

1 Drogenkonsum im Gefängnis

1.1 Epidemiologische Situation

Seit 1961 wird bundeseinheitlich an allen Gefängnissen eine Strafvollzugsstatistik durchgeführt, die vom Statistischen Bundesamt ausgewertet und veröffentlicht wird. Eine Stichtagserhebung liefert soziodemographische Daten über Strafgefangene im Freiheits- oder Jugendstrafvollzug sowie deren Straftat bzw. der Art und Dauer des Vollzuges. Eine Jahresstatistik enthält u.a. Informationen über Zu- und Abgänge innerhalb eines Berichtsjahres. Laut aktueller Strafvollzugsstatistik (Stand 1999) sind in den 217 deutschen Gefängnissen derzeit rund 60.800 Strafgefangene und Sicherungsverwahrte inhaftiert, 96% davon sind Männer (Statistisches Bundesamt 2001a). Die Zahl der Einsitzenden steigt seit 1991 deutlich an und hat im Jahr 2000 bisher ihren höchsten Wert erlangt. Der prozentuale Anteil der verurteilten Ausländer lag 1999 bei 26%, der Anteil der wegen Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz verurteilten Ausländer liegt mit 26% in etwa auf gleicher Höhe (Statistisches Bundesamt 2001b).

In einer internationalen, multizentrischen Studie zu HIV/AIDS- und Hepatitis-Prävention in Gefängnissen zeigten Rotily und Weiland (1998), dass mehr als die Hälfte aller befragten Inhaftierten einer Kölner Justizvollzugsanstalt in Deutschland geboren wurden (57%). 22% stammten aus europäischen Nachbarländern, 9% aus Ländern des mittleren Ostens und 11% aus Nordafrika, Amerika und anderen Ländern. Bei intravenös applizierenden Drogenabhängigen war der Anteil der in Deutschland geborenen deutlich höher (87%) als bei nicht i.v. Drogenkonsumenten (43%) (Tabelle 42).

Tabelle 1: Geburtsland von Inhaftierten i.v. Drogenkonsumenten (IDU) vs. nicht i.v. Drogenkonsumenten (Non-IDU)

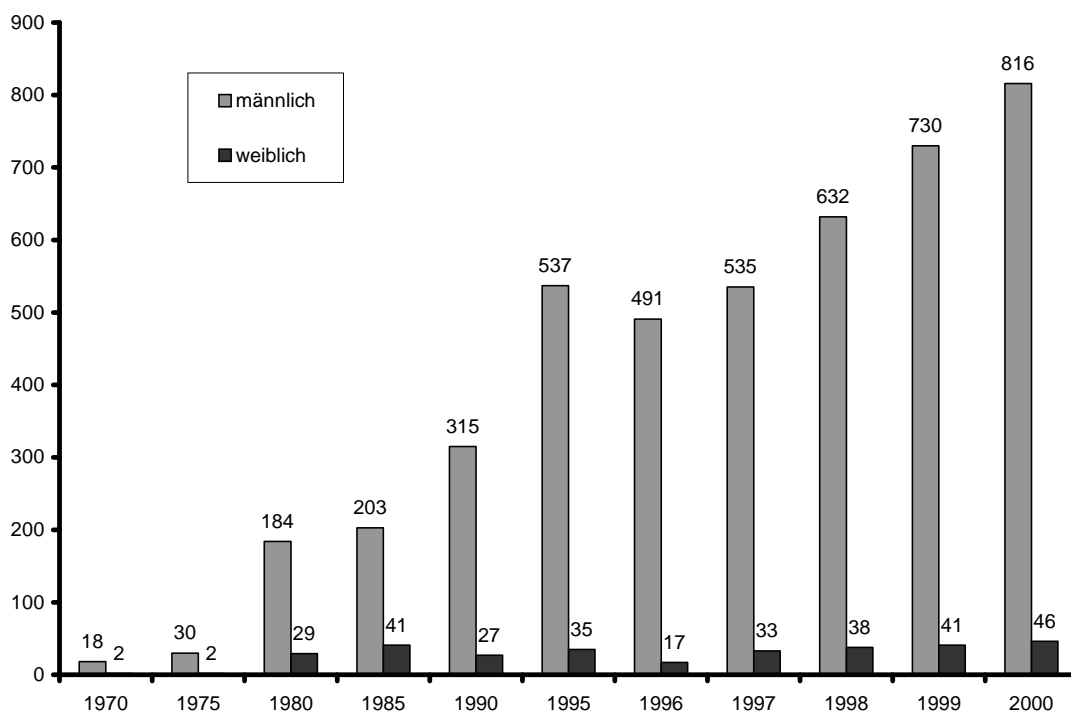
Geburtsland	IDU	Non-IDU
BRD	87%	43%
andere europäische Länder	8%	29%
Nordafrika / Mittlerer Osten	3%	18%
sonstige / unbekannt	2%	10%
Gesamt	100%	100%

Quelle: Rotily & Weiland (1998)

1.1.1 Drogenkonsum vor und in Haft

Epidemiologische Daten über Drogenkonsum und Drogenkonsumenten im Justizvollzug sind in Deutschland nach wie vor relativ selten. Im Rahmen seines Strafvollzugsmonitoring erhebt das Statistische Bundesamt jedoch jährlich die Anzahl der straffälligen Menschen, die sich aufgrund einer richterlichen Anordnung einer Entziehungskur unterziehen (müssen). Insgesamt 862 Männer und Frauen waren im Jahr 2000 aufgrund einer richterlichen Anordnung gemäß §64 Strafgesetzbuch (StGB) wegen berauschenden Mitteln (ohne Alkohol) in einer Entziehungsanstalt untergebracht (Abbildung 31) (Statistisches Bundesamt 2001a). Ihre Anzahl ist seit 1970 drastisch angestiegen und verdeutlicht, dass in der deutschen Rechtsprechung auch mit dem §64 zunehmend auf das Prinzip „Therapie statt Strafe“ zurückgegriffen wird. Die Tatsache, dass entsprechende Therapieplätze nur begrenzt verfügbar sind, sollte in diesem Zusammenhang jedoch berücksichtigt werden.

