einen oder anderen Gruppe/Gruppierung Probleme gab. Denn wenn der Vollzug zweckgebundene Ausgänge gewährt, dann möchte der Vollzug natürlich auch ein stückweit absichern ob der Gefangene den Zweck auch erfüllt. Also wenn ein Ausgang für den Besuch einer Gruppe gegeben wird, dann möchte man mal nachfragen, nach dem Motto, kommt der da auch tatsächlich an. Und es gab Träger, die sich da total verweigert haben. Gut, das waren für uns schlechte Interaktionspartner an der Stelle, aber das ist immer die Frage, welches Therapiekonzept man im Kopf hat, und welches Verständnis man gegenüber der kontrollierenden Instanz Strafvollzug hat. Aber der gesetzliche Rahmen, insofern ist mein Blick aus der Sicht des Vollzuges heraus, ist eben so, zweckgebundene Ausgänge muß ich ein Stück absichern. Jemand anzurufen, nach dem Motto, war der denn da, wobei man da sicherlich nicht auf eine halbe Stunde geguckt hat, das muß man einfach schon erwarten.“ (4:38-5:3)

Nicht alle Träger waren zu einer Kooperation mit der Strafanstalt bereit, weil sie die aktive Selbstbestimmung zur Teilnahme an psychosozialer Begleitung als wesentliche Voraussetzung für eine sinnvolle Zusammenarbeit mit den Substituierten betrachten, die durch das Nachgeben gegenüber dem Kontrollbedürfnis der Anstalt beeinträchtigt werden würde. Aus Sicht des Vollzuges, definiert durch das Strafvollzugsgesetz, sind Kontrollen bei zweckgebundenen Ausgängen für die Teilnahme an externer psychosozialer Begleitung, zumindest in der Anfangszeit bis sich die/der Gefangene bewährt hat, wichtig, auch für die sich daran anschließende Entscheidung zur Gewährung von Regellockerungen.

„Ich bin der Meinung, Lockerungen sind nach wie vor das beste Behandlungsinstrument, das der Vollzug hat, um die soziale Integration leisten zu

können. Das bedarf dann natürlich bestimmter Voraussetzungen, wie Ausschluß von Mißbrauchs- und Fluchtgefahr, und das kann ich durchaus an der Substitutionsbehandlung, wenn sie denn erfolgreich ist, festmachen.“ (6:7-11)

7. Entlassungsvorbereitung/Weitersubstitution nach Haftentlassung

Mit der Einführung der Substitution mußte der Vollzug erkennen, daß die flächendeckende Versorgung mit substituierenden niedergelassenen Ärzten in Bremen noch nicht gegeben war. Um die Fortsetzung einer Behandlung nach der Entlassung nicht zu gefährden, wurde Substituierten nach der Haftentlassung vorübergehend die Möglichkeit geboten, das Methadon weiterhin über die Anstalt zu beziehen. In der Anfangszeit kamen bis zu 20 Personen zur täglichen Methadonabgabe, was für den Vollzug, der sicherzustellen hatte, daß auf diesem Wege keine Drogen in die Anstalt kamen, eine Überforderung darstellte, so daß organisatorische Veränderungen vorgenommen werden mußten. Der Versuch, die Methadonabgabe im offenen Vollzug, einem Bereich außerhalb der Gefängnismauern, unterzubringen, scheiterte daran, daß niemand vom Medizinischen Dienst in der Lage war, sich für die Methadonabgabe dort hinzubegeben.

„Das hat zu einigen Verspannungen und einigen Problemen geführt.“ Da aber andererseits die Methadonabgabe nur durch eine medizinisch ausgebildete Person erfolgen darf, die in der Lage ist, abzuschätzen, ob Patienten möglicherweise unter Drogeneinfluß erscheinen, bei denen dann die zusätzliche Methadondosis u.U. tödliche Folgen haben kann, mußte eine andere Lösung gefunden werden.

„Wir habens mittlerweile so organisiert, daß wir das Methadon hier vorne, im Bereich des Transporterhauses ausgeben, d.h. da kommt ein Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes zu den genannten Zeiten und hält dann dort die Substanzen vor. Die Insassen werden dann einzeln, unter Sicht der Pforte reingelassen, werden, in Anführungszeichen, an der Tür abgefertigt und gehen dann wieder raus und der nächste kann dann rein. Aber das sind so normale Sicherheits- und Ordnungskriterien, die der Vollzug einfach hat. Und da ändert sich dann immer mal wieder die Organisation, wenn bestimmte Erkenntnisse da sind.“ (7:5-12)

Die Zahl derjenigen, die nach Entlassung aus der Haft weiter über die Anstalt substituiert werden müssen, hat sich im Laufe der Jahre von 20 auf derzeit 8 Personen reduziert. Einerseits wirkt sich aus, daß Ärzte inzwischen eher

bereit sind zu substituieren, andererseits war es das Ziel der Anstalt, die Zahl von Externen möglichst gering zu halten. Zur Entlassungsvorbereitung gehört daher auch die Suche nach einem weiterbehandelnden Arzt:

„Teil der Entlassungsvorbereitung ist, daß der Insasse eine Namensliste von Medizinern ausgehändigt bekommt, wo er dann vorstellig werden kann, ob im Falle der Entlassung der niedergelassene Arzt dann den Straftlassenen substituiert, wobei unser Medizinischer Dienst da jederzeit auch Hilfestellung gibt. Darauf haben sich mittlerweile ja auch einige niedergelassene Ärzte eingelassen und insofern scheint es heute leichter zu sein, als zu Beginn, als wir damit angefangen haben.“ (7:18-23)

8. Akzeptanz der Substitution: a) bei Bediensteten

Der Widerspruch zwischen dem Vollzugsziel der Suchtmittelfreiheit und der Behandlung der Drogenabhängigen mit einer suchterzeugenden Substanz führte besonders in der Anfangszeit zu Widerständen bei den Mitarbeitern der Anstalt:

„Anfänglich waren natürlich auch die bekannten Widerstände, ‚die sind ja weiter suchtmittelabhängig‘ oder bis hin zu verniedlichenden Sprüchen, die man teilweise selber auch hat: ‚der Suchtmittelabhängige kriegt es auf Rezept, ich muß mir meine Weinflasche, die ich abends konsumiere, eben kaufen ...‘. Also in Anführungszeichen, ein bißchen überzogen, aber es war dann durchaus die Erkenntnis, auch seitens der Mitarbeiter da, daß der Substituierte ein Stück weit doch wieder normal als Mensch funktioniert, wenngleich mit Einschränkungen im Arbeitsbereich ...“ (3:36-43)

Die Akzeptanz der Substitution stieg aus Sicht der Anstaltsleitung mit zunehmender Erkenntnis, daß sich aufgrund dieser Behandlung die Lebenslage der drogenabhängigen Gefangenen verbessert, nicht nur in Bezug auf die gesundheitliche und psychische Verelendung, sondern auch was die Abhängigkeitsverhältnisse in der Subkultur anbelangt. Inzwischen wird die Substitutionsbehandlung als ganz normaler Bestandteil im vollzuglichen Alltag gesehen.

b) bei nichtabhängigen Gefangenen

Die Verknüpfung von medizinischer Behandlung, also Substitution, und vollzugliche Entscheidung zur Gewährung von Lockerungen, nach der Drogenabhängige aufgrund der Substitution eher Lockerungen erhalten, führt gelegentlich zu Kritik bei nichtabhängigen Gefangenen, die ihre Möglichkeiten,

dem Vollzug ihre Eignung für Lockerungen zu beweisen, im Vergleich zu substituierten Gefangenen eingeschränkt sehen und sich insofern benachteiligt fühlen:

„Seitens der Nichtabhängigen kommt schon durchaus Kritik, wenn es um Lockerungsentscheidungen geht. Wenn wir feststellen, derjenige wird substituiert, damit unterstellen, daß sich die Lebenslage des Betreffenden verbessert hat, und daran Lockerungsentscheidungen festmachen, während wir das in anderen Fällen möglicherweise nicht unbedingt erkennen, daß Mißbrauchsgefahr oder Fluchtgefahr nicht vorliegt. Insofern habe ich mir als Entscheidungsträger von Gefangenen, bei denen ich gesagt habe, ‚ich stelle Ihre Eignung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht fest‘, schon mal mir sagen lassen müssen: ‚ja, ich muß hier wohl erst mal Drogen nehmen, um mich anschließend substituieren zu lassen, damit Sie wahrnehmen, daß sich bei mir was verbessert hat‘. Das ist mir gelegentlich durchaus untergekommen.

Oder nach dem Motto, ‚ihr macht nen großen Aufwand für Drogenabhängige, der medizinische Dienst und die Möglichkeit Lockerungen zu bekommen, was tut ihr eigentlich in gleicher Weise für mich? Ich würde mich auch gerne ner Gruppe, meinetwegen bei der Volkshochschule, ansiedeln, weil ich da neue soziale Kontakte bekomme, aber das findet abends zwischen 18 und 20 Uhr statt, da laßt ihr mich nich raus! Und Volkshochschule bietet zwischen 13 und 18 Uhr nichts‘. Derartige Dinge kommen seitens der Gefangenen schon mal hoch. Bis hin zu dem Ressentiment des einen oder anderen, ‚ich muß wohl erst Drogen nehmen, damit ihr was für mich tut‘.“ (7:40-8:14)

Daß substituierte Gefangene es aufgrund der Substitution möglicherweise tatsächlich leichter als andere Gefangene haben, Lockerungen zu erhalten, wird auch von der Anstaltsleitung so gesehen, allerdings nur solange wie die Substituierten diese Lockerungen nicht mißbrauchen und auch sonst keine Verhaltensauffälligkeiten zeigen. In diesem Fall würden Lockerungsentscheidungen rückgängig gemacht.

c) beim Werkdienst

Nach dem Strafvollzugsgesetz sind Gefangene zur Arbeit verpflichtet. Die Anstalt ist für die Umsetzung dieser gesetzlichen Bestimmungen verantwortlich. Substituierten wird insofern eine Sonderrolle zugestanden, als nach der morgendlichen Methadoneinnahme die Aufmerksamkeit der Abhängigen reduziert sein kann, sie dürfen deshalb aus Sicherheitsgründen vor neun Uhr morgens nicht an laufenden Maschinen wie Kreissäge, Drehbank usw. einge-

setzt werden. Das führt zu einem Interessenkonflikt mit den Werkbetrieben, die seit dem 1. Januar 1997 zum Landeseigenbetrieb Justiz-Dienstleistungen der Freien Hansestadt Bremen gehören und deren Ziel eine wirtschaftliche Betriebsführung ist:

„Ich seh nach wie vor die Problematik im Werkdienst, aber auch dort hat man mittlerweile akzeptiert, daß Gefangene, egal ob sie drogenabhängig sind oder nicht, zur Arbeit verpflichtet sind, daß die Anstalt ein Interesse daran hat, jemanden zu Arbeit einzusetzen. Und natürlich, für eine ordnungsgemäße Betriebsführung wäre es schon besser, wenn der morgens gleich voll fit da ist, daß er eventuell eine gewisse Pausenzeit braucht, ist mittlerweile auch akzeptiert worden.“ (8:16-21)

9. Bewertung der Substitution

Insgesamt gesehen wird die Substitutionsbehandlung aus der Sicht der Anstaltsleitung positiv bewertet, wenn damit auch nicht alle Probleme, insbesondere das der Politoxikomanie oder der relativ verbreitete Konsum von Kokain, der vor zehn Jahren noch eine Seltenheit im Vollzug war, gelöst sind.

„Die Dramatik, die es mal hatte, hat es heute nicht mehr. Es ist Bestandteil der Arbeit mit suchtkranken Menschen, die hier einsitzen, geworden, in der vollen Verantwortung seitens des Medizinischen Dienstes, in der Wahrnehmung unsererseits, das das hilfreich ist. ... Die Lebenslage des entsprechend behandelten Substituierten hat sich durchaus ein Stückweit verbessert, auch was die Abhängigkeit in der Subkultur angeht. Also, ich seh das absolut als Alltag an.“ (7:32-38)

3.2.2 Erfahrungen von Bediensteten

Die eher übergeordnete Perspektive der Anstaltsleitung soll nun ergänzt werden durch die konkreten Erfahrungen, die Bedienstete in ihrem Berufsalltag mit den Auswirkungen der Substitutionsbehandlung machen.

In den Interviews wurden die folgenden Themen angesprochen und zum Teil ausgiebig diskutiert:

1. Akzeptanz der Substitutionsbehandlung
2. Kommunikation innerhalb der Anstalt
3. Vollzugsplanung und -lockerungen
4. Kommunikation Substituierte/Ansprechpartner

5. Arbeit und Substitution
6. Aufnahme in die Substitutionsbehandlung
7. Abdosierung/Entzug von Methadon
8. Überforderung des Vollzuges mit der Substitution
9. Gleichstellung Drogenabhängige/Nichtabhängige
10. Offener Vollzug

1. Akzeptanz der Substitutionsbehandlung

Die Einführung der Substitution in den Bremer Strafvollzug wurde von den befragten Bediensteten überwiegend miterlebt. In der Anfangszeit standen die Bediensteten dieser Behandlung sehr kritisch gegenüber. Der Widerspruch zwischen dem Drogenverbot auf der einen Seite und der Ausgabe einer Droge zur Behandlung der Drogenabhängigkeit im Strafvollzug, den es nun zu tolerieren galt, schien nicht hinnehmbar.

„Es wurde damals von den Bediensteten sehr skeptisch gesehn. Weil, allein Drogen im Vollzug ist ja ein altes Thema und man war sich nicht sicher, ob man das gut findet, daß man das jetzt auch noch legalisiert, im Knast und dieses Polaprogramm. Das mag natürlich auch ein Teil von Nichtwissen sein, weil, man kriegt eigentlich nur dieses Programm vorgesetzt, die Insassen wurden integriert und wir hatten danach zu handeln. ... Es wurde auch keine Frage gestellt, von wegen, wie findet ihr das als Bedienstete, sondern es war einfach ein Fakt, daß das eingeführt worden ist, und wir hatten es umzusetzen, ganz einfach.“ (B1,1:28-33/2:1-3)

Die fehlende Akzeptanz für das neue Behandlungsprogramm wird mit mangelndem Wissen über die Substitution und ihre Wirksamkeit erklärt. Die Substitution, als medizinische Behandlungsform, wurde vom Ärztlichen Dienst der Anstalt in eigener Verantwortung eingeführt, wobei der Vollzug, wegen der Eigenständigkeit des Ärztlichen Dienstes, nicht weiter in die Planung und Durchführung dieser Maßnahme einbezogen werden mußte. Die Gruppe der Bediensteten, die täglich unmittelbar mit den Substituierten zu tun hat, wurde bei den Vorbereitungen nicht beteiligt, sondern sie hatte diese Entscheidung von „oben“ ebenso wie die Auswirkungen auf ihren Arbeitsbereich hinzunehmen. Systematische Informationsveranstaltungen, die den Vollzugsmitarbeitern die Möglichkeit gegeben hätten, sich an der Lösung des bestehenden Drogenproblems im Vollzug zu beteiligen, haben nicht stattgefunden.

Der bis 1992 praktizierte Massenvollzug in Bremen mit etwa 50 Personen pro Station, die sich mehr oder weniger selbst überlassen blieben, führte

zudem dazu, daß die Bediensteten relativ wenig Kontakt zu den Gefangenen und damit auch wenig genaue Kenntnisse über die bestehende Drogenproblematik hatten.

„Und dazu muß man auch sagen, daß damals die Vollzugsgruppen noch nicht so klein waren, daß man jetzt sagen könnte, man hat schon den Kontakt mit den Insassen so gehabt wie es heute der Fall ist. Die Einzelgespräche in der Form, wie sie heute stattfinden, die gabs damals nicht, bedingt durch die Masse. Da war mehr oder weniger der normale Tagesablauf maßgeblich.“ (B1,2:4-8)

Mit der Umorganisation in kleinere Vollzugsgruppen mit 30 bis 35 Gefangenen hat sich die Kommunikation zwischen Bediensteten und Gefangenen verbessert und, nach Ansicht der Befragten, auch zur Verbesserung der Akzeptanz der Substitution beigetragen.

Zu den Aufgaben der Bediensteten gehört es, die Substituierte jeder Vollzugsgruppe (VG) morgens zur Methadonabgabe in das Lazarett zu führen und anschließend wieder zurück zur Wohngruppe:

„Jede Vollzugsgruppe für sich geht rüber. Es kommt darauf an, wieviele Substituierte in der jeweiligen Gruppe integriert sind, das kann von einem Substituierten pro VG bis zu neun, zehn oder zwölf pro VG sein. Und diese Gruppe wird dann übergeführt, dort wird dann je nach Einstufung das Methadon ausgegeben, wird mit Wasser eingenommen, und dann wird der Treck wieder zurückbegleitet. Das ist also in der ersten Stunde im Lazarett ein ewiges Kommen und Gehen, also die stehen da in einer Schlange.“ (B1,8:31-37)

Der morgendliche Gang zur Methadonabgabe wird gelegentlich von Bemerkungen der Bediensteten begleitet, die ironisch gemeint sind, aber gleichzeitig auch die bestehende distanzierte Haltung der Bediensteten zur Substitution ausdrücken:

„Gut, wir sagen zwar auch schon mal ironischerweise, ‚den Mumientreck mal eben rüberführen‘, weil irgendwie ein bißchen verklärt tun sie sich ja auch mit dieser Droge Ob nun die gesundheitlichen Aspekte, das können wir nicht sagen, ob das nun wirklich so positiv ist, für den Einzelnen. Aber was sie jetzt nicht an Polamidon nehmen, würden sie sonst anderweitig auch besorgen.“ (B1,3:3-8)

Hier findet sich das bekannte Argument gegenüber der Substitutionsbehandlung wieder, nach dem Methadon als eine bewußtseinsverändernde Droge

verhindere, den Gefängnisaufenthalt als eine Zeit der Nüchternheit zu nutzen. Methadon wird als das kleinere Übel im Vergleich zum illegalen Drogenkonsum innerhalb des Vollzuges angesehen.

Aufgrund der Substitutionsbehandlung ist nach Ansicht der Bediensteten die Beschaffungskriminalität im Vollzug zurückgegangen. Durch die tägliche Methadonvergabe befinden sich die substituierten Gefangenen nicht mehr unter dem ständigen Druck, Drogen besorgen zu müssen. Mit der Reduktion der Beschaffungskriminalität hat auch die Aggressivität nachgelassen, was zu einem reibungsloseren Ablauf in den Vollzugsgruppen geführt hat.

„Und generell ist auch ein Stückweit mehr Ruhe in den Ablauf gekommen, weil der Insasse ja diesen täglichen Streß nicht mehr hat. ...“ (B1,2:33-34)

„Was wiederum dann ja auch mit Aggressivität zusammenhängt, die wir so nicht haben. Durch die Beschaffung, meine ich, würde da dann noch mehr Aggressivität sein. So wissen sie, daß sie jeden Morgen was kriegen“ (B2,3:9-11)

Die Bediensteten haben im Laufe der Jahre die Erfahrung gemacht, daß sich infolge der Substitution die vollzugliche Arbeit leichter bewältigen läßt. Der Rückgang von Beschaffungskriminalität, Konsum harter Drogen und Gewaltbereitschaft auf den Vollzugsgruppen wird als der wesentliche Vorteil der Substitution betrachtet, sowohl für die Gefangenen als auch die Bediensteten, die diese Probleme bislang mit vollzuglichen Mitteln nicht lösen konnten. Diese Vorteile sind es vor allem, die die Beamten darüber hinweg sehen lassen, daß dies mit Hilfe einer Droge erreicht wird, was eigentlich den Ordnungskriterien des Vollzuges widerspricht und die es nun zu tolerieren gilt.

„Der einzige Vorteil ist wirklich, daß während der Substitution nicht mehr soviel harte Drogen konsumiert werden, damit auch die Beschaffungskriminalität auch innerhalb des Vollzuges eingeschränkt ist. ... Also, wenn wir die Pola-Leute nicht hätten ...“ (B2,11:24-28)

„Ja, der allgemeine Druck ist weg.“ (B1,11:29)

„Was uns auch zugute kommt, obwohl wir den Menschen nicht ändern werden oder von seiner Drogenproblematik wegstreiten. Aber in dieser Zeit ist es von Vorteil.“ (B2,11:30-32)

2. Kommunikation innerhalb der Anstalt

Die Akzeptanz von neuen Maßnahmen innerhalb des Vollzuges hängt nicht unerheblich von der Beteiligung aller Personengruppen ab. Der Einbezug der Bediensteten in die Diskussion und Informationsvermittlung ist bei Einführung der Substitution in den Vollzug nicht erfolgt:

„Es wurde einfach deklariert, es ist vorhanden, es ist umzusetzen.“ (B1,2:20)

„Es ist jetzt noch so, wir werden nicht darüber informiert, ob nun ein Insasse runterdosiert wird oder nicht, sondern das sagt uns der Insasse selber. Also, integriert werden wir überhaupt nicht in das Programm. Also keine Information, ob das anschlägt bei dem Einzelnen oder wie er runterdosiert wird, wann er runterdosiert wird. Meistens ist das auf freiwilliger Basis, aber das kriegen wir durch die Insassen mit, das sagt uns nicht der ärztliche Dienst.“ (B2,2:21-26)

Die Substitution ist eine medizinische Behandlung, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Daher kann bezüglich des Substitutionsverlaufs kein Informationsaustausch zwischen dem Medizinischen Dienst und dem Vollzug stattfinden. Die Bediensteten sehen den fehlenden Einbezug in vollzugliche Informations- und Entscheidungsstrukturen jedoch nicht in der ärztlichen Schweigepflicht begründet, sondern vor allem in der fehlenden Abstimmung zwischen den beteiligten Stellen:

„Dazu muß man ja sagen, daß im allgemeinen, wenn Entscheidungen gefällt werden von seiten des Lazarets oder von seiten der festen Häuser, daß diese seltenst im Einklang mit den Institutionen sind. D.h. also, wenn das Lazarett merkt, es sind irgendwelche Differenzen oder irgendwelche Mißstände, die werden ausgeräumt ohne Rückkoppelung mit den Häusern, die vielleicht an der Ursache mit teilhaben oder auch an der Problematikabänderung vielleicht das Ganze so ein bißchen koordinieren könnten. Und das wird aber auch von seiten des Vollzuges gemacht, es werden Entscheidungen gefällt, die mit dem Lazarett wiederum schlecht in Einklang zu bringen sind. Und darum entsteht immer diese Diskrepanz.“ (B1,10:14-22)

Die organisatorische Trennung zwischen Medizinischen Dienst und Vollzug dient damit nicht nur der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, sondern verhindert ein geordnetes und abgestimmtes Vorgehen bei notwendigen, überindividuellen Lösungsstrategien, die nicht die ärztliche Schweigepflicht betreffen. Die befragten Bediensteten sehen ein solches Vorgehen umgekehrt auch auf seiten des Vollzuges. Dieses unkoordinierte Handeln im Vollzug

trägt wesentlich zur Unzufriedenheit der Bediensteten bei, die in ihrer täglichen Arbeit unmittelbar mit den Auswirkungen solcher nicht abgestimmten Entscheidungen konfrontiert werden:

„Wir haben seltenst das Gefühl, egal, welche Entscheidungen gefällt werden, daß es zum Vorteil ist. Wir haben immer das Gefühl, es ist zum Nachteil. Gut, man kann natürlich auch sagen, jede Veränderung ist negativ. Aber ich denke, auf diesem Polster ruhen wir uns nicht aus. Und da wäre mehr Zusammenarbeit wünschenswert. Aber die findet nicht statt. Sag ich ganz ehrlich. Und sie wird auch in Zukunft nicht stattfinden, das wäre illusorisch und Wunschenken. Ich sag mal, da ist jedem das Hemd näher, als die Jacke, und dieses Verhalten wird sich auch nicht ändern.

Das ist wahrscheinlich der Knackpunkt. Und trotzdem hab ich das Gefühl, selbst, wenn dieser Austausch mit dem Lazarett stattfinden könnte und würde: es wäre ja nicht von Dauer, weil, das heißt ja mehr Belastung. D.h. die Leute im Lazarett müßten sich nicht nur mit den Patienten, sprich den Insassen auseinandersetzen, sondern auch noch mit uns. Und die Mauer würde sich irgendwann von ganz alleine wieder aufbauen. Und schon stünden wir wieder da und kämen nicht zueinander. Im Gegenteil, es würde zuviel gemischt, zuviel gerührt, da läßt sich keiner gern in die Karten blicken.“ (B1,10:23-36)

Die Bediensteten beurteilen die vorhandenen Kommunikationsstrukturen innerhalb des Vollzuges sehr kritisch und begründen dies mit den Eigeninteressen des jeweiligen Teilbereiches, die ein übergeordnetes, zielgerichtetes Vorgehen verhindern.

3. Vollzugsplanung und -lockerungen

Die Vollzugsplanung ist bei drogenabhängigen Gefangenen, die substituiert werden, anders als bei anderen Gefangenen. Neben der Möglichkeit der Strafzurückstellung zwecks Therapie nach § 35 BTMG können zweckgebundene Ausgänge für die Teilnahme an externen psychosozialen Angeboten gewährt werden. Die zweckgebundenen Ausgänge dienen der Prüfung, inwieweit sich Gefangene unter der Substitutionsbehandlung gefestigt haben, bevor sie allgemeine Regellockerungen erhalten. An der Entscheidung über die Gewährung von zweckgebundenen Ausgängen oder Regellockerungen sind die Bediensteten unter Einbezug der Beobachtungen anderer Institutionen des Vollzuges beteiligt.

„Also bevor ein Insasse die Anstalt überhaupt verläßt, ob nun zweckgebunden für solche Ausgänge zu Therapieeinrichtungen oder halt auch für Regellockerungen, sind wir gehalten, alle Institutionen innerhalb der Anstalt miteinzubeziehen in die Frage, inwieweit ist der gefestigt, also psychologischer Dienst, auch der Werkbetrieb, der sehr wichtig ist, weil er das Arbeitsverhalten des Insassen beobachtet, auch die Begleiterscheinungen des Insassen besser einschätzen kann, weil wir ja nur morgens und mittags zu den Stoßzeiten mit den Insassen zu tun haben. Aber wir machen letztendlich das Empfehlungsschreiben ob oder ob nicht. Das wird natürlich nicht von uns als Einzelpersonen entschieden, sondern das wird in der Gruppe entschieden, also in der Teamkonferenz, letztendlicher Entscheidungsträger ist dann die Anstaltsleitung oder die Senatorische Behörde, je nach Straflänge“ (B1,5:1-10)

Die Gewährung von Lockerungen hängt vor allem vom Verhalten der Gefangenen im Vollzug ab, d.h., der Vollzug muß beobachten können, daß Gefangene sich unter Beachtung der Anstaltsregeln um die Erreichung ihrer selbstgesteckten Ziele bemühen und ihr Verhalten im Vollzug den voraussichtlichen Mißbrauch von Lockerungen weitgehend ausschließt.

„Die Entscheidung stützt sich auf Beobachtungen und auf die Bestrebungen des Insassen, inwiefern setzt er diese um. Also, ich sag mal, ein Therapiewille ist immer sehr schnell da, allerdings unterschätzen viele Insassen, in dem Moment, wo sie die Zusage machen, tatsächlich das Risiko, bzw. die Schwere diesen Weg zu gehen und das Risiko, rückfällig zu werden“ (B1,5:12-15)

Nach den Erfahrungen der Bediensteten gibt es vor allem bei der Strafzurückstellung zwecks Therapie Probleme. Zwar sind drogenabhängige Gefangene für eine abstinenzorientierte Therapie zu motivieren, die Entscheidung für eine solche Therapie erfolgt aber unter den Bedingungen der Haft. Die Haft kann kurzfristig nur umgangen werden, wenn eine Therapie angetreten wird, so daß die Entscheidung für eine Therapie eher aus diesem Grund und weniger aufgrund einer realistischen Selbsteinschätzung erfolgt. Daß ein Therapiewille von der Anstalt grundsätzlich unterstützt wird, trägt dazu bei die mit einer Therapie verbundenen Probleme (Drogenentzug vor Antritt der Therapie, Regeln der Therapieeinrichtungen etc.) zu unterschätzen. In den meisten Fällen kommt es daher schnell zu Therapieabbrüchen und damit einem erneuten Mißerfolgserlebnis für die Drogenabhängigen.

„Also, ich mein, es ist verständlich für mich, daß ich sofort Zugeständnisse mache, wenn ich glaube, damit etwas zu erreichen, aber vielleicht alles andere, so die Problematik des allgemeinen gestützten Entzuges oder über-

haupt Entzuges hinten anstelle. Da verwischt dann immer ein bißchen die Grenze zwischen Wunsch und Realität und nachher stellt sich dann oft heraus, daß es also wirklich in den meisten Fällen zum Scheitern kommt. Viele Insassen überfordern sich in dem Moment auch gänzlich und sind um so destruktiver und frustrierter, wenns dann einmal wieder nicht geklappt hat.“ (B1,5:16-22)

4. Kommunikation Substituierte/Ansprechpartner

Die Bediensteten sind die direkten Ansprechpartner für die Inhaftierten, sie werden mit allen Wünschen und Forderungen der Gefangenen konfrontiert. Gleichzeitig erfahren sie auf diese Weise auch die Stimmungslage der Gefangenen und können gegebenenfalls in Gesprächen versuchen, anstehende Probleme zu klären. Der Kontakt zwischen Substituierten und Bediensteten wird allerdings durch die vollzuglichen Aufgaben der Bediensteten eingeschränkt, da Gefangene immer davon ausgehen müssen, daß ihnen die Offenbarung vorhandener Probleme z.B. bei Lockerungsentscheidungen, für die die Bediensteten eine Empfehlung abgeben, zum Nachteil ausgelegt werden könnte.

„Der Austausch ist immer nur begrenzt. Substitution, die Erfahrung hab ich gemacht, wird zwar immer mal durchgesprochen, man kriegt es natürlich auch mit von den Insassen, wenn man Zweiergespräche führt, aber letztendlich sind die Insassen immer sehr schnell: ‚das läuft alles, es is alles in Ordnung‘. Also da kommt schwer mal einer mit einem Problem um die Ecke und sagt: ‚nee, Herr ..., das weiß ich nich, ich glaub nich ...‘. Also, da ist immer alles in Ordnung, weil, wo Probleme sind, da könnte man ja nachhaken und das würde ihm vielleicht zum Nachteil ausgelegt. Oder, sagen wir mal, die betreiben selber Schönfärberei. Es ist ja schöner, sich selbst in die Tasche zu lügen, als mit der Realität umzugehen. Aber, ich sag mal, da kommt wenig rüber, im allgemeinen.“ (B1,7:11-20)

Die Kommunikation zwischen Bediensteten und Substituierten ist aber nicht nur wegen der Befürchtung von Nachteilen eingeschränkt, sondern nach Aussagen der Bediensteten auch wegen der Nichtbereitschaft eines großen Teils der Substituierten sich offen mit dem Drogenproblem auseinanderzusetzen und die Substitution als einen ersten Schritt hin zum möglicherweise drogenfreien Leben aufzufassen. Die Substitution wird in diesen Fällen vor allem als eine Erleichterung für die Haftzeit angesehen.

„Also, der größere Tenor, so aus meiner Erfahrung ist: ‚ich krieg Pola und gut‘. Das sind aber auch wirklich Altjunkies oder Junkies, die meiner Prog-

nose nach, ewig Junkies bleiben werden und um den Knast hier weiterhin zu erleichtern. Es gibt wenige, die sich damit auseinandersetzen oder die das als hilfreich sehen, um ein Leben vielleicht mal ganz drogenfrei zu leben.“ (B2,7:21-26)

5. Arbeit und Substitution

Nach dem Strafvollzugsgesetz ist jede/r Gefangene zur Arbeit verpflichtet. Nach Meinung der Bediensteten wirkt sich die Methadonbehandlung nicht nachteilig auf die Arbeitsbereitschaft der Substituierten aus:

„Es ist schon richtig, wenn wir mit den Insassen morgens rübergehn und die sind entsprechend hoch eingestuft, daß sie, wenn sie wiederkommen schon so ein bißchen neben der Kappe sind, also das ist nicht gänzlich ohne Auswirkungen. Aber es beeinträchtigt nicht deren Bereitschaft zur Arbeit zu gehen. So gegen mittag kann man davon ausgehen, daß er auf seinem normalen Level ist, wo man weiß, aha, er ist jederzeit ansprechbar, macht und tut.“ (B1,2:38-41;3:1)

Da Methadon nach der morgendlichen Einnahme vorübergehend die Konzentration beeinträchtigen kann, dürfen Substituierte nicht vor neun Uhr an laufenden Maschinen eingesetzt werden, nach Aussage der Bediensteten werden hoch dosierte Gefangene generell nicht an Maschinen eingesetzt. Das Arbeitsverhalten drogenabhängiger Gefangener wird als unzuverlässig und leistungsschwach beschrieben:

„Ja, also, es gibt schon so ein paar Problematiken. Also, hochdosierte Leute werden generell nicht an Maschinen arbeiten, dann ist eine gewisse Unkontinuität im Arbeitsverhalten festzustellen. Da werden teilweise Krankheiten, die keine sind vorgeschützt, es wird verschlafen oder ‚ich hab keine Lust‘. ... Also, es sind in der Hauptsache Substituierte oder Abhängige, die dieses Arbeitsverhalten an den Tag legen. Leistung ist nicht dran, das muß man so sehen. Also ich hab von keinem Substituierten bislang gehört, daß er weiß Gott was für Leistung bringt. Das ist schon für uns gut, wenn er anwesend ist am Arbeitsplatz und nicht auch noch irgendwelchen Mist baut, um dort rauszufliegen. Die werden dann sozusagen durchgeschleppt. Wortwörtlich durchgeschleppt.“ (B1,8:6-16)

Aus der Sicht des Vollzuges ist es schon ein Erfolg, wenn es gelingt, Drogenabhängige im Arbeitseinsatz zu halten, wobei keine Rolle spielt, welche Leistung dort erbracht wird. Für den Vollzug stellt sich damit das Problem,

daß aufgrund des gezeigten Arbeitsverhalten kaum Prognosen für das spätere Arbeitsverhalten abgeleitet werden können, was z.B. für die Verlegung aus dem geschlossenen Vollzug in den offenen Vollzug relevant wäre.

„Und deswegen ist es für uns auch immer ganz schwer, die Erfahrung hab ich gemacht, man kann von diesem Arbeitsverhalten natürlich keine Prognose für späteres externes Arbeitsverhalten ableiten. Also, da fällt es mir immer schwer zu sagen, dieser Mann ist vielleicht für den offenen Vollzug oder sonstwas geeignet, weil diese Leute werden scheitern. Das ist vorprogrammiert, die sind in dieses Leistungsgefüge draußen nicht zu integrieren, ganz einfach. Das wird manchen ja auch klar, manchen Insassen. Und daraus resultiert natürlich auch ein stückweit Lethargie, warum soll ich mich einbringen, wenn ich es eh nicht schaffe. Es ist ja viel einfacher, sich hängen zu lassen, als zu sagen, so, nun versuch ich es immer wieder und jetzt mach ich!

Aber ich sag mal, um einen solchen Menschen ..., da müßte man ihn bei der Hand nehmen und das geht nicht, also, man kann nicht jeden so intensiv betreuen ... Wie gesagt, da ist ,ne Überforderung da. Wir sind eigentlich nur die beobachtende Partei. Und solche Leute, die sind hier eigentlich nicht gut aufgehoben.“ (B1,8:17-29)

Auch Bedienstete des offenen Vollzuges machen die Beobachtung, daß Substituierte oft physisch und psychisch nicht in der Lage sind, langfristig einen Arbeitsalltag durchzuhalten, obgleich die Gefangenen eher in einer Beschäftigungsmaßnahme eingesetzt werden (Landschaftsbau), die mit den Leistungsanforderungen der freien Wirtschaft nicht zu vergleichen sind.

„Viele sind in einer solchen Verfassung, daß es ihnen an der notwendigen Kraft fehlt, langfristig einen Arbeitsalltag durchzuhalten. Sie sind oft schon stolz, wenn sie es für eine oder zwei Wochen durchgehalten haben.“ (B3,1:33-35)

Aus dieser Erfahrung heraus wird auch toleriert, wenn ein Gefangener sagt, er sei nicht in der Lage zu arbeiten. Für den offenen Vollzug stellt sich ein zusätzliches Problem, wenn Substituierte einer externen Arbeit nachgehen. Den (potentiellen) Arbeitgebern wird weder vom Vollzug noch vom Gefangenen mitgeteilt, daß der Arbeitnehmer substituiert wird, damit substituierten Gefangenen nicht jede Chance auf Arbeit „draußen“ von vornherein verbaut wird:

„Schließlich ist er ja schon Insasse und hat meistens wenig gelernt, ist vielleicht auch noch krank, also schon ausreichend vorbelastet in den Augen des potentiellen Arbeitgebers“ (B3,1:40-42)

Dieses Vorgehen hat allerdings Nachteile:

„a) Wie kann der Vollzug verantworten, die Substitution zu verschweigen? Was ist z.B. wenn er vielleicht sogar aufgrund seiner Substitution einen Arbeitsunfall hat, weil er gefährliche Tätigkeiten durchführen mußte, sich aber eigentlich in dem Moment nicht dazu in der Lage fühlte? Wenn der Vollzug die Substitution verschweigt, kann sich der Arbeitgeber nicht darauf einstellen. Gerade ein Beispiel vor wenigen Tagen: Da ist es doch herausgekommen, daß ein Arbeitnehmer substituiert wird. Der Arbeitgeber ruft hier an und fragt, wieso wir ihm diese Tatsache nicht gleich mitgeteilt hätten, dann hätte er den Insassen doch gar nicht erst für diese bestimmten Tätigkeiten eingeteilt. Aber für den Vollzug gilt stets, die Interessen des Insassen haben Vorrang vor denen des Arbeitgebers.

b) Zwischen Arbeitgeber und Insassen ist von vornherein kein Vertrauensverhältnis möglich: der Arbeitgeber denkt, er tut dem Insassen einen Gefallen, denn durch den Job erhält er Berufsfreigang mit allen damit verbundenen Vorteilen und die Chance, sich zu bewähren. Auf der anderen Seite steht der Insasse unter dem ständigen Druck, seine Substitution verheimlichen zu müssen.“ (B3,2:1-16)

Nach Ansicht der Befragten ist dieser Zustand für alle Beteiligten unbefriedigend und bedürfte einer stärkeren Diskussion.

6. Aufnahme in die Substitutionsbehandlung

Die Einführung der Substitution im Bremer Strafvollzug wurde vor allem von den Gefangenen begrüßt.

„Also, es wurde sehr positiv aufgenommen von den Insassen. Erst mal ließ sich jeder irgendwie einstufen.“ (B1,1:7-8)

Da die Bediensteten über die Kriterien der Aufnahme in die Substitutionsbehandlung nicht im Einzelfall informiert werden und es darüber hinaus keinen Austausch mit dem Medizinischen Dienst gibt, entsteht bei den Bediensteten der Eindruck, die Zugangsbedingungen zur Substitution wären eher locker:

„Die Aufnahme in ein solches Programm erscheint verhältnismäßig einfach, von unserer Sicht her.“ (B1,1:10-11)

„Also, wir haben so manchmal das Gefühl, wenn man nicht weiter weiß, erst mal ins Pola-Programm, dann ist er erst mal ruhig.“ (B1,1:13-14)

Als besonders frustrierend erleben die Befragten es, wenn ein Gefangener geschafft hat drogenfrei, also auch ohne Methadon, zu leben und aus für die Bediensteten nicht nachvollziehbaren Gründen wieder in die Substitution aufgenommen wird:

„Also auch, wenn man denkt, das kann nicht wahr sein, das man den schon wieder aufnimmt dort, aber ... Obwohl wir jetzt über den Ablauf dort oder nach den Kriterien, warum sie ihn aufnehmen, keinen Einblick haben. Das ist immer so, das Lazarett ist immer ein Teil für sich, wo wir uns weniger, auch im Kommunikativen, auseinandersetzen. Also, das wir sagen, warum, wieso, weshalb. Wir kriegen kaum Informationen. Er geht einfach hin, wir haben die Aufgabe, ihn rüberzubringen und damit ist für uns die Sache eigentlich auch erledigt.“ (B1,1:17-23)

„Also ich hab mich schon oft über etwas aufgeregt und zwar; Leute, die vom Methadon runter sind und es geschafft haben, die uns also wirklich die letzten Wochen drangsaliert haben, um tatsächlich einigermaßen clean zu bleiben. Die kriegen dann mit einem Mal irgendwie einen Rappel und meinen, sie müßten wieder ins Pola-Programm, ansonsten würden sie abstürzen. Dann gehen sie rüber ins Lazarett und aufgrund dieser Aussage werden sie wieder aufgenommen.“ (B1,9:11-20)

„Und da sagen wir uns, jetzt haben wir wochenlang diesen Streß gehabt ... und ... für nothing, ja!“ (B1,9:22-23)

„... wochenlang! Richtig! ... und am nächsten Tag ist er wieder drin.“ (B2,9:24-25)

„Wir haben Wochen der Arbeit und des Stresses hinter uns und das alles für nichts! Und da müßte eigentlich der psychologische Dienst nachhaken und sollte fragen, warum will er wieder rein.“ (B1,9:27-29)

„Das heißt also für uns, auf ein Neues.“ (B1,9:34)

Die befragten Bediensteten haben nicht den Eindruck, daß Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes überprüfen, ob eine erneute Aufnahme in die Substitutionsbehandlung wirklich erforderlich ist. Das stößt auf ein gewisses Unverständnis, weil die Bemühungen von Gefangenen drogenfrei zu leben direkte Auswirkungen auf das Zusammenleben in den Vollzugsgruppen haben, die auch die vollzughliche Arbeit beeinflussen und erschweren. Die zusätzlich

entstehenden Belastungen sind, aus Sicht der Befragten, sinnlos gewesen, wenn die betreffende Person wieder mit Methadon behandelt wird.

7. Abdosierung/Entzug von Methadon

Die Abdosierung oder Entzug von Methadon wird von den befragten Bediensteten oft als ein Krisenmoment erlebt, der sie gänzlich überfordert. Die Abdosierung erfolgt ihrer Meinung nach zu schnell, teilweise auch auf Wunsch der Substituierten. Nicht nur für die betreffende Person ist die Verringerung der täglichen Dosis bis zum Entzug belastend, sondern auch für die Umgebung, da die Abdosierung mit Unruhe und hoher Aggressivität einhergehen kann.

„Das macht sich bei einigen bemerkbar. Da hatte ich persönlich zwei Fälle bei der Runterdosierung, das war also katastrophal. Bei dem einen ging es einfach zu schnell, meines Erachtens nach, der wollte von jetzt auf gleich auf 0. Sofort. Und entgegen unseren Ratschlägen hat er es dann auch so durchgezogen oder durchziehen wollen, und das war sowohl für ihn wie auch seine Umwelt, also mehr als stressig. Gerade der Kandidat, sag ich mal, wurde sehr aggressiv.“ (B2,3:14-19)

„Das ist aber auch kein Einzelfall.“ (B1,3:20)

„Nee, aber das ist nun ein Fall, wo ichs miterlebt hab, also das war ganz schlimm. Das war einfach zu schnell.“ (B2,3:21-22)

„Ja, und da wird uns, wenn wir mal Rückfragen ans Lazarett haben, diese Leute werden im nachhinein ja vielleicht noch mit Diazepam versorgt, d.h. die werden ja auch nicht von 5 auf 0 runtergestuft, sondern da geht es ja von 2 oder 1 auf 0, und da wird uns vom Lazarett denn so suggeriert, das ist alles nur kopfmäßig. Sicherlich, ich denk mir auch, daß der rein körperliche Entzug gar nicht so unbedingt vorhanden ist, sondern es geht da einfach um die Psyche, die da ein bißchen durchdreht. Und wie gesagt, da gibts Diazepam, also den gestützten Entzug, und solche Leute, die haben ein solches Aggressionspotential, das geht ja bis hin zur Selbsterstümmelung und Bedrohung anderer. Also das ist teilweise schon sehr extrem.

Und ich sag mal, in diesen Momenten sind wir als Bedienstete mit solchen Leuten eigentlich auch generell überfordert, weil, es kommt einfach zur Eskalation, zum Wegschließen und der Insasse sitzt mehr oder weniger mit seinem Problem auch wieder alleine. Bloß, wir sind auch nicht psychologisch geschult. Ich sag mal, irgendwann sind auch wir mal am Ende, wir sind hier

trotzdem ‚nur‘ Beamte, die hier den reinen Ablauf gewährleisten, Ansprechpartner hin oder her. Da sag ich auch irgendwann mal von mir aus, jetzt ist die Grenze erreicht, wenn die Anstalt es so will, dann bitte schön Aber wie gesagt, uns sind teilweise auch die Hände gebunden, wir können mit diesen Leuten in dem Moment nicht arbeiten.“ (B1,3:23-40)

Die Bediensteten sind in solchen Krisensituationen weitgehend sich selbst überlassen. Droht die Lage in der Vollzugsgruppe außer Kontrolle zu geraten, sehen die Bediensteten keine andere Möglichkeit, als den Gefangenen zu isolieren und einzuschließen, wobei ihnen bewußt ist, daß das Problem dieser Person damit nicht gelöst, wohl aber der reibungslose vollzugliche Ablauf gewährleistet ist. In solchen Situationen würden sich die Bediensteten mehr Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst wünschen, die sich bei entsprechenden Rückfragen aber zunächst nur auf die Information beschränkt, der Entzug sei „nur“ psychischer Art, Handlungsbedarf bestünde nicht:

„Wie gesagt, da kommt dann die Information ... das ist nur kopfmäßig.“ (B1,3:43)

„Es sei denn, es kommt zur Eskalation, daß wir sagen, es geht nicht mehr, er muß dem Arzt vorgestellt werden. Ja, gut, dann wird er dem Arzt vorgestellt, wird dementsprechend dosiert und dann kriegt er die Medikation und damit ist auch schon wieder Ende.“ (B1,4:2-5)

Erst wenn sich die Situation so weit zugespitzt hat, daß der Patient sich selbst oder andere Personen in der Vollzugsgruppe gefährdet, werden entsprechende Medikamente vom Medizinischen Dienst ausgehändigt.

„Also im Lazarett gibt es schon einen Psychologen, der mit dem Insassen dann auch spricht. Nur sämtliche Gespräche nützen nichts, wenn der Insasse, das ist ja das Fatale, er fühlt sich in dem Moment ja im Recht und nicht behandelt. Es geht ja nicht um die Gespräche, die führen ja zu nichts, sondern es geht ihm letztendlich darum, ich brauch etwas, um ruhig zu werden. Es geht einfach nur um diese eine Tablette, ob die ihm letztendlich hilft oder nicht.“ (B1,4:8-12)

Nach Erfahrung der Bediensteten sind in solchen Krisensituationen keine Gespräche gefragt sind, sondern ausschließlich medizinisches Handeln. Insofern wären sie, auch wenn sie über die Substitution allgemein besser informiert wären, nicht die geeigneten Gesprächspartner für die Substituierten:

„Sicher, da gäbe es noch einiges an Information, daß für uns vielleicht ganz wichtig wäre. Das würde aber allerdings am allgemeinen Ablauf nichts ändern. Also, unser Wissen würde den Insassen kaum helfen, weil in dem Moment ist Vernunft nicht gefragt, sondern nur das Handeln, ob nun destruktiv oder konstruktiv von Seiten des Lazaretts. Wir gar nicht. Es ist ja auch nicht so, daß der Insasse in dem Moment das Gespräch mit uns sucht, weil er ganz genau weiß, mit uns kann er keinen Blumentopf gewinnen, er kriegt von uns ja nichts. Er will eigentlich nur zum Laz, Laz, Laz. Das Machtwort Laz.“ (B1,4:13-19)

Die Situation richtig einzuschätzen, haben die Bediensteten aus den bisherigen Erfahrungen mit der Substitution gelernt:

„So sind wir halt ins kalte Wasser gesprungen und mußten mit der Situation umgehen lernen.“ (B1,4:25-26)

Die Entwöhnung von Methadon sollte nach Meinung der Bediensteten, gerade weil es oft eine große Belastung für die Substituierten und den übrigen Vollzug darstellt, im Medizinischen Dienst durchgeführt werden, der ohnehin die Verantwortung für diese Behandlung trägt und über eine entsprechende Ausstattung verfügt.

„Die Entwöhnung von Polamidon, das ist eigentlich das Einzige, wo wir sagen, daß ist von hier aus nicht leistbar, das müßte vom Lazarett aus gemacht werden. Das Lazarett verfügt ja schließlich über Betten. D.h. wenn ein Insasse von 2 oder 1 auf 0 geht, hat er diesen gestützten Entzug regulär vom Lazarett aus zu machen. Weil ein solcher Insasse wirklich zu viel Unruhe in die VG reinbringt. Ein solcher Insasse kann Sie 3 bis 4 Wochen beschäftigen, d.h. Sie haben dann wirklich keine Zeit für andere Insassen oder andere Belange. Das kann es nicht sein. Unsere Nerven liegen blank, also man ist am Ende auch schon gewillt, Dinge zu tun, die man sonst, unter normalen Umständen, nicht tut. Bloß, ich sag mal, irgendwann ist überall mal die Hutschnur weg und Wie gesagt, man würde es von hier aus, schätze ich, sehr gerne sehn, wenn das Lazarett sich nicht gänzlich davon freisprechen würde, die Verantwortung auch zu übernehmen und das vor Ort zu praktizieren.“ (B1,5:32-42)

„Also, ich denke mal, der Entzug ist, wie jeder Entzug und hat natürlich auch seine Nebenwirkungen, die wir hier einfach nicht auffangen können. Das reicht von Aggressivität, über die Selbstverstümmelung, über die verbalen

Nervereien, weil der Mensch in dem Moment nichts mit sich anzufangen weiß. Also, da sind wir schon ...“ (B2,6:1-6)

„... überfordert, gänzlich überfordert.“ (B1,6:9)

Zudem kritisieren die Befragten, daß in Krisensituationen keine sofortige psychologische Unterstützung verfügbar ist, mit deren Hilfe Eskalationen vielleicht vermieden werden könnten:

„Und dann kommt ja auch noch hinzu, daß gerade bei solchen Leuten, die jetzt in dieser Situation sind, eine sofortige psychologische Betreuung nicht möglich ist. Dann schreibt man oder telefoniert halt mit den Personen hier, die dafür zuständig sind und kriegt einen Termin in 14 Tagen ...“ (B1,6:12-15)

„... ja, und dann guckt man natürlich sparsam und sagt, ja, toll, in 14 Tagen kann schon wer weiß was passiert sein, oder aber man geht davon aus, das Problem hat sich erledigt. Und das kann es nicht sein. Also in dem Moment sind wir so ziemlich die Gelackmeierten, die da an der Front stehen und keine Munition kriegen, so nach dem Motto. Und das ist eine Situation, wo ich sage, das ist ein Stückweit Hilflosigkeit. Aber auch ein Stückweit Aggression macht sich breit, weil man sagt sich, kommt Leute, jetzt ist Schluß, Feierabend, nicht mit mir und, gut, ok, da muß ich mich selber so ein bißchen rügen oder ehrlich sein, daß ich sage, es geht mir dann auch irgendwann mal ..., es ist mir egal, was passiert. Weil die Verantwortung kann man dann nicht mehr übernehmen, man hat sie auch mehr oder weniger versucht zu übertragen, aber wie gesagt, man hat sie trotzdem.“ (B1,6:17-26)

„Also, ich sag mal, die reagieren immer nur, wenn es zu spät ist. Also wenn wirklich Selbsterstörung war oder sonst irgend was. Oder wenn der gute Mann wirklich mal in die Beruhigung muß, d.h. also, fixiert werden muß.“ (B1,4:27-30)

Auch im offenen Vollzug wird das Problem der Abdosierung gesehen. Die Abdosierung erfolgt nach Ansicht der dort Befragten zu schnell und gefährdet damit unnötig die Erfolge, die sich im Laufe der Methadonbehandlung eingestellt haben. Der Medizinische Dienst gibt nach Meinung der Beamten dem Wunsch nach einer Dosisreduktion zu schnell nach, mit der Folge eines Mißerfolgserebnisses der Substituierten. Die Bediensteten des offenen Vollzuges bemühen sich zwar trotz mangelnder Fachkenntnisse, den betreffenden Personen mit ihrem „gesunden Menschenverstand“ zu helfen und zu beraten, haben aber, ebenso wie ihre Kollegen aus dem geschlossenen Bereich, die Erfahrung machen müssen, daß sie in Krisenmomenten nicht als kompetente

Ansprechpartner wahrgenommen werden. Da die Bediensteten den Substituierten in Momenten der Abdosierung bzw. des Entzuges von Methadon nicht helfen können und gleichzeitig der Mißerfolg vorprogrammiert ist, wäre es aus der Sicht dieser Beamten sinnvoller, wenn der Medizinische Dienst eher auf eine langfristige Einnahme des Methadons hinwirken würde, auch wenn es dem Patienten zwischenzeitlich gut geht. Nur so kann nach Erfahrung der Bediensteten die physische und psychische Stabilisierung von substituierten Gefangenen gewährleistet und eine längerfristige Perspektive entwickelt werden (B3,B4,1:17-28).

8. Überforderung des Vollzuges mit der Substitution

Nach Meinung der Bediensteten ist der Strafvollzug mit der Substitutionsbehandlung, schon allein durch die große Anzahl der substituierten Gefangenen, überfordert:

„Ja das ist also eine allgemeine Überforderung, schätze ich, das ganze Programm überfordert sämtliche Personen hier. Es geht hier los, im Laz erfahre ich oft die gleiche Lähmung, teilweise auch schon Gleichgültigkeit, weil es sind ja mehr oder weniger die bekannten Personen, die substituiert werden Es ist eine Lethargie da, und man selber kann es ja nachvollziehen, aber im Grunde genommen will man ja auch, daß einem geholfen wird, bzw. dem Insassen. Und aus diesem entsteht eigentlich nichts. Und das ist irgendwo schon ein stückweit Lähmung allgemein.“ (B1,6:32-40)

„Es wird ja eine ganze Menge substituiert, es ist ja nun mal nicht, daß es hier 10 in der Anstalt sind, das wäre wünschenswert oder traumhaft, aber es sind ja weiß Gott wesentlich mehr. Und wenn man dann die Summe des Ganzen sieht, ist das schon ..., wenn man das Personal sieht, was haben wir an Psychologen, wie sind sie vor Ort, dann finde ich, das eine totale Überforderung vorprogrammiert ist.“ (B1,7:1-6)

„Ja, stimmt, weil als Psychologe ist im Lazarett nur einer zuständig, für die ganze Anstalt, für die Substitution oder für Drogenabhängige, bis auf den Arzt.“ (B2,10:45-46)

„Man darf aber auch nicht vergessen, das ist hier keine therapeutische Anstalt. Ich weiß nicht, wir sagen ja auch schon ‚Zweigstelle Ost‘¹, das ist immer unser Schlagruf. Und das kann es nicht sein.“ (B1,11:1-3)

1 Gemeint ist das Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentralkrankenhauses Bremen Ost.

Abgesehen von der Methadonabgabe kann darüber hinaus kaum wirkliche Hilfe geleistet werden. Die Bediensteten vermuten, daß die verantwortlichen Personen sich mit der Einführung der Substitution nur wenig Gedanken über die Konsequenzen gemacht haben. Zum einen gibt es, im Hinblick auf die Anzahl der Substituierten, zu wenig therapeutisches Personal, darüber hinaus ist es nach Ansicht der Befragten grundsätzlich schwierig, im Strafvollzug therapeutisch arbeiten zu wollen, weil die meisten drogenabhängigen Gefangenen die elementarsten Dinge nicht gelernt haben und deshalb einer kontinuierlichen Begleitung durch den Alltag bedürften, die der Vollzug nicht leisten kann. Auch wurde unterschätzt, daß Gefangene mehrfach während ihrer Haftzeit substituiert werden und somit die Anzahl der in Behandlung stehenden Personen konstant hoch ist.

