



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Gefängnis

Workbook Prison

DEUTSCHLAND

Bericht 2019 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2018 / 2019)

Franziska Schneider¹, Esther Neumeier¹, Krystallia Karachaliou¹,
Charlotte Tönsmeise², Maria Friedrich³ & Tim Pfeiffer-Gerschel¹

¹ IFT Institut für Therapieforschung; ² Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS);

³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	2
1	NATIONALES PROFIL.....	3
1.1	Organisation.....	3
1.1.1	Strafvollzug in Deutschland.....	3
1.2	Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten.....	6
1.2.1	Prävalenz von Drogenkonsum	6
1.2.2	Drogenversorgung im Gefängnis.....	9
1.3	Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis	10
1.3.1	Nationale Politik oder Drogenstrategie	11
1.3.2	Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis.....	14
1.3.3	Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis.....	16
1.3.4	Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis	18
1.3.5	Zusätzliche Informationen	23
1.4	Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4).....	24
1.4.1	Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten.....	24
2	TRENDS.....	28
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	28
3.1	Neue Entwicklungen drogenbezogener Angelegenheiten in Gefängnissen.....	28
4	Zusatzinformationen.....	30
4.1	Zusätzliche Informationsquellen.....	30
5	QUELLEN UND METHODIK	32
5.1	Quellen (T5.1)	32
5.2	Methodik	36
6	TABELLENVERZEICHNIS.....	37

0 ZUSAMMENFASSUNG

Mit Hilfe der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug konnte erstmals der Anteil der Gefangenen und Verwahrten mit einer stoffgebundenen Suchtproblematik zum Haftantritt in einem Großteil der JVAen beziffert werden. Daten aus 12 der 16 Bundesländer konnten in die Analyse miteinbezogen werden. Es konnte eine Erreichungsquote von 64,5 % aller am Stichtag Inhaftierten erreicht werden. Bei 44 % der 41.896 erfassten Inhaftierten am Stichtag 31.03.2018 wurde eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit und Missbrauch) zum Zeitpunkt des Haftantritts festgestellt. Bei 27 % der Inhaftierten ist von einer Abhängigkeit und bei 17 % von schädlichem Gebrauch (Missbrauch) psychotroper Substanzen, einschließlich Alkohol, auszugehen.

Zum Stichtag 31.03.2018 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.551 Personen (12,9 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 12 % (352) der inhaftierten Frauen und 5,1 % (181) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Dies ist nicht mit der Zahl an Personen gleichzusetzen, die tatsächlich eine Suchterkrankung aufweisen. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden insgesamt gesunken. Im Vergleich zu 2017 ist ihr Anteil allerdings sowohl bei den Jugendstrafen als auch den Erwachsenenstrafen leicht gestiegen (Tabelle 2). Von 2009 bis 2018 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 17,7 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 29,4 % gesunken (Destatis, 2019).

Die gesetzliche Verwaltung des Justizvollzugs in Deutschland wurde 2006 in die Hände der Bundesländer übergeben. Seitdem wurde für jedes Bundesland ein eigenes Strafvollzugsgesetz erlassen. Das Fehlen verbindlicher bundesweiter Richtlinien im Bereich der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung in Haft führt auch zu Unterschieden in der Art und Verfügbarkeit von Therapieangeboten in den Bundesländern. Die Gesetze in zehn Ländern (Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) orientieren sich hierbei an einem Muster für ein einheitliches Strafvollzugsgesetz. Trotzdem wurde das ursprüngliche Strafvollzugsgesetz nicht vollkommen abgelöst und behält in bestimmten Bereichen seine Gültigkeit. Dazu gehören der Pfändungsschutz, die gerichtlichen Rechtsbehelfe sowie die Gesetzgebungszuständigkeit für den Vollzug von Ordnungs-, Sicherungs-, Zwangs- und Erziehungshaft (Körner et al., 2019).

Grundsätzlich geben die Strafvollzugsgesetze der einzelnen Länder vor, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist. Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Im StVollzG und in den Vollzugsgesetzen der Länder werden keine gesonderten Aussagen über Drogen, Substitution oder Sucht getroffen. Das Äquivalenzprinzip bildet die Grundlage der medizinischen Versorgung.

Anlässlich des Weltdrogentages 2017 fordert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) eine bessere medizinische Behandlung von inhaftierten Drogenkonsumenten. Angesichts der häufig damit einhergehenden psychischen sowie körperlichen Probleme der Abhängigen in Haft soll ein bundesweiter Zugang zu Substitutionsprogrammen gewährleistet und eine Verringerung der Gesundheitsrisiken durch Spritzenaustauschprogramme gefördert werden. Ein Spritzenaustauschprogramm gibt es aktuell nur in der JVA für Frauen in Berlin. Ein Anspruch für eine angemessene gesundheitliche medizinische Behandlung soll anerkannt und eine Begleitung im Übergang und bei der Vernetzung mit Angeboten zur Suchthilfe und der Straffälligenhilfe garantiert werden. Zusätzlich fordert die DHS eine Teilnahme von suchtkranken Inhaftierten an vollzugsinternen Möglichkeiten (Schule, Ausbildung, Aktivierungsangebote), die Vollzugslockerungen bedürfen, von denen Suchtkranke teilweise ausgeschlossen sind.

Um tödliche Überdosierungen bei Opioidkonsumenten nach der Haftentlassung zu verringern, startete die Deutsche Aidshilfe im August 2016 in Zusammenarbeit mit Fixpunkt e.V. ein Naloxon-Vergabe Modellprojekt, in welchem Gefangene mit einem gegenwärtigen oder vergangenen Opioidkonsum, sowie Gefangene, die sich derzeit in Substitution befinden, ein Training zu Drogenwirkung und Erster Hilfe in Form von Informationsveranstaltungen angeboten bekommen sollten (Dettmer und Knorr, 2016). Dieses Projekt konnte bisher allerdings nicht umgesetzt werden und wird vorerst nicht weiterverfolgt.

Die Deutsche Suchthilfestatistik führt seit 2008 einen Tabellenband für externe ambulante Beratung im Strafvollzug. Ab dem Berichtszyklus 2018 werden externe und interne Dienste zur Beratung und Behandlung im Strafvollzug gemeinsam in einem Tabellenband dargestellt werden. Die Daten sind daher nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbar.

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Organisation

1.1.1 Strafvollzug in Deutschland

Gemäß den Vorgaben der Vollzugsgeschäftsordnung (VGO Nr. 73) ist von den Justizvollzugsanstalten ein monatlicher Nachweis über den Bestand der Gefangenen und Verwahrten am Ende des Monats sowie über Zu- und Abgänge im Monatsbericht zu erstellen. Das Deutsche Statistische Bundesamt (Destatis) erstellt für drei ausgewählte Kalendermonate (März, August und November) aus diesen zu Länderergebnissen aggregierten Nachweisen Übersichten für Deutschland und veröffentlicht sie im Internet. Enthalten sind dabei Daten zu den Strafgefangenen nach Art und Dauer des Vollzugs sowie die Altersgruppe und das Geschlecht. Zudem wird die Art und Häufigkeit der Vorstrafen und die Staatsangehörigkeit in den Berichten angegeben. Die Übersichten umfassen die Einrichtungen des Justizvollzugs der Länder. Einrichtungen des Maßregelvollzugs sowie Jugendarrestanstalten sind nicht enthalten.

Am 31.03.2018 befanden sich laut der jährlichen Destatis-Erhebung 50.957 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte (ohne Untersuchungshaft) in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Von diesen waren 5,8 % (2.931) Frauen und 31,9 % (16.267) Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. 70,5 % (35.938) waren ledig, 15,4 % (7.862) verheiratet, 1,3 % (669) verwitwet und 12,7 % (6.488) geschieden. 15,4 % (7.868) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 0,4 % (180) der Häftlinge nach allgemeinem Strafrecht waren zwischen 18 und 21 Jahre alt, 23,8 % (12.141) zwischen 21 und 30 Jahre, 34,2 % (17.402) zwischen 30 und 40 Jahre und 33,3 % (16.967) waren 40 Jahre alt und älter.

65 % der Strafgefangenen und Sicherheitsverwahrten (33.149) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 2 Jahren ab, 30,2 % (15.448) eine Haftstrafe über zwei und bis zu 15 Jahren und 3,5 % der Inhaftierten (1.794) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Destatis, 2019).

Eine Übersicht über die Zahl der Justizvollzugsanstalten, deren Belegungsfähigkeit und die tatsächliche Belegung am 30.11. jeden Jahres liefert Tabelle 1. Demnach gab es in Deutschland dieses Jahr (2018) 179 organisatorisch selbstständige Anstalten mit insgesamt 74.386 Haftplätzen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mit 63.643 Gefangenen zu 86 % ausgelastet waren (Destatis, 2019).

Tabelle 1 Anstalten und Belegungsfähigkeit am Stichtag 30. November

Jahr	Anstalten und Belegungsfähigkeit		Belegungsfähigkeit	Belegung	Belegung ¹
	Insgesamt	Offener Vollzug			
2003	205	22	78.753	79.153	101%
2004	202	21	79.209	79.452	100%
2005	199	20	79.687	78.664	99%
2006	195	19	79.960	76.629	96%
2007	195	19	80.708	72.656	90%
2008	193	18	79.713	72.259	91%
2009	194	17	78.921	70.817	90%
2010	188	16	77.944	69.385	89%
2011	186	15	78.529	68.099	87%
2012	186	15	77.498	65.902	85%
2013	185	14	76.556	62.632	82%
2014	184	13	75.793	61.872	82%
2015	183	13	73.916	61.737	84%
2016	182	14	73.627	62.865	85%
2017	180	13	73.603	64.351	87%
2018	179	13	74.386	63.643	86 %

1) Belegung jeweils in % der Belegungsfähigkeit.

(Destatis, 2019)

Trotz der verringerten Anzahl an Vollzugsanstalten in den letzten Jahren konnte die Belegungssituation verbessert werden und liegt seit 2010 im Schnitt unter 90 %. Bei einer Bewertung der Daten ist hierbei trotzdem Vorsicht geboten, da die Belegungssituation ohne Unterscheidung der Haftarten dargestellt wird. In Rheinland-Pfalz gibt es beispielsweise gravierende Unterschiede bei der Belegungssituation im geschlossenen (98,8 % Belegung) und offenen (34,4 % Belegung) Männervollzug.

Waren die Vollzugsanstalten Anfang der 2000er Jahre noch über ihre Kapazitäten hinweg ausgelastet, zeigt sich nun, trotz Reduzierung der Anzahl der verfügbaren Vollzugsanstalten in den meisten Bundesländern, eine maximale Auslastung von 76 – 95 %. Gestiegen sind die Auslastungen im Vergleich zu 2017 in Brandenburg (von 81 % auf 87 %), Mecklenburg-Vorpommern (75 % auf 80 %), Sachsen-Anhalt (80 % auf 82 %), Schleswig-Holstein (83 % auf 84 %) und Thüringen (81 % auf 82 %). Insgesamt ist die Belegungsauslastung im Vergleich zum letzten Jahr in zehn Bundesländern gesunken, in Bayern ist keine

Veränderung aufgetreten. Auch hier gilt allerdings, dass es zwischen den Haftarten zu deutlichen Unterschieden hinsichtlich der Auslastung kommen kann.

1.2 Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten

1.2.1 Prävalenz von Drogenkonsum

Mit Hilfe der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug konnte erstmals der Anteil der Gefangenen und Verwahrten mit einer stoffgebundenen Suchtproblematik zum Haftantritt in einem Großteil der JVAen beziffert werden. Um wichtige Informationen zur stoffgebundenen Suchtproblematik abbilden zu können, wurden zwei inhaltlich aufeinander aufbauende Erhebungen installiert. Es handelt sich dabei um eine jährliche Stichtagserhebung und eine Jahresverlaufserhebung.