Abbildung 1: Anzahl der aufgrund einer richterlichen Anordnung (§64 StGB) in einer Entziehungsanstalt Untergebrachten (ohne Alkoholismus) (2000)



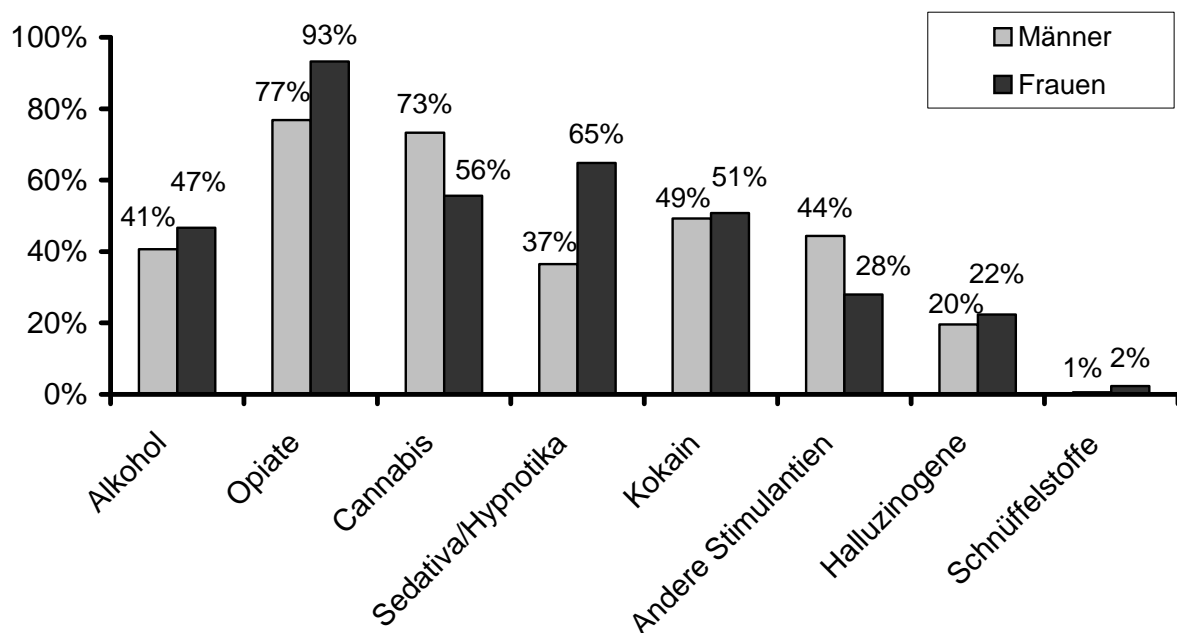
Quelle Statistisches Bundesamt (2001a)

Ein regelmäßiges bundesweites Monitoring der Drogensituation in Haftanstalten existiert nicht. In den letzten Jahren wurden einzelne empirische Studien zum Drogengebrauch im Justizvollzug durchgeführt. Fragestellung, Methodik und Stichproben variierten jedoch erheblich. Schätzungen über das Ausmaß der Drogenabhängigkeit in Haftanstalten variieren beträchtlich und reichen von ca. 30% [Einschätzung einer „Suchtmittelproblematik mit illegalen Drogen“ durch JVA-Angestellte (Küfner, Beloch, Scharfenberg, Türk 1999; Dolde 1995)] bis zu mindestens 50%, im Frauenvollzug sogar 70 - 80% (Dolde 1995; Meyenberg, Stöver, Jacob, Pospeschill 1999). Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation aller Inhaftierten wären das 17.200 bis 29.200 männliche und

700 bis 1.900 weibliche (ehemalige) Drogen Konsumierende. Das Ministerium für Justiz in Rheinland-Pfalz berichtet für das Jahr 2000 auf der Basis von N = 3.851 Gefangenen, dass 14% (N = 538) von ihnen von legalen und 28% (N = 1.085) von illegalen Drogen abhängig sind.

Ein großer Teil der Inhaftierten mit Drogenproblemen konsumierte bereits vor dem Gefängnisaufenthalt psychoaktive Substanzen. In einer Studie von Kufner et al. (1999) konsumierten 77% (N = 370) der Männer mit Drogenproblemen in den sechs Monaten vor Beginn der Haft regelmäßig Opiate, 73% (N = 349) Cannabis, 49% (N = 220) Kokain und 44% (N = 174) Aufputschmittel. Frauen mit Drogenproblemen konsumieren am häufigsten Opiate (93%, N = 69), Sedativa und Hypnotika (65%; N = 35) und Kokain (51%; N = 30).

Abbildung 2: Regelmäßiger Gebrauch psychotroper Substanzen sechs Monate vor Beginn der Haft bei Männern und Frauen



Quelle: Kufner et al. (1999)

In einer Studie zum Einsatz von Spritzenautomaten (Heinemann & Gross 2001) fanden sich bei 2998 Männer und 21 Frauen die folgenden Zahlen: 47% konsumierten harte Drogen, meist Heroin und Kokain, 41% intravenös.