„Man sagte sich wahrscheinlich, wir haben ja 2, 3 Psychologen, wir haben den Arzt, der über dieses Programm Bescheid weiß, daß aber letztendlich die Einzelfälle, die da rübermarschieren und die Problematik haben, daß das alles geballt sein könnte und daß das nicht nur mit einer Substitution während der Inhaftierung getan ist, sondern daß es mehrfach erfolgt, darüber hat man sich, ich will jetzt nicht sagen, keine Gedanken gemacht, aber man hat es vielleicht unterschätzt. Und vor allen Dingen, und da kommen wir wieder zum Anfang, werden diese Probleme auf uns abgewälzt. Also, das kann es auch nicht sein. Weil, wir haben dieses Programm ja nicht gewollt. Es wurde uns ja aufdiktiert.“ (B1,10:1-11)

Die mit der Substitutionsbehandlung bestehenden Probleme, vor allem bei der Abdosierung und beim Entzug von Methadon, sind durch Fehleinschätzungen der Verantwortlichen entstanden, müssen aber zwangsläufig von den Bediensteten ausgetragen werden, obwohl sie an der Substitution eigentlich nicht beteiligt sind. Aus dieser Überforderung resultiert, trotz der spürbaren Verbesserung des Vollzugsalltages infolge der Substitution, die Skepsis dieser Behandlungsmaßnahme gegenüber.

9. Gleichstellung Drogenabhängige/Nichtabhängige

Die Substitutionsbehandlung verbessert nach der Erfahrung der Bediensteten nicht das Legalverhalten der Gefangenen. Obwohl der Vollzug bei Personen, die mit Methadon behandelt werden, eine bessere Prognose unterstellt als bei nicht behandelten Drogenabhängigen und damit auch die Möglichkeit der Gewährung von Vollzugslockerungen einhergeht, die anderen drogenabhängigen Gefangenen verwehrt bleiben, kommt es aufgrund des nach wie vor

praktizierten Beigebrauchs, auch während der Methadonbehandlung, zu strafbaren Handlungen, die die Einschränkung oder Streichung der Lockerungen zur Folge haben.

„Also im Grunde genommen, könnte man sagen, in der Mehrzahl nein. Weil die Substituierten schneller mal rückfällig werden, schneller mal straffällig werden, auch während der Lockerung, d.h. es wirft sie auch immer wieder um Lichtjahre zurück. Aber das hat jetzt nichts mit Substitution allein zu tun, sondern allgemein mit Drogenabhängigkeit. Also, da sag ich ein ganz klares Nein, weil solche Insassen trotzdem noch Beigebrauch haben, mehr oder minder.“ (B1,11:9-14)

10. Offener Vollzug (Fuchsberg)

Die Situation im offenen Vollzug stellt an die Gefangenen, neben den unter Punkt 5 und 7 bereits geschilderten Problemen im Bereich Arbeit und Entzug, besondere Anforderungen. Die Verlegung aus dem geschlossenen Bereich in den offenen Vollzug, der außerhalb der Gefängnismauern untergebracht ist und allein schon durch das äußere Erscheinungsbild mit viel Grün und kleinen Wohnhäusern (den sog. Pavillons) freundlicher wirkt, stellt für die Gefangenen oft einen Erfolg dar, der durch unauffälliges, angepaßtes Verhalten im geschlossenen Vollzug ermöglicht wurde. Die Bediensteten des offenen Vollzugs machen daher häufig die Erfahrung, daß Substituierte optimistisch gestimmt, voller Tatendrang und guter Vorsätze in den offenen Vollzug kommen. Nach nur wenigen Tagen schlägt die Stimmung um, die Substituierten merken, daß die ungewohnte Freiheit entgegen ihren Erwartungen zunächst einmal auch bedeutet, keine schnellen Erfolge zu erzielen. Hinzu kommt die Möglichkeit, sich im offenen Vollzug weitgehend der Kontrolle durch die Bediensteten entziehen zu können. Die ungewohnte Situation und die zunächst einmal enttäuschten Hoffnungen verleiten schnell wieder zu einem Rückfall, der unter Umständen die Rückverlegung in den geschlossenen Vollzug bedeuten kann.

Die ungewohnte Freiheit, verbunden mit häufigen Ausgängen, lassen den Gefangenen schnell feststellen, daß ihm drogenfreie und unproblematische Kontakte nach draußen fehlen. In den meisten Fällen wird daher wieder Kontakt mit den Bekannten aus der Drogenszene aufgenommen. Die befragten Bediensteten stellen fest, daß Gefangene oft alkoholisiert von diesen Ausgängen wiederkommen. Vermutet wird auch häufiger Drogenmißbrauch, der allerdings aus der Entfernung, wenn die Gefangenen das Tor passieren, schwerer

zu erkennen ist. Oft wird Alkohol- und vor allem Drogenmißbrauch gar nicht erkannt, weil sich Gefangene im offenen Vollzug unbemerkt in ihren Raum zurückziehen können.

Daneben sind substituierte Gefangene des offenen Vollzuges von organisatorischen Regelungen betroffen, die als Nachteil empfunden werden. Seit Januar 1998 dürfen Gefangene des offenen Vollzuges nicht mehr die geschlossene Anstalt betreten. Grund hierfür ist die Sorge, daß Drogen und ähnliches in die Anstalt geschmuggelt werden könnte. Da sich der medizinische Dienst in der geschlossenen Anstalt befindet, wird die tägliche Methadonabgabe für Substituierte des offenen Vollzuges im Transporterhaus, im Pfortenbereich, durchgeführt, ebenso wie für extern Substituierte. Ein Sanitäter des Medizinischen Dienstes gibt dort das Methadon aus und nimmt gegebenenfalls Urinkontrollen ab.

Auch Gespräche mit einem Psychologen des Medizinischen Dienstes sind nur eingeschränkt möglich. Wie für alle Gefangenen gilt, daß hierfür ein Antrag geschrieben werden muß. Nach der üblichen Wartezeit für einen Termin, sind Gefangene des offenen Vollzuges auf einen Bediensteten angewiesen, der sie zum Medizinischen Dienst hinüberbegleitet, was nicht immer reibungslos funktioniert. Seit der Verfügung, nach der Gefangene des offenen Vollzuges die geschlossene Anstalt nicht mehr betreten dürfen, hat sich das Gefühl verstärkt, unerwünscht zu sein und ausgegrenzt zu werden. Damit verliert sich schnell das Interesse und die Nachfrage an psychosozialer Begleitung durch den Medizinischen Dienst der Anstalt. Die Substitution für diese Gefangenen wird damit zur reinen Versorgung mit Methadon reduziert, ohne weiteren Anspruch oder Anbindung an den Medizinischen Dienst. Für die Substituierten entsteht der Eindruck, den Medizinischen Dienst interessiert es gar nicht wie es mit dem Patienten weitergeht.

Aus der Sicht der Bediensteten ist es unverständlich, wieso die Ausgrenzung der Gefangenen des offenen Vollzuges nicht durch die vermehrte Anwesenheit eines Psychologen im offenen Vollzug ausgeglichen wird, da es dort kein medizinisch oder psychologisch geschultes Personal gibt und die Substituierten somit sich selbst überlassen sind. Die Bediensteten versuchen zwar mit den betreffenden Personen im Gespräch zu bleiben, werden von diesen zumindest in Krisensituationen nicht als kompetente Gesprächspartner wahrgenommen, weil ihnen die notwendigen Fachkenntnisse fehlen.

Auch im offenen Vollzug wird die Substitution zwar als große Erleichterung, nicht aber als die Lösung schlechthin empfunden. Methadon ist notwendig,

kritisiert wird aber, daß die Substituierten viel zu sehr auf sich allein gestellt bleiben, eine engere Anbindung an den Medizinischen Dienst und psychologisch geschultes Personal erforderlich wäre, aber nicht erfolgt. Neben einer engeren Anbindung an den Medizinischen Dienst, wäre es aus der Erfahrung der Bediensteten auch erforderlich, mehr Zeit für den Einzelfall zu haben, da oft auch praktische Hilfen für die Bewältigung von Alltagsproblemen nötig wären wie z.B. Begleitung bei Behördengängen, solange bis die Gefangenen in der Lage sind, zunehmend für sich selbst zu sorgen. Optimal wäre es nach ihrer Einschätzung, wenn es einen getrennten Bereich für Substituierte gäbe, in dem intensiv und kompetent mit ihnen gearbeitet werden könnte.

3.3 Substitution aus ärztlicher Sicht

Das Strafvollzugsgesetz regelt in den §§ 56-66 die medizinische Versorgung von Gefangenen. Danach ist die Vollzugsbehörde verpflichtet, für die körperliche und geistige Gesundheit von Gefangenen zu sorgen (§ 56, Abs. 1 StVollzG), umgekehrt besteht eine Verpflichtung der Gefangenen, die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen (§ 56, Abs. 2 StVollzG). Für die gesundheitliche Betreuung der Gefangenen ist ausschließlich der Anstaltsarzt zuständig und verantwortlich. In Bremen gehört der Medizinische Dienst zum Landeseigenbetrieb Justiz-Dienstleistungen. Die Aufgabe der Gesundheitsfürsorge wird im Auftrag der Justizvollzugsanstalt wahrgenommen, eine Weisungsbefugnis der Anstaltsleitung besteht nicht. Zwar ist die Anstaltsleitung für den gesamten Vollzug zuständig, nicht aber für den Aufgabenbereich der ärztlichen Versorgung. Die Gesundheitsfürsorge richtet sich nach den Vorgaben der Krankenkassen, jedoch unterliegt der Anstaltsarzt nicht dem Kassenarztrecht, zudem haben Inhaftierte, mit Ausnahme der Berufsfreigänger, nicht die Möglichkeit einer freien Arztwahl. Begründet wird dies mit Befürchtungen, nach denen freie Ärzte, die mit den Besonderheiten des Vollzugs nicht vertraut sind, gegen den Anstaltsarzt ausgespielt werden könnten, um sachlich ungerechtfertigte Leistungen oder Vorteile zu erhalten, die die Gefangenen über den Anstaltsarzt nicht erhalten könnten. Danach würde die freie Arztwahl die Gefahr des Medikamentenmißbrauchs und -handels in der Anstalt erhöhen (Callies/Müller-Dietz 1998: 380f). Der Anstaltsarzt ist damit im medizinischen Bereich der alleinige Ansprechpartner für die Gefangenen, er entscheidet auch darüber, ob eine Behandlung durch einen Facharzt erforderlich ist. Die Regeln der kassenärztlichen Ver-

sorgung werden erst wieder maßgeblich, wenn eine im Vollzug begonnene Behandlung nach der Entlassung aus der Haft fortgesetzt werden soll.

Es wurden zwei Ärzte befragt, der leitende Anstaltsarzt, der auch für die Substitution verantwortlich ist, und der Anstaltsarzt der JVA Bremerhaven, der gleichzeitig einer Tätigkeit am Gesundheitsamt der Stadt nachgeht.

Themen der Gespräche waren:

1. Einschätzung zum Erfolg der Substitution
2. Behandlungsvoraussetzungen
3. Arzt-Patienten-Verhältnis
4. Anbindung an den Arzt
5. Zusatzmedikation
6. Umgang mit Beigebrauch
7. psychosoziale Begleitung
8. Verbesserungsbedarf
9. Probleme in der JVA Bremerhaven

1. Einschätzung zum Erfolg der Substitution

Die mit der Methadonsubstitution angestrebten Ziele im Sinne von „harm-reduction“, also das Überleben der abhängigen Gefangenen zu sichern, den allgemeinen Gesundheitszustand zu bessern und zu stabilisieren sowie das Infektionsrisiko im Vollzug zu mindern, werden nach Aussage der beteiligten Ärzte weitgehend erreicht. Durch die Substitution werden die betreffenden Personen vom ständigen Druck befreit, sich im Vollzug Drogen organisieren zu müssen, damit wird auch die psychische Belastung reduziert, die Haftzeit wird erträglicher. Der intravenöse Konsum von Heroin ist nach ärztlicher Einschätzung tatsächlich zurückgegangen.

„Das kommt immer auf die beiden Aspekte an: das eine ist im Sinne von maintenance, Lebenserhaltung und Minderung von Ansteckung, Erhaltung der eigenen Gesundheit und der der anderen ... Damit bin ich sehr zufrieden. Das heißt, es wird wirklich seltener Heroin gespritzt, und damit ist die Gefahr der Weitergabe vermindert.“ (1:29-33)

Das Ziel, über die Substitution eine Verhaltensänderung der Drogenabhängigen hin zum selbstverantwortlichen risikoarmen Umgang mit Drogen zu bewirken, gegebenenfalls bis zur Abstinenz, wird kritischer beurteilt:

„Bei diesen Leuten hat sich ganz grob abgeschätzt gezeigt, daß es ein Drittel gibt, die in der Tat einen Vorteil daraus haben, auch ohne Unterstützung.“

D.h. für die ist es wirklich eine entscheidende Unterstützung, sich zu integrieren, aus der Szene rauszukommen, aus den Delinquenzgeschichten.

Dann gibt es ein weiteres Drittel, die mit geeigneter Unterstützung ein Stück weiter kommen. Die brauchen Unterstützung, sprechen auf Unterstützung auch ganz gut an, mal besser, mal schlechter, mit vielen Fallern, mit vielen Störungen, aber in der Tendenz schon günstig. Auch wenn sie noch mal wieder kommen, sind es aber eher so Hühnerdiebstähle oder Kleinkram. Mit den Leuten kann man auch noch ganz zufrieden sein.

Und dann gibt es das letzte Drittel, bei denen überhaupt Hopfen und Malz verloren ist, die Methadon als das sechste oder zwölfte Gift nehmen und bei denen man sich diesen psychosozialen Therapiegedanken wirklich schenken kann. Das wird nichts. Vielleicht wird es später was. Da trifft aber ja wieder zu, daß die lebenserhaltenden Maßnahmen greifen, dann können sie sich wenigstens kein Hepatitis oder HIV in der Zeit holen, oder zumindest vermindert.

Also im Ganzen hat die Substitution sicherlich eine Verminderung des Drogengebrauchs, Integration gebracht, aber auch immer mit Zurückhaltung zu beurteilen.“ (1:39-42,2:1-15)

2. Behandlungsvoraussetzungen

Die NUB-Richtlinien, das sind die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um eine Substitution über die Krankenkasse bezahlt zu bekommen, gelten auch im Strafvollzug. Anders als bei Behandlungen beim niedergelassenen Arzt, sind diese Richtlinien im Strafvollzug aber nicht die vorrangigen Kriterien, nach denen substituiert wird. Ausschlaggebend sind vor allem psychosoziale Gründe und die Länge der Haftstrafe. Substituiert wird auch im Sinne eines niedrigschwelligen Angebots auf Wunsch des Patienten.

3. Arzt-Patienten-Verhältnis

Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Vollzug ist erschwert dadurch, daß es keine freie Arztwahl gibt. Daher kann es von vornherein kein ebensolches Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt geben wie draußen. Das Vertrauen ist nicht nur auf der Seite der Patienten eingeschränkt, da der Anstaltsarzt für sie gezwungenermaßen der einzige Ansprechpartner in medizinischen Fragen ist, sondern umgekehrt ist auch aus ärztlicher Sicht immer Skepsis

angebracht, da im Vollzug besonders die Gefahr gegeben ist, daß Ärzte für die Zwecke des Patienten instrumentalisiert werden.

Mit der Substitution hat sich der Zugang zu drogenabhängigen Gefangenen verbessert:

„Heroin hat immer den Zugang erschwert. Ich hab hier ja früher ausschließlich mit aktiven Konsumenten zu tun gehabt und das war schlimm. Also mit Methadon kann man schon sehr viel vernünftiger Arbeit machen, man kann viel besser mit den Leuten verhandeln.“ (2:17-20)

Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird besonders belastet, wenn Inhaftierte aus dem Angebot der Substitution einen Rechtsanspruch auf eine solche Behandlung für sich ableiten:

„Allerdings verwandelt sich das manchmal auch so, daß am Ende ein Rechtsanspruch rauskommt. Daß man meint, ich habe Anspruch auf Methadon und jetzt brauch ich das. Regeln gelten sozusagen nicht mehr. Es muß den betroffenen immer wieder deutlich gemacht werden, daß der Arzt eine Verantwortung übernimmt, daß er ja ein an sich verbotenes Gift ausgibt, mit gewissen therapeutischen Vorstellungen, und daß er schon sicher sein muß, daß das auch klappt, daß Mitarbeit dann auch funktioniert. Und wenn das so ein Anspruchsdenken geworden ist, dann läuft das nicht mehr so.“ (2:21-29)

In einem solchen Fall fehlt das für die Diagnose und Therapie erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, der Patient sieht im Falle einer Ablehnung in dem Arzt einen Gegner, der Hilfe verweigert. Der Arzt wiederum ist gezwungen seine Entscheidung zu rechtfertigen und daran zu erinnern, daß bestehende Regeln einer medizinischen Behandlung nicht beliebig sind. Dieses Problem stellt sich auch bei der Verordnung zusätzlicher Medikamente, die im Vollzug aus ärztlicher Sicht stringenter ausgelegt werden kann als bei den niedergelassenen Ärzten. Da die Patienten auf den Anstaltsarzt angewiesen sind und keine Ausweichmöglichkeit haben, sehen sich die Ärzte häufig unnötigen Verhandlungen ausgesetzt, in deren Verlauf sie nicht mit der Einsicht der Patienten rechnen können.

4. Anbindung an den Arzt

Hinsichtlich der Notwendigkeit regelmäßiger Arztkonsultationen gibt es unterschiedliche Auffassungen²:

„Das ist auch immer so ein Streit, wie eng man die Leute an sich bindet. Wenn ich die dauernd zu mir her zitiere, dann unterstütz ich damit auch nicht ihre Selbstentscheidungsfähigkeit. Auf der anderen Seite, sie so unkontrolliert und unbeaufsichtigt rummachen zu lassen, ist auch nicht in Ordnung.“ (3:25-29)

Ob substituierte Patienten den Arzt aufsuchen, bleibt ihrer eigenen Entscheidung überlassen. Es gibt bislang keine regelmäßige Anbindung an die Sprechstunde, die zweimal wöchentlich von allen Gefangenen in Anspruch genommen werden kann. Das Prinzip der Freiwilligkeit steht im Vordergrund. Die morgendliche Methadonabgabe erfolgt durch das Personal des Medizinischen Dienstes, daher kann es vorkommen, daß ein Patient über einen längeren Zeitraum substituiert wird, ohne zwischenzeitlich beim Arzt vorstellig zu werden.

Anders stellt sich die Situation in der JVA Bremerhaven dar. Dort ist der substituierende Arzt bei der täglichen Methadonabgabe, in Ausnahmefällen auch am Wochenende, anwesend. Nach seinen Informationen wird die ärztliche Anwesenheit von den Substituierten oft im Sinne einer Sprechstunde genutzt, um bestehende Fragen schnell zu klären. Dies wird dann gegebenenfalls zum Anlaß genommen, den Gefangenen in die Sprechstunde zu bitten, in der das Anliegen mit mehr Zeit und Ruhe besprochen werden kann. Durch die regelmäßige Anwesenheit des Arztes auch bei der Abgabe, besteht in Bremerhaven mehr Kontakt zu den Substituierten als in Bremen.

Um die Anbindung an die Sprechstunde nicht ganz der Initiative der Gefangenen zu überlassen, soll in Zukunft jeder Patient einmal im Monat beim Arzt vorstellig werden:

„Wobei wir das noch ein bißchen koordinieren wollen. Wir wollen einen Ausweis erstellen, ..., in dem einmal pro Monat ein Gesprächstermin dokumentiert wird durch Unterschrift. Also einmal pro Monat muß jeder beim Arzt erscheinen. Das ist in Planung, und der Ausweis ist fertig, er muß nur noch gedruckt werden.“ (3:32-36)

2 Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BTMVV 1998) sieht nach § 5, Abs. 2 vor, daß Patienten den behandelnden Arzt mindestens einmal wöchentlich konsultieren.

5. Zusatzmedikation

Mit der Substitution soll der Drogenkonsum auf eine Substanz, Methadon, reduziert und auf eine längerfristige Zusatzmedikation verzichtet werden. Eine ausreichende Dosierung ist wichtig, um das Heroinentzugssyndrom, den „Heroinhunger“, zu unterbinden, was aus ärztlicher Sicht bei etwa sechs bis acht ml Methadon erreicht wird. Nur bei medizinisch begründeten Ausnahmen, z.B. bei Tabletten- oder Alkoholabhängigen, werden zusätzlich zum Methadon Medikamente verschrieben, die die Entzugsbeschwerden lindern.

Die substituierenden Ärzte im Vollzug sehen sich allerdings häufig Forderungen der Gefangenen nach zusätzlichen Medikamenten ausgesetzt, die nicht auf die Verminderung von Entzugsbeschwerden zurückzuführen sind:

*„Es wird allerdings oft auch gewünscht, mal schlafen zu können, und das hat dann gar nicht viel mit Entzug oder der Behandlung von Entzugsbeschwerden zu tun, sondern man möchte mal zwischendurch ein bißchen platt sein.“
(1:15-18)*

Der Wunsch nach Zusatzmedikation steht in diesem Fall mit dem Ziel der Behandlung, süchtiges Verhalten zu unterbrechen, in Widerspruch. Entsprechende Forderungen können allerdings durchgesetzt werden, wenn die Situation im Vollzug zu eskalieren droht, in diesen Fällen sehen sich die Ärzte gezwungen, zumindest vorübergehend Psychopharmaka zu verschreiben, ebenso in Fällen, in denen Substituierte vor akuten persönlichen Schwierigkeiten stehen, die anders noch nicht durchgehalten werden können.

6. Beigebrauch

Der Beigebrauch zusätzlicher Drogen zum Methadon ist aus zwei Gründen verboten: Mit der Substitution soll süchtiges Verhalten unterbrochen werden, fortgesetzter Beigebrauch bedeutet eine Fortsetzung des bisherigen Verhaltens. Außerdem kann Methadon zwar dauerhaft und in höheren Dosierungen eingenommen werden, ohne daß es zu gesundheitlichen Schäden kommt. Die gleichzeitige Einnahme von anderen Drogen kann aber durch die Verstärkung der Methadonwirkung auf das Atemzentrum zu gefährlichen Vergiftungsercheinungen führen (Atemdepression, -stillstand):

„Methadon plus irgendetwas noch dazu, ..., macht Verschuß von Psyche und bewirkt Verdrängung und alle diese psychologischen Abwehrmaßnahmen. Und das ist nicht im Sinne des Erfinders. Außerdem können die Dosen miteinander korrespondieren, sie können sich potenzieren, so daß Vergiftungser-

scheinungen auftreten. Das ist ein zweiter Grund dafür, Beigebrauch zu verbieten. Entscheidend ist sicherlich, daß Methadon plus Beigebrauch süchtiges Verhalten fortsetzt.“ (2:40-46)

Das Verbot wird anhand von Urinkontrollen, die etwa einmal monatlich pro Patient durchgeführt werden, überwacht. Der Umgang mit positiven Urinkontrollen hat sich verschärft:

„Früher haben wir immer gesagt, nach einer positiven Urinkontrolle gibt es die gelbe Karte, eine Verwarnung. Und das hat sich dann so entwickelt, daß am Ende der Eindruck vorherrschte, einmal darf man. Und das haben wir nicht mehr unterstützen wollen, einmal darf man eben nicht, sondern man darf keinmal. Es fliegt jetzt raus, wer neben Methadon unerlaubte Substanzen nimmt. Denn darauf kommt es ja an, süchtiges Verhalten zu unterbrechen. Wenn ich Streß habe im Vollzug, mit der Freundin, im Gericht, dann muß ich mich dem stellen. Dann muß ich damit irgendwie arbeiten. Und dann kann ich mich nicht zudröhnen.“ (2:31-39)

Während früher der nachgewiesene Beigebrauch als Anlaß genommen wurde, mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen, ihn darin zu bestärken, sich bei Problemen an entsprechende Personen im Medizinischen Dienst oder im Vollzug zu wenden, die Unterstützung bieten können, gilt seit dem 1. Januar 1998 die Verfügung im Medizinischen Dienst, daß eine Substitutionsbehandlung bei nachgewiesenem Beigebrauch abgebrochen wird. Diese Verfügung gilt im gesamten Bremer Vollzug, in Bremerhaven wurde sie mit kurzer zeitlicher Verzögerung eingeführt. Dieses konsequente Vorgehen schien aus ärztlicher Sicht erforderlich, weil das Verbot des zusätzlichen Drogenkonsums nicht ernst genug genommen wurde. Ihrer Erfahrung nach besteht ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Dosierung und dem Beigebrauch:

„Als Faustregel kann man davon ausgehen, daß das Drittel, das kein Interesse hat, auch hochdosiert ist (über zehn ml), die wollen immer mehr und wollen Beigebrauch. Das mittlere Drittel, das so einigermaßen kooperationswillig ist und zielstrebig, die finden sich in einer Dosis zwischen fünf und zehn ml, also eine moderate Dosis und haben wechselnd Beigebrauch. Und die, die da voll durch wollen, die sind unter fünf ml und haben keinen Beigebrauch.“ (3:10-15)

Der Umgang mit entdecktem Beigebrauch hat sich seit Januar 1998 zwar verschärft, es kommt aber, entgegen der Ankündigung, nicht in jedem Fall zu einem Behandlungsabbruch. In einem Gespräch läßt sich der Beigebrauch

möglicherweise erklären und in besonderen Krisensituationen auch tolerieren, vorausgesetzt es besteht ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient:

„... die Ergebnisse (der Urinkontrollen, A. d. V.) sind dann auch immer Gegenstand im ärztlichen Gespräch. Wenn man sich schon lange kennt, wenn man weiß wie das so läuft, wenn man schon Vertrauen hat, dann ist es ja auch nicht immer so, daß man automatisch die rote Karte zückt.“ (4:19-22)

7. Psychosoziale Begleitung

Für substituierte Gefangene ist die Teilnahme an psychosozialen Angeboten nicht verpflichtend. Die Freiwilligkeit für eine solche Teilnahme wird als sehr wichtig angesehen. Bei der Aufnahme in die Substitutionsbehandlung werden die Patienten über entsprechende externe und interne Angebote informiert. Im Medizinischen Dienst wird davon ausgegangen, daß die Entscheidung beim Patienten liegen muß, ob und welche Angebote des Medizinischen Dienstes und der Anstalt er in Anspruch nehmen will. Der Arzt erhält keine Rückmeldung, es sei denn durch den Patienten:

„Das ist ja nicht Bedingung. Er muß es nicht unbedingt machen und wenn er es macht, krieg ich das nicht unbedingt mit. D.h. wir sprechen schon drüber, wenn wir uns mal wieder sehen Und wenn einer ein Problem hat, dann muß er sich eben melden.“ (4:12-16)

„Und dann stellt sich eben die Frage, ob man das Standard oder Deluxe machen will. Standard wäre Maintenance, also reine Erhaltung, Lebenserhaltung, und gucken, daß es so gut wie möglich läuft. Aber wer mehr davon haben will, die Deluxe-Version, der kann das ja tun.“ (4:33-36)

Psychosoziale Betreuung besteht innerhalb der Anstalt (zum Zeitpunkt der Untersuchung) vor allem in Therapeutischen Gesprächen mit Psychologen des Medizinischen Dienstes und in einem kunsttherapeutischen Angebot. Dieses Angebot wird als ausreichend angesehen, ist aber zum Teil abhängig von der Bewilligung von Honorarmitteln. Anfang der 90er Jahre gab es, aus ärztlicher Sicht, ein gutes Angebot an Kunsttherapie, Bewegungstherapie und Yoga, das aus vollzuglichen Sicherheitsaspekten eingeschränkt worden ist.

„Aber psychosoziale Begleitung muß immer wieder angepaßt werden. Es sollte möglichst durch externe Kräfte erfolgen und nicht nur ein Gesprächsangebot, sondern auch ein Handlungsangebot durch Tanztherapie, Bewegungsübungen, Kunsttherapie usw. beinhalten.“ (3:41-44)

Die bisherige Praxis, Bedienstete des Vollzugs, die sogenannten Ansprechpartner, zum psychosozialen Angebot zu zählen, hat sich nicht bewährt:

„Es gibt Ansprechpartner, die im Vollzug Ansprechpartner sind ... für voll-zugliche Fragen. Das sind aber nicht unbedingt die Ansprechpartner, die für uns interessant sind. Das muß noch verbessert werden und überhaupt richtig etabliert werden. Jeder soll einen Ansprechpartner haben, und die sollen sich regelmäßig treffen. Immer wenn ein Problem ist, soll der Patient mit seinem Ansprechpartner zum Arzt gehen. So ein Dreierbündnis, vernetzt und unterstützend.“ (4:1-9)

Nach der Vorstellung des leitenden Arztes sollten die Ansprechpartner mehr als bisher in die Kommunikation zwischen Arzt und Patient einbezogen werden.

Die internen psychosozialen Angebote der Anstalt sind nicht ausschließlich für Substituierte:

„Das ist ja sowieso ein psychotherapeutisches Prinzip, daß man nicht immer so fokussieren muß auf das eine Problem. Methadon soll bewirken, daß Heroin und Drogengebrauch aus dem Fokus kommt, und daß man sich um andere Dinge kümmern muß, um Arbeit, Beziehungsaufnahme, um eigenes Verhalten gegenüber Mitbürgern, Berufsausbildung, Fortbildung, Wohnungssuche usw. Insofern soll durch die Substitution die Droge immer mehr in den Hintergrund treten und nicht mehr das Bestimmende sein. Das Bedürfnis wird abgedeckt und fertig.“ (4:38-42;5:1-2)

Die Möglichkeiten mit psychosozialer Begleitung eine Verhaltensänderung der Abhängigen, hin zu mehr Selbstkompetenz, zu erreichen, werden aufgrund der bestehenden Entwicklungsdefizite bei den Drogenabhängigen zurückhaltend beurteilt:

„... diese Menschen, die ja im psychologischen Sinne eine Frühstörung haben, (verfügen) über wenig strukturelles Grundgerüst, auf das dann erzieherisch, therapeutisch ... eingewirkt werden kann. Also eigentlich müßte man sie ständig an die Hand nehmen, dann geht das auch, in einer engen Anbindung oder zumindest zuverlässigen Anbindung. Und wenn sie das nicht haben sagen wir mal so, die Möglichkeiten, in dieser Hinsicht nachhaltig was zu verbessern, sind sehr zurückhaltend zu beurteilen. Das sieht man auch bei psychotherapeutischen Patienten, die selbst keine Drogenabhängigen sind, sondern nur so ein strukturelles Ich-Persönlichkeitsproblem haben, daß deren Möglichkeit, selbst stabil zu bleiben, aus eigenem Antrieb und aus

eigenem psychophysischen Grund, aus einer Rücklage heraus, es selber zu können, das ist dann schon äußerst schwer. Und je früher das Entwicklungsdefizit ist, umso schwieriger ist das dann. Und hier haben Sie ja, wenn Sie die Annamesen sehen, häufig schwer gestörte Entwicklungen.“ (5:39-43;6:1-9)

8. Verbesserungsbedarf

Verbesserungsbedarf an der derzeitigen Substitutionspraxis wird vor allem darin gesehen, daß die psychosoziale Begleitung durchgehend angeboten wird und eine engere Anbindung an den Arzt erfolgt. Aus ärztlicher Sicht bleibt die Substitution unbefriedigend, wenn mit ihrer Hilfe zwar der Beschaffungsdruck, die Aggressivität gelindert und eine gewisse Lebensqualität im Vollzug erreicht wird, sie aber keine Motivation für den Patienten darstellt, sich mit der Suchtproblematik auseinanderzusetzen. Bei Gefangenen, die kein eigenes Interesse an einer Verhaltensänderung haben, wäre aus Sicht des leitenden Arztes deshalb eine Heroinverschreibung die sinnvollere Alternative (Fritsch 1997), weil es die Droge ist, die die Abhängigen eigentlich wollen, darüber hinaus ist Heroin eine chemisch reine Substanz, mit der Abhängige über Jahre verkehrsfähig bleiben, wenn sie geordnet konsumiert wird.

9. Probleme in der JVA Bremerhaven

Aus der Sicht des behandelnden Arztes in der JVA Bremerhaven bestehen Probleme vor allem a) in der unterschiedlichen Substitutionspraxis zwischen Anstalt und den niedergelassenen Ärzten, b) in der Wiederaufnahme des alten Lebensstils nach der Entlassung aus der Haft, c) bei Verlegungen von Patienten von einer Justizvollzugsanstalt in eine andere und d) bei der Weiterbehandlung von Bremer Gefangenen nach der Haftentlassung.

- a) Die niedergelassenen Ärzte verschreiben zum Teil sehr hohe Dosierungen und viele Begleitmedikamente. Das erschwert bei einer Inhaftierung die Durchsetzung einer stringenten Behandlung im Vollzug, da die Abhängigen auf die bisherige Behandlung durch ihren Arzt verweisen und sich häufig gegen die Reduzierung der Dosierung auf ein vertretbares Maß und gegen das Absetzen der Begleitmedikamente wehren. Der Arzt sieht sich damit ständigen und aus seiner Sicht unnötigen Verhandlungen mit den Patienten ausgesetzt. Es besteht daher der Bedarf an einer besseren Abstimmung in Hinblick auf die Höhe der Dosierung und auf die zusätzliche Verordnung von Medikamenten. Auch bei der Tolerierung des Beigebrauchs von Drogen scheint es eine unterschiedliche Praxis

zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Vollzug zu geben, was die Arbeit mit den substituierten Gefangenen erschwert, da im Vollzug der Beigebruch nur in Ausnahmefällen vorkommen darf.

- b) Nach den Erfahrungen des Arztes nehmen die Substituierten den Beigebruch nach der Entlassung aus der Haft wieder auf, begehen erneut Straftaten und werden schnell wieder inhaftiert. D.h. der Drehtüreffekt, der gerade mit Hilfe der Substitution unterbrochen werden sollte, ist nach wie vor wirksam.
- c) Bei Verlegungen verfügt der Arzt oft über keine Vorinformation über den Patienten. Besonders am Wochenende, wenn sämtliche Unterlagen noch fehlen und Rückfragen beim behandelnden Arzt nicht möglich sind, ist der Arzt auf seinen persönlichen Eindruck angewiesen und auf die Informationen des Patienten.
- d) Bei Personen aus Bremen, die in Bremerhaven inhaftiert sind, ist nach der Entlassung eine Fortsetzung der Substitution nicht gewährleistet. Dieses Problem wird von externen Drogenberatern versucht zu lösen.

3.4 Substitution aus psychologischer Sicht

Zu den Erfahrungen mit dem Substitutionsprogramm im Vollzug wurde der verantwortliche Psychologe im Medizinischen Dienst befragt. Themen des Gespräches waren:

- 1. Einschätzung zum Erfolg der Substitution
- 2. Verhältnis Ärztlicher Dienst/Vollzugsanstalt
- 3. Entwicklung der psychosozialen Betreuungsdichte seit Einführung des Programms
 - 3.1 Psychosoziale Begleitung als freiwilliger oder verpflichtender Bestandteil der Substitution?
 - 3.2 Schaffung externer Angebote
 - 3.3 Erfolgskontrolle
 - 3.4 Problem: unzureichende Kapazitäten und Lösungsstrategien:
 - a) Umdefinition
 - b) höherschwelliges Angebot
 - c) Honorarkräfte
- 4. bestehende psychosoziale Angebote
- 5. Ansprechpartner
- 6. Umgang mit Beigebruch
- 7. vollzugliche Eingriffe in psychosoziale Angebote
- 8. Verbesserungsbedarf

1. Einschätzung zum Erfolg der Substitution

Die anfangs mit der Methadon-Substitution verfolgten Ziele, nämlich den Drogenabhängigen eine Neuorientierung und soziale Rehabilitation zu ermöglichen, indem ihnen mit Hilfe des Methadons der Suchtdruck genommen wird, werden aus Sicht des Psychologen nur begrenzt erreicht:

„Es sind ganz andere Entwicklungen eingetreten, die vorher nicht so ohne weiteres absehbar waren, z.B. daß sich ein großer Teil der Substituierten dann noch eine zusätzliche Kokainabhängigkeit anlacht und sozusagen erst richtig politoxikoman wird mit Hilfe der Grundversorgung.“ (1:1-4)

Für diese Entwicklung wird Methadon, als eine Grundversorgung für Süchtige, die dann durch den zusätzlichen Konsum weiterer Substanzen im Sinne eines Rauscherlebnisses „aufgebessert“ werden kann, mitverantwortlich gemacht. Weitere Ursachen sind in dem starken Preisverfall von Kokain und auch Heroin zu sehen, Tabletten spielen eine zunehmende Rolle.

„Also man kann, das ist meine Beobachtung, mit Hilfe von Methadon aussteigen, im Sinne der alten Ziele, daß man klar ist, daß man 24 Stunden zur Verfügung hat, daß man sich neu orientieren kann und neu Tritt fassen kann. Solche Leute kenne ich genauso, wie diejenigen, für die Methadon die Grundversorgung für die Last der Sucht bedeutet und dann natürlich draußen weiterhin auf der Szene rumstehen. Und wenn man da rumsteht, weil das die einzigen Kontakte sind, dann ist es ja blöd, da relativ nüchtern rumzustehen und die andern breit zu sehen und dann macht man halt wieder mit. So, und hier im Knast findet man gerade die, die besonders heftig betroffen sind.“ (1:14-21)

Einigen drogenabhängigen Gefangenen gelingt es, sich mit Hilfe der Substitution neu zu orientieren, häufiger finden sich in Haft jedoch diejenigen Personen, die sich auch aufgrund fehlender drogenfreier sozialer Kontakte nicht von der Drogenszene lösen können und daher trotz Methadon ihren Drogenkonsum nicht beenden.

2. Verhältnis Ärztlicher Dienst/Vollzugsanstalt

Die neue Behandlungsform der Substitution ist in einzelnen Teams des Vollzuges durch den Psychologen des Medizinischen Dienstes dargestellt worden:

„Aber daß alle erreicht worden wären, kann ich nicht sagen. Dann habe ich immer wieder an Einzelfällen versucht deutlich zu machen, was Sinn und Zweck dieser Angelegenheit ist.“ (1:29-31)

Systematische anstaltsinterne Informationsveranstaltungen für alle Mitarbeiter der Anstalt hat es nicht gegeben. Beim Medizinischen Dienst, dem allein die Verantwortung für die Durchführung der Substitutionsbehandlung übertragen wurde, besteht ein grundsätzliches Interesse, sich deutlich vom Vollzug abzugrenzen. Begründet wird dies mit dem Gebot der ärztlichen Schweigepflicht, die es einzuhalten gilt:

„Die Trennung liegt zwischen Medizinischen Dienst und Anstalt. Wir wollen eigentlich mit der Anstalt gar nicht so viel zu tun haben, weil es ja immer darum geht, die Schweigepflichtsgrenze nicht zu verletzen. Und Anfragen von der anderen Seite kommen nicht. Ich wüßte auch nicht, was da zu diskutieren wäre, ... weil das eine Allerweltsgeschichte geworden ist.“ (6:27-32)

3. Entwicklung der psychosozialen Betreuungsdichte seit Einführung des Programms

Die Einführung der Substitutionsbehandlung im Bremer Justizvollzug wurde von seiten des Senators für Justiz und Verfassung unterstützt, war also politisch gewollt. Damit der medizinische Dienst, dem diese Aufgabe übertragen worden war, auch die psychosoziale Begleitung gewährleisten konnte, wurde ihm ein Psychologe mit einem Teil seiner Arbeitszeit und ein Sozialarbeiter zugeordnet, ebenso wie zusätzliche externe Honorarkräfte, in Bremerhaven übernahm eine Mitarbeiterin eines freien Trägers die psychosoziale Begleitung.

3.1 Psychosoziale Begleitung als freiwilliger oder verpflichtender Bestandteil der Substitution?

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs 1991 und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BTMVV) ist die ambulante Methadonbehandlung zulässig, wenn sie im Rahmen eines therapeutischen Konzeptes durchgeführt wird. Es besteht damit die Notwendigkeit, Heroinabhängigen über die medizinische Substitutionsbehandlung hinaus, psychosoziale Begleitung zu ermöglichen. Das wurde bei der Einführung des Methadon-Programms im Bremer Strafvollzug in der Verantwortung des Medizinischen Dienstes auch umgesetzt.

„Das haben wir dann ja auch sehr systematisch getan. Das war eigentlich keine Pflichtveranstaltung, also wenn einer nicht gekommen ist, dann hat das nichts an der Dosierung geändert.“ (1:42-43)

Dabei gab es eine klare Programmatik, nach der drogenabhängige Gefangene, die sich substituieren lassen wollten, noch vor der Einstellung auf Methadon vollständig über die Bedingungen und den Ablauf der Behandlung informiert wurden und ein Behandlungsvertrag abzuschließen war. Während der Einstellungsphase im Lazarett wurden dann die Patienten in kleinen Gruppen (max. 6 Personen) zusammengefaßt, die sich täglich unter Leitung des Psychologen zu einer Gruppensitzung trafen, in der es vor allem um die aktuelle Befindlichkeit, Dosierung und Nebenwirkungen des Substituts und das Zusammenleben auf der Gemeinschaftszelle des Lazaretts ging. Nach Abschluß der Einstellung auf Methadon und der Rückverlegung auf die jeweiligen Vollzugsgruppen fanden die Gruppengespräche mindestens drei Monate lang einmal wöchentlich, unter Fortzählung der Arbeitsbezüge, statt.

„Wieviele Leute substituiert werden konnten, lag an dieser Kapazität, die dafür zur Verfügung gestellt worden ist.“ (2:9-10)

Die vorhandenen Kapazitäten für das psychosoziale Angebot waren ein limitierender Faktor der Substitutionsbehandlung insgesamt, was die enge Verknüpfung des psychosozialen und des medizinischen Bereichs bzw. den Stellenwert der psychosozialen Begleitung deutlich macht. Mit der Aufnahme in die Substitutionsbehandlung besteht kein Zwang zur Teilnahme an entsprechenden Angeboten, die Teilnahme ist der Konzeption nach freiwillig. Da die Substitution in der Anfangszeit aber grundsätzlich ein Kriterium für eine bessere Legalprognose war, nach dem die Nichteignungsvorbehalte aufgehoben wurden, um systematisch eine Teilnahme an externen Behandlungsgruppen zu ermöglichen, stellte sich für die Substituierten die Teilnahme an internen Angeboten doch als Notwendigkeit dar, wenn sie diese Vollzugslockerungen oder andere Vorteile (wie z.B. Verlegung in den offenen Vollzug) erhalten wollten:

„Es war am Anfang so, daß die Leute befürchtet haben, es (die psychosoziale Begleitung, A.d.V.) könnte sich auswirken auf die Substitution und von daher war da so etwas wie ein Druck, es zu tun. Das hat natürlich dazu geführt, daß in den Gruppen, die ich gemacht habe, die Leute auch wirklich regelmäßig gekommen sind, weil sie sich jetzt natürlich auch Unterstützung für Vollzugslockerungen und so etwas vorgestellt haben oder vorzeitige Entlassung.“ (2:1-5)

Die Verknüpfung von Substitution mit der Erlangung von Vorteilen im Vollzug hatte dazu geführt, daß die psychosozialen Angebote von den Substituier-

ten insgesamt kontinuierlich wahrgenommen wurden, in der Erwartung, die Anpassung an das Angebot sichere ihnen ihre Vorteile am besten.

3.2 Schaffung externer Angebote

Nach Erhalt der Vollzugslockerungen, die zunächst als Dauerausgang von zwei Monaten gewährt wurden, konnten die Substituierten einmal wöchentlich an externen Gruppen teilnehmen. Die freien Träger waren allerdings auf die Aufnahme von Häftlingen nicht vorbereitet und mußten, teilweise mit Unterstützung des Anstaltspsychologen, entsprechende Angebote erst schaffen:

„Also mindestens drei Monate hier interne Gruppen und dann immer der Versuch, Leute draußen einzubinden, in andere Gruppen. Und dafür bin ich dann ja als Handelsreisender durch die externen Träger gegangen, um zu bitten, für Gefangene, die substituiert werden, ein Gruppenangebot vorzuhalten. Ich bin da auch gewesen und hab da zum Teil auch mitgemacht. Es hat dann ja auch Honorargelder aus dem Fond für ambulante Hilfen gegeben, damit weitere Leute eingestellt werden konnten, auf Honorarbasis, um solche Angebote zu machen.“ (2:9-17)

Die ersten zwei bis drei Monate fand die externe Gruppenarbeit mit je einem Mitarbeiter der Justizvollzugsanstalt und des freien Trägers statt, bevor diese Gruppenarbeit ganz in die Verantwortung des freien Trägers überging. Nach Ablauf der zweimonatigen externen Gruppenteilnahme, konnte der Gefangene die Verlängerung des Dauerausgangs beantragen, was die Anstalt programmgemäß gewährt hat, solange das Verhalten des Gefangenen den weiteren Verlauf der Substitution nicht gefährdet.

3.3 Erfolgskontrolle

Da keine Erfahrungen mit der Methadon-Substitution vorhanden waren, bestand im Medizinischen Dienst ein großes Interesse an der Entwicklung eines Prognose-Instrumentariums, mit dessen Hilfe sich der Substitutionserfolg objektiv und standardisiert nach definierten Zeitintervallen abschätzen lassen könnte:

„Was ja fehlt insgesamt ist, daß man hinterher guckt, was ist denn eigentlich geworden? Also wie ist denn eigentlich die Entwicklung des Einzelnen mit Hilfe des Methadons und des begleitenden Angebots? Wir haben das am Anfang ja sehr intensiv gemacht. ... Also wir hatten zu Beginn immer zu dritt

ein Interview gemacht, das haben wir zu dritt ausgewertet. Wir haben uns einen eigenen Fragebogen entwickelt, danach haben wir die Prognose und so was eingeschätzt. Und nach einem halben Jahr wieder, noch mal dasselbe Interview und dann geguckt, wie war das vorher, wie war das hinterher.“ (4:7-15)

Diese Erfolgsprüfung, das sog. Pola-Abitur, war allerdings sehr aufwendig und konnte aufgrund begrenzter Kapazitäten nicht konsequent durchgeführt werden:

„Das ist einfach furchtbar arbeitsintensiv, da kommt man mit den Ressourcen nicht zu Rande.“ (4:10-11)

„Und dann erst mal die Leute kriegen, die das Interview machen, damit man das ein bißchen unabhängig hat und das Auswerten und all diese Geschichten, das übersteigt ein bißchen die Kapazität.“ (4:15-17)

„Also, ich hätte gerne den Fragebogen, den wir entwickelt haben, irgendwann mal ausgewertet, um überhaupt zu gucken, ob das geeignete Interviewfragen sind, um eine Prognose ableiten zu können.“ (5:21-24)

Von dem mit dem Forschungsinteresse einhergehenden Bemühen um die Substituierten, den kontinuierlichen Kontakten und Gesprächen, haben nach Ansicht des Psychologen, die Betroffenen profitiert:

„Aber das hat natürlich dazu geführt, daß sich die Leute viel, viel ernster genommen gefühlt haben, daß hingeguckt wurde, daß Kontakte immer neu da waren, daß es im Gespräch blieb, daß irgendein beobachteter Beigebrauch auch wirklich zu einer Rückmeldung geführt hat. Und jetzt ist es nur noch formal“ (4:18-21)

3.4 Problem: unzureichende Kapazitäten und Lösungsstrategien

Die interne psychosoziale Begleitung zwar nicht als Pflichtbestandteil der Substitution, aber doch für jeden Substituierten als notwendig erachtete und von den Patienten regelmäßig genutzte Maßnahme, konnte bald nicht mehr so konsequent durchgeführt werden wie geplant, weil die Anzahl der substituierten Gefangenen die Kapazitäten überstieg. Somit kam es mit Beginn des Jahres 1993 zu einer Neuordnung des Methadonprogrammes:

a) Umdefinition

„Der Druck bestand weiter, daß mehr Gefangene da waren, als psychosoziale Betreuung möglich war. Und dann hat es allmählich eine Umdefinition gegeben von psychosozialer Betreuung. Da kann man ja im weitesten Sinne sagen, das Strafvollzugsgesetz regelt Betreuung Wenn Leute in der Entlassungsvorbereitungsstation waren oder in der sogenannten drogenfreien Station, dann wurden da ja auch ein paar Betreuungsangebote vorgehalten, außerdem gibt es Sozialarbeiter innerhalb des Gefängnisses und und und. Von daher hat es der leitende Arzt dann so definiert, es findet ja Betreuung statt, durch die Angebote der Anstalt, dann müssen wir das ja nicht auch noch machen. Also von daher fand so eine Aufweichung des Drucks statt, etwas anbieten zu müssen.“ (2:18-27)

Das Problem, daß die Kapazitäten des Medizinischen Dienstes nicht ausreichten, um alle Substituierten mit einer ausreichenden psychosozialen Begleitung zu versorgen, wurde mit einer Umdefinition der psychosozialen Betreuung gelöst, wonach diese Aufgabe, nämlich Legalbewährung und Resozialisierung der Gefangenen, laut Strafvollzugsgesetz bereits durch die Justizvollzugsanstalt selbst erfüllt wird. Damit rückte man von der anfangs als sinnvoll und notwendig erachteten psychosozialen Begleitung als fester Bestandteil der Substitution, die auch in der Verantwortung des Medizinischen Dienstes durchzuführen ist, ab. Die enge Verknüpfung von Substitution und psychosozialer Begleitung wurde aufgelöst.

b) höherschwelliges Angebot

Die mit dieser Umdefinition der psychosozialen Begleitung einhergehende Entlastung des Medizinischen Dienstes wurde für die Einrichtung einer höherschwelligen, von der Indikation für das Methadon unabhängigen Therapiegruppe genutzt, d.h. auch Drogenabhängige, die sich nicht im Methadonprogramm befanden, aber abstinent leben wollten, konnten an dieser Gruppe teilnehmen, sie unterlagen dann denselben Kontrollen und Lockerungsmöglichkeiten wie die substituierten Teilnehmer. Für dieses Programm wurde ein gesonderter Behandlungsvertrag abgeschlossen, der im Sinne einer ergänzenden Vollzugsplanung auch vom Anstaltsleiter gegengezeichnet wurde. Fünf bis sechs Personen konnten in eine solche Gruppe aufgenommen werden, die regelmäßige Teilnahme an den Gruppensitzungen war verbindlich:

„Dann habe ich zusammen mit einem Kollegen eine höherschwellige Therapiegruppe gemacht, mit Behandlungsverträgen, daß diejenigen, die in diese

Gruppe kommen wollten, mehr Bereitschaft im Sinne einer therapeutischen Öffnung hatten. Das haben wir in einem Vorgespräch versucht zu eruieren. Also, der Gefangene wird nicht versorgt, indem wir ein Angebot machen, sondern wenn jemand etwas spezifisches will, dann kann er kommen, dann gucken wir uns das an. Dann machen wir einen Behandlungsvertrag, er soll ja auch etwas davon haben. Das wurde dann auch unterschrieben vom Anstaltsleiter, daß wenn er regelmäßig hingehet und eine Entwicklung absehbar ist, er aufgrund dieses Engagements für sein Problem vorzeitig in Lockerung kommen kann.“ (2:27-36)

Im Unterschied zu den psychosozialen Betreuungsangeboten des Medizinischen Dienstes vorher, zu deren Teilnahme die Patienten angehalten wurden, mußten Patienten, die in diese Therapiegruppe aufgenommen werden wollten, von sich aus, mit einem konkreten Anliegen an die Therapeuten herantreten und sich vertraglich zur Einhaltung der Regeln und der regelmäßigen Teilnahme verpflichten. Dieses Therapieangebot bezog sich allgemein auf drogenabhängige Strafgefangene, es wurde im weiteren Verlauf mit dem Einsatz externer Honorarkräfte für psychosoziale Angebote und dem Rückzug des Anstaltspsychologen aus der Arbeit mit Substituierten (vergl. den folgenden Punkt c) eingestellt.

c) Honorarkräfte

Eine weitere Lösungsstrategie für das Problem der begrenzten Kapazitäten bestand in der Übertragung der Aufgabe, psychosoziale Angebote bereitzustellen, an Honorarkräfte:

„Dann haben andere, also Honorarkräfte die Betreuung übernommen, die haben natürlich, weil sie woanders herkommen, wieder einen anderen Arbeitsschwerpunkt und sehen das anders.“ (2:45-46)

Psychosoziale Angebote durch Honorarkräfte sind insofern problematisch, als sie immer abhängig sind von den verfügbaren Mitteln. Wenn Honorarverträge auslaufen, kommt es zur Unterbrechung, solange bis neue Gelder bewilligt werden. Ein kontinuierliches Angebot ist damit nicht gewährleistet.

„Und dann habe ich mich so langsam da herausgezogen, weil ja andere da waren, die was angeboten haben, und dann war ich glücklich, nach drei oder vier Jahren Gruppenarbeit mit Substituierten ..., da hab ich doch noch andere Interessen, als ständig dasselbe. Ich bin ja eigentlich nicht in den Knast

gegangen, um für Drogenabhängige zu arbeiten, sondern für all die anderen Gefangenen, die klassische Kriminalität.“ (3:3-7)

Der Rückzug des verantwortlichen Psychologen aus der Gruppenarbeit mit Substituierten und damit die Übertragung dieser Aufgabe an andere Personen ist sicherlich ein weiterer Grund für die abnehmende Betreuungsdichte.

Damit hat sich das klar strukturierte Methadonprogramm mit hoher Betreuungsdichte im Laufe der Jahre aufgelöst. Psychosoziale Begleitung findet im Unterschied zum Beginn des Methadonprogramms im Strafvollzug nur noch auf Initiative des Einzelnen statt. Aus psychologischer Sicht ist diese Situation unbefriedigend und widerspricht den bisherigen Erfahrungen, nach denen KlientInnen, unabhängig von der Substitution, motivierter sind, etwas für sich zu erreichen, wenn die Gewissheit besteht, daß ihre weitere Entwicklung mit Interesse und Anteilnahme verfolgt wird.

