



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Gefängnis

Workbook Prison

DEUTSCHLAND

Bericht 2018 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2017 / 2018)

Franziska Schneider, Esther Dammer & Tim Pfeiffer-Gerschel,
IFT Institut für Therapieforschung

Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Maria Friedrich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL.....	5
1.1	Organisation.....	5
1.1.1	Strafvollzug in Deutschland.....	5
1.2	Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten.....	7
1.2.1	Prävalenz von Drogenkonsum	7
1.2.2	Problematischer Drogenkonsum	8
1.2.3	Drogenversorgung im Gefängnis.....	8
1.3	Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis	9
1.3.1	Nationale Politik oder Drogenstrategie	10
1.3.2	Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis.....	13
1.3.3	Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis.....	14
1.3.4	Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis	16
1.3.5	Zusätzliche Informationen	18
1.4	Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten	18
1.4.1	Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten.....	18
2	TRENDS	22
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	23
3.1	Neue Entwicklungen drogenbezogener Angelegenheiten in Gefängnissen.....	23
4	ZUSATZINFORMATIONEN.....	24
4.1	Zusätzliche Informationsquellen.....	24
4.2	Weitere Aspekte.....	24
5	Quellen und Methodik	24
5.1	Quellen	24
5.2	Methodik	27

6	TABELLENVERZEICHNIS	28
----------	----------------------------------	-----------

0 ZUSAMMENFASSUNG

Da der Anteil der 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, auch wenn diese Schätzung als sehr ungenau betrachtet werden muss. Aufgrund von Verstößen gegen das BtMG befanden sich zum Stichtag 31.03.2017 insgesamt 6.506 Personen (12,6 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 12,8 % (388) der inhaftierten Frauen und 4,5 % (175) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2007 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden gesunken und ist im Jahr 2017 unverändert im Vergleich zu 2016 (Tabelle 2). Von 2007 bis 2016 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 19,95 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 32,08 % gesunken (Destatis, 2017).

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

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

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

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

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

Die Deutsche Suchthilfestatistik führt seit 2008 einen Tabellenband für externe ambulante Beratung im Strafvollzug, der für das Berichtsjahr aufgrund einer Umstellung des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (KDS) noch nicht verfügbar ist. Ab dem nächsten Berichtszyklus werden externe und interne Dienste zur Beratung und Behandlung im Strafvollzug gemeinsam in einem Tabellenband dargestellt werden.

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Organisation

1.1.1 Strafvollzug in Deutschland

Gemäß den Vorgaben der Vollzugsgeschäftsordnung (VGO Nr. 73) ist von den Justizvollzugsanstalten ein monatlicher Nachweis über den Bestand der Einsitzenden am Ende des Monats sowie über Zu- und Abgänge im Berichtsmontat zu erstellen. Das Deutsche Statistische Bundesamt (Destatis) erstellt für drei ausgewählte Kalendermonate (März, August und November) aus diesen zu Länderergebnissen aggregierten Nachweisen Übersichten für Deutschland und veröffentlicht sie im Internet.¹ Die Übersichten umfassen die Einrichtungen des Justizvollzugs der Länder. Einrichtungen des Maßregelvollzugs sowie Jugendarrestanstalten sind nicht enthalten.

Am 31.03.2017 befanden sich laut der jährlichen Destatis-Erhebung 51.643 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Von diesen waren 5,9 % (3.034) Frauen und 30,4 % (15.522) Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. 71,4 % (36.422) waren ledig, 15,5 % (7.887) verheiratet, 1,2 % (627) verwitwet und 13 % (6.662) geschieden. 16,2 % (8.273) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 0,5 % (230) der Häftlinge nach allgemeinem Strafrecht waren zwischen 18 und 21 Jahre alt, 24,8 % (12.650) zwischen 21 und 29 Jahre, 33,8 % (17.279) zwischen 30 und 39 Jahre und 33,4 % (17.043) waren 40 Jahre alt und älter.

66,7 % der Strafgefangenen und Sicherheitsverwahrten (34.038) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 2 Jahren ab, 30,6 % (15.621) eine Haftstrafe über zwei und bis zu 15 Jahren und 3,6 % der Inhaftierten (1.831) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Destatis, 2017).

Eine Übersicht über die Zahl der Justizvollzugsanstalten, deren Belegungsfähigkeit und die tatsächliche Belegung am 30.11. jeden Jahres in den einzelnen Bundesländern liefert Tabelle 1. Demnach gab es in Deutschland dieses Jahr (2017) 180 organisatorisch selbstständige Anstalten mit insgesamt 73.603 Haftplätzen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mit 64.351 Gefangenen zu 87 % ausgelastet waren (Destatis, 2018).