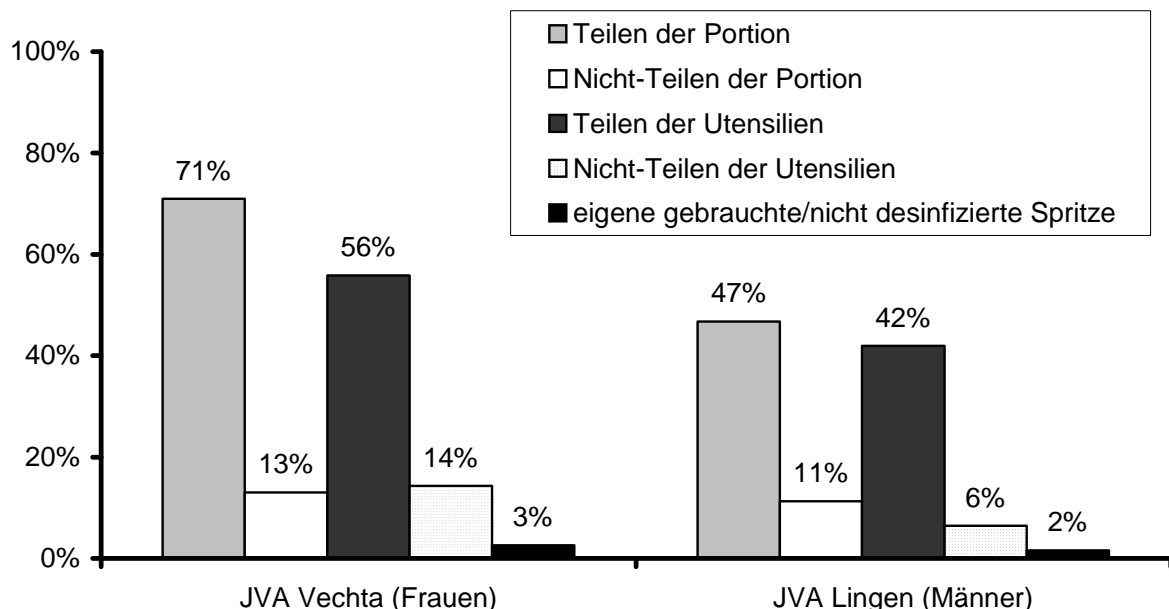
1.1.2 Infektionsrelevantes Risikoverhalten

Hepatitis B, C und HIV sind Infektionskrankheiten, die bei Drogenkonsumenten häufig in der Folge von intravenöser Substanzapplikation auftritt. Gemeinsames Benutzen von Nadeln und Spritzen ("needle sharing") oder das Aufteilen von Drogen mit Hilfe einer Spritze ("Drug sharing") bergen ein erhebliches Risiko, Viren und Bakterien über Bluteiweißreste an der Nadel zu übertragen. Auch unhygienische Bedingungen beim Injizieren, beispielsweise durch verunreinigte Löffel, gebrauchte Filter oder abgestandenes Wasser, sind gleichermaßen Quellen für Krankheitserreger. Das Anbringen von Tätowierungen und Piercings sind bei einem Teil der Drogenab-

hängigen üblich. Unsaubere, nicht sterile Werkzeuge sind weitere Risiken zur Übertragung von Infektionen.

In beiden Justizvollzugsanstalten, in denen das Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe durchgeführt wurde (Meyenberg, Stöver, Jacob & Pospeschill 1999) waren Heroin (Frauen = 86%, Männer = 95%) und Kokain (Frauen = 64%, Männer 62%) die Substanzen, die am häufigsten intravenös appliziert wurden. In der multizentrischen Studie „European Network on HIV / AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons“ (Rotily & Weiland 1999) gaben insgesamt 33% (N = 143) der befragten Insassen (N = 437) einer Kölner Justizvollzugsanstalt intravenösen Drogenkonsum vor Haftantritt an. Die risikoreiche Konsumform war bei männlichen und weiblichen Insassen ähnlich häufig. Fast alle von ihnen (92%) gaben an, innerhalb der letzten vier Wochen vor der Inhaftierung Drogen injiziert zu haben. Hochfrequenter Konsum, d.h. mehr als 20 Injektionen in vier Wochen, wurde besonders häufig genannt (61%). Von den Befragten mit i.v. Drogenkonsum vor Haftantritt gab insgesamt ein Drittel (36%) intravenösen Drogenkonsum in Haft an, Injektionsutensilien mit anderen geteilt zu haben gaben insgesamt 27% an. Die Prävalenzen von Drug- und Needle-Sharing sind in dieser Studie deutlich niedriger als im Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe von Meyenberg et al. (1999). Hier wurde das Teilen von Drogen und Injektionsutensilien von den Befragten von 47% der Haftinsassen bejaht, 42% gaben an die Utensilien zu teilen. Bei den Haftinsassinnen war die Bereitschaft dazu noch größer (Teilen der Portion bei 71% der Frauen, Teilen der Utensilien bei 56%).

Abbildung 3: Drogenkonsumformen bei Gefängnisinsassen (JVAs Vechta und Lingen)