„Das ist eine Frage von Kapazität, von Engagement. Am Anfang besteht dieser Druck und da ist auch noch Lust, und wenn Sie dann drei Jahre dasselbe machen, verliert sich das auch Aber ich hab das auch sehr positiv und voller Bewegung, sehr aktiv in Erinnerung. Hat mir Spaß gemacht seinerzeit, und ich fand das auch das bessere Programm, als diese Beliebigkeit, die gegenwärtig herrscht. Finde ich besser für die Leute. Und über diesen Anfang haben wir ja auch was veröffentlicht Gut, und jetzt ist es verwässert, wie, jemand kriegt ein Herzmedikament oder Methadon. Und nur weil jemand ein Herzmedikament bekommt, kriegt er ja auch keine besondere Gruppenarbeit.“ (3:14-23)

„Ich bestreite, daß man das überhaupt noch ein Programm nennen kann. Das ist kein Programm, das war mal eins. Es gibt ja praktisch nur ein am Bedarf des Einzelnen orientiertes Gesprächsangebot. Ob jemand Bedarf hat oder nicht, entscheidet er. Und das ist sicherlich zu wenig.“ (7:16-19)

„Und dann muß sich der Arzt sozusagen über die Hypothesen, daß etwas geschieht, zufrieden geben oder gibt sich dann zufrieden.“ (5:5-6)

Neben dem Mangel an ausreichenden Kapazitäten, der ein ausreichendes und als notwendig erachtetes therapeutisches Angebot für alle Substituierten auf Dauer nicht zuließ und die oben erwähnten Lösungsstrategien zur Folge hatte, kann für die abnehmende Betreuungsdichte auch das Fehlen einer übergeordneten Programmorganisation verantwortlich gemacht werden. Alle mit der Einführung der Substitution verbundenen Tätigkeiten wie Konzeptionierung, Organisation der Substitutionspraxis, der psychosozialen Angebote,

Erarbeitung eines Instrumentariums zur Erfolgskontrolle etc. wurden eigenverantwortlich und neben den sonstigen Aufgaben durchgeführt:

„Das bräuchte dann einen Nachfolger. Man bräuchte sozusagen jemanden, der das richtig anführt und organisiert. Den hatten wir eigentlich nie, sondern wir hatten das immer nur so nebenbei.“ (5:19-21)

4. bestehende psychosoziale Angebote

Zum Zeitpunkt der Befragung gab es in der Anstalt, außer der grundsätzlich immer bestehenden Möglichkeit, nach Antragstellung ein Gespräch mit dem Anstaltspsychologen zu führen, zwei interne Angebote psychosozialer Betreuung von Drogenabhängigen, ein Gruppenangebot und therapeutische Einzelgespräche durch Honorarkräfte:

„Gegenwärtig ist es so, daß ... eine Gruppe existiert, ... die über Honorarmittel finanziert wird. Da bieten zwei Leute eine 14-tägige Gruppe für fünf Gefangene an.“ (3:42-44)

Im Rahmen einer Zusatzausbildung zum Drogentherapeuten des Norddeutschen Instituts für Kurzzeittherapie (NIK) können von den Auszubildenden Praktika im Strafvollzug gemacht werden, in denen therapeutische Beratungsgespräche angeboten werden. Aus diesen Praktika kam dann das Gruppenangebot zustande, das, nachdem die Zusatzausbildung beim NIK beendet war, über Honorarmittel weitergeführt werden konnte. Die Gruppe findet seit Januar 1998 alle zwei Wochen – nach den Vorgaben der Anstalt – während der Freizeit statt. Dieses Gruppenangebot entstand auf Initiative eines Gefangenen.

„Dann habe ich Honorarmittel bekommen für eine Mitarbeiterin, die mit ihrer Ausbildung auch fertig geworden ist über das NIK, die ist hier bei mir angesiedelt. Die betreut jetzt die Drogenabhängigen, auch die Substituierten. Da können die Ärzte direkt hinüberweisen. Betreuungsformen werden dann zwischen ihr und demjenigen entwickelt.“ (3:45;4:1-3)

Diese Mitarbeiterin wurde ab Juni 1998 mit 17 Stunden/Woche im Medizinischen Dienst tätig. Die Kontaktaufnahme erfolgt auf Antrag. Angeboten werden, je nach Bedarf, therapeutische Gespräche oder Kunsttherapie für drogenabhängige und substituierte Gefangene. Die Anbindung an den Medizinischen Dienst bedeutet auch, daß Ärzte Drogenabhängige, bei denen eine psychosoziale Betreuung unbedingt angezeigt ist, vor der Aufnahme in das Methadonprogramm erst an die Therapeutin überweisen können, damit die

Betreuungsform als Vorbedingung der Substitution geregelt wird. In ihrem Jahresbericht stellt die Therapeutin eine ständig steigende Nachfrage nach psychosozialer Betreuung fest, eine fachgerechte effektive Arbeit könne damit nur bei einem erhöhten Stundenkontingent gewährleistet werden (Philipps 1998). Über sonstige Angebote psychosozialer Begleitung durch externe Anbieter sind die befragten Experten nicht informiert. Die substituierten Gefangenen sollen solche Angebote vorrangig „draußen“ wahrnehmen.

In der JVA Bremerhaven, in der es keinen anstaltsinternen Sozialdienst gibt, wird diese Aufgabe von der Brücke Bremerhaven e.V., einem freien Träger, wahrgenommen. Von den vier MitarbeiterInnen mit je einer halben Stelle, übernehmen zwei Mitarbeiterinnen die Substitutionsberatung und -begleitung. Sie sind auf Antrag zu sprechen. Durch die günstige Lage der Werkbetriebe im Haus und der damit verbundenen kurzen Wege ist es problemlos möglich, die Gefangenen auch kurzfristig zu einem Gespräch von der Arbeit bringen zu lassen. Dies wird üblicherweise so praktiziert und als vorteilhaft bewertet.

5. Ansprechpartner

Mit der Aufnahme in die Substitution schließt der ärztliche Dienst mit dem Patienten einen Behandlungsvertrag ab, in dem die Voraussetzungen für diese Behandlung, die gegenseitigen Pflichten und die Kriterien für die Beendigung der Substitution festgelegt sind. Teil des Behandlungsvertrages ist auch die Benennung eines Ansprechpartners für die psychosoziale Betreuung.

„Er hat in seinem Methadonbehandlungsvertrag irgendeine x-beliebige Person aufzuführen, die sein Vertrauen haben sollte. Aber ich bin mir ganz sicher ... daß das niemanden wirklich interessiert, wen er da aufgeschrieben hat, weil er kriegt ja auch keine Funktion. Der kriegt keine Urinkontrollen oder alle Vierteljahre eine Anfrage, wie ist es denn. Das sind eigentlich alles nur Ideen geblieben, weil keiner es bewerkstelligen kann.“ (4:22-27)

Die Regelung der psychosozialen Begleitung durch die Zuordnung eines festen Ansprechpartners hat sich nicht durchgesetzt, vor allem auch weil die Aufgaben des Ansprechpartners undefiniert blieben. So können beliebige Personen als Ansprechpartner angegeben werden, ohne daß tatsächlich festgestellt wird, ob die genannte Person in der Lage wäre, diese Funktion auszufüllen:

„Ansprechpartner werden auch auf gut Glück benannt, das kann auch die verstorbene Großmutter sein, weil das Papier ist befriedigt, wenn an der Leerstelle ein Name steht.“ (4:30-31)

Die Benennung eines Ansprechpartners im Behandlungsvertrag erweckt zudem den Eindruck, daß Aktivitäten folgen werden, von denen der Patient im weiteren Verlauf seiner Behandlung profitieren soll. Da aber die Aufgaben der Ansprechpartner inhaltlich nicht näher konkretisiert worden sind, erfährt der Patient vor allem eines, nämlich daß nichts passiert:

„Aber es wird ja nicht damit (dem Ansprechpartner, A.d.V.) gearbeitet. Weil nichts dahinter steht, weil nichts damit angefangen wird, ist das eine ganz, ganz schlimme Angelegenheit. Am Beginn, da denkt er sich vielleicht noch etwas dabei und dann geschieht überhaupt nichts!“ (4:31-34)

Wird ein Bediensteter des Vollzuges als Ansprechpartner benannt, besteht zusätzlich das Problem, daß bei Verlegungen der Gefangenen von einer Vollzugsgruppe in die andere oder in den offenen Vollzug, der Ansprechpartner in seiner Vollzugsgruppe bleibt und dadurch der Kontakt beendet ist:

„... das ist ja ein ewiges Wechselspiel, das krieg ich auch nicht unbedingt immer mit, wer da jetzt wo ist. D.h. die Kontexte ändern sich für die Leute ständig, und da bräuchte es eigentlich irgend jemand stabilen. Aber der Beamte, den er sich vielleicht ausgesucht hat, der bleibt nun mal auf seiner VG, ... und das wars dann eben, da gibt es dann nie wieder Kontakt.“ (5:33-38)

Man kann bislang nicht davon sprechen, daß die psychosoziale Betreuung durch die Zuordnung eines festen Ansprechpartners geregelt wäre, es fehlt ein entsprechendes Konzept, das die kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Substituierten und Ansprechpartnern gewährleisten würde.

6. Umgang mit Beigebruch

Der Umgang des Vollzugs mit Beigebruch hängt entscheidend vom Verhalten der Substituierten ab. Ein Berufsfreigänger zum Beispiel, der rückfällig geworden ist mit Heroingebrauch, verliert seinen Berufsfreigängerstatus nicht, wenn er sich aus eigener Initiative an die Mitarbeiter des Vollzuges wendet. Wenn mit diesem Problem offensiv umgegangen wird, Beigebruch oder ein Rückfall eingestanden wird, dann kann der Gefangene davon ausgehen, daß er Unterstützung erhält und keine Nachteile zu fürchten hat. Sanktionen ergeben sich erst, wenn Beigebruch von seiten des Vollzugs nachträg-

lich durch eine positive Urinkontrolle oder durch den Fund von Drogen und Spritzen nachgewiesen werden kann.

Der medizinische Dienst regelt den Umgang mit Beigebrauch im Rahmen der Substitutionsbehandlung eigenständig. Seit dem 1. Januar 1998 gilt, daß einmalig nachgewiesener Beigebrauch zur Beendigung der Substitution führt (vergl. auch 3.3). Diese Regelung soll für mehr Transparenz sorgen und ein einheitliches Vorgehen der Ärzte ermöglichen, unabhängig von der Durchsetzungsfähigkeit einzelner Patienten:

„Wobei die Form, die vorher da war, einmal: gelbe Karte, dann rote Karte, daß hat immer zu ganz wilden Geschichten geführt, ob das nun hellgelb oder schon dunkelgelb, hellrot ..., aberwitzige Geschichten. Wenn solch eine Möglichkeit da ist, dann ist sie auch nutzbar. Und dann ist es ganz schwierig gewesen für die behandelnden Ärzte zu sagen, eindeutig nein.“ (6:40-44)

Eine durchgehende Kontrolle auf Beigebrauch ist nicht möglich. Zum Schutz der Substituierten ist daher die Schaffung eines offenen, vertrauensvollen Gesprächsklimas wichtig, in dem die Gründe für den Beigebrauch, die Art und der Umfang besprochen werden können, ohne Nachteile oder Sanktionen fürchten zu müssen. Zu diesem Zweck besteht unabhängig von den allgemeinen Regeln zum Beigebrauch die Absprache innerhalb des Medizinischen Dienstes, die dem zugeordneten Psychologen die unbedingte Schweigeberechtigung auch gegenüber dem Arzt einräumt, ein Informationsaustausch zwischen Psychologen und Ärzten findet nicht statt. Damit sind die Psychologen des Medizinischen Dienstes praktisch die einzigen Personen in den Justizvollzugsanstalten Bremen, mit denen Beigebrauch bedingungslos und sanktionsfrei besprochen werden kann. Dieses Gesprächsangebot wird nicht nur für die Substituierten als notwendig angesehen, sondern auch für die Psychologen selbst, die sich aus solchen Gesprächen ein Fachwissen aneignen können, das für die weitere Beratung wichtig ist, wenn sie lebensnah und glaubwürdig sein soll:

„Und von da aus habe ich eben auch eine ganze Menge gelernt, einfach auch um korrekt beraten zu können. Und dann braucht es diese Offenheit.“ (9:34-35)

„Man muß ja auch wissen, daß z.B. Barbiturate atemdepressiv wirken, und man dabei sozusagen auf der Strecke bleiben kann. Und wenn ich dem sage, drei Rohypnol, das ist eine tödliche Dosis und der hat immer fünf genommen und lebt immer noch, dann ... ! Das muß ich natürlich wissen und die Geflo-

genheiten kennen um da vernünftig auch eine Lebensberatung machen zu können. Nur dieser enge Kontakt zu den Gefangenen an dieser Stelle, den gibt es gar nicht und deswegen ist es kein Thema. Irgendwo findet eine Ideologie statt, irgendwo findet eine Praxis statt Das ist eigentlich völlig aus dem Ruder gelaufen.“ (9:42-43;10:1-6)

Seitdem der Zusammenhang von Substitution plus Betreuung als eine durchgehende Notwendigkeit nicht mehr umgesetzt wird, besteht auch für die Psychologen nicht mehr der enge Kontakt zu diesem Klientel, die Substituierten bleiben mit dem Thema Beigebrauch allein, es sei denn, sie werden von sich aus aktiv und suchen Unterstützung.

7. vollzugliche Eingriffe in psychosoziale Angebote

Zentraler Bestandteil der Vollzugsplanung ist die Frage, ob ein Gefangener sich um seine Problematik kümmert. Gefangenen, die sich erkennbar um ihr Drogenproblem kümmern, kann eher Lockerungen gegeben werden, als Personen, die dieses Bemühen nicht zeigen. Für gezielte therapeutische Intervention außerhalb der Anstalt gelten die schon erwähnten Ausnahmeregeln, nach denen vorzeitige Lockerungen gewährt werden können. Eine dreimalig nachweislich erfolgte Teilnahme ermöglicht die Gewährung von Regellockerungen. Bei einigen Gefangenen wird die Gewährung von Lockerungen abhängig gemacht von der regelmäßigen Teilnahme an dem bestehenden internen Gruppenangebot. Wenn ein Gefangener entsprechendes in seinem Vollzugsplan stehen hat, wird er versuchen, in diese Gruppe aufgenommen zu werden, nicht weil er ein inhaltliches Interesse hat, sondern um Lockerungen zu erhalten.

„ ... er kommt, weil er dazu benötigt wird.“ (8:31)

Die Anstalt instrumentalisiert auf diese Weise die Gruppenarbeit für ihre Zwecke. Gruppenarbeit wird erschwert, wenn einzelne Gruppenteilnehmer unmotiviert sind. Aus psychologischer Sicht wäre es sinnvoller, die Verzahnung von psychosozialer Begleitung und Lockerungsentscheidungen aufzuheben:

„Inhaltlich wäre es mir viel lieber, jemand ist in Lockerung und dann so was, also nicht als Motor um Vollzugslockerungen überhaupt zu bekommen.“ (9:20-21)

Von Seiten der Substituierten werden auch Berichte für ihre 2/3-Anhörung von den Personen, die sie betreut haben, gewünscht. Diese Berichte, eine

Einschätzung über den Substituierten, können für die Gefangenen wichtig sein, wenn sie als hilfreich für eine günstige Entscheidung, die Entlassung zum 2/3-Termin der Strafhaft, eingeschätzt werden. Auch hier besteht die Gefahr, daß nicht die therapeutische Arbeit im Mittelpunkt des Interesses der Substituierten steht, sondern die Erlangung von Vorteilen bei einer regelmäßigen Teilnahme an betreuenden Angeboten. Damit therapeutisches Arbeiten möglich bleibt und nicht durch andere Interessen überlagert wird, sollte nach Auffassung des befragten Psychologen, die Verschwiegenheitsverpflichtung unbedingt ernst genommen und auch nicht gelockert werden, wenn dies im Sinne des Gefangenen wäre:

„Alle diese Angebote sollten nur eins tun: Auf Nachfrage mitteilen, daß er an was auch immer teilnimmt. ... Und von daher gehört für mich auch unter das ärztliche Schweigegebot bei all solchen Sachen, ich würde weder positives noch negatives sagen. Und ich laß mich von der Verschwiegenheitsverpflichtung von dem Gefangenen überhaupt nicht entbinden.“ (9:24-29)

8. Verbesserungsbedarf

Es besteht grundlegender Verbesserungsbedarf an der gegenwärtigen Substitutionspraxis, vor allem im Hinblick auf die psychosoziale Begleitung. Voraussetzung hierfür wäre allerdings eine bessere Personalausstattung:

„Ich würde überhaupt nichts ändern, es sei denn, es gibt Personal.“ (8:11)

Kritisiert wird vor allem die fehlende systematische Begleitung der Substituierten, die sie in die Lage versetzen würde zu lernen, sich selbständig und konstruktiv um ihre persönlichen Belange zu kümmern:

„Aber daß etwas Systematisches angefangen wird, Leute an die Hand genommen, also angeleitet werden, daß findet nicht statt, auch nicht von Seiten der Anstalt. Hier geht das nicht so sehr nach Resozialisierungsgesichtspunkten, es geht um Recht und Ordnung. ... Das gilt für alle Gefangenen.“ (7:27-34)

3.5 Zusammenfassung

Die ständig steigende Anzahl drogenabhängiger Gefangenen in den Bremer Justizvollzugsanstalten und die unzureichenden, weil wirkungslosen Maßnahmen des Vollzuges, waren der Anlaß als Alternative die Methadonbehandlung einzuführen. Mit der Einführung der Methadon-Substitution im Bremer Strafvollzug wurde Neuland betreten. Zwar gab es vereinzelt Erfah-

rungsberichte von Anstaltsärzten (Roorda 1989; Bumm 1990), in denen über positive Auswirkungen der Substitution auf das gesundheitliche und psychische Befinden der Patienten sowie über ein verbessertes Arzt-Patienten-Verhältnis berichtet wurde, Erfahrungen über die konkrete Ausgestaltung der Substitutionspraxis im Strafvollzug gab es hingegen noch nicht. Daher wurde mit viel Engagement, parallel zur tatsächlich stattfindenden Substitution, durch den leitenden Arzt in Zusammenarbeit mit dem für die psychosoziale Begleitung verantwortlichen Psychologen ein entsprechendes Konzept für die Substitutionsbehandlung erarbeitet. Der Behandlungsansatz basierte auf der Annahme, daß die Unterbrechung des bisherigen Prozesses gesundheitlicher, sozialer und psychischer Verelendung von drogenabhängigen Gefangenen nur dann gelingen kann, wenn es zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenschancen kommt. Dies sollte insbesondere durch die handlungsleitende Auffassung einer erheblich verbesserten Sozialprognose für Substituierte und der darauf aufbauenden Vollzugsplanung geschehen. Die psychosoziale Betreuung wurde dem Ärztlichen Dienst zugeordnet, alle Mitarbeiter waren damit in die ärztliche Schweigepflicht einbezogen. Das psychosoziale Behandlungsprogramm sah die kontinuierliche Betreuung der Gefangenen mit Beginn der Einstellung auf Methadon und bis zur Überleitung in psychosoziale Angebote freier Träger vor. Dieser Behandlungsansatz hat im weiteren Verlauf immer wieder inhaltliche Anpassungen an äußere Entwicklungen erfahren. Ausschlaggebend für eine grundlegende Änderung des Substitutionskonzeptes waren vor allem die unzureichenden Ressourcen für das als notwendig erachtete Forschungs- und Dokumentationsvorhaben der Erfolgskontrolle (Pola-Abitur) und die zunehmende Anzahl von substituierten Gefangenen, für die es keine ausreichenden psychosozialen Angebote gab. Diese Mißstände wirkten sich auch inhaltlich auf das Programm aus. Vorhandene Regeln wie etwa die Prüfung der Haftzeiten als ein Aufnahmekriterium wurden nicht in jedem Fall eingehalten bzw. unterschiedlich ausgelegt, weil der strikten Regeleinhaltung auch immer die Notwendigkeit gegenüberstand, flexibel auf den Einzelfall einzugehen. Urinkontrollen fanden nicht in der Regelmäßigkeit wie vorgesehen statt, Regelverletzungen durch Substituierte blieben teilweise ohne Konsequenzen, die Informationsweitergabe auf Antrag eines Substituierten an einen potentiell weiterbehandelnden Arzt fand nur schleppend statt. Es entstand der Eindruck von Intransparenz und Regellosigkeit, von einer gewissen Orientierungslosigkeit des Methadon-Programms.

Die Umdefinition der psychosozialen Begleitung, nach der nun die allgemeinen Angebote der Anstalt, deren Aufgabe allgemein in der Resozialisierung der Gefangenen besteht, zur psychosozialen Betreuung zählen, hat den Ärztlichen Dienst vom Druck befreit, selbst entsprechende Angebote vorhalten zu müssen. Es bleibt nun – im Unterschied zu früher – der Initiative des Einzelnen überlassen, welche Ziele er mit der Substitution verfolgt und ob bzw. welche psychosozialen Angebote in Anspruch genommen werden, so daß von einer Trennung der Bereiche „Medizin“ und „psychosoziale Betreuung“ gesprochen werden kann, die es vorher nicht gegeben hat. Dieser Betrachtungsweise folgend, ist Methadon einem normalen Medikament gleichgestellt, über darüber hinausgehende Ansprüche haben sich Substituierte, wie alle übrigen Gefangenen auch, selbst zu kümmern. Seit Januar 1998 werden Substitutionsbehandlungen bei einmalig festgestelltem Beigebrauch beendet. Die Experten betonen die Notwendigkeit einer solchen Regelung, um das Beigebrauchsverbot deutlich zu machen. Damit stehen die Substituierten mit Beginn der Behandlung unter großem Erfolgsdruck, es wird mit der Methadonvergabe vorausgesetzt, was eigentlich erst im Laufe der Behandlung erreicht werden kann, nämlich eine Verhaltensänderung hinsichtlich des Drogenkonsums, die Beschränkung auf die eine Droge Methadon und die Kompetenz, bei auftretenden Problemen nicht wie gewohnt zur Droge zu greifen, sondern Unterstützung zu organisieren. Der medizinische Dienst übernimmt damit ausschließlich die Aufgabe der Verringerung des Heroingebruchs in Haft und des damit einhergehenden Infektionsrisikos mit Hilfe der Substitution. Aufgaben, die zur sozialen Stabilisierung der Substituierten beitragen können, werden der Haftanstalt überlassen, ohne daß es zu einer fachübergreifenden Koordination kommt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung gab es nur in der JVA Bremerhaven einen regelmäßigen Kontakt zwischen Arzt und Substituierten. In Bremen bestand die regelmäßige Anbindung an die ärztliche Sprechstunde nicht, sondern war erst in Planung. Danach soll jeder substituierte Gefangene in Zukunft einmal im Monat beim Arzt vorstellig werden.³

3 Nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (§ 5 Abs. 2) ist das Verschreiben eines Substitutionsmittels zulässig, wenn der Patient mindestens einmal wöchentlich den behandelnden Arzt konsultiert. Für Substitutionsbehandlungen beim niedergelassenen Arzt ist damit ein regelmäßiger Arzt-Patienten-Kontakt vorgeschrieben. Es ist nicht nachvollziehbar, warum dies nicht ebenso in der JVA Bremen gehandhabt wird, wo sich doch alle Substituierten vor Ort aufhalten. Nach dem Todesfall einer substituierten Gefangenen im August 1999 und einem Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft ist nun die wöchentliche Vorstellung beim Arzt geregelt.

Alle als Experten befragten Personen gaben an, daß die Substitution vorteilhaft ist: Die Drogenabhängigen werden vom Suchtdruck entlastet und der Vollzug bemerkt infolge der Substitution eine Entspannung der Situation auf den Vollzugsgruppen (weniger Aggression, weniger Drogen). Ein für die Anstaltsleitung bedeutsamer Gesichtspunkt der Substitution ist die Entkriminalisierung der Drogenabhängigen und die Möglichkeit der Gewährung von Lockerungen – aus Sicht des Vollzuges das beste Behandlungsinstrument um die soziale Integration von Gefangenen zu gewährleisten – für die nun auch drogenabhängige Gefangene infrage kommen, wenn der Vollzug den Erfolg der Substitutionsbehandlung beobachten und daher Drogenmißbrauchs- und Fluchtgefahr ausschließen kann. Nach Meinung der Ärzte wird mit Hilfe der Substitution zumindest das Ziel der Überlebenseicherung und der Besserung des Gesundheitszustandes von drogenabhängigen Gefangenen erreicht.

Da sich die Form der Suchtmittelabhängigkeit seit Beginn der neunziger Jahre geändert hat, Drogenabhängige zunehmend politoxikoman sind und auch das Problem des Beikonsums weiter besteht, haben sich die anfänglichen Erwartungen an die Substitution nur teilweise erfüllt. Kritisch werden von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Vollzugsbeamten die Möglichkeiten eingeschätzt, mit Hilfe der Substitution süchtiges Verhalten zu unterbrechen, zur Legalbewährung und zu mehr Selbstkompetenz der Abhängigen zu kommen. Begründet wird dies mit den bestehenden Entwicklungsdefiziten bei den Drogenabhängigen, die eigentlich eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung bei allen im Alltag auftretenden Schwierigkeiten erforderlich machen würden, so lange, bis die Patienten in der Lage sind, sich selbst zu helfen. Eine solche Betreuung ist im Strafvollzug bislang nicht möglich, die interne psychosoziale Begleitung in ihrer derzeit praktizierten Form (reduziert auf das Notwendigste, abhängig von Honorarmitteln) ist nicht geeignet, grundlegende Veränderungen in dieser Hinsicht herbeizuführen.

Das Konzept der Substitutionsbehandlung sieht zur Zeit vor, daß Gefangene nach Erhalt der Lockerungen externe psychosoziale Angebote in Anspruch nehmen sollen. Interne, die Substitution begleitende Angebote ausschließlich für Substituierte bis zum Erhalt der Lockerungen sind nicht vorgesehen. Es bestehen laut Auskunft der befragten Experten folgende Probleme:

- Es fehlt einer inhaltlichen Aufgabenbestimmung für die im Behandlungsvertrag zu benennenden Ansprechpartner für die psychosoziale Begleitung. Bisher werden zwar Ansprechpartner benannt, aber ohne sichtbare Auswirkungen für die Patienten, oder aber es handelt sich um Ansprech-

partner des Vollzuges, die bei Verlegungen des Gefangenen praktisch unerreichbar sind. Die Funktion der Ansprechpartner und die Kontinuität sind nicht gegeben.

- Interne Angebote durch Honorarkräfte sind mit dem Ende eines jeden Haushaltsjahres erneut in ihrem Bestand gefährdet. Ein kontinuierliches Arbeiten ist damit nicht gewährleistet. Dies ist umso schwerwiegender, als der Gruppenaufbau innerhalb des Vollzuges nach Erfahrung der Experten langwierig ist.
- Problematisch ist es, wenn der Vollzug die Gruppenarbeit instrumentalisiert, also wenn ein Insasse sich laut Vollzugsplanung erst um seine Problematik zu kümmern hat, bevor ihm Lockerungen bewilligt werden, und er sich daraufhin der einzigen intern bestehenden Gruppe in Oslebshausen (Phönix-Gruppe) anschließt. Die Motivation für den Gruppenbesuch liegt dann primär in der Erlangung von Lockerungen. Entsprechendes gilt für gezielte externe therapeutische Maßnahmen, für die vorzeitig Lockerungen gewährt werden können. Durch den regelmäßigen Besuch (etwa 3mal) erhält der Gefangene Regellockerungen.
- Die einzige seit 1998 bestehende und von Honorarkräften geleitete Gruppe (Phönix-Gruppe) ist kein Angebot ausschließlich für Substituierte, sondern ursprünglich eine Clean-Gruppe. Substituierte glauben deshalb nicht, dort ausreichend Verständnis für sich und ihre Probleme zu finden.

Die Methadon-Substitution ist trotz grundlegender Vorbehalte der Vollzugsmitarbeiter ohne systematische begleitende Maßnahmen zur Meinungsbildung eingeführt worden. Während Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes die Meinung vertreten, es gäbe über diese ärztliche Behandlungsform nichts zu diskutieren und die Trennung der Bereiche Vollzug/Medizinischer Dienst sei zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht notwendig, fühlen sich die Bediensteten des Vollzuges von der Beteiligung an der Lösung des Drogenproblems ausgeschlossen, obwohl gerade sie es sind, die tagtäglich auf den Vollzugsgruppen mit diesen Problematiken konfrontiert werden. Damit erklärt sich auch die geringe Akzeptanz dieser Behandlung unter den Bediensteten, trotz der anerkannten positiven Auswirkungen auf die Situation in den Vollzugsgruppen. Neben den alten Argumenten, die die Methadon-Diskussion der siebziger und achtziger Jahre begleitet haben und noch immer im Justizvollzug Bremen aktuell sind, ist die Kritik der Bediensteten an der mangelnden Kommunikationsstruktur innerhalb des Vollzuges, besonders aber auch zwischen Medizinischem Dienst, als für die Substitution verantwortli-

cher Stelle, und dem Vollzug ernst zu nehmen. Grundsätzlich wäre zu fragen, inwieweit es überhaupt sinnvoll ist, in einer totalen, repressiven Institution eine Behandlungsform einzuführen, die zwar in der Verantwortung des Medizinischen Dienstes steht, vom Vollzug insgesamt aber durch verbesserte Prognosen und eine entsprechende Vollzugsplanung wie auch in ihren Auswirkungen auf das Leben in den Vollzugsgruppen zu tragen ist, wenn gleichzeitig eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der großen Gruppe der Bediensteten nicht stattfindet. Die nichtfunktionierende Kommunikation, die Einführung der Substitutionsbehandlung als ein Eingriff von „oben“ führt zur Resignation und vorherrschenden Meinung, daß Methadon nichts bringt.

Immer wiederkehrende Probleme mit substituierten Gefangenen, insbesondere bei der Reduktion der täglichen Methadon-Dosis bis hin zum Entzug vom Methadon (beides erfolgt nach Erfahrung der Bediensteten zu schnell), die als Krise für die ganze Vollzugsgruppe erlebt werden, verstärken den Eindruck, von den Verantwortlichen nicht genügend informiert und unterstützt zu werden. Nicht nachvollziehbar und damit frustrierend bleibt auch die erneute Aufnahme von Patienten in die Substitutionsbehandlung, die es über einen längeren Zeitraum geschafft haben, ohne Methadon auszukommen. Die Kriterien für die Wiederaufnahme bleiben für die Bediensteten unerklärlich, daher entsteht bei ihnen der Eindruck, die Zugangsbedingungen wären sehr flexibel handhabbar.

Im offenen Vollzug wird ebenfalls die Beobachtung gemacht, daß zu schnell (auf Wunsch der Patienten) abdosiert wird, obwohl die Belastungen des offenen Vollzuges durch die ungewohnte Freiheit für die Substituierten erst einmal sehr hoch sind. Die Folge ist in den meisten Fällen ein Scheitern, ein neues Mißerfolgsereignis. Seit der Verfügung im Januar 1998 dürfen Gefangene des offenen Vollzuges nicht mehr die Anstalt betreten. Die Substitution wird so auf die bloße Versorgung mit Methadon reduziert, eine weitere Anbindung an den Medizinischen Dienst findet nicht statt. Die Substituierten des offenen Vollzuges fühlen sich ausgegrenzt, unerwünscht. Unverständlich ist für die Befragten, warum kein Ausgleich durch vermehrte Anwesenheit eines Psychologen im Fuchsberg geschaffen wurde, da es dort kein psychologisch geschultes Personal gibt.

Die Situation nach der Haftentlassung ist für viele Substituierte, trotz verbesserter Entlassungsvorbereitung durch eine Vielzahl von ungelösten Problemen gekennzeichnet: Arztsuche, Wohnungssuche, Behördengänge, Schulden, Probleme mit der Familie, keine drogenfreien Kontakte. Diese Anhäufung

von Problemen führt, wenn es nicht gelungen ist, Hilfestellung zu finden (z.B. bei der Straffälligenhilfe), zur erneuten Aufnahme alter Lebensgewohnheiten und Straffälligkeit.

4 Substitution im Strafvollzug aus Sicht der Gefangenen

Die Beschreibung der Substitutionsbehandlung im Bremer Strafvollzug hat vor allem auch die Personengruppe zu berücksichtigen, die die Adressaten dieser Hilfsmaßnahme sind: die Substituierten selbst. Mit Hilfe von qualitativen Interviews mit Gefangenen soll untersucht werden, inwieweit die Substitution mit Methadon unter den Bedingungen des Strafvollzugs von den Drogenabhängigen akzeptiert wird, welches die Motive sind, eine entsprechende Behandlung aufzunehmen bzw. zu beenden und welche Vor- und Nachteile damit verbunden sind.

4.1 Datenschutz und Anonymität

Aus datenschutzrechtlichen Gründen durfte keine Namensliste der substituierten Gefangenen zur Verfügung gestellt werden. Daher wurde in einem allgemeinen Anschreiben an die Substituierten das Forschungsprojekt vorgestellt und um Mitarbeit gebeten. Die Bediensteten der Vollzugsgruppen haben dieses Anschreiben entweder an das Schwarze Brett gehängt oder direkt an die Substituierten verteilt.

Dieses Vorgehen war nicht ganz unproblematisch. Zum einen erreichte die Information über das Forschungsprojekt nicht alle Gefangenen, insbesondere nicht in den Fällen, in denen das Anschreiben ausgehängt wurde. Zum anderen konnte auch kein konkreter Interviewtermin angekündigt werden, weil nicht bekannt war, ob bzw. wie viele Substituierte auf der jeweiligen Vollzugsgruppe wohnten, ob diese Arbeit hatten bzw. wann ihr Tagesablauf frei verfügbare Zeit zuließ (viele Inhaftierte haben nur selten Zeit, was Außenstehenden zunächst verwunderlich erscheinen mag) und schließlich wie viele Substituierte überhaupt bereit wären, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen.

So kamen die meisten Interviews eher spontan und meistens ohne vorherige Kenntnis über das Forschungsvorhaben zustande, entweder durch die Vermittlung einiger Bediensteter, durch ein zufälliges Antreffen eines Substituierten auf dem Flur oder durch Vermittlung des Medizinischen Dienstes. Einige Interviews konnten dagegen erst geführt werden, nachdem sich auf der Vollzugsgruppe herumgesprachen hatte, wer die Interviews führt und was die Befragten in diesen Interviews erwartet.

Die InterviewteilnehmerInnen sind damit eher zu den aktiveren Personen zu rechnen, die spontan bereit waren, über sich und die Substitution zu erzählen. Dabei spielte die Unabhängigkeit der Forscherin gegenüber der Justizbehörde, die Zusicherung der Anonymität und des vertrauensvollen Umgangs mit den Befragungsinhalten eine große Rolle. Allerdings konnte die Anonymität hinsichtlich der Teilnahme am Interview nicht gewährleistet werden. Die Interviews kamen praktisch vor den Augen der Bediensteten und/oder anderen Gefangenen zustande, es war daher davon auszugehen, daß in der entsprechenden Vollzugsgruppe bekannt war, wer an den Interviews teilgenommen hat. Möglicherweise ist dies auch der Grund dafür gewesen, warum einige Substituierte, die von sich aus vorsichtig Kontakt zur Forscherin aufgenommen hatten, sich doch nicht zu einer Teilnahme entschließen konnten. Interesse, aber gleichzeitig sehr großes Mißtrauen waren überdeutlich. So ist auch die immer wiederkehrende Frage, wer denn noch von den Gesprächsinhalten erfährt, zu verstehen. Die Substituierten hatten die Befürchtung, Repressalien erleiden zu müssen, wenn Gesprächsinhalte auf die jeweils befragte Person zurückgeführt werden könnten.

Die Teilnahme am Forschungsprojekt erfolgte anonym und freiwillig. Die Gefangenen sind nach vorheriger, schriftlicher Information über den Zweck des Vorhabens aus eigener Initiative und überwiegend ohne vorherige Terminabsprachen zu dem Interview erschienen. Vor dem Interview wurde jeder Teilnehmer noch einmal darauf hingewiesen, daß die Forscherin unabhängig arbeitet, keine Auskunftspflicht gegenüber den Mitarbeitern der JVA besteht und die Gesprächsinhalte absolut vertraulich behandelt werden. Wichtig war auch der Hinweis, daß die Beantwortung der einzelnen Fragen, auch was den Umfang betrifft, freiwillig und vor allem anonym erfolgt, d.h. ohne Namensnennung. Erst diese doppelte Absicherung der Anonymität machte einige Interviews überhaupt möglich und trug zu einer offenen Gesprächsatmosphäre bei. Die Interviews sind mit Einwilligung der Befragten auf Tonband aufgezeichnet worden.

4.2 Durchführung der Interviews

Das Bedürfnis, über das Thema Substitution zu sprechen, war groß, entweder weil die befragten Personen meinten, im Vollzug mit niemandem wirklich offen darüber sprechen zu können und es als persönliche Entlastung ansahen, dies mit einer von „draußen“, also von der JVA unabhängigen Person unverbindlich tun zu können, oder aber um sich und ihre Meinung zur Substitution

akzeptiert und ernst genommen zu sehen. Daher kann die Gesprächsatmosphäre als überwiegend sehr offen bezeichnet werden. Einige Interviewteilnehmer gaben an, zum ersten Mal überhaupt über dieses Thema zu sprechen. Vor Beginn eines jeden Interviews wurde der Rahmen, in dem das Gespräch stattfinden sollte, geklärt, d.h. es wurde noch einmal über das Forschungsprojekt informiert, Anonymität zugesichert. Von den TeilnehmerInnen wurde dieser Moment häufig für weitere Fragen genutzt, vor allem um sich über den vertrauensvollen Umgang mit den Gesprächsinhalten zu vergewissern, aber auch um die persönliche Einstellung der Forscherin zum Thema Drogenabhängigkeit und damit ihre Glaubwürdigkeit zu testen. Damit eine Vertrauenssituation zwischen Interviewerin und Befragten entstehen konnte, war es wichtig, auch den methodischen Ansatz der Interviewsituation und damit die Rolle der Befragten näher zu erläutern.

Das wesentliche Merkmal für die Interviewdurchführung bestand in der Offenheit gegenüber den befragten Personen und ihren möglichen Antworten. Es sollte eine gleichberechtigte, offene Beziehung entstehen, in der die Interviewten sich ernstgenommen fühlen konnten und ausreichend Gelegenheit gegeben war, das Thema in der eigenen Sprache zu entfalten, die subjektiven Ansichten und Deutungen offenzulegen. Die Fragestellung „Erfahrungen mit der Substitution im Strafvollzug“ war vorgegeben, damit war der interessierende Gegenstand eingegrenzt. Die befragten Personen konnten die Kommunikation weitgehend selbst strukturieren und damit auch deutlich machen, inwieweit und unter welchen Aspekten sie diese Fragestellung überhaupt interessiert. Einige der Gefangenen hatten bereits Erfahrung mit Forschungsprojekten gesammelt, in denen mit Fragebögen gearbeitet worden war, die Befragung als eine Abfolge von Frage- Antwortsequenzen erlebt. Die jetzt vorgesehene, auf Kompetenz und Selbstbestimmung der Befragten aufbauende Interviewführung hatten sie nicht erwartet. Eine erzählgenerierende Fragestellung war oft nicht mehr möglich, die Befragten begannen von sich aus zu erzählen, indem sie meistens mit Bemerkungen anfangen wie: Endlich interessiert sich mal jemand dafür wie es uns *wirklich* geht. D.h. die Bereitschaft, sich in dieser Form mit dem Thema auseinanderzusetzen war groß. In anderen Fällen, in denen ein erzählgenerierender Stimulus für den Gesprächsanfang nötig war, wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert, über den Beginn ihrer Substitution zu erzählen. Im weiteren Interviewverlauf wurde versucht, das Erzählte verstehend nachzuvollziehen. Dies erfolgte methodisch kontrolliert entweder durch Verständnisfragen, wenn Äußerungen widersprüchlich oder zu allgemein waren, oder indem die Interviewerin

Äußerungen des/der Befragten in eigenen Worten wiedergab, damit die Befragten die Möglichkeit hatten, die Deutungen der Forscherin gegebenenfalls zu korrigieren (vergl. Lamnek 1989: 74f). In einer letzten Phase des Interviews wurden, falls nötig, Fragen zu Themenbereichen des (fiktiven) Interviewleitfadens gestellt, die die Befragten von sich aus nicht angesprochen haben.

Die offene, zeitlich nicht eingeschränkte Interviewgestaltung erlaubte Einblicke in die Sinn- und Bedeutungszusammenhänge der Befragten, die hier als Experten ihrer selbst aufgefaßt wurden. Sie konnten zum Thema „Methadon im Strafvollzug“ eigene, ihnen wichtig erscheinende, Schwerpunkte setzen. Die aufgeworfenen Themen spezifisch zu behandeln, setzt allerdings auch die entsprechende Kenntnis und Erfahrung der Befragten voraus. In dieser Hinsicht gab es teilweise große Unterschiede zwischen den Probanden. Bei jüngeren Interviewteilnehmern, insbesondere bei Gefangenen der Jugendstrafanstalt Blockland, waren die Kenntnisse über Methadon eher gering. Die Themen mit hohem persönlichen Kontext bestanden hier vor allem in der Überforderung mit dem bestehenden Erfolgsdruck. Ältere Teilnehmer dagegen konnten in der Regel reflektiert über ihre Substitutionserfahrungen sprechen. Gefangene mit einer Langzeitstrafe haben sich eher mit den Substitutionsbedingungen abgefunden, als Gefangene mit kürzeren Strafen. Insofern decken die Interviews eine Bandbreite unterschiedlicher Themenschwerpunkte ab, die unterschiedlich tiefgehend behandelt wurden. Das hatte natürlich Auswirkungen auf die Interviewdauer. Einige Befragte machten sich viele Gedanken zur Drogenabhängigkeit, zur Substitution und zur Substitution im Strafvollzug, während anderen die Gelegenheit ausreichte, ihre Kritik an der bestehenden Situation zum Ausdruck zu bringen oder über ihre Hoffnungen bezüglich der bevorstehenden Entlassung zu sprechen. Die Interviewdauer lag etwa zwischen 40 und 90 Minuten. Nur die Interviews mit den Jugendlichen/Heranwachsenden waren mit etwa 10 bis 20 Minuten deutlich kürzer.

Insgesamt wurden 30 Interviews durchgeführt¹, die sich wie folgt aufteilen:

JVA Blockland:	3 Interviews im Frauenvollzug,
	3 Interviews im Jugendvollzug,
	4 Interviews in der Anstalt für Kurzstrafen (Männer) ²

1 Ein Interview im Jugendvollzug wurde abgebrochen, nachdem sehr bald die starke emotionale Betroffenheit des Befragten deutlich wurde.

2 Die Anstalt für Kurzstrafen wurde inzwischen in die JVA Bremerhaven verlegt.

Geschlossener Vollzug für Männer in Oslebshausen: 15 Interviews
 Offener Vollzug (Oslebshausen/Fuchsberg): 2 Interviews

Drei Interviews wurden mit Substituierten geführt, die im Untersuchungszeitraum aus der Haft entlassen worden sind. Von den 30 InterviewteilerInnen waren 3 Personen weiblich, 27 Personen männlich.

4.3 Aufbereitung und Auswertung des qualitativ erhobenen Materials

Die qualitativen Interviews wurden per Tonband aufgezeichnet und wörtlich transkribiert, d.h. in eine schriftliche Form gebracht. Dieses Vorgehen ist zwar aufwendig, hat aber den Vorteil, daß einzelne Aussagen in ihrem Kontext gesehen werden können und so Interpretationen erst möglich werden. Um eine bessere Lesbarkeit der Texte zu erreichen, sind grobe Satzbaufehler korrigiert und Füllworte entfernt worden. Diese Protokolltechnik liegt zwischen der literarischen Umschrift, bei der umgangssprachliche Äußerungen erhalten bleiben und der Übertragung in normales Schriftdeutsch (Mayring 1996:70). Nonverbale Äußerungen sind im Text kenntlich gemacht worden. Orts- oder Personennamen wurden, soweit in den Interviews erwähnt, weggelassen.

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der Methode der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Ph. Mayring (1983, hier 1995: 76 ff). Das Ziel dieser Analysetechnik ist es, schrittweise und methodisch kontrolliert eine bestimmte, in diesem Fall inhaltliche Struktur aus dem vorliegenden Material herauszufiltern (inhaltliche Strukturierung).

„Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem; durch dieses Kategoriensystem werden diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen“ (Mayring 1996: 91). Dazu ist es notwendig genau festzulegen, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen sollen. Als Ankerbeispiele werden konkrete Textstellen angeführt, die als beispielhaft für die jeweilige Kategorie gelten sollen.

Nach der Transkription der Interviews erfolgte eine erste Durchsicht des vorliegenden Materials unter inhaltlichen Aspekten. Dabei wurde geprüft, inwieweit die auf theoretischen Vorannahmen basierenden Kategorien aus dem Interviewleitfaden im Text angesprochen werden. Die entsprechenden Textstellen wurden gekennzeichnet. In dieser ersten Phase der Materialdurchsicht galt entsprechend der offenen Interviewgestaltung mit den substituierten Gefangenen ein besonderes Interesse möglichen neu angesprochenen Katego-

rien. Auch solche Textstellen wurden markiert und entsprechenden, neu erstellten Kategorien zugeordnet. In einem zweiten Materialdurchgang wurde das Kategoriensystem dimensioniert. Alle Probeläufe durch das Material dienten immer auch dem Ausprobieren des Kategoriensystems. Falls erforderlich, wurden bestimmte Kategorien oder Dimensionen noch einmal überarbeitet. Auf diese Weise ist ein beschreibendes, theoretisch und empirisch am Material abgesichertes Kategoriensystem entstanden, mit dem das auszuwertende Textmaterial unterschiedlichen Überbegriffen zugeordnet werden kann.

4.4 Strukturierende Analyse der Interviews mit Substituierten

Im folgenden werden die Ergebnisse aus den Interviews dargestellt. Das Kategoriensystem entspricht in seiner Systematik (Bezeichnungen der Kategorien) der der inhaltlichen Auswertung (Gliederungspunkte).

Kategoriensystem:

1. Vorteile der Substitution in Haft
 - a) Vermeidung von Entzugserscheinungen
 - b) gesundheitliche Stabilisierung, Infektionsprophylaxe
 - c) Abstand zur Drogenszene in Haft
 - d) Arbeit
 - e) Abnahme kriminogenen Verhaltens
 - f) Methadon als „Türöffner“ bei Langzeitstrafen
2. Vertrauen in die Anstaltsmedizin
 - 2.1 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung
 - a) Aufnahmeuntersuchung
 - b) Weiterführung von extern begonnenen Behandlungen
 - c) Zugang zur ärztlichen Versorgung durch Fachärzte
 - d) Notfälle
 - 2.2 Kommunikation Substituierte/Arzt
 - 2.3 Gefangene mit HIV
3. Substitutionspraxis
 - 3.1 Aufnahme in die Methadonbehandlung der JVA Bremen
 - 3.2 Behandlungsvertrag
 - 3.3 Ausgabe von Methadon
 - 3.4 Dosierung
 - 3.5 Beikonsum

4. Psychosoziale Begleitung
5. Nachteile der Substitution in Haft

1. Vorteile der Substitution

Die von den TeilnehmerInnen genannten Vorteile der Substitution sollen nicht darüber hinwegtäuschen, daß ihnen eine ganze Reihe von neu oder weiter fort bestehenden, (persönlichen, sozialen und/oder psychischen) Problemen gegenüberstehen, die offensichtlich allein mit der Substitution nicht zu lösen sind. Die Vorteile der Substitution werden daher nur in Ausnahmefällen als tragfähig für weitere positive Veränderungen bewertet.

a) Vermeidung von Entzugsbeschwerden

Die Vorteile der Substitution in Haft werden – je nach persönlicher Situation, Drogen- und Hafterfahrung – unterschiedlich erlebt. Unter den Befragten waren Personen mit erst kurzer Methadon-Erfahrung, entweder weil sie wegen einer fehlenden Indikation nach den NUB-Richtlinien keinen niedergelassenen Arzt finden konnten, der bereit gewesen wäre, eine Substitutionsbehandlung durchzuführen oder weil sie bislang, d.h. in Freiheit, kein Interesse an einer Substitutionsbehandlung hatten. Bei ihnen steht mit dem Beginn dieser Behandlung in Haft vor allem die Vermeidung von Entzugsbeschwerden im Vordergrund. Die Inhaftierung trifft Drogenabhängige meist unvorbereitet. Mittel und Wege, um sich auch in Haft mit Drogen versorgen zu können, konnten oft nicht organisiert werden. Der Haftbeginn bedeutet damit unvermeidlich das Auftreten von Entzugserscheinungen, die nur beendet werden können, wenn es entweder gelingt, sich illegal die benötigten Drogen von Mithäftlingen zu besorgen oder wenn der Anstaltsarzt ein Substitut verschreibt. Der wichtigste Vorteil des Methadons wird daher in der legalen Möglichkeit gesehen, Entzugsbeschwerden entgegenzuwirken, andere Argumente für oder gegen Methadon sind zunächst nebensächlich:

„Mich haben se direkt von der Straße verhaftet und mir gings dreckig, ich hatte wirklich sehr starken Entzug und bin dann zum Arzt., daß man erst mal vom Entzug runterkommt, das is das Wichtigste.“ (26,1:21-25)

Das bestehende Angebot, statt einer längerfristigen Substitutionsbehandlung einen methadongestützten Entzug zu machen, wird von den Befragten, die sich schon einmal für diese Alternative entschieden haben, negativ bewertet:

„Also es wird einem hier ja auch angeboten, einen methadongestützten Entzug zu machen, also mit 4 ml anfangen, 4-3-2-1-0, innerhalb einer Woche, aber das is, das hab ich auch schon probiert, das geht zu schnell, ne. Von 1 auf 0 und dann steht man da die Tage, und dann gehts einem wirklich noch dreckig danach. Und gerade hier im Knast, es is sehr schwierig, weil man findet keine Ruhe hier. Und deshalb, wenn man längere Zeit hier sein muß, isses schon vorteilhaft, sich substituieren zu lassen.“ (26,1:27-32)

b) gesundheitliche Stabilisierung

Andere, als vorteilhaft empfundene Gesichtspunkte werden erst mit zunehmender Länge der Substitution wichtig. Dies trifft für die Substituierten zu, deren Substitution in einer zurückliegenden Haftzeit begonnen und nach der Entlassung bei einem niedergelassenen Arzt fortgeführt wurde und auch für die Befragten, die „draußen“ eine Substitutionsbehandlung begonnen haben. Diese Personen haben meist langjährige Erfahrung mit der Substitution, kennen aber auch den ständigen Wechsel zwischen Haft und Freiheit. Bei ihnen stehen über die Vermeidung von Entzugserscheinungen hinausgehende Vorteile der Substitution im Vordergrund, wie die gesundheitliche Stabilisierung.

Die Befreiung von den Zwängen der Drogenbeschaffung erlaubt eine Neuorientierung, nach der nicht mehr die Droge, sondern neue Lebensinhalte im Mittelpunkt stehen. Zu dieser Neuorientierung gehören zunächst einmal geregelte Mahlzeiten und Tagesabläufe, aber auch die Nutzung der neugewonnenen Zeit, um medizinisch notwendige Behandlungen durchführen zu lassen:

„Aber man kann damit sein Leben wieder auf die Reihe kriegen. ... Ich hab morgens das Zeug genommen, bin dann zwei Stunden sitzen geblieben, hab gefrühstückt, was ich auf Heroin nie gemacht hab. Da ging das los, aufstehn, nix waschen, ab inne Klamotten, los das Zeug besorgen, ne.“ (15,1:29-37)

„Seitdem ich substituiert bin, hab ich wieder gut zugenommen, also das is schon ..., also ich würds auch jederzeit wieder machen, ne.“ (26,1:15-16)

„Wo ich nich substituiert war, im Knast, da hab ich mich wirklich nur um Drogen gekümmert, nich so um meine Gesundheit und mich selber. Und jetzt mach ich das. Also ich bin auch mal zum Augenarzt gegangen, die Jahre bringen das eben mit sich, daß man auch mal ne Brille braucht und so. Aber das hab ich früher nie gemacht. Oder auch zum Zahnarzt gehn, ne. Mir fehln ja zum Großteil die Zähne, das kommt ja alles durch die Drogen. Ja, und hier

hab ich Zeit und Ruhe, um das machen zu lassen. Mach ich auch.“ (18,2:76-81)

Der Haftalltag mit geregelten Mahlzeiten und der medizinischen Versorgung vor Ort, trägt zur Besserung des Ernährungs- und Gesundheitszustandes bei. Befragte mit HIV gaben darüber hinaus eine Stabilisierung ihrer Werte unter der Substitution an, ein für sie ganz wesentlicher Gesichtspunkt. Die eingeschränkte Verfügbarkeit über Spritzen in Haft und damit der unzureichende Infektionsschutz ist für einige Befragte ein weiterer Grund, sich substituieren zu lassen:

„...Methadon, damit ich so über die Runden komm, ne, daß es mir nich schlecht geht und daß ich mir nichts hole.“ (17,1:39-40)

„Und hier drinne hat man auch weniger Möglichkeiten an Spritzen und so weiter ranzukommen. (1:17-18) Hier sind eben auch Leute, die HIV-positiv sind und dann grad durch diesen Spritzentausch ... Es gibt immer noch Leute, die weiterdrücken hier, aber die müssen sehn, wie sie damit leben, ich mach das jedenfalls so mit dem Methadon.“ (18,2:12-15)

c) Abstand zur Drogenszene in Haft

Von vielen Befragten wurde neben dem gesundheitlichen Aspekt als besonderer Vorteil der Methadonbehandlung der Abstand von der in Haft bestehenden Drogenszene hervorgehoben³. Aus eigener Erfahrung vorangegangener Gefängnisaufenthalte, in denen die Substitution für diese Drogenabhängigen noch keine Alternative war, wissen die Substituierten, daß der aktive Drogenkonsum in Haft unter erschwerten Bedingungen stattfindet. Die Möglichkeiten die finanziellen Mittel für die Drogen zu beschaffen sind stark eingeschränkt. Es müssen oft Schulden gemacht werden, die nicht oder nur unter Schwierigkeiten zurückgezahlt werden können. Substitution bedeutet in diesen Fällen einen Ausweg aus dem Teufelskreis von Geldmangel, Schulden, Beschaffungskriminalität und Gewalt, den es in der extramuralen Drogenszene auch gibt, im Gefängnis aber aufgrund der stark reduzierten Handlungsmöglichkeiten praktisch unausweichlich ist.

3 An dieser Stelle muß darauf hingewiesen werden, daß sich unter den Befragten auch Personen befanden, auf die die folgenden Ausführungen nicht zutreffen, da sie von der bestehenden Drogenszene im Gefängnis profitieren. Sie werden im Abschnitt 4.4.5 berücksichtigt.

„Der Vorteil für mich hier drin is, daß ich mich aus den Drogengeschäften hier raushalten kann ... Das is für mich sehr wichtig. Gerade wenn ich sehe, hier sind sehr viele Drogen im Haus und auch ständig, durch diese Drogengeschäfte gibt es sehr viel Streß, Ärger und Schlägereien, und dann werden Schulden gemacht, dann können die Leute das nich bezahln. Und durch die Substitution kann ich mich da völlig raushalten.“ (26,1:8-13)

„Genommen hab ich das aus dem Grunde, um hier drin gar nich erst in Geldnöte zu kommen und irgendwelche materiellen Sachen zu verkaufen oder die Leute zu beklaun, nur um an die Droge ranzukommen, ne.“ (17,1:12-14)

„Und bei andern Haftzeiten, da war das eben so, daß ich alles, was ich hatte, so an Wertgegenständen, Schmuck, Armbanduhr, Fernseher, was man eben so haben kann, immer für Drogen verwendet habe. Das hab ich dann verkauft an einen andern Mitgefangenen, der keine Drogen genommen hat, und der hat dann Geld reinbekommen. Und ich hab mir dafür eben was zum Drücken geholt, ne. Da war meine Zelle immer ziemlich rar bestückt, so, ne. Außer n paar Bilder anne Wände war da meistens nichts. Das is jetzt eben besser, ich hab jetzt alles, was ich brauche, um die Haftzeit so einigermaßen rumzukriegen.“ (18,1:2-10)

Methadon wird unter diesen Bedingungen zu einer Überbrückungshilfe für die Haftzeit, mit der materielle Verluste vermieden werden können. Im Mittelpunkt stehen nun die als wichtig erachteten Dinge des täglichen Bedarfs, mit denen die Haftzeit erträglicher gestaltet werden kann.

d) Arbeit

Durch die Substitution entsteht ein neuer Freiraum, der es ermöglicht, sich um persönliche Dinge zu kümmern oder einer Arbeit nachzugehen:

„Also, für mich persönlich, ich bin jetzt seit einem Jahr substituiert auf 12 ml Methadon, arbeite täglich 18 Stunden, verspüre so was wie Suchtdruck gar nich mehr.“ (13,1:2-4)

„Dann bin ich zu der Entscheidung gekommen, daß es doch besser wäre, mich einstellen zu lassen aufgrund der Heroinsucht wieder. Ich hab das nur immer auf Folie geraucht, nie gedrückt oder so, und ich hab gemerkt, daß es doch schon besser is mit Methadon, kann ich besser mit arbeiten, das is leichter.“ (15,1:11-14)

„Ohne die Substitution würden wir jetzt gar nicht hier sitzen, also dann wär ich hier im Knast voll abhängig von Heroin bzw. könnte auch nicht arbeiten, keiner geregelten Arbeit nachgehn, was ich jetzt auch seit 4,5 Jahren meiner Inhaftierung wieder mache.“ (27,1:1-4)

Nur drei der Befragten stellten einen Zusammenhang her zwischen der Substitution und der Arbeit im Vollzug. Die Arbeit wird ihrer Ansicht nach durch Methadon erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht. Im Gegensatz zu den anderen Befragten, die teilweise zum Zeitpunkt der Interviews auch in den Werkbetrieben beschäftigt waren, wird die Möglichkeit, einer Arbeit nachgehen zu können, von diesen drei Personen positiv bewertet, obwohl die Arbeit im Gefängnis aufgrund der niedrigen Arbeitsentgelte, den geringen Leistungsanforderungen und der Langeweile im allgemeinen einen eher schlechten Ruf bei den Gefangenen genießt. Die Frage, warum die Möglichkeit zur Arbeit als ein Vorteil der Substitution gesehen wird, läßt sich nur individuell klären. Ein Befragter hatte sich vor seiner Inhaftierung vergeblich um die Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung bemüht und empfindet nun, in der ersten Zeit der Substitution in Haft, die Befreiung vom Suchtdruck und damit verbunden einer gewissen Normalität, zu der für ihn auch das Nachgehen einer Arbeit gehört, als große Erleichterung.