¹ Online abrufbar unter: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Justice/Justice.html#Tabellen> [Letzter Zugriff: 18.06.2018].

Tabelle 1 Anstalten und Belegungsfähigkeit am Stichtag 30. November

Jahr	Zahl der Vollzugsanstalten				
	Insg.	Offener Vollzug	Belegungsfähigkeit	Belegung	Belegung ¹
2003	205	22	78.753	79.153	101%
2004	202	21	79.209	79.452	100%
2005	199	20	79.687	78.664	99%
2006	195	19	79.960	76.629	96%
2007	195	19	80.708	72.656	90%
2008	193	18	79.713	72.259	91%
2009	194	17	78.921	70.817	90%
2010	188	16	77.944	69.385	89%
2011	186	15	78.529	68.099	87%
2012	186	15	77.578	65.889	85%
2013	185	14	76.556	62.632	82%
2014	184	13	75.793	61.872	82%
2015	183	13	73.916	61.737	84%
2016	182	14	73.627	62.865	85%
2017	180	13	73.603	64.351	87%

1) Belegung jeweils in % der Belegungsfähigkeit.

(Destatis, 2017)

Trotz der verringerten Anzahl an Vollzugsanstalten in den letzten Jahren konnte die Belegungssituation verbessert werden und liegt seit 2010 im Schnitt unter 90 %. Bei einer Bewertung der Daten ist hierbei trotzdem Vorsicht geboten, da die Belegungssituation ohne Unterscheidung der Haftarten dargestellt wird. In Rheinland-Pfalz gibt es beispielsweise gravierende Unterschiede bei der Belegungssituation im geschlossenen (102,33 % Belegung) und offenen (54,62 % Belegung) Männervollzug.

Waren die Vollzugsanstalten Anfang der 2000er Jahre noch über ihre Kapazitäten hinweg ausgelastet, zeigt sich nun, trotz Reduzierung der Anzahl der verfügbaren Vollzugsanstalten in den meisten Bundesländern, eine maximale Auslastung von 75 – 95 % (Ausnahme Baden-Württemberg mit nun 98 %). Auffällig gestiegen sind die Auslastungen im Vergleich zu 2016 in Bremen (von 84 % auf 95 %), Brandenburg (70 % auf 81 %) und Schleswig-Holstein (72 % auf 83 %). Insgesamt ist die Belegungsauslastung im Vergleich zum letzten Jahr in zehn Bundesländern gestiegen, während in drei Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Berlin und Niedersachsen) keine Veränderung aufgetreten ist. In Mecklenburg-Vorpommern

(76 % auf 75 %), Saarland (81 % auf 78 %) und Sachsen-Anhalt (85 % auf 80 %) konnte hingegen ein Rückgang verzeichnet werden. Auch hier gilt allerdings, dass es zwischen den Haftarten zu deutlichen Unterschieden hinsichtlich der Auslastung kommen kann.

1.2 Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten

1.2.1 Prävalenz von Drogenkonsum

Da der Anteil der Abhängigen und Konsumenten von illegalen Drogen in deutschen Justizvollzugsanstalten derzeit nicht eindeutig beziffert werden kann, wird als Näherungswert häufig die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten verwendet. Diese Schätzung ist jedoch ungenau, da auf diese Weise Personen berücksichtigt werden, die zwar im Zusammenhang mit Drogen gegen das Gesetz verstoßen haben, selbst jedoch keine illegalen Substanzen konsumieren, wie es beispielsweise bei manchen Dealern der Fall sein kann. Andererseits wird ein großer Teil der Drogenkonsumenten nicht berücksichtigt, da beispielsweise Personen, die aufgrund von Beschaffungskriminalität verurteilt wurden, in den Statistiken unter anderen Kategorien als den BtMG-Verstößen aufgelistet werden. Es handelt sich dabei also nur um einen Näherungswert.

Zum Stichtag 31.03.2017 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.506 Personen (12,6 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 12,8 % (388) der inhaftierten Frauen und 4,5 % (175) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2007 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden gesunken und ist unverändert im Vergleich zu 2016 (Tabelle 2). Von 2007 bis 2016 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 19,95 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 32,08 % gesunken (Destatis, 2017).

