

## **TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN**

### **11 Drogenbezogene Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung in Haft**

#### **11.1 Gefängnisssysteme und Gefängnispopulation**

Die Durchführung des Justizvollzugs in Deutschland ist Angelegenheit der Bundesländer. Seit 2006 obliegt den Ländern auch die Gesetzgebung in diesem Bereich. Alle Länder haben zwischenzeitlich Gesetze zur Durchführung des Jugendstrafvollzuges erlassen. Eigene Strafvollzugsgesetze für den Erwachsenenstrafvollzug gibt es in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen und Hessen. In den restlichen Bundesländern gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Es gibt keine bundesweite Datenerhebung über die Gesundheit im Strafvollzug in Deutschland, sondern v.a. regionale Datenerhebungen und einzelne Studien, zum Teil unter Teilpopulationen einzelner Einrichtungen.<sup>127</sup>

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat zum Stichtag 31.03.2008 für die Indikatorenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) Daten aus den einzelnen Bundesländern und damit 195 Justizvollzugsanstalten (JVA's) zusammengestellt (Indikatorendatenbank, BMJ 2009). Auf relevante Ergebnisse dieser Erhebung wird im Folgenden an geeigneter Stelle Bezug genommen. Eine starke Limitation all dieser Daten ist, dass immer nur Angaben aus einigen Bundesländern vorliegen und sich die Ergebnisse nicht eindeutig konkreten Bundesländern zuordnen lassen.

Angeregt durch die Indikatorendatenbank der WHO hat Baden-Württemberg, eine jährliche Gesundheitsberichtserstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg initiiert (Reber & Wulf 2009, Reber 2011). Die Datenerhebung auf Anstaltsebene erfolgte zum ersten Mal für das Jahr 2008. Der letzte Bericht erschien im Sommer 2011.

Zusätzlich zu diesen bereits erhobenen Daten hat die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) im Rahmen der jährlichen Anfrage zur Informationssammlung für den REITOX-Bericht die Drogenbeauftragten bzw. die Justizministerien der Bundesländer gebeten, einen umfangreichen Fragebogen zur gesundheitlichen Situation Gefangener in ihrem Bundesland zu beantworten. Themen dieser Erhebung waren unter anderem die Struktur der medizinischen und psychosozialen Versorgung in Justizvollzugsanstalten, Schulungen von Justizvollzugsbeamten für den Umgang mit drogenkonsumierenden Gefangenen, Tests auf Drogen und Infektionskrankheiten sowie intramurale Therapieangebote für drogenkonsumierende Gefangene. Bei der Fertigstellung des Berichts lagen der DBDD Antworten aus 13 Bundesländern vor. Aus Bayern, Hamburg und dem Saarland waren bis zu diesem Zeitpunkt keine Rückmeldungen eingetroffen. Im Jahr 2005 wurde außerdem eine Umfrage der DBDD bei den Landesjustizministerien durchgeführt, die im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft

---

<sup>127</sup> Zu den beträchtlichen Limitationen der Daten siehe Kapitel 11.5.2.

Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) stattfand. Es wurde die Situation der Sucht- und Drogenhilfe in den Justizvollzugsanstalten der einzelnen Bundesländer erhoben. Die Ergebnisse dieser Umfrage können im REITOX-Bericht 2008 (Kapitel 9.3.1) nachgelesen werden.

Im November 2010 wurde von der DBDD der Workshop „Drogen und Haft“ durchgeführt. Er 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 Vertreterinnen 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. 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.<sup>128</sup>

In diesem Kapitel wird je nach Studie von Drogenkonsumenten, Drogenabhängigen und intravenös (i.v.) Drogenkonsumierenden die Rede sein. Aufgrund der unterschiedlichen Indikatoren für die entsprechenden Bezeichnungen – gerade auch in Abgrenzung zu einer ICD-relevanten Störung – ist ein Vergleich der Forschungsergebnisse dieser Studien häufig nur eingeschränkt möglich.

### **11.1.1 Kontextinformationen**

Gemäß den Vorgaben der Vollzugsgeschäftsordnung (VGO Nr. 73) ist von den Justizvollzugsanstalten ein monatlicher Nachweis über den Bestand der Einsitzenden am Ende des Monats sowie über Zu- und Abgänge im Berichtsmontat zu erstellen. Das Statistische Bundesamt erstellt für drei ausgewählte Kalendermonate (März, August und November) aus den zu Länderergebnissen aggregierten Nachweisungen Übersichten für Deutschland und veröffentlicht diese im Internet. Die Übersichten umfassen die Einrichtungen des Justizvollzugs der Länder. Einrichtungen des Maßregelvollzugs aber auch Jugendarrestanstalten sind nicht enthalten.

---

<sup>128</sup> Die Vortragsfolien stehen unter [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de) zum Download bereit.

Am 31.03.2010 befanden sich laut der jährlichen Erhebung des Deutschen Statistischen Bundesamts (DeStatis) 60.693 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Der Anteil der Frauen unter den Inhaftierten ist im Laufe der letzten Jahre leicht gestiegen, aber mit rund 5% nach wie vor gering (Statistisches Bundesamt 2010c). 55,9% (33.907) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 2 Jahren ab, 29,7% (18.018) eine Haftstrafe zwischen 2 und 15 Jahren und 3,4% der Inhaftierten (2.048) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Statistisches Bundesamt 2010c). Im Jahr 2009 gab es zehnmal so viele Haftantritte wie Strafgefangene (637.552), davon 17% (108.832) Erstaufnahmen, und ungefähr gleich viele (608.204) Entlassungen (Statistisches Bundesamt 2010a). Eine Übersicht über die Zahl der Justizvollzugsanstalten, deren Belegungsfähigkeit und die tatsächliche Belegung am 31.08.2010 in den einzelnen Bundesländern liefert Tabelle 11.1. Demnach gab es in Deutschland zu diesem Stichtag 185 organisatorisch selbstständige Anstalten mit insgesamt knapp 80.000 Haftplätzen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mit über 70.000 Gefangenen zu 90% ausgelastet waren (Statistisches Bundesamt 2011b).

Tabelle 11.1 Anstalten und Belegungsfähigkeit am 31.08.2010 nach Bundesland

Land	Selbstständige Anstalten	Belegungs-fähigkeit	Tatsächliche Belegung	Belegung in % <sup>1)</sup>
Deutschland (insgesamt)	185	77.995	70.103	90
Baden-Württemberg	19	8.126	7.337	90
Bayern	36	11.942	11.706	98
Berlin	8	5.172	4.774	92
Brandenburg	6	2.123	1.510	71
Bremen	1	748	616	82
Hamburg	6	2.593	1.772	68
Hessen	16	5.767	5.222	91
Mecklenburg-Vorpommern	2	1.547	1.426	92
Niedersachsen	14	7.107	5.595	79
Nordrhein-Westfalen	37	18.343	17.181	94
Rheinland-Pfalz	10	3.606	3.473	96
Saarland	3	896	833	93
Sachsen	10	3.840	3.438	90
Sachsen-Anhalt	5	2.456	2.073	84
Schleswig-Holstein	6	1.695	1.353	80
Thüringen	6	2.034	1.794	88

1) Belegung jeweils in % der Belegungsfähigkeit

Statistisches Bundesamt 2011b.

Da der Anteil von Abhängigen und Konsumenten von illegalen Drogen in deutschen Justizvollzugsanstalten nicht eindeutig beziffert werden kann, wird als Näherungswert häufig die Zahl der wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Inhaftierten verwendet. Diese Schätzung ist jedoch relativ ungenau, da auf diese Weise einerseits 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 könnte. 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 BtMG-Verstößen aufgelistet werden. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 67.025 Personen aufgrund eines BtMG-Verstoßes abgeurteilt<sup>129</sup> (Statistisches Bundesamt 2010a) und 59.432 verurteilt, darunter 17% Heranwachsende und Jugendliche (Statistisches Bundesamt 2010b). Aufgrund von Verstößen gegen das BtMG befanden sich zum Stichtag 31.03.2010 insgesamt 8.880 Personen (14,6% aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs,

<sup>129</sup> Abgeurteilte sind Personen, die vor Gericht standen und ein Urteil erhalten haben. Personen, die nicht verurteilt werden, erhalten beispielsweise einen Freispruch, die Einstellung des Verfahrens o.ä.; für genauere Gründe s. DeStatis Fachserie 10, Reihe 3 „Abgeurteilte nach Art der Entscheidung“.

davon waren 5,7% (507) weiblich, 3,6% davon (319) saßen eine Jugendstrafe ab. In Tabelle 11.2 ist zu sehen, dass der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten seit 2008 zwar nur leicht, aber kontinuierlich gesunken ist. Diese Tendenz ist über alle Strafrechtsformen und bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 51.723 Freiheitsstrafen (7,1% aller Freiheitsstrafen) einschließlich Strafverurteilung nach dem BtMG verhängt, davon 18.013 tatsächliche Freiheitsstrafen (darunter 11.706 Strafen zur Strafaussetzung) und 33.710 Geldstrafen. Von den tatsächlichen Freiheitsstrafen lagen 8.840 unter und 9.173 über einem Jahr (Statistisches Bundesamt 2010a, b).

Tabelle 11.2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2010	Inhaftierte N	60.693	57.568	3.125	51.056	2.917	5.979	205	536
	BtMG N	8.880	8.373	507	8.074	486	298	21	1
	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2008	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
2007	BtMG %	14,9	14,8	17,4	16,2	15,0	6,2	8,9	0,2
2006	BtMG %	14,8	14,7	18,2	15,7	18,8	6,8	11,4	0
2005	BtMG %	14,6	14,4	19,2	15,4	20,1	7,3	10,2	0

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

Statistisches Bundesamt 2010c.

### 11.1.2 Charakteristika der Population

Von den 60.693 Gefangenen am 31.03.2010 waren 5,1% (3.125) Frauen und 22% (13.374) Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Statistisches Bundesamt 2010c). 66,2% (40.174) waren ledig, 17,5% (10.642) verheiratet, 1,3% (765) verwitwet und 15,0% (9112) geschieden. 15,2% (9.204) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 0,4% (222) der Häftlinge waren zwischen 18 und 21 Jahre alt, 28,0% (17.015) zwischen 21 und 30 Jahre, 48,6% (29.515) zwischen 30 und 50 Jahre und 11,9% (7.221) über 50 Jahre alt.

## 11.2 Gesundheitspolitik in Haft

### 11.2.1 Rahmenbedingungen der Gesundheitsfürsorge in Haft

#### Rechtliche Rahmenbedingungen

In den meisten Bundesländern Deutschlands gilt nach wie vor das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) von 1976. Es regelt „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 Bundestag beschlossen worden und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die

Länder übergegangen. Das StVollzG wird schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften abgelöst (§125a GG<sup>130</sup>), die sich teilweise auf das StVollzG berufen. Aktuell gilt das StVollzG noch in 11 Bundesländern. Eigene Landesgesetze gibt es mittlerweile in Baden-Württemberg (JVollzGB seit dem 01.01.2010), Bayern (BayStVollzG, seit dem 01.02.2010), Niedersachsen (NJVollzG, seit dem 14.12.2007), Hamburg (HmbStVollzG, seit dem 14.07.2009) und Hessen (HStVollzG, seit dem 28.06.2010). Die Landesgesetze orientieren sich 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 allen fünf Bundesländern mit eigenem Strafvollzugsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V)<sup>131</sup>.

Unter dem siebten Titel des StVollzG wird die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen geregelt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§56 StVollzG). 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 (§58 StVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten die Vorschriften des SGB V (§61 StVollzG). Im StVollzG 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 (Indikatorendatenbank, BMJ 2009).

Zwar unterscheiden sich die Landesgesetze kaum vom StVollzG und auch kaum untereinander, dennoch gibt es feine Unterschiede. Im Hessischen Strafvollzugsgesetz wird das Recht der Gefangenen auf psychologische oder psychotherapeutische Behandlung oder Betreuung geregelt (§26 Abs.2 HStVollzG). In Niedersachsen, Hessen und Baden-Württemberg werden darüber hinaus explizit präventive Maßnahmen erwähnt: In Niedersachsen wird das Recht 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).

---

<sup>130</sup> Grundgesetz

<sup>131</sup> Das SGB V regelt Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Rechtsbeziehungen zu weiteren Leistungserbringern, wie beispielsweise Ärzten, Zahnärzten und Apothekern.

## **Implementierung des Äquivalenzprinzips**

Die Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 1982) besagt, 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 zugute kommen. 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 (CPT 2010).

In Deutschland regeln die Strafvollzugsgesetze selbst, welche medizinischen Leistungen Gefangene beanspruchen können und verweisen bezüglich Art und Umfang auf das Sozialgesetzbuch (SGB V) (Meier 2009). Demnach können Gefangene nicht das gesamte, für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbindliche Leistungsspektrum in Anspruch nehmen.