Der Aspekt der Arbeit wird in anderen Fällen erst nach der Verhängung einer mehrjährigen Gefängnisstrafe relevant, um die Jahre der Haft zu überstehen:

„Momentan arbeite ich jeden Tag 10 Stunden. Ich nehme mein Methadon, arbeite, leg mich schlafen, hab noch 2 bis 3 Stunden am Tag für mich und höre und sehe nichts. Das is natürlich kein Leben auf Dauer, aber so bringe ich die Zeit hier für mich erst mal rum.“ (27,1:18-21)

Für einige Interviewteilnehmer ist Arbeit grundsätzlich kein Thema, weil sie sich dazu körperlich und psychisch nicht in der Lage fühlen, für andere wiederum wird dieser Aspekt erst nach der Entlassung wieder interessant (vergl. Entlassung).

e) Abnahme kriminellen Verhaltens

Als Vorteil der Substitution wird die Einschränkung der Beschaffungskriminalität gesehen, die dazu führt, daß die Abstände zwischen dem Leben in Freiheit und erneuter Inhaftierung größer werden und die Distanzierung zu bisherigen Verhaltensweisen möglich wird:

„Ich hab das auch gemerkt, als ich draußen war, ich bin auch längere Zeit in Freiheit geblieben. Sonst war das immer ein Wechsel, zwischen Freiheit und Haft, weil die Beschaffungskriminalität dazu kam.“ (18,1:12-14)

„Stabilität is in dem Sinne ja chemisch gebaut, zu 50% Dann findet bei mir auch ne andere Einstellung statt, man guckt irgendwo ganz anders auf Verhaltensweisen, die man die ganze Zeit praktiziert hat. Man sieht auch, daß man mit diesen Verhaltensweisen genau dahin gelangt, wo man herkommt.“ (23,6:24-27)

Diese Erfolge sind allerdings durch Rückfälle während der Haft oder nach der Entlassung, z.B. infolge einer Abdosierung vom Methadon oder eines unkontrollierten Beigebrauchs, gefährdet und führen zur Wiederaufnahme des kriminellen Verhaltens:

„So jetzt, wenn ich Methadon krieg, Herr ... hat da n Bericht geschrieben, daß mein kriminogenes Verhalten, wenn ich Methadon bekomm, überhaupt keine Probleme mit hab, gar nichts. Das is immer nur dann, wenn ich nen Rückfall bau, dann kommt der ganze Konsum“ (24,1:24-27)

Personen, die Schwierigkeiten haben, den Beigebrauch anderer Drogen trotz der Substitution mit Methadon aufzugeben, betrachten die Zeit in Haft deshalb auch als Schutz vor den Bedingungen, an denen sie in Freiheit (noch) regelmäßig scheitern:

„Der Kreislauf läuft einfach weiter, derjenige, der Methadon nimmt, der nimmt Kokain. Und das kann man hier drinne nich, das is klar. Hier is zwar Kokain, kein Problem, aber alles zu teuer, alles eine Geldfrage. (1:2-5) ... Also hier is wirklich die einzigste Station, wo man sagen kann, hier kannst du versuchen aufzuhörn.“ (11,1:12-13)

„Ich hab die Zeit über auch keinen Beigebrauch gehabt, in Oslebshausen. Das is bei mir auch nich die Schwierigkeit, in der Haft oder in Therapie, wo noch mal so n Schutz für mich is, da dann ‚nein‘ zu sagen, ne. Für mich is die Schwierigkeit draußen nein zu sagen. Da is es verdammt ...“ (28,1:20-23)

f) Methadon als „Türöffner“ bei Langzeitstrafen

Die Substitution wird auch für Personen interessant, die erst während ihrer Langzeitstrafe mit Drogen in Berührung gekommen sind, und – genau wie andere drogenabhängige Gefangene – negative Begleiterscheinungen wie Geldmangel und Schulden vermeiden wollen. Der Grund für die Aufnahme

des Drogenkonsums liegt, wie der folgende Interviewausschnitt zeigt, in der Langeweile und dem Bedürfnis, der täglichen, auf viele Jahre unausweichlichen Monotonie zu entkommen:

„... ich hab hier Drogen genommen, gerade in meiner Situation, ich hab ne Langzeitstrafe, ich komm nich raus. Und dann biste froh, wenn de mal anders drauf bist, ne. (1:3-5) ... Also, ich hab praktisch meine Ruhe hier, da is nicht immer dieser Wahnsinnsdruck: wann kommste raus, bist schon viele Jahre hier, deine Mutter ... Deswegen nehm ich das Zeug gerne, weil ich gut drauf bin, ne.“ (1:30-35) „Ich kann mir die Droge kaufen, aber ich kann die hier auch umsonst kriegen. ... Ich könnte durchaus mit einigem Willen das nicht machen brauchen, aber ich sag mir, ich sehns nicht ein, ich bin eingesperrt, son Scheiß, ich mein, da hab ich selber Schuld, aber so läuft's auch besser, wesentlich besser. Weil, den Knast mach ich auch verantwortlich, nich das er mich einsperrt, sondern, daß er hier nichts tut mit uns.“ (25,3:3-7)

Wie für andere substituierte Gefangene gilt auch für Personen mit einer Langzeitstrafe die Gewährung von Lockerungen für die Teilnahme an externen psychosozialen Begleitmaßnahmen. Damit stellt sich die Substitution für sie als „Türöffner“ für kurze Ausflüge in die Freiheit dar, in deren Genuß sie ohne die Substitution nicht gekommen wären:

„Kurioserweise haste dann auch die Möglichkeit Ausgänge zu bekommen. Das würde ich als normale Langzeitstrafe gar nich bekommen. Also, das is auch n Grund, warum ich in das Programm gegangen bin. Das is irgendwo auch n Türöffner. ... Kann sein, daß ich in drei Wochen oder so (lacht, freut sich sehr) raus darf, aber eben dann zu solchen Gruppen.“ (25,1:40-42;2:1-9)

Für die Substitution in Haft sprechen damit eine ganze Reihe von Gründen, die dazu geeignet sind, den Gefangenen die unausweichliche Haftstrafe in unterschiedlicher Weise erträglicher zu machen. Eine Verhaltensänderung in Richtung Drogenfreiheit oder regelkonformes Verhalten, wie es im Prinzip die strengen Regeln zum Beigebrauch erfordern (einmalig nachgewiesener Beigebrauch führt zur Beendigung der Substitution, vergl. 3.2.6), werden dabei von den Substituierten nicht unbedingt angestrebt, was aber nicht ausschließt, daß der Wunsch nach einem Ausstieg aus dem bisher drogenbezogenen Leben im weiteren Verlauf der Substitution bei dem einen oder anderen Substituierten entstehen kann.

2. Vertrauen in die Anstaltsmedizin

Ein immer wiederkehrendes und für die Befragten wichtiges Thema betraf das Arzt-PatientInnen-Verhältnis in Haft. Nur eine Person gab an, Vertrauen zu den Anstaltsärzten zu haben. Auffällig ist, daß gerade diese Person vor ihrer Inhaftierung keinen Kontakt zu Drogen hatte, also nicht den oft langjährigen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Verelendungsprozessen von Drogenabhängigen ausgesetzt war und sich möglicherweise aus diesem Grund eine gewisse Offenheit gegenüber den gegebenen Bedingungen der medizinischen Versorgung im Gefängnis bewahrt hat. Einige wenige Interviewte gaben an, einer bestimmten Person des Ärztlichen Dienstes bedingt zu vertrauen, insgesamt läßt sich feststellen, daß das Vertrauen der Befragten in die Anstaltsärzte gering bis nicht vorhanden ist – bis auf die erwähnte Ausnahme⁴. Das fehlende Vertrauensverhältnis zwischen Anstaltsarzt und PatientInnen wirkt sich auf die medizinische Versorgung von Drogenabhängigen in Haft aus, deren Erfolg eben gerade auch Vertrauen in die Fähigkeiten des behandelnden Arztes voraussetzt. Kommt eine tragfähige, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und PatientIn nicht zustande, werden u.U. die Anweisungen des Arztes nicht ernstgenommen und befolgt, stattdessen greifen die PatientInnen zur Selbsthilfe (davon wird im weiteren Verlauf immer wieder die Rede sein). Auf der anderen Seite kann es dazu führen, daß PatientInnen für die Diagnose und Behandlung wichtige Informationen verschweigen oder die Behandlung durch einen Anstaltsarzt grundsätzlich zu vermeiden suchen, wie es z.B. für HIV-positive Gefangene zutrifft, wenn ihnen viel daran liegt, ihre Infektion vor den Mitarbeitern des Ärztlichen Dienstes und dem Vollzug geheimzuhalten.

Die medizinische Versorgung im Gefängnis ist Teil des repressiven Systems und repräsentiert dieses, auch wenn das Gebot der ärztlichen Schweigepflicht eine weitgehende Unabhängigkeit gegenüber dieser Institution sicherstellen und Behandlungen auf dieser Grundlage ermöglichen soll. Aus diesem Grund ist es für einige Befragte grundsätzlich schwierig, das vorhandene Mißtrauen den behandelnden Ärzten gegenüber aufzugeben. Anderen Befragten dagegen war es wichtig, wenigstens dem behandelnden Arzt vertrauen zu können, von dem sie sich Unterstützung auch während der Substitutionsbehandlung

4 Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine von der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführte Befragung von Menschen mit HIV/AIDS in bundesdeutschen Strafvollzugsanstalten. Danach waren 50,5% der Befragten sehr unzufrieden mit der medizinischen Versorgung in Haft und 82,9% würden gern einem externen Arzt vorgestellt werden (Deutsche AIDS-Hilfe 1993: 12 f).

erhoffen. Wie schwierig sich das Arzt-Patienten-Verhältnis in Haft gestaltet und durch welche Faktoren es beeinträchtigt wird, soll im folgenden näher analysiert werden.

Anzumerken wäre, daß sich die Aussagen der Abschnitte 2.1 (Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung) und 2.2 (Kommunikation Arzt/Patient) auf die Situation im offenen und geschlossenen Vollzug in Oslebshausen sowie im Frauenvollzug, in der Jugendstrafanstalt und der ehemaligen Kurzstrafenabteilung für Männer in Blockland beziehen, nicht aber auf die JVA Bremerhaven. Einerseits befanden sich die Befragten zum überwiegenden Teil in einer der genannten Anstalten in Bremen, andererseits bezogen sich diejenigen, die einen Teil ihrer Haftzeit in Bremerhaven verbracht haben, in ihren Ausführungen ausdrücklich auf die medizinische Versorgung in Bremen. Dafür gibt es folgende Erklärungsmöglichkeiten:

1. Die Gefangenen sind mit der medizinischen Versorgung in der JVA Bremerhaven weitgehend zufrieden. Das wäre für eine Haftanstalt zwar ein einigermaßen überraschendes Ergebnis, es gibt aber zwei Gründe, die dafür sprechen würden: die geringe Größe und Überschaubarkeit der Anstalt und vielleicht wichtiger noch, die Tatsache, daß die Substitutionsbehandlung nicht durch einen Anstaltsarzt durchgeführt wird, sondern durch einen Arzt des Gesundheitsamtes Bremerhaven, einen von „draußen“ kommenden Arzt also, dessen Arbeit nicht ausschließlich auf die medizinische Versorgung von Häftlingen beschränkt ist und der bei der täglichen Methadonabgabe anwesend ist⁵. Möglicherweise wirkt sich ein solches Organisationsmodell der ärztlichen Versorgung positiv auf das Arzt-Patienten-Verhältnis in Haft aus.
2. Wenn Gefangene der JVA Bremerhaven direkt vor Ort befragt worden wären, hätte dies ähnlich negative Ergebnisse erbracht wie für Bremen. Das wäre theoretisch denkbar. Zur Zeit der Datenerhebung wurde in Bremerhaven eine wissenschaftliche Begutachtung des Bremerhavener Drogenhilfesystems durchgeführt (Hartfiel/Quensel 1998). Bestandteil der Untersuchung waren auch qualitative Interviews mit Gefangenen der JVA Bremerhaven, in denen das Arzt-Patienten-Verhältnis zur Sprache kam. Aus diesem Grund wurde in dieser Anstalt auf die nochmalige

5 Die, auch gelegentliche, Anwesenheit eines Arztes bei der Methadonabgabe, wird von den Substituierten als Ausdruck ärztlichen Interesses gegenüber den PatientInnen interpretiert, sie signalisiert die Bereitschaft zur Erreichbarkeit auch für drogenabhängige Personen.

Befragung der Gefangenen verzichtet. Gespräche mit der Forscherin Hartfiel und ihre Interviewergebnisse weisen auf ein für Haftverhältnisse gut funktionierendes Arzt-Patienten-Verhältnis hin.

2.1 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

Drogenabhängige Gefangene leiden häufig an einer Vielzahl gesundheitlicher Probleme, auch die befragten Personen waren in dieser Hinsicht keine Ausnahme, genannt wurden vor allem Spritzenabszesse, Venenerkrankungen, Thrombosen, Verletzungen, Herzerkrankungen, Magenkrämpfe, Depressionen, Epilepsie, HIV und Hepatitis. Die Haftzeit macht es den Befragten relativ leicht, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu finden: die draußen übliche Arztsuche entfällt, die Wege sind kurz, durch die Substitution und, damit verbunden, dem Abstand zu Drogen verfügen die PatientInnen über ausreichend Zeit und Interesse, die bestehenden Erkrankungen behandeln zu lassen. Das gilt auch für die Personen, die vor ihrer Inhaftierung noch nicht in medizinischer Behandlung waren, entweder wegen einer Gleichgültigkeit hinsichtlich ihrer Gesundheit oder wegen Schmerzunempfindlichkeit unter Drogenkonsum. Aufgrund der gesundheitlichen Probleme verfügen die Befragten unabhängig von der Substitutionsbehandlung über Erfahrungen mit der Anstaltsmedizin, die als Erklärung für das bestehende Mißtrauen gegenüber den Ärzten herangezogen wurden. Die Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Haft entsteht danach vor allem in Situationen, in denen die Befragten sich nicht sorgfältig behandelt fühlen und dann einen Vergleich zur externen ärztlichen Versorgung anstellen. Nicht behandelt oder nicht ausreichend behandelt sehen sich die befragten Personen vor allem in folgenden Situationen: a) in der Eingangsuntersuchung, b) in der Frage der Weiterbehandlung extern begonnener Behandlungen, c) in der Vermittlung zu externen Fachärzten und d) in Notfallsituationen.

a) Aufnahmeuntersuchung

Zu Beginn der Haft wird der/die Inhaftierte beim Medizinischen Dienst der Anstalt vorgestellt. Die Aufnahmeuntersuchung dient der Feststellung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie der Klärung von Fragen im Zusammenhang mit Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit. Dieser erste Kontakt zum Arzt kann entscheidend für die weitere Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses sein. Gerade wenn Inhaftierte mit akuten Beschwerden beim Arzt vorgestellt werden, ist damit die Hoffnung auf Hilfe zur Linderung der

Beschwerden verbunden. Die Erfahrungen mit der Aufnahmeuntersuchung stellen sich jedoch für die Befragten oft anders dar:

„Der Arzt untersucht einen gar nicht richtig, wenn man einfliegt, der hat da nen Zettel, den er ausfüllen muß und fragt einen nur ab. Ich hab Magenkrämpfe gehabt, keine Untersuchung, keine Medikamente, keine Schonkost. ... Da mußte ich mich erst bei der Anstaltsleitung beschweren, daß ich wenigstens Schonkost krieg (empört). ... Dann sollte ich Montag endlich untersucht werden, ja, das is bis heut nicht passiert, ne“ (vier Tage später, A.d.V.). (9,1)

Mehrfach wurde über eine ähnliche Situation berichtet, in der sich die Aufnahmeuntersuchung auf das Ausfüllen eines entsprechenden Aufnahmebogens beschränkte, obwohl nach Meinung der Betroffenen auch medizinisches Handeln erforderlich gewesen wäre. Für die Betroffenen sieht es dann so aus, als ob der Arzt die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung ignoriert und damit seiner eigentlichen Aufgabe als Mediziner nicht nachkommt: „Ein Arzt muß einem doch helfen!“ (E,4). Folglich wird grundsätzlich das professionelle Engagement und die fachliche Kompetenz in Frage gestellt. Im oben geschilderten Fall hat erst die Beschwerde bei der Anstaltsleitung, nicht etwa das Gespräch mit dem behandelnden Arzt, für Abhilfe gesorgt. Damit hat sich eine für die meisten befragten Substituierten durchgängige Erfahrung wiederholt, nach der sie den Fachleuten von Institutionen zwar Rede und Antwort stehen müssen (Fragebogen), ihr Anliegen jedoch auf keine Resonanz stößt; am zuverlässigsten helfen können sie sich somit nur selbst, von den Experten ist nicht unbedingt Hilfe zu erwarten.

b) Weiterführung von extern begonnenen Behandlungen

In der Aufnahmeuntersuchung befinden die Anstaltsärzte auch über die Fortführung von Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten. Dabei kann es vorkommen, daß Medikamente, deren Wirkung vom Anstaltsarzt für die Weiterbehandlung als unwesentlich eingestuft wird, abgesetzt oder bisher geltende Anweisungen z.B. zur Wundversorgung aufgehoben werden. Es soll hier natürlich nicht der Versuch unternommen werden, darüber zu urteilen, ob die Entscheidungen vom medizinischen Standpunkt richtig oder falsch sind. Vielleicht ist es tatsächlich unnötig, HIV-positiven, schwangeren Frauen Zusatzpräparate zu verordnen, vielleicht ist es auch völlig ausreichend, eine Wunde täglich frisch zu verbinden, anstatt sie täglich zu baden, so wie es der Hausarzt angeordnet hatte. Es geht also nicht darum, niedergelassene Ärzte mit dem Etikett „gut“, die Anstaltsärzte mit dem Etikett „schlecht“ zu verse-

hen, vielmehr geht es um die der Arzt-Patienten-Beziehung zugrundeliegenden Mechanismen, die das Vertrauen in die Anstaltsärzte, wenn nicht gründlich zerstören, dann doch stark beeinträchtigen und auch weitere Arzt-Patienten-Kontakte, etwa im Rahmen der Substitutionsbehandlung, negativ beeinflussen.

Trifft also der Anstaltsarzt in der Aufnahmeuntersuchung die Entscheidung, die bisherigen Anordnungen durch den niedergelassenen Arzt nicht weiterzuführen, stößt das natürlich beim Patienten zunächst auf Unverständnis, da er ja davon ausgegangen war, daß genau diese Maßnahmen für seine Gesunderhaltung oder Heilung erforderlich sind. Das „Wissen“ des Patienten um die bestmögliche Versorgung durch den Hausarzt und damit sein Vertrauen in ihn wird vom Anstaltsarzt in Frage gestellt:

„Oder Dr. (Name des niedergelassenen Arztes) schreibt Magnesium auf, und hier sagen se, das brauch ich nich, das is nich wichtig und streichen das wieder.“ (1,1:22-23, weibl.)

„Alles was mein Hausarzt angeordnet hat, interessiert den (Anstaltsarzt, A.d.V.) gar nich. ... Und wenn ich mich beschwer, weil ich hab Angst, daß ... (schildert die Möglichkeit bleibender Schäden, A.d.V.), dann kommt die Reaktion: ‚was willste denn noch alles‘“. (8,1:43-46)

Gleichzeitig bedeutet das Absetzen der bisherigen Maßnahmen aber auch die Beendigung der aktiven Mitarbeit des Patienten an seiner Behandlung, besonders wenn diese Mitarbeit vom Hausarzt ausdrücklich gefordert wurde, um mögliche bleibende Schäden zu verhindern. Der Patient erfährt somit durch den Anstaltsarzt nicht nur die Bewertung der bisherigen Maßnahmen als unwichtig, sondern auch die Geringschätzung seiner Bereitschaft, etwas für sich und seine Gesundheit zu tun. Die Rolle, die dem Patienten hier zugewiesen wird, entspricht der, die der Gefangene im Gefängnis allgemein zu übernehmen hat: Anweisungen seines Gegenüber möglichst klaglos hinzunehmen und sich seiner eigenen Bedeutungslosigkeit für die Institution bewußt zu sein. Die als unwichtig bewerteten Anordnungen des Hausarztes und die Unterstreichung der Machtlosigkeit der Patienten ausgerechnet durch den Anstaltsarzt, auf den die Gefangenen für die Zeit ihrer Inhaftierung angewiesen sind und von dem sie Hilfe erwarten, führen zu großer Verbitterung der betreffenden Personen.

c) Zugang zur externen ärztlichen Versorgung durch Fachärzte

Die Anstaltsärzte entscheiden auch darüber, ob und wann eine Behandlung von Gefangenen bei niedergelassenen Fachärzten notwendig ist. Dieses Thema war allen Befragten, insbesondere aber den weiblichen Gefangenen sehr wichtig. Ihrer Erfahrung nach erfolgt eine Überweisung zum Facharzt meist sehr spät:

„Ich hab n Geschwür gehabt, so groß wie ne Apfelsine. ... da hab ich fünf Monate drauf gewartet, daß ich zum Frauarzt kam. ... Ich wär hier in einer Woche, wär ich draufgegangen.“ (2,2:20-24, weibl.)

„Ich bin jetzt seit einem Jahr hier, übern Jahr bin ich jetzt hier und bin letzte Woche erst zum Herzspezialisten gekommen. Meine Herzklappe arbeitet ja nich, die eine. Setzen sich Bakterien fest und erkennen tu ich das erst, wenns zu spät is, wenn ich nich mehr laufen kann oder meinen Arm nich mehr bewegen kann.“ (2,2:38-41, weibl.)

oder wird als unwichtig abgetan:

„Grade wennn man raus muß zum andern Arzt, z.B. wo ich erfahrn hab, daß ich schwanger bin, was hab ich da zu hörn gekriegt? Ich will ja nich abtreiben, also is es auch nich so wichtig, daß ich zum Arzt komm.“ (1,1:20-22, weibl.)

Die Anstaltsmedizin ist für die Gefangenen der einzig mögliche Zugang zur medizinischen Versorgung überhaupt und trägt daher eine besondere Verantwortung hinsichtlich der Qualität und Zuverlässigkeit. Ein möglichst breites Spektrum haben die Anstaltsärzte selbst abzudecken, Behandlungen, die sie selber nicht übernehmen können, müssen sie zugänglich machen. Die Anstaltsmedizin ist also dafür zuständig, daß Überweisungen zum Facharzt rechtzeitig, d.h. zu einem Zeitpunkt erfolgen, an dem sich noch kein erhöhtes Gesundheitsrisiko oder gar lebensbedrohlicher Zustand für die betreffenden Personen entwickelt hat. Unterstützen die Anstaltsärzte, als Monopolisten und damit letzte Instanz, nicht das Anliegen nach ärztlicher Behandlung durch einen Spezialisten, haben die Betroffenen keine Aussicht auf eine entsprechende Behandlung. Die Abhängigkeit von der anstaltsärztlichen Entscheidung und die fehlende Möglichkeit der Mitbestimmung trotz der, nach Meinung der Betroffenen, auch objektiv nachvollziehbaren Behandlungsbedürftigkeit durch einen Facharzt, tragen zum bestehenden Bild der Anstaltsmedizin als „Medizin zweiter Klasse“ bei.

d) Notfälle

Notfallsituationen wurden von den Befragten als Begründung für das mangelnde Vertrauen in die medizinische Versorgung der Anstalt ebenfalls häufig beschrieben. Zum Teil haben sie solche Situationen selbst durchlebt, teilweise wurden dieselben Notfälle aus der Sicht von Mithäftlingen der jeweiligen Vollzugsgruppe geschildert. Unter Notfällen sind hier Krampfanfälle von Drogenabhängigen zu verstehen, die sich für diesen Personenkreis, unabhängig davon, ob eine Person direkt oder nur indirekt als Zellennachbar betroffen ist, als sehr bedrohlich darstellen. Solche Notfallsituationen auf der Vollzugsgruppe und die Erste-Hilfe-Leistung durch den Medizinischen Dienst werden von den drogenabhängigen Gefangenen sehr genau beobachtet, da sie selbst in die gleiche Lage geraten könnten, andererseits zeigt sich für sie an der Reaktion des Vollzuges auch wie ernst dieser seine Verantwortung für das Leben und die Gesundheit der Gefangenen nimmt. Alle Personen, die über Notfälle berichtet haben, bemängeln die Geschwindigkeit, mit der der medizinische Dienst auf Notrufe reagiert. Was von den Gefangenen als Notfall erlebt wurde, wurde offensichtlich von den Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes nicht als ein solcher bewertet, die Wartezeit auf eine erste medizinische Versorgung zum Beispiel im Frauenvollzug war erheblich:

„Wenn de hier auf Ampel gehst, weil de n Krampfanfall hast, manchmal schaffst es gar nicht mehr auffe Ampel zu gehn, dann liegst de da. Eine Stunde haben wir mal gewartet, bis mal einer kommt. Wenn da nich ne Insassin gewesen wär (mit medizinischen Kenntnissen, A.d.V.) ...“ (2,2:24-26, weibl.)

Lange Wartezeiten werten die Befragten als Gleichgültigkeit des Medizinischen Dienstes gegenüber den Gefangenen. Da es bei Krampfanfällen ihrer Erfahrung nach oft unmöglich ist, den in der Zelle befindlichen Notknopf zu erreichen, mit dem den Beamten Hilfebedarf signalisiert werden kann, kann bereits Zeit verstreichen, bevor überhaupt das Vorliegen eines Notfalles bemerkt wird. Verstreicht dann auch noch viel Zeit bis zum Eintreffen der Hilfe, trotz der kurzen Wege innerhalb der Anstalt, kommt das aus Sicht der Befragten einer Leistungsverweigerung gleich. Dabei kann es für die drogenabhängigen Gefangenen zu unerwarteten Allianzen kommen, wenn ihre Einschätzung der Situation von den Bediensteten der Vollzugsgruppe geteilt wird und sie sich mit den Gefangenen solidarisieren, indem sie unter Androhung von Sanktionen versuchen die Bereitstellung medizinischer Hilfe durchzusetzen. Eine solche Situation mag die Ausnahme sein, ist für die Gefange-

nen aber von großer Bedeutung, sie gilt ihnen als deutlicher, vor den Augen der Bediensteten erbrachter Beweis ihrer Nichtachtung durch den Medizinischen Dienst, also durch Personen, auf die sie bei gesundheitlichen Problemen und auch bei möglichen Notfällen angewiesen sind:

„Und zum Medizinischen Dienst, zu diesen Ärzten, zu diesen Sanis habe ich überhaupt kein Vertrauen, aber auch zu keinem. Weil, die Sanis, das weiß jeder, die sind faul, die haben keine Lust zu arbeiten, die kümmern sich nicht um die Leute. Es haben hier schon Leute gelegen, wo die Beamten gesagt haben, ‚wenn ihr jetzt nicht kommt, dann zeigen wir euch an wegen unterlassener Hilfeleistung‘. D.h. es waren Leute, wenn die ne halbe Stunde später rübergekommen wären, dann wären die gestorben. Solche Sachen passiern hier ständig.“ (26,4:3-9)

Vorfälle dieser Art wirken lange nach. Einerseits beschädigen sie gründlich das Ansehen des Ärztlichen Dienstes hinsichtlich der dort vorhandenen Kompetenzen, der Leistungsbereitschaft und des Engagements für die Gefangenen, andererseits bestätigen sie für die Gefangenen den Eindruck, sich in einer Institution zu befinden, in der sie vorrangig diszipliniert und verwahrt werden, die sie ohne Möglichkeiten der Einflußnahme zu erdulden haben: das Gefängnis und damit auch der medizinische Dienst wird zum Täter, der Gefangene zum Opfer. Insofern erfahren die Gefangenen Genugtuung, wenn Bedienstete ihre Einschätzung der Notfallsituation teilen und entsprechend ihrer Möglichkeiten handeln.

Die Ausführungen bisher haben gezeigt, in welchen Situationen Gefangene sich medizinisch nicht ausreichend versorgt sehen. Da ihnen keine Alternativen zur Verfügung stehen, müssen sie sich mit dem vorhandenen Angebot zufrieden geben, was zur allgemeinen Resignation führt und zur Geringschätzung oder Ablehnung der Anstaltsmedizin insgesamt:

„Man kann sich die Ärzte hier ja nicht aussuchen. Obwohl Name noch besser is als Dr. ..., weil Dr. ... der is noch weniger Arzt.“ (3,2:11-13, weibl.)

„... der Arzt is sowieso voll daneben ... Letztendlich sind das alles nur Gefangenenärzte, ich hab da nich so das Vertrauen zu, mehr oder weniger sind das für mich nich die gleichen Ärzte wie draußen. Die gucken einen irgendwie von oben herab an.“ (28,5:17-20)

2.2 Kommunikation Substituierte/Arzt

Das Vertrauen zur Anstaltsmedizin hängt neben der medizinischen Versorgung als solche ganz wesentlich von der Kommunikation zwischen Arzt und PatientIn ab. Auch zu diesem Punkt haben sich die Befragten zum Teil sehr ausführlich geäußert. Drogenabhängige PatientInnen haben den Eindruck, ihre Abhängigkeit von und Unmündigkeit gegenüber der Anstaltsmedizin mit allen oben geschilderten Problemen, wird von Seiten der Mediziner noch befördert, indem im Arzt-Patienten-Gespräch vorgebrachte Anliegen ausschließlich vor dem Hintergrund der bestehenden Drogenabhängigkeit und damit in Verbindung stehenden Manipulationsversuchen oder Entzugerscheinungen, nicht aber im Zusammenhang mit der aktuellen persönlichen Situation gesehen werden. Damit kommt es nicht nur häufig zu den erwähnten Verzögerungen in der medizinischen Versorgung, sondern ganz nebenbei zu einer Demonstration ärztlicher Überlegenheit. Andererseits ist es nach ärztlicher Erfahrung ein wesentliches Ziel von drogenabhängigen Gefangenen, im Arztgespräch Medikamente zu erhalten, die dann entweder gehandelt oder gesammelt in höherer Dosierung zum Zweck der Betäubung verwendet werden (Fritsch 1992: 145). Der Anstaltsarzt muß in seinen Entscheidungen also immer abwägen, ob es sich bei den vorgetragenen Beschwerden um ein Täuschungsmanöver, um psychologische Abwehrmaßnahmen in Krisensituationen oder tatsächlich um behandlungsbedürftige Symptome handelt.

Je mehr aber die einseitig vom Ärztlichen Dienst festgelegten Behandlungsbedingungen das ärztliche Handeln bestimmen und je weniger Mitspracherechte den PatientInnen eingeräumt werden, desto ohnmächtiger fühlen sie sich den ärztlichen Entscheidungen ausgesetzt und von einer möglichen Hilfe ausgeschlossen. Folglich kritisieren die Befragten am häufigsten, vom Anstaltsarzt nicht ernstgenommen, „von oben herab“ behandelt zu werden. Es geht bei der Kommunikation zwischen Arzt und Patient also um das sehr störanfällige Zusammenspiel zwischen einer von Medizinern für notwendig erachteten Distanz bei gleichzeitig von PatientInnen geforderter Emphatie⁶, das in der JVA Bremen aus der Balance geraten ist.

6 Gölz (1997) beschreibt es als die schwierigste Aufgabe des niedergelassenen Arztes, im täglichen Kontakt mit den Abhängigen „die Balance zwischen therapeutischer Distanz und emphatischer Nähe aufrechtzuerhalten. Die Abgrenzungsreaktionen der Behandler gegen die Verschmelzungswünsche der Abhängigen sind oft so heftig, daß dabei die Fähigkeit zur Einfühlung verloren geht. Andererseits ist der Sog zur Verschmelzung so stark, daß die realitätsprüfende therapeutische Distanz sich auflösen kann.“ (ebd.: 64 f).

Eine von fast allen Befragten geschilderte, typische Situation im Arzt-Patienten-Gespräch betrifft die Verschreibungspraxis von zusätzlichen Medikamenten (Schlaf- und Schmerzmittel). Tritt ein/e Substituierte/r mit einem solchen Anliegen an den Arzt heran, wird aus Sicht der Befragten kaum abgewogen zwischen dem subjektiv für notwendig erachteten Hilfebedarf, der dem Arzt gegenüber deutlich vertreten wird, und den geltenden Behandlungsrichtlinien für Substituierte, nach denen eine Zusatzmedikation nur in Ausnahmefällen erfolgen soll und zwar aus zwei Gründen: einmal um Vergiftungserscheinungen zu vermeiden, die durch die sich gegenseitig verstärkende Wirkung des Methadons und des zusätzlich konsumierten Betäubungsmittel auf das Atemzentrum entstehen können, und außerdem um die hinter dem Wunsch nach Beikonsum stehenden psychologischen Abwehrmaßnahmen in Krisensituationen nicht zu unterstützen („... man möchte zwischendurch ein bißchen platt sein.“ (OL1:17-18)). Über das Vorliegen eines solchen Ausnahmefalls entscheidet der Arzt. Akzeptieren die PatientInnen eine ablehnende Entscheidung nicht, wird das häufig als typisch forderndes Verhalten von Drogenabhängigen interpretiert, gegen das es gilt, sich abzugrenzen (vergl. 3.3) Der von den PatientInnen signalisierte Hilfebedarf wird übergangen und nicht weiter berücksichtigt, weil der Arzt davon ausgeht, tatsächlich handele es sich nur um den Versuch der Beschaffung zusätzlicher Betäubungsmittel.

Als ein relativ leicht nachzuvollziehendes Beispiel wurde häufig der Bedarf an Schmerzmitteln bei Zahnschmerzen angeführt. Angesichts des ruinösen Zahnstatus gerade bei langjährigen DrogenkonsumentInnen, läßt sich leicht vorstellen, daß Zahnschmerzen ein häufig auftretendes Problem sind. Der Zahnarzt kommt einmal wöchentlich in die Anstalt, was schlimmstenfalls bedeuten kann, eine Woche Wartezeit mit Schmerzen in Kauf nehmen zu müssen, wenn der Anstaltsarzt kein Schmerzmittel abgibt, meistens mit dem Hinweis auf das unter Methadon bereits reduzierte Schmerzempfinden:

„Und auch wenn ich mal Zahnschmerzen hab als Methadonträger krieg ich keine Zahnschmerztablette, gar nichts krieg ich, weil es heißt, Methadon is n Schmerzmittel. Is doch gar nich an dem! Das stimmt doch gar nich! Für meine Sucht vielleicht, aber nich, wenn ich irgendwie Zahnschmerzen oder Kopfschmerzen hab. Gibts keine Tablette für. Da muß ich andere Leute hinschicken, die nichts bekommen, und sagen, hier hol mir mal eben ne Zahnschmerztablette, damit ich die bekomm.“ (11,2:23-30)

„... wenn dann noch jemand kommt und sagt, ‚ich hab Zahnschmerzen, ich brauch ein Schmerzmittel‘, ja, ‚gibts nich, hast grade Methadon bekommen‘.

Da muß man wirklich auf die Barrikaden gehn und da teilweise so wütend werden und da irgendwelche Sachen kaputt machen, bis die mal sagen, dann geben wir dem lieber ne Tablette, damit der ruhig is.“ (24,5:1-5)

Diese beiden Zitate zeigen, welche Lösungen gefunden werden, um die Wartezeit bis zum Zahnarztbesuch zu überbrücken, wenn ein Arztbesuch ergebnislos verlaufen ist: Es werden Nicht-Abhängige zum Anstaltsarzt geschickt, denen die angeblichen Zahnschmerzen nicht nur geglaubt werden, sondern eine medikamentöse Unterstützung ohne Schwierigkeiten gewährt wird. Mit anderen Worten, Drogenabhängige haben Zahnschmerzen auszuhalten, um zu beweisen, daß sie keinen Mißbrauch mit Betäubungsmitteln betreiben, Nicht-Abhängigen sind Zahnschmerzen dagegen nicht zuzumuten. Die Instrumentalisierung des Arztes findet nun mit Hilfe einer unbeteiligten dritten Person erst recht statt, während das ursprüngliche Anliegen, verknüpft mit der Erwartung, beim Arzt Verständnis und Unterstützung zu erhalten, möglicherweise einer tatsächlichen Notlage entsprang:

„Für mich is n Arzt eigentlich dazu da, daß er helfen soll und nich die Tür zumachen und sagen, nein, ne.“ (29,5:17-18)

Eine andere Lösung, um doch noch an die benötigten Schmerzmittel zu gelangen, besteht darin, sich derart aggressiv und zerstörerisch im Vollzug aufzuführen, bis die zuständigen Personen im Ärztlichen Dienst keine andere Möglichkeit sehen, doch die gewünschten Medikamente abzugeben. Und schließlich besteht – sofern vom Ärztlichen Dienst keine Hilfe mehr erwartet oder gewünscht wird – immer die Möglichkeit, sich über den bestehenden Schwarzmarkt mit Medikamenten zu versorgen. Hier handelt es sich einerseits um Medikamente, die der ärztliche Dienst üblicherweise verschreibt und die deshalb häufig im Umlauf sind, aber auch um von außen eingebrachte und starke Medikamente (Fluninoc, Rohypnol), deren Konsum dann möglicherweise tatsächlich genau die Gefahren birgt, für die der Arzt mit der Verweigerung einer Verschreibung keine Verantwortung übernehmen wollte.

Gleich, welche Lösungsstrategien gefunden werden, sie bestärken in jedem Fall das negative Bild von Drogenabhängigen als nicht-vertrauenswürdige Störungselemente mit derart ausgeprägten Defiziten, daß kaum sinnvoll mit ihnen gearbeitet werden kann.

Ein etwas schwierigerer Fall stellt der folgende Interviewausschnitt dar, in dem beispielhaft das Kommunikationsmuster – wie es in anderen Interviews auch angesprochen wurde – zwischen Arzt und einem gerade wegen Beikon-

sums von Schlaftabletten aus dem Substitutionsprogramm ausgeschlossenen Patienten beschrieben wird. Auch hier signalisiert der Patient deutlich Hilfebedarf, verläßt die Sprechstunde aber ohne konkrete Handlungsalternative:

„Für jede kleine Pille muß ich jede Woche hierher laufen und betteln, den Arzt muß ich anbetteln. Ich bin wegen Betteln vorbestraft, ne, und das kränkt einen wirklich schon. Draußen, da hab ich keine Probleme, da geh ich zum Arzt hin und sag, mir gehts nich gut, ich brauch das und das. Gut, dann wird diskutiert, warum ich das brauch, ich erzähl dem das. Aber hier der Arzt ... Is nich! Der denkt nur ‚Suchtmittel‘. Der Arzt hat zu mir gesagt: ‚Was Sie brauchen is Gift.‘ Er stempelt mich ab als Heroinabhängiger, als Süchtiger. So sagt er das. Weil ich gesagt hab, ‚geben Sie mir, wenn ich runter geh, wenigstens Diazepam oder ne Aponal zum Schlafen, damit ich klarkomm. ‚Nee, Sie brauchen Gift, das is eindeutig.‘ Ja, und das kann ich nich überspringen, ne. Wenn das n Arzt draußen zu mir sagt, denn geh ich an die Decke, aber hier muß ich meine Füße stillhalten, sonst krieg ich meine Lockerungen nich, ich krieg gar nichts. Das is eine Frechheit, er weiß, ich bin auf ihn angewiesen. Wenn ich mal ausrasten würde ..., das würde mir nichts nützen, im Gegenteil, ich krieg dann noch Nachschlag. Aber das nutzen die aus und das is unfair, das is wirklich nich fair.“ (11,3:31-44)

Obwohl mit der Substitution der Drogenkonsum auf die Substanz Methadon reduziert werden soll, ist es diesem Patienten gelungen, eine Zusatzmedikation mit Diazepam durchzusetzen und zwar – seiner Wahrnehmung nach – aufgrund einer Verhaltensweise, für die er vorbestraft war, der Bettelei. Dies stellt für ihn zwar eine Kränkung dar, die er aber hinnehmen muß und kann, solange er die erforderlichen Medikamente erhält. Erst der Abbruch der Substitutionsbehandlung infolge des entdeckten Beigebrauchs aktualisiert diese Kränkung erneut. Der Patient wehrt sich nicht gegen die Sanktion des Beigebrauchs, ihm sind die Kriterien für die Beendigung der Substitutionsbehandlung bewußt, ebenso wie die Aussichtslosigkeit sich dagegen zu wehren. Auch dachte er schon daran, mit der Substitution aufzuhören. Die Kränkung besteht darin, daß ein Arzt, von dem er sich Hilfe erwartet, ihn, als einen hoffnungslosen Fall „abstempelt“, als einen Drogenabhängigen definiert, dem nicht, es sei denn mit Heroin, zu helfen ist, ausgerechnet der Droge, gegen die er sich, aus seiner Sicht bislang erfolgreich, abzugrenzen versucht. Ein Mitspracherecht des Patienten hinsichtlich der Gestaltung des Ausstiegs aus der Substitution ist mit der entdeckten Regelverletzung durch Beigebrauch ausgeschlossen. Die Sanktion des Beigebrauchs bezieht sich jedoch nicht nur

auf den Entzug des Methadons, sondern auch auf die Zusatzmedikation. Die Bemühungen des Patienten, eine Fortsetzung dieser Zusatzmedikation durchzusetzen, um nicht wieder auf Heroin zurückgreifen zu müssen, scheitern. Der Arzt geht auf sein Anliegen nicht ein, denn mit dem vorsätzlichen Bruch der Behandlungsbedingungen (die einseitig vom Arzt bestimmt und vorgegeben werden) verdient der Patient nicht nur die entsprechend vorgesehene Bestrafung, also den Behandlungsabbruch, sondern verwirkt auch jedes Recht auf weitergehende Forderungen an den Arzt. Der drohende Heroinrückfall, den der Patient mit Hilfe des Arztes vermeiden möchte, ist damit ausschließlich Angelegenheit des Patienten, für die der Arzt sich nicht mehr zuständig und verantwortlich fühlt:

„In 2 Tagen bin ich raus, ich weiß wo das hinführt: Ich werd meine Zelle auflösen, an diejenigen verkaufen, die hier Geschäfte machen, das is klar, nur um wieder Heroin ... Weil ich hab Angst vorm Entzug, ich hab schon so viele Entzüge mitgemacht und das is schrecklich, wirklich ganz schrecklich, weil die Schmerzen unerträglich sind. Und das der Arzt dann nich sagt, is in Ordnung, dann irgendwie noch, was weiß ich, ne Diazepam zum Beispiel, dann geht das auch, zum Schlafen zumindest und übern Tag hin. Aber nein, is nich. Er gibt mir zwar jetzt, aber das hört auch auf am ... (Datum), Feierabend. Alles von einem Tag auf den andern.“ (Methadon und Diazepam, A.d.V.) (11,2:9-16))

„Die Ärzte müßtem einen viel mehr helfen und nich Massenabfertigung Das geht alles zu schnell. Wenn n Arzt kommt, kann man nich ausreden, was für Probleme man wirklich hat, der Arzt entscheidet.“ (11,4:24-26)

Als letztes Beispiel für eine aus Sicht des Befragten mißlungene Auseinandersetzung mit dem Arzt, soll hier der Versuch auf Mitbestimmung beim Methadon-Entzug angeführt werden:

„Dr. ... (Name) hat sowieso nen Haß auf Gefangene und auf Drogenleute ganz besonders. ... Ich wollte, bevor ich zur Therapie gegangen bin, wollte ich hier zehn Tage aufs Lazarett und hier ne Entgiftung machen. Das halbe Lazarett war leer, da hat Dr. ... zu mir gesagt, was mir überhaupt einfiel, wir würden hier schon substituiert, man hielte uns bis zur Entlassung die Hand vorm Arsch, hat er wörtlich so gesagt, und was mir einfiel, ihn immer noch zu belästigen. Und wenn ich ernsthaft ne Therapie machen wollte, dann müßte ich da schon durch, das müßte ich dann schon aushalten, auch hier (im

Gefängnis, A.d.V.). Und wenn ich hier sitze und bekomme Entzugserscheinungen und nebenan auf der Zelle ziehn sich welche die Spritzen auf, ne, da kann ich nich ruhig bei bleiben, da kann ich keinen Entzug machen, das geht nich. Deshalb wollte ich ja ins Lazarett, keine Chance, der Arzt hat mich nich aufgenommen. Also, über meine Probleme würde ich weder mit dem Arzt, noch mit dem Sanitätsdienst sprechen, mit keinem.“ (26,4:11-26)

Der Wunsch des Substituierten, den Methadon-Entzug vor Therapieantritt, in einem geschützten Raum, nämlich auf dem Lazarett, durchzuführen, trifft beim Arzt nicht auf Verständnis, sondern wird als unverhältnismäßige Forderung, als Zumutung aufgefaßt, da die Möglichkeit der Substitution in Haft schon ein Privileg darstelle. Keiner der Befragten, die sich zum Zeitpunkt der Interviews in der Substitutionsbehandlung befunden haben, würde dies ernsthaft bestreiten. Allerdings sind für die Substituierten allein mit der Methadon-Vergabe nicht alle Probleme gelöst. In diesem Fall nützt das Privileg der Substitution der betreffenden Person wenig, der Entzug vom Methadon ist eine schwierige Phase, zumal wenn dies auf den jeweiligen Vollzugsgruppen durchgeführt wird, wo eine große räumliche Nähe zu aktiven Drogengebern, aber auch Substituierten, die sich mit Beigebrauch über schwierige Situationen hinweghelfen, besteht. Wenn der Methadon-Entzug vor Therapieantritt erforderlich ist, gleichzeitig die substituierte Person sich nicht in der Lage sieht, einen Entzug auf der Vollzugsgruppe durchzuhalten, ist es naheliegend, sich mit diesem Problem an den Arzt zu wenden. Das völlige Unverständnis, auf das die betreffende Person im Gespräch mit dem Arzt trifft, führt dazu, daß der Arzt in Zukunft nicht mehr als ein kompetenter Ansprechpartner angesehen wird und eigene Lösungsstrategien entwickelt werden müssen.

Ein gut funktionierendes Arzt-Patienten-Verhältnis wird von einer aus der Haft entlassenen Person wie folgt beschrieben:

„Also ich bin mit dem Arzt, den ich jetzt hab, sehr zufrieden, weil er auch auf mich zukommt und sagt, wie gehts dir denn, zeig mir mal deine Arme her, mal ne Urinkontrolle machen und so.“ (29,3:27-29)

Interesse des Arztes an der Befindlichkeit des Patienten ist ebenso wichtig wie die an den Patienten gestellten Anforderungen, die dann auch kontrolliert werden müssen. Als gleichberechtigt wird eine Arzt-Patienten-Beziehung dann angesehen, wenn der Informationsaustausch über Drogengebrauch, -wirkung, verträgliche Drogenmengen etc. nicht nur einseitig von Patient zum Arzt stattfindet, sondern der Arzt bereit ist, Informationen zurückzugeben:

„Und da sagte er zu mir, trinkst du das jetzt auf nüchternen Magen oder haste schon ne Scheibe Brot gegessen? Und erst hab ich ihm immer gesagt, nee, ich trink das auf nüchternen Magen und da sagte er zu mir, oh, deine Magenschleimhäute, die möchte ich mir gar nicht angucken. Und dann hab ich mir überlegt, probierste das mal, schiebst dir erst ne Scheibe Brot rein ... Man merkt richtig im Magen, das das angenehmer is, weil das is sehr scharf.“ (29,4:15-21)⁷

Die Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Haft und das häufig als persönliche Abwertung erlebte Arztgespräch führt zu einem kompletten Vertrauensverlust, der auch für ein sich hartnäckig haltendes Gerücht über die zeitweise nicht einwandfreie Zusammensetzung des Methadons verantwortlich ist. Viele der Befragten meinen, das Methadon sei zeitweise stärker verdünnt, als üblich, was Substituierte leicht am Geschmack feststellen können. Erst wenn sich die Substituierten lautstark beschwerten, würde das Methadon am Folgetag wieder in der üblichen Zusammensetzung ausgegeben. Die Befragten vermuten daher, daß entweder an einigen Tagen versuchsweise das Methadon in einer schwächeren Dosierung als vorgesehen verabreicht würde, um festzustellen, ob eine geringfügige Veränderung von den Drogenabhängigen überhaupt bemerkt würde oder daß sich jemand vom Ärztlichen Dienst einen Teil des Methadons nimmt, um sich nebenbei Geld zu verdienen.

2.3 Gefangene mit HIV

Gefangene mit HIV haben die Möglichkeit, ihre Werte von Zeit zu Zeit überprüfen zu lassen. Das Verfahren hierzu sieht wie folgt aus: Zunächst muß ein Gespräch mit der zuständigen Person von der Aidsberatung beantragt werden, in dem geklärt werden soll, ob der/die Inhaftierte derzeit in der Lage wäre, ein schlechtes Testergebnis zu verkraften. Dieses Beratungsgespräch ist verpflichtend. Erst dann kann der/die Inhaftierte beim Arzt die für den Test erforderliche Blutabnahme durchführen lassen. Die Befragten mit HIV stehen der anstaltsinternen Aidsberatung neutral bis positiv gegenüber. Insbesondere die weiblichen Befragten gaben an, ein Gespräch mit einer geschulten Person, die neben ihrem Fachwissen Interesse und Anteilnahme zeigt, als hilfreich und entlastend empfunden zu haben:

⁷ Diese sinnvolle Information – Drogenabhängige leiden häufiger an Magenproblemen – erhielt diese Person zum ersten Mal nach einer neunjährigen, überwiegend in Haft verbrachten Substitutionsdauer.

„Sie hat sich eher Gedanken darüber gemacht wie ich damit klarkomm. Mich hat auch gewundert, daß sie so auf mich zukommt, Fragen, und, und wie ich mich angesteckt hab, ne, daß sie so offen auf mich zukam, ne, das fand ich echt gut. Weil Offenheit spielt ne ganz große Rolle dabei, ne, und eben das Vertrauen zu andern.“ (3,20:9-13, weibl.)

Gefangene, denen ihre HIV-Infektion bereits seit längerem bekannt ist und die sonst ihre Werte halbjährlich oder jährlich z.B. durch das Gesundheitsamt überprüfen lassen, halten die anstaltsinterne Prozedur mit der vorgeschalteten verpflichtenden Aidsberatung vor allem für bevormundend:

„Letzte Woche wollte ich mir Blut abnehmen lassen, um zu wissen wie meine Werte sind vonner HIV. Da sagt se, ja, ich müßte vorher erst mit Name (Aidsberatung) sprechen. Obwohl ich weiß, daß ich HIV hab, ich bin informiert, und ich wollte nur, daß sie Blut abnimmt! Was soll ich mit der Aidsberatung? Das letzte Mal is schon ein halbes Jahr her ... und jetzt wollt ich wissen, ob die Werte geblieben sind oder niedriger oder höher gegangen sind. Deswegen ... Montag hab ich mit ihr gesprochen, da hätt ich jetzt schon das Ergebnis erfahrn. Und jetzt zieht sich das wieder ne Woche hin. Jetzt muß ich heute mit Name (Aidsberatung) sprechen, nächsten Montag muß ich mich beim Arzt anmelden. Man lernt hier zwar zu warten, Geduld zu haben, so, ne, daß das alles ein bißchen länger dauert, aber das is im Moment ja wichtig, und so wird man nachher auch selber gleichgültig! Wenn man merkt, anderen is das gleichgültig, ob man seine Werte wissen will oder nich, wird man nachher selber auch gleichgültig.“ (3,2:21-33, weibl.)

„Und ich find das auch blöd, ich war hier beim Arzt und wollte einen Aidstest machen lassen. Ja, erst mal hiermit reden und da reden mit ner Sozialarbeiterin und Psychologe, was weiß ich, ob man das überhaupt verkraftet. Also, ich weiß, daß ich schon seit ein paar Jahren positiv bin, und dann wolln die einem immernoch solche Dinger da erzähl. Das find ich ein bißchen albern. Statt da gleich nen Test zu machen und nich erst lange warten zu müssen. Wenn ich weiß, daß ich positiv bin, dann kann man doch mal nen Test machen, ob die Werte sich verändert haben. Und dann bin ich ja ins Krankenhaus gekommen ... und da haben die gleich am Anfang, das war mit das Erste, was die gemacht haben, erst mal meine Werte festzustellen. ... Also das ging da schneller, sonst wüßte ich heute noch nich, wie meine Blutwerte sind.“ (18,2:20-31)

Die Aufgabenverteilung zwischen Anstaltsarzt (Durchführung der Blutabnahme) und interner Aidsberatung (Gesprächsbereitschaft, Informationsver-

mittlung) dürfte in vielen Fällen sinnvoll sein. Gleichzeitig bedeutet die Arbeitsteilung aber auch eine Aufsplitterung der Zuständigkeiten, der Anstaltsarzt ist im Hinblick auf das Thema HIV nur noch begrenzt gesprächsbereit und macht die Entscheidung, ob ein Test durchgeführt wird oder nicht, abhängig von einem Gespräch mit der Aidsberatung, während die Gefangenen sich einmal mehr den anstaltsüblichen Verfahren zu unterwerfen haben: Anträge schreiben und abwarten. Es gilt, eine Regel für alle. PatientInnen, die seit vielen Jahren mit ihrer HIV-Infektion leben und für die eine Überprüfung ihrer Blutwerte zur Routine gehört, sehen in einem solchen Verfahren eine von Experten durchgesetzte unnötige Aufhebung ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit.

