

## **Drogen und Haft**

### **Fachtagung der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)**

Jakob, L.; Kipke, I.; Pfeiffer-Gerschel, T.

#### **Zusammenfassung**

**Ziele:** Es sollen die Ergebnisse der von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) veranstalteten und vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Fachtagung „Drogen und Haft“ dargestellt werden, die im November 2010 mit zahlreichen Vertretern aus Theorie und Praxis in Berlin durchgeführt wurde.

**Teilnehmer:** Es referierten deutsche und internationale Vertreterinnen und Vertreter aus Ministerien, Versicherungen und Verbänden. Die Teilnehmer stammten sowohl aus der Forschung als auch aus der Versorgungspraxis.

**Ergebnisse:** Eine wiederholt geäußerte Notwendigkeit besteht in der Bereitstellung vergleichbarer epidemiologischer Daten aus dem Justizbereich auf Bundesebene. Diese sollen sowohl ein Monitoring laufender Aktivitäten als auch eine Evaluation der Effektivität bestehender Programme auf nationaler Ebene erlauben. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands sind solche Daten bislang – wenn überhaupt – nur auf regionaler oder Landesebene verfügbar und bundesweit uneinheitlich. Hilfreich für die Verringerung der Friktionen zwischen lokalen Strukturen und nationalen Rahmenbedingungen wäre die Entwicklung einheitlicher Leitlinien zur Versorgung von Drogenkonsumenten in Haft. Das BMG könnte bei der Förderung von Konsensusveranstaltungen zur Fortsetzung des Dialogs zwischen Experten aus dem Gesundheits- und Justizbereich eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus wurde sowohl in den Vorträgen als auch in den anschließenden Diskussionen wiederholt deutlich, dass sich vor allem die Vertreter aus der Praxis eine bessere Übersicht darüber wünschen, was für die Therapie von Drogenabhängigen im Gefängnis (insbesondere für die Substitutionsbehandlung; z.B. Materialien, Personal und Expertise) benötigt wird und welche Kosten damit jeweils verbunden sind. Eine übersichtliche Aufstellung kann in einem nächsten Schritt dazu beitragen, die Übernahme der Kosten klarer als bisher zu regeln.

#### **Einleitung**

Am 19.11.2010 fand in Berlin eine Fachtagung der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) mit dem Titel „Drogen und Haft“ statt. Die Veranstaltung wurde von der DBDD durchgeführt, von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung unterstützt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Ziel der Veranstaltung, an der ca. 120 Personen teilnahmen, war es, den Austausch zwischen Experten aus Theorie und Praxis zu fördern und eine gemeinsame Diskussion anzuregen. Es referierten Vertreter

rinnen und Vertreter aus den Justizministerien der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen und Berlin ebenso wie von der Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und dem Paritätischen Baden-Württemberg. Als internationale Referenten nahmen Experten des spanischen Innenministeriums, der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz teil.

Laut Strafvollzugsgesetz sind die beiden wichtigsten Ziele des Strafvollzugs die Wiedereingliederung des Inhaftierten und der Schutz der Allgemeinheit (Strafvollzugsgesetz, StVollzG §2<sup>1</sup>). Demgegenüber werden Drogenprävention und -behandlung oft nur als nachrangige Ziele angesehen. Darüber hinaus sind finanzielle Ressourcen für die Gesundheitsversorgung in Haft häufig knapp. Nicht zuletzt darum gestaltet sich die Rekrutierung von hochqualifizierten Ärzten mit spezifischen Kenntnissen für die Behandlung von Substanz-bezogenen Störungen häufig schwierig. Eine besondere Herausforderung für suchtmmedizinische Interventionen im Gefängnis ist es daher, diese in Einklang mit den übergeordneten Resozialisierungszielen zu bringen und verfügbare Ressourcen unter den speziellen Bedingungen in Haft effektiv zu nutzen. So sind beispielsweise ein klares Verbot illegaler Drogen und die konsequente Bekämpfung subkultureller Aktivitäten (z.B. Bedrohung und Unterdrückung anderer Inhaftierter) notwendige Grundvoraussetzungen für eine gelingende Behandlung. Um diesen Schwierigkeiten besser zu begegnen, wäre eine klare, bundesweite Regelung für die Behandlung Drogen konsumierender Inhaftierter hilfreich. Allerdings werden vom Gesetzgeber unter dem siebten Titel des Strafvollzugsgesetzes (Gesundheitsversorgung) keine gesonderten Vorgaben für den Umgang mit dieser Klientel gemacht.