Für die Stichtagserhebung wird die Anzahl der substanzmissbrauchenden und -abhängigen Inhaftierten unter Angabe der jeweiligen Hauptsubstanz erhoben. Grundlage dafür ist das Ergebnis einer Einschätzung zur individuellen Suchtproblematik zum Zeitpunkt der Aufnahme des Inhaftierten in die Haftanstalt. Die Konsumeinschätzung zum Zeitpunkt der Aufnahme ist dabei anhand der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) vorzunehmen. Zudem wird die Anzahl der Inhaftierten erfasst, die sich am Stichtag in Substitution befinden. Für die Jahresverlaufserhebung wird für das aktuelle Kalenderjahr die Anzahl der medizinisch begleiteten Entgiftungen, die Anzahl der Entlassungen in eine stationäre oder ambulante Suchtentwöhnungsbehandlung im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung (gemäß § 35 BtMG) und im Rahmen der Aussetzung des Restes der Strafe (gemäß § 57 StGB bzw. § 88 JGG) erfasst. Im Rahmen der Datenerhebung werden alle Einrichtungen des geschlossenen sowie offenen Vollzuges miteinbezogen. Zudem findet die Erhebung in allen Justizvollzugsanstalten, in denen Freiheits- und Jugendstrafen, Untersuchungshaft oder Sicherungsverwahrung vollzogen wird, statt. Grundsätzlich ist es denkbar, dass nicht für alle Inhaftierten am Stichtag eine Konsumeinschätzung vorgenommen werden konnte. Vor allem bei Zugängen am oder um den Stichtag ist dies möglich. Dies dürfte insbesondere Zugänge unmittelbar vor oder am Stichtag selbst betreffen. Solche Fälle sind von der Auswertung ausgeschlossen, da das Fachdienstgespräch zur Ermittlung der eventuellen Abhängigkeit oder des Missbrauchs von illegalen Substanzen noch nicht stattgefunden hat oder das Ergebnis der Konsumeinschätzung noch nicht festgehalten beziehungsweise dokumentiert wurde.

Daten aus 12 der 16 Bundesländer konnten in die Analyse miteinbezogen werden. Dabei wurde unter den männlichen Inhaftierten eine Erreichungsquote von 64,9 % angegeben, unter den weiblichen Inhaftierten wurden 59,2 % der Gefangenen für die Erhebung erreicht. Bei 44 % der 41.896 erfassten Inhaftierten am Stichtag 31.03.2018 wurde eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit oder Missbrauch) zum Zeitpunkt des Haftantritts festgestellt. Bei 27 % der Inhaftierten ist von einer Abhängigkeit und bei 17 % von schädlichem Gebrauch (Missbrauch) psychotroper Substanzen, einschließlich Alkohol, auszugehen.

Bei Inhaftierung wiesen 39 % der weiblichen und 44 % der männlichen Gefangenen aus den 12 miteinbezogenen Bundesländern eine Suchtproblematik auf. Als Suchtproblematik wurde für diese Erhebung die Abhängigkeit (F1x.2) im Sinne des ICD-10 sowie Substanzmissbrauch (F1x.1) miteinbezogen. Hier ist besonders hervorzuheben, dass unter den teilnehmenden Bundesländern eine große Heterogenität zu sehen ist: Während in manchen Ländern ein Viertel der männlichen Inhaftierten eine Suchtproblematik aufweist und in anderen Ländern zwei Drittel der inhaftierten Männer davon betroffen sind, war der Unterschied bei den Frauen noch deutlicher ausgeprägt: Bei den weiblichen Inhaftierten variiert der Wert der Frauen mit Suchtmittelproblematik zwischen 11 % und 57 % (Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“ (LAG), 2019).

Im offenen Vollzug waren am Stichtag wesentlich weniger Gefangene mit einer Suchtproblematik untergebracht als im geschlossenen Vollzug. Mehr als drei Viertel der Gefangenen im offenen Vollzug haben bei ihrer Inhaftierung keine Suchtproblematik vorliegen, der Anteil im geschlossenen Vollzug liegt bei ungefähr der Hälfte der Inhaftierten. Rund jeder Zweite weist somit im geschlossenen Vollzug ein Suchtmittelproblem auf.

Der multiple Substanzgebrauch überwiegt sowohl bei den substanzabhängigen männlichen Gefangenen mit 32 % als auch bei den substanzabhängigen weiblichen Gefangenen mit 44 %. Alkohol und Opioide als Hauptsubstanz sind die Substanzen, die nachfolgend genannt werden, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. Für 34 % der Frauen und 19 % der Männer wurde eine Abhängigkeit von einer Substanz aus der Klasse der Opioide festgestellt.

insichtlich der konsumierten Hauptsubstanz zeigen sich auch bei den als substanzmissbrauchend eingeschätzten Gefangenen Unterschieden zwischen Männern und Frauen. 38 % der männlichen Gefangenen nutzen Cannabinoide als Hauptsubstanz, der Anteil der weiblichen Gefangenen liegt bei Cannabinoiden als Hauptsubstanz etwa 23 %. Etwas mehr Frauen (24 %) als Männer (18 %) weisen einen missbräuchlichen multiplen Substanzgebrauch auf. Auch für den Substanzmissbrauch gilt, dass mit 14 % mehr Frauen als Männer (4 %) eine Substanz aus der Substanzklasse der Opioide als Hauptsubstanz bevorzugen. Mit 11 % nutzten Frauen ebenfalls häufiger andere Stimulanzien als die männlichen Gefangenen (7 %) (LAG, 2019). Insgesamt wurde in der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug stark zwischen den verschiedenen Haftarten, den Altersgruppen und dem Geschlecht der Inhaftierten differenziert. Nähere Informationen dazu können im Bericht zur Erhebung selbst nachgelesen werden.

Neben der Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, gibt es weiterhin die Möglichkeit als Näherungswert für die drogenkonsumierenden Inhaftierten die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten zu verwenden. Diese Schätzung ist jedoch ungenau, da auf diese Weise auch Personen berücksichtigt werden, die zwar im Zusammenhang mit Drogen gegen das Gesetz verstoßen haben, selbst jedoch keine illegalen Substanzen konsumieren, wie es beispielsweise bei manchen Dealern der Fall sein kann. Andererseits wird ein großer Teil der Drogenkonsumenten nicht berücksichtigt, da beispielsweise Personen, die aufgrund von

Beschaffungskriminalität verurteilt wurden, in den Statistiken unter anderen Kategorien als den BtMG-Verstößen aufgelistet werden. Es handelt sich dabei also nur um einen Näherungswert.

Zum Stichtag 31.03.2018 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.551 Personen (12,9 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 12 % (352) der inhaftierten Frauen und 5,1 % (181) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Wie oben beschrieben, ist hier allerdings nicht klar, inwieweit Personen, die nach dem BtMG verurteilt wurden auch selbst tatsächlich drogenbezogene Probleme aufweisen. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Strafgefangenen ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden insgesamt gesunken. Im Vergleich zu 2017 ist der Anteil in beiden Gruppen allerdings leicht gestiegen (Tabelle 2). Von 2009 bis 2018 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 17,7 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 29,4 % gesunken (Destatis, 2019).

Tabelle 2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungsverwahrung
		Insgesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2009	Inhaftierte N	61.878	58.566	3.312	51.971	3.072	6.107	237	491
	BtMG N	9.283	8.737	546	8.421	521	314	25	2
	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2010	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2011	BtMG %	14,7	14,7	15,4	16,0	15,8	4,6	10,7	0,2
2012	BtMG %	14,0	13,9	15,9	15,2	16,5	3,6	7,5	0,2
2013	BtMG %	13,4	13,3	14,9	14,5	15,3	3,4	7,6	0,0
2014	BtMG %	13,1	13,0	14,3	14,2	14,9	3,2	4,4	0,2
2015	BtMG %	13,0	13,0	13,4	14,1	13,8	3,4	4,3	0,4
2016	BtMG %	12,6	12,6	12,2	13,6	12,6	3,9	3,5	0,2
2017	BtMG %	12,6	12,6	12,8	13,4	13,3	4,6	2,8	0,2
2018	Inhaftierte N	50.957	48.026	2.931	43.905	2.785	3.557	144	566
	BtMG N	6.551	6.199	352	6.016	346	181	6	2
	BtMG %	12,9	12,9	12,0	13,7	12,4	5,1	4,2	0,4

Hinweis: „BtMG N“: Anzahl der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen, „BtMG %“: Anteil der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen.

(Destatis, 2019)

1.2.2 Drogenversorgung im Gefängnis

In den Ländern werden häufig Anfragen durch Abgeordnete zu aufgefundenen Substanzen oder zum Drogenhandel im Gefängnis gestellt. Die Antworten dazu werden dann in den Amtsblättern veröffentlicht.¹

In einer qualitativen Studie zu den Sichtweisen von Handelserfahrenen und Experten aus Justiz und Strafverfolgung hinsichtlich des illegalen Drogenmarktes in deutschen JVAen wurde untersucht, welche Motivationen für den Drogenhandel in Haft genannt werden und wie er in deutschen Gefängnissen vollzogen wird. Dabei wird deutlich, dass der Drogenhandel in Haft Gemeinsamkeiten mit dem Handel in Freiheit aufweist: Bei beiden gibt es den selbst organisierten kleineren Markt, der hauptsächlich der Finanzierung des persönlichen Konsums dient. Zugleich ist jeweils allerdings auch ein Marktanteil zu finden,

¹ Die parlamentarischen Anfragen des Landes Berlin können beispielsweise hier abgerufen werden: <https://www.berlin.de/justizvollzug/aktuelles/parlamentarische-anfragen/suche/> [Letzter Zugriff: 23.08.2018].

der sehr hierarchisch strukturiert ist und vor allem der Gewinnmaximierung dient. Hier wurden die meistgenannten Motive, Profit und Eigenkonsum, bereits genannt. Es wird deutlich, dass die unterschiedlichen Motivationen, denen der Drogenhandel im Gefängnis unterliegen kann, sehr vielfältig sind. Dabei konnte vor allem bei weiblichen Befragten beobachtet werden, dass häufig nicht die eigene Abhängigkeit als Motivation genannt wird, sondern die des Partners. Um die Versorgung des Partners im Gefängnis sicherzustellen, ist häufig die Praxis des vaginalen oder analen Einführens verpackter Drogen zum Schmuggel in das jeweilige Gefängnis genannt worden. Vor allem in den Interviews mit den Experten wurden nicht nur die Partner der Insassen als mögliche Schmuggler detektiert: Auch Mitarbeitende der JVAen, Rechtsanwälte oder andere offizielle Personen werden teilweise als Involvierte genannt. Es deuten sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Weitergabe von Drogen an: Nach Einschätzung der Befragten gibt es im Frauenvollzug weniger organisierte Strukturen für den Drogenhandel. Vielmehr werden vorhandene Drogen geteilt und zeitlich begrenzte Freundschaften entwickeln sich daraus. Als Motiv dafür wird dabei der Wunsch nach Konsum genannt. Die häufig genannte Motivation für die Weitergabe und den Handel mit Drogen in Männervollzugsanstalten, Macht und Gewinn, spielen hier eine untergeordnete Rolle. (Meier und Bögelein, 2017)

Mittlerweile ist vor allem im Bereich der Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) bekannt, dass der Schmuggel vorwiegend über Papier, auf dem NPS aufgeträufelt und getrocknet wurden, stattfindet (Patzak, 2018).

1.3 Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis

Unabhängig von gesetzlichen Regelungen werden im Folgenden einige wesentliche Maßnahmen aufgeführt, die in vielen Justizvollzugsanstalten bereits realisiert werden:

Die medizinisch begleitete Versorgung / Entgiftung intoxikierter Inhaftierter und die Behandlung suchtasoziiierter Erkrankungen erfolgt durch die medizinischen Bereiche der jeweiligen Vollzugsanstalten oder stationär in gesonderten Justizvollzugskrankenhäusern.

Bestehende Substitutionsbehandlungen werden bei Bedarf in den Justizvollzugsanstalten durch Suchtmediziner weitergeführt und ggf. mit einer psychosozialen Betreuung begleitet.