Die Befragten reagieren auf diese Entmündigung unterschiedlich. Sie arrangieren sich gezwungenermaßen mit den Verfahrensbedingungen in Haft, wobei dem Arzt mangelnde Kommunikationsbereitschaft und Desinteresse vorgeworfen wird. Oder sie verzichten, wenn die verbleibende Haftzeit überschaubar ist, auf einen Aidstest durch den Ärztlichen Dienst und verschieben ihn auf später, entweder im Wege eines Ausgangs beim Gesundheitsamt oder nach Haftentlassung. Als dritte und extremste Form kann die Lösung einer befragten Person gelten, die sich den Bedingungen des Ärztlichen Dienstes (wie sie oben beschrieben wurden) nicht weiter aussetzen wollte und sich mit Unterstützung von außerhalb ein soziales Netz aufgebaut hat, das für ihre Unabhängigkeit vom Ärztlichen Dienst sorgt. So kann nicht nur die langjährige HIV-Infektion weiterhin gegenüber der JVA geheimgehalten, sondern auch die Substitution eigenverantwortlich bis zum Entlassungszeitpunkt durchgeführt werden, wobei der Übergang in ärztliche Behandlung nach der Haftentlassung gesichert ist. Eine solche Form der funktionierenden Selbstversorgung jenseits der bestehenden Strukturen und Kontrollen stellt sicherlich eine Ausnahme dar. Für die befragte Person bedeutet diese Regelung einen großen Gewinn an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, die aus ihrer Sicht wesentlich zur gesundheitlichen und vor allem psychischen Stabilität beigetragen haben. Voraussetzung für die funktionierende Selbstversorgung ist dabei die Einhaltung eigener, verantwortungsbewusster Verhaltensregeln, die z.B. in Krisenzeiten den wahllosen, gesundheitsriskanten Medikamentenkonsum und damit auch möglichen Verhaltensauffälligkeiten im Vollzug verhindern. In diesem Fall sieht die Verhaltensregel in besonderen Krisensituationen eine einmalige Erhöhung der täglichen Methadondosis um 0,5 ml vor. Mit dieser Dosiserhöhung soll ein zusätzlicher Konsum von Beruhigungsmitteln vermieden werden. Im Interview wurde betont, eine solche

Dosiserhöhung stelle ganz bewußt eine Ausnahmesituation dar, nach der am folgenden Tag wieder die gewohnte Menge Methadon eingenommen würde.

3 Substitutionspraxis

3.1 Aufnahme in die Methadonbehandlung der JVA Bremen

Die Aufnahme in die Methadon-Substitution der JVA wird als relativ problemlos geschildert, wenn es sich um eine Neueinstellung handelt oder wenn es um die Fortsetzung einer beim niedergelassenen Arzt begonnenen Substitutionsbehandlung geht und der niedergelassene Arzt die Weiterbehandlung auch nach der Haftentlassung bestätigt.

Der Personenkreis, der in Haft neu mit einer Substitutionsbehandlung beginnt, setzt sich zusammen aus Personen, die erst während ihrer Haftzeit drogenabhängig geworden sind, aus Personen, die eine vorangegangene Substitutionsbehandlung beim niedergelassenen Arzt abgebrochen haben wie auch aus Personen, denen es vor ihrer Inhaftierung nicht gelungen war, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden:

„Ich wollte mich draußen eigentlich auch substituieren lassen, aber da hab ich eben immer die Antwort gekriegt, da müßte ich HIV-positiv sein oder eben die Gelbsucht haben. Das hat man mir draußen immer gesagt. Deshalb hab ich mich erst mal mit Codeinsaft so substituiert.“ (15,1:1-5)

Der Zugang zur Substitution führt über ein Beratungsgespräch mit einer Person der anstaltsinternen Drogenberatung, in dem die Voraussetzungen für eine solche Behandlung geprüft werden (insbesondere auch die Haftzeiten, vergl. 2.7). Dieses Aufnahmegespräch stellt an die Gefangenen keine besonderen Anforderungen. Aus Sicht der Betroffenen geht es vorrangig um die Abwicklung von Formalitäten, weniger um ihre persönliche Drogengeschichte:

„Da wird nur gesagt, haste schon mal Metha gekriegt und wieviel Drogen haste denn genommen. Da kann man einfach irgendwas erzählen, das wird einfach son büschen notiert. Die Leute haben gar nich so die Motivation, da besteht gar kein Interesse, das wissen zu wolln.“ (24,5:13-16)

„Ich bin hingegangen, ich hab einfach gesagt, jetzt is Schluß. Und da bin ich ins Pola-Programm gekommen. Das war ja auch das Kuriose, weil ich wie gesagt nie intravenös genommen habe, nur ab und zu hab ich mal ne Nase genommen. Ob das reicht, um da überhaupt reinzukommen, ne, is ja so ne

Sache. Aber hier reicht es, ...das wird hier gar nicht überprüft, ... alles nur mündlich. Ich mein, es is ja gut, wenn die Leute n Problem haben und ihnen wird sofort geholfen.“ (25,2:32-43)

Bei der Fortsetzung einer extern begonnenen Substitutionsbehandlung kann es Probleme geben, wenn der Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten nicht funktioniert, also Substituierte/r informiert Bediensteten über die Substitution, dieser informiert den Anstaltsarzt, der wiederum Rücksprache mit dem extern substituierenden Arzt halten muß, bevor die Methadonabgabe erfolgen kann. In solchen Fällen verzögert sich die Methadonabgabe an die drogenabhängige Person u.U. um mehrere Stunden, was zum Auftreten von Entzugserscheinungen führt:

„... wir mußten erst beim Arzt anrufen, also mit ein paar Stunden Verspätung, aber dann hat es eigentlich geklappt.“ (1,1:12-13, weibl.)

„... da hab ich mir den Mund fusselig gesabbelt und hab den Beamten gesagt, bei dem Arzt bin ich, da und da. Sagen Sie dem Arzt (Anstaltsarzt, A.d.V.) das, der soll da anrufen, damit ich sofort mein Methadon bekomme, ich brauch das ja. Machen wir, machen wir ... drei Stunden, vier Stunden, nichts passiert, gar nichts. Und man drückt wieder Licht. Und dann kommen die an und sagen, Mensch, jetzt hör auf zu nerven und so, ne, und ich sag, ich hab jetzt vier Stunden die Füße still gehalten, jetzt passiert aber was. Es is noch gar nichts passiert, noch nich mal der Beamte is in Bewegung gekommen, hat hier mal den Sani angerufen, ob die da mal was abklären können. Da kam schon wieder Schichtwechsel, da mußte man sich schon wieder nen neuen Beamten holen und dem wieder alles von vorne erzähl.“ (11,5:11-19)

Besonders problematisch ist die Situation für drogenabhängige Gefangene, wenn der bisher substituierende, niedergelassene Arzt über die erfolgte Inhaftierung des/der Patienten/in informiert wurde und daraufhin eine Fortsetzung der Behandlung nach Haftentlassung ablehnt. In den Fällen, in denen die Haftzeit unter sechs Monaten liegt, ist damit eine Weiterführung der Substitution durch den Medizinischen Dienst der Anstalt ausgeschlossen, ebenso wie in anderen, undefinierten Fällen wie das folgende Beispiel einer Person zeigt, deren Haftzeit deutlich über der 6-Monats-Frist lag:

„Erst mal Arztanfrage. Der Arzt hat gesagt, im Knast is der? Den übernehmen wir nich mehr. Jetzt muß ich hier klarkommen. Das hieß, ich mußte erst wieder anfangen zu fixen hier. Bis die gesagt haben, ok, wir sehn ... Die haben gedacht, ich komm aus Spaß bei denen an, ich will nur Methadon

haben. Ich bin schon 15 Jahre dabei und das haben die nich gerafft. Und dann haben die gesehn, geht nich anders.“ (11,3:5-9)

Auch Gefangene die eine drogenfreie Therapie abgebrochen haben, haben zum Teil große Schwierigkeiten, wieder in die Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, weil bei ihnen davon ausgegangen wird, daß sie von Drogen entzogen, den sog. Clean-Schein haben und deshalb kein Methadon mehr benötigen:

„Ja, und was ich nich so gut finde, ich bin damals aus dem Programm rausgegangen, weil ich Therapie machen wollte. Jetzt hab ich die Therapie abgebrochen, bin hier wieder rein, weil Therapie statt Haft war das, ne. Und da sagt Dr. ... zu mir, nee, Sie können nich wieder rein, Sie sind ja freiwillig aus dem Metha-Programm raus. Aber das ich raus mußte wegen der Therapie, das hat er gar nich eingeschlossen und wollte mich erst mal gar nich rein nehmen. Und da hatt ich mir Metha unter der Hand besorgt ...“ (3,2:42-45;3:1-2, weibl.)

Die Weigerung des Ärztlichen Dienstes, bereits vor Therapiebeginn oder Inhaftierung substituierte PatientInnen in die Methadon-Behandlung zu übernehmen, führt – wie die beiden Beispiele zeigen – letztendlich zur Wiederaufnahme des illegalen Drogenkonsums, der eigentlich von keiner Seite erwünscht sein kann und zwar aus folgenden Gründen:

- aus Gründen der Infektionsprophylaxe:

Weder stehen im Bremer Strafvollzug sterile Einwegspritzen für einen risikoarmen intravenösen Drogenkonsum zur Verfügung, noch wird offensiv über das Thema Drogen und Risiken beim Drogengebrauch aufgeklärt. Dazu würde zum Beispiel auch das Thema Methadon gehören und die gesundheitlichen Gefahren, die bestehen, wenn Methadon entgegen den Einnahmebestimmungen nicht oral aufgenommen, sondern gespritzt wird. Neben schweren Erkrankungen, die aufgrund der in Methadon enthaltenen Keime entstehen können, vor allem wenn das Methadon im Mundraum geschmuggelt wurde (wie z.B. Herzklappenentzündungen), besteht auch das Risiko einer HIV-Infektion:

„Da hat ich mich mit Methadon angesteckt, die Frau war positiv, und ich wußte nich, daß durch Speichel, wenn man Speichel von ner Positiven sich inne Adern spritzt, daß man sich dadurch ansteckt, das wußt ich nich. Ich wußte wohl, von Blut zu Blut oder von Wunde zu Wunde steckt man sich an. Ich hab mich die ganzen Jahre, wo ich gespritzt hab nie angesteckt.

Und hier, im Knast, wo ich Methadon gedrückt hab, hab ich mich angesteckt.“ (3,9:14-21, weibl.)

- Das bisher mit der Substitution Erreichte, nämlich die gesundheitliche und psychische Stabilisierung, wird wissentlich und zu einem eher ungeeigneten, weil sehr belastenden Zeitpunkt der (erneuten) Inhaftierung aufgegeben. Kaum jemand wird tatsächlich erwarten, daß das Drogenproblem von Gefangenen nach einem Therapieabbruch und Rückkehr in Haft bewältigt ist. Das Verwehren der Wiederaufnahme in die Substitutionsbehandlung wird demzufolge von den Betroffenen als eine sinnlose Bestrafung ihres erfolglosen Therapieversuchs gewertet, die sie zurück in die Illegalität drängt, bevor sie dann zu einem späteren Zeitpunkt doch wieder substituiert werden⁸ und praktisch von vorne beginnen müssen (Lösung aus den Abhängigkeiten der Drogensubkultur, gesundheitliche und psychische Stabilisierung).

Benachteiligt fühlen sich die Personen mit einer Kurzstrafe (unter sechs Monate), die, wenn sie keinen weitersubstituierenden Arzt nachweisen können, von der Substitution ausgeschlossen bleiben. Allgemein läßt sich festhalten, daß sich die Befragten ein Mitspracherecht über die Aufnahme in die Substitutionsbehandlung wünschen:

„Ich finde, es sollte überhaupt keine Rolle spielen, ob einer rausgeflogen is oder freiwillig rausgegangen is oder sonstwas. Wenn man hier reinkommt sollte man von anfang an Methadon kriegen.“ (3,3:8-10, weibl.)

3.2 Behandlungsvertrag/-bedingungen

In einem Behandlungsvertrag, der zwischen dem Ärztlichen Dienst der JVA Bremen und der/dem Gefangenen abzuschließen ist, sind die Bedingungen für eine Substitution festgelegt. Diese Bedingungen haben die betreffenden Personen zur Kenntnis zu nehmen, auch müssen sie mit dem Abbruch der Behandlung einverstanden sein, wenn sie ihre vertraglich festgelegten Pflichten verletzen.

Die Pflichten setzen im wesentlichen die Bereitschaft zur Mitarbeit voraus (vergl. auch 2.7). Patienten verpflichten sich, auf den Gebrauch von Drogen und anderen Wirkstoffen, die nicht vom Arzt verschrieben wurden, zu verzichten, jederzeit auf Anforderung Urinproben abzugeben und die Vereinba-

⁸ vergl. auch die Behandlungsverläufe in 2.9.

rungen aus den Gesprächen mit Arzt/Psychologen umzusetzen. Außerdem sind Substituierte verpflichtet an der notwendigen Datenerhebung, insbesondere auch in bezug auf die verbleibende Haftzeit, mitzuwirken und rechtzeitig vor der Haftentlassung die Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt zu organisieren.

Im Gegenzug garantieren der Ärztliche Dienst und die Strafanstalt die Substitution für die Dauer der Haft und – falls die Weiterbehandlung nicht gesichert ist – vorübergehend auch nach der Entlassung, ein regelmäßiges Angebot an psychosozialer Betreuung (nicht näher erläutert) und auf Antrag der/des Substituierten die Übermittlung der vollständigen personenbezogenen Daten über die Substitution an den weiterbehandelnden Arzt.

Ein weiterer Vertragspunkt betrifft die Beendigung der Substitution. Danach wird die Behandlung auf Veranlassung des Arztes beendet, wenn die Mitarbeit der/des Substituierten unzureichend ist, die genannten Pflichten schuldhaft nicht erfüllt werden, insbesondere wenn die Methadon-Ausgabe an zwei aufeinanderfolgenden Tagen nicht wahrgenommen wird, Verhaltensauffälligkeiten oder eine positive Urinkontrolle auf Beigebrauch hinweisen oder die Methadon-Dosis anders als vorgesehen (Schmuggel, Injektion) verwendet wird.

Diese vertraglich geregelten Behandlungsbedingungen, wurden von den Inhaftierten nur beiläufig angesprochen, da sie gegeben und von ihnen nicht weiter beeinflussbar sind. Es wird allerdings deutlich, daß mit einem Substitutionsbeginn in der JVA, gleich aus welchem Grund diese Behandlung begonnen wurde, immer auch die Hoffnung auf über die reine Methadonvergabe hinausgehende Unterstützung verbunden ist:

„... weil ich mir erhoffe, daß mir geholfen wird und nich, weil ich versuche, irgendwelche Leute zu hintergehn, zu täuschen oder wie auch immer. Weil, dann brauch mir niemand zu helfen, dann brauch ich solche Hilfe gar nich anzunehmen. Dann kann ich mir mein Methadon immer schwarz kaufen und kann mich hier breit machen auffer VG. Möcht ich nich ...“ (24,5:41-45)

Mit Behandlungsbeginn tritt rasch Ernüchterung ein. Zwar stehen die Substituierten hinsichtlich der vertraglich vereinbarten Mitarbeit an den Behandlungszielen (zielgerichtetes engagiertes Verhalten im Vollzug, Minderung des Drogengebrauchs, keine Intoxikationserscheinungen, Anstreben einer „vernünftigen“ Dosis, (vergl. auch 2.7) unter Erfolgsdruck, bei nicht zielkonformem Verhalten, insbesondere wenn die Methadon-Ausgabe an zwei auf-

einanderfolgenden Tagen nicht wahrgenommen wird, Verhaltensauffälligkeiten oder positive Urinkontrollen auf Beigebrauch hinweisen oder die Methadon-Dosis anders als vorgesehen (Schmuggel, Injektion) verwendet wird, kann die Behandlung abgebrochen werden. Andererseits wird die von den Substituierten für ihre Verhaltensänderung erwartete Gegenleistung in Form eines „Behandeltwerdens“ nicht erbracht:

„Nur, daß die mit einem arbeiten, indem du in das Programm reinkommst ... das wird gar nicht gemacht, ne. ... Ich zum Beispiel, in letzter Zeit hab ich immer Fieberanfälle und so, dann erklärt mir mal irgendwann einer, ach, Sie nehmen ja Pola, ja, das unterdrückt das alles son büschen. Aber das ich dabei Ängste ausseh oder so, da fragt keiner nach. Und wenn de andauernd was hast, und du bist hier im Knast ... Was haste dir hier weggeholt, Lebensmittelvegiftung oder sonstwie, ne. Kriegst ja Angst. So kleine Ängste sind das, und im Knast, kleine Ängste, so eins zum andern, ne, dann kriegste wieder ne Ablehnung oder der Besuch kommt nich, dann sitzte hier wieder doof da. ... Das interessiert anscheinend nich.“ (25,2:10-25)

Gerade für Personen, die wenig oder bisher noch keine Erfahrung mit der Methadon-Substitution haben, sind Informationen über den konkreten Behandlungsablauf und die möglichen Nebenwirkungen des Substituts in der ersten Zeit der Behandlung wichtig, wenn die Substitution nicht in Form eines „learning by doing“ ablaufen, sondern ärztlich kontrolliert und begleitet stattfinden soll.

Auch die Nennung eines Ansprechpartners für die psychosoziale Begleitung im Behandlungsvertrag suggeriert nach Meinung der Befragten Unterstützung für die Substituierten, die im weiteren Substitutionsverlauf nicht eingelöst wird:

„... unterschreibe ich nen Vertrag. Da wird n Ansprechpartner benannt, der den ganzen Substitutionsverlauf mitmacht, vielleicht einmal die Woche oder so und fragt, wie gehts dir denn, wie läufst denn, was haste erreicht, wie stellst de dir das weiter vor. ... Sollte eigentlich so sein, ich hab noch nie mit meinem ... Da passiert nichts. Da müßte ich mich selbst drum kümmern, mit erheblichem Druck, wo ich gar nich die Energie ... für hab, damit mich mal jemand holt und mit mir mal so Einzelgespräche macht ...“ (24,3:43-44;4:1-10)

Da im Behandlungsvertrag ein beliebiger Ansprechpartner eingetragen wird, ohne eine Konkretisierung seiner Aufgaben oder Funktion (vergl. auch 3.4),

bleibt offen, was überhaupt unter dieser inhaltlich nicht näher bestimmten „psychosozialen Begleitung“ zu verstehen ist. So kann auch, wie im folgenden Fall einer funktionierenden Zusammenarbeit mit dem Ansprechpartner (Vollzugsbediensteter) der Eindruck entstehen, nicht psychosozial betreut zu werden, da der Vollzugsbedienstete zwar Fragen der Vollzugsplanung kompetent lösen kann, für das Thema Drogengebrauch und Substitution aber mangels Sachkenntnis kein adäquater Gesprächspartner sein kann:

„Mein Ansprechpartner gibt sich sehr große Mühe, der is aber für solche Drogensachen auch nich geschult. Der kann nur anstaltsinterne Sachen, wenns um Lockerungen geht usw., dafür is er zuständig und das macht er, und das kann er auch, macht er auch sehr gut. Wie gesagt, die Einzige is die Name (Drogenberaterin), ne. Und die is völlig überlastet, das merkt man auch, wenn man mit ihr spricht. Sie guckt andauernd auf die Uhr und hat da so ne lange Liste von Leuten, die was von ihr wolln.“ (26,3:16-21)

Der Behandlungsvertrag regelt also vorrangig die Verhaltensanforderungen an die PatientInnen als Voraussetzung für die Teilnahme an der Methadonvergabe, nicht aber die für die Verhaltensänderung notwendige Unterstützung. Im Januar 1998 gab es eine Änderung der Behandlungsbedingungen, nach der die Substitution nach einmalig festgestelltem Beigebrauch beendet wird. Alle Substituierten mußten eine entsprechende Vereinbarung unterschreiben. Befragte, die diese Vereinbarung nicht unterschreiben wollten, sahen sich genötigt, dies doch zu tun, nachdem Sanitäter ihnen mit der sofortigen Einstellung der Methadonabgabe gedroht haben, d.h. Substituierte oder Personen, die in die Substitution aufgenommen werden möchten, sind gezwungen sich mit den Behandlungsbedingungen einverstanden zu erklären, unabhängig davon, ob sie für die betreffende Person realistisch erscheinen oder nicht, andernfalls gibt es kein Methadon. Dieser neue, verschärfte Umgang mit Beigebrauch wird von allen Befragten als unrealistisch und kontraproduktiv abgelehnt, weil die Substitution in Haft eben nicht gleichzeitig auch die Bearbeitung der Drogenproblematik beinhaltet, ohne die aber kaum bzw. nur bedingt eine Verhaltensänderung erwartet werden kann, während gleichzeitig die von Monotonie und unerträglicher Langeweile geprägte Haftsituation das bisherige Drogenverhalten fördert.

„Und dieser Vertrag, das is was mich auch in Oslebshausen richtig abnervt. ... Man muß einen Vertrag unterschreiben, in dem man sich dazu bereit erklärt, im Falle von Beigebrauch, daß man sofort rausfliegt, und daß man kein Methadon an andere abgibt. Ich mein, is ja auch alles klar, hat ja auch

Sinn und Zweck. Auf jeden Fall muß man diesen Vertrag unterschreiben, sonst kriegt man kein Methadon. Letztendlich is das aber doch auch Erpressung.“ (28,3:28-34)

„Das Auffälligste gegenüber draußen is, daß man hier unheimlich unter Druck gesetzt werden kann.“ (16,2:22-23)

„Ich fand das ganz schön hart, ne, von heut auf morgen ein Schreiben rauszuhängen, ab jetzt, ne, einmal rückfällig, fliegste raus. Und alle, die sich vorher noch was eingeklinkt hatten, ne, die warn am zittern. Sind auch viele rausgeflogen ... Da können Se sich ja vorstellen, was da losgeht, was da wieder reingeschleppt wird. Genau das Gegenteil haben se jetzt erreicht, ne.“ (12,2:40-44)

„Bis vor nem halben Jahr gabs noch ne gelbe Karte (Verwarnung, A.d.V.), jetzt nich mehr, sondern da heißt es, ab morgen wird die Substitution runtergesetzt. Erstmal wird auf 5 ml reduziert und dann geht es alle 3 oder 4 Tage einen ml runter. Das is sehr hart, viel zu schnell, viel zu viel. Is klar, daß se sich dann zum Ausgleich andere Drogen besorgen. Völlig normal, dadurch wird das ja auch gefördert, daß Drogen reingebracht werden. ... Dann hat sich das erledigt mit der Substitution, gleich beim ersten Mal, das gibt es draußen bei keinem Arzt. Draußen wird mit Rückfällen gearbeitet, hier nich.“ (26,4:45-47;5:1-4)

3.3 Ausgabe von Methadon

Die tägliche Methadon-Ausgabe ist je nach Anstalt unterschiedlich organisiert. In der JVA Bremerhaven, einer kleinen Anstalt, in der die Werkbetriebe direkt im Haus angegliedert sind, sind die Wege zur Methadon-Ausgabe kurz und unkompliziert. Es wurden dort zum Zeitpunkt der Untersuchung 10 Personen substituiert, die alle zusammen nach dem Frühstück und dem Arbeitsumschluß um 7.30 zur Methadon-Ausgabe geführt werden. Jeder Substituierte tritt einzeln in das Behandlungszimmer und nimmt dort in Anwesenheit des Arztes das Methadon ein, während die anderen Häftlinge auf dem Flur warten und von einem Stationsbeamten beaufsichtigt werden. Im geschlossenen Vollzug der JVA Bremen/Oslebshausen dagegen, wo sich knapp 70% aller Substituierten der JVA Bremen befinden (vergl. 2.3), ist die Methadon-Ausgabe allein schon wegen dieser großen Zahl, aber auch wegen der Größe der Anstalt anders organisiert. Hier erfolgt die Methadon-Ausgabe gegen 6.30 Uhr in einem Raum des Ärztlichen Dienstes. Alle Substituierten einer Vollzugsgruppe werden geschlossen von einem Beamten nach einem

bestimmten Zeitplan zum Medizinischen Dienst, der in einem separaten Gebäude untergebracht sind, geführt:

„Sie müssen sich das so vorstellen: Morgens, es solln die Türn eigentlich um 6 Uhr aufgeschlossen werden, aber die werden hier teilweise viertel nach sechs, zwanzig nach sechs aufgeschlossen. Kann ich auch verstehn, weil die sind ja auch unterbesetzt hier und so, die haben schon viel Streß. Nur auf der andern Seite, unsere VG is z.B. um zwanzig nach sechs dran und geht zum Methadon rüber. Wenn jetzt ein Bediensteter zu spät kommt oder läßt sich halt ein bißchen mehr Zeit, 5 Minuten später oder so, denn kommt die nächste VG auch schon. Das heißt, wir sind ausm Zeitplan. Wenn wir rübergehn, dann kommt noch ne andere VG grade rein, das verzögert sich dann alles, weil die alle durcheinander stehn, ja, und dann kommt auch schon die nächste VG, ne. Dann is das Chaos schon da.“ (24,4:36-46)

„Wir sitzen alle in einem kleinen Raum, wir müssen warten, daß wir jeder unsern Schluck kriegen, da passiert immer irgendwas. Der eine tritt den andern aufn Fuß meinetwegen, der andere is genervt und dann gibts mal ganz schnell eine inne Fresse. Aber derjenige fliegt dann raus. ... Da sind die ganz konsequent, die Leute.“ (11,3:46-47;4:1-4)

Die Methadon-Ausgabe erfolgt unter Aufsicht von Sanitätsbediensteten. Um Betrugsversuchen entgegenzuwirken ist der Einwegbecher mit dem Methadon mit Wasser aufgefüllt. Der Schluckvorgang, um die vorgesehene Methadondosis aufzunehmen, wird so erzwungen, gleichzeitig aber der Schmuggel einer wirksamen Methadonmenge im Mund unterbunden. Außerdem hat der Substituierte nach der Einnahme mit dem Sanitätsbediensteten zu sprechen. Damit soll sichergestellt werden, daß tatsächlich die gesamte Menge des Methadon-Wasser-Gemischs hinuntergeschluckt wurde. Diese Vorgehensweise wird von vielen Befragten zwar abgelehnt, aber als gegeben hingenommen, ein Befragter konnte diese Maßnahmen nicht akzeptieren:

„Gucken Sie mal, deshalb bin ich ja auch ausgestiegen (zeigt auf den Zettel an der Wand, A.d.V.): ‚Das Methadon wird ab sofort in einem voll gefüllten Becher Wasser verabreicht.‘ Da hab ich den Arzt gefragt, was verschreiben Sie mir jetzt, Methadon oder Wasser? Hat er gesagt, Methadon. Hab ich gesagt, ok, dann guck ich mir das mal an. Nen halben Metha, hier steht der jeden Morgen, der Behälter, und dann macht er blubb, blubb, blubb und gibt mir einen vollen Eimer Wasser. Da hab ich gesagt, bitte, behalten Sie das. Da bin ich gegangen. Seitdem geh ich auch nich mehr rüber.“ (20,3:44-48;4:1-2)

Die Methadon-Ausgabe am Wochenende findet einige Stunden später statt, was insbesondere Personen in der JVA Blockland Schwierigkeiten bereitet, die dann statt um 6.30 Uhr das Methadon erst nach erfolgter Methadon-Ausgabe in Oslebshausen um 10 oder 11 Uhr erhalten⁹. Auch einige Befragte aus Oslebshausen haben mit der verspäteten Ausgabe und den auftretenden Entzugsbeschwerden Schwierigkeiten, besonders dann, wenn sie am Wochenende arbeiten müssen:

„Die Methadonausgabe am Wochenende is nicht um kurz vor halb sieben, sondern zwei Stunden später. Was mir schwer fällt is, mich dann umzustelln. Bevor ich das Methadon bekommen hab, schon zu arbeiten. Und in der Küche muß ich wirklich derbe arbeiten. Ich muß ja auch Samstag, Sonntag arbeiten. Weil ich fang dann an zu schwitzen und guck ständig auf die Uhr. Wenn ich das dann gehabt hab, nach dem Methadon, dann geht das, dann is das vorbei. Aber vorher zu arbeiten fällt mir sehr schwer.“ (26,3:30-35)

Mehrere Befragte haben die Situation in der U-Haft kritisiert, wo es aufgrund der hohen Fluktuation der Häftlinge vorkommen kann, daß Bediensteten die Substitution eines Häftlings noch nicht bekannt ist oder übersehen wird und sie ihn deshalb nicht zur Methadon-Ausgabe mitnehmen:

„Drüben in der U-Haft isses ganz schlimm. Wenn die einen da vergessen, morgens, weil das is ein ständiges Kommen und Gehen, die Beamten wissen nich so genau, wer da Methadon bekommt, wer nich, die müssen jeden Einzelnen aus der Zelle holen. Und die Listen sind nich aktuell, dann vergessen se mal einen, dann haben se keine Lust für einen rüberzulaufen ... So, dann gibts Methadon mal um 11, mal um 10, den nächsten Tag wieder um 7, d.h. der Körper kann sich nich auf eine bestimmte Uhrzeit einstellen. Und das find ich ne Schweinerei, weil das is ja nich Sinn der Sache, ne. Es soll ja geregelt sein. ... Und da hab ich mich damals unheimlich drüber aufgeregt, weil es gab nich eine Woche, wo wirs zur gleichen Uhrzeit bekommen haben.“ (26,3:38-45;4:1-2)

Personen, die das Wochenende außerhalb der Strafanstalt verbringen dürfen, erhalten ihr Methadon Sonntags um 12 Uhr an der Pforte. Für die betreffenden Gefangenen bedeutet dies einen relativ großen finanziellen (Fahrkosten) und zeitlichen Aufwand (lange Fahrzeiten), da sie in der Regel nicht nur mit einem geringen Geldbetrag in das Wochenende gehen, sondern Sonntagnachmittags gegen 17 Uhr wieder in die JVA zurückkehren müssen:

⁹ Als Begründung wurde der Personalmangel im Gefängnis genannt.

„Wir nehmen 10, 20 DM mit in Urlaub, davon muß Fahrgeld bezahlt werden für Bus und Bahn. So, und wenn ich am Sonntag um 17 Uhr wieder drinne sein muß, dann muß ich aber am Sonntag um 12 Uhr hier an der Pforte sein und muß das Methadon abholen. So, und das is für viele Leute, eben gerade da werden ganz viele Leute erwischt beim Schwarzfahren, weil die morgens eben gar kein Geld mehr haben und müssen dann schwarz zum Knast zurückfahrn, um das Metha abzuholen ...“ (24,2:28-34)

Eine sinnvolle Abhilfe bestünde nach Auffassung der Befragten in der Methadon-Abgabe durch eine Apotheke am Wohnort. Da dies bislang noch nicht möglich ist, wird teilweise versucht, den Aufwand, den die mittägliche Methadon-Ausgabe bedeutet, zu vermeiden indem das Methadon erst nach der Rückkehr aus dem Wochenende im Ärztlichen Dienst abgeholt wird. Dieses Vorgehen ist nicht ganz ohne Risiko, da die Zeitspanne zwischen der Methadon-Einnahme am Samstagmorgen und der am späten Sonntagnachmittag sehr lang ist und u.U. Entzugerscheinungen auftreten können, die dann gegebenenfalls, abhängig von der persönlichen Konstitution, mit Beigebrauch bekämpft werden:

„Ich hab das jetzt schon gemacht, daß ich Samstagmorgens, zwanzig nach acht hab ich meinen Schluck gekriegt und am nächsten Tag bin ich dann nich um 12 Uhr hingegangen, sondern erst um 17 Uhr. ... Und das geht. ... Aber wenn ich gerade runtergeh und absetze, was ich gerade mach, dann is das Depot ja auch schon verbraucht. Und dann kann ich das auch nich mehr machen, das geht nich. Da begeb ich mich in Gefahr und das will ich nich.“ (24,3:1-6)

Unter bestimmten Bedingungen, nämlich wenn sie mindestens sechs Monate lang beigebrauchsfrei substituiert wurden und anzunehmen ist, daß die betreffende Person das Methadon bestimmungsgemäß verwenden wird, können Gefangene die Mitgabe der für ein Wochenende oder einen Urlaub benötigten Menge Methadon beantragen. Unter den InterviewteilnehmerInnen befand sich eine Person, die das Methadon über das Wochenende mitnehmen durfte und dies als ein besonderes Privileg, als einen großen Zugewinn an Unabhängigkeit ansah, eine weitere Person hatte die Mitgabe gerade beantragt.

3.4 Dosierung

Die Höhe der längerfristig täglich einzunehmenden Erhaltungsdosis, die im Laufe der Einstellungsphase erreicht wird, hängt vom jeweiligen Befinden

und der festgestellten Opiattoleranz der Drogenabhängigen ab. So waren unter den Befragten Personen, die eine Tagesdosis von 10 ml Methadon als ideal empfinden, weil der Drogenhunger gestillt wird und sie wieder normal funktionieren. Anderen Personen wäre diese Dosis zu hoch, sie würden unter den unangenehmen Nebenwirkungen des Methadon, wie der übermäßigen Sedierung oder starkes Schwitzen, leiden. Darüber hinaus wird die Höhe der Dosierung auch von der Haftsituation und den entsprechenden Perspektiven beeinflusst. Bei bevorstehender Haftentlassung z.B. wird häufig versucht, die Methadon-Dosis zu reduzieren. Ein Teilnehmer stellte dabei zur eigenen Überraschung fest, daß er mit einer deutlich geringeren Dosis auskommen kann, sich gleichzeitig aktiver fühle. Eine weitere Person benutzt das Methadon in bestimmten, nach eigener Einschätzung nicht zu bewältigenden Situationen als Mittel der Betäubung im Sinne einer Reaktivierung des Suchtverhaltens:

„Nur wenn mir da irgendwelche Hürden passiern, das ich meine Lockerungen nich mehr hab oder so, dann wirft mich das wieder zurück, und dann benutz ich das Methadon quasi einfach nur, um mich zu betäuben, mich ins Bett zu legen und durchzuschlafen fürn halbes Jahr oder so, abzuschalten. ... Ich hatte ne Urlaubssperre gehabt von neun Monaten, für ne Flucht, ... da haben die mir soviel NEV (Nichteignungsvorbehalt, A.d.V.) gegeben, daß ich mich hab neu einstellen lassen und hab mich total zurückgezogen und hab dann erst mal n halbes Jahr nichts gemacht. Seit zwei, drei Monaten komm ich so langsam wieder, so daß ich gemerkt hab, jetzt baut sich wieder ne Perspektive auf, dann bin ich auch schlagartig wieder runter mit dem Methadon.“ (24,6:18-27)

Gerade Inhaftierte mit einer mehrjährigen Haftstrafe tendieren eher dazu, sich höher dosieren zu lassen, wenn die Haftzeit aufgrund der unerträglichen Monotonie bei gleichzeitig stark eingeschränktem Handlungsspielraum als eine große psychische Belastung empfunden wird. Es wäre aber falsch anzunehmen, eine hohe Methadon-Dosis diene in jedem Fall ausschließlich dem Zweck der Betäubung. Die persönlichen Zielsetzungen können unterschiedlicher Art sein, häufig spielt bei hochdosierten Substituierten auch die Überlegung einer gewissen, längerfristigen Unabhängigkeit gegenüber der internen Drogenszene eine Rolle. Zwei der Interviewteilnehmer stellten einen direkten Zusammenhang zwischen der Höhe der Dosierung und der Bereitschaft zum Beigebrauch her. Im ersten Fall ist die langjährige Erhaltungsdosis nach eigener Einschätzung zu hoch, der Aspekt der Betäubung mit Hilfe von Metha-

don für die Dauer der Haft steht im Vordergrund, wobei es der Person gleichzeitig wichtig ist, den Drogenhunger ausschließlich mit Methadon befriedigen und auf unerlaubten Beikonsum von Benzodiazepinen, der am häufigsten mißbrauchten Substanz in Haft, verzichten zu können. Die hohe Dosis wird bis kurz vor der Entlassung beibehalten, der Beikonsum wurde erst im Zuge der Runterdosierung zum Problem:

„Ich hab knapp acht Jahre lang 12 ml gekriegt, ... und bei der kleinsten Anstrengung lief mir das Wasser. Da hab ich mir gedacht, daß is zuviel für mich, weil ich hab gearbeitet zu der Zeit (kurz vor Haftentlassung, A.d.V.), ... ich hab richtig gedampft. Also bei der hohen Dosis hab ich keine Tabletten nötig gehabt.“ (29,3:2-8)

Im zweiten Fall wird die hohe Dosierung gut vertragen, Nebenwirkungen treten nicht auf, im Gegenteil, die betreffende Person gab an, sie fühle sich trotz der hohen Dosis „normal“¹⁰, könne ohne Einschränkung einer Arbeit nachgehen und aufgrund der Höhe der Dosierung leicht auf Beigebrauch verzichten.

„Ich hab seitdem noch nicht mal Hasch geraucht und das gibts ja nun selten. ... Ich bekomm 14 ml hier, und alle sagen, das is ja Wahnsinn. Ich fühl mich dabei aber nicht tranig oder so, ne, ganz normal.“ (25,1:14-19)

„Ich muß morgens um fünf Uhr aufstehn, fang an zu arbeiten und muß als Bäcker Geselle da drüben eine gewisse Leistung bringen. ... Aber wie gesagt, ich laß in meiner Leistung oder meiner Fähigkeit, einen gewissen Überblick zu haben, zu rechnen oder so, überhaupt nich nach, auch nich bei 14 ml, ne. Nur viele Leute glauben, daß das so is.“ (25,3:37-43)

„Ich versuch, sie ein bißchen aufzuklärn, aber das kommt nich immer gut an.“ (25,4:1)

Während es dieser Person erfolgreich gelingt, aufgrund der hohen Dosierung Normalität in ihren Haftalltag zu bringen und auch kein Bedürfnis nach weiteren Drogen verspürt, besteht hier das Problem eher in den Vorurteilen der Anderen (Mitarbeiter des Vollzugs, der Arbeitsbetriebe, aber auch drogenabhängige Gefangene), wonach Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit von Substituierten grundsätzlich angezweifelt werden, erst recht aber bei Personen mit einer hohen Methadon-Dosis.

10 Tatsächlich verlief das Interview sehr lebhaft und engagiert, was bei einer zu hohen Dosierung kaum möglich gewesen wäre.

Die bereits zitierte (vergl. 3.3), auf Erfahrungen des Ärztlichen Dienstes der JVA Bremen beruhende „Faustregel“, dürfte Vorurteile dieser Art stützen:

- eine Dosis unter 5 ml gilt als niedrig, Substituierte mit einer solchen Dosis gelten als motiviert, an ihrem Drogenproblem zu arbeiten bzw. therapeutisch zugänglich zu sein und eher keinen Beigebrauch zu haben;
- eine mittlere Dosis bewegt sich zwischen 5 und 10 ml Methadon, entsprechend eingestellte Personen gelten als bedingt kooperationswillig und zielstrebig und sollen wechselnden Beigebrauch haben;
- als hochdosiert gelten Personen mit über 10 ml Methadon, die Methadon als eine weitere Droge, ohne eigenen Anspruch an die Behandlung benutzen und weiterhin Beigebrauch haben sollen.

Die Aussagen der Gefangenen lassen die Herstellung eines solchen Zusammenhangs zwischen der Höhe der Dosierung und der Bereitschaft zum Beigebrauch nicht zu. Wie oben schon erwähnt, hängt die Verträglichkeit des Methadons von der individuellen Befindlichkeit ab. Damit geht es nicht jedem hochdosierten Substituierten nur um eine immer größere Drogenmenge und ungezügelter Drogenkonsum, bzw. um eine Steigerung des persönlichen Ansehens in der Drogensubkultur mit Hilfe möglichst hoher Methadondosen („Meterwettbewerb“), wenngleich es solche Fälle geben mag. Vielmehr haben hochdosierte InterviewteilnehmerInnen deutlich gemacht, daß es ihnen aufgrund einer hohen Methadon-Dosis möglich war, die Haftzeit ohne Beigebrauch zu überstehen, und im Einzelfall zu einer erwünschten Normalität mit geregelter Arbeit zurückzukehren. Andere Befragte mit mittlerer oder niedriger Methadon-Dosis, haben dagegen wiederholt von Situationen berichtet, in denen sie ohne Beikonsum nicht auskommen können, worauf im Folgenden näher einzugehen sein wird (vergl. hierzu auch 2.10).

3.5 Beikonsum

Drogenabhängige Gefangene müssen sich im Behandlungsvertrag verpflichten, während der Substitutionsbehandlung auf jeglichen Beigebrauch zu verzichten, da auch einmaliger Beigebrauch, wenn er nachgewiesen werden kann, die Beendigung der Substitution zur Folge hat. Obgleich ein solcher, von der externen Substitutionspraxis abweichender Umgang mit Beigebrauch die Unnachgiebigkeit des Ärztlichen Dienstes in Bezug auf ein entsprechendes Fehlverhalten verdeutlichen soll, haben die meisten Befragten zumindest

gelegentlich Beigebrauch. Für wenige Befragte stellt das Gefängnis allerdings auch einen Schutzraum dar, der es ihnen ermöglicht, ohne Beigebrauch auszukommen, was ihnen in Freiheit aufgrund fehlender drogenfreier Sozialkontakte nicht gelingt. Beigebrauch wird von den Substituierten unterschiedlich, je nach Anlaß des Beikonsums, bewertet. Danach gibt es einen Beigebrauch, der von den Befragten nicht problematisiert und eher beiläufig angesprochen wurde. Diese Art von Beigebrauch dient dazu, „dem Vollzug einen Tag zu stehlen“, der Monotonie des Haftalltags vorübergehend zu entkommen, indem sie sich hin und wieder etwas „gönnen“, womit sie sich „gut drauf“ fühlen können.

Viele der Befragten berichteten jedoch über einen, teilweise von ihnen selbst als problematisch bewerteten Beigebrauch, der ihnen helfen soll, bestimmte Probleme und belastende Situationen in Haft besser aushalten zu können. Die Regel, entdeckten Beigebrauch durch die Beendigung der Methadonbehandlung zu sanktionieren, beweist aus Sicht der Substituierten daher lediglich die Nichtbereitschaft der Anstaltsärzte, sich mit ihren drogenabhängigen PatientInnen und deren Problemen auseinanderzusetzen. Folgende, den Beigebrauch begünstigende Faktoren wurden von den Befragten genannt:

a) Fehlen einer räumlichen Distanz zur gefängnisinternen Drogenszene

Drogenabhängige Gefangene, deren einzige soziale Bezüge oft nur in Kontakten zu anderen Drogenabhängigen bestehen, werden auf ihren Vollzugsgruppen täglich und unausweichlich mit dem Thema Drogenkonsum und -handel konfrontiert. Eine Rückzugsmöglichkeit bestünde nur dann, wenn sie sich freiwillig in ihre Zellen einschließen ließen und sich somit in die soziale Isolation begäben. Diese räumliche Nähe zu Drogen stellt für viele Substituierte eine große Herausforderung dar, der sie oft nicht widerstehen können:

„Ich muß jetzt hart sein, weil ich raus will, aber ich bin mit Leuten, die mit Heroin rummachen, und als Süchtiger weiß ich, ja, nimmste, nimmste nich, daß fällt einem schwer, auch wenn man da denn weg geht. Gehste da weg, gehste nach jemand anders hin, dann liegt da wieder was! Und es is ganz schwer zu sagen, nee, will ich nich.“ (11,4:9-13)

b) Monotonie des Haftalltags und Perspektivlosigkeit

Der Haftalltag ist vor allem von eintönigen, vorhersehbaren, starren Abläufen geprägt, in denen kein Raum vorgesehen ist, für individuelle Entwicklungen. Auch Personen, die in ihrer Inhaftierung mit anschließender Substitution die

Chance auf einen Neubeginn sahen, mußten schnell erkennen, daß sie in Abläufe eingebunden sind, die weder von ihnen beeinflußt werden können, noch der Unterstützung zur Erreichung persönlicher Ziele dienen können. Die Langeweile ist für einige Befragte ohne zusätzlichen Drogenkonsum kaum über einen längeren Zeitraum auszuhalten:

„... ich brauche irgendeinen Ruhigsteller, soviel Beschäftigung haben die gar nich für mich. Weil hier is ja manchmal acht, zwölf, vierzehn Stunden absoluter Totentanz. Sie können nich vierzehn Stunden schreiben, doch, ich kann das, aber in den neun Jahren hab ich das alles schon zwanzigmal gemacht, verstehn Sie, wie ich das mein? Ich habe nichts mehr hier drinne.“ (20,3:29-32)

„Hier isses aber auch am schwersten aufzuhörn, ... hier is alles, womit man sich auseinandersetzen muß, also hier sind Drogen im Umlauf, der psychische Druck is gegeben, das Eingesperrt sein, die Tagesabläufe, es is auch unheimlich langweilig hier. Jeden Tag läuft das gleiche Programm hier ab, jeden Tag.“ (24,6:44-47)

Für einige Substituierte stellt das regelmäßige Nachgehen einer Arbeit einen gewissen Ausweg aus der Langeweile dar. Allerdings sind weder die an die Gefangenen gestellten Anforderungen hoch, – so beschränkt sich das Arbeitsangebot im Frauenvollzug auf einen Stücklohnbetrieb, in dem zum Beispiel verschmutzte Kaffeefilter gereinigt werden müssen – noch ist die Höhe der Entlohnung¹¹ geeignet, in der Arbeit eine sinnvolle Beschäftigung zu sehen, mit der neben dem Einkauf für den Eigenbedarf die oft bestehenden Schulden abgebaut werden könnten, so daß sich auch im Arbeitsbereich Langeweile einstellt:

„Hier drin besteht der Alltag zu 80% aus Langeweile. Selbst wenn ich einer Arbeit nachgeh hier, is die Arbeit von Langeweile bestimmt. Alle Arbeitsbetriebe, die hier sind, sind in der Art der Anforderung, die gestellt wird an die Gefangenen, nich so, daß er ausgelastet is, weder körperlich, noch geistig. Außerdem is es so, daß die Menge der Arbeit, die hier is im Verhältnis zu dem, was an Arbeitskräften da is, auf jeden einzelnen verteilt, verschwindend

11 Das Bundesverfassungsgericht hat am 1.7.1998 entschieden, daß § 200 Abs. 1 StVollzG, in dem die Höhe der Gefangenenentlohnung auf 5 Prozent des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten festgeschrieben wurde (entspricht etwa 200 DM im Monat), gegen das verfassungsrechtliche Resozialisierungsgebot verstößt. Der Gesetzgeber hat bis zum 31.12.2000 für eine angemessene Neuregelung zu sorgen (BSBD 1998: 2 ff).

gering is, ne. Das heißt, in der Wäscherei wird gegen die Uhr gekämpft, im Tischlereibetrieb wird gegen die Uhr gekämpft. Das andere Frustige dabei ist die Entlohnung.“ (23,5:10-17)

Auch die den Gefangenen frei zur Verfügung stehende Zeit kann nach Aussagen der Befragten kaum sinnvoll genutzt werden. Es gibt insgesamt ein nur sehr begrenztes Freizeitangebot, das entweder bestimmte Personengruppen anspricht (z.B. Alkoholiker, Ausländer) oder auf eine bestimmte Teilnehmerzahl begrenzt ist, wie etwa die einmal wöchentlich stattfindende Pastorengruppe, an der maximal zehn Personen teilnehmen können. In der Jugendstrafanstalt erschöpft sich das Freizeitangebot auf einige Sportveranstaltungen, in der Frauenanstalt kann von einem Freizeitangebot keine Rede sein, gibt es doch ein Angebot wie z.B. „Kreatives Schreiben“, ist es von den ständigen Einsparbestrebungen bedroht und wird früher oder später – wie geschehen – wieder eingestellt. Somit ist auch die Freizeit vor allem von Langeweile geprägt, die Drogenabhängige leicht wieder auf das bewährte Mittel „Drogen“ zurückgreifen läßt.

„Ich mein, es kann immer mal sein, daß man mal ne depressive Phase hat ... und dann eben auf alte Gewohnheiten zurückgreift.“ (12,2:47-49)

Die Monotonie der Haft wird über die äußerlich feststellbaren Angebote an Arbeit und Freizeitaktivitäten hinaus durch die Organisationsstruktur der Anstalt institutionalisiert. Bemühungen einzelner Gefangener, persönliche Angelegenheiten in der Freizeit zu klären und so zu einer wahrnehmbaren Verbesserung der gegenwärtigen Situation zu kommen, stoßen schnell an die Grenzen dessen, was im Vollzug möglich ist. Zunächst einmal müssen Gefangene grundsätzlich für alle Anliegen einen schriftlichen Antrag stellen, auf dessen Beantwortung sie dann, je nach momentaner Personalausstattung und abhängig davon, wieviele Stellen über den Antrag zu entscheiden haben, unterschiedlich lange warten müssen. Die aus der Eigeninitiative der Gefangenen resultierende Energie wird verbürokratisiert und in vorgegebene Bahnen gelenkt, die Wartezeit verdeutlicht den geringen Stellenwert, der der Selbstbestimmung und Weiterentwicklung von Gefangenen beigemessen wird:

„Man muß ja für jeden Scheiß einen Antrag stelln. Wenn man ganz genau is, müßte man für diesen Antrag auch noch mal nen Antrag stelln, ne, is so. Und da fühlt man sich manchmal wie inner Sesamstraße, wie n Kleinkind.“ (11,4:5-8)

Das Verfolgen persönlicher Ziele wird Gefangenen zusätzlich erschwert, indem die dafür zur Verfügung stehende Zeit zwischen Arbeitsende und Einschluß nicht nur knapp bemessen, sondern gleichzeitig von allen anderen Mitgefangenen auch genutzt werden muß. Diese Zeit, in der auch die meisten der wenigen Freizeitangebote und z.B. der Büchertausch stattfinden, wird von den Gefangenen, die sich noch nicht mit ihrer Entmündigung in Haft abgefunden haben, als täglicher Streß beschrieben, es kommt zu Auseinandersetzungen um das Telefon, die Beamten sind in dieser Zeit regelmäßig überfordert und stehen den einzelnen Gefangenen zur Beantwortung ihrer Fragen nicht zur Verfügung:

„Ich komm um 16 Uhr von der Arbeit und um halb sieben geht schon wieder die Tür zu. In der Zeit muß ich alles erledigen, telefonieren und so. Und die Beamten, es sind zwei Beamten da und es sind dreißig Leute auf jeder Station, und die wolln alle in zweieinhalb Stunden alles erledigen. Die Beamten stehn da manchmal nur noch so: ‚Laßt mich bloß in Ruhe.‘ Und dann schließen se die Tür von innen ab und denn geht gar nichts mehr. Dann werden die Probleme wieder aufgeschoben auf den nächsten Tag“ (26,5:38-44)

„Und wenn ich dann manchmal hör, da läuft nichts, dann komm ich in Rage, denn sag ich, ach, scheiß drauf, ich verkriech mich, ich versteck mich hintere Drogen, man sagt das ja denn so, ne. Man rastet aus ..., dann faß ich wieder was an.“ (11,4:34-37)

Die Erfahrung von drogenabhängigen Gefangenen, im Gefängnis vor allem das Warten lernen zu müssen, ansonsten aber nur verwahrt zu werden, während die oft zahlreich vorhandenen Probleme ungelöst bleiben und weiter aufgeschoben werden, bewältigen einige der Befragten, indem sie über Drogenkonsum vorübergehend aus der Realität aussteigen.

c) Krisensituationen

In Krisensituationen z.B. bei Familienproblemen, Tod von Angehörigen, Einsamkeit, allgemeines Gefühl von Hilflosigkeit, hilft den Substituierten angesichts der fehlenden Bewegungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in Haft, die der Bewältigung dieser Krise dienen könnten, oft nur, das Problem zu überschlafen, sei es mit vom Arzt verschriebenen oder selbst besorgten Medikamenten.

d) Dosisreduktion

Beikonsum kommt häufig vor, wenn die gewohnte Methadon-Dosis reduziert wird, entweder ungewollt infolge einer Disziplinierungsmaßnahme oder auf Wunsch von Substituierten, z.B. wenn sich aufgrund einer bevorstehenden Haftentlassung neue Perspektiven ergeben, aus Sorge, nach der Entlassung keinen weiterbehandelnden Arzt zu finden oder weil sie sich und anderen beweisen wollen, daß sie ihr Drogenproblem ernsthaft in Haft bewältigen wollen:

„... ich muß das packen, sonst verlier ich meine Familie, dann is Feierabend.“ (11,4:23)

„Erst nachdem ich zum Fuchsberg (als Berufsfreigänger, A.d.V.) rübergekommen bin, hab ich den ernsthaften Willen gehabt aufzuhörn. Da hab ich mir gesagt, jetzt willst du arbeiten gehn und da kannste nich immer morgens dein Metha abholn, das paßt alles nich, das war dieser Freiheitsdrang, ne.“ (17,1:36-38)

„... und hab denn mal überlegt, wenn ich entlassen werde und finde jetzt keinen Arzt und bin auf 12 ml, was machste dann? Das kann man mit Heroin gar nich wegdrücken, ..., wie gesagt, ich hab keine Venen mehr. Und denn hab ich gesagt, gehste mal runter.“ (29,5:7-10)

Bevor es zum unerlaubten Beigebrauch kommt, wird in den meisten Fällen der behandelnde Arzt auf die Probleme, die sich aus der Dosisreduktion ergeben (Schlafstörungen, Entzugsbeschwerden, Angstzustände), aufmerksam gemacht, in der Erwartung, medikamentöse Unterstützung zu erhalten. Da sie diese Unterstützung in den meisten Fällen nicht erhalten und sich in ihren Beschwerden darüber hinaus nicht ernstgenommen fühlen, greifen Substituierte zur Selbstmedikation. Als Gründe für den Beigebrauch wurden vor allem *Schlafstörungen* genannt, die angesichts der oben geschilderten, trostlosen Haftsituation als besonders quälend empfunden werden:

„Wenn ich runter geh mit Metha dann, sag ich, möchte ich wenigstens zwei Tabletten, wegen schlafen, du bist ja voll klitschnaß nachts und so, und dann sagt se, nee, Diaz gibt se nich so gern raus. Dann biste am labern mit ihr, bis se mal eine rausrückt.“ (2,2:14-17, weibl.)

„... daß man da mal Unterstützung kriegt mit Tabletten, daß man wenigstens mal schlafen kann, weil, wenn man kein Schlaf kriegt, man wird hier aggressiv, ne.“ (3,2:8-10, weibl.)