Bezogen auf die Gesundheitsversorgung von Drogenkonsumenten birgt eine Inhaftierung jedoch nicht nur Risiken (z.B. Verschlechterung bereits bestehender Probleme, Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch das Teilen von Spritzen oder eine Chronifizierung bestehender Suchtprobleme), sondern auch Chancen: So sind z.B. Drogen konsumierende Häftlinge aufgrund der Versorgungsstrukturen in Haft im Prinzip für Hilfeangebote besser erreichbar als in Freiheit. Die Vorträge lieferten einerseits einen Einblick in die Problematik und stellten andererseits dar, wie diesen Schwierigkeiten und Chancen aktuell begegnet wird.

## **Exemplarische Darstellungen der Situation in Deutschland**

### Drogenkonsum in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands

Einen deutschlandweiten Überblick über die Situation von drogenabhängigen Inhaftierten zu gewinnen, ist mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden: So existiert u.a. keine nationale

---

<sup>1</sup> <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stvollzg/gesamt.pdf>

Einrichtung zur Erhebung epidemiologischer Daten im Justizvollzug. Mit den zur Verfügung stehenden Informationen werden zwar diverse Datenerhebungen, wie beispielsweise von der EMCDDA, der UNODC und der WHO, bedient, es gibt jedoch keine einheitliche Herangehensweise bzw. Methodik zur Gewinnung der benötigten Informationen. Zusätzlich zur fehlenden Einheitlichkeit ist häufig die Aktualität der Daten nicht gewährleistet. Beispielhaft wurden von Dr. med. Marc Lehmann (Justizvollzugs Krankenhaus Berlin) Daten unterschiedlicher Studien vorgestellt: die Indikatordatenbank der WHO, eine Länderauswertung aus Baden-Württemberg, eine Studie zur Urinanalytik im Berliner Justizvollzug, Informationen zum Gesamtverbrauch von Betäubungsmitteln in Berliner Anstalten sowie ein Dissertationsprojekt zur vollzugsmedizinischen Versorgung. Obwohl die Daten aus den oben genannten Untersuchungen für sich jeweils aufschlussreich sein können, mangelt es an der Vergleichbarkeit untereinander und bei den regionalen Untersuchungen auch an der Repräsentativität für die Situation auf Bundesebene. Aus diesen Gründen ist eine einheitliche und valide deskriptive Statistik auf nationaler Ebene anzustreben.

#### Behandlung Inhaftierter in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen wurde im Jahr 2007 aufgrund der geänderten gesellschaftlichen und vollzuglichen Rahmenbedingungen sowie der suchtbetragenen Krankheitsbilder im Strafvollzug eine Neujustierung der Betreuung suchtmittelabhängiger Gefangener beschlossen. Das auf dieser Grundlage geschaffene Angebot basiert auf drei Säulen: Rehabilitation, Prävention und palliativen Maßnahmen für Gefangene, die von der klassischen Abstinenztherapie nicht profitieren. Bei dieser Häftlingspopulation kann sich eine Substitutionsbehandlung positiv sowohl auf den Krankheitsverlauf als auch auf die Erreichung von Vollzugszielen (z.B. durch weniger subkulturelle Aktivität) auswirken. Nicht alle Gefangenen sind laut Dr. Klaus Husmann und Dr. Irmgard Render (Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen) nach Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit und Mitarbeitsbereitschaft für die angebotenen Therapiemaßnahmen geeignet.