Tabelle 2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungsverwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2008	Inhaftierte N	62.348	59.048	3.300	52.308	3.035	6.293	264	448
	BtMG N	9.540	8.939	601	8.517	575	419	26	3
	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2010	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2011	BtMG %	14,7	14,7	15,4	16,0	15,8	4,6	10,7	0,2
2012	BtMG %	14,0	13,9	15,9	15,2	16,5	3,6	7,5	0,2
2013	BtMG %	13,4	13,3	14,9	14,5	15,3	3,4	7,6	0,0
2014	BtMG %	13,1	13,0	14,3	14,2	14,9	3,2	4,4	0,2
2015	BtMG %	13,0	13,0	13,4	14,1	13,8	3,4	4,3	0,4
2016	BtMG %	12,6	12,6	12,2	13,6	12,6	3,9	3,5	0,2
2017	Inhaftierte N	51.643	48.609	3.034	44.303	2.890	3.746	143	561
	BtMG N	6.506	6.118	388	5.946	384	171	4	1
	BtMG %	12,6	12,6	12,8	13,4	13,3	4,6	2,8	0,2

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

(Destatis, 2018)

1.2.2 Problematischer Drogenkonsum

Hierzu liegen keine weiteren Informationen vor.

1.2.3 Drogenversorgung im Gefängnis

In den Ländern werden häufig Anfragen durch Abgeordnete zu aufgefundenen Substanzen oder allgemeinen Fragen zum Drogenhandel im Gefängnis gestellt. Die Antworten dazu werden dann in den Amtsblättern veröffentlicht.²

In einer qualitativen Studie zu den Sichtweisen von Handelserfahrenen und Experten aus Justiz und Strafverfolgung hinsichtlich des illegalen Drogenmarktes in deutschen JVAen wurde untersucht, welche Motivationen für den Drogenhandel in Haft genannt werden und

² Die parlamentarischen Anfragen des Landes Berlin können beispielsweise hier abgerufen werden: <https://www.berlin.de/justizvollzug/aktuelles/parlamentarische-anfragen/suche/> [Letzter Zugriff: 23.08.2018].

wie er in deutschen Gefängnissen vollzogen wird. Dabei wird deutlich, dass der Drogenhandel in Haft Gemeinsamkeiten mit dem Handel in Freiheit aufweist: Bei beiden gibt es den selbst organisierten kleineren Markt, der hauptsächlich der Finanzierung des persönlichen Konsums dient. Zugleich ist jeweils allerdings auch ein Marktanteil zu finden, der sehr hierarchisch strukturiert ist und vor allem der Gewinnmaximierung dient. Hier wurden die meistgenannten Motive, Profit und Eigenkonsum, bereits genannt. Es wird deutlich, dass die unterschiedlichen Motivationen, denen der Drogenhandel im Gefängnis unterliegen kann, sehr vielfältig sind. Dabei konnte vor allem bei weiblichen Befragten beobachtet werden, dass häufig nicht die eigene Abhängigkeit als Motivation genannt wird, sondern die des Partners. Um die Versorgung des Partners im Gefängnis sicherzustellen, ist häufig die Praxis des vaginalen oder analen Einführens verpackter Drogen zum Schmuggel in das jeweilige Gefängnis genannt worden. Vor allem in den Interviews mit den Experten wurden nicht nur die Partner der Insassen als mögliche Schmuggler detektiert: Auch Vollzugsbeamte werden teilweise als Involvierte genannt. Es deuten sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Weitergabe von Drogen an: Nach Einschätzung der Befragten gibt es im Frauenvollzug weniger organisierte Strukturen für den Drogenhandel. Vielmehr werden vorhandene Drogen geteilt und zeitlich begrenzte Freundschaften entwickeln sich daraus. Als Motiv dafür wird dabei der Wunsch nach Konsum genannt. Die häufig genannte Motivation für die Weitergabe und den Handel mit Drogen in Männervollzugsanstalten, Macht und Gewinn, spielen hier eine untergeordnete Rolle. (Meier und Bögelein, 2017)

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

1.3 Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis

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

- Die medizinisch begleitete Versorgung / Entgiftung intoxikierter Inhaftierter und die Behandlung suchtasoziiierter Erkrankungen erfolgt durch die medizinischen Bereiche der jeweiligen Vollzugsanstalten oder stationär in gesonderten Justizvollzugskrankenhäusern.
- Bestehende Substitutionsbehandlungen werden bei Bedarf in den Justizvollzugsanstalten durch Suchtmediziner weitergeführt und ggf. mit einer psychosozialen Betreuung begleitet.
- Bei Bedarf werden Substitutionsbehandlungen in den Justizvollzugsanstalten eingeleitet und ggf. mit einer psychosozialen Betreuung begleitet.
- Vor Haftentlassungen werden substituierte Inhaftierte an einen Substitutionsarzt vermittelt, der die Substitution nach Haftentlassung weiterführt.