Der ärztliche Dienst hilft Substituierten bei der Abdosierung mit Medikamenten, sofern die Methadon-Dosis auf unter 3 ml reduziert wird. Dieses Vorgehen erscheint einigen Befragten als willkürlich, da sie nicht in jedem Fall auf eine solch geringe Methadonmenge reduzieren wollen, trotzdem aber unter Schlafstörungen leiden, die vom Arzt als nicht behandlungsbedürftig bewertet werden, aber auch nicht durch Ablenkung oder Arbeit seitens der Betroffenen selbst zu beheben sind:

„... daß man nachts schlafen konnte. ... Der Arzt hat eiskalt zu mir gesagt, da mußt de durch. Er sagte zu mir, ab 3 ml würde man mir dann mit Diazepam helfen. Nur ich bin ja nich weiter als 3 ml gegangen, hab denn da Schluß gemacht.“ (29,7:34-38)

Neben Schlafstörungen wurde als weiterer Grund für den Beigebrauch die Bekämpfung von *Entzugserscheinungen* genannt, die während der Dosisreduktion auftreten und sich u.a. in Knochen- und Muskelschmerzen, Übelkeit, Unruhe und einem allgemeinen Krankheitsgefühl äußern. Während es relativ unproblematisch zu sein scheint, von einer hohen Dosis auf etwa 5 ml Methadon abzudosieren, wird die weitere Reduzierung des Methadons zunehmend problematisch, der Beigebrauch hat dann eine ausgleichende Funktion. Die Angst vor Entzugserscheinungen und damit einem gesteigerten Rückfallrisiko ist bei einigen Personen insbesondere beim Absetzen des Methadons so groß, daß der Beigebrauch auch prophylaktisch erfolgt, d.h., wenn der Zeitpunkt des vollständigen Absetzens gekommen ist, haben die betreffenden Personen wirksame Tabletten zur Verfügung, mit deren Hilfe sie die erwarteten Entzugserscheinungen besser überstehen können und zwar auch dann, wenn das Abdosieren in Absprache mit dem Arzt sehr langsam und über einen langen Zeitraum erfolgte:

„... ich wollte ja runter vom Metha, und deshalb konnte ich bestimmen, wie. ... Gut, die ersten drei Tage hab ich auch krank gemacht, lag ich schlapp auf dem Bett. ... Ich mach das ja auch schon elf Jahre insgesamt jetzt, ja, ich wußte, was kommt und hab mir vorsichtshalber zwanzig Diazepam geholt, ne. Da bin ich dann das Wochenende drinne geblieben, eigentlich hätte ich in Urlaub gehen können, aber das Risiko war mir zu groß, und hab mir das Wochenende die Dinger eingeteilt und hab denn durchgepennt. Ja, und von da an wars gut.“ (17,2:36-42)

„Und überhaupt, in diesen Rückfall reinzufallen, in das Loch da, also ich glaub, wenn ich da wieder reinstürz, dann is sowieso Feierabend, dann komm

ich da nich wieder raus. Und deswegen will ich ja, mach ich ja alles selber, ne ...“ (17,3:29-32)

Viele Substituierte wissen aus eigener Erfahrung, daß das Abdosieren vom Methadon in Haft besonders schwierig ist. Es ist nicht nur der körperliche Entzug, der ihnen Schwierigkeiten macht, sondern auch der psychische, für den der Haftalltag keinen Ausgleich bietet. Auch wenn es gelungen ist, mit Hilfe von unerlaubtem Beikonsum das Methadon abzusetzen, was aus Sicht der Substituierten erst einmal als Erfolg zu werten ist, kommt es aufgrund des langwierigen Methadonentzugs häufig zu Rückfällen. Für einige Befragte stellt sich daher die Frage, wie sie ihren Ausstieg aus der Methadonbehandlung innerhalb der gegebenen Strukturen in Haft, die der Tendenz nach eher den Drogenkonsum fördern, weiter optimieren können:

„Beim Absetzen, da wird einfach gesagt, nein, wir gehen nur 0,5er Schritte. Die bräuchten nur ne Spritze zu nehmen und die Teilstriche abzumessen. Wenn ich das so machen könnte ... würde ich das sofort machen. Wenn ich wüßte, ich könnte ganz, ganz langsam runtergehn, das vielleicht der Körper hat die Chance hat der 0,1 ml, der jetzt fehlt, das er den in zwei oder drei Wochen wieder selber produzieren kann, und das man dann wieder runtergeht, und daß sich das dann wie so ne Waage selber ausgleicht. Die Möglichkeit muß ja bestehn. Und ich werd nur diesen Weg gehn und kein andern, das weiß ich.“ (24,6:31-39)

Die Zitate haben folgendes gezeigt: Substituierte Gefangene haben, trotz schwieriger Bedingungen in Haft und damit geringerer Erfolgsaussichten, den Wunsch, ihre Methadon-Dosis zu verringern bzw. das Methadon ganz abzusetzen. Sie können über den Zeitraum und die Geschwindigkeit der Abdosierung mitbestimmen. Da die Lebenssituation aber weiterhin belastend bleibt, hat die Möglichkeit zur Mitbestimmung über die Geschwindigkeit der Dosisveränderung oft keine Auswirkung auf das Beigebruchsverhalten, im Gegenteil scheint der Beigebrauch erforderlich, um innerhalb dieser schwierigen Lebenssituation zu einer positiven Veränderung zu kommen. Rückschläge verstärken dann eher die Tendenz zur Selbsthilfe. Es gab unter den InterviewteilnehmerInnen allerdings einen Fall, in dem die Dosisreduktion positiv und beigebrauchsfrei verlief. Der Gefangene führte dies darauf zurück, daß es ihm ermöglicht wurde, die tägliche Methadon-Dosis aufgeteilt in zwei Gaben zu nehmen:

„... weil ich auch die Möglichkeit habe, morgens mein Methadon zu nehmen und abends, also zweimal, und dadurch das Runtergehn von der ganzen

Sache auch ziemlich gut und ziemlich schnell bei mir gegangen is. Also in 4 Wochen bin ich jetzt von 10 auf 3 ml, ohne irgendwelche Probleme, is also nich gewesen, ne, ich hab also auch keine Schlaftabletten dazu genommen und nichts. Aber Voraussetzung war eben, daß ich das auch zweimal genommen hab.“ (14,1:1-6)

Der Beigebrauch in Haft findet – wie beschrieben – aus einer ganzen Reihe von Gründen statt. Substituierte setzen die verschiedenen Stoffe gezielt ein, was auf einige Erfahrung hinweist. Im Unterschied zu den illegalen Drogen, sind Tabletten relativ leicht zu finanzieren, sie werden entweder gegen Methadon oder Gegenstände des täglichen Bedarfs getauscht oder eingekauft, wobei ein Betrag von 10 DM für mehrere Tabletten schon ausreicht. Die Befragten gaben an, bevorzugt auf Fluninoc und Rohypnol zurückzugreifen, wenn es verfügbar ist, auch Atosil und Aponal wurden erwähnt, letzteres steht allerdings im Ruf, epileptische Anfälle zu verursachen und wird daher eher gemieden. Gibt es Versorgungsengpässe wird Diazepam konsumiert, das auch deshalb problemlos zu beschaffen ist, weil es im Gefängnis relativ häufig verschrieben wird.

„... und hatte denn das Methadon mal n bißchen geschmuggelt, hab den Leuten mal n bißchen was gegeben, hab denn dafür n paar Tabletten gekriegt.“ (29,2:39-40)

„Ich hatte auch immer Leute, die hab ich dann gebeten, mir n paar stärkere Tabletten (Fluninoc und Rohypnol, A.d.V.) von draußen mitzubringen.“ (29,3:10-12)

Wird die Substitution aufgrund entdeckten Beigebrauchs beendet, können Gefangene, bei denen der ärztliche Dienst die Auffassung vertritt, die Weitersubstitution nach einer Zwangspause von etwa vier Wochen sei sinnvoll, eine Wiederaufnahme in die Substitution beantragen. Es gibt aber auch Substituierte, bei denen die Weitersubstitution aus ärztlicher Sicht nicht mehr angezeigt ist, sie können frühestens im Rahmen der Entlassungsvorbereitung (vier Wochen vor Entlassungstermin) erneut substituiert werden. Finden sich Gefangene mit der endgültigen Beendigung der Substitution nicht ab, gibt es Wege, doch wieder substituiert zu werden, z.B. indem Gefangene anhand eines Attests nachweisen können, daß ein niedergelassener Arzt die Fortsetzung der Substitution nach der Haftentlassung übernimmt, Richter bei der 2/3-Anhörung die Weitersubstitution befürworten oder indem Berufsfreigänger, die über eine Arbeitsstelle in das soziale Netz gelangt sind, sich extern substituieren lassen:

„Aber daß ich jetzt überhaupt wieder was kriege is nur, weil ich nen Arzt draußten hab und Drehzahl gemacht hab. Und der Richter bei der 2/3-Anhörung hat das eben auch befürwortet, daß ich weiter substituiert werde, ansonsten hätte ich es nich wiederbekommen.“ (16,2:43-46)

„Dr. ... sagte mir, daß er mich erst wieder aufnimmt, wenn ich 4 Wochen vor der Entlassung stehe. Und das is der größte Schwachsinn, dens gibt. Ich bin dann zum Fuchsberg gegangen und habe ne Arbeitsstelle angenommen für 1200 brutto, nur um ins soziale Netz reinzukommen und somit auch substituiert zu werden. Bin auch im Fuchsberg wieder abgeschossen worden, aber durch die Substitution draußten, mußte er (der Anstaltsarzt, A.d.V.) mich hier dann wieder aufnehmen, ne.“ (27,1:10-15)

4 Psychosoziale Begleitung

Laut Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist die Substitution nur unter der Voraussetzung zulässig, wenn diese „im Rahmen eines darüber hinausgehenden Behandlungskonzeptes erfolgt, das erforderliche begleitende psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen mit einbezieht.“ (§ 5 Abs. 2.2 BTMVV). Wie bereits gezeigt, reicht die finanzielle Ausstattung des Ärztlichen Dienstes nicht aus, um ein für alle Substituierten ausreichendes Angebot vorzuhalten, so daß die psychosoziale Begleitung als Aufgabe des Gefängnisses insgesamt definiert wurde, das ja resozialisierend wirken soll (vergl. 3.5). Dementsprechend werden drogenabhängige Gefangene in einem Informationsgespräch vor Aufnahme in die Substitutionsbehandlung auf die eingeschränkt vorhandenen Möglichkeiten psychosozialer Begleitung durch den Ärztlichen Dienst hingewiesen ebenso wie auf die Möglichkeit, nach Erhalt der Lockerungen Angebote externer Hilfeinrichtungen wahrzunehmen. In den Behandlungsvertrag wird schließlich der Name einer beliebigen Person als „Ansprechpartner für die psychosoziale Begleitung“ eingetragen und damit gelten die Substituierten als ausreichend informiert, um sich um alles weitere bei Bedarf selbst zu kümmern. Aus der Sicht der Befragten ist die psychosoziale Begleitung kein Bestandteil der anstaltsinternen Substitution¹², da zu keinem Zeitpunkt eine systematische Klärung der individuellen Zielsetzungen und des eventuell vorhandenen Bedarfs an Unterstützung im Rahmen der Substitution vorgenommen wird – gerade Personen mit wenig Substitutionserfahrung fänden dies

12 Zu den Angeboten, über die die Drogenabhängigen mit der Aufnahme in die Substitution informiert werden, vergl. 3.3.4.

sinnvoll – und gleichzeitig ein gravierendes Mißverhältnis besteht zwischen den hohen Anforderungen des Ärztlichen Dienstes an die Substituierten hinsichtlich der erwarteten Verhaltensänderung, insbesondere des Beigebrauchs, da bereits ein Fehlverhalten den Ausschluß aus dieser Behandlung bedeuten kann, und der zu beobachtenden Beliebigkeit im Umgang mit der psychosozialen Begleitung. Die Nutzung der vorhandenen Angebote macht nach Meinung der Befragten wenig Sinn, es bestehen entweder Wartelisten, konzeptionelle Mängel, Schwierigkeiten des Zugangs bedingt durch die Eigenarten der totalen Institution „Gefängnis“, Eingriffe des Gefängnisses in die Angebote usw., auf die einzelnen Kritikpunkte wird im folgenden eingegangen.

Ansprechpartner:

Die Rolle des im Behandlungsvertrag zu benennenden Ansprechpartners für die psychosoziale Begleitung, seine Aufgaben und Möglichkeiten der Zusammenarbeit bleiben völlig ungeklärt, was dazu führt, daß, selbst wenn Substituierte eine Person ihres Vertrauens benennen konnten, sich hieraus keine weiteren Aktivitäten ergeben. Substituierte gaben entsprechend an, ihren Ansprechpartner noch nie gesehen zu haben und auch nicht zu wissen, was sie von ihm erwarten könnten. Substituierte, die niemanden benennen können, lassen häufiger auch Vollzugsbeamte ihrer Wohngruppe als Ansprechpartner in den Substitutionsvertrag eingetragen. Ein Befragter hob die Kompetenz und das Engagement seines Ansprechpartners in allen vollzuglichen Belangen positiv hervor, grundsätzlich wäre aber zu fragen, ob sich die Aufgaben der Ansprechpartner für die psychosoziale Begleitung auf die Klärung von Vollzugsfragen beschränken soll oder ob dies nicht ohnehin schon Aufgabe des Vollzuges sein müßte. Vollzugsbeamte als Ansprechpartner sind aus Sicht der Befragten nur vereinzelt hilfreich, und zwar ausschließlich für vollzugsspezifische Fragen, für Fragen im Zusammenhang mit der Substitution, der aktuellen Befindlichkeit, mit persönlichen Schwierigkeiten etc sind Vollzugsbeamte nicht geeignet, da sich für sie zwangsläufig Konflikte ergeben zwischen vollzuglichem Auftrag, also Einhaltung von Sicherheit und Ordnung, Beobachtung und Beurteilung der Gefangenen auf der einen Seite und der Rolle als Ansprechpartner auf der anderen, der gegebenenfalls im Gespräch mit Substituierten Dinge erfährt, die er eigentlich in seiner Funktion als Beamter sanktionieren müßte. Insofern ist es illusorisch ein Vertrauensverhältnis zwischen Vollzugsbeamten und Substituierten anzunehmen:

„... naja, ich glaube nich, daß ein Gefangener zu diesem angeblichen Ansprechpartner, den er hat, denn der hat die Rolle eines Bediensteten, daß er dem gegenüber ehrlich is, ne.“ (13,1:29-31)

Vollzugsbeamte als Ansprechpartner für die psychosoziale Begleitung sind auch deshalb ungeeignet, weil mit der Einführung der Substitutionsbehandlung in den Gefängnissen des Landes Bremen keine systematische begleitende Aufklärungsarbeit stattgefunden hat. Viele der befragten Substituierten gaben an, den meisten Vollzugsbeamten würde die Bereitschaft fehlen, sich mit dieser Behandlungsmethode auseinander zu setzen und Substituierte deshalb abzulehnen:

„... die Beamten sind zuwenig ausgebildet und man merkt doch, irgendwie wird man doch diskriminiert, da sagen se: hier guck mal geradeaus ...“ (13,1:39-40)

„Obwohl einige Leute, da merkt man das richtig, da läuft man auf ne Mauer zu, ne. Das wird sofort abgeblockt, sie wolln sich gar nich damit (Substitution, A.d.V.) auseinandersetzen.“ (23,8:41-42)

Auch die Erreichbarkeit von Ansprechpartnern ist nicht immer ohne weiteres gewährleistet, oft müssen Anträge geschrieben werden, z.B. bei Verlegungen von Gefangenen:

„Das is hier sowieso ganz schwer. Da sind wir praktisch abgeschottet von den andern. Unsere Ansprechpartner sind z.B. in einer andern Wohngruppe, im andern Haus, ne. Da müßt man nen Antrag stelln, daß er hier rüber kommt.“ (12,1:28-30)

Gespräche mit Psychologen:

Die grundsätzlich jedem Gefangenen offen stehende Möglichkeit, auf Antrag Gespräche mit dem Anstaltspsychologen zu führen, wurde von einigen Substituierten vorübergehend genutzt und sehr positiv bewertet:

„... da bin ich jede Woche zu unserem Anstaltspsychologen gegangen und hab mit dem geredet, jede Woche. Also, das hat mir ganz gut getan, das fand ich schon ok, ne. Weil der Mann dann auch Zeit hat, ich bin mit dem alleine und er kann wirklich auf mich eingehn ...“ (26,2:41-44)

Da dieses Angebot des Ärztlichen Dienstes jedoch nicht im Zusammenhang mit der Substitution steht, sondern Substituierte mit allen anderen Personengruppen um Gesprächstermine konkurrieren, spricht es vornehmlich die Per-

sonen an, die genau wissen, zu welchem Zweck sie Gespräche benötigen, was aufgrund der fehlenden individuellen Substitutionsplanung nicht für alle Befragten zutraf. Die Wartezeiten auf einen Termin sind aus Sicht einiger Befragter besonders dann zu lang, wenn Substituierte das Gespräch mit Psychologen in akuten Situationen suchen, z.B. um einer drohenden Rückfallgefahr vorzubeugen, nur Personen mit entsprechendem Durchsetzungsvermögen schaffen es, diese Wartezeit zu verkürzen:

„Also was für mich wichtig wäre, falls ich kurz davor bin nen Rückfall zu bauen, weil das geht ja nich so plötzlich, sondern es baut sich langsam auf, bei mir zumindest, ne, und daß ich dann niemand hab, mit dem ich reden kann, ..., niemanden außer Herrn ... (Anstaltspsychologe). Aber wenn ich Rückfallgedanken hab, und ich muß erst nen Antrag schreiben und ich krieg erst 4 oder 5 Tage später ne Antwort und ne Woche später is der Termin, dann is die Sache gelaufen. Dann hab ich meinen Rückfall gebaut, dann is es zu spät. Und der Anstaltspsychologe is ja auch total überlastet, der is ja nich nur für Drogenleute da, sondern für alle.“ (26,5:10-18)

Auch die Honorarkraft des Ärztlichen Dienstes stellt in ihrem Jahresbericht 1998 eine so hohe Nachfrage nach Gesprächsterminen fest, daß Wartezeiten von bis zu vier Wochen entstehen können.

Teilnahme am bestehenden Gruppenangebot in der JVA:

Zum Zeitpunkt der Untersuchung gab es nur in der Anstalt Oslebshausen ein neu gegründetes, 14tägiges Gruppenangebot für maximal sechs ehemalige Drogenabhängige, also eine Gruppe mit clean-Anspruch. Vereinzelt haben Substituierte versucht, Zugang in diese Gruppe zu finden, was sich als schwierig erwies, da die übrigen Gruppenteilnehmer mit der Aufnahme eines Drogenkonsumenten zunächst nicht einverstanden waren:

„... die Gruppe is ins Leben gerufen worden für Leute, die völlig clean sind, völlig abstinent, die das auch bleiben wolln. Und da hab ich mich dafür auch gemeldet, ..., sollte ich aber zuerst nich, weil ich substituiert werde. Da warn die Leute, die nich substituiert werden, zuerst gegen. ... sonst gibt es hier gar nichts.“ (26,1:36-41)

Die Gruppenarbeit wird zudem von der Anstalt behindert, indem Gefangene in diese Gruppe geschickt werden, deren Zuverlässigkeit vor der Gewährung von Lockerungen erst einmal innerhalb der Anstalt erprobt werden soll:

„Jetzt mischt sich die Anstalt schon wieder dazwischen, es sind zwei Leute da, denen man gesagt hat, wenn du an der Gruppe nicht teilnimmst, bekommst du keine Lockerungen ... Und einer von denen, der geht wirklich nur hin, um seine Lockerungen zu kriegen, hat praktisch null Interesse an der Gruppe und an dem, was da besprochen wird. ... Wir haben also abgesprochen, daß nichts, was da besprochen wird, nach draußen geht. Und wenn solche Leute da sind, da weiß ich nicht, ob die sich dran halten. Weil, ich hab keine Lust über Sachen zu reden, wenn das dann auf den VGs (Vollzugsgruppen, A.d.V.) hier breitgetreten wird und ich dann von hintenrum das wieder erfahre, was ich in der Gruppe gesagt habe.“ (26, 2:12-25)

Dieses Gruppenangebot spricht aufgrund des Anspruchs der Drogenfreiheit weniger die Substituierten an und ist wegen der Einflußnahme der Anstalt auf die Gruppenarbeit aus Sicht der Befragten ein wenig ernstzunehmendes Angebot.

Teilnahme an externer psychosozialer Begleitung:

Substituierte, die kontinuierliche Unterstützung wünschen, müssen in der Regel den Erhalt von Lockerungen abwarten. Dies dauerte bei den Befragten bis zu einem dreiviertel Jahr, d.h. bis zu diesem Zeitpunkt wird die psychosoziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung vernachlässigt. Auch müssen sich die Substituierten rechtzeitig um die Aufnahme in ein externes Angebot bemühen, da bei den Hilfeinrichtungen Wartelisten bestehen:

„Da sind zwar überall Zettel, Hoppenbank und so, aber draußen, nich hier drinne. Und wenn man sich mit den Leuten unterhält, jaaa, da müssen Sie erst mal Lockerung haben“ (11,3:25-27)

„Sowas (Selbsthilfegruppen, A.d.V.) läuft hier überhaupt nich. Draußen gibts so was, ich hab da sogar schon vor Monaten hingeschrieben, aber die haben sich noch nich mal zurückgemeldet. Jetzt hab ich mir aus so nem Buch ein paar Adressen rausgesucht, weil ich ganz gerne Einzelgespräche hätte“ (17,1:30-32)

„... die Methadongruppe von der Straffälligenhilfe und das ging ja auch erst ziemlich spät los und zwar erst in dem Moment, als ich wieder Lockerungen hatte, ungefähr nach einem 3/4 Jahr.“ (28,1:25-27)

Die einmal gewährten Lockerungen und damit die Teilnahme an psychosozialen Angeboten können durch die Anstalt wieder ausgesetzt werden, entwe-

der aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten von Gefangenen oder auch bei laufenden Gerichtsverfahren, unabhängig von deren Ausgang:

*„Draußen hab ich an einer Methadon-Gruppe teilgenommen. Momentan hab ich ne NEV, also ich darf nich raus, obwohl ich vor der Entlassung stehe.“
(27,1:22-25)*

Neben diesen Angeboten bieten externe Einrichtungen Sprechstunden in den jeweiligen Teilanstalten an, über die sich die Gefangenen über Aushänge in den Vollzugsgruppen selbst informieren können. Substituierte, die noch nicht lockerungsberechtigt waren, fühlten sich von nach außen orientierten Angeboten, z.B. Entlassungsvorbereitung durch die Bremische Straffälligenhilfe oder der Hoppenbank e.V. noch nicht angesprochen und nehmen sie deshalb auch nicht als Hilfe im Rahmen der Substitution wahr. Die unterschiedliche Informationspraxis über bestehende Angebote zur psychosozialen Begleitung bewirkt Unübersichtlichkeit. Keiner der befragten Substituierten, mit Ausnahme der weiblichen Gefangenen, die von der Begleitstelle für Substitution betreut werden können, waren sich über ihre Möglichkeiten sicher, auch die Fachleute im Gefängnis hatten keinen Überblick über sämtliche, von Substituierten zu nutzende Angebote psychosozialer Begleitung durch externe Anbieter und konnten deshalb nicht darauf verweisen. Intransparent bleiben damit auch die inhaltlichen Erwartungen, die an die jeweiligen Angebote gestellt werden können.

Insgesamt ist festzustellen, daß der Bedarf an Gesprächen und Unterstützung bei den Befragten sehr groß ist, weitaus größer, als durch die derzeitigen Angebote abgedeckt wird. Insofern kann weder von einer systematischen psychosozialen Begleitung mit Beginn der Substitutionsbehandlung in Haft gesprochen werden, noch von einer tatsächlichen Unterstützung durch die allgemeinen Angebote der JVA, die ja stabilisierend und resozialisierend auf alle Gefangene, nicht nur die Substituierten, wirken sollen und deshalb – so lautete die Erklärung des leitenden Anstaltsarztes und der Anstaltsleitung – auf eine Sonderbehandlung der Substituierten verzichtet werden könne. Es fehlen vor allem für die Zeit bis zum Erhalt der Lockerungen ausreichende, kontinuierliche Gesprächsangebote zur Bewältigung des Haftalltags, Auseinandersetzung mit der Substitution und dem Beigebrauchsverhalten. Mit diesen Themen fühlen sich die meisten Befragten allein gelassen und überfordert.

Die befragten Substituierten haben ihren Bedarf an Unterstützung auf verschiedene Weise definiert, abhängig von der aktuellen Haftsituation, der vor-

handenen Substitutionserfahrung und des Lebensalters. Sie benötigen demnach:

- den Austausch von Informationen und Erfahrungen mit Personen in ähnlicher Situation innerhalb eines geschützten Rahmens. Das wurde sowohl von Gefangenen mit wenig Substitutionserfahrung gewünscht:

„... die Erfahrung von andern Leuten, die auch Methadon oder Polamidon nehmen, wie die damit klarkommen, wie die ihr Leben in den Griff kriegen und so, solche Sachen. Daß man vielleicht ein paar Sachen mitkriegt, für sich selber auch.“ (15,2:4-6),

als auch von Gefangenen, die bereits auf eine lange Drogenkarriere zurückblicken:

„Ich muß auch mal mit Leuten reden, die in meinem Alter sind. Also, das is schon wichtig für mich. Ich kann mich nich mit einem zwanzigjährigen, der mein Sohn sein könnte, über Drogen unterhalten, die haben doch noch gar nich soviel mitbekommen. Also ich nehm ja schon Drogen, als die geboren worden sind ... Das verträgt sich nich so gut.“ (18,2:45-49),

- geschulte Ansprechpartner in der JVA für Substituierte, wo Gefangene bei Bedarf ihre neue Lebenssituation unter Substitutionsbedingungen in Einzelgesprächen thematisieren können, die aber auch in Notfällen erreichbar sind. Mangels Alternative hat ein Gefangener sich in einer für ihn kritischen Situation erfolgreich an seinen Bewährungshelfer gewandt, d.h. unter geschulten Ansprechpartnern wären nicht nur Psychologen zu verstehen, sondern Personen, die neben fachlicher Kompetenz auch die Bereitschaft besitzen, sich mit den Problemen der Substituierten auseinanderzusetzen:

„Beim letzten Mal war ich bei Herrn ..., das is mein Bewährungshelfer, und da hab ich zwei Stunden gesessen, und da hab ich gemerkt, daß es mir ganz gut getan hat, dieses Sprechen so, ne. Ja, deswegen will ich auf jeden Fall Einzelgespräche und wenn es geht, noch ne Gruppe dazu, um zu hörn, was andere sagen.“ (17,3:17-20)

- Möglichkeiten der Bearbeitung des Themas Beigebrauch und Rückfall in der JVA, insbesondere auch als Vorbereitung für erste Lockerungsmaßnahmen:

„Und gerade wenn ich in Lockerung bin, wenn ich die ersten Ausgänge kriege, ist es doch für mich unheimlich wichtig, daß ich wenigstens einigermäßen stabil bin, daß ich nich mit dem Gedanken rausgeh, mir an der nächsten Ecke was zu besorgen. Das is aber bei den meisten so, eben weil

se so unvorbereitet rausgehn. Und wenns dann nen Rückfall gibt und es wird festgestellt, dann hat sich das erledigt mit der Substitution, gleich beim ersten Mal.“ (26,5:31-36)

- Unterstützung bei der Entwicklung von beruflichen Perspektiven:
„Man müßte uns an andere Maßnahmen heranzuführen, über Arbeitsamt, Umschulungsmaßnahmen, Wiedereingliederungsmaßnahmen. So was beabsichtige ich jetzt, ..., da gibt es die Möglichkeit für Sozialhilfe-Empfänger und langfristig Arbeitslose erst mal so Bewerbungspraktiken zu üben, ne. ... Das gehört für mich eigentlich auch so in diesen Grundstatus mit rein, den man hier machen müßte. Und das kann ich erst machen, wenn ich wieder draußen bin.“ (23,9:20-27)
- Freizeitaktivitäten in Haft oder alternativ zwei Ausgänge zu Hilfeeinrichtungen. Substituierte erhalten einen Ausgang pro Woche, damit sie eine externe Hilfeeinrichtung besuchen können. Einige Befragte gaben an, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, bei der eher die Freizeitgestaltung im Vordergrund steht, was aus ihrer Sicht ein sehr attraktives Angebot ist, da es in Haft kaum Freizeitgestaltung gibt. Darüber hinaus besteht aber auch der Wunsch, persönliche Probleme besprechen zu können, was in dieser Selbsthilfegruppe nur begrenzt möglich ist. Substituierte haben also abzuwägen, wofür sie den Ausgang eher nutzen wollen, für Freizeitgestaltung oder für die Bearbeitung persönlicher Probleme, beides wäre nur mit zwei Ausgängen pro Woche möglich.
- Hilfe bei der Herstellung von Familienkontakten
- Begleitausgänge. Dies wurde insbesondere von allen Jugendlichen/Heranwachsenden und einigen Erwachsenen gewünscht, die noch nicht lockereingewöhnt waren, sich gleichzeitig aber von ihren verschiedenen Problemen draußen derartig überwältigt fühlten, daß sie zwar dringenden Handlungsbedarf sahen, aber nicht glaubten, dies alleine bewerkstelligen zu können, z.B. Wohnungssuche, Behördengänge, Arztsuche, Vorstellung bei potentiellen Arbeitgebern oder Ausbildungsträgern, Besuch von Einrichtungen der Drogenhilfe.

5. Nachteile der Substitution in Haft

Mit der Substitution in Haft sind, neben den auch draußen bestehenden Nachteilen wie die Ortsgebundenheit an den Vergabeort und pharmakologische Nebenwirkungen, weitere Nachteile verbunden. Die Anstalt, einschließlich

des Ärztlichen Dienstes, gewinnt ein neues Disziplinierungsmittel für einen Personenkreis, der vorher mit vollzuglichen Mitteln nicht zu beeinflussen war. Substituierte erhalten Methadon nur, solange sie sich angepaßt verhalten, bei Fehlverhalten wie z.B. bei unangemessenem Verhalten bei der Methadon-Ausgabe oder bei Verhaltensauffälligkeiten infolge von Beigebrauch wird diese „Vergünstigung“ wieder entzogen. Der repressive Charakter der Methadonbehandlung im medizinischen Bereich wird angesichts der Neuregelung des Umgangs mit Beigebrauch besonders deutlich. Alle Substituierten waren gezwungen eine entsprechende Vereinbarung zu unterschreiben, mit der sie sich einverstanden erklärten, daß die Substitution beendet wird, falls einmaliger Beigebrauch nachgewiesen werden kann, unabhängig davon, ob sie sich die Einhaltung der neuen Behandlungsbedingungen überhaupt zutrauen.

Aber nicht nur im medizinischen Bereich, auch im Vollzug unterliegen Substituierte täglich einem starken Beobachtungs- und Erwartungsdruck. Von Substituierten wird erwartet, daß sie sich aufgrund der Substitution situationgerecht im Vollzug verhalten, aktiv am Vollzugsziel mitarbeiten, Lockerungen nicht mißbrauchen, pünktlich zurückkehren und keine neuen Straftaten begehen. Das Suchtproblem, mit dem vor der Substitution unangepaßtes Verhalten erklärt werden konnte, besteht aus Sicht des Vollzuges mit der Einnahme von Methadon nicht mehr. Substituierte haben sich ebenso wie alle anderen Gefangenen auch an den vollzuglichen Ablauf anzupassen und die bestehenden Regeln einzuhalten. Beobachtet der Vollzug dennoch Fehlverhalten, etwa infolge von Beigebrauchs, wird bei Substituierten hart reagiert (z.B. schlechtere Sozialprognose infolge des Versagens unter Methadon, Ablösung aus dem offenen Vollzug), weil es aus Sicht des Gefängnisses keine Entschuldigung mehr im Sinne einer Drogenabhängigkeit gibt.

Insbesondere den Befragten der Jugendstrafanstalt Blockland fiel es sehr schwer, mit der zum Teil auch widersprüchlichen Erwartungshaltung von Vollzugsbeamten und Angestellten der Werkbetriebe umzugehen. Einerseits wird von Substituierten „Leistung“ erwartet, d.h. gerade weil sie Methadon erhalten, müßten sie leistungsfähig und bereit sein, dies auch durch angemessenes Sozialverhalten und gute Arbeitsleistung zu beweisen. Andererseits gilt besonders im Jugendvollzug die Forderung der Drogenfreiheit, auch für Substituierte, was aus Sicht der befragten Jugendlichen besonders an abfälligen Bemerkungen von Vollzugsmitarbeitern deutlich wird, z.B. Substituierte befänden sich im „Metha-Rausch“. Befragte, die diesem Erwartungsdruck

nicht gewachsen waren, ließen sich unter Inkaufnahme von Entzugsbeschwerden abdosieren, mit der Folge nun mit neuen Erwartungen konfrontiert zu werden: die vorgeblichen Entzugsbeschwerden seien nur eine Ausrede, Arbeit sei bei Entzugsbeschwerden ein geeignetes Mittel der Ablenkung („jetzt zeig mal, was du kannst“).

Ein weiterer Nachteil der Substitution in Haft ist das geringe Ansehen der Substituierten, sowohl bei Vollzugsbeamten, als auch bei (drogenabhängigen) Mithäftlingen. Mit der Aufnahme in die Substitutionsbehandlung macht ein Häftling sein Drogenproblem öffentlich, er outet sich nicht nur gegenüber der Anstalt als Junkie, mit allen ihnen zugeschriebenen negativen Verhaltensweisen, sondern gegenüber den Mitgefangenen auch als Süchtiger, der nicht in der Lage ist, selbst für seinen Drogenbedarf zu sorgen, weil es ihm an der notwendigen Cleverness und den finanziellen Mitteln fehlt. Für nicht substituierte Drogenabhängige stellt die Methadon-Substitution – wie sie derzeit in der JVA praktiziert wird und ohne sichtbare „Behandlungserfolge“ – vor allem ein Mittel der Manipulation bislang unbequemer Gefangener dar, für den Vollzug die leichteste Lösung, Ruhe in die Anstalt zu bekommen. Wer sich in diese Behandlung begibt, wird zur „Marionette“ der Anstalt, ist „fern-gesteuert“ und leicht „an der Leine zu führen“. Diese Ausdrücke für Substituierte sind auch bei den Vollzugsbediensteten gängig, allerdings ist hier nicht die Manipulation durch die JVA, sondern durch die Droge Methadon gemeint. Substituierte werden in keinem Fall als zur Selbstbestimmung fähige Individuen anerkannt. Der morgendliche Gang zur Methadon-Ausgabe wird so zur immer wiederkehrenden Demonstration persönlicher Defizite, begleitet von Bemerkungen wie „der Gang der Asozialen“ (Zitat eines Dealers, das auch von anderen Substituierten erwähnt wurde) oder „dann wollen wir den Mumientreck mal eben rüberführen“ (geläufiger, ironisch gemeinter Ausdruck unter Vollzugsbeamten).

Zwei der Interviewteilnehmer waren nicht mehr bereit, sich unter diesen Bedingungen substituieren zu lassen. In einem Fall wurde die Substitution privat und damit illegal organisiert, was aus subjektiver Sicht schon längerfristig gut funktioniert. Im anderen Fall entschied sich die betreffende Person für den illegalen Konsum von Benzodiazepinen, der mit Hilfe von Drogenge-schäften finanziert wird.

5 Methadon im Jugendvollzug Blockland

Auch im Jugendvollzug Blockland sind neben methadongestützten Entzügen Substitutionsbehandlungen möglich. Sie unterscheiden sich in ihren organisatorischen Abläufen nur unwesentlich von der Substitution im übrigen Vollzug. Allerdings findet die Substitution wegen des jungen Lebensalters der Gefangenen in einem ganz anderen Kontext statt, da die Zielgruppe für die Methadon-Substitution Jugendliche von vornherein ausschließt. Aus diesem Grund ist es wichtig, trotz der sehr dürftigen Datenlage, das Substitutionsgeschehen im Jugendvollzug Blockland näher zu untersuchen.¹

5.1 Institutionelle Perspektive

Zur Substitution von Jugendstrafgefangenen haben sich die befragten Fachleute sehr zurückhaltend geäußert und vor allem auf die quantitative Bedeutungslosigkeit einer solchen Behandlung im Jugendvollzug hingewiesen:

„Es gibt sicher kaum wirklich substituierte Jugendliche.“ (Leitender Gefängnisarzt A1:1)

Auch wurde nahegelegt, einige Jugendliche könnten möglicherweise einen methadongestützten Entzug mit einer Substitutionsbehandlung verwechseln und sich daher fälschlicherweise als Substituierte ausgeben:

„Wir müssen immer unterscheiden, das können die Betroffenen sicher nicht so gut unterscheiden, in Substitution und in methadongestützten Entzug. Also die, die wirklich substituiert werden, die haben ja auch einen Vertrag unterschrieben, die wissen schon, worum es geht. Die andern, die als Drogenkonsumenten eine Woche lang einen gestützten Entzug kriegen, da kann es sein, daß die das gar nicht richtig kapieren. Die merken nur, wir kriegen was, damit der Affe nicht so doll ist und dann ist die Sache eigentlich auch erledigt. Das ist nach einer Woche dann ja auch vorbei.“ (A1:2-8)

¹ Die folgenden Ergebnisse basieren auf Interviews mit drei substituierten Jugendstrafgefangenen, Ärzten und dem für die Jugendstrafanstalt Blockland zuständigen Psychologen, auf der Analyse von medizinischen Akten in sechs Fällen und Beobachtungen. Die Erhebungsmethoden wurden bereits unter den Punkten 2, 3, 4 beschrieben.

Die Substitution von jugendlichen Gefangenen ist, im Vergleich zum Erwachsenenvollzug, tatsächlich eine Randerscheinung. An zwei verschiedenen Stichtagen des Jahres 1998 gab es jeweils drei substituierte Jugendliche. Legt man für das Jahr 1998 eine durchschnittliche Belegung von etwa 70 Gefangenen im Jugendvollzug zugrunde, dann entspricht dies einem Anteil von 4,3%. Dagegen wurden, bei einer durchschnittlichen Belegung von 677 Gefangenen im gleichen Jahr, im Erwachsenenvollzug etwa 14,6% der Gefangenen substituiert. Der Grund für die geringe Anzahl von substituierten Jugendlichen liegt nicht etwa darin, daß es im Jugendvollzug keine Drogenabhängigen gibt. Im Gegenteil stellt der Drogenhilfeplan der Stadt Bremen erhebliche Suchtprobleme unter den Jugendstrafgefangenen fest, die die Erreichung des Vollzugsziels nach § 91 Abs. 1 JGG verhindern (Freie Hansestadt Bremen 1994: 30 f). Hierin also unterscheidet sich der Jugendvollzug nicht vom übrigen Vollzug. Allerdings erfüllen Drogenabhängige im Jugendvollzug nur selten die Voraussetzungen, um für eine Substitution in Frage zu kommen, also chronische Opiatabhängigkeit und gescheiterte Therapieversuche:

„Ins Methadon-Programm sollen die Drogenabhängigen kommen, deren vielfältige Versuche gescheitert sind. Und das ist bei den Jugendlichen ja praktisch nie der Fall. Von daher ist klar, daß bei den Jugendlichen nur wenige in das Methadon-Programm aufgenommen werden.“ (Anstaltspsychologe PJ1:39-42)

Bei Jugendstrafgefangenen läßt sich noch nicht feststellen, ob eine Drogenproblematik schon abgeschlossen ist, d.h. ob eine derart schlechte Prognose gestellt werden muß, daß eine längerfristige Substitution gerechtfertigt wäre. Deshalb steht im Jugendvollzug in jedem Fall die Motivation der Drogenabhängigen für eine Langzeittherapie im Vordergrund und nicht die Frage, ob ein Drogenabhängiger substituiert werden sollte:

„Es gibt hier immer 5 Jugendliche von 60 oder 70 (Stand 1998, A.d.V.), wo ich eine extrem schlechte Prognose stelle, die also Junkies sind, wo ich mir vorstelle, die werden irgendwann im Methadon-Programm landen, aber wo meine Tätigkeit immer nur darin besteht, die Motivation für eine Langzeittherapie zu schaffen ...“ (PJ6:3-6)

Nach Erfahrung des Anstaltspsychologen sind die Substitutionsverläufe der Jugendstrafgefangenen selten positiv, weil bei ihnen zumeist die Motivation, über das Methadon in eine andere Lebensperspektive einzumünden, nicht vorhanden ist. Sie befinden sich in einem Entwicklungsstadium, wo sie das noch nicht entscheiden können. Wenn aber Jugendlichen diese Motivation

fehlt und sie sich nicht vor dem Hintergrund für die Substitution entscheiden, daß das Methadon ihnen die Legalbewährung ermöglichen soll, dann können die Drogenabhängigen auch keine kontinuierliche und feste Perspektive entwickeln, die für ihre noch nicht abgeschlossene Persönlichkeitsentwicklung wichtig wäre. Stattdessen entscheiden sich die Jugendstrafgefangenen für das Methadon, um dem Beschaffungsdruck und den Entzugserscheinungen in Haft zu entgehen. Methadon hat dann die Funktion einer kontinuierlichen Grundversorgung mit Drogen, auf deren Grundlage bei entsprechenden Angeboten Heroin und andere Drogen beigebracht werden. Bei einer solch kurzfristig angelegten Motivation findet keine Auseinandersetzung mit der Sucht statt, es kommt oft zu Behandlungsabbrüchen, auch das Scheitern nach der Haftentlassung ist vorprogrammiert, weshalb die meisten drogenabhängigen Jugendstrafgefangenen den Fachleuten aus früheren zwei-, drei- oder mehrmaligen Haftaufenthalten bereits bestens bekannt sind. Anders als im Erwachsenenvollzug spielt daher die Bereitschaft der Jugendlichen zur Auseinandersetzung mit ihrer Drogenabhängigkeit auch bei der Aufnahme in die Substitutionsbehandlung eine wichtige Rolle:

„Der letzte Fall liegt eine Woche zurück, wo ich vom Ärztlichen Dienst gefragt worden bin, ob dieser Jugendliche ins Methadon-Programm aufgenommen werden soll. Ich habe dann Kontakt zu dem Jugendlichen aufgenommen, ich kenn den schon sehr lange, wo ich es rundweg abgelehnt habe. Er hat noch nie eine Therapie ausprobiert, da war für mich nur der Eindruck, der wollte nur den Beschaffungsdruck nicht mehr haben, der hatte irgendwie Entzugserscheinungen und die wollte er abgemildert haben. ... Und das ist für mich kein Grund, jemanden ins Methadon-Programm zu nehmen.“ (PJ2:5-16)

Über die Aufnahme in die Substitutionsbehandlung im Jugendvollzug entscheidet der behandelnde Arzt, wobei in der Regel der Anstaltspsychologe um seine Meinung im jeweiligen Fall gebeten wird:

„Es gibt im Moment zwei Anträge, es gibt zwei Jugendliche, die da aufgenommen werden wollen. Da werde ich schon vom Ärztlichen Dienst gefragt, wie meine Einschätzung dazu ist. Es gibt sicherlich auch Fälle, wo die das separat machen, aber in den meisten Fällen werde ich angesprochen und nach meiner Meinung gefragt.“ (PJ1:27-30)

Die psychosoziale Begleitung von substituierten Jugendstrafgefangenen wird vom Anstaltspsychologen übernommen. Sie findet in Form von Einzelgesprächen statt. Zwar kommen auch externe Drogenberater in den Jugendvollzug, aber deren Aufgabe besteht ausschließlich in der Therapievermittlung,

außerdem kommen sie so selten, daß keine Begleitung im Rahmen der Substitution stattfinden kann. Das Ziel der psychosozialen Begleitung im Jugendvollzug liegt in der Motivation zur Langzeittherapie, als erste realistische Chance, aus der Drogenabhängigkeit herauszukommen.

„Die Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik wird für mich dann nachvollziehbar, wenn die sich irgendwann für eine Therapie entscheiden, weil, das ist dann tatsächlich eine Entscheidung, was auf sich zu nehmen. Methadon ist im Prinzip die Verlängerung der Sucht.“ (PJ3:33-36)

Aufgrund der wenigen substituierten Jugendlichen, durch die keine zusätzliche Arbeit für den Vollzug anfällt, und des abstinenzorientierten Ansatzes ist die Methadon-Substitution kein Thema im Jugendvollzug. Auch die fehlenden sichtbaren Erfolge bei substituierten Jugendstrafgefangenen, also keine erkennbare Auseinandersetzung mit der persönlichen Drogenproblematik, keine Entwicklung einer Lebensperspektive, fortgesetzte Straffälligkeit, unterstützen die Einschätzung, daß es sich selbst bei den wenigen Substituierten eigentlich immer um Jugendliche handelt, die streng genommen nicht in die Methadon-Substitution gehören. Allerdings besteht hinsichtlich des methadongestützten Entzuges weitgehend Akzeptanz, weil es den Bediensteten eine deutliche Arbeitserleichterung bringt: Gefangene, die mit Hilfe von Methadon entziehen, leiden weniger an Entzugerscheinungen und verhalten sich deshalb im Vollzug weitaus ruhiger, als wenn sie „kalt“ entziehen würden.

5.2 Lebensbedingungen von substituierten Jugendstrafgefangenen

Anders als bei erwachsenen Substituierten waren die drei Interviews mit substituierten Jugendlichen weitgehend von Sprachlosigkeit geprägt. Während es den Erwachsenen relativ leicht fiel, einen Standpunkt bezüglich der Vor- und Nachteile der Substitution, ihrer Situation im Vollzug und der weiteren Perspektiven einzunehmen, sowie andere, für sie persönlich wichtige Themen anzusprechen, vermittelten die Jugendstrafgefangenen eher den Eindruck von Orientierungslosigkeit. Es gab jedoch ein Thema, das alle drei Befragten gleichermaßen beschäftigte und unter dem sie offensichtlich litten. Als Substituierte im Jugendvollzug verkörpern sie einen Widerspruch zur geforderten Abstinenz und können damit bei keiner Personengruppe im Vollzug auf Verständnis für ihre Probleme hoffen. Da sie die hohen, in sie gesetzten Erwartungen, nicht erfüllen können, nehmen die verschiedenen Vollzugsmitarbeiter

ihnen gegenüber ein mehr oder weniger betont distanzierendes Verhalten ein, was die Jugendlichen als besonders verletzend erleben.

Substituierte sind in der Gruppe der schwer drogenabhängigen Jugendlichen integriert. Ihr Ansehen im Vollzug ist sehr gering, sie stellen die unterste Stufe der Gefangenenhierarchie dar:

„Substituierte werden als Junkies abgestempelt und Junkies haben hier nichts zu melden.“ (J2)

Auch von Vollzugsbediensteten wird den Substituierten entsprechendes vermittelt, wenn sie nicht erkennbar den Weg zur Abstinenz einschlagen, also wieder einmal „versagen“:

„Die Beamten behandeln einen wie der letzte Dreck.“ (J1)

Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn Bedienstete vorgeben zu wissen, ob ein Substituierter krank ist oder nur simuliert und damit arbeitsfähig ist, wenn Beamte untereinander „dumme Sprüche abziehen“ (J2) über Substituierte oder wenn sie beim morgendlichen Aufschluß abfällige Bemerkungen über das einzunehmende Methadon machen.

Aber nicht nur das Verhalten der Vollzugsbeamten wird kritisiert. Substituierte Jugendstrafgefangene fühlen sich insgesamt von allen Personengruppen im Vollzug unter Druck gesetzt, „Leistung“ zu zeigen: Die Anstaltsleitung² erwartet von Substituierten vorbildliches Verhalten, ebenso wie die Mitarbeiter in den Arbeitsbetrieben, ganz nach der Vorstellung, wenn die Drogenabhängigen schon Methadon erhalten, dann kann auch angepaßtes und leistungsorientiertes Verhalten von ihnen erwartet werden. Gleichzeitig besteht die permanente Forderung nach der Beendigung der Substitution fort:

„Andauernd wird man gefragt, wann man endlich mit Methadon aufhört, ne, alle machen Druck, daß man aufhört. Aber gleichzeitig reden sie alle ständig auf einen ein, daß man es sowieso nicht schafft, wenn man draußen ist.“ (J2)

Die Befragten versuchen, sich den jeweiligen Anforderungen anzupassen. So entschloss sich zum Beispiel ein Jugendlicher, der vor seiner Inhaftierung sechs Monate lang von einem niedergelassenen Arzt substituiert wurde, aufgrund des subjektiv als unerträglich empfundenen hohen Erwartungsdrucks

2 Die im Jahr 1998 tätige Anstaltsleitung wurde von den Jugendlichen als sehr ehrgeizig charakterisiert und für bestimmte Erschwernisse verantwortlich gemacht wie z.B. bevorstehenden Ausgängen wegen zu hoher Rückfallgefahr nicht zuzustimmen oder die Wiedereinführung von Urinkontrollen auf Cannabinole anzustreben.

von Seiten des Vollzugs, die Substitutionsbehandlung baldmöglichst zu beenden. Der behandelnde Arzt begegnete diesem Wunsch unerwartet mit Skepsis, weshalb der Jugendliche den Eindruck hatte, er würde „vom Arzt nicht für voll genommen“. Statt sich mit dem Arzt über die Beweggründe für die angestrebte Dosisreduktion auseinanderzusetzen, paßte sich der Befragte der Argumentationsweise des Arztes an und lieferte die erforderlichen Argumente, um sein Ziel zu erreichen. Die Methadon-Dosis wurde zum Zeitpunkt des Interviews bereits verringert. Der Befragte sah sich in einer hoffnungslosen Situation. Denn obwohl er subjektiv gesehen bereit war, etwas zu beweisen, hatte er doch niemanden auf seiner Seite, weil nun allgemein sein Scheitern erwartet wurde. Zu einem späteren Zeitpunkt konnte festgestellt werden, daß die Abdosierung von 9 ml Methadon konsequent und langsam über einen Zeitraum von vier Monaten erfolgte. Beim Erreichen einer Dosis von 0,5 ml Methadon erschien der Drogenabhängige nicht mehr zur Ausgabe, d.h. er brach die Behandlung ab. Gleichzeitig wurde ein Beigebrauch von Benzodiazepinen dokumentiert.³ Sicher ist, daß der Jugendliche keinen eigenen Anspruch mit der Dosisreduktion verband, sondern die kurzfristige Anpassung an die Erwartungen von Vollzugsbediensteten im Vordergrund stand.

Wie fragwürdig die Methadon-Vergabe ist, wenn sie nicht von einem intensiven therapeutischen Konzept begleitet wird, wird in einem weiteren Beispiel deutlich. Dieser Jugendliche, seit fünf Jahren immer wieder in Haft, wurde nach einem entsprechenden Antrag neu in die Methadon-Substitution aufgenommen (psychosoziale-erweiterte Indikation). Nach zwei Monaten Substitution wollte er die Substitution wieder beenden, weil er mit der allgemeinen Erwartungshaltung nicht zurecht kam. Die Abdosierung erfolgte im dritten Monat. Der allgemeinen Erwartungshaltung folgend, entschloß er sich, eine Therapie zu machen. Bereits zweieinhalb Monate später beantragte er die Wiederaufnahme in die Substitutionsbehandlung. Mit der Indikation „Übergangsbehandlung bis zur Therapie“ wurde er erneut für drei Monate in die Substitution aufgenommen, wobei eine schleichende Abdosierung zum Therapiebeginn erfolgte. Diese Therapie wurde dann aber vom Jugendlichen nicht angetreten. Zwei Monate später beantragte er wieder die Aufnahme in die Substitutionsbehandlung. Sein Antrag wurde abgelehnt, stattdessen sollte er einen methadongestützten Entzug machen. Diesen Entzug brach der Drogenabhängige bei einer Dosis von 2 ml Methadon ab, er erschien einfach

3 In den Abschnitten 2.2.9 und 2.2.10 wurde ein Zusammenhang zwischen niedriger Methadon-Dosis und Beigebrauch festgestellt.

nicht mehr zur Methadon-Ausgabe. Die dreimalige Methadonbehandlung innerhalb eines Zeitraums von zehn Monaten zeigt deutlich den Handlungsbedarf, von ärztlicher Seite gab es Gründe, eine Substitution zu unterstützen, gleichzeitig blieb aber die Drogenproblematik des Jugendlichen über den gesamten Zeitraum unbearbeitet und damit akut, er war nicht in der Lage, langfristig zu entscheiden, handlungsleitend war immer seine augenblickliche Verfassung.

Die drei Befragten haben in den Interviews nicht den Eindruck vermittelt, von der Substitution zu profitieren. Zwar wird ihnen durch die Methadon-Vergabe die Last der Drogenbeschaffung abgenommen, dafür tauschen sie sie gegen hohe Erwartungen innerhalb der engen Grenzen im Gefängnis ein, an denen sie sich in der Folgezeit vergeblich abarbeiten. Die Entwicklung von Perspektiven, was ja Sinn der Substitution sein sollte, kann daher auch in keinem der drei Fälle festgestellt werden.

Gesprächsangebote für substituierte Jugendliche, die in einer solchen Situation entlastend sein, aber auch einer Orientierung dienen könnten, fehlen völlig. Da hilft auch die psychosoziale Begleitung durch den Anstaltspsychologen wenig, der ja nicht nur für die drogenabhängigen Gefangenen, sondern für den gesamten Jugendvollzug zuständig ist⁴, eine zeitaufwendige intensive psychologische Betreuung ist so gar nicht zu leisten. Darüber hinaus holt eine psychosoziale Begleitung, deren erklärtes Ziel die Motivation zur Drogenabstinenz ist, die Jugendlichen nicht dort ab, wo sie gerade stehen, sondern stellt sie vor Anforderungen, denen sie, aus welchen Gründen auch immer, nicht nachkommen können.

Es stellt sich damit die Frage, warum Drogenabhängige im Jugendvollzug trotz der allgemein negativen Erfahrungen und entgegen der gültigen Handlungsmaxime doch substituiert werden. Die Auswertung von sechs Gesundheitsakten sollte über den Hintergrund der Jugendlichen näheren Aufschluß geben.

Die sechs Jugendstrafgefangenen waren zum Zeitpunkt der Erhebung (1998) zwischen 17 und 21 Jahre alt und zwischen mindestens zwei und vier Jahren drogenabhängig. Vier der Jugendlichen waren bereits zum dritten Mal oder

4 Seine Tätigkeiten bestehen vor allem in der Abgabe von Stellungnahmen zur Möglichkeit von Vollzugslockerungen bei besonderen Straftaten wie Sexualstraftaten, Straftaten mit grober Gewalt oder auch bei Drogenabhängigkeit, in der Einzelarbeit mit Jugendlichen, in der Beratung der Vollzugsbeamten, in der Teilnahme an Teamsitzungen und im Aufsuchen von Vollzugsbeamten in Situationen, in denen sie allein im Dienst sind.

häufiger inhaftiert. Vier von ihnen wurden schon vor ihrer Inhaftierung von einem niedergelassenen Arzt substituiert. Im Vollzug erfolgte ihre Webersubstitution mit der Indikation „Fortsetzung einer vorbestehenden Behandlung“, mit einer deutlichen Tendenz zur Dosisreduktion und Beendigung der Substitution nach drei bis fünf Monaten. Für zwei dieser substituiert gekommenen Drogenabhängigen wurde in den Gesundheitsakten eine geordnete Beendigung der Substitution aus eigenem Entschluß vermerkt, wobei beide Diazepam zur Behandlung von Entzugsbeschwerden erhielten, ein Jugendlicher brach die Behandlung bei Erreichen einer geringen Methadon-Dosis ab, was nicht unbedingt für eine Beendigung der Substitution aus eigenem Entschluß spricht, und der vierte Jugendliche, dessen Substitution im Vollzug nach vier Monaten ordnungsgemäß, aber wohl auch unfreiwillig beendet wurde, setzte seine zunächst von den behandelnden Ärzten nicht ernst genommene, aber später durch Urinkontrollen belegte Ankündigung, nach dem Ende der Substitution wieder auf intravenösen Heroinkonsum zurückzugreifen, in die Tat um. Die beiden in Haft neu auf Methadon eingestellten Drogenabhängigen, 20 und 21 Jahre alt, wurden mit der Indikation „Übergangsbehandlung bis zur Therapie/endgültigen Klärung“ substituiert, ihre Behandlung endete jeweils nach drei Monaten.

Das Ziel der Substitution im Jugendvollzug läßt sich anhand dieser Indikationen ablesen: Die Substitutionsbehandlung als Übergang, solange bis die Motivation zum Antreten einer Therapie oder zur Beendigung der Behandlung hergestellt ist, die beobachteten Behandlungsverläufe bestätigen diesen Eindruck. Welchen Sinn es allerdings macht, Jugendliche unter gleichbleibenden Bedingungen der Behandlung immer wieder in die Substitution aufzunehmen, ist fraglich. Über einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren lassen sich mehrere Substitutionsversuche in Haft für vier der sechs Drogenabhängigen feststellen, dagegen aber keine Therapieversuche, Therapieerfahrung hatte keiner:⁵

Fall	Dauer der verschiedenen Substitutionsversuche (in Monaten)
1	2 + 5
2	3 + 3
3	3 + 3 + 1
4	7 + 5 + 3
5	4
6	4

5 Für einen Jugendstrafgefangenen war eine Therapie kurz nach Ende des Beobachtungszeitraums vorgesehen. Ob diese Therapie angetreten wurde, ist nicht bekannt.

Ganz offensichtlich mündet die Substitution als Übergangsbehandlung nicht unbedingt in eine Therapie und Drogenabstinenz, denn sonst wären methadongestützte Entzüge und die oben aufgeführten Substitutionsversuche nicht nötig. Die bestehende Drogenproblematik bleibt durch die Substitutionsbehandlung völlig unberührt, fällt das Methadon nach der Beendigung und dem Abbruch einer Behandlung weg, dann greifen die Jugendlichen wieder auf illegale Drogen zurück, d.h. Methadon wird als Droge, nicht aber als mögliche Chance genutzt.