Für die Behandlung (suchtkrank) Gefangener gelten grundsätzlich dieselben Richtlinien der Bundesärztekammer wie für Patienten in Freiheit (Äquivalenzprinzip). In der Praxis gibt es jedoch Unterschiede in der Anwendung dieser Richtlinien zwischen intra- und extramuralem Setting. Daher wurden im Jahr 2009 Empfehlungen für die medizinische Versorgung im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen zur Ergänzung der Richtlinien der Bundesärztekammer erarbeitet und am 15.01.2010 als Verwaltungsvorschrift in Kraft gesetzt.

### Behandlung von inhaftierten Drogenkonsumenten in Hessen

Für hessische Justizvollzugsanstalten lagen zum Zeitpunkt des Workshops kaum statistische Angaben zur Beschreibung Drogen konsumierender Gefangener vor. Jedoch erfolgt nach Aussage von Dr. Lena Kötter (Hessisches Ministerium der Justiz) die Einschätzung des gesundheitlichen Status der Gefangenen bei Haftantritt relativ strukturiert. So findet zunächst eine Einschätzung des medizinischen Zustands der Gefangenen statt. Anschließend werden Zugangsgespräche mit dem Sozialdienst durchgeführt, der zum Teil auch über eine mögliche Verpflichtung zur Durchführung regelmäßiger Drogentests entscheidet. 2009 waren 10% der diesbezüglich durchgeführten Urinkontrollen positiv. Dabei wurden vor allem Hinweise auf Cannabinoide und Benzodiazepine gefunden. In einer weiterführenden medizinischen Untersuchung werden Impfungen angeboten, es wird über Infektionskrankheiten aufgeklärt und auf diese getestet. Während der Haft ist in Hessen nach Aussage des Justizministeriums eine Substitutionsbehandlung flächendeckend verfügbar, das heißt, dass in den meisten Fällen eine in Freiheit begonnene Substitution fortgesetzt werden kann. Außerdem erhält das hessische Justizvollzugspersonal für einen sichereren Umgang mit drogenkonsumierenden Gefangenen Fortbildungen zum Thema Drogen, z.B. zu deren Erscheinungsformen und Versteckmöglichkeiten.

### Nachsorgeprojekt „Chance“ in Baden-Württemberg

Das Nachsorgeprojekt „Chance“ wendet sich an Straftatlassene ohne Bewährungshelfer und bietet den Teilnehmern sowohl vor als auch bis zu 6 Monate nach der Entlassung eine intensive Betreuung an. Das Konzept ist für alle Straftatlassene entwickelt worden und wird dementsprechend auch bei Suchtmittelabhängigen im Strafvollzug angewandt. „Chance“ soll Häftlingen beim Übergang vom Vollzug in die Freiheit einerseits lebenspraktische Hilfen, andererseits einen kontinuierlichen Ansprechpartner bieten. Laut Oliver Kaiser (Paritätischer Baden-Württemberg) unterstützt dieses Entlassmanagement die Resozialisierung von Straftatlassenen und verringert somit das Risiko eines kriminellen Rückfalls.

### § 35 BtMG aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung – Hilfe oder Drehtüre

Nach §35 BtMG ist die Zurückstellung einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren zugunsten der freiwilligen Teilnahme an einer Drogenentwöhnungsbehandlung möglich. Damit soll inhaftierten Drogenabhängigen die Chance zum Ausstieg aus der Abhängigkeit von illegalen Drogen geboten werden. Um die Erfolgsaussichten der Maßnahme zu erhöhen, müssen aus Sicht der DRV Rheinland Pfalz jedoch einige Bedingungen erfüllt sein: eine genaue und mehrgleisige Diagnostik, die Abklärung der Änderungsmotivation und eine Vorbereitung auf die Rehabilitation, was z.B. auch eine aktive Beteiligung des Antragsstellers im Rahmen der