Bei Bedarf werden Substitutionsbehandlungen in den Justizvollzugsanstalten eingeleitet und ggf. mit einer psychosozialen Betreuung begleitet.

Vor Haftentlassungen werden substituierte Inhaftierte an einen Substitutionsarzt vermittelt, der die Substitution nach Haftentlassung weiterführt.

In vielen deutschen Justizvollzugsanstalten sind verschiedene Träger der Suchthilfe tätig, um die Beratung und Begleitung Inhaftierter mit einer Suchtproblematik zu gewährleisten und einen Übergang in externe stationäre und ambulante Suchtentwöhnungsbehandlungen vorzubereiten. Einzelne Bundesländer haben eigene Suchtberater in den Justizvollzugsanstalten.

In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Gruppen zur Vorbereitung externer stationärer und ambulanten Suchtentwöhnungsbehandlungen angeboten.

In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten sind gesonderte Bereiche für Gefangene mit bestehender oder zu fördernder Abstinenzmotivation eingerichtet und mit Abstinenzkontrollprogrammen über Urin- oder Speicheltestungen begleitet.

In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Maßnahmen zur Abstinenzkontrolle (Urin- oder Speicheltestungen) durchgeführt, um den Drogengebrauch der Gefangenen bewerten zu können.

In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen für drogengebrauchende Gefangene, insbesondere im Themenbereich des Infektionsschutzes, vorgehalten (Senatsverwaltung für Justiz Verbraucherschutz und Antidiskriminierung, 2019).

1.3.1 Nationale Politik oder Drogenstrategie

Rechtliche Rahmenbedingungen

Seit 2006 haben nach und nach alle deutschen Bundesländer eigene Strafvollzugsgesetze (StVollzG) eingeführt. Diese regeln „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 1 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30. Juni 2006 vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen. Das StVollzG wurde schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften in Teilen abgelöst (§ 125a GG). Wie oben beschrieben, gilt das StVollzG für besondere Haftarten weiterhin. Alle Bundesländer haben mittlerweile eigene Landesstrafvollzugsgesetze. Die Landesgesetze orientieren sich jedoch größtenteils am bundesweiten Strafvollzugsgesetz und unterscheiden sich meist nur in einzelnen Details. Beispielsweise richten sich Art und Umfang der Leistungserbringung im Bereich der Gesundheitsfürsorge in den Bundesländern nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V). Weitere Informationen zu den Rechtlichen Grundlagen und deren Umsetzung sind ebenfalls im Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“ aus dem Jahr 2018 unter dem Punkt „1.2 Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen“ zu finden (Sipp et al., 2018).

Die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen wird je nach Landesstrafvollzugsgesetz unter einem anderen Titel geregelt. Nachfolgend wird dies beispielhaft am Bayerischen Strafvollzugsgesetz dargestellt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§ 58 BayStVollzG). Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Damit ist unter anderem die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gemeint (§ 60 BayStVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten die Vorschriften des SGB V (§ 61 BayStVollzG). In den StVollzGen werden keine gesonderten Aussagen über Drogen, Substitution oder Sucht getroffen. Medizinische Behandlungen von Gefangenen werden von den Justizministerien der Länder

getragen, bei Arbeitsunfällen übernimmt die Krankenversicherung bzw. die Landesunfallversicherung (Bundesministerium der Justiz, 2009).

Die Landesgesetze unterscheiden sich unterschiedlich stark vom StVollzG. Im Hessischen Strafvollzugsgesetz wird das Recht der Gefangenen auf psychologische oder psychotherapeutische Behandlung oder Betreuung geregelt (§ 26 Abs. 2 HStVollzG). In Niedersachsen, Berlin, Hessen und Baden-Württemberg werden darüber hinaus explizit präventive Maßnahmen erwähnt. In Niedersachsen wird der Anspruch der Gefangenen auf Schutzimpfungen (§ 57 Abs. 1 NJVollzG) gesetzlich geregelt. In Hessen und Baden-Württemberg wurde die Notwendigkeit zur Aufklärung der Gefangenen über eine gesunde Lebensführung schriftlich festgehalten (§ 23 Abs. 1 HStVollzG und § 32 Abs. 1 JVollzGB). In Hessen und Baden-Württemberg wird darüber hinaus auf die Möglichkeit von Kontrollen zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs hingewiesen (§ 4 HStVollzG und § 64 JVollzGB).

Im Bereich der Behandlung abhängiger Straftäter gemäß § 64 StGB haben sich durch die Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus verschiedene Änderungen ergeben. Hier hat die geänderte Gesetzeslage dazu geführt, dass es im Rahmen einer sogenannten Halbstrafenregelung möglich ist durch eine Behandlung in einer Entziehungsanstalt früher entlassen zu werden, als dies bei Antritt einer normalen Haftstrafe gegeben wäre, sodass sich zunehmend süchtige Straftäter in der Unterbringung gemäß §64 StGB befinden (Muysers, 2019).

Eine Studie mit dem Ziel die Maßregelbehandlung von 2010–2014 im Bezirk Schwaben zu evaluieren, kam zu dem Schluss, dass Maßregelbehandlung einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und Risikominimierung psychisch kranker Straftäter leistet. Für die Studie wurden 130 Patienten direkt nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug und ein Jahr später zu sozialer Reintegration, Substanzkonsum und Delinquenz befragt. Suchtpatienten, also Personen, die gemäß § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebracht waren, waren ein Jahr nach Entlassung zu 67 % in Arbeit, zu 57 % abstinent und zu 83 % straffrei. 4% (n=2) konsumierten ein Jahr nach Entlassung regelmäßig, 18% (n=10) blieben nach einem einmaligen Rückfall abstinent, 7% (n=4) konsumierten unregelmäßig, 11% (n =6) wurden substituiert, und für weitere 4% (n=2) konnte die Forensische Nachsorge den aktuellen Substanzkonsum nicht beurteilen. Die Hälfte (55%; n=12) aller rückfällig gewordenen (n=16) oder substituierten (n=6) 64er-Patienten gab an, sich an die Forensische Nachsorgeambulanz zu wenden, wenn sie Hilfe bei einem Konsumrückfall benötige. 9 (17%) Patienten wurden im Laufe des Jahres zwischen der ersten und zweiten Befragung wieder straffällig. Die Rückfalldelikte waren Verkehrsdelikte (n=4), Verstöße gegen das BtmG (n=2), Weisungsverstöße (n=2) sowie eine Körperverletzung. Zwei der 9 Rückfalldelikte erwiesen sich als Verstöße gegen das BtmG. Hier wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Rückfalldelikte durchweg in geringeren Deliktkategorien anzusiedeln seien, als das jeweilige Einweisungsdelikt (Dudeck et al., 2018).

In einer umfassenden Analyse der Suchtfachverbände für das Jahr 2009 wurde dargelegt, dass bei einer großen Anzahl von haftentlassenen Rehabilitanden in der Suchttherapie (39 % Alkohol und 77 % Drogen) zu Beginn der Therapie kein Krankenversicherungsschutz

besteht und sich dieser in manchen Fällen erst nach mehreren Wochen herstellen lässt (Drogen- und Suchtrat, 2013). Zur Lösung dieses Problems muss die zeitliche, örtliche und sachliche Zuständigkeit der entsprechenden Institutionen (Jobcenter, Krankenkasse) möglichst frühzeitig und unbürokratisch geklärt werden. Das kann nur gelingen, wenn entsprechende Anfragen oder Anträge noch vor Ende der Haftzeit erfolgen. In der Vorbereitung ambulanter oder stationärer Rehabilitationsmaßnahmen muss in jedem Fall die Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger, der während der Haft ausgesetzten Krankenversicherung oder dem Jobcenter geklärt sein. Ohne diese Abklärung kann keine Rehabilitationsmaßnahme angetragen werden. Der Wiedereintritt in die Krankenversicherung ist als wesentliche Aufgabe des Übergangsmagements vorzubereiten und die Kassen werden angehalten, eine Wiederaufnahmebestätigung auszustellen und somit die nahtlose medizinische Versorgung der Haftentlassenen sicherzustellen.

Andere Interventionen im Strafjustizsystem

Es gibt auf allen Ebenen der Strafverfahren die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen das Verfahren einzustellen. Häufig sind einige Stunden sozialer Arbeit eine erste staatliche Reaktion auf problematisches Verhalten im Bereich Drogen. Um Drogenkriminalität oder auch Beschaffungskriminalität zu verringern, haben sich viele Städte die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen, Aufenthaltsverbote bzw. Platzverweise für bestimmte Orte an Drogenabhängige auszusprechen, um dem Entstehen offener Drogenszenen entgegenzuwirken.

Auf staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche und Heranwachsende, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dabei werden anstelle eines Verfahrens aber häufig Sanktionen, wie beispielsweise die Teilnahme an der „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD“ (siehe auch 1.3.1) vergeben. Dies ist im Zusammenhang mit Straftaten gegen das Betäubungsmittelgesetz meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen illegaler Drogen handelt.

Auch im Erwachsenenstrafrecht gibt es die Möglichkeit der Einstellung oder des Absehens von der Strafverfolgung beziehungsweise der Klageerhebung durch die Staatsanwaltschaft. Die entsprechenden Normen sind in den §§ 153 – 154a StPO festgelegt.

Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld sowie dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§ 31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Delikte im Zusammenhang mit dem Eigenkonsum, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und keine Dritten beteiligt sind. Die Anwendung dieser Regelungen ist regional recht unterschiedlich, wie eine Studie von Schäfer und Paoli (2006) gezeigt hat. Hinsichtlich der Verfolgung von Konsumdelikten im Zusammenhang mit Cannabis zeichnet sich eine zunehmende Veränderung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ab. Zuletzt hat Thüringen die Grenze auf 10 g angehoben, die

meisten anderen Länder sind noch bei 6 g, Berlin schon traditionell bei 15 g. Weitere Details finden sich im Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“, Abschnitt 1.1.2.

In fast allen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens oder zur Haftvermeidung zum Einsatz – wie etwa das weit verbreitete Programm “Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD”. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden (für eine genauere Darstellung des Programms FreD siehe Dammer et al., 2018).

Alternativen zu Gefängnisstrafen

Nach §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) kann unter bestimmten Umständen für psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter Maßregelvollzug (MRV) in speziellen Maßregelvollzugskliniken angeordnet werden.

Außerdem kann nach der Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe von bis zu zwei Jahren die laufende Vollstreckung der Strafe zurückgestellt werden, wenn sich der Drogenabhängige nachweislich einer externen ambulanten oder stationären Suchtentwöhnungsbehandlung unterzieht („Therapie statt Strafe“, § 35 BtMG).

Die vom BMG geförderte Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“ wurde bis April 2013 in den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB, also dem Maßregelvollzug, von 2001 bis 2011 enorm angestiegen ist. Deutlich wurde zudem, dass nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme Drogenabhängige zunehmend einer Bewährungshilfe gemäß §§ 35, 36 BtMG unterstellt werden und die noch zu vollstreckende Strafe somit zur Bewährung ausgestellt wird. Eine reguläre Therapiebeendigung lag bei 50 % aus der § 35 BtMG-Gruppe vor, sie war damit erfolgreicher als die Gruppe ohne diese Auflage mit 43 % regulären Therapiebeendigungen. Eine ausführlichere Darstellung der Studie findet sich im REITOX-Bericht 2013.

1.3.2 Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis

Mit der Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1982) wird festgehalten, dass das Gesundheitspersonal im Gefängnis die Pflicht hat, Gefangene in der Bewahrung ihrer körperlichen und mentalen Gesundheit zu unterstützen und sie im Krankheitsfall unter den gleichen Qualitätsstandards zu behandeln, die Nichtinhaftierten zugutekommen. Der Europarat empfiehlt für den Umgang mit Gefangenen und Verwahrten unter der Überschrift „Equivalence of care“ (Äquivalenzprinzip), dass die Gesundheitspolitik in Gefängnissen der nationalen Gesundheitspolitik entsprechen und in diese integriert werden soll. Darüber hinaus können Bedingungen im Gefängnis, die die Menschenrechte der Gefangenen verletzen, nicht durch einen Mangel an Ressourcen gerechtfertigt werden. Das den

Strafvollzugsgesetzen vorangestellte Äquivalenzprinzip stellt dies in allen Bundesländern sicher. Beispielhaft sind die kostenintensiven Therapien bei der Behandlung von Hepatitis C zu nennen, die eine typische Begleiterkrankung von Drogenabhängigen darstellt und die in allen Bundesländern möglich ist.