Daneben bestehen noch weitere, gravierende Probleme:

Nicht wenige Drogenabhängige im Jugendvollzug leiden unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Neurosen, Psychosen usw. Drei der Jugendlichen befanden sich deswegen schon einmal in einer längerwierigen psychiatrischen Behandlung und ebenfalls drei Personen benötigten während ihrer Haft aus psychischen Gründen eine Zusatzmedikation. Wiederholte Selbstverletzungen wurden in einem Fall dokumentiert. Aber nur ein Substituierter nahm laut Gesundheitsakten an psychosozialer Begleitung in Form von psychotherapeutischen Einzelgesprächen teil, die in unregelmäßigen Abständen stattfanden. Hinzu kommen eine hohe Infektionsanfälligkeit der Drogenabhängigen und HIV und Hepatitis-Infektionen. Zwei der sechs Gefangenen waren HIV-positiv, drei Personen hatten eine Hepatitis C.

Die psychischen Probleme bei wenigstens der Hälfte der untersuchten Fälle, sowie die häufigen Infektionen mit HIV und Hepatitis im Jugendvollzug weisen darauf hin, daß eine intensive psychologische und medizinische Betreuung der Drogenabhängigen angezeigt wäre wie sie im Jugendvollzug nicht gewährt wird, einmal aufgrund der ohnehin angespannten Personalsituation, dann aber auch, weil im Jugendvollzug kein entsprechender Bedarf formuliert wird. Es gilt, Drogenabhängigen keine Sonderrolle d.h. keine besondere, vom üblichen Umgang mit Gefangenen abweichende Behandlung zukommen zu lassen, das Gefängnis sei schließlich keine therapeutische Anstalt – eine Bemerkung, die während der Forschungsphase im Gefängnis häufig fiel. In diesem Zusammenhang ist die Substitution von Jugendstrafgefangenen letztlich nur Ausdruck von Hilflosigkeit gegenüber der Tatsache, daß allein durch die Haftstrafe keine Verhaltensänderung bei Drogenabhängigen bewirkt wird. Von ihrer Richtigkeit ist zwar niemand im Jugendvollzug wirklich überzeugt, da sie aber als medizinische Behandlung ausschließlich durch den Ärztlichen Dienst zu verantworten ist, entstehen keine unerwünschten Anforderungen an den restlichen Vollzug, daher kann die Substitution zumindest geduldet wer-

den. Die Substitutionsbehandlung ist allerdings kein Bestandteil eines umfassenden therapeutischen Konzeptes, ihnen liegt nur die Hoffnung zugrunde, daß jeder Substitutionsversuch vielleicht doch zur gewünschten Einsicht bei den Abhängigen führt. Damit werden die persönlichen Probleme der Jugendlichen ignoriert und auf einen ungewissen zukünftigen Zeitpunkt, falls es zu einem Therapieversuch kommen sollte, verschoben. Dabei wird völlig übersehen, daß die Aufarbeitung dieser Probleme für die Erreichung des Vollzugsziels wesentlich ist und es gerade auch Auftrag des Jugendvollzugs ist, durch erzieherische Maßnahmen auf die Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung einzuwirken. Die Substitution von Jugendstrafgefangenen ist damit auf jeden Fall abzulehnen, sie entlastet den Vollzug von seinem Erziehungsauftrag auch gegenüber den drogenabhängigen Gefangenen⁶, und sie eröffnet den Substituierten keine drogenfreie Lebensperspektive, sondern belässt sie weiterhin in der Drogensubkultur des Gefängnisses, was die Resozialisierung praktisch unmöglich macht⁷. Während andernorts infolge der öffentlichen Diskussion neue therapeutische Konzepte für Gewaltstraftäter im Jugendvollzug erprobt werden, wie z.B. das therapeutische Intensivprogramm gegen Gewalt und Aggression im Hamburger Jugendvollzug (Wolters 1998), geraten drogenabhängige Gefangene im Jugendvollzug offenbar in Vergessenheit. Der herkömmliche Jugendvollzug, wie er in Bremen praktiziert wird, ist für die meisten Drogenabhängigen mit oder ohne Substitution kontraproduktiv.

6 Erforderlich wären z.B. (pädagogische) Maßnahmen zur Vermittlung einfacher Kulturtechniken, die ein Leben in sozialer Gemeinschaft überhaupt erst ermöglichen wie z.B. das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten, angemessene soziale Verhaltensweisen in Konfliktsituationen, gemeinsame Freizeitgestaltung. Die Gesundheitserziehung wäre ebenfalls eine wichtige Aufgabe des Vollzuges. Zu den Grundlagen der Erziehung laut JGG § 91 Abs. 2 vgl. Diemer/Schoreit/Sonnen 1999: 781.

7 Einen negativen Zusammenhang zwischen erfolgreicher Resozialisierung und dem mit steigender Haftzeit einhergehenden Hineinwachsen in die haftinterne Subkultur stellt Schulzke (1995: 83) fest.

6 Die Haftentlassung von Substituierten

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die verschiedenen Aspekte der Substitution innerhalb des Gefängnisses behandelt wurden, soll der Blick nun auf den Übergang aus dieser totalen Institution in die Freiheit und die Situation von Substituierten nach der Entlassung gerichtet werden. Dies ist deshalb von Interesse, weil zwar die Resozialisierung von Gefangenen laut Strafvollzugsgesetz das Vollzugsziel von Freiheitsstrafen sein soll (§ 2 StVollzG), die überwiegende Anzahl der befragten drogenabhängigen Gefangenen aber zum Zeitpunkt der Befragung bereits mehrfach inhaftiert war, mit z.T. nur kurzen Unterbrechungen zwischen den einzelnen Gefängnisaufenthalten (vergl. auch 2.3), d.h. ein großer Teil dieser Gruppe von Gefangenen wird entgegen der Zielsetzung durch den Vollzug der Freiheitsstrafe nicht fähig, ein Leben ohne Straftaten zu führen.

Zu den Rahmenbedingungen, die für die Erreichung des Vollzugsziels notwendig sind, gehört laut Strafvollzugsgesetz ein Vollzug, der so zu gestalten ist, daß das Leben im Gefängnis den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen ist, schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegengewirkt wird und der Vollzug darauf ausgerichtet ist, dem Gefangenen zu helfen, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern (§ 3 StVollzG)¹. Gefangene sollen dabei an der Gestaltung ihrer Behandlung und an der Erreichung des Vollzugsziels mitwirken, ihre Bereitschaft hierzu soll geweckt und gefördert werden (§ 4, Abs. 1 StVollzG). Wichtig in diesem Zusammenhang ist dabei auch die nach der Aufnahme in das Gefängnis durchzuführende Behandlungsuntersuchung, die unter Beteiligung des Inhaftierten stattzufinden hat: „Die Untersuchung erstreckt sich auf die Umstände, deren Kenntnis für eine planvolle Behandlung des Gefangenen im Vollzuge und für die Eingliederung nach seiner Entlassung notwendig ist. ... (§ 6, Abs. 2 StVollzG). Ausgehend von den Ergebnissen der Behandlungsuntersuchung wird dann der Vollzugsplan erstellt, in dem Angaben über die Unterbringung des Gefangenen enthalten sein müssen, Angaben zum Arbeitseinsatz, Aus- oder Weiterbildung, Angaben zu besonderen Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen, Lockerungen und notwendige Maßnahmen zur Vorbereitung der Entlassung (§ 7

1 Schwind/Böhm 1999.

StVollzG). Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung sind damit von Anfang an Teil der Vollzugsplanung. Allerdings finden sich im Strafvollzugsgesetz keine Angaben darüber, was unter den notwendigen Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung zu verstehen ist. In § 15 StVollzG wird bezüglich der Entlassungsvorbereitung lediglich festgestellt, daß der Vollzug gelockert werden soll, der Gefangene in eine offene Anstalt oder Abteilung verlegt werden kann, Sonderurlaub bis zu einer Woche innerhalb von drei Monaten vor der Entlassung bzw. bei Freigängern Sonderurlaub bis zu sechs Tagen im Monat innerhalb von neun Monaten vor der Entlassung gewährt werden kann. Die inhaltliche Bestimmung der Entlassungsvorbereitung und deren Umsetzung bleibt damit den Gefängnissen überlassen und fällt entsprechend unterschiedlich aus.

Dies trifft auch für die Gefängnisse des Landes Bremen zu. Für den außenstehenden Beobachter ist schwer durchschaubar, was genau in den einzelnen Teilanstalten in dieser Hinsicht geleistet wird. Dies liegt zum einen an den unterschiedlichen Personengruppen, die im Gefängnis Hilfe anbieten wie Vollzugsbeamte, Sozialarbeiter und Personen externer Einrichtungen, wobei nicht erkennbar ist, inwieweit es zu einer koordinierten Zusammenarbeit im Sinne des einzelnen Gefangenen und seiner Vollzugsplanung kommt. Zum anderen findet Hilfe oder Beratung oft nur nach Antragstellung durch Gefangene statt, so daß man sich fragen muß, ob die gezielte Entlassungsvorbereitung tatsächlich Teil der Vollzugsplanung ist. Die entmutigenden Aussagen der befragten Substituierten bezüglich ihrer Vollzugsplanung lassen eher vermuten, daß im Vollzugsplan zwar Fristen und ähnliche Formalitäten festgelegt werden, z. B. zu welchem Zeitpunkt Lockerungen geprüft oder gewährt werden können, von einer planvollen Behandlung der Gefangenen im Vollzug aber, auch im Hinblick auf die Wiedereingliederung, wohl nicht gesprochen werden kann.

Die Angebote zur Entlassungsvorbereitung in den einzelnen Bremer Anstalten sehen wie folgt aus:²

2 Der folgende kurze Überblick erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, insbesondere was die Angebote von externen Einrichtungen betrifft. Informationen hierzu lassen sich nur zuverlässig sammeln, wenn die eingenommene Forschungsperspektive verlassen und der Blick von außen auf das Gefängnis gerichtet wird. In diesem Fall hätten alle Droghilfeeinrichtungen in Bremen zu etwaigen Angeboten auch in den Gefängnissen befragt werden müssen. Einen detaillierten Überblick über Angebote von externen Einrichtungen in den Bremer Gefängnissen liefert die Arbeit von Susanne Hartfiel (2000) über das Hilfesystem für Substituierte in Bremen.

In der JVA Bremerhaven ist die schon erwähnte Brücke Bremerhaven e.V. für den Sozialdienst und für die Drogenberatung für die etwa 100 Gefangenen dieser Anstalt zuständig. Zu den Angeboten dieses Vereins gehört auch die Entlassungsvorbereitung wie z.B. Schuldenberatung, die Vermittlung in Betreutes Wohnen, Entgiftung etc. In der JVA für Frauen gibt es eine regelmäßige Drogen- und Rechtsberatung durch den Verein kommunale Drogenpolitik. Im Jugendvollzug Blockland scheinen Wiedereingliederungshilfen vollständig zu fehlen, es findet nicht einmal eine Drogenberatung, eine Schulden- oder Rechtsberatung statt. In der JVA Oslebshausen bietet die Hoppenbank e.V. Entlassungsvorbereitung für einzelne Gefangene und Gruppen an, wobei insbesondere über das Hilfesystem inner- und außerhalb der Strafanstalt informiert wird. Darüber hinaus können Personen bei Bedarf nach der Haftentlassung in das betreute Wohnen des Vereins übernommen werden. Ebenfalls in der JVA Oslebshausen gibt es die besondere Einrichtung einer Entlassungsvorbereitungsstation (EVB). Die ursprüngliche Konzeption sah vor, daß hier 27 Inhaftierte, die sechs bis neun Monate vor ihrer Entlassung stehen, intensiv durch drei Ansprechpartnerteams, jeweils bestehend aus drei Vollzugsbeamten und einer/m FachdienstmitarbeiterIn, auf die bevorstehende Entlassung vorbereitet werden sollten. Aufgrund von Platzmangel in der JVA wurde aber die Kapazität der EVB auf 34 Plätze erhöht, während gleichzeitig das Personal auf zwei Ansprechpartnerteams gekürzt wurde. Abweichend von der ursprünglichen Konzeption werden nun auch Personen aufgenommen, die zwei bis drei Monate vor ihrer Endstrafe stehen und eine Entlassungsvorbereitung in Form eines Kurzprogramms erhalten sollen, ebenso wie Berufsfreigänger und solche, die auf eine Verlegung in die Freigängerabteilung (offener Vollzug Fuchsberg) vorbereitet werden sollen. Die Entlassungsvorbereitung beinhaltet vor allem die Wohnungs- und Arbeitssuche, die Auseinandersetzung mit Suchtproblemen und der Freizeitgestaltung.

Ob und wie alle diese Angebote den Gefangenen bei der Entlassungsvorbereitung helfen, soll im Folgenden näher untersucht werden.

6.1 Methodisches Vorgehen

Mit Hilfe einer nachgehenden Untersuchung sollten die bereits bestehenden Kontakte zu substituierten Gefangenen genutzt werden, um die konkreten Bedingungen der individuellen Entlassungssituation und die weitere Entwicklung der persönlichen Lebensumstände zu analysieren. Dieses Vorhaben konnte

jedoch nur eingeschränkt umgesetzt werden. Zwar waren Gefangene, deren Entlassungstermin näher rückte, in der Regel zu einer weiteren Mitarbeit bereit – einige Personen gaben an, es wäre für sie hilfreich, wenn jemand ihre weitere Entwicklung im Blick behielte –, es fehlten aber oft die einfachsten Voraussetzungen zur Kontaktaufnahme wie Adresse, Telefon oder alternativ die kontinuierliche Anbindung der Substituierten an Einrichtungen der Drogen- oder Straffälligenhilfe, über die dann der Kontakt vermittelt hätte werden können. Im Einzelfall gab es zwar bereits eine Adresse für die Zeit nach der Entlassung, es hat sich aber gezeigt, daß schriftliche Einladungen, die nicht mit einem direktem, persönlichen Kontakt einhergehen, erfolglos blieben. Drei ehemalige Gefangene, ein Jugendlicher und zwei männliche Erwachsene, haben aus eigener Initiative versucht, telefonisch Kontakt zur Forscherin aufzunehmen, aber auch dies bedeutete nicht automatisch ein Zustandekommen von Interviews, denn einmal lief unglücklicherweise der Anrufbeantworter, so daß von Seiten dieses Substituierten kein weiterer Versuch mehr unternommen wurde. Eine weitere Person hatte nach eigenen Angaben große Schwierigkeiten, das Leben in Freiheit neu zu organisieren und konnte nicht mehr die für ein Interview notwendige Zeit und Energie aufbringen. Diese Probleme hatte auch die dritte Person (Beispiel 3), zu der allerdings der telefonische Kontakt bis etwa drei Monate nach der Haftentlassung nicht abbrach. Außerdem kamen zwei Interviews (Beispiel 1, Beispiel 2) mit Unterstützung der Straffälligenbetreuung zustande, auf deren Vermittlung aufgrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten des Zugangs nicht verzichtet werden konnte. Zwar bedeutet der Rückgriff auf Klienten von Hilfeeinrichtungen von vornherein eine gewisse Selektion des Personenkreises, da sie bereits bestimmte Hilfsmaßnahmen in Anspruch nehmen und nachfragen, andererseits sind diese beiden Interviewteilnehmer insofern typisch, als sie neben ihrer langen Drogenkarriere beide seit mehreren Jahren substituiert und mehrfach inhaftiert waren. Die Interviews fanden vier Monate nach der jeweiligen Haftentlassung statt.

Die drei männlichen, zwischen 34 und 40 Jahre alten Interviewteilnehmer wurden gebeten, ihre Situation in Haft unmittelbar vor der Haftentlassung, die Umstände der Entlassung und die sich daran anschließende Zeit zu schildern. Die Interviews wurden nach dem Prinzip der Offenheit geführt, da es um die subjektive Sichtweise und Bewertung der Befragten ging. Dementsprechend gab es keine vorher festgelegten Themen, die Themenwahl folgte vielmehr dem Erzählfluß des Befragten. Zwei der Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet und transkribiert, um in der

weiteren Bearbeitung des Textmaterials Fehlinterpretationen durch den Vergleich mit den vollständigen Informationen weitgehend ausschließen zu können. Im dritten Fall, in dem nur ein telefonischer Kontakt zum Befragten bestand (Beispiel 3), wurden die Gespräche protokolliert. Das Datenmaterial unterscheidet sich damit qualitativ von den beiden anderen Interviews, trotzdem wird es hier verwendet, da dieser Substituierte als am wenigsten in das Drogenhilfesystem integriert bezeichnet werden und dieser Fall stellvertretend für andere Drogenabhängige in ähnlicher Situation stehen kann.

Die folgenden kurzen Fallbeschreibungen sind das Ergebnis einer chronologischen Reihenfolge des Materials und geben einen Überblick über die unterschiedlichen Bedingungen der Haftentlassung und des weiteren Werdegangs dieser drei Substituierten.

6.2 Fallbeschreibungen

Beispiel 1:

Situation vor der Haftentlassung

Dieser Drogenabhängige, 34 Jahre alt und seit knapp neun Jahren substituiert, ist zuletzt zu einer Haftstrafe von neun Monaten verurteilt worden. Nachdem bei einem früheren Haftaufenthalt eine 2/3-Entlassung abgelehnt worden war, zieht er es dieses Mal vor, die neun Monate Haft ganz zu beenden, um sich eine erneute Ablehnung zu ersparen und um nach der Entlassung unabhängig von Bewährungsaufgaben zu sein:

„... bevor ich noch mal zu soner Anhörung geh und das wieder mit Kopfschütteln geht, dann mach ich lieber Festabgang und hab denn nachher auch nich Probleme mit irgendwelchen Bewährungshelfern und so was, sondern kann mich dann wirklich wieder frei bewegen.“ (EX1,6:40-43)

Das Ende der Haftzeit steht damit für den Befragten von Anfang an fest. Den Entlassungstermin vor Augen und aus Sorge, nach der Entlassung und hochdosiert, möglicherweise ohne weiterbehandelnden Arzt dazustehen, läßt er sich von einer jahrelangen hohen Methadon-Dosis von über 10 ml auf unter 5 ml Methadon herabdosieren. Die Entzugsbeschwerden, insbesondere die Schlaflosigkeit während der Dosis-Reduktion kompensiert er durch den Gebrauch von Benzodiazepinen. Auf seinen Antrag hin, wird er etwa drei Monate vor der Entlassung in die Entlassungsvorbereitungsstation der Anstalt verlegt, von wo aus er sich bessere Chancen auf Unterstützung bei der

Wohnungssuche erhofft. Tatsächlich ergibt sich dort ein aus seiner Sicht sehr hilfreicher Kontakt zu einer Mitarbeiterin eines freien Trägers der Straffälligenhilfe³. Die drohende Obdachlosigkeit kann gerade rechtzeitig zum Entlassungstermin abgewendet werden, denn mit ihrer Unterstützung gelingt es dem Gefangenen, eine eigene Wohnung zu finden. Mit der erfolgreich abgeschlossenen Wohnungssuche scheinen alle Probleme gelöst zu sein: Ein Beschäftigungsverhältnis kommt für den Befragten aufgrund ernster gesundheitlicher Probleme nach einer schweren Thrombose nicht mehr in Frage; die Weitersubstitution hat die niedergelassene Ärztin zugesagt, bei der der Befragte schon vor der Inhaftierung in Behandlung war. Für die Zeit nach der Entlassung ist geplant, mit Unterstützung der Mitarbeiterin der Straffälligenbetreuung eine Rente zu beantragen und die bestehenden Schulden zu regulieren.

Nach der Entlassung

Am Tag der Entlassung, einem Freitag, steht für den Befragten der Bezug der neuen, noch nicht eingerichteten Wohnung im Vordergrund. Da er am Morgen des Entlassungstages seine Methadon-Dosis noch im Gefängnis erhalten hat, traut er sich zu, den Samstag und Sonntag ohne Methadon auszukommen und Entzugerscheinungen, wie schon im Gefängnis, mit Benzodiazepinen auszugleichen. Zu der weiterbehandelnden Ärztin gibt er sich deshalb erst am darauffolgenden Montag:

„Und ich bin denn Montag auch zu ihr hin und sie sagte zu mir: ‚Nö, ich substituier Sie nich mehr, Sie sind am Freitag nich erschienen‘ und ich sagte, ‚ja, da bin ich gerade entlassen worden, mußte meine Wohnung einrichten, da kann ich nich von Name eines entlegenen Bremer Stadtteils (A.d.V.) aus gleich nach Ihnen hinfahrn, das hätte gar nich geklappt‘. Deswegen bin ich Montag gekommen und da sagte sie plötzlich ‚nee, Sie sind aus meinem Programm raus.‘ Bei der war ich anderthalb, zwei Jahre.“ (EX1,3:19-25)

3 Zu den Aufgaben dieser Mitarbeiterin gehört es seit vielen Jahren, die sogenannten Ansprechpartner zu beraten. Außerdem werden von ihr regelmäßige Sprechstunden für Gefangene sowohl in der JVA, als auch – für lockerungsrechtigte Gefangene – im Haus der Straffälligenbetreuung angeboten. Die regelmäßige Anwesenheit dieser Mitarbeiterin als fester Bestandteil der Entlassungsvorbereitung bietet den Vorteil, daß Gefangene während ihrer Zeit auf der Entlassungsvorbereitungsstation Kontakt nach außen aufnehmen können und damit auch nach ihrer Entlassung einen festen Ansprechpartner haben (Verein Bremische Straffälligenbetreuung 1998: 29 ff).

Die Entscheidung der Ärztin, die Weiterbehandlung ihres Patienten aufgrund seines Nichterscheinens am Entlassungstag doch nicht zu übernehmen, stellt den Befragten unerwartet vor das Problem der Arztsuche. Da dieses Problem für ihn nicht schnell zu lösen ist, versucht er die Methadon-Ausgabe des Bremer Strafvollzuges für entlassene Substituierte, die keinen weiterbehandelnden Arzt gefunden haben, zu erreichen, was ihm aber aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben von seiten des Vollzugs und der großen Entfernung zwischen Wohnort und Gefängnis nicht gelingt:

„... die Methadon-Ausgabe is in Oslebshausen 10 Minuten, von zehn vor acht bis acht. Und diese Zeit, die hab ich gar nich geschafft, dahin zu kommen morgens, ne. Und hab denn gedacht, ich versuchs mal ohne Methadon.“
(EX1,1:4-6)

Die Frage der Weitersubstitution läßt sich für den Befragten nicht lösen, gleichzeitig verleitet ihn die geringe Methadon-Dosis, mit der er aus dem Gefängnis entlassen worden ist, zu der Annahme, vielleicht ganz auf die Substitution verzichten zu können. Da er aber schon seit dem Entlassungstag aus dem Gefängnis ohne Methadon auskommen muß, gerät er schnell unter Druck und hat intravenösen Drogenkonsum, obwohl er weiß, daß dies bei seinem Gesundheitszustand riskant ist. Das Arbeitslosengeld, das er bezieht, wird fast ausschließlich für die Finanzierung von Drogen, vor allem aber von Benzodiazepinen, verbraucht. Die Polizei stellt den Befragten nachts zweimal auf frischer Tat, ein bereits vorliegender Haftbefehl kann dank eines freundlichen Hafttrichters abgewendet und in eine polizeiliche Auflage umgewandelt werden. Der unkontrollierte und ungewollte Drogen- und Tablettenkonsum, die neuen Straffälligkeiten für dessen Finanzierung und die Gefahr, so kurz nach der Haftentlassung wieder ins Gefängnis zu müssen, lassen den Befragten auf den Rat eines anderen Drogenabhängigen hören, der ihm von der Drogenberatungsstelle erzählt und der Möglichkeit, dort Adressen von substituierenden Ärzten zu erhalten.

„Nach fünf Tagen bin ich denn zur Öhlmühlenstraße (Drogenberatungsstelle, A.d.V.) gefahren und hab gesagt, ihr müßt mir unbedingt helfen. ... Da haben die mir vier DIN A4-Seiten mit Ärzten gegeben, die nur substituieren, und da hab ich mir einen rausgepickt, weil der ganz bei mir in der Nähe ist.“
(EX1,1:12-17)

„Ich kannte die Öhlmühlenstraße gar nich, da bin ich durch einen Kollegen hingekommen, der da mal war ...“ (EX1,5:14-16)

Der Hinweis eines Bekannten auf die Drogenberatungsstelle erweist sich für den Befragten als ein Glücksfall. Er erhält dort nicht nur eine Liste von substituierenden Ärzten in Bremen, sondern kann dort auch gleich telefonischen Kontakt zu einem Arzt seiner Wahl aufnehmen, mit dem Erfolg, noch am selben Tag einen Termin zu erhalten. Der erste Kontakt zu dem Arzt ist aus Sicht des Befragten nicht einfach:

„Am Anfang hat er immer nur mit der Schulter gezuckt und hat gesagt, ‚ja, das is ja nich mein Problem, das is Ihr Problem, Sie hätten dann eben früher aufstehn müssen (un pünktlich zur Methadon-Ausgabe des Gefängnisses zu gelangen, A.d.V.).‘ Und das hab ich ihm eben klar gemacht, das ich das eben nich schaffe.“ (EX1,1:21-24)

Der Befragte erhält vorläufig für eine Woche eine geringe Dosis Methadon. In dieser Zeit soll der Befragte seinen Lebenslauf, seine Drogengeschichte und Vorstellungen bezüglich seiner Zukunft schriftlich festhalten, bevor dann über eine Weitersubstitution entschieden wird:

„Und da hatt ich das geschrieben in der Woche, da hat er mich wieder zu sich eingeladen. Ich hab natürlich ganz feuchte Finger gehabt, weil ich jetzt dachte, na, nimmt der mich jetzt auf, nimmt der mich jetzt nich auf?“ (EX1,1:31-34)

Die Entscheidung des Arztes fällt für den Substituierten positiv aus:

„Da is mir also n großer Stein vom Herzen gefallen.“ (EX1,1:38)

Mit der nun geregelten Weitersubstitution bei einem niedergelassenen Arzt in Wohnortnähe ist der Befragte sehr zufrieden. Die Methadon-Dosis ist deutlich erhöht worden, dafür wird der Substituierte von Benzodiazepinen entzogen. Zu diesem Zeitpunkt kann der Befragte wieder an seine Pläne und Vorstellungen vor der Haftentlassung anknüpfen, insbesondere was die Rentenbeantragung und die Schuldenregulierung betrifft. Die kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Straffälligenbetreuung, die regelmäßigen Arztbesuche, die Teilnahme an psychosozialen Angeboten verhelfen zu einer festen Tagesstruktur und ermöglichen einen Abstand zum alten Bekanntenkreis:

„Seitdem ich Methadon beim Arzt kriege, bin ich auch nich mehr kriminell geworden, da sitze ich lieber zu Hause und guck fernsehen. ... Ich muß morgens früh raus, um acht muß ich aufstehn, um halb neun fährt mein Bus. Dann leg ich mich ins Bett und penn eben bis der Wecker klingelt.“ (EX1,5:38-43)

Zum Zeitpunkt des Interviews liegen für den Befragten die größten Schwierigkeiten seit der Entlassung hinter ihm, so daß es ihm vor allem darum geht, das Erreichte zu halten und zu festigen. Eine besondere Rolle spielen dabei die Personen seines Vertrauens im medizinischem Bereich und im Bereich der Drogen- und Straffälligenhilfe. Langfristig besteht der Wunsch, mit einer Minimaldosis Methadon (1 ml) auszukommen, ohne weiteren Beigebrauch.

Beispiel 2:

Situation vor der Haftentlassung

Der zweite Interviewteilnehmer, Mitte dreißig und seit fünf Jahren mit Unterbrechungen substituiert, wird zuletzt zu 19 Monaten Haft verurteilt. Aufgrund seiner Vorgeschichte rechnet er nicht mit einer vorzeitigen Entlassung und stellt sich auf eine entsprechend lange Haftzeit ein. Er beantragt, an der gefängnisinternen AA-Gruppe teilnehmen zu dürfen. Nachdem dieser Antrag verloren geht, ein zweiter Antrag lange unbeantwortet bleibt und der Befragte darüber hinaus auch noch erfährt, daß für diese Gruppe wegen Überfüllung eine lange Wartezeit besteht, verzichtet er auf eine mögliche spätere Teilnahme. Die Methadon-Substitution in Haft bedeutet für ihn eine spürbare Verbesserung. Sie hilft ihm, Abstand zu seinem bisher drogenbezogenen Leben zu gewinnen, was für den Befragten auch den Verzicht auf Beigebrauch weiterer Drogen bedeutet. Allerdings gelingt ihm dieser Abstand nur in Haft, nicht aber unter den Substitutionsbedingungen in Freiheit. Um deshalb nach der Haftentlassung nicht zum wiederholten Male in den alten Kreislauf von Drogenrückfall, Kriminalität und Inhaftierung zu geraten, bewirbt er sich für die Zeit im direkten Anschluß an die Haft um die Aufnahme in eine Therapieeinrichtung. Kurz vor einem Haftprüfungstermin erhält er erste Lockerungen, die er zum Besuch einer externen Methadongruppe nutzt. Der Haftprüfungstermin, nach etwa zehn Monaten Haft, geht für ihn unerwartet mit seiner vorzeitigen Entlassung aus:

„In der Haft wird auch schon einiges geregelt. Aber jetzt wars ja bei mir so, ich hatte meine Haftprüfung und eigentlich auch gar nicht damit gerechnet, daß der Richter sagt, ok, du kannst die letzten neun Monate, die kriegste auf Bewährung, ne. Und von daher, ich hatte mich zwar schon bei ... (Therapieeinrichtung, A.d.V.) beworben, ... aber das hatte nich geklappt, weil da keine Plätze frei waren.“ (EX2,2:28-32)

Die vorzeitige Haftentlassung ist für den Befragten nicht ganz unproblematisch, weil zu diesem Zeitpunkt in der von ihm gewünschten Einrichtung kein Therapieplatz frei ist und auch nicht ausreichend Zeit bleibt, um eine Alternative zu finden. Damit wird er entgegen seinen ursprünglichen Plänen nicht direkt in eine Therapie entlassen, die er seiner Überzeugung nach dringend gebraucht hätte, sondern zurück in die alte Umgebung:

„Naja, ich hatte ja draußen eine Wohnung mit meiner Freundin zusammen. Aber ich hatte mir gedacht, das geht nicht gut, ... weil es dann auch wieder ganz anders war, als ich aus der Haft entlassen worden war. Da war ich auch mehr oder weniger clean, bis auf das Methadon.“ (EX2,2:37-41)

Der Befragte wird mit einer Dosis von 10 ml Methadon und beugebrauchsfrei auf Bewährung entlassen. Die Weitersubstitution bei einem niedergelassenen Arzt ist noch nicht geregelt, bis dahin will er die Methadon-Ausgabe der JVA weiternutzen.

Nach der Entlassung

Nach der Haftentlassung muß der Befragte feststellen, daß die Freundin inzwischen mit einem neuen Partner in der gemeinsamen Wohnung lebt. Damit benötigt er dringend eine neue Unterkunft. Er beantragt bei der Drogenhilfe, die ihm schon wegen einer früheren Therapievermittlung bekannt ist, Betreutes Wohnen. Gleichzeitig befindet er sich seit dem Entlassungstag wieder in seinem alten Umfeld, und was er schon im Gefängnis befürchtet hat, trifft schnell ein: er wird wieder rückfällig, weil er es nicht schafft, sich von der Drogenszene und den entsprechenden Verdienstmöglichkeiten zu distanzieren, insbesondere auch deshalb, weil er in der Szene über einen guten Ruf als zuverlässiger Geschäftspartner verfügt und dementsprechend gefragt ist:

„Die kennen mich alle von früher, die wissen, daß man mit Drogen ganz gut Geld machen kann, daß ich da auch ziemlich zuverlässig war. Und dann ging das ganz schnell wieder ums Geschäftemachen. Klar, wie das so is, man braucht draußen viel mehr Geld als wie im Knast, wegen Essen und und und. Und man hat auch gleich wieder einen ganz anderen Lebensstil, ne.“ (EX2,2:6-10)

Die Weitersubstitution ist aufgrund des fortgesetzten Drogenkonsums stark gefährdet. Der Befragte versucht es bei mehreren Ärzten und wird schließlich

trotz des erheblichen Beikonsums bei einem niedergelassenen Arzt aufgenommen:

„Am Anfang war er auch nicht dafür, daß ich die ganze Zeit diesen Beigebrauch habe. Aber er hat schon gesehen, daß ich weiterhin was mache, daß ich zur Gruppe gegangen bin (Psychosoziale Begleitung, A.d.V.), daß ich meinen Bewährungshelfer richtig regelmäßig besucht hab, daß ich auch so, mich um das Betreute Wohnen gekümmert hab.“ (EX2,3:21-24)

Der Antrag auf Betreutes Wohnen wird positiv entschieden. Der Befragte zieht in eine entsprechende Einrichtung um und empfindet dies als große Unterstützung. Auch die Kontakte zum Bewährungshelfer und zu einer psychosozialen Begleitmaßnahme werden als hilfreich angesehen und trotz des erheblichen Drogenkonsums regelmäßig aufrechterhalten.

Mit der Aufnahme in das Betreute Wohnen und mit der geregelten Weiter-substitution hat sich der Befragte zwar erfolgreich um einige wichtige persönliche Angelegenheiten bemüht, gleichzeitig muß er aber wegen neuer Straftaten befürchten, in absehbarer Zeit erneut inhaftiert zu werden, falls er nicht auch seinen Lebensstil ändert:

„Und zwar hab ich mir vor vier Wochen gesagt, es is wieder so weit. Wenn de jetzt so weiter machst, biste in zwei oder drei Monaten wieder im Knast. Ich hab auch wieder ein paar Straftaten offen, alles bisher Bagatellsachen, aber das wäre nach hinten losgegangen und da hab ich mir gesagt, es reicht.“ (EX2,3:4-7)

Der Befragte läßt sich zur Teilentgiftung in eine Klinik einweisen und entzieht von Kokain, Tabletten, Heroin und Alkohol. Zum Zeitpunkt des Interviews ist der Befragte wieder beigebrauchsfrei. Seiner Aussage nach hat er viel Unterstützung, er müsse nur weiterhin lernen, diese Unterstützung auch anzunehmen. Das Verhältnis zu seinem substituierenden Arzt hat sich positiv entwickelt. Dies ist ihm besonders wichtig, weil er wegen seiner gesundheitlichen Probleme auf ständige medizinische Betreuung angewiesen ist. Die größte Herausforderung bleibt für ihn die notwendige Distanz zu seinem Bekanntenkreis, der ausschließlich aus aktiven Drogenkonsumenten besteht. Im Interview äußert er sich in Bezug auf diese Distanz vorsichtig optimistisch:

„Es is eigentlich ein gutes Zeichen, daß ich noch nicht eingeflogen bin. Solange habe ich es noch nie draußen ausgehalten.“ (EX2,5:6-7)

Angesichts dieser Schwierigkeiten bei der Legalbewährung schließt der Befragte eine mögliche Berufstätigkeit aus, nicht nur wegen einer fehlenden Ausbildung, sondern auch wegen gesundheitlicher Probleme, mangelnder Kraft und Durchhaltevermögen. Er rechnet mit einer unbefristeten Weiter-substitution.

Beispiel 3:

Situation vor der Haftentlassung

Der dritte Interviewteilnehmer, 40 Jahre alt und mit Unterbrechungen seit fünf Jahren substituiert, verbüßt zuletzt eine Haftstrafe von über zwei Jahren. Er befindet sich vier Wochen vor der Entlassung im regulären geschlossenen Vollzug, wo das erste Interview mit ihm stattfindet. Dabei fällt auf, daß sich der Befragte gedanklich zwar ausschließlich mit der bevorstehenden Entlassung beschäftigt, seine Vorstellungen aber eher vage bleiben:

„... werde mir einen halbwegs sinnvollen Tagesablauf gestalten, d.h. ich werde irgendwie so an ambulanten Gruppen einmal, zweimal die Woche teilnehmen, dann will ich mir auch ne BSHG-19-Stelle beschaffen und ..., daß man irgendwie was Sinnvolles tun kann.“ (EX3,2:17-20)

Konkrete Schritte hat er in Bezug auf seine Substitutionsbehandlung unter- nommen, die zu diesem Zeitpunkt vor mehr als sechs Monaten aus disziplina- rischen Gründen beendet worden war. Es ist ihm gelungen während einiger Ausgänge, einen niedergelassenen Arzt zu finden, der bereit ist, die Weiter- substitution nach der Entlassung zu übernehmen. Aus diesem Grund erhält der Befragte wieder seit einigen Tagen im Rahmen der „Entlassungsvorbe- reitung“ eine geringe Dosis Methadon durch den Medizinischen Dienst des Gefängnisses. Seinen Vorsatz, einmal die Woche an einer externen psycho- sozialen Begleitmaßnahme teilzunehmen, kann er noch nicht umsetzen, weil er aus disziplinarischen Gründen drei Wochen lang keine Lockerungen mehr erhält. Überhaupt trifft ihn die Streichung von Lockerungen so kurz vor der Entlassung besonders hart, da auch andere wichtige Angelegenheiten, die der Entlassungsvorbereitung dienen können wie z.B. die Arbeitssuche, erschwert werden. Der Befragte wertet diese Disziplinarmaßnahme als einen Ausdruck von Desinteresse des Vollzuges an seiner Resozialisierung. Da er in der Haft häufiger von Disziplinarmaßnahmen betroffen ist, u.a. eben auch von der Beendigung der Substitutionsbehandlung, hat er keinerlei Erwartungen mehr an die Anstalt. Es besteht aber ein lockerer Kontakt zu einem freien Träger

der Straffälligenhilfe, da der Befragte nach der Haftentlassung in einem der dortigen Wohnprojekte aufgenommen werden möchte. Die Haftentlassung verschiebt sich für den Befragten unerwartet um acht Wochen, dann wird er mit einer geringen Methadon-Dosis aus dem geschlossenen Vollzug entlassen.

Nach der Entlassung

Die neue Unterkunft im betreuten Übergangswohnen, in der es eine Konzentration von Drogenabhängigen gibt, stellt für den Befragten keine Verbesserung seiner bisherigen Lebensumstände, einschließlich der Haftzeit, dar und wird von ihm als schlecht bezeichnet. Sein Entlassungsgeld wird ihm dort gleich am ersten Tag gestohlen. Er selbst hält sich fortan mit Diebstählen über Wasser und muß aus diesem Grund schon bald das Wohnprojekt verlassen. Er kommt in einer Notschlafstelle für Drogenabhängige unter. Der Befragte wird rückfällig. Seine Gedanken kreisen ständig um das Problem, keine regelmäßige Beschäftigung zu haben, ein Thema, das für ihn schon im Gefängnis von großer Bedeutung war. Das tägliche Nichtstun empfindet er als unerträglich, umso mehr, als er sich trotz einer intensiven und langen Drogenkarriere (über 20 Jahre) als glücklicherweise gesund betrachtet und arbeiten könnte. Die ärztliche Betreuung im Rahmen seiner Substitution ist aus seiner Sicht völlig ausreichend. Drei Monate nach der Haftentlassung und bis zum Abreißen des Kontaktes zum Befragten bestimmt der Drogen- und Alkoholmißbrauch seinen Alltag. Erwartungen an das Drogenhilfesystem hat er keine, weshalb es auch keinen regelmäßigen Kontakt zu entsprechenden Einrichtungen gibt, der Befragte ist im Gegenteil davon überzeugt, seine Probleme allein lösen zu müssen und zwar in folgender Reihenfolge: 1. Sinnvolle, regelmäßige Beschäftigung, 2. Erträgliche Wohnsituation, 3. Suchtproblematik.

6.3 Schlußfolgerungen

Wenn das Ziel der Freiheitsstrafe tatsächlich in der Befähigung der Gefangenen zu einer Lebensführung in sozialer Verantwortung und ohne Straftaten besteht, dann ist dieses Ziel in den beschriebenen Fällen nicht erreicht worden. Alle drei Interviewteilnehmer sind nach der Haftentlassung nicht nur rückfällig, sondern auch wieder straffällig geworden. Zum Zeitpunkt der Interviews hatte dies allerdings noch nicht zu einer Inhaftierung geführt. Zwei der Befragten haben ihren Rückfall vier Monate nach der Haftentlas-

sung überwunden. Bei der Bewältigung des Drogenrückfalls hat ihnen nach eigenen Angaben der relativ enge und als sehr hilfreich empfundene Kontakt zu Einrichtungen der Drogen- und Straffälligenhilfe geholfen, der im ersten Fall in den letzten Wochen der Haft entstanden war und durchgehend, auch nach der Entlassung aufrecht erhalten worden ist, während im zweiten Fall dieser Kontakt von dem Substituierten nach der Haftentlassung gezielt gesucht und mit Hilfe der Aufnahme in ein betreutes Wohnprojekt intensiviert werden konnte. Bei beiden Personen bestand die Hoffnung, ihren momentanen Zustand und das bisher Erreichte, dazu gehört auch der Umstand, noch nicht wieder inhaftiert worden zu sein, mit Unterstützung dieser Fachleute halten und weiter stabilisieren zu können. Sollte die Inanspruchnahme des Hilfesystems hilfreich bei der gesellschaftlichen Wiedereingliederung sein, dann sind die Perspektiven für den dritten Befragten weniger gut. Er war am wenigsten in das Drogenhilfesystem integriert, Erwartungen an dasselbe in Bezug auf bestimmte Formen der Unterstützung hatte er keine. Drei Monate nach seiner Haftentlassung war sein Leben – ebenso wie vor der Haft – vom unkontrollierten Drogenkonsum und damit einhergehender Beschaffungskriminalität bestimmt.

Warum nun das Drogenhilfesystem für die einen (noch) überlebensnotwendig ist, von dem anderen dagegen gemieden wird, dafür gibt es mehrere Gründe. Zunächst haben die drei Drogenabhängigen übereinstimmend das Argument der persönlichen Gesundheit angeführt. Während sich die ersten beiden Befragten aus Beispiel 1 und 2 selbst als sehr krank bezeichneten und nicht nur ständige medizinische Versorgung, sondern auch Hilfe bei der Organisation ihres angestrebten Leben als Rentner bzw. Sozialhilfeempfänger sowie ihrer Freizeitgestaltung benötigten, bezeichnete sich der Befragte aus Beispiel 3 als gesund und aus diesem Grund nicht hilfebedürftig. Darüber hinaus spielen aber auch die persönlichen Erfahrungen mit der Rolle des Hilfesuchenden eine entscheidende Rolle. Die ersten beiden Befragten haben die positive Erfahrung gemacht, daß sich ihre Vorstellungen bezüglich der Lebensgestaltung nach der Haft trotz des Drogenrückfalls mit den nachgefragten Hilfeleistungen doch noch verwirklichen lassen. Der zerrüttete Gesundheitszustand der beiden, der die Endlichkeit des eigenen Lebens und damit die knapper werdende Zeit für die Verwirklichung ihrer Vorstellungen deutlich macht, hat dabei die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen erleichtert, denn nun steht nicht mehr die Angst vor Verlust der Selbstbestimmung bei der Annahme von Hilfe im Vordergrund, sondern die Angst, aufgrund der unzureichenden persönlichen Ressourcen gar nicht erst in die Lage zu kom-

men, selbstbestimmt zu leben. Dieser Mechanismus ist bei dem dritten, gesunden, Befragten nicht wirksam, auch hat er bislang, da er keinen Bedarf an Hilfe definieren kann, keine positiven Erfahrungen mit dem Hilfesystem machen können.

Für den Rückfall wurden von den Befragten unterschiedliche Gründe angeführt: das Fehlen eines weitersubstituierenden Arztes (Bsp. 1), die Schwierigkeit, Distanz zur Drogenszene zu halten (Bsp. 2) und schließlich das Fehlen einer sinnvollen Beschäftigung (Bsp. 3). Da diese Probleme grundsätzlich alle substituierte Gefangene betreffen und zwei der Befragten schon mehrfach, insbesondere nach früheren Haftentlassungen an ihnen gescheitert waren, stellt sich die Frage, inwieweit schon in der Haft Vorkehrungen getroffen wurden, um ein erneutes Scheitern in Freiheit zu vermeiden.

Wie die Fallbeschreibungen gezeigt haben, sind die direkten Umstände der Haftentlassung für jeden Gefangenen unterschiedlich: Es kann sich der Entlassungstermin kurzfristig ändern, also früher oder später als erwartet eintreten und damit u.U. die Umsetzbarkeit bestimmter Planungen für die Haftentlassung beeinträchtigen wie in Beispiel 2, wo die unerwartet frühzeitige Entlassung dazu führt, daß sich der Drogenabhängige wegen eines fehlenden freien Therapieplatzes nicht im direkten Anschluss an die Haft in eine entsprechende Einrichtung begeben kann; Häftlinge können aus dem regulären geschlossenen (Bsp. 2 und 3), dem offenen Vollzug oder auch aus der speziellen Entlassungsvorbereitungsstation (Bsp. 1) mit jeweils unterschiedlichen Haftbedingungen entlassen werden. Darüber hinaus unterscheiden sich auch die Lebensbedingungen, in die die Gefangenen entlassen werden sollen sowie der Stellenwert der Substitutionsbehandlung in Haft (vergl. 4.4.1), so daß jede Form der Entlassungsvorbereitung frühzeitig einzusetzen und auf die individuelle Situation einzugehen hat.

Eine solche frühzeitige und individuelle Entlassungsvorbereitung wird derzeit in den Bremer Gefängnissen nicht praktiziert. Zwar zählt zur wichtigsten Aufgabe der Entlassungsvorbereitung ganz richtig die Frage der Unterbringung, die für alle drei Befragten gelöst wurde, das allein ist aber – wie die Beispiele gezeigt haben – für die Vorbereitung auf das Leben in Freiheit völlig unzureichend. Denn was nützt einem Drogenabhängigen die Rückkehr in die gemeinsame Wohnung seiner im Drogenmilieu verhafteten Ex-Partnerin, wenn doch nach seinen eigenen Aussagen (Bsp. 2) die Unmöglichkeit, Abstand zur Drogenszene zu halten, sein größtes Problem ist? Sein Scheitern ist damit vorprogrammiert. Und reicht die Unterbringung in einem Über-

gangswohnheim (Bsp. 3), die von dem Drogenabhängigen nicht als Verbesserung seiner Situation wahrgenommen wird, als Entlassungsvorbereitung wirklich aus, wenn er bereits weiß, daß er ohne eine sinnvolle Tagesstruktur keine Chance hat, in Freiheit gemäß den in ihn gesetzten Erwartungen zu bestehen?

Von den drei Befragten kann der erste Befragte als am besten vorbereitet gelten. Er hatte das Glück, nach seiner Antragstellung tatsächlich einen Platz in der Entlassungsvorbereitungsstation zu erhalten, wo nicht nur die Frage der Unterkunft nach der Haftentlassung erfolgreich und zur Zufriedenheit des Drogenabhängigen gelöst werden konnte, sondern die Bearbeitung weiterer wichtiger persönlicher Angelegenheiten wie z.B. die Schuldenregulierung, auch für die Zeit nach der Haftentlassung sicher gestellt wurde. Die hier entstandene effektive Zusammenarbeit mit der Mitarbeiterin einer externen Hilfeeinrichtung sollte also über die Zeit der Haft hinaus fortgesetzt werden. Für den Befragten bedeutete dies eines großen Vorteil, er konnte sich schon im Gefängnis von der Kompetenz dieser Fachfrau überzeugen und außerdem voraussetzen, daß ihr sein Fall bekannt war. Beides half, auch in der Zeit des Rückfalls den Kontakt aufrechtzuerhalten. Trotz dieser vergleichsweise günstigen Ausgangslage, in der nicht nur die Wohnungssuche gelöst und konkrete Schritte zur weiteren Begleitung nach der Haftentlassung unternommen wurden, sondern auch die Weitersubstitution bei einem niedergelassenen Arzt gesichert zu sein schien, ist dieser Befragte gleich nach der Entlassung rückfällig geworden, weil völlig unerwartet und deshalb in der Entlassungsvorbereitung nicht weiter berücksichtigt, der niedergelassene Arzt seine Zusage zur Übernahme der Weitersubstitution zurückgenommen hat. Dieser Rücknahme ging ein Fehlverhalten des Drogenabhängigen voraus, der entgegen der Erwartung des Arztes nicht noch am Entlassungstag in seiner Praxis erschienen war. So hat ein kleiner Baustein der Entlassungsvorbereitung, der weder zeit- noch arbeitsintensiv war, sondern vom Substituierten während seiner Haft selbständig geregelt wurde, alle anderen Erfolge gefährdet. Und genau an dieser Stelle zeigt sich, wie unzureichend eine Entlassungsvorbereitung ist, wenn das zentrale Thema der Substitution ausgespart bleibt. Da die Substitution für das Gefängnis eine ausschließlich medizinische Behandlung ist, die unter das ärztlichen Schweigegebot fällt, kann sie auch nur im medizinischen Bereich thematisiert werden⁴, oder aber in einem der wenigen psychoso-

4 Leider fehlt im Bremer Gefängnis die Gesprächsgrundlage zwischen Drogenabhängigen und ihren Anstaltsärzten (vergl. insbesondere 4.5.2 und 4.5.3), so daß eine Auseinandersetzung mit der Substitution im medizinischen Bereich nicht stattfindet.

zialen Angebote. Damit wären zumindest theoretisch die medizinisch-psychologischen Themen der Substitution abgedeckt. Darüber hinaus beinhaltet die Substitution, indem sie sämtliche Lebensbereiche der Abhängigen berührt, aber auch ganz alltagspraktische Aspekte, wie z.B. die Erreichbarkeit des behandelnden Arztes⁵, die genau wie die Wohnungssuche, die Schuldenregulierung, die Beantragung einer Rente usw. vor der Haftentlassung frühzeitig zu berücksichtigen sind. Im ersten Fallbeispiel sah sich der Drogenabhängige am Entlassungstag mit den anstehenden Aufgaben „Besuch des weitersubstituierenden Arztes“ und „Bezug der neuen Wohnung“ überfordert. Weil Wochenende war und der Befragte noch am Morgen seine Tagesration Methadon im Gefängnis erhalten hatte, entschied er sich für die Einrichtung der Wohnung, damit er sich dort das Wochenende einleben konnte. Auch fühlte er sich sicher, zwei Tage ohne Methadon auskommen zu können, nicht nur weil die Dosis für seine Verhältnisse relativ gering war, sondern weil er in der Zeit vor der Haftentlassung schon die Erfahrung gemacht hatte, daß er die unzureichende Methadonwirkung mit Hilfe von Benzodiazepinen kompensieren kann. Diese aus Sicht des Befragten sinnvolle Entscheidung erwies sich letztlich als eine Fehlentscheidung.

Aus dieser Situation lassen sich folgende, die Entlassungsvorbereitung betreffende, Schlüsse ziehen:

Erstens hat der Befragte zwar eine Wohnung, kann in diesem Sinne als „vorbereitet“ entlassen bezeichnet werden, er zieht aber in eine leere Wohnung und damit in eine völlig neue, unvorbereitete Lebenssituation, deren Organisation dem Drogenabhängigen erst einmal viel Zeit und Energie abverlangt, so daß andere Aufgaben vernachlässigt werden. Da die Wohnungssuche für Drogenabhängige eher schwierig und langwierig ist, wäre es sinnvoller, damit bereits frühzeitig in der Haft und nicht erst wenige Wochen vor der Entlassung zu beginnen, damit der Bezug noch während der Haftzeit geregelt werden kann.

Zweitens entzieht sich das Gefängnis mit seiner gängigen Praxis, die Frage der Weitersubstitution eigenverantwortlich von den Substituierten regeln zu lassen, seiner Verantwortung, die Gefangenen auf ihre Entlassung und dazu

5 Dieser Befragte hatte seine neue Wohnung in einem Randbezirk der Stadt, sein Arzt befand sich dagegen in dem Stadtteil, in dem der Drogenabhängige vor seinem Gefängnis-aufenthalt lebte. Der anstehende Arztbesuch war deshalb mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden, der zur Zeit der Haft noch nicht bedacht worden war, weil hier nur die Frage, ob es einen weiterbehandelnden Arzt gibt, im Vordergrund stand.

gehört eben auch die Substitution in Freiheit vorzubereiten. Zwar verfügt der Befragte laut Nachweis über einen weitersubstituierenden Arzt, ist in diesem Sinne also wieder „vorbereitet“ entlassen, dieser Nachweis ist aber schon am Entlassungstag nichts mehr wert. Da der reibungslose Übergang von der Substitution in Haft zur Substitution beim niedergelassenen Arzt die Voraussetzung für die Bewährung in Freiheit ist, wäre es wichtig, diesen Übergang noch während der Haft vorzubereiten, damit niedergelassene Ärzte und Substituierte die Gelegenheit haben, verlässliche Kontakte aufzubauen. Im beschriebenen Beispiel hatte sich der Drogenabhängige aus Sorge, nach der Entlassung hochdosiert ohne weiterbehandelnden Arzt dazustehen, herunterdosieren lassen. Eine frühzeitige, zu diesem Zeitpunkt erfolgende Kontaktaufnahme zu seinem späteren behandelnden Arzt hätte diese Sorge relativieren, die Bedingungen der Zusammenarbeit klären oder auch zu dem Schluß führen können, daß die Grundlage für ein funktionierendes Arzt-Patienten-Verhältnis fehlt, so daß noch Zeit gewesen wäre, einen anderen Arzt zu suchen.

Im zweiten Beispiel, in dem die Entlassung aus dem Gefängnis unerwartet früh erfolgte, wurde besonders deutlich, wie problematisch eine Entlassungsvorbereitung ist, die erst am Ende einer Haftstrafe stattfindet und nicht bereits mit Beginn der Haft. Der Befragte wurde praktisch unvorbereitet entlassen und zwar in die gleiche Wohn- und Lebenssituation wie vor der Haft, in die er auf keinen Fall zurückkehren wollte. Auch die Weitersubstitution war nicht gesichert, der Befragte wollte bis zum Finden eines weiterbehandelnden Arztes die Methadon-Ausgabe des Gefängnisses nutzen. Die Rückkehr in die alten Lebensumstände, in denen die Substitution für diesen Drogenabhängigen nach eigener Aussage nicht geeignet ist, führte den Befragten wie befürchtet direkt in den Drogenrückfall und zu neuen Straftaten. Damit war die Haftzeit für den Befragten eine verlorene Zeit, denn obwohl der Substitutionsverlauf in Haft sehr positiv war, wurde an diesen persönlichen Erfolg durch die fehlende Vorbereitung auf die Zeit nach dem Gefängnis nicht angeknüpft.