internen oder externen Drogenberatung beinhaltet. Um eine effiziente Rehabilitation und Teilhabe zu ermöglichen, liegt für die Deutsche Rentenversicherung gemäß gesetzlichem Auftrag (SGB VI, SGB IX) der Fokus auf der beruflichen (Re-)Integration und Anleitung zum Selbstmanagement. Dazu ist nicht nur eine Intensivierung berufsintegrierender Interventionen inklusive Adaption im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung erforderlich, sondern vor allem auch die Kooperation verschiedener Institutionen (z. B. Akut- und Fachkliniken, Suchthilfeeinrichtungen, Justiz oder Betriebe). Von Dr. Barbara Kulick (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz) wurde diesbezüglich auf Studien in Rheinland-Pfalz verwiesen, die bestätigen, dass eine medizinische Rehabilitation bei Personen mit BtMG-Freistellung hinsichtlich Drogenabstinenz und (Wieder-) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit grundsätzlich ebenso erfolgreich sein kann wie bei anderen Rehabilitanden, die an einer Drogenentwöhnungsbehandlung teilnehmen. Entscheidend für den Erfolg dieser Maßnahme ist vor allem eine kriteriengeleitete, konsequente und für die Gefangenen transparente Bewilligungspraxis, da durch eine von den Häftlingen wahrgenommene Unklarheit Motivationsdefizite und damit Drehtüreffekte entstehen können. Eine Übertragung der positiven Rehabilitationsergebnisse auf die bundesweite Situation ist derzeit jedoch nur eingeschränkt möglich. Es wird vorgeschlagen, die Auswahlkriterien der DRV Rheinland-Pfalz zur Prüfung der persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI trägerübergreifend einheitlich anzuwenden. Dies beinhaltet eine spezifische Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und –prognose als Grundlage für die Bewilligung medizinischer Rehabilitation für § 35 BtMG-Fälle.

Zur Optimierung der Einleitung und Durchführung von Rehabilitation unter den Bedingungen des § 35 BtMG, muss außerdem die Datenbasis unbedingt verbessert werden. Ein Überblick über die Möglichkeiten statistischer Erfassung, Indikationsstellung und Durchführung von Rehabilitation unter Zurückstellung der Freiheitsstrafe sowie die Transparenz des Haftgeschehens und wissenschaftliche Studien sind unverzichtbar, um zu evidenzbasierten Aussagen zu kommen und die aufgezeigten Optimierungschancen zu fördern.

### **Über den Tellerrand: Die Situation in anderen Staaten der EU**

Roland Simon von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) stellte Ergebnisse von Studien vor, die den Anteil der Gefängnisinsassen mit Abhängigkeitsproblemen in Europa auf 25% bis 50% schätzen. Diesbezüglich fordert der Europäische Drogenaktionsplan 2009-12 eine gleiche Qualität von Gesundheitsversorgung in und außerhalb von Haftanstalten. Die Voraussetzungen für eine adäquate Versorgung dieser Zielgruppe, z.B. im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, sind mittlerweile in vielen Ländern erfüllt. In der Praxis ist es jedoch in den meisten Ländern immer noch schwierig für Inhaftierte, eine bereits begonnene Substitutionsbehandlung fortzusetzen. Noch schwieriger ist

es in der Regel, eine solche Behandlung in Haft zu beginnen. Zwischen den Ländern zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede. Beispielsweise gibt es in Gefängnissen nur in etwa der Hälfte der Länder Impfkampagnen gegen Hepatitis B und auch Informationen über die Risiken von Drogen stehen nur in wenigen Ländern zur Verfügung. Strategische Ansätze zur Verbesserung dieser Situation stehen in den meisten Ländern knappen finanziellen Ressourcen gegenüber.