## **Anzahl des Gesundheitspersonals**

Am 1. September 2009 arbeiteten laut Annual Penal Statistics des Council of Europe (SPACE I, Aebi & Delgrande 2011) insgesamt 37.174 Angestellte (in Vollzeit-Äquivalenten), im deutschen Strafvollzug, davon fast alle (98,7%) innerhalb der Gefängnismauern. Beamte des allgemeinen Vollzugsdienstes machten mit 73,6% die mit Abstand größte Gruppe der Angestellten im deutschen Justizvollzug aus. Demgegenüber stellen Ärzte und Pflegepersonal mit 0,7% die kleinste Gruppe. 1,5% waren Gutachter oder Psychologen (RM 1321). Durchschnittlich ist jeder Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes für 2,7 Gefangene verantwortlich. Für Personal in anderen Bereichen, wie z.B. Behandlung oder Ausbildung, fallen durchschnittlich 15,5 Gefangene auf einen Bediensteten.

Auf einen in der Allgemeinbevölkerung praktizierenden Arzt kommen in Deutschland durchschnittlich 257 Patienten, mit erheblichen landesspezifischen Abweichungen (von 174 bis 304 Einwohner je berufstätigem Arzt) (Stand: Ende 2008, siehe Tabelle 11.3) (Greß & Stegmüller 2011). Auf einen Gefängnisarzt kommen im Durchschnitt rund 260 Inhaftierte (Meier 2009). Dies entspricht ungefähr dem Durchschnittswert für die Gesamtbevölkerung. Berücksichtigt man die starke Fluktuation der Gefängnispopulation (375.671 Eintritte und Erstaufnahmen im Jahr 2004 bei einer Jahresdurchschnittsbelegung von 79.752), ist allerdings eher eine Versorgungsrelation von 1:560 realistisch. Diese Zahlen sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass Personen im Vollzug in der Regel aufgrund einer höheren gesundheitlichen Belastung und der leichteren Zugänglichkeit häufigere Arztbesuche aufweisen als in Freiheit. Daten zur genauen Quantifizierung dieses Sachverhalts liegen aus Deutschland nicht vor. Die Ergebnisse einer Studie in allen belgischen Gefängnissen zeigen, dass Gefangene dort durchschnittlich 3,8mal häufiger den Arzt konsultierten als in einer demographisch äquivalenten Gruppe der Allgemeinbevölkerung (Feron et al. 2005). Wenn

man bei den Inhaftierten in Deutschland von einem ähnlichen Konsultationsverhalten ausgeht, ist ein Gefängnismediziner demnach bei gleicher Versorgungsrelation wie in der extramuralen Gesundheitsversorgung aufgrund der größeren Nachfrage nach seinen Diensten deutlich stärker belastet. Bei gleichem Versorgungsschlüssel (Zahl von Ärzten und Krankenpflegepersonal) intra- und extramural, zeigt die meist sehr viel höhere gesundheitliche Belastung der Gefangenen eine Struktur der gesundheitlichen Ungleichheit („health inequality“) (Stöver et al. 2009). Dies würde dafür sprechen, dass für die intramurale Gesundheitsfürsorge eine größere Ärztedichte als in Freiheit nötig wäre, um eine vergleichbare Versorgungsdichte zu gewährleisten. Tabelle 11.3 liefert einen Überblick über die intra- und extramurale Versorgungslage mit Allgemeinmedizinern pro Inhaftiertem bzw. Einwohner.

Tabelle 11.3 Intra- und extramurale Versorgungsrelation

Bundesland	Intramural 2004 <sup>1)</sup>			Extramural 2008 <sup>2)</sup>
	Stellenzahl Ärzte	Jahresdurch- schnittsbelegung JVAs	Versorgungsrelation (Arzt : Patient)	Versorgungsrelation (Arzt : Patient)
Baden- Württemberg	26	8.604	1:331	1:261
Bayern	45	11.964	1:266	1:242
Berlin	34	5.318	1:159	1:197
Brandenburg	11	2.308	1:210	1:304
Bremen	1	733	1:733	1:195
Hamburg	15	3.123	1:205	1:174
Hessen	21	5.883	1:280	1:252
Mecklenburg- Vorp.	7	1.634	1:233	1:262
Niedersachsen	32	6.951	1:217	1:292
Nordrhein- Westfalen	63	17.727	1:281	1:261
Rheinland- Pfalz	9	3.873	1:430	1:264
Saarland	1	931	1:931	1:242
Sachsen	25	4.253	1:170	1:288
Sachsen- Anhalt	13	2.822	1:217	1:294
Schleswig- Holstein	3	1.577	1:526	1:259
Thüringen	0	2.051	-	1:282
Insgesamt	306	79.752	1:261	1:257

1) Meier 2009.

2) Greß & Stegmüller 2011.

Einen Überblick über die von den Justizministerien auf die Anfrage der DBDD im Jahr 2011 berichteten Stellen im Bereich der medizinischen und psychosozialen Versorgung von

Inhaftierten liefert Tabelle 11.4. Sachsen-Anhalt berichtete darüber hinaus, dass an insgesamt acht Standorten der Justizvollzugseinrichtungen je ein Bediensteter zum Suchtbeauftragten bestellt wird. Ihnen ist die fachliche Leitung für die Aufgabenwahrnehmung in der Suchtarbeit übertragen. Zusätzlich sind 16 Bedienstete als Suchtkrankenhelfer für die Aufgabenerfüllung mit einem Arbeitskraftanteil von insgesamt 5,3 Vollzeitstellen eingesetzt. In einer JVA Sachsen-Anhalts wird die Suchtberatung durch externe Fachkräfte im Rahmen der so genannten „Public-Private-Partnership“ angeboten. Nähere Angaben zur Personalausstattung sind darum von hier nicht möglich (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen Anhalt 2011, persönliche Mitteilung).

Laut Indikatorendatenbank belief sich die Anzahl der Krankenhausbetten in Justizvollzugsanstalten im Jahr 2008 in zehn Bundesländern auf 1.015 und fünf Bundesländer geben 230 psychiatrische Betten an (Indikatorendatenbank, BMJ 2009). Aufgrund der mangelnden Zuordenbarkeit der Daten auf bestimmte Bundesländer kann hier allerdings weder eine Versorgungsrelation berechnet und mit der in der Allgemeinbevölkerung verglichen werden, noch können die Angaben mit den aktuellen Daten verglichen werden.

Detaillierte Informationen liegen darüber hinaus aus Baden-Württemberg und der Justizvollzugsanstalt München vor. In Baden-Württemberg standen für 7.748 Gefangene im Jahr 2010 insgesamt 32,65 Anstaltsärzte (darunter 7,65 Personalstellen von nicht hauptamtlich beschäftigten Anstaltsärzten), in den Justizvollzugsanstalten und im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg 14 Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. In den Justizvollzugsanstalten des Landes gab es zu diesem Zeitpunkt insgesamt 304 Krankenhausbetten, darunter 94 psychiatrische (Reber 2011). In der JVA München standen im Januar 2011 für 1249 Gefangene insgesamt 7 Ärzte und 82 Personen aus dem Krankenpflegedienst zur Verfügung (Stumpf 2011).

### **11.2.2 Gesundheitspolitik in Haft**

#### **Nationale Drogenpolitik in Gefängnissen**

Über die Gesetzgebung für den Bereich des Justizvollzugs der Bundesländer entscheiden die jeweiligen Landesparlamente, über die Art der Durchführung der Gesetze die jeweiligen Justizministerien. Auf nationaler Ebene gibt es den Strafvollzugsausschuss der Länder (BMJ 2011, persönliche Mitteilung). Er ist ein Unterausschuss der Justizministerkonferenz und bereitet Sitzungen dieses Gremiums vor. Teilnehmer sind die Abteilungsleiter der für den Strafvollzug verantwortlichen Abteilungen der Landesjustizministerien. Im Strafvollzugsausschuss der Länder werden aktuelle Themen des Strafvollzugs diskutiert, die von länderübergreifendem Interesse sind. Ziel des Zusammenkommens ist es, diese Entwicklungen bundesweit zu koordinieren. Das Ergebnis sind Absprachen, die allerdings nicht bindend sind. Sollten bindende Einigungen gewünscht werden, kann diesbezüglich ein Staatsvertrag geschlossen werden. Das Bundesministerium der Justiz nimmt am Treffen des Strafvollzugsausschuss der Länder teil, hat aber nur einen Beobachtungsstatus.

## **Drogenbezogene Gesundheitspolitik in Haft**

In der im Jahr 2011 durchgeführten Befragung durch die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) berichteten die Justizministerien der Länder, dass sich bezüglich der Therapieangebote für Inhaftierte die meisten Länder an den Richtlinien der Bundesärztekammer orientieren. Darüber hinaus nannten einige Länder die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizin (AWMF), die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und die Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (NUB-Richtlinien)<sup>132</sup>.

Auf eine Befragung der Deutschen Aidshilfe (DAH) im Herbst 2006 gaben alle Bundesländer außer Schleswig-Holstein an, sich bezüglich der Substitutionsbehandlung (Opioid Substitution Therapy, OST) von Inhaftierten auf das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu berufen (Knorr 2008). Darüber hinaus berichteten auch damals fast alle Länder, sich nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger zu richten. Schleswig-Holstein gab außerdem an, sich an den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien)<sup>129</sup> zu orientieren, die die Substitution im kassenärztlichen System regeln. Diese sind eigentlich nicht verbindlich für die Substitution im geschlossenen Vollzug, da Gefangene während der Inhaftierung nicht gesetzlich krankenversichert sind.

---

<sup>132</sup> Die NUB-Richtlinien und die BUB-Richtlinien wurden fortgeschrieben und werden nun überwiegend zitiert unter „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung „Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011).

Tabelle 11.4 Umfang der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Inhaftierten in den Bundesländern

Land	Medizinischer Dienst			PSB	
	Personalstunden pro Woche	Anteil für die Behandlung von Drogenkonsumenten (intern, %)	Anteil für die Behandlung von Drogenkonsumenten (extern, Std)	Intern (%)	Extern (Std)
Baden - Württemberg	6.432,5	15%	0	5%	15 Stellen
Berlin	230 x 40	25%	k.A.	Lässt sich nicht getrennt darstellen, in medizinischer Behandlung (z.B. bei OST) enthalten	Eine dezidierte Stundenerhebung liegt nicht vor
Brandenburg	Ärzte: 150, Pflegedienst: 1.360	<1%	k.A.	0	0
Bremen	5.600	70%	0	50%	0
Hessen	Ärzte: 915 Pflegedienst: 4.370	Ärzte: ca. 5%-10% Pflegedienst: ca. 5%	0,4-1,2	Festlegung auf einen prozentualen Anteil ist nicht möglich; PSB bei OST integriert	10-60 Std./Wo. (Je nach Größe der Anstalt)
Mecklenburg-Vorpommern	1.070	Nicht erfasst.	0	Nicht erfasst	0
Niedersachsen	Gefängnisintern: 915,2 Honorarärzte: 720	30%	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst
Nordrhein-Westfalen	Gefängnis: 9.750 Vollzugskrankenhaus: 3.750	30%-40%	0	1.320 Std./Wo.(mithilfe von externen Einrichtungen)	270 Std./Wo.
Rheinland-Pfalz	1.764	Ca. 15%-20%	113	10%	Nicht erfasst
Sachsen	Ärzte: 240 Med. Dienstanstalten: 1.780 Krankenhaus: 1.360	Ca. 1%	k.A.	k.A.	k.A.
Sachsen-Anhalt	1.830 (ohne nebenamtliche Ärzte)	Nicht erfasst	0	Nicht erfasst	0
Schleswig-Holstein	998	5%-80% (je nach JVA)	0	2-5% (je nach JVA)	35,5 Std./Wo.
Thüringen	1.148	Ca. 20%	Ca. 6 Std.	Ca. 20%	Ca. 15 Std./Wo.

k.A. = Es wurde keine Angabe gemacht.

## **Modelle der Leistungserbringung für Drogenkonsumenten im Gefängnis**

Für die medizinische und psychosoziale Betreuung von Inhaftierten stehen häufig nicht nur Vollzugsbedienstete zur Verfügung, sondern darüber hinaus auch externe Fachkräfte. So gab es im Jahr 2008 in 15 der 19 Anstalten Baden-Württembergs HIV-Hilfsdienste, in 9 Anstalten psychologische Hilfsdienste und externe Gesundheitsdienste in 10 Anstalten (Reber & Wulf 2009, Reber 2011). Grundsätzlich sind bundesweit ca. 62% der regionalen Aids-Hilfen auch in Justizvollzugsanstalten tätig, vorwiegend in den Bereichen Beratung und Betreuung oder zur Durchführung von Gruppenaktivitäten oder Informationsveranstaltungen für Gefangene und Bedienstete (Knorr 2011). Laut SPACE I (Aebi & Delgrande 2011) machten im Jahr 2009 Mitarbeiter im Strafvollzug, die nicht von der Gefängnisverwaltung angestellt sind insgesamt 1.541 Personen aus. Diese verteilten sich auf einzelne Berufsgruppen folgendermaßen: Lehrer (24,3%), medizinisches Personal (11,5%), Sicherheitspersonal (8,1%), Sozialarbeiter und Bewährungshelfer (10,8%). In Bayern gab es im Jahr 2010 insgesamt 49 Vollzeitstellen für die externe Suchtberatung im Justizvollzug, was einen Anstieg seit dem Jahr 2009 von 6 Vollzeitstellen bedeutet (Poth 2011). Finanziert wurden diese durch das bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit.