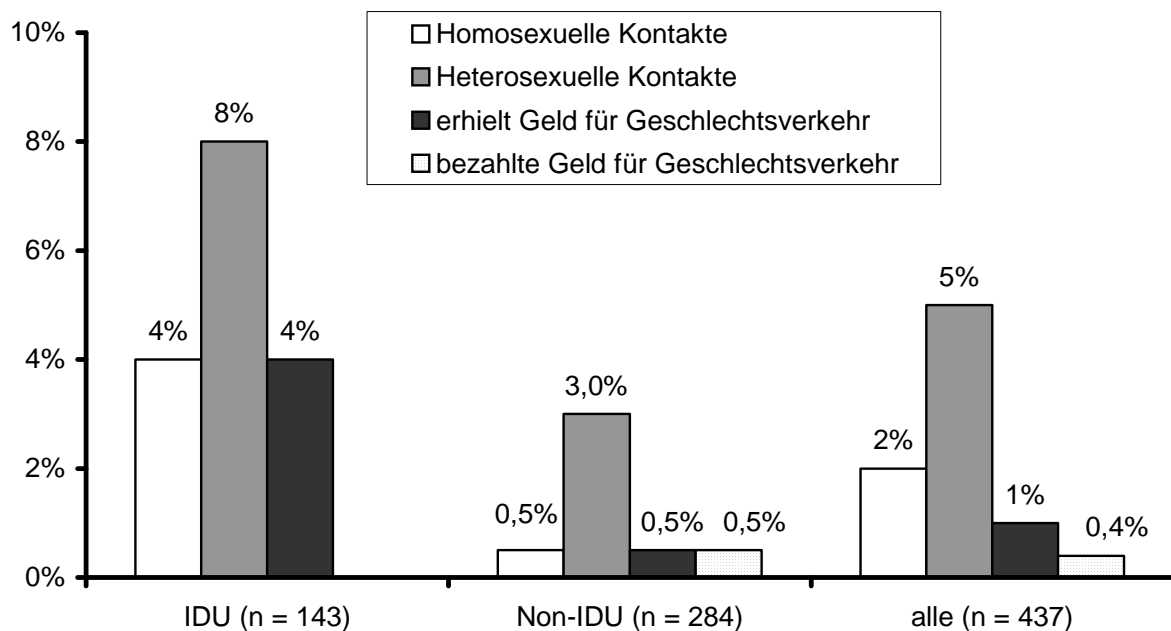


Quelle: Meyenberg, Stöver, Jacob & Pospeschill (1999)

Das Sexualverhalten der Haftinsassen wurde in der multizentrischen Netzwerkstudie (Rotily & Weiland 1999) ebenfalls erfragt. Mehr als die Hälfte der i.v. Drogenkonsumenten gab an, in den 12 Monaten vor der Inhaftierung die Sexualpartner mehrmals gewechselt

zu haben (55%). 73% erklärten, dass ihre Partner ebenfalls intravenös Drogen applizierten, 13% hatten in diesem Zeitraum einen oder mehrere HIV-positive Sexualpartner. Nur 26% der Befragten gaben an, in den 12 Monaten vor der Inhaftierung Kondome benutzt zu haben. Im Vergleich zu anderen europäischen Justizvollzugsanstalten hatten nur wenigen Insassen der Kölner Justizvollzugsanstalt sexuelle Kontakte in Haft, i.v. Drogenkonsumenten (IDU) relativ gesehen etwas häufiger: Heterosexueller Geschlechtsverkehr wurde von 8% der i.v. Konsumenten und 3% der Non-i.v. Konsumenten (Non-IDU), homosexuelle Kontakte von 4% vs. 0,5% angegeben. Die Anstalt verfügt jedoch nicht über spezielle „Besuchsräume“ für Haftinsassen.

Abbildung 4: Sexualverhalten bei Inhaftierten

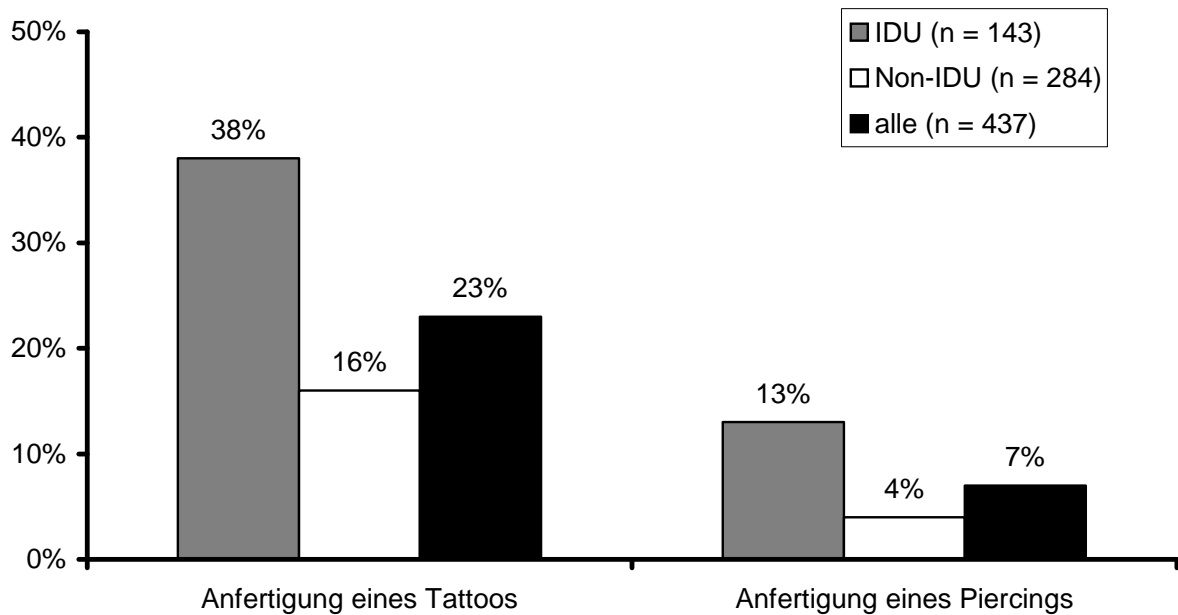


Quelle: Rotily & Weiland (1998)

15% der männlichen Häftlinge und 26% der männlichen i.v. Konsumenten gaben an, sich in den 12 Monaten vor der Inhaftierung prostituiert zu haben. Bei den Frauen waren dies deutlich mehr: 28% aller weiblichen Häftlinge und 44% der weiblichen i.v. Konsumenten. Im Gefängnis geben von den i.v. Konsumenten nur 4% an, sich prostituiert zu haben (Abbildung 34).

Das Anbringen von Tätowierungen und Piercings in Haft ist häufig. Unsaubere, nicht sterile Werkzeuge bergen ebenfalls das Risiko der Übertragung von Infektionen. 38% der IDUs und 16% der Non-IDUs gaben an, dass sie sich während der aktuellen Inhaftierung eine Tätowierung anbringen ließen. 13% der IDUs ließen sich piercen, bei den Non-IDUs waren dies nur 4% (Rotily & Weiland 1998) (Abbildung 35).