### Spritzentauschprogramm in Spanien

Als Reaktion auf eine der höchsten Infektionsraten von viraler Hepatitis und HIV unter Gefängnisinsassen in der EU kam es 1989 in Spanien zu einer Modernisierung der Gesundheitsversorgung in Haft. Programme zur Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten wurden neu eingeführt, andere angeglichen. So waren in der Folge beispielsweise Antikörpertests, Informationen, Gratiskondome und –spritzen in Haftanstalten frei verfügbar. Gefangene konnten zusätzlich zu den genannten präventiven Methoden auch an anderen Programmen zur Schadensminimierung und Rehabilitation (z.B. einer Substitutionsbehandlung) teilnehmen, um damit ihre soziale Reintegration zu unterstützen. Das führte innerhalb dieser besonders gefährdeten Population laut Dr. José Manuel Arroyo Cobo aus dem spanischen Innenministerium zu einer Reduktion von HIV- und AIDS-Infektionen sowie von anderen Krankheiten wie Tuberkulose oder viraler Hepatitis.

Das 1997 im Zuge dieser Neuerung eingeführte Spritzentauschprogramm in Haftanstalten zielte in erster Linie auf die Eindämmung der durch Nadeltausch übertragenen Krankheiten, wie beispielsweise AIDS oder viraler Hepatitis ab. Bei seiner Einführung gab es vor allem unter Strafvollzugsbeamten Bedenken bezüglich der Sicherheit. Diese wurden überwunden, indem die Verbreitung des Programms zunächst in einzelnen Abteilungen bzw. kleineren Haftanstalten erfolgte. Erst im weiteren Verlauf kam das Programm in größeren JVA-Einheiten zum Einsatz. In Hochsicherheitsabteilungen wurde auf Spritzentauschprogramme verzichtet. Als Gründe dafür wurden im Vortrag die geringere Prävalenz von Opiatabhängigkeit in diesen Abteilungen und Sicherheitsaspekte genannt. Bisher kam es im Rahmen des Projekts zu keinerlei Zwischenfällen, die ein Sicherheitsrisiko hätten darstellen können.

### Situation in der Schweiz

Auch in der Schweiz wird in Gefängnissen eine einheitliche Qualität der Gesundheitsversorgung gefordert, die mit der der extramuralen Versorgung vergleichbar ist. Wie in Deutschland erschwert der Föderalismus in der Schweiz die Umsetzung dieser Ziele. Darum ist auch dort laut Stefan Enggist vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei Themen bezüglich Gesundheitsförderung in Haft die Führung aller beteiligten Stellen durch eine Bun-



desbehörde nötig. Diese kann die Kooperation von verschiedenen Organisationen auf lokaler und nationaler Ebene verbessern. In der Schweiz existieren nebst 26 Kantonalbehörden nur zwei nationale Institutionen, die für den Freiheitsentzug zuständig sind: die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) sowie das Schweizerische Ausbildungszentrum für das Personal im Strafvollzug (SAZ).

Darüber hinaus ist in 2013 die Revision des Epidemiengesetzes geplant. Wenn der entsprechende Gesetzesentwurf in Kraft tritt, kann der Bund Anstalten dazu verpflichten, den Insassen und Mitarbeitern Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise Aufklärung, Abgabe von Spritzen und Kondomen oder freiwillige Testungen, anzubieten. Obwohl aktuell schon viele dieser Maßnahmen und Programme implementiert sind, ist die Versorgung in der Schweiz teilweise nach wie vor lückenhaft. Basierend auf dem Strafgesetzbuch kann der Bund außerdem Bestimmungen für einen einheitlichen Vollzug an Kranken erlassen, insbesondere in den Bereichen HIV/AIDS und Drogen.