Für die Länderkurzberichte gaben die Bundesländer die Anzahl der Einrichtungen und die Personalstellen an, die im internen und externen Dienst zur Beratung und Behandlung im Strafvollzug zur Verfügung stehen (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011). 11 Bundesländer machten Angaben zur Anzahl der internen Dienste. Die Angaben von 9 Bundesländern ließen sich addieren zu einer Gesamtzahl von 125 Diensten mit insgesamt 227 Personalstellen (letzteres laut Angaben aus 10 Bundesländern). Darüber hinaus machten 12 Bundesländer Angaben zur Anzahl der externen Dienste. Die Angaben von 11 Bundesländern ließen sich addieren zu insgesamt 157 Diensten mit 179 Personalstellen (letzteres laut Angaben aus 10 Bundesländern). Dabei unterscheiden sich die einzelnen Bundesländer bezüglich der Gewichtung von internen und externen Diensten. So finden in manchen Bundesländern (z.B. Hamburg und Nordrhein-Westfalen) Beratung und Behandlung hauptsächlich durch interne, in anderen (z.B. Bayern und Sachsen) in erster Linie durch externe Einrichtungen statt.

### **11.3 Bereitstellung von drogenbezogenen Gesundheitsangeboten**

#### **11.3.1 Prävention und Behandlung**

##### **Drogenprävention und Aufklärung für Gefangene**

Aufgrund der hohen Raten an Konsumenten und Abhängigen von illegalen Drogen in deutschen Gefängnissen werden dort in besonderem Maße drogenbezogene Präventions- und Behandlungsprogramme benötigt. Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet seit ein paar Jahren eine Veranstaltungsreihe zum Thema „HIV-Prävention und medizinische Versorgung im Justizvollzug“ an, seit 2010 fanden die Veranstaltungen auch in Justizvollzugsanstalten statt und richteten sich sowohl an Gefangene als auch an Bedienstete (DAH 2011, persönliche Mitteilung).

Auf die Anfrage der DBDD an die Justizministerien im Sommer 2011 antworteten 10 von 13 Bundesländern, dass sie zur Prävention drogenbedingter Schäden Informationsmaterial verteilen, 3 organisieren Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen für die Gefangenen und 5 bieten den Gefangenen Gespräche an, z.B. in Form einer Belehrung oder einer individuellen Beratung.

Laut Indikatorendatenbank der WHO (BMJ 2009) wurde im Jahr 2008 in 15 Bundesländern in allen Justizvollzugsanstalten zur Prävention von drogenbedingten Schäden Informationsmaterial verteilt, in 14 Bundesländern fand in allen Anstalten Beratung durch drogenbezogene oder medizinische Fachkräfte statt. Peer Education Programme und Safer Use Trainings waren in 2 Bundesländern in einigen Anstalten möglich. Die im Jahr 2008 im Vergleich zu den aktuellen Angaben stärkere Verbreitung von präventiven Maßnahmen im Strafvollzug sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Deutlich zu sehen ist, dass das Verteilen von Informationsmaterial zu beiden Erhebungszeitpunkten die am meisten verbreitete Methode zur Aufklärung von Gefangenen darstellt.

Differenziertere Angaben liegen aus Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt und Bayern (Nürnberg) vor. In 18 Justizvollzugsanstalten Baden-Württembergs standen im Jahr 2008 Informationsmaterialien in erster Linie zu Infektionskrankheiten zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es interne oder externe Drogenfachkräfte in allen Justizvollzugsanstalten, Peer-Education-Programme in sechs, Safer-use Training in neun Anstalten und in 17 Einrichtungen wird Beratung für Bedienstete angeboten (Reber & Wulf 2009, Reber 2011). In Sachsen-Anhalt zählt zu den Kernaufgaben der Suchtberatung die Informations- und Motivationsarbeit mit behandlungsbereiten Inhaftierten (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung). Bewusstmachung und Aufklärung sollen dazu beitragen, die gesundheitlichen, tatbezogenen und sozialen Folgen des Suchtmittelkonsums zu verdeutlichen. Das Projekt „Notfalltraining für Drogenkonsumenten“ von der mudra-Drogenhilfe in Nürnberg wendet sich an Konsumenten in den Hilfseinrichtungen, inhaftierte Drogenabhängige in der JVA und professionelle Helfer in der Drogenarbeit (mudra e.V. 2011). Im Training sollen Drogenkonsumenten für den Fall einer Überdosis als Ersthelfer geschult werden. Ziel des Trainings ist es, den Helfenden die Angst vor eigenen Repressionen zu nehmen und in der Szene verbreitete unsinnige Hilfsmaßnahmen auszuräumen. Außerdem sollen den Teilnehmern safer-use-Regeln nahegebracht und das Verständnis über Risiken und Abläufe beim Konsum vertieft werden, um Überdosierungen zu vermeiden. Zudem soll den Teilnehmern die Notwendigkeit einer Nachsorge in der Klinik vermittelt werden, damit sie auf andere in diesem Sinne einwirken. Letztendlich soll sich Erste Hilfe als positiv besetzte Reaktion in der Szene etablieren.

### **Arten der Drogenbehandlung und Zahl der Patienten**

Im Folgenden werden die Arten der Drogenbehandlung und die Zahl der behandelten Gefangenen dargelegt. Jedoch befinden sich nicht alle betäubungsmittelabhängige Straftäter in deutschen Justizvollzugsanstalten. Der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ erlaubt es nämlich, von der Vollstreckung einer rechtskräftig verhängten Freiheitsstrafe abzusehen, wenn sich der betäubungsmittelabhängige Täter einer Therapie unterzieht (§ 35 BtMG).

Weitere Hintergrundinformationen zum Thema „Therapie statt Strafe“ finden sich im REITOX-Bericht 2008 (Kapitel 11). Im Jahr 2009 gab es insgesamt 147.582 Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht nach dem allgemeinen Strafrecht (Statistisches Bundesamt 2011d). Dabei wurde die Strafe in insgesamt 9.587 Fällen zurückgestellt (nach § 35) bzw. zur Bewährung angerechnet (nach § 36). In dieser Kategorie wurden im Jahr 2009 insgesamt 2.748 beendet, davon waren allein 1.173 Strafaussetzungen, die aufgrund von Straftaten gegen das BtMG verhängt wurden. Von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (Kulick 2010) wurde im Rahmen des DBDD Workshops „Drogen und Haft“ 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.

### ***Substitutionspraxis in den verschiedenen Bundesländern***

Die Substitutionspraxis zwischen den Bundesländern variiert zum Teil deutlich. Um detaillierte Informationen zum aktuellen Vorgehen zu erhalten, stellte die DBDD im Sommer 2011 eine Anfrage an die Justizministerien der Länder. Alle 13 Bundesländer, von denen Informationen eingingen, antworteten, dass für Inhaftierte sowohl eine Entgiftung als auch eine Substitutionsbehandlung in ihrem Land angeboten wird. Dabei kann eine dauerhafte OST in 9 Bundesländern durchgeführt werden. In Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt wird OST nur als Abdosierung bei Zugang eingesetzt. In Rheinland-Pfalz wird der Beginn einer OST kurz vor Haftentlassung angeboten, in 6 Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) ist eine Hochdosierung der OST vor Entlassung möglich.

Laut Indikatorendatenbank der WHO (Indikatorendatenbank, BMJ 2009) waren im Jahr 2008 folgende Arten der Drogenbehandlung in allen Justizvollzugsanstalten verfügbar: Medikamentengestützte Kurzentgiftung (in 14 Bundesländern), Kurzentgiftung ohne Medikamente (in 7 Bundesländern), abstinenzorientierte Behandlung mit psychosozialer Betreuung (PSB) (in 11 Bundesländern), Behandlung mit Antagonisten (in 4 Bundesländern) und Substitutionsbehandlung (in 9 Bundesländern). Nur in 6 Bundesländern wurde in allen Fällen zusätzlich eine PSB durchgeführt. Eine medikamentengestützte Kurzentgiftung wird demnach zu beiden Befragungszeitpunkten von fast allen Bundesländern angeboten und eine dauerhafte Substitutionsbehandlung von etwas mehr als der Hälfte der Bundesländer. Laut den Ergebnissen einer Studie von Schulte und Kollegen (2009b) ist nur in rund 75% der untersuchten Justizvollzugsanstalten (n=31) eine Substitutionsbehandlung möglich.

Sachsen-Anhalt<sup>133</sup> gab darüber hinaus an, dass Betreuung und Beratung von suchtkranken Gefangenen u.a. zu den Schwerpunktaufgaben des Sozialen Dienstes gehört (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung). Diese Aufgaben können aber auch von anderen Bediensteten wahrgenommen werden.

Da bei der Befragung durch die Deutsche Aidshilfe (DAH) im Herbst 2006 aus Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt keine Antworten eingingen, wurden für diese Bundesländer ihre Antworten aus einer im Jahr 2002 durchgeführten Befragung der DAH verwendet (Knorr 2008). Aus dieser Befragung ging hervor, dass zu diesem Zeitpunkt eine Substitutionsbehandlung grundsätzlich in allen Bundesländern möglich war, mit der Besonderheit, dass in Bayern und Sachsen gleichzeitig eine schwere oder lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen musste. Im Saarland wurde OST im Jahr 2006 nur im offenen Vollzug angeboten, in dem die Gefangenen dann in der Regel gesetzlich versichert sind. Die Weiterbehandlung einer extramural begonnen Substitution war zu diesem Zeitpunkt in fast allen Bundesländern möglich. In Bayern und Sachsen wurde damals diesbezüglich je nach Einzelfall entschieden (beispielsweise wurde in Bayern weiter substituiert, wenn die Haftzeit nur wenige Wochen betrug), in Brandenburg hingegen wurde damals die Substitutionsbehandlung bei Haftantritt eingestellt. Wenn erstmals in Haft die Indikation zur Substitution gestellt wurde, war zum Zeitpunkt der Befragung ein Beginn der Behandlung in den meisten Bundesländern möglich, in Bayern und Sachsen-Anhalt allerdings nur bei gleichzeitig schwerer Erkrankung oder während der Schwangerschaft. In Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen war der Beginn einer OST nach Haftantritt im Jahr 2006 gar nicht vorgesehen. OST in der Schwangerschaft, die eine Indikation für die Substitutionsbehandlung darstellt (Bundesärztekammer 2010), wurde nur in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen durchgeführt. Als Entlassvorbereitung wurde OST zum Zeitpunkt der Befragung durch die DAH in Baden-Württemberg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz angeboten. Die Dauer der Substitution war damals in Baden-Württemberg, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein grundsätzlich nicht befristet. Ansonsten wurde sie in der Regel nur im Rahmen eines medikamentengestützten Entzugs angeboten. In 15 Bundesländern wurden damals Methadon und Polamidon für die OST verwendet, in 7 Bundesländern wurde Buprenorphin eingesetzt. Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern waren im Jahr 2006 die einzigen Bundesländer, die keine substituitionsbegleitende PSB anboten. Wenn eine Substitution durchgeführt werden sollte, dieses Angebot in der Justizvollzugsanstalt jedoch nicht bestand, war im Jahr 2006 in allen Bundesländern außer in Berlin und Saarland eine Verlegung in eine andere Vollzugsanstalt möglich.

In Bayern wurde zum Zeitpunkt der Befragung durch die DAH im Jahr 2006 die Substitution nicht als „Programm“ oder „Therapie“ angeboten, aber in Einzelfällen nach Anordnung durch den Anstaltsarzt durchgeführt. Folgende Gefangenengruppen können im bayerischen Justizvollzug substituiert werden (Knorr 2009):

---

<sup>133</sup> Die maßgeblichen Regelungen zur internen Suchtarbeit im Justizvollzug des Landes Sachsen-Anhalt sind der AV des MJ vom 06.10.2006 – 4558 – 305 – Mbl. LSA Teilausgabe B Nr. 47, Seite 349 zu entnehmen.

- Gefangene, die sich schon vor Haftantritt in Substitution befanden und nur eine kurzzeitige Strafhaft von wenigen Wochen vor sich haben,
- Drogen gebrauchende Frauen in der Schwangerschaft,
- Jugendarrestanten,
- Schwerkranke, bei denen ein Entzug eine Verschlechterung der Grunderkrankung bedeuten würde und
- Substituierte Gefangene, die sich auf Transport befinden oder wegen eines Gerichtstermins aufgenommen werden.

Auf eine große Anfrage der Fraktionen der CDU und der SPD zum Thema „Methadon - Substitution in der JVA Bremen und die Nachsorge nach der Haftentlassung“ gab der Bremer Senat in einer Mitteilung vom September 2006 Auskunft. Demnach wurde in Bremen während der Untersuchungshaft eine Behandlung mit Methadon fortgesetzt, wenn vor der Inhaftierung seit mindestens 6 Monaten substituiert wurde und der Gefangene keinen Beigebrauch von Opiaten, Benzodiazepinen, Kokain oder Alkohol hatte. Behandlungen mit Buprenorphin wurden unter den gleichen Bedingungen, dann aber mit Methadon fortgesetzt. In Untersuchungshaft wurde eine Substitutionsbehandlung nicht neu begonnen. Während der Strafhaft galten in Bremen dieselben Fortsetzungsbedingungen wie in der Untersuchungshaft. Zusätzlich war zur Sicherung der gesundheitlichen Situation der Beginn einer OST bei schwerwiegenden Erkrankungen wie HIV, Hepatitis und Tumoren möglich (somatische Indikation) oder im Rahmen eines psychosozialen Behandlungskonzeptes bei Inhaftierten mit langer Drogenanamnese, die gescheiterte Therapieversuche hinter sich hatten und wiederholt delinquent gewesen waren (psychosoziale Indikation). Damals war die Dauer der Methadonbehandlung in Bremen grundsätzlich nicht begrenzt. Die tatsächliche Dauer hing allerdings von der Vorgeschichte ab (z.B. Dauer der Drogenabhängigkeit), der Persönlichkeitsstruktur und der persönlichen Entwicklung des Gefangenen in Haft. Beikonsum wurde mithilfe von Urinkontrollen überwacht. Bei Beigebrauch konnte die Behandlung abgebrochen werden<sup>134</sup>. Wer sich durch Beikonsum in Gefahr brachte, sollte abdosiert und aus dem Behandlungsprogramm entlassen werden. Grundsätzlich wurde Beigebrauch immer sanktioniert, beispielsweise wurde er bei einer möglichen Vollzugslockerung und der Entlassplanung berücksichtigt.