In Deutschland regeln die Strafvollzugsgesetze, welche medizinischen Leistungen Gefangene beanspruchen können, und verweisen bezüglich Art und Umfang auf das Sozialgesetzbuch (SGB V) (Meier, 2009). Demnach können Gefangene unter Umständen nicht das gesamte, für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbindliche Leistungsspektrum in Anspruch nehmen. Die Beschränkung der Versorgung ist beispielsweise aufgrund der Kürze einer Haftstrafe oder Sicherheitsbedenken möglich (Lesting, 2018).

Im Jahr 2011 hatte ein 1955 geborener, langjährig heroinabhängiger Mann während seiner Inhaftierung in einem bayerischen Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, sowie hilfsweise die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Substitution durch einen auf Suchterkrankungen spezialisierten Facharzt oder -ärztin beantragt. Das Gefängnis lehnte dies ab mit der Begründung, dass keine medizinische Notwendigkeit für die Substitution vorliege und dies auch kein geeignetes Mittel zur Rehabilitation des Häftlings sei. Im Jahr 2012 folgte das Landgericht Augsburg dieser Argumentation und fügte zudem hinzu, dass keine Begutachtung durch einen Suchtexperten nötig sei. In der Berufungsinstanz lehnte auch das Oberlandesgericht München den Antrag des Häftlings ab. Das Bundesverfassungsgericht wies die eingereichte Beschwerde des Mannes 2013 ohne Nennung von Gründen ab (Entscheidung Nr. 2 BvR 2263/12). Nach seiner Entlassung aus der Haft 2014 wurde dem Mann von seinem Arzt eine Substitutionsbehandlung verordnet. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte kam in einem Urteil am 01.09.2016 (mit Verweis auf den Äquivalenzgrundsatz) zu dem Schluss, dass das Vorgehen durch die Haftanstalt und Gerichte ein Verstoß gegen Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) war. Dabei urteilt der Gerichtshof nicht darüber, ob der Insasse eine Opioid-Substitutionstherapie hätte erhalten müssen. Jedoch hätten die JVA und ganz besonders die involvierten Gerichte einen unabhängigen Arzt mit Expertise in Suchtbehandlung hinzuziehen müssen, um den Gesundheitszustand des Mannes beurteilen zu lassen. Der Kranke habe auf Grund des Verhaltens der JVA und Gerichte physisch und psychisch leiden müssen. Die Forderung des Mannes nach Schadensersatz wiesen die Straßburger Richter jedoch zurück (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 2010).

Anlässlich des Weltdrogentages 2017 fordert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) eine bessere medizinische Behandlung von inhaftierten Drogenkonsumenten (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2016). Angesichts der häufig einhergehenden psychischen sowie körperlichen Probleme der Abhängigen in Haft, soll ein bundesweiter Zugang zu Substitutionsprogrammen gewährleistet und eine Verringerung der Gesundheitsrisiken durch Spritzenaustauschprogramme gefördert werden. Ein Anspruch auf eine angemessene gesundheitliche medizinische Behandlung soll anerkannt und eine

Begleitung im Übergang und bei der Vernetzung mit Angeboten zur Suchthilfe und der Straffälligenhilfe garantiert werden. Zusätzlich fordert die DHS eine Teilnahme von suchtkranken Inhaftierten an vollzugsinternen Möglichkeiten (Schule, Ausbildung, Aktivierungsangebote), die Vollzugslockerungen bedürfen, von denen Suchtkranke häufig ausgeschlossen sind.

1.3.3 Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis

Im Jahr 2010 fand das erste Expertengespräch „Heroinvergabe in Haft – neue Herausforderungen und Chancen für den Vollzug“ statt, das von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) organisiert wurde. Es nahmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheits- und Justizministerien und der Aidshilfen sowie Anstaltsärztinnen und Anstaltsärzte teil. Auslöser für diese Zusammenkunft war, dass die Vergabe außerhalb der Haft in die Regelversorgung übergehen sollte. Darum wurde die Ermöglichung einer Vergabe von Diamorphin in Haftanstalten diskutiert. Die Expertenrunde kam zu dem Ergebnis, dass nötige Voraussetzungen hierfür eine Ausweitung der intramuralen Substitutionsbehandlung und eine ausreichende politische Rückendeckung wären (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2010a). Zusätzlich müsste die Haltung gegenüber Drogenkonsumierenden in Haft unter den Bediensteten stärker thematisiert und reflektiert werden. Seit 2011 ist die intramurale Substitution mit Diamorphin in Justizvollzugsanstalten des Landes Baden-Württemberg möglich.

Die DAH geht zudem davon aus, dass die Einführung einer Depotspritze zur Substitution von Opioidabhängigen im Frühjahr 2019 auch für Inhaftierte einen großen Vorteil bieten könnte. Je nach Dosierung kann dieses Mittel einmal wöchentlich oder monatlich unter die Haut injiziert werden, wobei der Wirkstoff dabei kontinuierlich freigesetzt wird. So könnten im Justizvollzug einerseits der zeitliche und personelle Aufwand verringert und das Missbrauchsrisiko minimiert werden (Deutsche AIDS-Hilfe Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2019b). Mehr Informationen zur Depotspritze zur Substitutionsbehandlung kann im Workbook Behandlung 2019 (Tönsmeise et al., 2019) gefunden werden.

In einer Studie des Robert Koch-Instituts, welche zwischen 2012 und 2014 durchgeführt wurde, untersuchte die Forschergruppe unter anderem Unterschiede von Opioid-Substitutionstherapien unter Gefangenen in Deutschland (Robert Koch-Institut (RKI), 2018). Elf teilnehmende Bundesländer (Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) stellten Daten zur Verfügung. Während des Untersuchungszeitraums (Januar 2012 bis März 2013) wurden alle 97 teilnehmenden JVAen und Justizvollzugskrankenhäuser (JKV), in denen zu dieser Zeit 34.191 Häftlinge untergebracht, waren von drei Apotheken mit Arzneimitteln für OST versorgt. Von den eingeschlossenen JVAen wurden 58 % mit Arzneimitteln zur OST versorgt. Als Gesamt-OST-Behandlungsprävalenz wird in dieser Studie von 2,18 % gesprochen. Es wird jedoch ebenfalls angegeben, dass injizierender Drogenkonsum, dabei meist Opioidkonsum, bei 22 – 30 % der Inhaftierten vorliegt. Das würde bedeuten, dass nur etwa 10 % von diesen Inhaftierten Substitution erhalten. Die

Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug ist dagegen zu anderen Ergebnissen gekommen. In der Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, die unter 1.2.1 wurden ebenfalls Daten zur Substitution in Haft erhoben. Dafür wurde unter anderem die Anzahl der am Stichtag substituierten Gefangenen erfasst. Zudem wurde eine Substitutionsquote berechnet, um konkretere Aussagen über den Anteil substituierter Gefangener tätigen zu können. Die Anzahl aller Gefangenen herangezogen, bei denen eine Abhängigkeit von Suchtmitteln aus der Substanzklasse der Opioide oder eine Abhängigkeit mit multiplem Substanzgebrauch festgestellt wurde, wurde als Bezugsgröße genutzt. Da in der Kategorie multipler Substanzgebrauch auch Personen einbezogen werden, die möglicherweise keine Substanz entsprechend der Substitutionsrichtlinien konsumieren, führt dieses Vorgehen unter Umständen zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Substitutionsquote (Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“, 2019).

Am Stichtag, dem 31.03.2018, befanden sich in den 12 Bundesländern, die bei der Datenanalyse berücksichtigt werden konnten, insgesamt 6.013 Gefangene (5.530 männliche und 483 weibliche) im Justizvollzug, die bei Haftantritt die Kriterien der Substanzabhängigkeit erfüllten und als Hauptsubstanz entweder Opioide oder multiple Substanzen konsumierten. Zu diesem Zeitpunkt wurden 1.440 Inhaftierte (1.181 männliche und 259 weibliche) substituiert. Dies entspricht einer Substitutionsquote von insgesamt 23,9 %. Dabei ist der Unterschied zwischen männlichen Inhaftierten, die für eine Substitutionsbehandlung in Frage kommen würden und weiblichen Inhaftierten, auf die dies ebenfalls zutrifft, groß: Unter den männlichen Gefangenen lag die Substitutionsrate am Stichtag 31.08.2018 bei 21,4 %, unter all denjenigen, die theoretisch für eine Substitution in Frage gekommen wären. Von den weiblichen Gefangenen, wurden mit 53,6 % derjenigen, bei denen eine Opioidabhängigkeit oder eine Abhängigkeit mit multiplen Substanzgebrauch festgestellt wurde, deutlich häufiger substituiert (Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“, 2019).

Die oben bereits genannte Studie des Robert Koch-Instituts verweist dabei auf die große Spanne der Behandlungsprävalenzen zwischen 0 % im Saarland und 7,9 % in Bremen, die darauf hindeutet, dass Substitution sehr unterschiedlich in den Bundesländern umgesetzt wird. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, wobei darin nicht ersichtlich wird, um welche Bundesländer es sich jeweils handelt. Insbesondere die nördlichen Bundesländer zeigen in der Studie des RKI hohe OST-Raten, was deren liberalere und auf Schadensminimierung ausgerichtete Politik unterstreicht. Im Saarland, in Bayern und in den östlich gelegenen Bundesländern wurden dahingegen nur einige wenige JVAen mit OST-Mitteln beliefert. Die fehlende beziehungsweise niedrige Behandlungsprävalenz im Saarland und in Bayern weist auf eine ausschließliche Entzugsbehandlung statt Substitution und eine stark auf Abstinenz orientierte Politik im dortigen Justizvollzug hin (Schmidt et al., 2018). Näheres zur Studie findet sich im Kapitel "1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots" im Workbook „Behandlung“. Die Rahmenbedingungen der OST in Deutschland werden ebenfalls in genanntem Workbook unter „1.4

Behandlungsangebote und Einrichtungen“ noch genauer beschrieben (siehe Bartsch et al., 2018).

Grundsätzlich ist bei allen Substitutionsbehandlungen die Richtlinie der Bundesärztekammer verbindlich. Zusätzlich dazu können Behandlungsempfehlungen ausgesprochen werden. In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2010 erstmals ärztliche Behandlungsempfehlungen zur damals noch selten durchgeführten Substitution in Haft veröffentlicht. Im Jahr 2018 wurde eine überarbeitete Version eingeführt. Die drei Eckpfeiler der entsprechenden Implementierungsstrategie sind einheitliche Behandlungsempfehlungen, die Qualifizierung der Anstaltsärzte und -ärztinnen sowie das Monitoring der Behandlung in Haft. Die ärztlichen Behandlungsempfehlungen haben nachweislich dazu beigetragen, die Zahl der Inhaftierten in Nordrhein-Westfalen, die in Haft substituiert werden, deutlich zu erhöhen. In Verbindung mit der obligatorischen suchtmmedizinischen Fortbildung für JVA-Ärzte und -Ärztinnen gelang es in Nordrhein-Westfalen innerhalb eines Jahrzehnts den Anteil der Inhaftierten mit Opiatabhängigkeit in Substitutionstherapie von rund 3 % im Jahr 2008 auf fast 40 % im Jahr 2017 maßgeblich zu steigern (Neunecker, 2019)

Da Informationen nur aus einzelnen Bundesländern veröffentlicht werden können und teils relativ alt sind, kann weder über die aktuelle Situation noch über eine Tendenz bezüglich der Verfügbarkeit und den Durchführungsbedingungen von OST in deutschen Justizvollzugsanstalten eine gesicherte Aussage getroffen werden. Mit Hilfe der bundeseinheitlichen Vollerhebung zu den ICD-10 Diagnosen in deutschen Justizvollzugsanstalten sollten diese Daten allerdings in Zukunft vorgelegt werden können.