- In vielen deutschen Justizvollzugsanstalten sind verschiedene Träger der Suchthilfe tätig, um die Beratung und Begleitung Inhaftierter mit einer Suchtproblematik zu gewährleisten und einen Übergang in externe stationäre und ambulante Suchtentwöhnungsbehandlungen vorzubereiten. Einzelne Bundesländer haben eigene Suchtberater in den Justizvollzugsanstalten.
- In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Gruppen zur Vorbereitung externer stationärer und ambulanter Suchtentwöhnungsbehandlungen angeboten.
- In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten sind gesonderte Bereiche für Gefangene mit bestehender oder zu fördernder Abstinenzmotivation eingerichtet und mit Abstinenzkontrollprogrammen über Urin- oder Speicheltestungen begleitet.
- In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Maßnahmen zur Abstinenzkontrolle (Urin- oder Speicheltestungen) durchgeführt, um den Drogengebrauch der Gefangenen bewerten zu können.
- In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen für drogengebrauchende Gefangene, insbesondere im Themenbereich des Infektionsschutzes, vorgehalten.

1.3.1 Nationale Politik oder Drogenstrategie

Rechtliche Rahmenbedingungen

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

Die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen wird je nach Landesstrafvollzugsgesetz unter einem anderen Titel geregelt. Nachfolgend wird dies beispielhaft am Bayerischen Strafvollzugsgesetz dargestellt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§ 58 BayStVollzG). Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Damit ist unter anderem die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-

Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gemeint (§ 60 BayStVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten die Vorschriften des SGB V (§ 61 BayStVollzG). In den StVollzGen werden keine gesonderten Aussagen über Drogen, Substitution oder Sucht getroffen. Medizinische Behandlungen von Gefangenen werden von den Justizministerien der Länder getragen, bei Arbeitsunfällen übernimmt die Krankenversicherung bzw. die Landesunfallversicherung (Bundesministerium der Justiz, 2009).

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, Berlin, 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).

In einer umfassenden Analyse der Suchtfachverbände für das Jahr 2009 wurde dargelegt, dass bei einer großen Anzahl von haftentlassenen Rehabilitanden in der Suchttherapie (39 % Alkohol und 77 % Drogen) zu Beginn der Therapie kein Krankenversicherungsschutz besteht und sich dieser in manchen Fällen erst nach mehreren Wochen herstellen lässt (Drogen- und Suchtrat, 2013). Zur Lösung dieses Problems muss die zeitliche, örtliche und sachliche Zuständigkeit der entsprechenden Institutionen (Jobcenter, Krankenkasse) möglichst frühzeitig und unbürokratisch geklärt werden. Das kann nur gelingen, wenn entsprechende Anfragen oder Anträge noch vor Ende der Haftzeit erfolgen. In der Vorbereitung ambulanter oder stationärer Rehabilitationsmaßnahme muss in jedem Fall die Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger, der während der Haft ausgesetzten Krankenversicherung oder dem Jobcenter geklärt sein. Ohne diese Abklärung kann keine Rehabilitationsmaßnahme angetragen werden. Der Wiedereintritt in die Krankenversicherung ist als wesentliche Aufgabe des Übergangsmagements vorzubereiten und die Kassen werden angehalten, eine Wiederaufnahmebestätigung auszustellen und somit die nahtlose medizinische Versorgung der Haftentlassenen sicherzustellen.

Andere Interventionen im Strafjustizsystem

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

Drogenabhängige auszusprechen, um dem Entstehen offener Drogenszenen entgegenzuwirken.

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

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

Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld sowie dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§ 31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Delikte im Zusammenhang mit dem Eigenkonsum, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und keine Dritten beteiligt sind. Die Anwendung dieser Regelungen ist regional recht unterschiedlich, wie eine Studie von Schäfer und Paoli (2006) gezeigt hat. Hinsichtlich der Verfolgung von Konsumdelikten im Zusammenhang mit Cannabis zeichnet sich eine zunehmende Veränderung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ab. Zuletzt hat Thüringen die Grenze auf 10 g angehoben, die meisten anderen Länder sind noch bei 6 g, Berlin schon traditionell bei 15 g. Weitere Details finden sich im Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“, Abschnitt 1.1.2.