Das schweizerische Programm BIG (**B**ekämpfung von Infektionskrankheiten im **G**efängnis), das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert wird und vom Bundesamt für Justiz (BJ), dem BAG und der KKJPD gesteuert wird, folgt dem Oberziel des Äquivalenzprinzips: Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten in Haft sollen in Umfang und Qualität denjenigen in Freiheit entsprechen. Um diesem Prinzip gerecht zu werden, ist es nötig, für minimale Infektions- und Übertragungsrisiken im Vollzug und aus dem Vollzug in die Außenwelt zu sorgen sowie bezüglich Drogentherapie und Infektionskrankheiten gleichwertige Angebote in Haft wie in Freiheit zu schaffen. Dies geschieht mithilfe einer umfangreichen Kooperation zwischen Bund und Kantonen, Haftanstalten und Einrichtungen der Nachbetreuung sowie zwischen Justiz- und Gesundheitsbehörden. Im Rahmen des Programms BIG wurde bisher unter anderem ein obligatorisches Meldesystem für Infektionskrankheiten in Haftanstalten eingeführt, das ab 2011 zum Einsatz kommen wird. Weiter wurden (para-)medizinische Minimalstandards zum Umgang mit Infektionskrankheiten sowie Weiterbildungsmaßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung für das gesamte Personal im Justizvollzug erarbeitet. Geplant ist schließlich der Aufbau und Betrieb eines nationalen Kompetenzzentrums für alle Gesundheitsfragen im Freiheitsentzug. Ziel des Programms ist ein zwischen Justiz und öffentlichem Gesundheitswesen vereinbarter gesamtschweizerischer Standard der Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug.

### **Aktuelle Schwierigkeiten und wie man ihnen begegnen kann**

Eine zuverlässige Erhebung epidemiologischer Daten in Deutschland ist Grundvoraussetzung, um eine einheitliche Behandlung Drogen konsumierender oder an Substanzbezogenen Störungen erkrankter Inhaftierter zu erreichen und damit den Umgang mit Dro-

gen und Sucht in deutschen Haftanstalten zu optimieren. Daraus leitet sich die Notwendigkeit nach Schaffung einer einheitlichen, genauen, differenzierten und umfassenden Dokumentation auf nationaler Ebene ab. Zudem ist eine Evaluation der Effektivität bereits bestehender Maßnahmen in Haft (z.B. Substitutionsbehandlungen) unter Praxisbedingungen notwendig.

Einige Teilnehmer, die in die Versorgung Drogen konsumierender Inhaftierter eingebunden sind, wiesen darauf hin, dass sich häufig aufgrund von Personalmangel ein zu geringer Anteil der inhaftierten Opiatabhängigen in eine Substitutionsbehandlung begeben kann. Vor allem die Teilnehmer aus der Praxis wünschen sich eine klare Aufstellung darüber, was für die Therapie von Drogenabhängigen im Gefängnis, insbesondere für die Substitution (z.B. Materialien, Personal und Expertise) benötigt wird und welche Kosten damit jeweils verbunden sind. Eine solche Aufstellung kann im nächsten Schritt dazu beitragen, die Übernahme der Kosten zukünftig besser als bisher zu regeln.

Fach- und ressortübergreifend besteht Einigkeit darüber, dass eine systematische Dokumentation auf nationaler Ebene und empirische Studien über die Effektivität bestehender Programme wünschenswert sind. Dies soll einen Einblick in das tatsächliche Haftgeschehen vor Ort liefern und die erhaltenen Erkenntnisse vergleichbar machen, um einheitliche Grundlagen für die Versorgung zu entwickeln.

### **Fazit und Ausblick**

Die Fachtagung hat dazu beigetragen, die Diskussion um eine angemessene Gesundheitsversorgung Drogen konsumierender und drogenabhängiger Inhaftierter anzuregen. Deutlich wurden die unterschiedlichen Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung drogenabhängiger Straftäter innerhalb Deutschlands und innerhalb der EU. Gemäß der Erkenntnis "Ohne Daten keine Taten" wurde die zentrale Bedeutung vergleichbarer Daten betont und die Verantwortlichen in den Bereichen Justiz und Gesundheit auf Länder- und Bundesebene ermutigt, den Aufbau eines entsprechenden Monitorings gemeinsam anzugehen. Das BMG wird prüfen, inwieweit entsprechende Konsensusveranstaltungen gefördert werden können, deren Ziel neben der Erstellung entsprechender Daten auch einheitlichere Behandlungsstandards für drogenabhängige Haftinsassen in Deutschland sein könnten.