1.3.4 Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis

Tabelle 3 Drogenbezogene Interventionen in deutschen Gefängnissen

Art der Intervention	Spezifische Interventionen	JA/NEIN (Besteht die formale Möglichkeit dazu?)	Zahl der Gefängnisse in denen die Intervention tatsächlich implementiert ist	Kommentare oder Spezifikationen zur angegebenen Intervention
Begutachtung des Drogenkonsums und damit einhergehender Probleme bei Inhaftierung		Ja	K.I.	K.I.
Beratung zu drogenbezogenen Problemen		Ja	K.I.	K.I.

	Individuelle Beratung	Ja	K.I.	K.I.
	Gruppenberatung /-gespräche	Ja	K.I.	K.I.
Stationäre Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
	Abstinenz-abteilung	Ja	K.I.	K.I.
	Therapeutische Gemeinschaft / stationäre Behandlung	Ja	K.I.	K.I.
Pharmakologisch betreute Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
	Entgiftung	Ja	K.I.	K.I.
	Fortführung der OST bei Inhaftierung	Ja	K.I.	K.I.
	Beginn der OST nach Inhaftierung	Ja	K.I.	K.I.
	Fortführung der OST nach Entlassung	Ja	K.I.	K.I.
	Andere pharmakologische Behandlungen	Ja	K.I.	K.I.
Vorbereitung auf Entlassung		Ja	K.I.	K.I.
	Verweis auf externe Dienstleister bei Entlassung	Ja	K.I.	K.I.
	Soziale Reintegrationsmaßnahmen	Ja	K.I.	K.I.
	Prävention von Überdosen nach Haftentlassung (z.B.: Training, Beratung)	Ja	K.I.	K.I.

	Naloxonausgabe	Ja	K.I.	K.I.
Interventionen bei Infektionskrankheiten		Ja	K.I.	K.I.
	HIV-Test	Ja	K.I.	K.I.
	HBV-Test	Ja	K.I.	K.I.
	HCV-Test	Ja	K.I.	K.I.
	Hepatitis B Impfung	Ja	K.I.	K.I.
	Hepatitis C Behandlung mit Interferonen	Ja	K.I.	K.I.
	Hepatitis C Behandlung mit DAA	Ja	K.I.	K.I. n
	ART Therapie bei HIV			
Konsumutensilienvergabe		Ja	1	K.I.
Ausgabe von Kondomen		Ja	K.I.	K.I.

K.I. = Keine Information
(Expertenmeinung)

In einem systematischen Review von Hedrich et al. (2012) wurde ein Überblick über die Effektivität von aufrechterhaltender Substitutionsbehandlung (opioid maintenance treatment, OMT) im Gefängnis veröffentlicht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Vorteile von OMT im Gefängnis vergleichbar sind mit denen der OST außerhalb der Haft. OMT stellt eine Möglichkeit dar, problematische Opioidkonsumenten dazu zu bewegen, sich in Behandlung zu begeben, illegalen Opioidkonsum und Risikoverhalten im Gefängnis zu reduzieren und möglicherweise auch die Zahl der Überdosierungen nach Haftentlassungen zu minimieren. Wenn es eine Anbindung an gemeindenahere Behandlungsprogramme gibt, erleichtert OMT im Gefängnis auch die Kontinuität von Behandlung und hilft dabei, langfristige positive Effekte zu erzielen.

Der seit 2008 vorliegende Tabellenband der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug wurde ab dem Berichtsjahr 2017 umgestellt auf einen gemeinsamen Tabellenband für sowohl externe als auch interne Beratungs- und Behandlungsangebote im Strafvollzug. Aufgrund der Umstellung des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) waren diese Daten im letztjährigen Bericht noch nicht enthalten und sind daher für das Berichtsjahr 2018 nun erstmals wieder enthalten, können allerdings mit den Daten der Vorjahre nicht uneingeschränkt verglichen werden.

Da dieser Tabellenband für das Berichtsjahr 2018 nur 12 Einrichtungen (2017:14 Einrichtungen) umfasst und nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei Einrichtungen vorliegen oder maßgeblich beeinflusst werden, sollten die Zahlen mit großer Vorsicht interpretiert werden, da keinerlei Informationen über Selektionsmechanismen für die Beteiligung vorliegen und keine Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität der teilnehmenden Gefängnisse gemacht werden können. Zudem beinhaltet der Tabellenband für 2018 keine Daten zu weiblichen Inhaftierten. Das durchschnittliche Alter der Männer mit einer Drogenproblematik, die 2018 Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 32,0 Jahre (2017: 31,5 Jahre).

Tabelle 4 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen (Männer)

Hauptdiagnose	N	%	Erstbehandelte
Opioide	212	17,89 %	0,0 %
Kokain	112	9,45 %	56,25 %
Stimulanzien	356	30,04 %	44,66 %
Hypnotika/Sedativa	8	0,68 %	12,5 %
Halluzinogene	0	0,0 %	--
Cannabinoide	371	31,31 %	21,83 %
Multiple/andere Substanzen	126	10,63 %	0,0 %
Gesamt	1.185		31,98 %

(Braun et al., 2019a, Braun et al., 2019b)

Insassen mit der Hauptdiagnose Cannabinoide nutzten die Gelegenheit für eine intramurale Behandlung mit 31 % am häufigsten, dicht gefolgt von denjenigen, dicht gefolgt mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (30 %). Die Verteilung der Substanzen bei denjenigen, die sich vor ihrem Gefängnisaufenthalt noch nie in Behandlung begeben haben, fällt anders aus, als bei denen, die vorher schon Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem gemacht haben. Bei den Erstbehandelten war die Hauptdiagnose Kokain mit 56,25 % am häufigsten vertreten.

Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten

Ausführliche Informationen zu Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten in Gefängnissen finden sich im Sonderkapitel 11 des REITOX-Berichtes 2011 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Zudem hat sich das Robert Koch-Institut in ihrem 2018 veröffentlichten Bulletin „Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland“ ebenfalls damit auseinandergesetzt (Robert Koch-Institut (RKI), 2018).

Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung

Die HIV/AIDS-Strategie, welche im Jahr 2015 von UNAIDS vorgelegt wurde, stellt fest, dass der Strafvollzug einen Rahmen darstellt, der besondere Maßnahmen zur

Gesundheitsförderung notwendig macht. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar (UNAIDS, 2015).

In ihrer neuen Richtlinie zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung gibt die Bundesärztekammer (BÄK) vor, dass bei einem Übergang von einer ambulant durchgeführten Substitutionsbehandlung in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung und umgekehrt, die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sichergestellt werden soll. Zudem ist es bei Inhaftierten mit erwartetem hohem Rückfall- oder Mortalitätsrisiko nach der Haftentlassung durchaus möglich, eine OST bei aktuell nicht konsumierenden Opioidabhängigen vor der Haftentlassung einzuleiten (Bundesärztekammer (BAK), 2017).

Um tödliche Überdosierungen bei Opioidkonsumenten nach der Haftentlassung zu verringern, initiierte die Deutsche Aidshilfe im August 2016 in Zusammenarbeit mit Fixpunkt e.V. ein Naloxon-Vergabe Modellprojekt, in welchem Gefangene mit einem gegenwärtigen oder vergangenen Opioidkonsum sowie Gefangene, die sich derzeit in Substitution befinden, ein Training zu Drogenwirkung und Erster Hilfe in Form von Informationsveranstaltungen angeboten bekommen sollten (Dettmer und Knorr, 2016). Dieses Projekt konnte bisher allerdings nicht umgesetzt werden und wird vorerst nicht weiterverfolgt.

Reintegration von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten nach Haftentlassung

Der rechtliche Rahmen gibt vor, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (z. B. Art. 79 BayStVollzG in Verbindung mit Art. 17 BayStVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der Haftentlassung ist. Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (z. B. Art. 175 BayStVollzG).

Auch die Träger der Sozialhilfe sollen mit Vereinigungen gleicher Zielsetzung und den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und auf eine gegenseitige Ergänzung hinwirken (§ 68 Abs. 3 SGB XII und § 16 Abs. 2 SGB II). Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff Übergangsmangement entwickelt und umgesetzt. Auf der einen Seite wird versucht, die Entlassenen in und nach Haft möglichst nahtlos in Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu bringen, auf der anderen Seite, den mit der Inhaftierung sowie kriminellen Karrieren verbundenen Problemlagen zu begegnen. Hauptaufgabe der Arbeit im Übergangsmangement ist die Verbesserung der Lage der Klientinnen und Klienten durch Beratung, Betreuung, aber auch durch Qualifizierung und Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Obwohl es historisch betrachtet mit der Einführung der „Straffälligenhilfe“ vor über 150 Jahren und der Einführung der Bewährungshilfe in den 1950er Jahren schon seit Langem entsprechende Bemühungen gibt, besteht bei der Diskussion und Umsetzung eines Übergangsmagements nach wie vor großer Entwicklungsbedarf, wobei die Entlassungsvorbereitung in den Ländervollzugsgesetzen bereits stärker in den Fokus gerückt wurde.

Suchtgefährdeten oder abhängigkeiterkrankten Menschen ein angemessenes Angebot bei der Entlassung aus dem Justizvollzug anbieten zu können, ist für die Suchthilfe eine

Herausforderung. Daher gab der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr) eine Empfehlung zum Übergangsmanagement ab, die u. a. folgende Elemente enthält (Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., 2013):

- Verbesserung der suchtmmedizinischen Versorgungssituation, u. a. Substitutionsbehandlung in Haft und Drogennotfalltraining,
- Teilhabe auch für suchtkranke Inhaftierte an vollzugsinternen Möglichkeiten zu Arbeit und Qualifizierung,
- enge Begleitung im Übergang und Vernetzung mit Angeboten der Suchthilfe und der Straffälligenhilfe, z. B. Vermittlung in betreutes Wohnen, ärztliche Ambulanzen etc. sowie
- Bereitstellung von haftbegleitender ambulanter Rehabilitation, beginnend ca. 6 Monate vor Entlassung, in einer Behandlungsstelle außerhalb und fortgeführt nach Haftentlassung.

Seit diese Forderungen im Jahr 2013 gestellt wurden, scheint sich in verschiedenen Bereichen eine Verbesserung der Situation zu zeigen. Einerseits wurde die suchtmmedizinische Versorgungssituation optimiert und gerade für substituierte Gefangene ist die Teilhabe an vollzugsinternen Maßnahmen, Vollzugslockerungen, Unterbringung im offenen Vollzug u. A. deutlich verbessert worden. Zudem ist es möglich, ambulante Behandlung über die Zurückstellung gemäß § 35 BtMG zu erhalten oder diese werden im Rahmen von Vollzugslockerungen umgesetzt. Außerdem ist die Vermittlung von Substituierten in externe Anschlusssubstitutionsbehandlung Bedingung (Abraham, 2018).

1.3.5 Zusätzliche Informationen

Die „Initiative Gesundheit in Haft“ (2019) hat ein Eckpunkte Papier herausgebracht, in dem sechs Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit Inhaftierter gemacht werden. Vor allem die Ungleichbehandlungen in der medizinischen Versorgung von abhängigen Inhaftierten und hier insbesondere den drogenabhängigen Gefängnisinsassen und überproportional hohe Rate an Todesfällen nach der Haftentlassung werden dabei angesprochen. Folgende Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation drogenabhängiger Menschen in Haft werden dabei vorgeschlagen

- Gesundheitliche Benachteiligung Inhaftierter – Das Äquivalenzprinzip muss unterstützt werden
- Großer Schaden durch Nichtbehandlung auf mehreren Ebenen – Behandlungs- und Resozialisierungserfolge in Haft sollen erhöht werden
- Vermeidung von Todesfällen nach Haftentlassung ist möglich – Das Überleben soll mit Hilfe des Übergangsmanagements gesichert werden
- Menschen mit Drogenabhängigkeit stehen am Rand der Gesellschaft – Stigmatisierung soll reduziert werden

- Fachkundige Hilfe für schwerkranke Menschen ist von großer Bedeutung – Qualifizierung und Verbesserung der Vernetzung ist dafür unumgänglich
- Offener Austausch ist für die Verbesserungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Inhaftierter unumgänglich – Transparenz muss geschaffen werden

1.4 Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4)

Im Workbook „Best Practice“ (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), 2019) finden sich unter „1.2 Organisation and functioning of best practice promotion“ weitere Informationen zur Qualitätssicherung und Standards für drogenbezogene Angebote in Haft.