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

Alternativen zu Gefängnisstrafen

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

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

Die vom BMG geförderte Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“ wurde bis April 2013 in den Ländern

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

1.3.2 Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis

Mit der Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1982) wird festgehalten, dass das Gesundheitspersonal im Gefängnis die Pflicht hat, Gefangene in der Bewahrung ihrer körperlichen und mentalen Gesundheit zu unterstützen und sie im Krankheitsfall unter den gleichen Qualitätsstandards zu behandeln, die Nichtinhaftierten zugutekommen. Der Europarat empfiehlt für den Umgang mit Gefangenen und Verwahrten unter der Überschrift „Equivalence of care“ (Äquivalenzprinzip), dass die Gesundheitspolitik in Gefängnissen der nationalen Gesundheitspolitik entsprechen und in diese integriert werden soll. Darüber hinaus können Bedingungen im Gefängnis, die die Menschenrechte der Gefangenen verletzen, nicht durch einen Mangel an Ressourcen gerechtfertigt werden. Das den Strafvollzugsgesetzen vorangestellte Äquivalenzprinzip stellt dies in allen Bundesländern sicher. Beispielhaft sind die kostenintensiven Therapien bei der Behandlung von Hepatitis C zu nennen, die eine typische Begleiterkrankung von Drogenabhängigen darstellt und die in allen Bundesländern möglich ist.

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

Im Jahr 2011 hatte ein 1955 geborener, langjährig heroïnabhängiger Mann während seiner Inhaftierung in einem bayerischen Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, sowie hilfsweise die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Substitution durch einen auf Suchterkrankungen spezialisierten Facharzt oder -ärztin beantragt. Das Gefängnis lehnte dies ab mit der Begründung, dass keine medizinische Notwendigkeit für die Substitution vorliege und dies auch kein geeignetes Mittel zur Rehabilitation des Häftlings sei. Im Jahr 2012 folgte das Landgericht Augsburg dieser Argumentation und fügte zudem hinzu, dass keine Begutachtung durch einen Suchtexperten nötig sei. In der Berufungsinstanz lehnte

auch das Oberlandesgericht München den Antrag des Häftlings ab. Das Bundesverfassungsgericht wies die eingereichte Beschwerde des Mannes 2013 ohne Nennung von Gründen ab (Entscheidung Nr. 2 BvR 2263/12). Nach seiner Entlassung aus der Haft 2014 wurde dem Mann von seinem Arzt eine Substitutionsbehandlung verordnet. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte kam in einem Urteil am 01.09.2016 (mit Verweis auf den Äquivalenzgrundsatz) zu dem Schluss, dass das Vorgehen durch die Haftanstalt und Gerichte ein Verstoß gegen Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) war.³ Dabei urteilt der Gerichtshof nicht darüber, ob der Insasse eine Opioid-Substitutionstherapie hätte erhalten müssen. Jedoch hätten die JVA und ganz besonders die involvierten Gerichte einen unabhängigen Arzt mit Expertise in Suchtbehandlung hinzuziehen müssen, um den Gesundheitszustand des Mannes beurteilen zu lassen. Der Kranke habe auf Grund des Verhaltens der JVA und Gerichte physisch und psychisch leiden müssen. Die Forderung des Mannes nach Schadensersatz wiesen die Straßburger Richter jedoch zurück (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 2010).

Anlässlich des Weltdrogentages 2017 fordert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) eine bessere medizinische Behandlung von inhaftierten Drogenkonsumenten (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2016). Angesichts der häufig einhergehenden psychischen sowie körperlichen Probleme der Abhängigen in Haft, soll ein bundesweiter Zugang zu Substitutionsprogrammen gewährleistet und eine Verringerung der Gesundheitsrisiken durch Spritzenaustauschprogramme gefördert werden. Ein Anspruch auf eine angemessene gesundheitliche medizinische Behandlung soll anerkannt und eine Begleitung im Übergang und bei der Vernetzung mit Angeboten zur Suchthilfe und der Straffälligenhilfe garantiert werden. Zusätzlich fordert die DHS eine Teilnahme von suchtkranken Inhaftierten an vollzugsinternen Möglichkeiten (Schule, Ausbildung, Aktivierungsangebote), die Vollzugslockerungen bedürfen, von denen Suchtkranke häufig ausgeschlossen sind.