Abbildung 5: Anbringen eines Tattoos oder Piercings während der aktuellen Inhaftierung



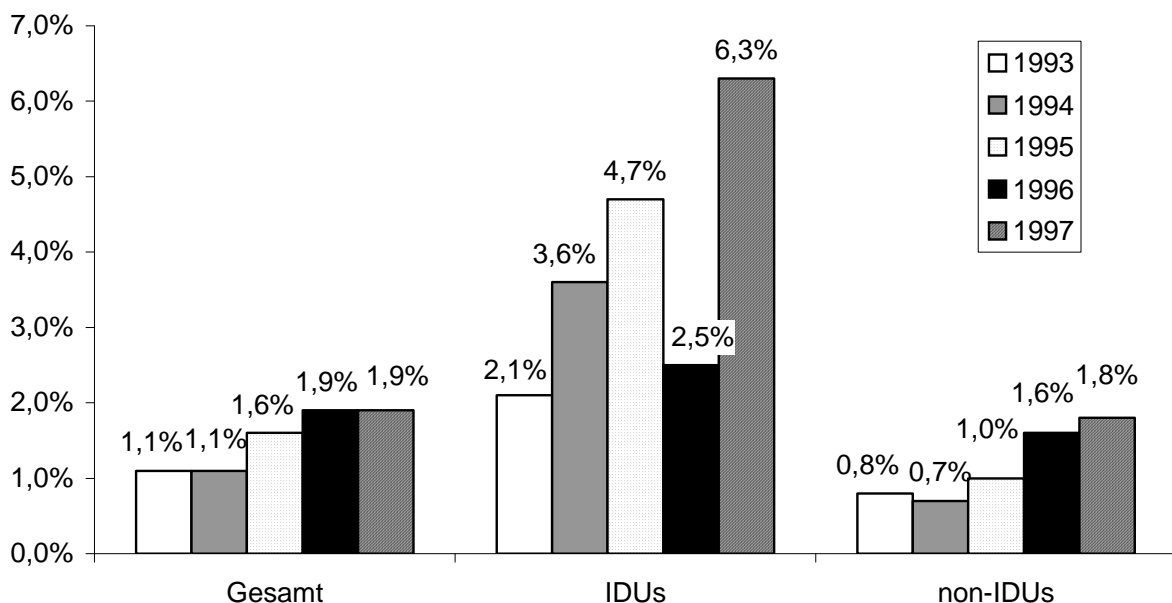
Quelle: Rotily & Weiland (1998)

1.1.3 Prävalenz der HIV, HCV und HBV-Infektionen

Da der Strafvollzug im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Bundeslandes liegt, gibt es bundesweit keine einheitliche Regelung der infektionsrelevanten Testpraxis von Gefangenen. In den meisten Ländern wird eine HIV-Testung auf freiwilliger Basis bei der Eingangsuntersuchung durchgeführt. Im Rahmen der multizentrischen europäischen Studie (Weilandt & Rotily 1998) wurden die Haftinsassen nach bisherigen HIV und HCV Tests gefragt. Der Anteil der Getesteten war bei den IDUs (N = 143) besonders hoch (87%), etwas die Hälfte der Non-IDUs (N = 284) waren ebenfalls mindestens einmal in ihrem Leben getestet worden (49%). Insgesamt 2% der IDUs (N = 124) und 3% der Non-IDUs (N = 133) gaben an, HIV-positiv zu sein, 68% der IDUs (N = 111) und 8% der Non-IDUs (N = 51) bestätigten ein positives HCV-Testergebnis. In der Studie wurden auch Speicheltests durchgeführt, durch die HIV und HCV Prävalenzen bestimmt werden sollten. Der Anteil der HIV positiven i.v. drogenkonsumierenden Haftinsassen (N = 143) lag in der Kölner Justizvollzugsanstalt bei 1,4%, bei den Non-IDUs (N = 284) bei 0,4%. Die Prävalenz von Hepatitis C lag bei den IDUs bei 14%, jedoch nur bei 0,4% unter den Non-IDUs. Die Prävalenzen in den deutschen Gefängnissen waren jedoch deutlich niedriger als in anderen europäischen Gefängnissen (mit HIV-Prävalenzen bis zu 28% und HCV-Prävalenzen bis zu 64% bei i.v. Drogenkonsumenten). Insgesamt 27% der Befragten waren gegen Hepatitis B geimpft: Von den IDUs hatten 13% alle Impfungen, 14% nicht alle Impfungen, bei den Non-IDUs waren 21 % komplett gegen Hepatitis B geimpft und 6% hatten nicht alle Injektionen.

Die Prävalenz der Infektionserkrankungen HIV, Hepatitis B und C im Hamburger Justizvollzug wurde in einer prospektiven Längsschnitterhebung von (Heinemann & Püschel 1999) von 1991 bis 1997 untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Gesamtprävalenz für HIV-Infektionen zwischen 1,1% und 1,9% lag. Die höchsten Prävalenzen sowie die deutlichste Zunahme zeigte sich in der Gruppe der IDUs. Heinemann & Püschel (1999) konnten ebenfalls nachweisen, dass sich die Dauer des Drogenkonsums bei i.v. Drogenabhängigen signifikant auf die HIV-Prävalenz auswirkt. HIV-positive Abhängige konsumierten etwa doppelt so lange Drogen, wie HIV-negative (bei gleichem Einstiegsalter).