1.4.1 Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Institutionen mit der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen außerhalb der Gefängnisse, wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Ärztekammern. Die Kontrolle der Gesundheitsfürsorge in Haft, und damit auch die Sicherstellung der Qualität von drogenbezogenen Angeboten, untersteht in Deutschland den Justizministerien. Das deutsche Justizvollzugssystem unterhält ein eigenes gesundheitliches Versorgungssystem, vergleichbar mit dem Gesundheitssystem bei der Polizei oder Bundeswehr (Stöver, 2006). Das bedeutet, dass sich die Gesundheitsversorgung zwischen Patientinnen und Patienten innerhalb dieser Systeme und der Allgemeinbevölkerung unterscheidet; beispielsweise besteht für Inhaftierte nicht die Möglichkeit einer freien Arztwahl.

Die Aufsicht über die Medizinischen Dienste in den deutschen Justizvollzugsanstalten ist aufgrund der besonderen Struktur von Gefängnissen anders geregelt als außerhalb. So ist der Anstaltsleiter gegenüber dem Anstaltsarzt fachlich nicht weisungsbefugt (Keppler et al., 2010). Der Arzt unterliegt aber einer Fachaufsicht, die wie folgt geregelt sein kann:

- Die oder der Aufsicht führende Referentin oder Referent im Ministerium (Medizinalreferentin oder -referent) ist Ärztin oder Arzt.
- Die oder der Aufsicht führende Referentin oder Referent im Ministerium ist keine Ärztin und kein Arzt, sondern z. B. Juristin und Jurist oder Psychologin und Psychologe. Sie oder er bedient sich bei medizinischen Fachfragen des Fachwissens von Medizinerinnen und Medizinern, die nicht dem Justizministerium angehören, z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums oder externen Ärztinnen und Ärzten ohne Bindung an eine öffentliche Institution.
- Die Aufsicht obliegt keiner Referentin und keinem Referenten (Mitarbeiterin und Mitarbeiter des Justizministeriums), sondern externen Ärztinnen und Ärzten, z. B. erfahrenen Anstaltsärztinnen und -ärzten aus einem anderen Bundesland, Ärztinnen und Ärzten aus dem Gesundheitsministerium oder pensionierten Ärztinnen und Ärzten.

Als externer Gutachter fungiert die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, auf der Grundlage des Fakultativprotokolls zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen

Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OP-CAT) und der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT). Im diesbezüglichen Europäischen Übereinkommen wird der regelmäßige Besuch von Einrichtungen des Freiheitsentzugs geregelt (European Commission, 2002). Der letzte Besuch des CPT in Deutschland fand zwischen dem 25. November und 7. Dezember 2015 statt. In diesem Rahmen wurden 16 Einrichtungen besucht. Aussagen des CPT Berichts im Zusammenhang mit der „Gesundheitsversorgung“ beruhen dabei nur auf drei Einrichtungen und sind daher nicht repräsentativ zu verstehen. Bemängelt wurde dabei vor allem, dass den Insassen nicht zu jeder Zeit genügend qualifizierte Pflegekräfte zur Verfügung standen und dass Medikamente teilweise nicht von medizinisch geschultem Personal sondern von Justizvollzugsbeamten verteilt wurden. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass der Umgang mit psychiatrisch erkrankten Personen, also auch Suchtkranken, häufig als problematisch betrachtet wird. Eine Verlegung in ein Justizvollzugskrankenhaus wird aufgrund fehlender Betten offenbar oftmals verweigert. Zudem wurde die unterschiedliche Möglichkeit des Zugangs zu einer Substitutionsbehandlung in Haft in den verschiedenen Anstalten bemängelt, dies entspricht laut CPT nicht dem Grundsatz einer gleichwertigen Versorgung (Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, 2017).

In Nordrhein-Westfalen wird in den „Ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug“ die Kontrolle der medizinischen Tätigkeit durch die Fachaufsicht der Aufsichtsbehörde geregelt (Husmann, 2010). Sie trifft Anordnungen, falls die Grenzen des pflichtgemäßen ärztlichen Ermessens überschritten oder fehlerhaft ausgeübt werden. Weisungen durch die Fachaufsicht sind auf konkrete Einzelfälle beschränkt.

Nach wie vor beinhaltet eine Inhaftierung das Risiko, dass eine bereits außerhalb der Justizvollzugsanstalt begonnene Substitutionsbehandlung nicht fortgesetzt wird (Deutsche Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2019a, Stöver, 2010). Richt- und Leitlinien können dazu beitragen, Unsicherheiten und Unkenntnis seitens des Gesundheitspersonals im Vollzug entgegenzuwirken. Um den Anstaltsärztinnen und -ärzten mehr Sicherheit zu geben, sollten die Rahmenbedingungen, z. B. Behandlungsstrategien, psychosoziale Begleittherapie oder Abbruchkriterien, klar beschrieben werden. Dabei müssen die spezifischen Bedingungen in Haft besonders berücksichtigt werden. Auf internationaler Ebene existieren unter anderem die im Jahr 2003 von der Euro-Region der WHO verabschiedete Erklärung "Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit" (World Health Organization (WHO), 2003) und die Handlungsempfehlungen „Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings“ (Kastelic et al., 2008).

In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (2010) wird der positive Effekt von Substitutionsbehandlung im Vollzug sowohl auf den Krankheitsverlauf der Opioidabhängigkeit als auch auf die Erreichung des Vollzugsziels betont. Darum wird als Ziel

genannt, „die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen“. Ziele sind laut den Behandlungsempfehlungen:

- die Verhinderung von Todesfällen aufgrund einer gesunkenen Toleranz in Haft und nach Haftentlassung,
- die Reduzierung von illegalen und subkulturellen Aktivitäten,
- die Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie
- die dauerhafte Abstinenz.

Ähnlich wie in Freiheit muss die Patientin oder der Patient vor Beginn der Substitutionsbehandlung einen Behandlungsvertrag unterschreiben, in dem die Regeln festgelegt werden. Unter anderem wird darin schriftlich festgehalten, wann es zum Abbruch der Behandlung kommt (beispielsweise bei wiederholtem problematischem Beikonsum, Drogenhandel oder bei Gewalt im Zusammenhang mit der OST) und dass ein Abbruch nicht zwangsläufig den dauerhaften Ausschluss aus der OST bedeutet. Die Entscheidung über eine Beendigung der Behandlung trifft der Ärztliche Dienst, für den Wiederbeginn gibt es keine festen Bedingungen. Grundsätzlich gilt in Nordrhein-Westfalen, dass bei Aufnahme in eine JVA bei bereits substituierten Patientinnen und Patienten die Weiterbehandlung erfolgt und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Es wird empfohlen, dass bei einer Substitutionsbehandlung in Untersuchungshaft und Strafhafte unter zwei Jahren ein Platz für die Weitersubstitution gesichert sein sollte. Spätestens bei Haftentlassung sollte ein Platz für die Weiterbehandlung gesichert sein.

In einer Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums Baden-Württemberg wird seit 2002 die Substitution im Justizvollzug geregelt. Es sind klare Aussagen über die grundsätzlichen Ziele der OST sowie Vorgaben über Indikation, Ausschluss, Aufnahme, Durchführung, Dokumentation und Beendigung der Substitutionsbehandlung enthalten. Darüber hinaus ist seit Inkrafttreten der überarbeiteten und ergänzten Version der Verwaltungsvorschrift am 15.07.2011 auch die Substitution mit Diamorphin möglich (Justizministerium Baden-Württemberg, 2011).

In Niedersachsen ist die Grundlage für eine Substitutionsbehandlung in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003² (Deutscher Bundestag, 2016), der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben und die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der Substitution geregelt. Die Indikationsstellung zur Substitution obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt, der oder die im Wege der Einzelfallprüfung feststellt, ob die Substitutionsbehandlung begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf andere Weise nicht

² Medizinische und paramedizinische Richt- und Leitlinien im niedersächsischen Justizvollzug; hier: Medikamentöse Substitution bei opioidabhängigen Gefangenen, Erlass vom 1.4.2013 – 4558 – 303.2.13.

erreicht werden kann. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die Substitution nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien.

Gemäß Äquivalenzprinzip gelten darüber hinaus auch intramural die 2017 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (Bundesärztekammer (BAK), 2017). Die Richtlinien gelten für alle Ärztinnen und Ärzte, die diese Behandlung durchführen. Entsprechend der Richtlinien ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung kontinuierlich fortgeführt wird. Darüber hinaus kann eine Substitutionsbehandlung in begründeten Einzelfällen auch nach ICD 10 F11.21 (Opioidabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden. Bei vorliegendem Konsum weiterer psychotroper Substanzen sollte zunächst die Ursache, beispielsweise eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels oder eine komorbide psychische oder somatische Erkrankung, ermittelt und nach Möglichkeiten beseitigt werden. Gefährdet dieser Beikonsum die Substitution, ist der Entzug der zusätzlichen psychotropen Substanz einzuleiten.

Training von Justizvollzugsbeamten

Justizvollzugspersonal ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in besonderem Maße mit drogenkonsumierenden Personen konfrontiert. Darum ist diese Berufsgruppe prädestiniert für eine gesonderte Schulung zum Umgang und Risikobewusstsein im Zusammenhang mit Drogenkonsumenten, auf die von den Justizministerien mit entsprechenden Programmen der Aus- und Weiterbildung reagiert wird.

Das Handbuch „Schadensminimierung im Justizvollzug“, das vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) herausgegeben wurde und das Ergebnis eines von der Europäischen Kommission geförderten Projektes ist, dient der Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Strafvollzug (Wiegand et al., 2011). Das Handbuch gibt Hinweise darauf, wie negative Auswirkungen bestimmter Verhaltensweisen reduziert werden können, wie beispielsweise die Übertragung von Infektionskrankheiten bei intravenösem (i.v.) Drogenkonsum durch die gemeinsame Nutzung von Spritzen oder Nadeln. Diese Konzepte spielen v. a. in Justizvollzugsanstalten eine Rolle, da es dort um die Wahrung der Menschenrechte der Gefangenen, um den Schutz der öffentlichen Gesundheit und nicht zuletzt auch um die erwiesene Kosteneffektivität präventiver Maßnahmen verglichen mit Behandlungskosten, beispielsweise nach erfolgter Infektion, geht. Im Handbuch werden Informationen zu Infektionskrankheiten und deren Übertragungswege sowie zu Drogenkonsum und damit verbundenem Risikoverhalten vermittelt. Unter anderem sollen Vollzugsbeamtinnen und -beamten damit für spezielle Herausforderungen des Drogenkonsums sensibilisiert werden. Außerdem sollen Einstellungen und Verständnis der Vollzugsbeamtinnen und -beamten gegenüber Drogenkonsum sowie -konsumentinnen und -konsumenten hinterfragt werden.