Im Jahr 2010 fand das erste Expertengespräch „Heroinvergabe in Haft – neue Herausforderungen und Chancen für den Vollzug“ statt, das von der Deutschen AIDS-Hilfe organisiert wurde. Es nahmen Mitarbeiter der Gesundheits- und Justizministerien, der Aidshilfen und Anstaltsärzte teil. Auslöser für diese Zusammenkunft war, dass die Diamorphinvergabe 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

---

<sup>134</sup> Ein zusätzlicher Konsum von Opiaten kann ein Hinweis darauf sein, dass die Methadondosis zu niedrig und eine Dosissteigerung erforderlich ist.

wären. Zusätzlich müsste die Haltung gegenüber Drogenkonsumenten in Haft unter den Bediensteten stärker thematisiert und reflektiert werden.

Da nur aus einzelnen Bundesländern detaillierte, zum Teil jedoch relativ betagte Informationen vorliegen und bei den bundesweiten Erhebungen nicht aus allen Bundesländern Rückmeldungen kamen, kann über eine Tendenz bezüglich der Verfügbarkeit und den Durchführungsbedingungen von OST in deutschen Justizvollzugsanstalten keine gesicherte Aussage getroffen werden. Eine Betrachtung der Zahl der Substitutionsbehandlungen in Haft ist hier möglicherweise aussagekräftiger.

### ***Anzahl der Inhaftierten in Suchtbehandlungsmaßnahmen in den einzelnen Bundesländern***

Laut Indikatorendatenbank befanden sich im Jahr 2008 in 11 Bundesländern insgesamt 1.361 Gefangene in Substitutionsbehandlung. In 4 Bundesländern entspricht das einem Anteil zwischen 2,5% und 14%, in 2 Bundesländern sogar 20% bzw. 50% der i.v. Drogengebraucher. In 4 Bundesländern war OST nur für Personen möglich, die schon vor der Haft substituiert wurden. Die Fortführung von einer in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlung war damals die primäre Behandlungsindikation (Keppler et al. 2009). Stöver (2011) fand unter den Teilnehmern in der IMPROVE-Studie<sup>135</sup>, dass die Behandlung von vormals substituierten Patienten bei Haftantritt in 70% der Fälle abgebrochen wurde. Die restlichen 30% wurden nach Haftantritt zwar weiter substituiert, jedoch mit einer klaren Abstinenzorientierung.

In den Justizvollzugseinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2010 insgesamt 674 Insassen von der vollzugsinternen Suchtberatung betreut (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung). Es sind 85 Anträge auf Suchtbehandlungsmaßnahmen gestellt worden, von denen 69 Fälle eine Kostenzusage erhielten. Insgesamt sind 50 Vermittlungen in eine stationäre oder teilstationäre Entwöhnungsbehandlung zustande gekommen.

In Baden-Württemberg fand im Jahr 2010 bei 1.486 Gefangenen eine medikamentengestützte Kurzentgiftung statt, bei 108 Gefangenen erfolgte eine Kurzentgiftung ohne Medikamente (Reber 2010). 276 Inhaftierte erhielten psychosoziale Unterstützung bei einer abstinenzorientierten Behandlung und 2 Häftlinge wurden mit Antagonisten behandelt. Eine Substitutionsbehandlung kam 524 Gefangenen zugute, davon allerdings in 15 Anstalten nur zur akuten Entgiftung. In 17 Anstalten war OST für Gefangene zugänglich, die bereits vor Haftantritt substituiert waren, davon in 11 Anstalten ohne zeitliche Begrenzung. PSB wurde in 12 Anstalten in mehr als der Hälfte der Fälle begleitend zur Substitution angeboten, in 11 Anstalten in weniger als der Hälfte der Fälle bzw. gar nicht.

---

<sup>135</sup> Für die IMPROVE-Studie wurden insgesamt 400 Opioidabhängige in Drogenberatungszentren und Arztpraxen aus 11 deutschen Städten befragt. Von den Befragten haben ca. 2/3 bereits eine Freiheitsstrafe verbüßt. Nur ca. 30% aus dieser Gruppe wurden während ihrer Freiheitsstrafe substituiert. 70% mussten in Folge des Haftantritts die OST abbrechen.

In den Berliner Justizvollzugsanstalten befanden sich im Mai 2011 etwa 120 Gefangene in einer Substitutionsbehandlung (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin 2011, persönliche Mitteilung).

In der oben beschriebenen Befragung der DAH aus dem Jahr 2006 wurde außerdem nach der Zahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Inhaftierten gefragt (Knorr 2009). Die Antworten der Justizministerien werden im Folgenden dargestellt. Für die Inhaftierten in fünf Justizvollzugsanstalten des Landes Rheinland-Pfalz war eine Substitutionsbehandlung möglich. Damals wurden dort durchschnittlich zehn Gefangene substituiert. Im Saarland gab es zum Zeitpunkt der Befragung durch die DAH keine geschlossene JVA, in der substituiert wurde. Darum war eine Verlegung innerhalb des Saarlands in eine andere JVA mit Behandlungsmöglichkeit nicht möglich. In Nordrhein-Westfalen war OST im Jahr 2006 grundsätzlich in allen Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes möglich.

Auf einer Tagung von akzept e.V. (2010) wurde berichtet, dass sich nach der Einführung der Behandlungsempfehlungen zur Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug Anfang 2010 die Zahl der Substitutionspatienten in NRW verdreifacht hat (im April 2011 lag die Anzahl der inhaftierten Substitutionspatienten bei ca. 1.000). Diese Entwicklung wurde auch auf dem DBDD-Workshop „Drogen und Haft“ berichtet, der im November 2010 stattgefunden hat (Husmann & Render 2010).

Die Zahl der Substitutionsplätze in Bremen ist nicht festgelegt. Im Bremer Justizvollzug konnten im Jahr 2006 jedoch etwa 100 bis 120 Gefangene substituiert werden. Laut einer Untersuchung aus dem Jahr 2005 sind 30% der Gefangenen der JVA Bremen drogenabhängig (Mitteilung des Senats vom 19. September 2006). Ausgehend von ca. 700 Inhaftierten befinden sich demnach ca. 200 Personen mit Drogenhintergrund in den Gefängnissen von Bremen. Gemäß einer Mitteilung des Bremer Senats wurden dort zum Stichtag 01.09.2006 insgesamt 101 Gefangene mit Methadon behandelt. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 12% (Bremen) bzw. 16% (Bremerhaven).

Laut Aussage des Hessischen Ministeriums der Justiz wurden in Hessen im Jahr 2004 insgesamt 1.407 Drogenentzüge und 339 Entzüge bei Mischintoxikation durchgeführt. Diese fanden mehrheitlich zu Beginn der Haftstrafe statt (Kötter 2010). Substitutionsbehandlung wurden überwiegend als Weiterführung von in Freiheit begonnener Behandlungen (500 Fortführungen in 2009) und in geringer Anzahl auch als Neubeginn in Haft durchgeführt (20 Fälle in 2009). In 9% der Fälle wurde die OST abgebrochen, in der Regel wegen wiederholten Beigebrauchs. Im Jahr 2004 wurde PSB in hessischen Justizvollzugsanstalten vom gefängnisinternen Sozialdienst oder von externen Drogenberatungsstellen angeboten.

Aus den anderen Bundesländern liegen keine Daten über die Zahl der Behandlungsplätze bzw. die tatsächlich Substituierten vor (Knorr 2009). In Brandenburg wurden die Plätze aufgrund des geringen Behandlungsbedarfs bisher nicht festgelegt. In Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen ist grundsätzlich in allen Anstalten des Landes eine Substitutionsbehandlung möglich, in Mecklenburg-Vorpommern immerhin in einigen Anstalten.

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der DSHS für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011c). Da dieser Tabellenband nur acht Einrichtungen umfasst und auch 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. Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass es Schwierigkeiten bei der Dokumentation gibt. So tauchen einige Personen zwar im gesamten Datensatz auf, jedoch nicht im gesonderten Tabellenband für die externe Beratung im Strafvollzug. Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2010 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 28,3 Jahre (N=582) (2009: 30,2 Jahre; 2008: 29,2 Jahre; 2007: 28,3 Jahre), das der Frauen 32,2 Jahre (N=21) (2009: 29,9 Jahre; 2008: 28,4 Jahre; 2007: 26,9 Jahre). Damit ist das Durchschnittsalter der Männer im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr um 2 Jahre gesunken, nachdem es in den letzten beiden Jahren jeweils um ein Jahr gestiegen war. Bei den Frauen ist das Durchschnittsalter um jeweils 1,5 bis 2,5 Jahre kontinuierlich gestiegen. Besonders auffällig ist, dass 71,4% (2009: 82,4%) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 24,2% (2008: 28,2%) beträgt. Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit Hauptdiagnose Stimulantien (47,1%) in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit. Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine Behandlung im Gefängnis aufgrund von Kokain (7,7%) eine ähnliche große Rolle wie in Freiheit und eine primäre Cannabisproblematik (18,4%) eine kleinere Rolle als bei der ambulanten Betreuung außerhalb des Gefängnisses, bei den Frauen ist kein Fall dokumentiert (Tabelle 11.5).

Tabelle 11.5 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	141	24,2	15	71,4	156	25,9
Kokain	45	7,7	0	0,0	45	7,5
Stimulantien	274	47,1	6	28,6	280	46,4
Hypnotika/Sedativa	5	0,9	0	0,0	5	0,8
Halluzinogene	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Cannabinoide	107	18,4	0	0,0	107	17,7
Mult./and. Substanzen	9	1,5	0	0,0	9	1,5
Gesamt	582	100,0	21	100,0	603	100,0

## **Wirksamkeit**

Aktuell beschäftigt sich das Projekt „Gesundheitsversorgung in Haft“, das vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg durchgeführt wird, mit der Evaluation einer Therapievorbereitungsstation (TVS) für drogenabhängige und –missbrauchende Gefangene im hamburgischen Strafvollzug. Es soll evaluiert werden, inwiefern eine TVS die Annahme von weiterführenden Behandlungen nach Haftentlassung begünstigt. In der Datenerhebung, die zwischen April 2008 bis März 2010 stattfand, wurde darüber hinaus erhoben, ob das Behandlungsprogramm einen Einfluss auf die Therapiemotivation und Haltequoten der Teilnehmer hat. Endgültige Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor (DZSKJ 2011, persönliche Mitteilung).

In einem Literaturüberblick zur Wirksamkeit von Substitutionsbehandlung in Haft fanden Stallwitz und Stöver (2007), dass diese Art der Behandlung sowohl den Heroinkonsum als auch die Häufigkeit von Injektionen und die damit verbundenen Infektionsrisiken reduziert, wie beispielsweise das Teilen von Injektionsbesteck. OST kann zudem dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus führt die Teilnahme an Methadonprogrammen im Gefängnis zu einem Rückgang von Aktivitäten in der drogenbezogenen Subkultur und von drogenbedingten Bestrafungen. Außerdem gibt es Belege dafür, dass eine dauerhafte Substitutionsbehandlung während der Haftzeit in Verbindung mit psychosozialer Betreuung Gefangene dabei unterstützen kann, sich nach Haftentlassung in eine Drogenbehandlung zu begeben. Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind, ein geringeres Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben, sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben und unter dauerhafter Substitution generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen als nicht Substituierte (Keppler et al. 2011).

Auch Gefängnisse können von der Substitutionsbehandlung profitieren (Stöver & Michels 2010). So lassen sich Entzugssymptome von Gefangenen besser kontrollieren, die Arbeitsfähigkeit und Produktivität drogenabhängiger Gefangener werden erhöht und die Ansprechbarkeit der substituierten Häftlinge und ihre Integration in den Haftalltag verbessern sich.