1.3.3 Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis

Von der WHO vorgelegte Daten zur Substitutionsbehandlung in Haft besagen, dass die einzelnen Bundesländer sehr unterschiedliche Zahlen zur Behandlung mit OST vorlegen. Aus 14 Bundesländern sind Zahlen zu OST in Gefängnissen bekannt. Dabei handelt es sich allerdings um individuelle Stichtagserhebungen der Länder, die Zahlen stammen aus den Jahren 2016 und 2017. In Nordrhein-Westfalen wurden zum Stichtag 1.636 Inhaftierte substituiert, in Hessen 318. Aus Sachsen wurde nur die Substitution einer Person gemeldet, während in Sachsen-Anhalt 40 und in Thüringen 31 Gefangene Substitution erhielten. Rheinland-Pfalz meldete 60 Inhaftierte mit OST, Mecklenburg-Vorpommern 2 und Baden-Württemberg 800 Substituierte. Bremen verzeichnete zum Stichtag 100 Inhaftierte in Substitution, das Saarland 2 und Bayern 35. Berlin hatte mit 1.068 Substituierten die höchste

³ Das Urteil ist online verfügbar: <http://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-165758> [Letzter Zugriff: 19.06.2018].

Anzahl an Personen in Haft, denen OST zur Verfügung stand. In Hamburg wurden ungefähr 150 Personen in Haft substituiert und in Schleswig-Holstein 122 Personen. In allen Bundesländern ist mittlerweile eine Dauer-Substitutionsbehandlung nach den Richtlinien der Ärztekammer für Inhaftierte möglich (World Health Organisation, 2018).

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

In einer Studie des Robert Koch-Instituts, welche zwischen 2012 und 2014 durchgeführt wurde, untersuchte die Forschergruppe unter anderem Unterschiede von Opioid-Substitutionstherapien unter Gefangenen in Deutschland (Robert Koch-Institut, 2018). Elf teilnehmende Bundesländer (Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) stellten Daten zur Verfügung. Während des Untersuchungszeitraums (Januar 2012 bis März 2013) wurden alle 97 teilnehmenden JVAen und Justizvollzugskrankenhäuser (JKV), in denen zu dieser Zeit 34.191 Häftlinge untergebracht, waren von drei Apotheken mit Arzneimitteln für OST versorgt. Von den eingeschlossenen JVAen wurden 58 % mit Arzneimitteln zur OST versorgt. Als Gesamt-OST-Behandlungsprävalenz wird in dieser Studie von 2,18 % gesprochen. Es wird jedoch ebenfalls angegeben, dass injizierender Drogenkonsum, dabei meist Opioidkonsum, bei 22 – 30 % der Inhaftierten vorliegt. Das würde bedeuten, dass nur etwa 10 % von diesen Inhaftierten Substitution erhalten. Nach ersten Analysen der „Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ zeichnet sich allerdings ab, dass sich 70 % der opioidabhängigen Gefangenen in Substitution befinden könnten (Abraham, 2018).

Die oben bereits genannte Studie des Robert Koch-Instituts verweist dabei auf die große Spanne der Behandlungsprävalenzen zwischen 0 % im Saarland und 7,9 % in Bremen hin, die darauf hindeutet, dass Substitution sehr unterschiedlich in den Bundesländern umgesetzt wird. Insbesondere die nördlichen Bundesländer zeigen dabei hohe OST-Raten, was deren liberalere und auf Schadensminimierung ausgerichtete Politik unterstreicht. Im Saarland, in Bayern und in den östlich gelegenen Bundesländern wurden dahingegen nur einige wenige JVAen mit OST-Mitteln beliefert. Die fehlende beziehungsweise niedrige Behandlungsprävalenz im Saarland und in Bayern weist auf eine ausschließliche

Entzugsbehandlung statt Substitution und eine stark auf Abstinenz orientierte Politik im dortigen Justizvollzug hin (Schmidt et al., 2018). Näheres zur Studie findet sich im Kapitel "1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots" im Workbook „Behandlung“. Die Rahmenbedingungen der OST in Deutschland werden ebenfalls in genanntem Workbook unter „1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen“ noch genauer beschrieben (siehe Bartsch et al., 2018).

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

1.3.4 Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis

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

Der seit 2008 vorliegende Tabellenband der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug wird ab dem Berichtsjahr 2017 umgestellt auf einen gemeinsamen Tabellenband für sowohl externe als auch interne Beratungs- und Behandlungsangebote im Strafvollzug. Aufgrund der Umstellung des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) können diese Daten für den diesjährigen Berichtszyklus noch nicht verwendet werden und sind erst 2019 wieder enthalten.