Abbildung 6: HIV-Infektionen bei Gefangenen



Quelle: Heinemann & Püschel (1999)

Die Prävalenz der Hepatitiden vom Typ B (Hepatitis Bc-Antikörper positiv) lag 1997 im gesamten Hamburger Strafvollzug (N = 6202 Untersuchungen) bei IDUs bei 59,6% und bei Non-IDUs bei 36,2%. Die Prävalenz von Hepatitis C positiven IDUs lag bei 77% und die der Non-IDUs bei 18% (Heinemann, persönliche Mitteilung 2001). Aktuellere Zahlen aus Hamburg werden demnächst vorliegen. Personen mit ausschließlichem i.v. Konsum in Haft wiesen in einer Studie von Heinemann & Gross (2001) in 4 % HIV, in 84% Hepatitis B, in 12% akut vorher persistierend und in 100% Hepatitis C auf.

1.2 Verfügbarkeit von Drogen im Gefängnis

Über die Verfügbarkeit von illegalen Drogen sowie deren Transport und Preise im Gefängnis wurden in Deutschland bislang wenig gesicherte Daten veröffentlicht. Innerhalb der Anstalten sind ähnliche Angebots- und Nachfragestrukturen etabliert, wie auf dem Drogenmarkt außerhalb (Trabut 2000, Heinemann & Püschel 1999). Der Anteil der einsitzenden straffällig gewordenen Abhängigen sowie der verurteilten Drogenhändler ist groß. Insgesamt 14% (8.772) aller im Jahr 2000 Inhaftierten wurde wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verurteilt. In qualitativen Befra-

gungen (vertiefte Interviews) wurden Teilnehmer des Modellprojektes zur Infektionsprophylaxe von Meyenberg et al. (1999) zur Organisation des Drogenkonsums befragt.

Die Haftinsassen berichten von starken Schwankungen der Stoffqualität, -kontinuität und -preisen aufgrund von Kontrollen und Sicherheitsmaßnahmen. Drogen werden durch ein aufwendig organisiertes Tauschgeschäft beschafft und finanziert. Der intramurale Drogenmarkt wird als „Kleinhandel“ beschrieben, der auf viele Gefangene verteilt wird und als „Zufallsgeschäft“ über mehrere Kanäle und nicht zentral organisiert betrieben wird. Aufgrund der Mangelsituation und häufigen Entzugszuständen werden Drogen getauscht oder geteilt. Um einen möglichst wirksamen Konsum zu erlangen werden intravenöse Applikationsformen praktiziert. Durch Mangel an Spritzen und unzureichenden Desinfektionstechniken kommt es zu hochriskanten Konsumpraktiken. Der Umgang mit Regelverstößen in Justizvollzugsanstalten scheint ein sensibler Bereich zu sein, über den Kufner et al. (2000) bei einer Befragung der Anstaltsbediensteten keine klar erkennbaren Regeln ableiten konnten. Sanktionen bei kleineren Verstößen werden eher individuell gehandhabt. Bei größeren Regelverstößen, wie z.B. dem Besitz von Betäubungsmitteln, kommt es jedoch zu einer Strafanzeige, die nicht mehr im Verantwortungsbereich der JVA liegt.

1.3 Informationen zum Kontext: Organisation und Strukturen im Gefängnis

Der Justizvollzug liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. Die Organisation des Vollzugs, Mitwirkung bei der Gesetzgebung, finanzielle und personelle Ressourcen, Sicherheits- und Bauangelegenheiten, die Beschäftigung der Gefangenen obliegt den entsprechenden Ressorts der Justizministerien. Bei den Haftstrafen wird in Deutschland zwischen Untersuchungshaft vor und Strafhaft nach einem entsprechenden Urteil unterschieden. Jugendstrafe betrifft Personen bis 18, unter gewissen Umständen bis 21 Jahre.. Abschiebehaft, Ordnungs-, Sicherheits-, Zwangs- und Erziehungshaft sowie der Ersatzfreiheitsstrafe unterscheiden sich nach gesetzlicher Grundlage und Zweck. Des Weiteren wird zwischen geschlossenem und offenem Vollzug unterschieden. Spezialisierte Einrichtungen sind sogenannte Mutter-Kind-Einrichtungen für straffällige Mütter, Justizvollzugskrankenhäuser und sozialtherapeutische Abteilungen. In vielen Anstalten wird - meist um die Haftkapazität zu erhöhen - ein Wohngruppenvollzug praktiziert. Neben Einzelzellen gibt es Zweier- bis Viererzellen. Häufig wird in den Anstalten der „Umschluss“ praktiziert, d.h. alle Räume werden sofort wieder von einem Justizvollzugsangestellten verschlossen, zum Teil gibt es aber auch Räume, die tagsüber frei zugänglich sind und abends verschlossen werden. In speziellen Aufenthaltsräumen können sich Häftlinge mehrmals im Monat mit Angehörigen treffen.

Eine wichtige Maßnahme für die resozialisierungsförderliche Gestaltung des Justizvollzugs ist die Gefangenenausbildung. Bei vielen Gefangenen ist, nach Angaben des Baden-Württembergischen Justizministeriums ein deutlicher Bildungsrückstand gegenüber Nichtstraffälligen festzustellen (<http://www.justiz.baden-wuerttemberg.de/>). Gesellschaft, Familie, Arbeitswelt und Freizeit entwickeln sich rasch weiter. Damit v.a. unausgebildete straffällige Jugendliche nicht weiter „auf

der Strecke" bleiben und sich kriminellen Verhaltensweisen verfestigen, werden unterschiedliche Bildungsangebote gemacht. Im Sinne eines Differenzierungskonzeptes werden neben Förder-, Elementar- und Hauptschulkurse (Schwerpunkte: Lesen, Rechnen und Schreiben in Alltagssituationen) auch Realschulkurse und Berufsschulunterricht (theoretische und praktische Ausbildungseinheiten) angeboten. Für ausländische Gefangene werden z.T. Weiterbildungsangebote möglichst in der jeweiligen Landessprache durchgeführt. Bildungskurse in der Freizeit informieren beispielsweise über Alkohol und Drogen. Erste Hilfe, Sprach- und Schreibmaschinenkurse und EDV-Grundausbildung werden ebenfalls angeboten. Von 1998 bis 2000 wurde in den Ländern Brandenburg, Bremen und Niedersachsen wurde ein Telekooperationsnetzwerk (TELiS) für das computergestützte Lernen im Strafvollzug aufgebaut und derzeit in ein Europäisches Netzwerk mit spanischen, portugiesischen, französischen und englischen Gefängnissen eingebunden (www.telis.uni-bremen.de).