## **Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

Schulte und Kollegen (2009b) haben Daten von Ärzten in 31 deutschen Gefängnissen, die 14.537 Gefangene repräsentieren, analysiert. Dabei fand sich bezüglich der Infektion mit Hepatitis C ein Anteil von 14,3% und für HIV 1,2% unter den Gefangenen. Diese Ergebnisse bestätigen damit Prävalenzraten, die in einer früheren Studie gefunden wurden (Radun et al. 2007). Dies entspricht einer Prävalenz, die ein Vielfaches über der in der Allgemeinbevölkerung liegt (siehe Tabelle 11.6). Rund 90% der HIV Positiven und nur knapp 6% der Hepatitis C Positiven befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2008 in einer entsprechenden Behandlung. Auf dem DBDD-Workshop „Drogen und Haft“ (s. Kapitel 11.1) wurde seitens Vertretern der Strafvollzugsanstalten bezweifelt, dass sich diese

Erkenntnisse auf die Gesamtpopulation aller Gefangenen in Deutschland übertragen lassen. Unklar ist nämlich, welche Gefangenen (z.B. mit Kurz- oder Langzeitstrafen) von der untersuchten Stichprobe repräsentiert werden.

Tabelle 11.6 Infektionskrankheiten im Gefängnis

	<b>i.v. Drogengebraucher</b>	<b>Hepatitis C</b>	<b>HIV</b>
Häftlinge	21,92–29,61 %	14,32–17,01 %	0,81–1,22 %
Allgemeinbevölkerung	0,3%	0,4–0,7%	0,05%
Faktor	73–98	26–32	16–24

Radun et al. 2007;Schulte et al. 2009b.

Studienergebnisse des Projekts "Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff" besagen, dass etwa jeder elfte Gefangene im Hinblick auf AIDS/HIV, jeder zehnte bezüglich Tuberkulose und jeweils jeder neunte hinsichtlich Hepatitis B und C sich selbst über seine gesundheitliche Situation im Unklaren sieht (Eckert & Weilandt 2008). In dieser Studie gaben 2,0% an HIV positiv zu sein, 2,3% gaben einen positiven Infektionsstatus für Tuberkulose an, 6,2% für Hepatitis B und 16,4% glaubten mit Hepatitis C infiziert zu sein.

Im Rahmen der Anfrage der DBDD im Sommer 2011 lagen von 13 Bundesländern Antworten vor. Davon konnten nur 3 Länder Auskunft über die Anzahl der bei Haftantritt durchgeführten Testungen auf Infektionskrankheiten geben. In Baden-Württemberg wurden 50% getestet (bei 8.630 von 17.298 Haftantritten), in Rheinland-Pfalz ca. 13% (bei ca. 300 von 2.389 Haftantritten) und Schleswig-Holstein gab an, in ca. 40% der Fälle auf Infektionskrankheiten zu testen. Über die Anzahl der infizierten Gefangenen konnten nur 5 Bundesländer (Hessen, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein) Auskunft erteilen. Demnach wurden in diesen Ländern ca. 0,6% der Insassen bei Haftantritt positiv auf HIV getestet, ca. 1,5% auf Hepatitis B (Angaben stammen aus 2 Bundesländern), ca. 15% auf Hepatitis C (Angabe stammt aus einem Bundesland) und 0,03% (3 Personen) auf Tuberkulose (Angaben stammen aus 2 Bundesländern).

In der Erhebung der DBDD im Sommer 2011 gaben alle 13 Bundesländer an, dass für Inhaftierte die Möglichkeit zur antiretroviralen Therapie (gegen HIV) besteht. Abgesehen von Sachsen ist in diesen Bundesländern auch eine antivirale Therapie (gegen HCV) in Haft möglich. Über den Umfang der durchgeführten Therapien und die Auslastung der Therapieplätze konnte kein einziges Bundesland Auskunft geben.

In der Erhebung für die Indikatordatenbank der WHO (Indikatordatenbank, BMJ 2009) variierte die Anzahl der Infizierten je nach Infektionskrankheit und berichtendem Bundesland unter den inhaftierten i.v. Drogengebern erheblich. So lag im Jahr 2008 der Anteil der berichteten HIV-Infektionen zwischen 1% und 20% (3 Bundesländer), Hepatitis A-Infektionen

bei 0% (2 Bundesländer), Hepatitis B-Infektionen zwischen 5% und 44% (3 Bundesländer) und Hepatitis C-Infektionen zwischen 75% und 82% (3 Bundesländer). Eine Impfung gegen Hepatitis B war in 15 Bundesländern in allen JVA's kostenlos möglich, in 12 Bundesländern wurden Risikogruppen geimpft und eine Impfung war auf Verlangen möglich, in 3 Bundesländern wurde eine Impfung allen Gefangenen bei der Aufnahme angeboten. In 14 Bundesländern war in allen Justizvollzugsanstalten eine antiretrovirale Hepatitis C-Therapie von Inhaftierten möglich. 5 Bundesländer gaben insgesamt 692 Gefangene mit Hepatitis C an. In 7 Bundesländern wurden 118 Inhaftierte gegen Hepatitis C behandelt. 8 Bundesländer gaben insgesamt 168 HIV positive Gefangene an. Eine HIV-Therapie war zu diesem Zeitpunkt in 13 Bundesländern in allen Justizvollzugsanstalten verfügbar. 6 Bundesländer berichteten, dass 142 Inhaftierte eine antiretrovirale Therapie erhalten. Die Gesamtzahl der Infizierten und die Zahl der Behandelten sind kaum zu interpretieren. Da unterschiedlich viele Bundesländer auf die Fragen geantwortet haben, können die Zahlen der Behandelten und der Infizierten nicht einfach in Relation zueinander gesetzt werden.

Laut Gesundheitsberichterstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg über das Jahr 2010 (Reber 2011) befanden sich im Berichtsjahr 44 Inhaftierte in einer Hepatitis C Therapie und 43 wurden antiretroviral auf HIV behandelt.

### **Drogentodesfälle während und nach der Haft**

Kriminalpolizeiliche Daten und Daten aus Drogenkonsumräumen zeigen, dass Drogengebraucher nach Haftentlassung besonders gefährdet sind, an einer Überdosis zu sterben (Frietsch et al. 2010). Die WHO geht von einem mehr als 100-fach erhöhten Sterberisiko für drogenabhängige, rückfällig gewordene ehemalige Inhaftierte in den ersten Wochen nach Haftentlassung aus. In einer Studie lag das Risiko, an einer Überdosis zu sterben 2 Wochen nach Haftentlassung bei 34,2%; 12 Wochen nach Haftentlassung bei 7,7% (Wolff 2010). Diese Sterbefälle kommen häufig durch unbeabsichtigte Überdosierungen zustande. Ausschlaggebend für diese Unfälle sind laut Stöver vermutlich die gesunkene Toleranz des Körpers nach temporärer Abstinenz, die Unkenntnis über den Reinheitsgrad der verwendeten Droge sowie ein verändertes Drogenkonsumverhalten (akzept e.V. 2011). Hinzu kommen häufig soziale Stressfaktoren nach einem Haftaufenthalt, wie beispielsweise Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Bezüge. In Hessen versucht man deshalb, Gefangene nachdrücklich für die Gefahr des Drogentods nach Haftentlassung zu sensibilisieren (Kötter 2010). DAH und akzept e.V. gehen davon aus, dass eine angemessene Substitutionsbehandlung im Gefängnis diese Drogentodesfälle reduzieren könnte, da dadurch die Wahrscheinlichkeit einer Überdosierung nach Haftentlassung und eine Infektionsgefahr während der Haftzeit deutlich gesenkt werden könnten. Auch die Bundesärztekammer vertritt diese Haltung in ihren Richtlinien (Bundesärztekammer 2010). Schon in den 1990er Jahren haben Studien zu Drogennot- und Drogentodesfällen diese Zusammenhänge gefunden (Heckmann et al. 1993; Söllner 1995). In der Folge wurde das Bundesmodellprojekt zur Drogennotfallprophylaxe ins Leben gerufen. Dennoch wurden diese Erkenntnisse bis heute nicht regelhaft in die Vollzugspraxis integriert. Es sollte sich also verstärkt mit dem Thema der Prophylaxe von Überdosierungen nach Haftentlassung befasst werden.

Aber auch während der Haft gibt es Todesfälle durch Überdosierungen. Bundesweite Daten liegen hierzu nicht vor. Der niedersächsische Landtag (2010) berichtet von insgesamt 121 gestorbenen Gefangenen (in Niedersachsen zwischen 2003 und 2009) während der Haftzeit, darunter 50 Suizide und 6 Drogentodesfälle. Aufgrund der wenigen bundesweiten Daten kann hier allerdings weder eine Tendenz noch das tatsächliche Ausmaß des Problems interpretiert werden.

### **Harm Reduction**

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 antworteten 9 Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein), dass Kondome und zum Teil auch Gleitmittel gratis an Inhaftierte verteilt werden. Fast alle Bundesländer gaben darüber hinaus an, dass sie den Inhaftierten Tests auf Infektionskrankheiten anbieten.

Im Jahr 2008 konnten sich laut Indikatorendatenbank der WHO Gefangene in 13 Bundesländern bei Haftantritt freiwillig auf HIV testen lassen, in 4 Bundesländern wurden alle Gefangenen getestet (Indikatorendatenbank, BMJ 2009). In 11 Bundesländern fand vor und nach dem Test immer eine HIV-Beratung statt. In 11 Bundesländern konnte bei Haftantritt freiwillig ein Test auf Hepatitis B und C gemacht werden, in 3 Bundesländern fanden diese Tests bei allen Aufnahmen statt. Bei Haftentlassung wurde 2008 in allen Bundesländern deutlich seltener auf Infektionskrankheiten getestet. In 10 (HIV) bzw. 11 Bundesländern (Hepatitis B und C) wurden bei Haftentlassung überhaupt keine Tests angeboten. In 12 Bundesländern waren im Jahr 2008 Kondome in allen Justizvollzugsanstalten gratis verfügbar, in 6 Bundesländern konnte man diese außerdem käuflich erwerben. Desinfektionsmittel waren in keinem Bundesland erhältlich. Zu beiden Erhebungen (2008 und 2011) gaben die Bundesländer also an, dass Testungen auf Infektionskrankheiten in der Regel möglich sind und häufig auch Kondome gratis zur Verfügung stehen. Das Bereitstellen von Desinfektionsmitteln wurde beide Male nicht berichtet.

Um das Infektionsrisiko zu minimieren, ist darüber hinaus das Tätowieren in Justizvollzugsanstalten grundsätzlich verboten. Dennoch wurde für Baden-Württemberg die Zahl der im Vollzug gepiercten Gefangenen bezogen auf den Monat März auf 3% geschätzt, die Zahl der im Vollzug tätowierten Gefangenen auf 10% (Reber 2011). Um abstinenzorientierte Inhaftierte in ihrem Vorhaben zu unterstützen, gab es im Jahr 2008 in 6 Bundesländern in einigen Justizvollzugsanstalten drogenfreie Abteilungen (Indikatorendatenbank, BMJ 2009), in Baden-Württemberg gab es im Jahr 2010 in 3 Anstalten insgesamt 55 Haftplätze in diesen Abteilungen (Reber 2011).

Bundesweit blieb aus dem Modellprojekt „Spritzenvergabe im Strafvollzug“, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) bis Ende 1998 gefördert wurde, nur ein Projekt bestehen (Berliner AIDS-Hilfe e.V. 2011). In der JVA für Frauen in Berlin Lichtenberg können inhaftierte, i.v. drogengebrauchende Frauen sterile Spritzen anonym an Spritzenautomaten tauschen. Dadurch sollen Ansteckungsgefahren während der Haft, besonders mit HIV und Hepatitis verringert werden. Ergänzend bieten Mitarbeiterinnen der Berliner AIDS-Hilfe e.V. regelmäßig Informationen sowie vertrauliche Beratungsgespräche ohne Beisein eines

Vollzugsbeamten an. Baden-Württemberg gab an, dass im Jahr 2010 kein Bleichmittel in den Justizvollzugsanstalten erhältlich war. Kondome wurden in diesem Bundesland zum Teil gratis verteilt, zum Teil konnten sie käuflich erworben werden. Zur Prävention von Infektionskrankheiten hatten alle Häftlinge die Möglichkeit, sich gratis gegen Hepatitis B impfen zu lassen (Reber 2011).

Das Vertrauen in die Verschwiegenheit des untersuchenden Arztes stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, um Inhaftierte dazu zu motivieren, sich HIV- oder Hepatitis-Testungen zu unterziehen (Knorr 2011). In einigen Regionen geben Anstaltsärzte Informationen über eine bestehende HIV-Infektion der Gefangenen an die Anstaltsleitung weiter, die dann ihrerseits die Bediensteten über bestehende Infektionen informiert. Die Weitergabe dieser Daten erfolgt regelhaft und ist nicht vom Verhalten der Gefangenen abhängig. Da das Arzt-Patienten-Verhältnis aufgrund einer fehlenden Möglichkeit zur freien Arztwahl ohnehin möglicherweise belastet ist, kann die Informationsweitergabe über bestehende Infektionskrankheiten auch Auswirkungen auf das zukünftige Testverhalten der Gefangenen haben. Die DAH bemüht sich gegenwärtig (2011) um eine verbindliche Klärung der Rechtmäßigkeit dieses Vorgehens.