Baden-Württemberg berichtete, dass im Jahr 2010 in 17 Anstalten des Landes eine Beratung für Bedienstete im Strafvollzug angeboten wurde (Reber, 2011). Darüber hinaus wurden in einigen Berliner Justizvollzugsanstalten mit dieser Zielgruppe Drogennotfalltrainings durchgeführt (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.). Dabei werden sowohl angemessenes Verhalten im Drogennotfall vermittelt als auch besondere Risiken thematisiert, wie beispielsweise der Drogenkonsum nach Abstinenz. Auch die Vergabe von Naloxon, einem Opioidantagonisten, spielt hierbei eine Rolle. Zudem spielt der Themenbereich Sucht in der Grundausbildung des Allgemeinen Vollzugsdienstes beispielsweise in Berlin eine wichtige Rolle. Auch andere Länder geben diesem Thema Raum im Zuge der Ausbildung.

2 TRENDS

Vor allem die Zunahme des Konsums Neuer psychoaktiver Substanzen in deutschen Justizvollzugsanstalten stellt den Justizvollzug in seiner Gänze vor neue Herausforderungen (Patzak, 2019).

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen drogenbezogener Angelegenheiten in Gefängnissen

Neue psychoaktive Stoffe-Projekt in der Justizvollzugsanstalt Wittlich

In der Justizvollzugsanstalt Wittlich in Rheinland-Pfalz wurde 2016 ein Projekt zur Erkennung von Drogenkonsum speziell im Bereich der Neuen psychoaktiven Stoffe (NPS) eingeführt, deren Konsum durch Schnelltests nicht nachweisbar ist. Dabei sollen die Mitarbeiter des Vollzuges Gefangene, die nach Einschätzung der Vollzugsbeamten aufgrund ihres Auftretens möglicherweise Drogen konsumiert haben, melden. Nach einer Begutachtung durch speziell geschultes Personal wird bei Verdacht auf NPS-Konsum eine Urinprobe genommen und auf verschiedene NPS getestet, sowie repressive als auch präventive und beratende Maßnahmen ergriffen. In Ergänzung zu diesem Projekt hat die JVA Wittlich nun den Drogenscanner, genauer gesagt ein Ionenmobilitätsspektrometer erworben. Dieser ist Dank einer Kooperation mit dem Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz (LKA RLP) in der Lage, gängige NPS auf einer Vielzahl unterschiedlicher Trägerstoffe zu detektieren. Es sind sowohl positiv (Generierung eines Alarms) als auch negativ (keine Generierung eines Alarms) auf BtM, NPS oder Arzneimittel getestete Asservate analysiert worden. Das bisherige Ergebnis: Rund 90% der IMS-Ergebnisse, die in der JVA Wittlich und im LKA RLP generiert wurden, stimmen mit dem verifizierenden Verfahren (GC-MS) überein (Patzak und Metternich, 2019). Im Jahr 2018 wurden in Folge dieses Projektes 14 Häftlinge aufgrund des Verdachts von geschultem Personal hin positiv auf einen Drogenkonsum getestet. Dabei konnten durch die Untersuchung der Urinproben drei unterschiedliche NPS nachgewiesen werden, am häufigsten wurde FUB-AMB (9mal) nachgewiesen. Zudem wurden in sechs Fällen mit NPS versehene Trägerstoffe festgestellt (z.B. Papierstreifen). Zusätzlich finden weiterhin regelhaft

Urin- oder Speichelanalysen statt, die der Abstinenzkontrolle oder dem Konsumnachweis dienen (Patzak, 2019).

Datenerhebung zu ICD-10 Diagnosen in deutschen Justizvollzugsanstalten

Aufgrund des fehlenden oder wenig aussagekräftigen Informationsstandes über den Anteil suchtkranker Gefangener und anderen Fragestellungen zur Suchtproblematik in deutschen Justizvollzugsanstalten wurde durch Vertreterinnen und Vertretern der 115. Tagung des Strafvollzugausschusses der Länder eine bundeseinheitliche Datenerhebung veranlasst, innerhalb welcher Insassen aller 16 Bundesländer (insgesamt 64.397 Gefangene, Stichtag 31.03.2016) rückwirkend und ab dann fortlaufend auf der Grundlage von ICD-10 Diagnosen bezüglich ihres Drogenkonsums diagnostiziert und erfasst werden sollten. Die zweite Stichtagserhebung folgte am 31. März 2017. In den meisten Bundesländern wurde der größte Anteil der Gefangenen in die Erhebung einbezogen, die Gesamterhebung konnte allerdings noch nicht gewährleistet werden. Dementsprechend entschieden die Ländervertreterinnen und Ländervertreter auf der 125. Tagung des Strafvollzugausschusses der Länder im Mai 2017 die Erhebung für weitere zwei Jahre in allen Bundesländern durchzuführen, die aufgetretenen Probleme in der Umsetzung zu berücksichtigen und wenn möglich zu beheben. Die Daten einer zufriedenstellenden gesamtdeutschen Stichtags- und Verlaufserhebung sind aufgrund von Validitätsproblemen der bisher erfolgten Erhebungen noch immer ausstehend (Abraham, 2017). Die Stichtagserhebung in 2018 erfolgte bereits mit einer höheren Quantität und Qualität, sodass eine Veröffentlichung der Datensätze durch den Strafvollzugausschuss der Länder im September 2019 beschlossen wurde.

Naloxon-Schulung in bayerischen Haftanstalten

Im Mai 2019 wurde die deutschlandweit erste Naloxon-Schulung in einer JVA im Rahmen eines Modellprojektes mit Unterstützung aus dem Justizministerium durchgeführt. Daran haben 4 inhaftierte Frauen der JVA Stadelheim (Frauenabteilung) teilgenommen, die kurz vor Entlassung stehen. Sie haben im Anschluss an die Schulung ein Naloxon-Kit in die Habe bekommen und es wird ihnen bei Entlassung ausgehändigt. Weitere Schulungen sind geplant (Condrobs Condrobs e.V., 2019). Weitere Informationen zum Modellprojekt und dessen Inhalten sind im Workbook *Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung* (Dammer, 2019) zu finden.

Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) führte eine Studie zu der Wirksamkeit der Behandlung suchtkranker Straftäter im Maßregelvollzug durch, um Aufschluss über den Verlauf der erneuten Strafhandlungen und Suchtmittelkonsum nach Haftentlassung zu erlangen (Dimmek et al., 2010). In einer retrospektiven Katamnese wurden 160 Patienten aus dem Maßregelvollzug drei Jahre nach ihrer Entlassung erfasst. Die untersuchte Stichprobe zeigte erhebliche biografische Risikomerkmale, wie früher Erstkonsum (43 % konsumierten Cannabis vor dem 16. Lebensjahr), fehlende Schul- oder Berufsabschlüsse

(35 % und 63 %) und Gewalt im familiären Kontext (40 %). Grund für die Unterbringung im Maßregelvollzug waren bei den suchtkranken Patienten hauptsächlich Raub (37,7 %) und Verstöße gegen das BtMG (32,1 %). 42,4 % der Delinquenten wurde in dem betrachteten Zeitraum erneut straffällig, hauptsächlich mit Eigentums-, Straßenverkehrsdelikten und Verstößen gegen das BtMG (Bundesministerium der Justiz, 2009).

4 ZUSATZINFORMATIONEN

4.1 Zusätzliche Informationsquellen

Vollerhebung zum Substanzkonsum in der JVA Wittlich

Im Rahmen einer Untersuchung wurden basierend auf Selbstauskünften der Inhaftierten der Männerhaftanstalt Wittlich in Rheinland-Pfalz Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen erhoben. Bezogen auf alle Inhaftierten lag die Erreichungsquote bei 41,45 % (n=193). Der Fragebogen war in vier Themenbereiche zum Konsum von Alkohol und Tabak, illegalen Drogen, zum Risikoverhalten und dem Wissen zu Hilfsangeboten und Konsequenzen des Substanzkonsums in Haft unterteilt.

64,2 % (n=124) der Befragten gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben vor der Inhaftierung in Wittlich irgendeine illegale Substanz konsumiert zu haben. Im Vergleich dazu liegt die Lebenszeitprävalenz für den Konsum irgendeiner illegalen Droge im Jahr 2015 in der männlichen Allgemeinbevölkerung bei 32,5 % (Piontek et al., 2016a) und ist damit nur etwa halb so hoch. Die Altersstruktur der Inhaftierten wurde allerdings nicht erhoben. 14 % (n=27) aller befragten Inhaftierten und somit 71,1 % derjenigen, die angaben, bereits Drogen in der JVA Wittlich genommen zu haben, gaben an, dass sie mindestens einmal Cannabis in Wittlich gebraucht hätten. Die Lebenszeitprävalenz der Inhaftierten von Cannabis liegt bei 52,3 % (n=101). Damit liegt sie deutlich über der Lebenszeitprävalenz der männlichen Allgemeinbevölkerung in Deutschland, die bei 31,8 % lag (Piontek et al., 2016b). Insgesamt handelt es sich bei Cannabis um die am häufigsten konsumierte illegale Substanz sowohl in der JVA Wittlich als auch im extramuralen Setting. Mit 3,1 % (n=6) lagen Heroin und Amphetamine an dritter Stelle der in Haft konsumierten illegalen Substanzen. Dies entspricht 15,8 % aller derjenigen, die Drogenkonsum in der JVA Wittlich angegeben haben. Die Lebenszeitprävalenz von Heroin der Inhaftierten wird mit 13 % (n=25) angegeben, womit sie deutlich über der Lebenszeitprävalenz der männlichen Allgemeinbevölkerung liegt, die für Heroin und andere Opioide mit 1,7 % angegeben ist (Piontek et al., 2016a). Für Amphetamine liegt die Lebenszeitprävalenz der Inhaftierten bei 38,3 % (n=74) und somit 9,3 mal höher als in der männlichen Gesamtbevölkerung, dort wird die Lebenszeitprävalenz mit 4,1 % (Piontek et al., 2016a) angegeben. 2,6 % (n=5) der Inhaftierten gaben an, dass sie bereits Ecstasy in der JVA Wittlich konsumiert hätten, bei Kokain lag die Zahl bei 2,1 % (n=4). Lediglich 0,5 % also nur ein Inhaftierter, gab an, LSD in der JVA Wittlich konsumiert zu haben und der Gebrauch von Methamphetaminen und Pilzen während der Inhaftierung in Wittlich wurde durchgehend verneint.

Insgesamt gaben 24,4 % (n=47) der Befragten an, mindestens einmal in ihrem Leben vor ihrer Inhaftierung in Wittlich NPS konsumiert zu haben. 9,3 % (n=18) gaben an, dies auch in der JVA Wittlich getan zu haben. Von den NPS-konsumierenden Inhaftierten stammen vier aus der Untersuchungshaft, 14 aus dem geschlossenen Vollzug. Insgesamt haben nur drei zum ersten Mal NPS in der JVA Wittlich konsumiert, die anderen haben Konsum bereits im extramuralen Setting bejaht (Schneider, 2019).