Durch soziales Training sollen Wissen, neue Verhaltensweisen und Einstellungen bei Problemen mit Mitmenschen in Familie, Beruf, Behörde oder Freizeit vermittelt und eingeübt werden. Sportliche Aktivitäten müssen, nach dem Strafvollzugsgesetz, dem Jugendgerichtsgesetz und der Untersuchungshaftvollzugsordnung den Häftlingen angeboten werden. Die meisten größeren Vollzugsanstalten verfügen über entsprechende Sporthallen oder -plätze. Neben externen Sportlern werden oft auch Vollzugsbedienstete zum Übungsleiter ausgebildet. Die häufigsten regelmäßigen Freizeitangebote sind in den JVAs (N = 33) Fernsehen (100%), sportliche Aktivitäten (96,8%), Spiele (75%), kreative Tätigkeiten (67,9), Fortbildung (61,5%) und Kochkurse (38,1) (Küfner et al. 2000).

1.4 Konzepte zur Nachfragereduzierung im Gefängnis

Repression ist und war für lange Zeit die primäre drogenpolitische Strategie im Umgang mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im Justizvollzug. Durch Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Überwachungskameras, Wachpersonal), Kontrollen (z.B. Urinkontrollen, Haftraumkontrollen) und entsprechende Konsequenzen (z.B. Wegfall von Lockerungsmaßnahmen) soll Drogengebrauch eingeschränkt werden. Externe Suchtberatung an JVAs existiert seit Mitte der 80er Jahre und scheint sich langsam zu etablieren. Drogenkonsum im Vollzug wird nicht mehr grundsätzlich verleugnet, als Ziel für die Haftanstalt gilt jedoch nach wie vor Drogenfreiheit. Dem Paradigma von „Sucht als Krankheit“ wird auch innerhalb des Justizvollzuges zunehmend Rechnung getragen. Neben repressiven Maßnahmen wird mittlerweile die Notwendigkeit von externen und internen Beratungsangeboten zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen nicht mehr bestritten. Angebote für Konsumenten illegaler Drogen können sein:

- *Schonräume für abstinente und nicht-abhängige Haftinsassen (drogenfreie Stationen),*
- *Informationen, Beratung und Motivierung bezüglich therapeutischer Maßnahmen,*
- *Unterstützung bei der Beantragung und Vermittlung von Abstinenztherapieplätzen,*

- **Maßnahmen der Schadensreduzierung (z.B. Spritzenvergabe),**
- **Medikamentengestützte Behandlung (z.B. Methadonsubstitution, Naltrexonbehandlung),**
- **Abklärung der Möglichkeiten von „Therapie statt Strafe“ gemäß § 35, 36 BtMG,**
- **Krisenintervention,**
- **Begleitende Einzel- oder Gruppengespräche während des Haftaufenthaltes.**

Insgesamt können Qualität und Quantität der Maßnahmen sehr variieren. Drogenberatung kann intern durch festangestellte sozialpädagogische oder psychologische Fachkräften durchgeführt werden oder von externen speziellen Drogenberatungsstellen auf Anfrage oder im Rahmen einer festgelegten Stundenzahl übernommen werden. In den Bundesländern Berlin, Hamburg und Niedersachsen wurde Spritzenvergabe im Rahmen von Modellprojekten an kleineren JVAs erprobt. Safer-use Maßnahmen wie Spritzenaustausch-Programme und die Vergabe von Utensilien zur Spritzenreinigung wurden eingeführt, infektionsprophylaktische Weiterbildung von Gefangenen und Bediensteten wurde durchgeführt (vgl. Meyenberg et al. 1999, Herrmann, Stöver & Knorr 2001). Ein Projekt im offenen Vollzug (Heinemann & Gross 2001) zeigte eine Verringerung des Needle-Sharing durch Spritzenaustauschprogramme beim i.v. Konsum von 51 auf 26% (N = 49). Allerdings war der i.v. Konsum unter den Häftlingen mit 30% immer noch deutlich höher als in geschlossenen Anstalten, woher die Häftlinge kamen (17%).

Im Rahmen eines Modellprojektes zur Evaluation der JVA-Suchtberatung in Bayern wurden externe 46 Suchtberater im Rahmen eines semi-standardisierten Interviews zu ihren Arbeitsbedingungen und Beratungskonzepten befragt (Küfner et al. 2000). Fast alle Berater hatten ein Sozialpädagogikstudium absolviert, nur ein Viertel der Berater hatte für seine Tätigkeit in der JVA eine spezielle Fortbildung. 79% gaben an, ein eigenes Büro in der JVA zur Verfügung haben. Durchschnittlich kommen 237 Insassen auf einen Berater. Die Information über das JVA-Suchtberatungsangebot wird meist mündlich über den JVA-Sozialdienst (98%) oder JVA-Mitarbeiter (83%) vermittelt.