### **Entlassungsvorbereitung und Versorgungskontinuität nach der Entlassung**

Der Beginn einer Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke nach Haftentlassung gestaltet sich für viele ehemalige Gefangene schwierig. So ergab eine Umfrage in stationären Suchthilfeeinrichtungen, dass ein Großteil der gerade Entlassenen keinen Krankenversicherungsschutz aufweist (Bürkle et al. 2010): In den befragten Einrichtungen (n=141) kamen 28,7% der Patienten aus dem Indikationsbereich Drogen direkt aus der Haft. 77,3% von ihnen waren ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Zahlen verdeutlichen einen Handlungsbedarf bei der Regelung des therapiebezogenen Übergangs zwischen Haft und Freiheit. Einige Veränderungen sind bereits im Gange: Beispielsweise haben drogenabhängige Gefangene seit einem Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom November 2010 Anspruch auf die feste Zusage der Kostenübernahme einer Drogentherapie durch die Rentenversicherung (AFP 2010). Dies gilt, wenn eine vorzeitige Haftentlassung von der Zusicherung des Therapieplatzes abhängt.

In Hessen wurde im Oktober 2011 eine Integrationsvereinbarung zwischen verschiedenen Institutionen geschlossen: dem Hessischen Ministerium der Justiz und dem Sozialministerium, der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit, dem Hessischem Landkreistag und Städtetag, dem Landeswohlfahrtsverband und dem Landeszusammenschluss für Straffälligenhilfe Hessen (Hessisches Ministerium der Justiz 2011, persönliche Mitteilung). Ziel dieser Vereinbarung ist es, zum Zeitpunkt der Entlassung eines Strafgefangenen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine geordnete Reintegration in die Gesellschaft geschaffen zu haben (Kötter 2010). So sollen an diesem Punkt beispielsweise die Sozialleistungen geklärt sein. Doch nicht nur die Frage der Finanzierung von Therapien, sondern auch deren Vermittlung erschweren Gefangenen unter Umständen den Start nach ihrer Entlassung. Darüber hinaus werden hessische Inhaftierte

mit besonderem Hilfebedarf seit 2007 schon im Vollzug durch Maßnahmenträger der freien Straffälligenhilfe betreut.

In Sachsen-Anhalt werden Gefangene bereits während der Haftzeit in stationäre und ambulante Suchtentwöhnungsmaßnahmen vermittelt und hierfür die notwendigen rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt 2011, persönliche Mitteilung).

Laut Antwort des niedersächsischen Landtags vom August 2010 auf eine große Anfrage (Drucksache 16/2755) sind die Mitarbeiter des Sozialdienstes in Niedersachsen im besonderen Maße in die Aufgaben der Entlassungsvorbereitung eingebunden. Derzeit sind hierfür in niedersächsischen Justizvollzugseinrichtungen knapp 200 Personen angestellt. Darüber hinaus hält der ambulante Justizsozialdienst Niedersachsen (AJSD) für auf Bewährung oder im Rahmen der Führungsaufsicht entlassene Probanden ein breites Angebot von örtlichen Büros bereit. Zusätzlich zu den regionalen Standorten und Sprechstunden sind die Mitarbeiter des AJSD im Rahmen von Hausbesuchen und in Außensprechstunden an weiteren Standorten für die betroffenen Personen zu erreichen. Im Jahr 2009 betreute dabei ein Bewährungshelfer landesweit im Durchschnitt über 80 Probanden. Die Anlaufstellen der freien Straffälligenhilfe kümmern sich dabei vorrangig um Haftentlassene, die keinem Bewährungshelfer unterstellt sind. Ab dem Jahr 2012 wird der Kriminologische Dienst in Niedersachsen Daten zu verschiedenen Strategien und Maßnahmen erhalten, die den Übergang von der Haft in die Freiheit erleichtern und eine Eingliederung fördern sollen. Darüber hinaus sind Evaluationen einer Trainingsmaßnahme geplant, die drogenabhängige Inhaftierte auf eine stationäre Drogenentwöhnung (im Rahmen des § 35 BtMG) vorbereiten soll.

Das in Baden-Württemberg ins Leben gerufene Nachsorgeprojekt „Chance“ (Kaiser 2010) wendet sich an Straftentlassene 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 Straftentlassenen 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. Der Paritätische Baden-Württemberg gibt an, dass dieses Entlassmanagement die Resozialisierung von Strafgefangenen unterstützt und somit das Risiko eines kriminellen Rückfalls verringert. Die Tätigkeit der Fallmanager führte bei einer Reihe von Klienten zu einer Verbesserung der Situation (Institute für Kriminologie der Universitäten Heidelberg und Tübingen 2010). Das gilt insbesondere für die Bereiche Wohnen, Beruf und Finanzen. Bei Klienten mit vielschichtigen Problemlagen kann allerdings eine Betreuungszeit von 6 Monaten zu kurz sein. In diesen Fällen kommt es darauf an, dass eine Anschlussbetreuung sichergestellt wird. Laut der Gesundheitsberichterstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg (Reber 2011) wird darüber hinaus in 12 Anstalten Substitution als entlassungsvorbereitende Maßnahme angeboten, in 16 Anstalten wird die Fortsetzung der Substitution veranlasst und in 16 Anstalten wird an externe Drogenhilfsvereine überwiesen. In 11 Anstalten ist eine durchgehende Betreuung sichergestellt.

Auch in Nordrhein-Westfalen sollen suchtkranke Gefangene nach ihrer Haftentlassung ein umfassendes Hilfs- und Beratungsangebot bekommen, um sie besser vor den Gefahren eines Rückfalls zu schützen (Justizministerium Nordrhein-Westfalen 2011). Dies sieht eine Rahmenvereinbarung zum so genannten Übergangsmanagement für suchtkranke Gefangene vor, die am 7. April 2011 in Düsseldorf von Vertretern des Justizministeriums sowie der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, des Städtetages, des Städte- und Gemeindebundes sowie des Landkreistages Nordrhein-Westfalen unterzeichnet worden ist. Demnach schließt künftig die Justizvollzugsanstalt, in der der Gefangene bis zu seiner Haftentlassung einsitzt, einen Vertrag mit einer ausgewählten Hilfeeinrichtung über genau definierte Maßnahmen. Diese Hilfeeinrichtung bietet außerdem lebenspraktische Hilfen, u.a. bei Wohnungssuche, Schuldnerberatung oder Vermittlung zu Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, beispielsweise zur Klärung von Versicherungsfragen, Kostenübernahme und medizinischer Weiterbehandlung.

Laut einer Mitteilung des Senats als Antwort auf eine Große Anfrage werden den Gefangenen in Bremen im Rahmen der Entlassvorbereitung Institutionen zur Nachsorge der Substitution nach Entlassung benannt (Bremische Bürgerschaft 2006). Dort müssen sich die Patienten nach ihrer Entlassung melden. Um einen nahtlosen Übergang zwischen Haft und Freiheit zu gewährleisten, substituiert die JVA Bremen nach Haftentlassung noch 4 Wochen weiter. Darüber hinaus können die Gefangenen vor der Entlassung einen Arzt außerhalb der JVA aufsuchen, um ein vorbereitendes Gespräch für die Behandlung nach Haftentlassung zu führen. Die Kosten hierfür trägt die JVA.

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 berichteten 6 Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz), dass für Opioidkonsumenten im Rahmen der laufenden OST eine Dosissteigerung vor Haftentlassung angeboten wird. Berlin, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen gaben an, dass Inhaftierte an externe Suchttherapien, u.a. für eine OST, vermittelt werden. In Bremen ist eine Übergangssubstitution nach Haftentlassung für Inhaftierte möglich und Rheinland-Pfalz bietet allgemeines Übergangsmanagement an. Niedersachsen, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern gaben an, dass eine Entlassvorbereitung möglich ist, wenn diese erforderlich ist, nennen aber keine konkreten Maßnahmen.

Bei der Datensammlung für die Indikatordatenbank der WHO (Indikatordatenbank, BMJ 2009) wurden differenziertere Angaben zur Entlassvorbereitung gemacht als für das Jahr 2011 vorliegen. So wurde im Jahr 2008 in 12 Bundesländern in fast allen Justizvollzugsanstalten Informationsmaterial verteilt, in 15 Bundesländern wird in allen Anstalten über Risiken und Prävention von drogenbedingten Schäden beraten, in 4 Bundesländern kann in allen Anstalten vor Haftentlassung eine Substitutionsbehandlung eingeleitet werden und in 12 Bundesländern wird von allen Gefängnissen direkt an externe Drogenhilfsdienste überwiesen.

### **11.3.2 Drogentests**

#### ***Richtlinien zur Durchführung von Drogentests***

Brandenburg, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen machen als einzige Bundesländer in so genannten Dienstordnungen genauere Vorgaben für das Gesundheitswesen in Justizvollzugsanstalten. Jedoch wird weder in den Dienstordnungen der Länder Brandenburg, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (für die anderen Länder waren zum Zeitpunkt der Recherche im Sommer 2011 keine verfügbar) noch im Infektionsschutzgesetz (IfSG) (bundesweit) vorgeschrieben, wie bezüglich der Testung auf Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in deutschen Anstalten des Freiheitsentzugs konkret vorzugehen ist. Zwar legt die Dienstordnung des Landes Nordrhein-Westfalen fest, dass bei Aufnahme- und Entlassuntersuchung durch den ärztlichen Dienst der Status der Drogenabhängigkeit des Gefangenen festzustellen ist, über das genaue Vorgehen werden auch hier keine Angaben gemacht. Stattdessen wird das Vorgehen von jedem Bundesland und häufig sogar von jeder Anstalt individuell geregelt. Demnach gibt es weder für die Gefängnisleitung noch für die Inhaftierten eine einheitliche und verpflichtende Regelung, was diese Maßnahme anbelangt.

#### ***Zahl der Drogenkonsumenten in Haft***

Experten gehen davon aus, dass in Deutschland etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen intravenös (i.v.) konsumierende Drogenabhängige sind und dass damit die Raten drogenkonsumierender Inhaftierter um ein Vielfaches über denen der Allgemeinbevölkerung liegen (Keppler et al. 2010). Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jeder zweite Gefangene als „drogengefährdet“ (Justizministerium Nordrhein-Westfalen 1992), jeder Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen werden muss (Dolde 2002).

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 berichteten alle 13 Bundesländer, von denen Antworten vorlagen, dass bei Haftantritt Drogentests bei Verdacht bzw. bei bekannter Drogenvorgeschichte durchgeführt werden. Nur 4 Bundesländer konnten jedoch über die Anzahl der positiven Tests und die konsumierten Drogen Auskunft erteilen. Niedersachsen gab an, dass ca. 40% und Schleswig-Holstein, dass ca. 80% bis 90% der auf den Konsum von illegalen Drogen getesteten Gefangenen ein positives Testergebnis, v.a. für Cannabis, aufwiesen. In Rheinland-Pfalz wiesen rund 17% (1.200) der ca. 7.000 getesteten Gefangenen ein positives Testergebnis für illegale Drogen auf, und in Thüringen 32% der 19 Getesteten (5 Cannabis, 1 Amphetamin). Außerdem gaben alle Bundesländer an, während der Haftstrafe Testungen in unregelmäßigen Abständen nach Bedarf bzw. bei Verdacht auf Drogenkonsum durchzuführen. Details zur Durchführung von Drogentests in deutschen Justizvollzugsanstalten sind in Tabelle 11.7 dargestellt. Die Spanne der positiven Testergebnissen ist also mit Angaben zwischen 17% und 90% enorm. Auch die Zahl der durchgeführten Drogentests variiert erheblich, aus den meisten Bundesländern liegen keine Angaben zur Zahl der Testungen oder der Zahl der positiven Testergebnisse vor.

Bei der Erhebung für die Indikatorenbank der WHO (Indikatorenbank, BMJ 2009) gaben 3 Bundesländer an, dass der Anteil der Gefangenen, die jemals Drogen injiziert haben

im Jahr 2008 zwischen 0,5% und 34% lag. Es wurde berichtet, dass im Jahr 2008 grundsätzlich in allen Anstalten Drogentests (per Urinprobe) bei Verdacht auf Konsum durchgeführt wurden. In 14 Bundesländern wurden Drogentests stichprobenartig durchgeführt, in 5 Bundesländern bei Haftantritt, in 6 Bundesländern vor Hafturlaub. Für das Berichtsjahr 2008 gaben 4 Bundesländer an, dass von knapp 19.000 getesteten Gefangenen 15% (2.850) ein positives Testergebnis aufwiesen. Die Justizministerien gaben folgenden Prävalenzraten bezüglich des Konsums von illegalen Drogen im Jahr 2008 an:

- Cannabis: 15% - 30% (Daten stammen aus 5 Bundesländern),
- Heroin/Opiate: 1% - 30% (Daten stammen aus 9 Bundesländern)
- Crack/Kokain: 1% - 20% (Daten stammen aus 9 Bundesländern)
- Amphetamine: 1% - 22% (Daten stammen aus 12 Bundesländern)
- Ecstasy: 1% - 20% (Daten stammen aus 9 Bundesländern)
- Jegliche illegale Droge: 8,74% - 36,2% (Daten stammen aus 4 Bundesländern)

Die Spannweite der angegebenen Werte für den Konsum von irgendeiner illegalen Droge im Jahr 2008 ist mit rund 9% bis 36% relativ groß und unterscheidet sich von den Werten, die im Jahr 2011 angegeben wurden und zusätzlich deutlich stärker variieren (17% bis 90%).