5 QUELLEN UND METHODIK

5.1 Quellen (T5.1)

- Abraham, K. (2017). Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Bericht zum Sachstand, Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung, Berlin.
- Abraham, K. (2018). Vorabinformation zur Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, Berlin.
- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019a). Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Alle Bundesländer. Tabellenband für Einrichtungen im Strafvollzug. 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte, IFT Institut für Therapieforschung.
- Braun, B., Hanna, D., Künzel, J. & Specht, S. (2019b). Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Alle Bundesländer. Tabellenband für Einrichtungen im Strafvollzug. 5 ZB (ohne EK) - Erstbehandelte IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bundesärztekammer (BAK) (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger
- Bundesministerium der Justiz (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatorendatenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008, Berlin.
- Condrobs e.V. (2019). Persönliche Kommunikation. Naloxon-Schulung in Haft.
- Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2017 / 2018). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, München.
- Destatis (2019). Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs. Stichtag 30. November 2018, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.
- Dettmer, K. & Knorr, B. (2016). Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung. Eine modellhafte Intervention, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010a). Deutsche AIDS-Hilfe: Drogentod nach Haftentlassung. [http://www.presseportal.de/pm/14407/1680696/deutsche_aids_hilfe_e_v/rss_\[Online\]](http://www.presseportal.de/pm/14407/1680696/deutsche_aids_hilfe_e_v/rss_[Online]). [Accessed 7/7/2018].
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010b). Projekt TEST IT. Evaluationsbericht, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dortmund/Berlin.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2019a). Expertenbündnis fordert bessere Gesundheitsversorgung in Haft. [https://www.aidshilfe.de/meldung/eckpunkte-papier-gesundheit-haft_\[Online\]](https://www.aidshilfe.de/meldung/eckpunkte-papier-gesundheit-haft_[Online]).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2019b). Unter die Haut: Neue Depotspritze zur Substitutionsbehandlung. [https://www.aidshilfe.de/meldung/buvidal-depotspritze-buprenorphin_\[Online\]](https://www.aidshilfe.de/meldung/buvidal-depotspritze-buprenorphin_[Online]).
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2019). Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Best Practice, München.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2016). Pressemitteilung zum Welt-Drogentag am 26. Juni 2016: Bundesweite Umsetzung von Substitutionsprogrammen für Drogenkonsumenten in Haft gefordert. [http://www.dhs.de/start/startmeldung-single/article/zum-welt-drogentag-am-26-juni-2016-bundesweite-umsetzung-von-substitutionsprogrammen-fuer-drogenko.html_\[Online\]](http://www.dhs.de/start/startmeldung-single/article/zum-welt-drogentag-am-26-juni-2016-bundesweite-umsetzung-von-substitutionsprogrammen-fuer-drogenko.html_[Online]). [Accessed 7/17/2018].

- Deutscher Bundestag. (2016). Sachstand - Substitutionsbehandlung im Justizvollzug. <https://www.bundestag.de/blob/480528/079376bd958e4a1b9baa2652713d63cb/wd-9-049-16-pdf-data.pdf> [Online]. [Accessed 7/17/2017].
- Dimmek, B., E.Brunn, D., Meier, S., Stremmel, M., Suer, P., M.Westendarp, A. & Westendarp, H. (2010). Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher, Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Drogen- und Suchtrat. (2013). Beschluss des Drogen- und Suchtrats. Sozialrechtliche Statusklärung als Grundlage für die Gewährleistung des KV-Schutzes Haftentlassener. http://www.cra-kongress.de/uploads/media/Sozialrechtliche__Statuserklaerung_Uebergangsmanagement_Haft.pdf [Online]. [Accessed 7/18/2018].
- Dudeck, M., Franke, I., Bezzel, A., Otte, S., Ormanns, N., Nigel, S., Segmiller, F. & Streb, J. (2018). Wer profitiert von einer Behandlung im Maßregelvollzug? Ergebnisse einer bayernweiten Katamnesestudie für den Bezirk Schwaben. Psychiatrische Praxis, 2018, 375-382.
- Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (2017). Bericht an die Deutsche Regierung über den Besuch des europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland., Straßburg.
- European Commission. (2002). Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/126.htm__ [Online]. [Accessed 7/22/2011].
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2010). CPT standards, Strasbourg.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (2013). Empfehlung des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. für ein Übergangsmanagement bei Suchtkranken im Justizvollzug, fdr, Berlin.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction, 107, 501-517.
- Husmann, K. (2010.) Substitutionstherapie in der Haft. Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit. Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft, 4/20/2010 2010 Berlin.
- Initiative Gesundheit in Haft (2019). "Prison Health is Public Health". 6 Eckpunkte-Papier Haft Wiesbaden.
- Justizministerium Baden-Württemberg (2011). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 - Az.: 4550/0495. Die Justiz, 2011.
- Kastelic, A., Pont, J. & Stöver, H. (2008). Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide, BIS-Verlag, Oldenburg.
- Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B. & Reimer, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53, 233-244.
- Körner, H. H., Patzak, J. & Volkmer, M. (2019). Betäubungsmittelgesetz: BtMG. Arzneimittelgesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz, Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, Anti-Doping-Gesetz, 9. Auflage., C.H.Beck, München.

- Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“. (2019). Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Auswertung der Stichtagserhebung (31.03.2018) zur Konsumeinschätzung und Substitution. Available: https://www.berlin.de/justizvollzug/_assets/senjustv/sonstiges/bericht_suchtproblematik_justizvollzug_stand_august-2019.pdf [Accessed 09/10/2019].
- Lesting, W. (2018). Die rechtlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Strafvollzug. Medizinrecht, 36, 69-73.
- Meier, B.-D. (2009). Äquivalenzprinzip. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Keppler, K. & Stöver, H. (eds.). Thieme, Stuttgart.
- Meier, J. & Bögelein, N. (2017). Handelserfahrene und Expert_innen über Konsum und Handel illegaler Drogen im Gefängnis - Ein empirischer Blick in den Haftalltag. rausch, 4, 236-246.
- Muysers, J. (2019). Mitteilungen aus der Bundesdirektionskonferenz (BDK). Bericht des Arbeitskreises Forensik. Psychiatrische Praxis, 2019, 116-117.
- Neunecker, M. (2019). Schulterschluss für die bessere Behandlung suchtkranker Inhaftierter. Parlamentarischer Abend 2019 zur Substitutionstherapie in Haft, Berlin.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (1982). Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. <https://www.ohchr.org/en/Professionalinterest/Pages/medicaethics.aspx> [Online]. [Accessed 7/18/2018].
- Patzak, J. (2018). Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) im Justizvollzug. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 2/18, 127-130.
- Patzak, J. (2019). Bericht der JVA Wittlich für PHAR-MON NPS Erkenntnisse aus dem Jahr 2018 Wittlich.
- Patzak, J. & Metternich, S. (2019). Der neue IONSCAN 600. Drogenscanner der JVA Wittlich zum Aufspüren von Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS). Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 35-37.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011, DBDD, München.
- Piontek, D., Atzendorf, J., Gomes de Matos, E. & Kraus, L. (2016a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach Geschlecht im Alter im Jahr 2015, München.
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016b). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html> [Online]. [Accessed 09/10/2019].
- Reber, B. (2011). Gesundheitsberichterstattung 2010 über die Gefangenen in Baden-Württemberg, Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2018). Epidemiologisches Bulletin. Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid- Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland, Berlin.

- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte, Duncker & Humboldt, Berlin.
- Schmidt, D., Müller, J., Kollan, C., Lehmann, M., Bremer, V. & Zimmermann, R. (2018). Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 13, 125-136.
- Schneider, F. (2019). Vollerhebung zum Substanzkonsum in der JVA Wittlich. Sachbericht, IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Senatsverwaltung für Justiz Verbraucherschutz und Antidiskriminierung (2019). Angaben der Justizverwaltungen, Berlin.
- Sipp, W., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schneider, F., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen, München.
- Stöver, H. (2006). Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis. In: Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Wien, April 2006. Dokumentation. akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (eds.). Berlin.
- Stöver, H. (2010). Leitlinien für die Substitutionsbehandlung in Haft. <http://www.subletter.de/content/leitlinien-f%C3%BCr-die-substitutionsbehandlung-haft> [Online]. [Accessed 17/7/2018].
- Tönsmeise, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Neumeier, E., Schneider, F. & Friedrich, M. (2019). Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Behandlung, München.
- UNAIDS (2015). On the Fast-Track to end AIDS. 2016–2021 Strategy, Genf.
- Wiegand, C., Weilandt, C., MacDonald, M., Popov, I., Purvlice, B., Pavlovska, L., Parausanu, E. & Dobrota, S. (2011). Schadensminderung im Justizvollzug. Ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n, Bonn.
- World Health Organization (WHO) (2003). Prison Health as part of public health. Declaration., Moskau.

5.2 Methodik

Strafvollzugsstatistik des Statistischen Bundesamt (Destatis)

Die Statistik umfasst alle Insassen der Einrichtungen des Justizvollzugs zur Vollstreckung von Freiheits-, Jugendstrafe und Sicherungsverwahrung (institutionelle Ebene) sowie Strafgefangene und Sicherungsverwahrte in Deutschland, jährlich zum Stichtag 31. März. Bei der Strafvollzugsstatistik handelt es sich um eine Vollerhebung; aus diesem Grund werden keine Stichprobenverfahren eingesetzt.

Die Strafvollzugsstatistik wurde Anfang der 1960er Jahre eingeführt. Seit 1965 liegen flächendeckende Ergebnisse für das frühere Bundesgebiet, seit 1992 für Deutschland insgesamt vor. Die Aufbereitung und Veröffentlichung der Statistik erfolgt jährlich. Das Statistische Bundesamt veröffentlicht die Ergebnisse seit 1965 in vergleichbarer Form.

Grundsätzlich sind die Ergebnisse der Strafvollzugsstatistik von guter bis sehr guter Qualität. Zunächst werden die Informationen für die Statistik aus Daten gewonnen, die für Verwaltungs- und Controllingzwecke erhoben wurden. Zudem sind die Statistikdaten in den Ländern automatischen Prüfroutinen unterworfen; die Statistikangaben werden aufwendig intern plausibilisiert und mit externen Daten abgeglichen. Eventuelle Unstimmigkeiten in den Daten werden durch Rückfragen der Statistischen Ämter der Länder bei den Berichtsstellen geklärt. Trotzdem können einzelne fehlende oder falsche Angaben in den Statistikdaten nicht ausgeschlossen werden.

Die Erhebungsmerkmale und -richtlinien sowie die Aufbereitungsverfahren sind in allen Bundesländern einheitlich. Die Daten sind somit räumlich vergleichbar. Allen Stichtagsergebnissen der Strafvollzugsstatistik wohnt eine methodisch bedingte Verzerrung inne: Die zu kurzzeitigen Strafen verurteilten Strafgefangenen sind im Vergleich zu den langfristig Inhaftierten unterrepräsentiert. Je kürzer die Freiheits- bzw. Jugendstrafe ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, in die jährlich nur einmal durchgeführte Stichtagserhebung einbezogen zu werden. Dieser Umstand hat insofern Einfluss auf die Ergebnisse, als in den meisten Fällen die Strukturdaten (z. B. Altersgruppe, Art der Straftat, Zahl der Vorstrafen) bei den kurzzeitig Inhaftierten anders sein können als bei den langfristig Inhaftierten.

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

Die DSHS ist ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Als Dokumentationssystem hat die Deutsche Suchthilfestatistik die Aufgabe, jene Daten, die in allen an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen dokumentiert werden, zusammenzufassen, zu archivieren, hinsichtlich der Kernaussagen zu analysieren und wichtige Veränderungen im Bereich der Suchthilfe, sowohl der behandelten

Population oder der Behandlung selbst, kenntlich zu machen und in entsprechender Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.³

Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) der DSHS stellt die Grundlage für die einheitliche Dokumentation in ambulanten und stationären Einrichtungen dar, in denen Personen mit substanzbezogenen Störungen sowie stoffungebundenen Suchtformen in Deutschland beraten, betreut und behandelt werden.

Standardmäßig wird für alle Tabellen, bei denen es sich um Einfachwahl-fragen handelt, ein einrichtungsbezogener Missingwert (= Anteil fehlender Angaben an der Gesamtheit der Angaben für die jeweilige Tabelle) von 33 Prozent oder weniger für die Aufnahme in die Gesamtauswertung vorausgesetzt. Einrichtungen mit einer Missingquote von mehr als 33 Prozent in einer solchen Tabelle werden demnach bei der Zusammenfassung der Daten nicht berücksichtigt und es lässt sich auf diese Weise verhindern, dass die Datenqualität insgesamt durch wenige Einrichtungen mit einer hohen Missingwerte überproportional beeinträchtigt wird. Damit ist zwar zwangsweise eine Verringerung der für die jeweilige Tabelle verwendeten Einrichtungsstichprobe (N) verbunden, im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse kann dies jedoch aufgrund der höheren Validität der vorhandenen Daten in Kauf genommen werden.

6 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Anstalten und Belegungsfähigkeit am Stichtag 30. November	5
Tabelle 2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	9
Tabelle 3	Drogenbezogene Interventionen in deutschen Gefängnissen	18
Tabelle 4	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen (Männer)	21

³ www.suchthilfestatistik.de/ [Letzter Zugriff: 18.10.2019].