Im dritten Fall erfolgte die Entlassung genau wie im zweiten Fall aus dem regulären geschlossenen Vollzug. Hier stand für die Entlassungsvorbereitung ausreichend Zeit zur Verfügung, da die Entlassung zu einem etwas späteren Zeitpunkt erfolgte. Oberflächlich betrachtet wurde diese Person vorbereitet entlassen, sowohl die Frage der Unterkunft als auch die Weitersubstitution waren geregelt. Allerdings ist auch in diesem Fall in der Entlassungsvorbereitung die individuelle Situation nicht berücksichtigt worden, obgleich schon

die ganze Haftzeit geprägt war von Verhaltensauffälligkeiten und Verstößen auch gegen die Bestimmungen der Substitutionsbehandlung, so daß dieser Befragte während seines zweijährigen Gefängnisaufenthaltes immer wieder von Disziplinarmaßnahmen, u.a. vom Ausschluß der Substitutionsbehandlung, betroffen war. Normverletzendes Verhalten zu disziplinieren ist eine naheliegende Reaktion des Gefängnisses, bleibt es aber die einzige Art der Antwort, dann ergibt sich für den Gefangenen und letztlich auch für das Gefängnis kaum ein Ausweg aus den eingefahrenen Verhaltensschemata. Jede Disziplinierung verstärkte nicht nur das gegenseitige Negativbild, also auf der einen Seite der Drogenabhängige als hoffnungsloser Fall bzw. auf der anderen Seite das Gefängnis, das dem Drogenabhängigen das Leben und die Resozialisierung unnötig erschwert, sondern wurde wiederum vom Befragten mit regelwidrigem Verhalten beantwortet, um seine seiner Meinung nach berechtigten Interessen doch noch durchzusetzen wie z.B. der Rückgriff auf illegale Drogen nach dem Abbruch der Substitutionsbehandlung. Auch kurz vor Haftende ging es für den Befragten weniger um eine Entlassungsvorbereitung als vielmehr um sein „falsches“ Verhalten und die entsprechenden Konsequenzen, nämlich die Streichung von Ausgängen, mit denen Kontakt zur Außenwelt möglich wird. Welchen Sinn in diesem Zusammenhang die erneute Vergabe von Methadon „im Rahmen der Entlassungsvorbereitung“ vier Wochen vor Haftende haben sollte, ist mehr als fraglich, denn erstens darf der Drogenabhängige die Haftanstalt ohnehin nicht verlassen, eine Vorbereitung auf das Leben in Freiheit ist damit gar nicht möglich, zweitens ist das Verhältnis zur Haftanstalt, besonders auch gegenüber dem Ärztlichen Dienst von gegenseitigem Mißtrauen geprägt, was eine Zusammenarbeit von vornherein ausschließt und drittens hat es aus Sicht des Befragten, seit Abbruch der Substitution, mehr als ein halbes Jahr lang niemanden interessiert wie der Drogenabhängige im Gefängnis ohne Methadon zurechtkommt, wozu also jetzt Methadon? Die Haftzeit hatte im dritten Fallbeispiel ausschließlich strafenden Charakter, von Bemühungen um die Resozialisierung des Gefangenen ist auch ansatzweise nichts zu erkennen. Zwar konnte eine drohende Obdachlosigkeit verhindert werden, aber der Drogenabhängige kehrte in eine ihm bekannte, als trostlos empfundene Wohnform zurück und wurde damit in die alten Lebensumstände entlassen. Das für den Befragten drängendste Problem einer sinnvollen Beschäftigung wurde in seiner Haftzeit nicht aufgegriffen.

Das Dilemma der Entlassungsvorbereitung ist in allen drei Fallbeispielen deutlich geworden. Wenn das Gefängnis seine Verantwortung für die Resozi-

alisierung der Gefangenen bis kurz vor Haftentlassung aufschiebt, dann bleiben die Bemühungen in der Zeit der Entlassungsvorbereitung meist nur kurzfristig erfolgreiche Aktionen, deren Sinn wohl eher in der Beschäftigung der beteiligten Fachleute, als in einer Veränderung der bisherigen Lebenssituation von Drogenabhängigen besteht. Zwar weisen Anstaltsleitung und Gefängnispersonal immer wieder gerne darauf hin, daß das Gefängnis keine therapeutische Anstalt sei, die herkömmlichen Mittel der Besserung also auch für Drogenabhängige ausreichend sein müssen. Da aber im Bremischen Strafvollzug durchschnittlich 40% der Gefangenen drogenabhängig sind⁶, für die das Ziel der Resozialisierung ebenso gültig ist wie für nichtabhängige Gefangene, wird man über die punktuellen Hilfen in der Entlassungsvorbereitung weit hinausgehen und viel stärker begleitend tätig werden müssen.

Eine im Sinne der Gefangenen arbeitende, am Ziel der Resozialisierung orientierte Entlassungsvorbereitung würde:

1. unabhängig von Fristen oder vom Aufenthaltsort innerhalb des Gefängnisses mit dem ersten Tag der Inhaftierung und mit der gemeinsamen Erarbeitung der persönlichen Ziele der Gefangenen beginnen, wobei sämtliche Lebensbereiche, also Wohnen, Arbeit, wirtschaftliche Lebensgrundlage, Drogen/Substitution, soziale Kontakte, Gesundheit, Freizeitverhalten usw. berücksichtigt werden müßten. Dies war in keinem der vorgestellten Beispiele der Fall. Die Entwicklung von Perspektiven und der Versuch ihrer schrittweisen Umsetzung in der Haft hätte mehrere Vorteile: die Haftzeit wäre nicht wie bislang eine sinnlose Auszeit, sondern würde neue Chancen und damit auch Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung eröffnen, die Gefangenen wären wesentlich aktiver an ihrer Resozialisierung beteiligt und es bliebe ausreichend Zeit, die Anforderungen, die die Resozialisierung an die Gefangenen stellt, zu üben. Gerade dieser letzte Punkt wäre von entscheidender Bedeutung, da zwar der Vollzug feststellt, daß vielen Drogenabhängigen die elementarsten sozialen Kompetenzen fehlen (vergl. 3.1.2 Abschnitt 10), sich bislang aber für deren Vermittlung noch nicht recht zuständig hält.
2. eine frühzeitige Miteinbeziehung von Einrichtungen der Drogen- und Straffälligenhilfe fördern, ähnlich dem Konzept der Entlassungsvorbereitungsstation, in deren Genuß aber bislang nur eine begrenzte Anzahl von Gefangenen kommt. Wie wichtig erprobte, zuverlässige Kontakte und das Wissen um entsprechende Anlaufstellen auch für die Zeit nach der

6 Laut Auskunft des Senators für Justiz und Verfassung vom 7.10.1999.

Haftentlassung sind, in der die Resozialisierung funktionieren muß, hat das erste Fallbeispiel deutlich gezeigt.

3. die frühzeitige Kontaktaufnahme zu den nach der Haftentlassung zuständigen niedergelassenen Ärzten fördern, damit diese Kontakte sich noch in der Haftzeit bewähren können und nicht erst in der Entlassungszeit neu aufgenommen werden müssen, wenn Substituierte ohnehin schon unter Erfolgsdruck stehen. Gleichzeitig würde damit auch eine Haftentlassung ohne geregelte Weitersubstitution verhindert.

Eine solche Entlassungsvorbereitung ließe bedarfsorientiert ein ganzes, nach außen gerichtetes Netz an Unterstützung entstehen, das über die Haftentlassung hinaus funktionsfähig bliebe und mit dessen Hilfe der Entlassungstag und die Folgetage strukturiert und begleitet werden könnten. Auch sollten die Erfahrungen der Bediensteten des offenen Vollzugs (vergl. 3.2.2) aufgegriffen und geprüft werden, inwieweit der Übergang aus dem geschlossenen in den offenen Vollzug, an dem viele Substituierte scheitern, weil sie mit der ungewohnten Freiheit nicht zurechtkommen, fließender gestaltet werden könnte. Denn wenn ein Drogenabhängiger im offenen Vollzug scheitert und deshalb in den geschlossenen Vollzug zurückverlegt wird, dann dient dies in den meisten Fällen zwar der Durchsetzung des Legalverhaltens, der Umgang mit der Freiheit wird dabei nicht geübt. Dies wäre jedoch im Hinblick auf den Entlassungstermin erforderlich.

7 Diskussion

Mit der Methadon-Substitution sind sowohl für die Institution Gefängnis, als auch für die substituierten Gefangenen Vorteile verbunden. Die Substitution trägt zur Beruhigung der angespannten Situation auf den Vollzugsgruppen bei, dies ist zwar nicht das Ziel dieser Behandlung, aber ein durchaus willkommener Nebeneffekt. Außerdem werden Substituierte gesprächsbereiter und damit für den Vollzug zugänglicher, weshalb zumindest die Anstaltsleitung mit dieser Art der Behandlung zufrieden ist. Für drogenabhängige Gefangene kann die Substitution zu individueller Entlastung führen (vergl. 4.4.1), dafür müssen sie aber verschiedene Nachteile in Kauf nehmen, die den Sinn der Substitution in Frage stellen bzw. deren Erfolg gefährden.

Anhand der Entwicklung der Substitutionsbehandlung in den Bremer Gefängnissen konnte gezeigt werden wie diese Behandlung zunehmend den Ordnungsbestrebungen dieser totalen Institution untergeordnet wurde. Die Erwartung, mit Hilfe der Substitution als ausschließlich medizinische Maßnahme und weitgehend ohne Beteiligung der Institution Gefängnis, drogenabhängige Gefangene in die vollzuglichen Abläufe integrieren zu können, hat sich nur teilweise erfüllt, da es nach wie vor, trotz Substitution zu rechtswidrigem Verhalten, z.B. durch Beigebrauch, kommt. Regelverletzungen stellen aber eine Herausforderung des Vollzuges dar, die grundsätzlich einer Sanktionierung bedürfen, unabhängig davon, ob ein Gefangener substituiert wird und sich der Beigebrauch möglicherweise erklären läßt. Interessanterweise wird einmaliger, nachweisbarer Beigebrauch durch den Ärztlichen Dienst anders und härter (Beendigung der Substitution), als durch die Strafanstalt (Streichung von Lockerungsmaßnahmen) sanktioniert¹. Begründet wird dies aus ärztlicher Sicht mit der Gefährlichkeit des Beigebrauchs und der Notwendigkeit von einheitlichen, transparenten Regeln für alle substituierten Gefangenen. Damit hat sich der Ärztliche Dienst die Argumentation des Gefängnisses zu eigen gemacht, das einheitliche Regeln und Sanktionen benötigt, um einer sonst befürchteten Chaotisierung des Vollzuges entgegenzuwirken. Oder anders ausgedrückt, versucht der Ärztliche Dienst auf ähnliche, nämlich repressive Weise die Beigebrauchsfreiheit durchzusetzen wie der Vollzug in den letzten

1 Dieser Umgang mit Beigebrauch entspricht – wie viele andere Aspekte der Substitutionsbehandlung – nicht der externen Substitutionspraxis.

Jahrzehnten erfolglos die Drogenfreiheit, ungeachtet der bekannten kontraproduktiven Folgen eines solchen Vorgehens.

Die Ausrichtung der Substitutionsbehandlung an vollzuglichen Ordnungskriterien bewirkt nicht nur einen ärztlichen Umgang mit Beigebrauch, der im Widerspruch zu den Zielen der Substitution (gesundheitliche Stabilisierung, Infektionsprophylaxe, Reduktion des Drogenkonsums und der einhergehenden Kriminalität) steht, wobei der Rückfall in den illegalen Drogenkonsum mit allen negativen Folgen in Kauf genommen wird, sondern vernachlässigt auch individuelle und vertraglich festzulegende Absprachen zwischen Arzt und Substituierter über die jeweiligen Substitutionsziele, die – wie weiter oben ausgeführt – ganz unterschiedlich sein können. Der einheitlich für alle substituierten Gefangenen geltende Behandlungsvertrag sieht eine differenzierte Bestimmung der Substitutionsziele/-bedingungen unter Mitwirkung der Patienten nicht vor und unterstreicht damit den deindividualisierenden Charakter dieser Behandlung. Die entwürdigenden Aspekte der Substitutionsbehandlung werden besonders deutlich bei der Durchführung von Urinkontrollen, deren Sinn unter den gegebenen Bedingungen ausschließlich in der Durchsetzung von Recht und Ordnung besteht. Die Personen, die sich auf eine solche Behandlung einlassen, genießen in der Regel wenig Respekt, gleichzeitig besteht von seiten der Anstalt ein hoher Erwartungsdruck an die Substituierten.

Die Substitution, von Anfang an als rein medizinische Behandlungsform in der vollen Verantwortung des Ärztlichen Dienstes definiert, wird unter diesen Umständen auf die Verschreibung der Droge Methadon reduziert, was die Einschätzung von Bediensteten und drogenabhängigen Gefangenen bestätigt, die Substitution stelle für den Vollzug die leichteste und billigste Lösung des Drogenproblems dar. Eine inhaltliche, systematische Auseinandersetzung mit der großen Gruppe der Vollzugsbeamten über den Sinn und die Ziele der Substitution hat es bis heute nicht gegeben. Vollzugsbeamte fühlen sich damit zu Recht von einer entsprechenden Diskussion ausgeschlossen, obwohl gerade sie es sind, die in ihrer täglichen Arbeit mit dem Drogenproblem konfrontiert werden.

Alle Aufgaben, die der sozialen Stabilisierung der Substituierten dienen könnten, und damit einen wesentlichen Teil der Substitutionsbehandlung darstellen, werden inzwischen der Haftanstalt überlassen. Bestrebungen einer fachübergreifenden Koordination der bestehenden psychosozialen Angebote sind nicht zu erkennen. Die zur Zeit in den Bremer Gefängnissen geltende

Auffassung, bestehende Angebote des Vollzuges seien bereits eine psychosoziale Begleitung, da es Aufgabe und Charakter des Vollzuges sei, resozialisierend zu wirken, wird von den Gefangenen, befragten Bediensteten und Psychologen nicht geteilt².

Die Akzeptanz der Substitutionsbehandlung in den Bremer Gefängnissen leidet unter dem bestehenden Ungleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung. Die Substituierten kritisieren die Nichteinhaltung vertraglich zugesicherter Leistungen (wie z.B. Unterstützung durch einen Ansprechpartner für die psychosoziale Begleitung), aber auch die fehlende regelmäßige Anbindung an die ärztliche Sprechstunde, während gleichzeitig ein regelkonformes Verhalten, also auch Beigebrauchsfreiheit, von ihnen erwartet werden. Dieses erwartete Verhalten kann aber nur das Ziel, nicht die Voraussetzung der Behandlung sein, denn das problematische Drogenkonsumverhalten läßt sich ja gerade nicht ausschließlich durch die Vergabe eines Substituts erreichen, vor allem dann nicht, wenn die Drogenabhängigen überwiegend einen politoxikomanen Drogengebrauch praktizierten (vergl. 2.2.4). Um also zu der im Bremer Gefängnis vorausgesetzten Verhaltensveränderung der Substituierten zu kommen, ist ein Entwicklungsprozeß notwendig, in dessen Verlauf individuell unterschiedliche Hilfen nötig sind, für die sich aber kaum jemand zuständig fühlt. Auch der Ärztliche Dienst weist an dieser Stelle jede Verantwortung von sich. Es wird stattdessen auf die Eigenverantwortung der Substituierten hingewiesen, sich die Hilfe zu organisieren, die sie benötigen. Für die außerhalb der Gefängnisse übliche regelmäßige Arztvorstellung sollen die Substituierten ebenfalls aus eigenem Antrieb sorgen, da der wöchentliche Arzttermin sonst eine „Pflichtveranstaltung“ und deshalb aus Sicht des Ärztlichen Dienstes abzulehnen sei³.

Die geschilderten Probleme mit der Substitutionsbehandlung in den Bremer Gefängnissen haben ihre Ursache in einer Überfrachtung der Substitution mit verschiedenen Zielen und Erwartungen, die je nach professionellem Standpunkt, beliebig in den Vordergrund gerückt werden können. Am Ende ent-

2 Zahlreiche Studien und Beiträge haben gezeigt, daß totale Institutionen dem Anspruch auf Resozialisierung aufgrund ihrer Organisationsstruktur nicht gerecht werden können, z.B.: Hoppensack 1969; Hohmeier 1971; Harbordt 1972; Goffman 1973; Driebold 1986; Dünkel/Kunkat 1997; Kawamura/Reindl 1998.

3 Für eine verbesserte Arztanbindung wurde inzwischen, nach dem Tod einer substituierten Gefangenen im August 1999, gesorgt. Ob die Substituierten davon profitieren, kann angesichts der oben geschilderten Einstellung des Ärztlichen Dienstes hinsichtlich der Arztvorstellung als „Pflichtveranstaltung“ bezweifelt werden. Die befragten Substituierten vermißten gerade die Empathie ihrer behandelnden Ärzte.

steht dann der Eindruck, nichts funktioniert wie es sollte. Entgegen der allgemeinen Erwartung läßt sich allein mit Hilfe von Methadon weder Legalverhalten durchsetzen, noch eine Auseinandersetzung mit der persönlichen Drogenproblematik erzwingen. Die Folge ist die zu beobachtende Enttäuschung und Geringschätzung dieser Behandlung.

In einer solchen Situation wäre es sinnvoll, statt immer rigidere Kontrollmaßnahmen einzuführen, die lediglich die bereits bestehende Kluft zwischen Drogenabhängigen und Medizinischen Dienst bzw. Anstalt vergrößern, aber auch Unzufriedenheit der Bediensteten mit den für die Substitution Verantwortlichen weiter verstärken, die Ziele dieser Behandlung neu zu überdenken. Um nicht zu unrealistischen Forderungen zu kommen, müssen dabei allerdings die Verhältnisse in den Bremer Gefängnissen berücksichtigt werden, die durch Personalnot, einen hohen Krankenstand und eine Vielzahl von Überstunden gekennzeichnet sind. Darauf machten Anstaltsleiter und Personalrat in einem Schreiben an den Justizsenator Henning Scherf aufmerksam: „Bei einer weitergehenden Personalreduzierung kann die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes schlicht nicht mehr gewährleistet werden.“⁴ Ungeachtet dessen wird von politischer Seite nach weiteren Einsparungsmöglichkeiten gesucht, eine Personalkrise im bremischen Strafvollzug gäbe es nicht (WK vom 15.7.2000). Diese Einstellung liegt trotz der gegenteiligen Erfahrungen vor Ort im Trend. Die Bemühungen auf politischer Ebene gehen dahin, den Resozialisierungsauftrag durch die effizientere Gestaltung der vorhandenen Personal- und Sachressourcen zu erreichen, wobei weniger die Optimierung der Angebote, als vielmehr die Optimierung der Zielgruppen im Vordergrund steht (vergl. z.B. Fleck 2000). Grundsätzlich ist es natürlich sinnvoll zu überprüfen, ob Zielgruppe und Angebot zusammenpassen. Wenn dieser Überprüfung aber ausschließlich Einsparungsgedanken zugrunde liegen, könnte man geneigt sein, durch intensivere Kontrollen „ungeeignete“ Kandidaten auszuschließen, also z.B. die Substituierten mit einem positiven Befund nach einer Urinkontrolle von der Substitution. Wenn dies konsequent weitergeführt würde, kämen nur noch die Personen als Zielgruppe in Frage, die am wenigsten Probleme mit einem regelkonformen Verhalten haben, deren Erfolgsaussichten am höchsten sind. Die „schwierigen Fälle“ blieben dagegen unberücksichtigt, obwohl – wie die Erfahrungen des Strafvollzugs in der Vergangenheit gezeigt haben – hier wohl der größere Handlungsbedarf bestünde.

4 Zitiert im Weser Kurier vom 14.7.2000, S. 11.

Nach zehnjähriger Erfahrung mit der Methadon-Substitution im Bremer Strafvollzug hat sich gezeigt, daß zumindest der medizinische Aspekt der Substitutionsbehandlung zufriedenstellend ist, d.h. die Substitution ist dazu geeignet, das Überleben der drogenabhängigen Gefangenen zu sichern, den allgemeinen Gesundheitszustand sowie die psychische Verfassung zu verbessern und Infektionsrisiken zu mindern, weil weniger Drogen gespritzt werden. Diese Erfolge werden trotz der weitgehend fehlenden Unterstützung der Substituierten und unter den bestehenden, ungünstigen Behandlungs- und Lebensbedingungen erzielt. Wenn also der Vollzug weiterhin keine Verantwortung im Rahmen der Substitutionsbehandlung übernehmen will und kann, dann sollte das Ziel der Substitution ausschließlich ein medizinisch-pragmatisches sein, nämlich das der Überlebenssicherung.

Normative Erwartungen an eine bestimmte, als vernünftig definierte Dosishöhe sollten eher eine untergeordnete Rolle spielen, da Dosisreduktionen häufig einhergehen mit Beigebrauch (vergl. Kap. 4 Abschnitt 3.5), der, wenn er nachgewiesen werden kann, zum Ausschluß aus der Behandlung und somit zur Wiederaufnahme des illegalen Drogenkonsums mit allen im Gefängnis kaum zu umgehenden Infektionsrisiken führt⁵. Aufgrund des hohen Infektionsrisikos in Haft stellt sich auch die Frage, ob die seit dem 1.1.1998 geltende strikte Auslegung der rechtlichen Vorgaben durch die BtmVV und die Richtlinien der Ärztekammer, nach denen alles zu vermeiden sei, was süchtiges Verhalten fördert und den Zweck der Substitution gefährdet, angemessen ist. Denn in den Richtlinien zur Verschreibung psychotroper Medikamente an drogenabhängige Patienten vom 27.4.1998 (Ärztekammer Bremen) ist auch die Rede davon, daß bei der Behandlung Suchtkranker „*zuwendungsintensive*“ bzw. psychiatrisch-psychotherapeutische Verfahren im Vordergrund“ stehen (a.a.O.: 3, Hervorh. durch die Verfasserin). Da im Gefängnis diese Voraussetzung keine Anwendung findet, erscheint der einseitige Versuch zur Durchsetzung der Beigebrauchsfreiheit willkürlich, vor allem dann, wenn der Beigebrauch, wie in Kap. 4 Abschnitt 3.5 gezeigt, oft kompensatorischen Charakter und von den Drogenabhängigen überwiegend kontrolliert eingesetzt wird. Die vom Ärztlichen Dienst betonte Gefährlichkeit des Beikonsums ist in diesen Fällen nicht gegeben, die Substituierten verfügten über große Erfahrung bei der Selbstmedikation. Eine Beendigung der Substitution nach dem einmaligen Nachweis von Beigebrauch bedeutet damit nicht den

5 An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, daß von den 102 untersuchten Fällen 77,5% der Drogenabhängigen an durchschnittlich 2 Infektionskrankheiten litten, also an HIV und/oder verschiedene Formen der Hepatitis (vergl. 2.6).

Ausschluß eines „unverbesserlichen“ Drogenabhängigen, der wahllos Beigebrauch hat, sondern trifft auch Personen, die bislang gut mit der Substitution zurecht gekommen sind und weitgehend unauffällig blieben, trotz der gelegentlichen Selbstmedikation oder des Beigegebrauchs aus anderen Gründen. Dies trifft insbesondere für einige Langstrafige zu, aber auch für Substituierte, die, ihren Entlassungstermin vor Augen, unter großem Handlungs- und Erfolgsdruck stehen.

Eine an schadensbegrenzenden Zielen orientierte Substitution sollte Beigebrauch nicht mit Beendigung der Substitution bestrafen, denn es gibt kaum Verhaltensweisen, die dem Zweck der Behandlung entgegenlaufen, wohl aber Verhaltensweisen, die Gesprächsbedarf und weitere Klärung signalisieren. Wenn problematisches, lebensgefährliches Beigegebrauchsverhalten im Einzelfall gegeben ist, wäre es sinnvoller, die Methadon-Dosis für einen bestimmten Zeitraum zu reduzieren.

Selbst wenn die Substitution in ausschließlich medizinischer Zuständigkeit und medizinisch begründeten Zielen durchgeführt wird, ist die Aufklärung der Vollzugsbediensteten über den Sinn dieser Behandlung erheblich zu verbessern. Die Interviews mit den Bediensteten haben gezeigt, daß Erwartungen des Vollzugs an eine Legalbewährung und Verhaltensänderung unter den gegebenen Umständen unrealistisch sind, andererseits werden Vollzugsbedienstete in bestimmten Krisenzeiten (Entzug, Abdosierung) direkt mit der Substitution konfrontiert. Eine am Ziel der Überlebenssicherung orientierte Substitution kann auf Erfolge verweisen, die dem Vollzug auch vermittelt werden müssen, gerade auch um unrealistischen Erwartungen vorzubeugen. Dazu sind Kommunikationsstrukturen zu etablieren, an denen alle betreffenden Personengruppen teilhaben. Günstig wäre z.B. die Anwesenheit aller betreffenden Personengruppen schon beim Aufnahmegespräch für die Substitution, also von behandelndem Arzt, Psychologen, Aufsichtsbeamte oder dem zuständigen vollzuglichen Ansprechpartner. Für die Vollzugsbediensteten ließe sich der Sinn der Substitution am Einzelfall am besten nachvollziehen, insbesondere dann, wenn dieser als Ansprechpartner ohnehin für den jeweiligen Drogenabhängigen zuständig wäre. Der Einbezug der Vollzugsbediensteten würde eine Auseinandersetzung mit der Drogenproblematik fördern und so langsam zu einer verbesserten Aufklärung insgesamt führen. Sinnvoll wäre es, die Beteiligung der Vollzugsbediensteten durch den Erwerb einer zusätzlichen Fachqualifikation (z.B. „Fachbediensteter“) anzuerkennen. Allerdings wird in der gegenwärtigen Situation selbst die Teilnahme von

Vollzugsbediensteten an Aufnahmegesprächen in den Räumen des Medizinischen Dienstes aufgrund der personellen Unterbesetzung auf den Vollzugsgruppen für unrealistisch gehalten.

Eine an Minimalzielen orientierte Substitution würde bei Bedarf bzw. auf Wunsch der Substituierten individuelle Absprachen ermöglichen. Sollte ein drogenabhängiger Gefangener mit der Substitutionsbehandlung über die gesundheitlichen Aspekte hinausgehende Ziele erreichen wollen (Bearbeitung der Drogenproblematik, Verhaltensänderung), dann wäre dies möglich, indem ein individueller Behandlungsplan mit genauer Zieldefinition, in Absprache und Übereinstimmung mit dem Gefangenen zu erstellen wäre, der in regelmäßigen Abständen auf seine Umsetzung zu überprüfen wäre. Allerdings müßten Substituierte in einem solchen Fall darüber aufgeklärt werden, daß begleitende Hilfen in der Anstalt nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung stehen und es u.U. sinnvoller sein kann, die Drogenproblematik erst nach der Haftentlassung zu bearbeiten.

Eine neue Diskussion über die Ziele und Umsetzung der Substitution sollte trotz der ungünstigen Personalsituation nicht die Beteiligung des Vollzugs ausklammern. Der Vollzug hat allein schon durch den Resozialisierungsauftrag eine Verantwortung auch den drogenabhängigen Gefangenen gegenüber. Die Orientierung nach außen ist verbesserungswürdig, wenn sich die Drogenabhängigen nach der Entlassung bewähren sollen. Wo der Vollzug nicht in der Lage ist, für die erforderlichen Hilfen selbst zu sorgen (z.B. durch Begleitausgänge), muß dieses Defizit deutlich gemacht und politisch eingefordert werden. Die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen müßte auf praktischer Ebene intensiviert werden. Substituierte sollten viel häufiger aus dem offenen Vollzug als bisher entlassen werden, damit die Anforderungen, die die Freiheit an Drogenabhängige stellt, vor der Entlassung mit entsprechender Unterstützung geübt werden können (vergl. auch Kapitel 6). Forderungen nach einer Öffnung des Vollzugs sind nicht neu, allerdings abhängig vom politischen Willen, der derzeit nicht erkennbar ist.

Das Forschungsprojekt hat an vielen Stellen gezeigt, daß der repressive Umgang mit und das Wegschließen von Drogenabhängigen wenig sinnvoll ist und allein die Vergabe von Methadon noch keine Verhältnisänderung bewirkt.

7.1 Kurzfassung der wichtigsten Diskussionsvorschläge

Die Unzufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung im Bremer Gefängnis sollte Anlaß sein, sich noch einmal intensiv und kritisch mit dem Thema zu befassen, insbesondere da hier inzwischen mehr als ausreichend Erfahrung mit der ehemals neuen Behandlungsmethode vorliegen. Eine solche Auseinandersetzung sollte zusammengefaßt die folgenden Vorschläge berücksichtigen:

1. Klare Definition des Substitutionsziels: Gesundheitliche Stabilisierung/ Infektionsprophylaxe *oder* Ziel der Drogenabstinenz.

Auch wenn sich diese Zielsetzungen ergänzen können, sollten sie für den Strafvollzug in dieser einander ausschließenden Weise diskutiert werden, da jeweils unterschiedliche Ressourcen benötigt werden. Das Minimalziel der Gesunderhaltung stellt die geringsten Anforderungen sowohl an den Vollzug, als auch an die drogenabhängigen Gefangenen. Im Vordergrund steht hier – insbesondere wegen der fehlenden Möglichkeiten des Infektionsschutzes (z.B. durch die Abgabe steriler Einwegspritzen, Desinfektionsmittel) – die Bemühung um Behandlungskontinuität. Voraussetzung wäre allerdings die Einsicht, den Beigebrauch als Begleiterscheinung der Substitution bis zu einem gewissen Grad, ebenso wie außerhalb der Gefängnisse, akzeptieren zu müssen. Sollte es nicht möglich sein, einen breiten Konsens über ein solches, im Zugang und in den Anforderungen niedrigschwelliges Substitutionsziel herzustellen, müßte in der Diskussion um ein höherschwelliges Ziel mit entsprechend berücksichtigter Mittelausstattung (!) auch die Frage beantwortet werden, welche Hilfsangebote der Vollzug für diejenigen Drogenabhängigen bereitstellen kann, die für ein solches Programm nicht in Frage kommen, aber entsprechend des Angleichungsgrundsatzes ebenso wie außerhalb der Gefängnismauern die Möglichkeit haben müssen, sich vor Infektionen zu schützen.

2. Verbesserung der Kommunikationsstrukturen:

Die von der Anstaltsleitung betonte strikte Trennung von Ärztlichem Dienst und Vollzugsanstalt sollte kritisch hinterfragt werden. Natürlich bezweifelt niemand, daß die Hauptverantwortung für die Substitution beim Ärztlichen Dienst liegt und die ärztliche Schweigepflicht respektiert werden muß. Dies entbindet den Vollzug aber nicht automatisch von Verantwortung. Jedes Hilfsangebot ist auch vom Vollzug zu tragen, d.h. zu unterstützen und zu verantworten. Aufgabe des Vollzugs wäre es z.B.

für die notwendige Akzeptanz dieser Behandlung zu sorgen, für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, insbesondere auch dann, wenn eine deutliche Unzufriedenheit mit dem bestehenden Zustand festzustellen ist. Diese Verantwortung wird in Bremen zur Zeit nicht wahrgenommen. Auf der anderen Seite ist es nicht sinnvoll, wenn der Ärztliche Dienst, als Bestandteil der Anstalt, unter dem Vorwand der organisatorischen Trennung, einem Diskussionsbedarf ausweicht, obwohl nicht nur die Inhaftierten, sondern auch die Vollzugsbeamten deutlich das unzureichende Engagement des Ärztlichen Dienstes z.B. in Notfallsituationen auf den verschiedenen Vollzugsgruppen kritisieren.

3. Möglichkeiten der Gesundheitsberatung und -erziehung:
Die hohen Infektionszahlen unter den drogenabhängigen Gefangenen in den Bremer Gefängnissen signalisieren auch unabhängig der Substitution Handlungsbedarf.

Neben diesen grundsätzlichen Diskussionspunkten ergeben sich aus der Analyse der Methadonpraxis folgende Forderungen:

4. Abschluß individueller Behandlungsverträge (vergl. 4.4 Punkt 3.2).
5. Kein Abbruch der Substitution nach Beigebrauch, sondern gegebenenfalls Dosisreduktion (vergl. 2.9 und 4.4 Punkt 3.5).
6. Keine Abdosierungen zum Entlassungstermin, sondern rechtzeitig verstärkte Anstrengungen einen weiterbehandelnden Arzt zu finden (vergl. 2.9 und 6.2).
7. Frühzeitige, systematische Maßnahmen zur Haftentlassung (vergl. 6.3)
8. Zeitnahe Methadonvergabe zum üblichen Ausgabetermin auch am Wochenende (vergl. 4.4 Punkt 3.3)
9. Erweiterte Mitgabe von Methadon für Personen, die das Wochenende außerhalb der Strafanstalt verbringen dürfen oder alternativ die Vergabe über eine Apotheke am Wohnort (vergl. 4.4 Punkt 3.3).

8 Literatur

- Aebersold, B./Linder, R.: Pilotprojekt „AIDS-Beratung und Prävention im Strafvollzug“ der AIDS-Hilfe Bern (Schweiz). In: Stöver (Hrsg.) 1994, S. 81-99.
- Althoff, M./Schmidt-Semisch, H.: Methadon-Substitution im Strafvollzug. Kritische Überlegungen zwischen Theorie und Pragmatismus. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 15, Nr. 1/1992, S. 23-28.
- Anonymus: Individuelle Spritzenvergabe im Justizvollzug als inoffizieller Service. In: Jacob, J. et al. (Hrsg.) 1997, S. 167-170.
- Ballstaedt, St.-P.: Dokumentenanalyse. In: Huber, G. L./Mandl, H. (Hrsg.): Verbale Daten. Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung. Weinheim und Basel 1982, S. 165-176.
- Bell, J./Digiusto, E./Byth, K.: Who should receive methadone maintenance? In: British Journal of Addiction, 87/1992, S. 689-694.
- Berliner Methadonkolloquium: Empfehlungen an die Politik. In: Bewährungshilfe 3/87, S. 323 ff.
- Böhm, H./Möbius, P.: Drogenkonsum in bayrischen Justizvollzugsanstalten. In: ZfStrVo 2/90, S. 94 ff.
- Bohnsack, R.: Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. 2. überarb. Aufl., Opladen 1993.
- Böllinger, L./Stöver, H./Fietzek, L.: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt/Main 1992.
- Böllinger, L./Stöver, H./Fietzek, L.: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt/Main 1995.
- Borkenstein, C.: Zum Umgang mit Drogenabhängigen im Strafvollzug. In: Heckmann, W. (Hrsg.): Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre. Weinheim; Basel 1991, S. 116-128.

- Bossong, H.: Möglichkeiten und Grenzen der Methadonsubstitution. Eine Übersicht über Forschung, Praxis und bundesdeutsche Diskussion. In: Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.): 1992, a.a.O., S. 8-27.
- Bossong, H./Gölz, J./Stöver, H. (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt/Main, New York 1997.
- Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.): Methadon. Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung. Band II der Schriftenreihe „Akzeptierende Drogenarbeit“. Berlin 1989.
- Bossong, H./Stöver, H.: Zur Praxis der Substitutionsbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.) 1992, a.a.O., S. 43-67.
- Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. Frankfurt/Main; New York 1992.
- BSBD, Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschlands (Hrsg.): Blätter für Strafvollzugskunde. Beilage zum Vollzugsdienst 4-5/98, S. 1-8.
- Buchta, A.-M./Schäfer, K. H.: Substitution hinter Gittern. Ein Bericht über die Verordnung, Abgabe und Verabreichung von Methadon zum Zwecke der Substitution heroinabhängiger Gefangener in hessischen Justizvollzugsanstalten. ZfStrVo 1/96, S. 21 ff.
- Bumm: Substitutionstherapie mit dem Morphinersatzpräparat Methadon (L-Polamidon) bei HIV-infizierten oder an malignen Tumoren erkrankten drogenabhängigen Inhaftierten in der JVA Kassel I in der Zeit vom 18.08.1988 bis 31.01.1989 und auf weiteres. Manuskript 1990.
- Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.): Methadonbericht. Suchtmittelerersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. 3. Aufl., Bern 1995.
- Bundesärztekammer: Stellungnahme des gemeinsamen Arbeitskreises des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“ der Bundesärztekammer. In: Deutsches Ärzteblatt 85, H. 5, 4.2.1988, S. 244-245.
- Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen: Erweiterungen der NUB-Richtlinien. In: Deutsches Ärzteblatt 88, H. 39, 26.9.1991.
- Bundesgerichtshof: BGH-Beschluß vom 17.5.1991 – 3 StR – 8/91. In: Neue juristische Wochenschrift, H. 37, S. 2359.

- Bundesgesetzblatt: Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln. Betäubungsmittelgesetz – BtMG 1994, 1/13, S. 359-383.
- Bundesgesundheitsamt: Auflagenbescheid an den Senator für Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen. Berlin 8.11.1988
- Burgheim, J.: Zur Frage der Methadon-Substitution i.v. Drogenabhängige im Strafvollzug. ZfStrVo 2/94, S. 74 ff.
- Callies, R.-P./Müller-Dietz, H.: Strafvollzugsgesetz. 7. Auflage, München 1998.
- Chorzelski, G./Raschke, P./Schlömer, H.: Zum Elend der Methadon-Debatte. In: Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.): 1989, S. 28-45.
- Coignerai-Weber, C./Hege, H.: Drogenabhängigkeit und Straffälligkeit. Die unvollständige Reform des Betäubungsmittelgesetzes. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 64. Jhrg., Heft 3, Juni 1981, S. 133-148.
- Cremer-Schäfer, H.: Skandalierungsfällen. In: Kriminologisches Journal 24, 1992, S. 23-36.
- Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, Freie Hansestadt Bremen: Fünf Jahre Methadon-Substitution in Bremen (Entwicklungen, Daten und Ergebnisse). Bremen 1995.
- Der Senator für Gesundheit, Freie Hansestadt Bremen: Substitution von AIDS-Kranken: Entwurf einer Vereinbarung. Bremen 24.8.1988.
- Der Senator für Gesundheit, Freie Hansestadt Bremen: Vorlage für die 9. Sitzung der Deputation für Gesundheit am 2.12.1988. Betr.: Methadon-Substitution drogenüchtiger AIDS-Kranker. Bremen 17.11.1988.
- Der Senator für Gesundheit, Freie Hansestadt Bremen: Tischvorlage für die 11. Sitzung der Deputation für Gesundheit am 3.3.1989, Betr.: Aufgaben des Senators für Gesundheit im Bereich der Drogenhilfe in Bremen. 28.2.1989.
- Der Senator für Gesundheit, Der Senator für Jugend und Soziales, Der Senator für Justiz und Verfassung, Freie Hansestadt Bremen: Vorlage für die Sitzung des Senats am 27. Juni 1989, Betr.: Drogenpolitik in Bremen. 22.6.1989.
- Der Senator für Gesundheit, Ärztekammer Bremen, Kassenärztliche Vereinigung Bremen: Gemeinsame Empfehlung zum Einsatz von Methadon

- zur Substitution von Drogenabhängigen in Bremen vom 26. Januar 1990. Aus: Freie Hansestadt Bremen: Drogenhilfeplan 1990. Bilanz und Perspektiven. Bremen im Juli 1990.
- Der Senator für Justiz und Verfassung, Freie Hansestadt Bremen: Drogen- und Aids-Problematik in der Justizvollzugsanstalt Bremen-Oslebshausen. Bremen, 2. Mai 1988.
- DER SPIEGEL: Das bringt euch noch alle in den Knast. 5/1988, S. 82 ff.
- DER SPIEGEL: Gefangen in Babylon. 5/1999, S. 58 ff.
- Deutsche AIDS-Hilfe: Dokumentation AIDS im Strafvollzug. Ergebnisse der Befragung von Menschen mit HIV/AIDS in bundesdeutschen Strafvollzugsanstalten. Berlin 1993.
- Diemer, H./Schoreit, A./Sonnen, B.-R.: Jugendgerichtsgesetz. 3., Neubearb. Auflage, Heidelberg 1999.
- DHS: Gemeinsame Stellungnahme des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. zur Substitution Drogenabhängiger. Suchtgefahren 34, H.3, 1988, S. 351-353.
- Diebold, R.: Ein Weg zur Abschaffung der totalen Institution? Ansätze einer angemessenen Reaktion auf Devianz. In: Kriminologisches Journal, 2/1986, S. 131-144.
- Dünkel, F./Kunkat, A.: Zwischen Innovation und Restauration. 20 Jahre Strafvollzugsgesetz – eine Bestandsaufnahme. In: Neue Kriminalpolitik 2/1997, S. 24-33.
- Dünkel, F.: Riskante Freiheiten? – Offener Vollzug, Vollzugslockerungen und Hafturlaub zwischen Resozialisierung und Sicherheitsrisiko. In: Kawamura, G./Reindl, R. (Hrsg.): Wiedereingliederung Straffälliger – Eine Bilanz nach 20 Jahren Strafvollzugsgesetz. Freiburg i. Br. 1998, S. 42-65.
- Fleck, J.: Vorstellungen zur Gestaltung des zukünftigen Jugendstrafvollzuges am Beginn des neuen Jahrhunderts. In: BSBD (Hrsg.): Blätter für Strafvollzugskunde, Beilage zum Vollzugsdienst 3/2000, S. 1-5.
- Flick, U.: Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, U. et al (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim 1995, S. 147-173.

- Flick, U.: Triangulation. In: Flick, U. et al (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim 1995, S. 432-434.
- Freie Hansestadt Bremen, Bürgerschaft: Entwurf zur Beantwortung der großen Anfrage zu AIDS. Wie ist der derzeitige Stand der bereits eingeleiteten Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung auf Bundes- und Länderebene und welche Maßnahmen befinden sich noch in Planung? (Manuskript) Bremen 1987.
- Freie Hansestadt Bremen, Bürgerschaft: Beschluß der Bremischen Bürgerschaft vom 20. September 1989: Die Situation Drogenabhängiger; Möglichkeiten der Hilfe und Maßnahmen zur Verminderung des Drogenkonsums.
- Freie Hansestadt Bremen, Deputation für Gesundheit: Beschluß vom 3.3.1989.
- Freie Hansestadt Bremen, Hauptgesundheitsamt: Bericht über eine Studienreise in die Niederlande 5.-9. Mai 1986. Bremen, 14. Mai 1986.
- Freie Hansestadt Bremen: Drogenhilfeplan 1990. Bilanz und Perspektiven. Bremen im Juli 1990.
- Freie Hansestadt Bremen: Drogenhilfeplan 1993. Bilanz und Perspektiven. In: Hoppenbank e.v. (Hrsg.): Reader für Drogen/Methadon. Selbstverlag, Bremen, 1994.
- Freie Hansestadt Bremen: Fünf Jahre Methadon-Substitution in Bremen. Entwicklungen, Daten und Ergebnisse. Bremen, im September 1995.
- Fritsch, K.-J.: Methadon-Substitution im bremischen Justizvollzug. In: Der Senator für Justiz und Verfassung der Freien Hansestadt Bremen (Hrsg.): Praktische Kriminalpolitik. Bremen/Steintor 1991, S. 174-188.
- Fritsch, K.-J.: Erfahrungen mit der Substitution im Strafvollzug – aus ärztlicher Sicht. In: Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. Frankfurt/Main; New York 1992, S. 145-164.
- Fritsch, K.-J.: Sehr persönliche, utopische Überlegungen zur Vergabe von Heroin in Justizvollzugsanstalten. In: Jacob, J. et al. (Hrsg.) 1997, S. 185-189.
- Fritsch, K.-J./Straube, I.: Substitution des Heroins durch Polamidon in den Bremer Justizvollzugsanstalten. In: Stöver, H. im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe (Hrsg.): Die Fortbildungsarbeit der Deutschen

- AIDS-Hilfe im Bereich AIDS und Drogen (1990-1992). Berlin 1993, S. 128-136.
- Fromberg, E.: Opiate. In: Wissenschaftlicher Beirat des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit „akzept“ e.V. in Zusammenarbeit mit dem Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO) (Hrsg.): Wider besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik. Bremen 1996, S. 53-62.
- Funk, M.: Drogen im Strafvollzug. (Referat). In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Dokumentation der JES-Seminare 1992-1994. Berlin 1996, S. 94-98.
- Gerlach, R./Schneider, W.: Methadon- und Codeinsubstitution. Erfahrungen, Forschungsergebnisse, Praxiskonsequenzen. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 3. Berlin 1994.
- Girtler, R.: Forschung in Subkulturen. In: Flick, U. et al (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim 1995, S. 385-388.
- Goffman, E.: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main 1973.
- Gölz, J.: Bedeutung und Praxis der Suchtbehandlung durch den niedergelassenen Arzt. In: Bossong, H. et al. (Hrsg.) 1997, S. 59-79.
- Greca, R.: Die Grenzen rationalen Handelns in sozialen Organisationen. Sozialhistorische und empirische Untersuchungen. München 1990.
- Harbordt, St.: Die Subkultur des Gefängnisses. Eine soziologische Studie zur Resozialisierung. 2. Aufl., Stuttgart 1972.
- Hartfiel, S./Quensel, St.: Wissenschaftliche Begutachtung des Bremerhavener Drogenhilfesystems. Abschlußbericht im Auftrag des Magistrats der Stadt Bremerhaven. BISDRO - Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen, Dezember 1998.
- Hartfiel, S.: „Daß es hier besonders gut ist, kann ich nicht sagen, aber auch nicht, daß es hier besonders schlecht ist.“ Eine Studie über die Substitutionspraxis und das Hilfesystem für Substituierte in Bremen. BISDRO – Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen 2000.
- Hartwig, J.: AIDS im Strafvollzug: Das Bremer Modell. In: ZfStrVo 2/90, S. 98-101.

- Heilemann, M.: Opferorientierter Strafvollzug. Über ein neues Professionalisierungsverständnis im Umgang mit Gewalt. In: Weidner, J./Kilb, R./Kreft, D. (Hrsg.): Gewalt im Griff. Neue Formen des Anti-Aggressivitäts-Trainings. Weinheim; Basel 1997, S. 48-61.
- Hoffmann-Riem, C.: Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1980, 32, S. 339-372.
- Hohmeier, J.: Die Strafvollzugsanstalt als Organisation. In: Kaufmann, A. (Hrsg.): Die Strafvollzugsreform. Eine kritische Bestandsaufnahme. München 1971, S. 125-133.
- Hoppensack, H.-C.: Über die Strafanstalt und ihre Wirkung auf Einstellung und Verhalten von Gefangenen. Kriminologische Studien, Bd. 2, 2. Aufl., herausgegeben von Prof. Dr. Schaffstein und Prof. Dr. Schüler-Springorum. Göttingen 1969.
- Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hrsg.): Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. AIDS-Forum DAH, Bd. XXVIII, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 1997.
- Jacob, J./Stöver, H.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Strafvollzug – Zur Abgabe steriler Einwegspritzen in einem Niedersächsischen Modellprojekt. In: Jacob, J. et al. (Hrsg.) 1997, S. 135-158.
- Kalke, J./Raschke, P.: Blockierte Drogenpolitik. Von Reforminitiativen der Länder und ihrer Behinderung durch die Bundesregierung. In: Wissenschaftlicher Beirat des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit „akzept“ e.V. in Zusammenarbeit mit dem Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO) (Hrsg.): Wider besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik. Bremen 1996, S. 168-180.
- Kaufmann, B./Dobler-Mikola, A.: Die kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln an Opiatabhängige im Strafvollzug – Einige Zwischenergebnisse. In: Jacob, J. et al. 1997, S. 173-179.
- Keppler, K.: Sex 'n Drugs 'n Hepatitis. Anmerkungen zur Brisanz der Kombination Hepatitis, Drogenabhängigkeit und Inhaftierung. In: Stöver, H. (Hrsg.) 1994.
- Keppler, K.: Alternativen in Haft. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Dokumentation der JES-Seminare 1992-1994. Berlin 1996.

- Keppler, K./Nolte, F./Stöver, H.: Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: Sucht, 42, Heft 2/1996, S. 98-107.
- Keppler, K./Stöver, H.: HIV/AIDS und Substitutionsbehandlung im Justizvollzug Deutschlands. In: Jäger, H. (Hrsg.): AIDS und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. Sonderdruck 10/97, 1-24.
- Keppler, K./Stöver, H.: Die Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: Sucht 44 (2) 1998, S. 104-119.
- Kern, J.: Zum Ausmaß des Drogenmißbrauchs in den Justizvollzugsanstalten und den Möglichkeiten seiner Eindämmung. ZfStrVo 2/97, S. 90 ff.
- Keup, W.: Methadon-(Polamidon-)Verschreibung bei Heroin-Abhängigkeit. In: Suchtgefahren 1980; 26 (2), S. 78-80.
- Kindermann, W.: Kritische Lebenssituation und Drogenkonsum: Weiche Drogen in der Subkultur des Gefängnisses. In: Feuerlein, W. (Hrsg.) im Auftrag d. Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie: Cannabis heute. Bestandaufnahme zum Haschischproblem. Wiesbaden 1980, S. 170-176.
- KOST – Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt: Feinkonzept für die Strafanstalt Kanton Solothurn. Solothurn 1995.
- KOST – Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt: Schlußbericht Dezember 1996. Solothurn 1996.
- Krach, P./Lotze, J./Peschke, H./Peter, U./Rabe, M.L./Schönhöfer, P.: Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon. Aus dem Jugend- und Drogenberatungszentrum Hannover – 2 Jahre danach. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 52, H. 9, S. 289 ff.
- Kreuzer, A.: Therapie und Strafe. Versuch einer Zwischenbilanz zur Drogenpolitik und zum Betäubungsmittelgesetz. In: Neue Juristische Wochenschrift, 24, S. 1505-1512.
- Krieg, H.: Justizvollzug als Eigenbetrieb. In: Neue Kriminalpolitik 1/1998, S. 25-26.
- Krumsiek, R.: Das Drogenproblem im Strafvollzug. ZfStrVo 5/92, S. 306 ff.
- Kümmel, M.: Das Methadonprogramm in den bremischen Justizvollzugsanstalten. Unveröffentl. Diplomarbeit, Bremen 1996.

- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken, Bd. 2. München 1989.
- Lindner, F. W.: Vom Elend des Strafvollzugs – oder: Welchen Sinn macht Strafe? In: Peters, H. (Hrsg.): Muß Strafe sein? Zur Analyse und Kritik strafrechtlicher Praxis. Opladen 1993, S. 19-24.
- Lommel, H./Richter, M./Straube, I.: Psychosoziales Behandlungsprogramm für drogenabhängige Strafgefangene in der Abteilung für kranke Gefangene in der Justizvollzugsanstalt Oslebshausen. Ms., Bremen, 16.3.1993.
- Mayring, Ph.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 5. Aufl., Weinheim 1995.
- Mayring, Ph.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 3. überarb. Aufl., Weinheim 1996.
- Meuser, M./Nagel, U.: Experteninterviews – häufig verwendet, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Graz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. 1991, S. 341-371.
- Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J./Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Eröffnungsbericht zum Modellprojekt. Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Bd. 1, Oldenburg 1996.
- Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J./Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Zwischenbericht zum Modellprojekt. Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Bd. 2, Oldenburg 1997.
- Michels, I. I.: Gipfel und Höhepunkte – das Erreichen neuer Horizonte. Bericht der internationalen Methadonkonferenz in Phoenix, Arizona, USA, vom 01.-04.11.1995. Bremen 1995, Ms, 11 S.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen. Abschlußbericht. Köln 1993.
- Moll, St.: Das Ende der (juristischen) Methadon-Debatte. In: Neue juristische Wochenschrift, H. 37, S. 2334 f.

- Nelles, J. et al.: Drogen- und AIDS-Prävention im Gefängnis: Pilotprojekt mit freier Spritzenabgabe in den Anstalten Hindelbank bei Bern/Schweiz. In: Stöver, H. (Hrsg.) 1994, S. 101-109.
- Nelles, J. et al.: Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Evaluationsbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern 1995.
- Philipps, S.: Psychosoziale Betreuung für Substituierte in der JVA Bremen. Jahresbericht 1998. Bremen 1998, 9 S.
- Preusker, H.: Neue Klienten des Strafvollzuges – Resozialisierungsvollzug in der Legitimationskrise? In: Kawamura, G./Reindl, R. (Hrsg.): Wiedereingliederung Straffälliger – Eine Bilanz nach 20 Jahren Strafvollzugsgesetz. Freiburg i. Br. 1998, S. 30-41.
- Prognos: Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen. Jahresbericht 1991. Köln 1992.
- Quensel, St.: Drogenelend. Cannabis, Heroin, Methadon: Für eine neue Drogenpolitik. Frankfurt a.M./New York 1982.
- Quensel, St.: Methadon-Programm: Bremen. Entwurf Juni 1985. Aus: Quensel, St./Stöver, H.: Methadon 1988. Reader zur 5. Methadon-Fachtagung am 13./14.1.1988 in Bremen, S. 52-58.
- Quensel, St./Stöver, H.: Methadon 1988. Reader zur 5. Methadon-Fachtagung am 13./14.1.1988 in Bremen.
- Richter, A./Lommel, H.: Protokoll: Arbeitstreffen zur Neuordnung des „Polamidon-Programmes“ am 17.2.1993. Manuskript.
- Roorda, P.A.: Methadon für suchtkranke Häftlinge in den Niederlanden. In: Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.): Methadon. Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung. Berlin 1989, S. 89-92.
- Schaper, G.: Praxis, Probleme und Grenzen der psychosozialen Begleitung der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug. In: Jacob, J. et al. (Hrsg.) 1997, S. 101-108.
- Scherbaum, N./Bender, S.: Der Stellenwert der Psychotherapie im Rahmen der Substitutionsbehandlung mit Methadon. In: Sucht 1/1995, S. 18-24.
- Schetsche, M.: Die Karriere sozialer Probleme. München, Wien 1996.

- Schulzke, M.: Wissenschaftliche Begleitung der Fachklinik Brauel. Endbericht. Untersuchungen zur Evaluation der Rehabilitationsbehandlung. In: Sucht 2/1995, S. 81-83.
- Schwind, H.-D./Böhm, A. (Hrsg.): Strafvollzugsgesetz. 3. neubearb. Auflage. Berlin, New York 1999.
- Stöver, H.: Substitution und AIDS. In: Bossong, H./Stöver, H. (Hrsg.): 1989, S. 46-59.
- Stöver, H.: Substitutionsbehandlung und HIV/AIDS-Prävention. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 15, 1992, Nr. 1, S. 13-22.
- Stöver, H.: Verhütung von Infektionskrankheiten im Strafvollzug. In: Klee, J./Stöver, H. (Hrsg.) im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.: Beratungsführer Drogen und AIDS. Berlin 1994.
- Stöver, H. (Hrsg.): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. AIDS-Forum DAH, Bd. XIV. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 1994.
- Stöver, H.: Suchtkrankenhilfe im Strafvollzug. In: Bossong, H./Gölz, J./Stöver, H. (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt/Main, New York 1997, S. 223-244.
- Stuhlmann, J.: Drogenkonsum im Gefängnis – Innenansichten aus dem Strafvollzug. In: Jacob, J. et al (Hrsg.) 1997, a.a.O., S. 31-38.
- Thiel, A.: Infektionsprophylaxe im Strafvollzug in der JVA Vierlande – Zur Abgabe steriler Einwegspritzen in einem Hamburger Modellprojekt. In: Jacob, J. et al. (Hrsg.) 1997, a.a.O., S. 159-166.
- Uchtenhagen, A.: Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige. Ziele und Programm der Pilotversuche in der Schweiz. In: Sucht, 5/1994, S. 342-349.
- Uchtenhagen, A.: Synthesebericht. In: Uchtenhagen, A./Gutzwiller, F./Dobler-Mikola, A. (Hrsg.): Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten. Zürich 1997
- Ulmer, A.: Die Dihydrocodein-Substitution. Darstellung der Behandlungsmethode anhand von Fragen des Bundessozialgerichtes und eines Entwurfs zur 8. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung. Stuttgart, New York 1997.

- Verein Bremische Straffälligenbetreuung: Jahresbericht 1996 und 1997. Bremen 1998.
- Vertheim, U./Kalke, J./Raschke, P.: Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon – eine Übersicht. In: Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 44, S. 128-136.
- Vertheim, U.: Psychosoziale Betreuung Methadon-Substituierter in Hamburg. In: Neue Praxis 5/95, S. 457 ff.
- Wambsganß, W.: Akzeptierende Drogenarbeit im Strafvollzug. In: Schuller, K./Stöver, H. (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg i. Br., 2., aktualisierte Auflage 1991, S. 110-120.
- Weser Kurier: Methadon nun auch in Bremen für Süchtige. Landtag fordert begrenzten Einsatz des Mittels. 21.9.1989, S. 18.
- WHO: WHO-Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis. WHO/GPA/DIR/93.3. Übersetzt in: Stöver, H. (Hrsg.) 1994, S. 119-128.
- Wolters, J.-M.: Das therapeutische Intensivprogramm gegen Gewalt und Aggression. Neue Wege im Hamburger Jugendvollzug. In: DVJJ-Journal 4/1998 (Nr. 162), S. 361-370.
- Zenker, Ch./Lang, P.: Methadon-Substitution in Bremen. Abschlußbericht der sozialmedizinischen Begleitforschung 1991-1994, im Auftrag des Senators für Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen 1995.