Im Rahmen des Projekts "Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff" wurden Gefangene gefragt, wie hoch ihrer Einschätzung nach die Anteile von Drogenkonsumenten unter den Insassen des Gefängnisses sind, in dem sie inhaftiert waren (Eckert & Weilandt 2008). Die durchschnittliche Angabe für den mutmaßlichen Konsum von Cannabis bzw. Haschisch der Gefangenen war 65,4%. Heroin- bzw. Opiatkonsum wurde bei durchschnittlich 47,4% der Gefangenen gemutmaßt. Es wurde geschätzt, dass insgesamt die Hälfte (48,9%) der Inhaftierten andere verbotene Drogen bzw. Medikamente konsumiert.

Das Justizministerium NRW berichtete 6.713 Gefangene in den nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten, die zum Stichtag 31.10.2010 behandlungsbedürftig abhängig von illegalen Drogen waren. Diese Gruppe macht an der Gesamtbelegung der Justizvollzugsanstalten einen Anteil von 39,2% aus (Justizministerium NRW 2011, persönliche Mitteilung).

Aus Hessen wurden für das Jahr 2009 berichtet, dass ca. 10% der durchgeführten Urinkontrollen positiv waren oder verweigert wurden, hauptsächlich wurden hier Cannabinoide nachgewiesen. Leider ist die Zahl der zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Testungen unbekannt, so dass keine Aussage über die tatsächliche Prävalenz von Drogenkonsum getroffen werden kann. Bei regelmäßigen Durchsuchungen der Gefangenen konnten im Jahr 2009 insgesamt 64 Drogenfunde sichergestellt werden.

In Baden-Württemberg (Reber 2011) wurden Drogentests im Jahr 2010 ebenfalls durch Urinproben bei Aufnahme, stichprobenweise und vor Vollzugslockerung durchgeführt, zum Teil auch bei Haftantritt. Von 29.934 durchgeführten Tests waren 4,4% positiv. Von den 7.423 so getesteten Gefangenen wiesen 12,0% ein positives Testergebnis auf. Kurz vor

Haftantritt wurden folgende Substanzen konsumiert: Cannabis (40%), Heroin/Opiate (19%), Crack/Kokain (7%), Amphetamine (7%), Ecstasy (5%). Insgesamt hatten 21% der Häftlinge kurz vor Vollzugsantritt irgendeine illegale Droge konsumiert.

Im Rahmen der Zugangsuntersuchung wurden Inhaftierten in allen niedersächsischen Einrichtungen des Strafvollzugs (mit Ausnahme der Abschiebehäft) im Jahr 2005 u.a. zu ihrem Drogenkonsum vor Strafantritt befragt (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des nds. Justizvollzuges 2006). Insgesamt berichteten 40,7% der Teilnehmer (299 von 734), dass sie in den letzten 28 Tagen vor Haftantritt illegal Drogen konsumiert haben. Dabei lag im Strafvollzug der Anteil konsumierender Frauen leicht über dem der Männer (40,6% vs. 37,3%), am höchsten war der Anteil illegal Konsumierender mit 61,7% im Jugendvollzug. Je nach Substanz gaben im Strafvollzug zwischen 1,0% und 26,6% der Häftlinge einen illegalen Substanzkonsum kurz vor Inhaftierung an, vorwiegend von Haschisch bzw. Marihuana (26,6%) und Opiaten (16,8%). Außerdem berichteten 15,1% der Insassen, vor ihrer Inhaftierung jemals Drogen i.v. konsumiert zu haben.

Schulte und Kollegen (2009b) haben Daten von Ärzten in 31 deutschen Gefängnissen, die 14.537 Gefangene repräsentieren, analysiert. Der Anteil der ehemaligen oder aktuellen i.v. Drogen Konsumierenden an allen Gefangenen betrug 21,9%. In der Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil von i.v. Drogenkonsumenten bei ca. 0,3%. Dieser Anteil ist damit in den Gefängnissen fast 70-fach erhöht. Die gefundenen Prävalenzwerte von Schulte et al. (2009b) bestätigen die Ergebnisse einer Untersuchung von Radun et al. (2007). Die Werte sind in Tabelle 11.6 dargestellt. Auf Basis der in diesen Studien berichteten Werte kann man bei rund 70.000 Gefangenen von 15.400-20.700 i.v. Drogenkonsumenten in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen.

Tabelle 11.7 Durchführung von Drogentests nach Bundesland im Jahr 2010

Land	Drogentests durchgeführt	Positive Testungen	Zeitabstände	Sonstiges
Baden – Württemberg	25.000 Tests	1.429	Unregelmäßig	k.A.
Berlin	65.000 Tests	139	k.A.	Zahl der positiven Tests liegt nur für die Jugendstrafanstalt vor
Brandenburg	k.A.	Nicht erfasst	Einzelfallentscheidungen	k.A.
Bremen	k.A.	Nicht erfasst	Unregelmäßig	Tests werden durchgeführt zur Überwachung der Substitution, bei Vollzugsentscheidungen, bei Auffälligkeiten, bei Vollzugslockerungen, vor Therapieantritt
Hessen	13.619 Testungen bei 5.775 Gefangenen	344 (incl. 190 Untersuchungsverweigerern)	Unregelmäßig	Entscheidung trifft der ärztliche Dienst
Mecklenburg-Vorpommern	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Indikationsabhängig	k.A.
Niedersachsen	Ca. 30% der Haftantritte	Ca. 40% der Tests	Nach Bedarf	k.A.
Nordrhein-Westfalen	8.000 – 10.000	Nicht erfasst	Unregelmäßig	k.A.
Rheinland-Pfalz	7.000	1.200	Unregelmäßig	Testung bei Verdacht bzw. in manchen Fällen vor und nach Lockerung bzw. Lockerungsentscheidungen
Sachsen	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Einzelfallentscheidungen	k.A.
Sachsen-Anhalt	Nicht erfasst	68		k.A.
Schleswig-Holstein	Ca. 30% der Haftantritte	Ca. 80% - 90% der Tests	Unregelmäßig	k.A.
Thüringen	k.A.	170	Unregelmäßig	Testung bei Verdacht, in Vorbereitung einer Vollzugslockerung

k.A.: keine Angabe.

## **11.4 Behandlungsqualität**

### **11.4.1 Richtlinien für drogenbezogene Gesundheitsangebote in Haft**

#### **Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten in Haft**

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Institutionen mit der Qualitätssicherung im extramuralen Gesundheitswesen, wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Ärztekammern. Die Qualität der intramuralen Gesundheitsfürsorge wird in einigen Ländern, wie z.B. den Niederlanden, mithilfe von unabhängigen, meist dem Gesundheitsministerium unterstellten Experten überprüft („Inspektoratswesen“) (Stöver 2006). In Deutschland untersteht die Kontrolle der Gesundheitsfürsorge in Haft, und damit auch die Sicherstellung der Qualität von drogenbezogenen Angeboten in Gefängnissen, den Justizministerien. Das deutsche Justizvollzugssystem unterhält ein eigenes gesundheitliches Versorgungssystem, vergleichbar mit dem Gesundheitssystem bei Polizei oder Bundeswehr. Das bedeutet für die Patienten innerhalb dieser Systeme im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung gewisse Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, 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 extramural. 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:

- Der Aufsicht führende Referent im Ministerium (Medizinalreferent) ist Arzt.
- Der Aufsicht führende Referent im Ministerium ist kein Arzt, sondern z.B. Jurist oder Psychologe. Er bedient sich bei medizinischen Fachfragen des Know-hows von Medizinern, die nicht dem Justizministerium angehören, z.B. Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums oder externen Ärzten ohne Bindung an eine öffentliche Institution.
- Die Aufsicht obliegt keinem Referenten (Mitarbeiter des Justizministeriums), sondern externen Ärzten, z.B. erfahrenen Anstaltsärzten aus einem anderen Bundesland, Ärzten aus dem Gesundheitsministerium oder pensionierten Ärzten.

Als ein externer Gutachter fungiert der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT). Im diesbezüglichen Europäischen Übereinkommen wird der regelmäßige Besuch von Einrichtungen des Freiheitsentzugs geregelt (European Commission 2002). Der vorletzte Besuch des CPT in Deutschland fand zwischen dem 20. November und dem 2. Dezember 2005 statt (CPT 2006), in dessen Rahmen 17 Einrichtungen besucht wurden, Aussagen des CPT Berichts im Zusammenhang mit „Gesundheitsversorgung“ beruhen nur auf 3 Einrichtungen. Bemängelt wurde vor allem, dass den Gefangenen nicht in ausreichendem

Maße Allgemeinmediziner zur Verfügung standen. Nach Meinung des CPT sollte für je 300 Gefangene ein Allgemeinmediziner im Umfang einer Vollzeitstelle zur Verfügung stehen. Darüber hinaus waren nach Meinung des CPT die psychiatrische Versorgung und die Versorgung drogenabhängiger Gefangener unangemessen. Außerdem wurde bemängelt, dass nicht in allen Justizvollzugsanstalten jeder neu eingetroffene Gefangene über die Gesundheitsversorgung oder die Verhütung ansteckender Krankheiten informiert wurde (beispielsweise mithilfe einer Informationsbroschüre).

Baden-Württemberg gibt an, dass intramural die gleichen Standards und Richtlinien für die Drogenbehandlung wie extramural gelten (Reber & Wulf 2009). Zur genaueren Dokumentation dieses Vorgehens wurde ein System zur regelmäßigen Datenerhebung in Baden-Württemberg eingeführt, die „Gesundheitsberichterstattung über die Gefangenen in Baden-Württemberg“. Die verwendeten Items sind stark an die Items der Indikatorendatenbank der WHO angelehnt. Abgefragt werden dabei allgemeine Daten zum Justizvollzug, Prävalenz und Prävention von Infektionskrankheiten und Drogenkonsum, Beratung und Behandlung, Qualitätssicherung, Aufklärung von Gefangenen und Vollzugsbediensteten sowie Risikoverhalten.

Die Effektivität einer OST mit Methadon wurde in Bremen vom dortigen ärztlichen Dienst der JVA untersucht (Bremische Bürgerschaft 2006). Allerdings kann der Erfolg, beispielsweise in Bezug auf die Resozialisierung nur schwer festgestellt werden, da der Patient dem ärztlichen Dienst der JVA nach der Entlassung nicht mehr zugänglich ist und es keine verlässlichen Informationsstrukturen über den weiteren Werdegang ehemals Inhaftierter gibt. Auch verlässliche Daten im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Verlaufbeobachtung wie auch eine auf diese Gefangenenklientel ausgerichtete Rückfallstatistik liegen nicht vor.

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 (Justizministeriums NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 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.

### **Richtlinien für die Drogenbehandlung in Haft**

Nach wie vor beinhaltet eine Inhaftierung das Risiko, dass eine bereits außerhalb der Justizvollzugsanstalt begonnene Substitutionsbehandlung nicht fortgesetzt wird (Stöver 2010a). Richt- und Leitlinien können dazu beitragen, Unsicherheiten und Unkenntnis seitens des vollzuglichen Gesundheitspersonals entgegenzuwirken. Um den Anstaltsärzten 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.

Im Jahr 2003 verabschiedete die Euro-Region der WHO in Moskau mit der Erklärung zu "Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit" einige Grundprinzipien für

die Behandlung von Gefangenen. Mit Bezug auf die Grundprinzipien der Vereinten Nationen zu ärztlicher Ethik im Zusammenhang mit der Rolle von medizinischem Personal, insbesondere von Ärzten, beim Schutz von Strafgefangenen und Inhaftierten vor Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung, Prinzip 1, wurde festgehalten, dass das medizinische Personal, insbesondere Ärzte, die mit der medizinischen Versorgung von Strafgefangenen und Inhaftierten betraut sind, verpflichtet sind deren körperliche und geistige Gesundheit in gleichem Maße und auf die gleiche Weise zu schützen und gegen Krankheiten zu behandeln wie bei nicht gefangenen oder inhaftierten Personen. Mit Bezug auf Prinzip 9 der Grundprinzipien der Vereinten Nationen (VN) für die Behandlung von Gefangenen wurde festgehalten, dass Gefangenen ohne Ansehen ihrer Rechtslage der Zugang zu den Gesundheitsdiensten ihres Landes zu gewähren ist. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit im Strafvollzug und dem öffentlichen Gesundheitswesen betont und die sich daraus ergebende Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Justizministerien. Die Qualität der vollzuglichen Gesundheitsversorgung ist laut dieser Erklärung nicht zuletzt deswegen von besonderer Wichtigkeit, weil Inhaftierte in der Regel eine besondere Risikogruppe für gesundheitliche Probleme darstellen und darüber hinaus Gefängnisse Risikoräume für die Erlangung oder Verschlimmerung von Krankheiten sein können. Zudem können ehemalige Inhaftierte in Freiheit als Multiplikatoren für Krankheiten fungieren und damit den Gesundheitsstatus der Gesamtbevölkerung beeinflussen. Darum wird eine gute Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern und medizinischem Justizvollzugspersonal empfohlen und außerdem zum besseren Überblick über die aktuelle Situation eine einheitliche Dokumentation.