Die Verteilung der Substanzen bei denjenigen, die sich vor ihrem Gefängnisaufenthalt noch nie in Behandlung begeben haben, fällt anders aus, als bei denen, die vorher schon Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem gemacht haben. Insassen mit der Hauptdiagnose Hypnotika / Sedativa nutzten die Gelegenheit für eine intramurale Behandlung mit 36 % am häufigsten, dicht gefolgt von denjenigen mit den Hauptdiagnosen Cannabinoide (31 %), Kokain und Stimulanzien (jeweils 29 %). Opioidkonsumenten waren am seltensten unter den Erstbehandelten (7 %) und demnach schon am häufigsten vor oder während ihrer Inhaftierung mit der Suchthilfe in Kontakt.

Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten

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

Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung

Die HIV/AIDS-Strategie, welche im Jahr 2015 von UNAIDS vorgelegt wurde, stellt fest, dass der Strafvollzug einen Rahmen darstellt, der besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar (UNAIDS, 2015).

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

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

Reintegration von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten nach Haftentlassung

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

Auch die Träger der Sozialhilfe sollen mit Vereinigungen gleicher Zielsetzung und den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und auf eine gegenseitige Ergänzung hinwirken (§ 68 Abs. 3 SGB XII und § 16 Abs. 2 SGB II). Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff Übergangmanagement entwickelt und umgesetzt. Auf der einen Seite wird versucht, die Entlassenen in und nach Haft möglichst nahtlos in Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu bringen, auf der anderen Seite, den mit der Inhaftierung sowie kriminellen

Karrieren verbundenen Problemlagen zu begegnen. Hauptaufgabe der Arbeit im Übergangmanagement ist die Verbesserung der Lage der Klientinnen und Klienten durch Beratung, Betreuung, aber auch durch Qualifizierung und Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Obwohl es historisch betrachtet mit der Einführung der „Straffälligenhilfe“ vor über 150 Jahren und der Einführung der Bewährungshilfe in den 1950er Jahren schon seit langem entsprechende Bemühungen gibt, besteht bei der Diskussion und Umsetzung eines Übergangsmagements nach wie vor großer Entwicklungsbedarf, wobei die Entlassungsvorbereitung in den Ländervollzugsgesetzen bereits stärker in den Fokus gerückt wurde.

Suchtgefährdeten oder abhängigkeiterkrankten Menschen ein angemessenes Angebot bei der Entlassung aus dem Justizvollzug anbieten zu können, ist für die Suchthilfe eine Herausforderung. Daher gab der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr) eine Empfehlung zum Übergangmanagement ab, die u. a. folgende Elemente enthält (Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., 2013):

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

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

1.3.5 Zusätzliche Informationen

Es liegen keine zusätzlichen Informationen zu diesem Punkt vor.

1.4 Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten

1.4.1 Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Institutionen mit der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen außerhalb der Gefängnisse, wie beispielsweise die Kassenärztlichen

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

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

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

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

(Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, 2017).

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

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

In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (2010) wird der positive Effekt von Substitutionsbehandlung im Vollzug sowohl auf den Krankheitsverlauf der Opioidabhängigkeit als auch auf die Erreichung des Vollzugsziels betont. Darum wird als Ziel genannt, „die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen“. Ziele sind laut den Behandlungsempfehlungen:

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

Ähnlich wie in Freiheit muss die Patientin oder der Patient vor Beginn der Substitutionsbehandlung einen Behandlungsvertrag unterschreiben, in dem die Regeln festgelegt werden. Unter anderem wird darin schriftlich festgehalten, wann es zum Abbruch der Behandlung kommt (beispielsweise bei wiederholtem problematischem Beikonsum, Drogenhandel oder bei Gewalt im Zusammenhang mit der OST) und dass ein Abbruch nicht zwangsläufig den dauerhaften Ausschluss aus der OST bedeutet. Die Entscheidung über eine Beendigung der Behandlung trifft der Ärztliche Dienst, für den Wiederbeginn gibt es keine festen Bedingungen. Grundsätzlich gilt in Nordrhein-Westfalen, dass bei Aufnahme in

eine JVA bei bereits substituierten Patientinnen und Patienten die Weiterbehandlung erfolgt und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Es wird empfohlen, dass bei einer Substitutionsbehandlung in Untersuchungshaft und Strafhafte unter zwei Jahren ein Platz für die Weitersubstitution gesichert sein sollte. Spätestens bei Haftentlassung sollte ein Platz für die Weiterbehandlung gesichert sein.

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

In Niedersachsen ist die Grundlage für eine Substitutionsbehandlung in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003⁴ (Deutscher Bundestag, 2016), der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben und die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der Substitution geregelt. Die Indikationsstellung zur Substitution obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt, der oder die im Wege der Einzelfallprüfung feststellt, ob die Substitutionsbehandlung begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die Substitution nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien.