Durch das Dokumentationssystem EBIS-B werden psychosoziale und therapeutische Maßnahmen von ambulanten und stationärer Einrichtungen der Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe in Deutschland dokumentiert (vgl. Welsch & Sonntag 2000). Insgesamt wurden dabei im Jahr 1999 Betreuungen von 914 Klienten im Rahmen der Straffälligenhilfe dokumentiert; 94% davon waren Männer und 6% waren Frauen. Es liegen allerdings nur von 142 Klienten aus sieben Einrichtungen Angaben zu den erfolgten Maßnahmen vor, dies entspricht 16% der Ausgangsstichprobe. Eine Generalisierung der dargestellten Ergebnisse ist daher nicht möglich. Der Großteil der Klienten (52%), die im Rahmen der Straffälligenhilfe betreut werden, erhält soziale Trainingskurse. Weitere 38 Klienten (27%) verrichten eine gemeinnützige Arbeit statt einer Ersatzfreiheitsstrafe. Maßnahmen wie Arbeitszuweisung, Betreuungszuweisung, Täter-Opfer-Ausgleich, Jugendgerichtshilfe oder Haftentscheidungshilfe bzw. -vermeidung spielen in den Einrichtungen eine untergeordnete Rolle .

Tabelle 2: Maßnahmen im Betreuungsverlauf von Klienten der Straffälligenhilfe in sieben Gefängnissen

Maßnahmen im Betreuungsverlauf	Fälle	Prozent
Arbeitsweisung	3	2%
Betreuungsweisung	2	1%
soziale Trainingskurse	74	52%
Täter-Opfer-Ausgleich	1	1%
Jugendgerichtshilfe	1	1%
Haftentscheidungshilfe/Haftvermeidung	5	4%
Gemeinnützige Arbeit statt Ersatzfreiheitsstrafe	38	27%
Sonstige	12	9%
Gesamt	142	100%

* Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Welsch & Sonntag (2000)

1.5 Evaluation von Behandlungsansätzen im Gefängnis

Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit wurde von Juni 1997 bis September 1998 ein Modellprojekt durchgeführt, das zum Ziel hatte, durch bessere Vernetzung an allen bayerischen Justizvollzugsanstalten (Untersuchungs- oder Strafhaft) Suchtberatung anzubieten. Art und Umfang der Beratung sowie ihr Einfluss auf Häftlinge und Anstalt sollte dokumentiert und qualitativ verbessert werden, Leitlinien für eine optimale externe Suchtberatung erarbeitet werden. Das Modellprojekt, an dem 33 von 37 JVAs und insgesamt mehr als 4000 Klienten teilnahmen, wurde wissenschaftlich begleitet und evaluiert (Küfner et al. 2000). Die externe Suchtberatung wird von den Klienten als positiv bewertet. Aber auch von den JVAs wird sie als wichtiger Bestandteil der Betreuung von Häftlingen gesehen, zumal sie den JVA internen Sozialdienst und Vollzugsbeamte entlastet. Insgesamt wurde die Betreuung von weiblichen Klienten als hilfreicher und erfolgreicher von den Beratern eingeschätzt. Zu Beginn der Beratung nannten die Insassen folgende Beratungsziele (Mehrfachantworten möglich):

- *Umgang mit Suchtproblemen (80%)*
- *Therapievorbereitung (78%)*
- *Therapievermittlung statt Strafe (74%)*
- *Therapiemotivation (71%)*

Die männlichen Klienten waren v.a. bei den ersten drei genannten Themen der Überzeugung, dass hierzu die Beratung sehr hilfreich sei. Des weiteren erhofften sie sich einen positiven Einfluss auf die Verkürzung der Haftzeit.

Die weiblichen Insassen nannten als Beratungsziele am häufigsten (Mehrfachantworten möglich):

- **Therapievorbereitung (72%)**
- **Umgang mit Suchtproblemen (72%)**
- **Therapiemotivation (71%)**
- **Hafterleichterung (68%)**

Die allgemeine Annahme, dass Frauen für Beratung und Psychotherapie aufgeschlossener als Männer sind, konnte nicht bestätigt werden. Hinsichtlich Beratungsverlauf und Veränderungen zeigten sich folgende Ergebnisse:

- **Drogenklienten werden im Strafvollzug länger und intensiver beraten als bspw. Alkoholklienten. Das liegt z.T. an den rechtlichen Möglichkeiten, die das BtMG für Drogenabhängige bietet, z.T. aber auch daran, dass die Angebote besser auf Drogenklienten ausgerichtet sind.**
- **Die Haltequote der männlichen Klienten beträgt 69% (nach Abzug der Verschiebungen in andere JVAs) und ist damit deutlich höher als im stationären und ambulanten Behandlungssetting.**
- **Bezüglich der Veränderung der Gesamtsymptomatik als Globalbeurteilung am Ende der Beratung gaben 2% der männlichen Klienten an, abstinent zu sein, 49% beurteilten ihre Symptomatik als gebessert, 46% als unverändert und 2% als verschlechtert. Von den weiblichen Klienten gaben 1% an, abstinent zu sein, 57% beurteilten ihre Symptomatik als gebessert, 40% als unverändert und 2% als verschlechtert.**

1.6 Methodische Probleme

Die Erfassung von Drogenkonsum im Gefängnis zielt auf sanktioniertes, verbotenes Verhalten von Gefängnisinsassen. Die Durchführung solcher Studien bedarf immer der Zustimmung der Gefängnisleitung und der Unterstützung durch das Personal der JVAs. Der zeitweise Entzug der Freiheitsrechte der Gefangenen durch die Freiheitsstrafe macht es besonders schwierig, die Anonymität der Befragungsergebnisse zu gewährleisten. Auf der anderen Seite mag das Misstrauen der Befragten hier besonders groß sein. Urlaubsregelungen und eine Verkürzung von Haftzeiten hängen von der Einschätzung des Verhaltens des Gefangenen direkt ab – das Eingeständnis von Drogenkonsum im Gefängnis ist hierzu ein negativer Beitrag. Der Umfang der Leugnung und das Graufeld ist deshalb bei Studien im Gefängnis besonders groß einzuschätzen.