In den Handlungsempfehlungen „Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings“ (Kastelic et al. 2008), die unter internationaler Autorenschaft entstanden und von der WHO und den Vereinten Nationen herausgegebenen wurden, wird bezüglich der Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung in Haft auf die Besonderheiten des intramuralen Settings eingegangen. Ein Rückfall mit einem hohen Risiko einer Überdosierung ist laut internationaler Studien wahrscheinlicher, wenn die Entgiftung zu schnell stattgefunden hat. Darum sollte der Gefängnisarzt den Patienten unmissverständlich über Vor- und Nachteile einer kurzen bzw. langen Entgiftung aufklären, damit in der Folge ein individuell angemessener Ansatz gewählt werden kann. Im Gegensatz zur extramuralen Substitution wird in den meisten Ländern angenommen, dass im Gefängnis eine niedrigere Tagesdosis Methadon ausreichend ist, da von einer hundertprozentigen Einnahme des Substitutionsmittels ausgegangen wird und zusätzlich angenommen wird, dass der Beikonsum bedeutend geringer ausfällt als in Freiheit. Dieser sollte regelmäßig mithilfe von Urinkontrollen erfasst werden. Ein positiver Urintest sollte jedoch gemäß den internationalen Handlungsempfehlungen der WHO nicht automatisch ein Grund für den Therapieabbruch sein. Vielmehr ist dies als weiteres Symptom der Drogenabhängigkeit anzusehen. Grundsätzlich sollte laut diesen internationalen Empfehlungen Substitutionsbehandlung niemals als Belohnung oder Bestrafung eingesetzt, sondern als Teil eines normalen Behandlungsspektrums angesehen werden.

In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (Justizministeriums NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 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 und
- die dauerhafte Abstinenz.

Ähnlich wie in Freiheit muss 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 Patienten die Weiterbehandlung erfolgt und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Dennoch wird hier empfohlen, dass bei einer Substitutionsbehandlung in Untersuchungshaft und Straftaft unter 2 Jahren ein Platz für die Weitersubstitution bekannt sein sollte. Bei Haftentlassung sollte ein Platz für die Weiterbehandlung sicher sein.

In einer Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums Baden-Württemberg wird seit 2002 die Substitution im Justizvollzug geregelt. Es sind klare Aussagen enthalten über die grundsätzlichen Ziele der OST sowie Vorgaben über Indikation, Ausschluss, Aufnahme, Durchführung, Dokumentation und Beendigung der Substitutionsbehandlung. 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 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben und die BUB-Richtlinien bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der Substitution geregelt. Die Indikationsstellung zur Substitution obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, dem behandelnden Arzt, der im Wege der Einzelfallprüfung feststellt, ob die Substitutionsbehandlung begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf

andere Weise nicht 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 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2010). Die Richtlinien gelten für alle 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 F11.21 (Opiatabhängigkeit, 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.

Das Ziel des Projekts „Health Promotion for Young Prisoners“, das bis zum Jahr 2013 läuft und vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) koordiniert wird, beschäftigt sich mit der Entwicklung und Verbesserung der Gesundheitsförderung von jungen Inhaftierten. Ziel des Projekts ist es, diesbezügliche Richtlinien zu implementieren. Für ihre Entwicklung sollen die Bedürfnisse sowohl von besonders gefährdeten inhaftierten Jugendlichen als auch von Gefängnispersonal und nichtstaatlichen Organisationen erfasst werden.

#### **11.4.2 Training von Justizvollzugsbeamten**

Justizvollzugspersonal ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in besonderem Maße mit drogenkonsumierenden Personen konfrontiert. Darum sind diese Personen 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.

Auf die Anfrage der DBDD im Sommer 2011 gaben 12 von 13 Bundesländern an, dass ihrem Vollzugspersonal darum spezielle Kenntnisse im Bezug auf Drogen vermittelt werden. 2 Bundesländer gaben an, dass Mitarbeitern des Justizvollzugs gesonderte, drogenbezogene Erste-Hilfe-Maßnahmen beigebracht werden. Darüber hinaus gaben 3 Bundesländer an, dass Vollzugsbeamten zum Kursleiter von Präventionsprogrammen für Gefangene ausgebildet werden. In 9 von 13 Bundesländern werden zusätzlich andere Schulungsmaßnahmen angeboten. Von diesen 9 gaben 4 Länder an, dass das Thema Drogenkonsum unter Gefangenen grundsätzlich im Rahmen der Ausbildung im Vollzugsdienst behandelt wird.

Im Handbuch „Schadensminimierung im Justizvollzug“, das vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) herausgegeben wurde und das Ergebnis eines von der Europäischen Kommission geförderten Projekts ist, dient der Fortbildung von 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 i.v. Drogenkonsum durch Spritzen- oder Nadeltausch. Diese Konzepte spielen v.a. in Justizvollzugsanstalten eine Rolle, da es dort um die Wahrung der Menschenrechte der Gefangenen geht, den Schutz der öffentlichen Gesundheit und nicht zuletzt auch die erwiesene Kosteneffektivität präventiver Maßnahmen verglichen mit Behandlungskosten, beispielsweise nach erfolgter Infektion. Im Handbuch werden Informationen vermittelt zum Thema Infektionskrankheiten und deren Übertragungswege sowie Drogenkonsum und damit verbundenem Risikoverhalten. Unter anderem sollen Vollzugsbeamten damit für spezielle Herausforderungen des Drogenkonsums sensibilisiert werden. Außerdem sollen Einstellungen und Verständnis der Vollzugsbeamten gegenüber Drogenkonsum 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 Drogennotfalltrainings durchgeführt (DAH 2010). 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 Opiatantagonisten, spielt hierbei eine Rolle.

## **11.5 Diskussion**

### **11.5.1 Äquivalenzprinzip**

Die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Freiheit hat sich in den letzten 5 Jahren in Deutschland um mehr als 50% auf aktuell ca. 80.000 Patienten erhöht. Damit werden aktuell ca. 77.400 der geschätzten 81.000 bis 171.000 Personen mit problematischem Opioidkonsum erreicht (s. Kapitel 4.2.1). Eine vergleichbare Entwicklung ist in deutschen Justizvollzugsanstalten nicht zu beobachten. Lediglich ca. 1.700 Inhaftierte der geschätzten 15.400-20.700 Opiatkonsumenten befinden sich aktuell in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (Stöver 2011b). Auch sind die mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele im Gegensatz zu denen in Freiheit deutlich stärker abstinenzorientiert (Schulte et al. 2009b). Damit unterscheidet sich die intramurale von der extramuralen OST, in der viele Patienten auch dauerhaft behandelt werden, wenn sie darauf angewiesen sind<sup>136</sup>. Dieser Unterschied kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass das Setting in Haft besser geeignet ist, um Abstinenz zu erreichen, als das Setting in Freiheit.

In der IMPROVE-Studie wurden bei Haftantritt 70% der vormals Substituierten bei Haftantritt nicht weiterbehandelt (Stöver 2011a). Der Abbruch einer OST bei Haftantritt kann jedoch zu

---

<sup>136</sup> In der PREMOS-Studie befanden sich 5 bis 7 Jahre nach der Baseline-Erhebung noch immer 46,0% der Teilnehmer (n=1624) in stabiler Substitution, 12,7% in instabiler Substitution und 11,7% wiesen zu diesem Messzeitpunkt einen unklaren Verlauf der Substitution auf (Wittchen et al. 2010). Diese Ergebnisse sagen jedoch nichts über die Wirksamkeit von kurzfristiger Substitution aus.

physischen und psychischen Problemen und gestiegenem Risikoverhalten, wie beispielsweise einer gemeinsamen Benutzung von Spritzutensilien, führen und damit das Risiko von drogenbezogenen Infektionskrankheiten steigern (Stöver & Stallwitz 2008).

Die Gründe für die relativ geringe Zahl und teilweise unklare Qualität der Substitutionsbehandlungen in Haft sind vielfältig. Grundsätzlich birgt der Umgang mit Drogenabhängigen im Justizvollzug deutliche Schwierigkeiten. So ist zum einen der Resozialisierungsauftrag der Justizvollzugsanstalten zu erfüllen, zum anderen muss der Realität begegnet werden, dass trotz des absoluten Verbotes illegaler Drogen in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs ein großer Anteil der Inhaftierten Drogen konsumiert, zum Teil in stark schädigender Weise. Zusätzlich sind die Handlungsmöglichkeiten des (medizinischen) Justizvollzugspersonals teilweise stark eingeschränkt (Keppler et al. 2011). So steht häufig, gemessen an der Zahl der behandlungsbedürftigen Inhaftierten und der für sie benötigten Intensität der Betreuung, eine zu geringe Anzahl an medizinischem Personal zur Verfügung. Zu wenig verbindliche Richtlinien im Bereich der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung in Haft führen zu ausgeprägten Unterschieden in der Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten, zum einen zwischen den Bundesländern zum anderen aber sogar zwischen einzelnen Justizvollzugsanstalten. Gerade in der Substitution zeigen sich deutliche regionale Unterschiede, die sich in einem Nord-Süd-, West-Ost- und Stadt-Land-Gefälle der Rate an substituierten Opioidabhängigen widerspiegeln (Schulte et al. 2009a).

Trotz dieser genannten Schwierigkeiten stellen Gefängnisse theoretisch ein geeignetes Setting für eine kontinuierliche Behandlung von Inhaftierten dar (Keppler et al. 2011). So gibt es medizinisches Personal direkt vor Ort und auch das allgemeine Justizvollzugspersonal ist in der Regel im Umgang mit drogenkonsumierenden Gefangenen erfahren und zum Großteil auch extra dafür geschult, so dass es in der Lage ist, medizinische Auffälligkeiten im Zuge einer Krankenbehandlung an die entsprechenden Personen aus dem ärztlichen oder pflegerischen Bereich der JVA zu informieren. Dabei sind selbstverständlich nicht die zusätzlichen Verantwortungsbereiche und der Arbeitsaufwand für das Aufsichtspersonal zu vergessen, weswegen selbiges entsprechend zahlreich vertreten sein sollte.

### **11.5.2 Methodologische Limitationen und Informationslücken**

Unter anderem aufgrund des föderalen Systems im deutschen Justizvollzug gibt es erheblichen methodologische Limitationen und Informationslücken in diesem Bereich. Dies führt zu einer Fragmentierung sowohl in der Datenlage als auch in der Gesetzgebung. Beispielsweise gibt es seit einigen Jahren für einzelne Bundesländer eigene Justizvollzugsgesetze für den Erwachsenenstrafvollzug, in anderen wiederum gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Darüber hinaus sind in einzelnen Bundesländern Dienstordnungen über die Gesundheitsfürsorge in Justizvollzugsanstalten verfügbar, für andere nicht. Darum unterscheiden sich die drogenbezogenen Behandlungsmodalitäten, v.a. im Bereich der Substitutionsbehandlung, momentan nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern sogar zwischen verschiedenen Gefängnissen (Stöver 2011b).

So gibt es zwar einzelne bundesweite Datenerhebungen zum Thema Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug, wie beispielsweise im Rahmen der Informationssammlung für die Indikatorendatenbank, jedoch sind diese Daten häufig veraltet oder – wie im Falle der Indikatorendatenbank – können sie nicht einem konkreten Bundesland zugeordnet werden. Dadurch fehlen zu den berichteten Zahlen in der Regel die Bezugsgrößen. Auch Hochrechnungen sind unzulässig, da die (wenigen) Angaben z.B. aus sehr kleinen oder sehr großen Bundesländern stammen und die Werte damit sehr stark verzerren können. Darüber hinaus gibt es zwar einzelne regionale Studien, jedoch sind diese aufgrund einer fehlenden Vernetzung der Statistiken sowie der uneinheitlichen Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung (ICD-Diagnosen werden nur sehr selten gestellt) in der Regel kaum untereinander vergleichbar. Hierdurch können keine direkten Verbindungen zwischen diesen Daten hergestellt werden. Sequenzierende oder vergleichende Analysen sind somit kaum möglich. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Justizministerien würde möglicherweise dazu beitragen, dass gesundheitsrelevante Fragestellungen mithilfe von bewährten Methoden dokumentiert und Interventionen effektiver umgesetzt werden könnten. Eine einheitliche und zuverlässige Dokumentationskultur in Justizvollzugsanstalten könnte gefördert werden, indem ausreichend Personal im Bereich der Gesundheitsfürsorge zur Verfügung steht.

Das Fehlen von klaren und einheitlichen Richtlinien trägt dazu bei, dass die Handlungsmöglichkeiten von Justizbeamten möglicherweise eingeschränkt werden, da aufgrund der Uneinheitlichkeit Unsicherheiten im Handeln entstehen können. Die Bedeutung der Zielsetzungen der jeweiligen Justizministerien für die Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft wurde durch die Behandlungsempfehlungen des Landes Nordrhein-Westfalen (Justizministeriums NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010) verdeutlicht. Im Rahmen einer Tagung (akzept e.V. 2010) wurde berichtet, dass sich die Zahl der Substitutionspatienten in Nordrhein-Westfalen nach Einführung der Behandlungsempfehlung Anfang 2010 verdreifacht hat und sich im April 2011 ungefähr auf 1.000 beläuft – also mehr als in allen anderen 15 Bundesländern zusammen. Die Notwendigkeit für einheitliche Regelungen in der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten wurde in diesem Kapitel ausführlich diskutiert. Das Beispiel der Behandlungsempfehlungen in Nordrhein-Westfalen und ihr Einfluss auf die Substitutionspraxis in diesem Bundesland zeigen, dass derartige gesetzliche Regelungen tatsächlich einen enormen Einfluss haben können.