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

⁴ Medizinische und paramedizinische Richt- und Leitlinien im niedersächsischen Justizvollzug; hier: Medikamentöse Substitution bei opioidabhängigen Gefangenen, Erlass vom 1.4.2013 – 4558 – 303.2.13.

Training von Justizvollzugsbeamten

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

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

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

2 TRENDS

Vor allem die Zunahme des Konsums Neuer psychoaktiver Substanzen in deutschen Justizvollzugsanstalten und die Zunahme des Konsums von Crystal Meth in einigen Bundesländern stellt den Justizvollzug in seiner Gänze vor neue Herausforderungen (Abraham, 2018).

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen drogenbezogener Angelegenheiten in Gefängnissen

Neue psychoaktive Stoffe-Projekt in der Justizvollzugsanstalt Wittlich

In der Justizvollzugsanstalt Wittlich in Rheinland-Pfalz wurde 2016 ein Projekt zur Erkennung von Drogenkonsum speziell im Bereich der Neuen psychoaktiven Stoffe (NpS) eingeführt, deren Konsum durch Schnelltests nicht nachweisbar ist. Dabei sollen die Mitarbeiter des Vollzuges Gefangene, die nach Einschätzung der Vollzugsbeamten aufgrund ihres Auftretens möglicherweise Drogen konsumiert haben, melden. Nach einer Begutachtung durch speziell geschultes Personal wird bei Verdacht auf NpS-Konsum eine Urinprobe genommen und auf verschiedene NpS getestet, sowie repressive als auch präventive und beratende Maßnahmen ergriffen. Im Jahr 2017 wurden in Folge dieses Projektes zehn Häftlinge aufgrund des Verdachts von geschultem Personal hin positiv auf einen Drogenkonsum getestet. Dabei konnten durch die Untersuchung der Urinproben fünf unterschiedliche NpS nachgewiesen werden. Zusätzlich finden weiterhin regelhaft Urin- oder Speichelanalysen statt, die der Abstinenzkontrolle oder dem Konsumnachweis dienen (Patzak, 2018b).

Datenerhebung zu ICD-10 Diagnosen in deutschen Justizvollzugsanstalten

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

Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) führte eine Studie zu der Wirksamkeit der Behandlung suchtkranker Straftäter im Maßregelvollzug durch, um Aufschluss über den

Verlauf der erneuten Strafhandlungen und Suchtmittelkonsum nach Haftentlassung zu erlangen (Dimmek et al., 2010). In einer retrospektiven Katamnese wurden 160 Patienten aus dem Maßregelvollzug drei Jahre nach ihrer Entlassung erfasst. Die untersuchte Stichprobe zeigte erhebliche biografische Risikomerkmale, wie früher Erstkonsum (43 % konsumierten Cannabis vor dem 16. Lebensjahr), fehlende Schul- oder Berufsabschlüsse (35 % und 63 %) und Gewalt im familiären Kontext (40 %). Grund für die Unterbringung im Maßregelvollzug waren bei den suchtkranken Patienten hauptsächlich Raub (37,7 %) und Verstöße gegen das BtMG (32,1 %). 42,4 % der Delinquenten wurde in dem betrachteten Zeitraum erneut straffällig, hauptsächlich mit Eigentums-, Straßenverkehrsdelikten und Verstößen gegen das BtMG (Bundesministerium der Justiz, 2009).

4 ZUSATZINFORMATIONEN

4.1 Zusätzliche Informationsquellen

Es liegen keine weiteren Informationsquellen vor.

4.2 Weitere Aspekte

Es liegen keine weiteren Informationsquellen vor.

5 QUELLEN UND METHODIK

5.1 Quellen

Abraham, K. (2017). Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Bericht zum Sachstand, Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung, Berlin.

Abraham, K. (2018). Vorabinformation zur Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, Berlin.

Bundesärztekammer (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger

Bundesministerium der Justiz (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatorendatenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008, Berlin.

Destatis (2017). Strafvollzug. Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2017, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.

Destatis (2018). Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs. Stichtag 30. November 2017, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.

Dettmer, K. & Knorr, B. (2016). Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung. Eine modellhafte Intervention.., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.

- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010a). Deutsche AIDS-Hilfe: Drogentod nach Haftentlassung. http://www.presseportal.de/pm/14407/1680696/deutsche_aids_hilfe_e_v/rss [Online]. [Accessed 7/7/2018].
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010b). Projekt TEST IT. Evaluationsbericht, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dortmund/Berlin.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2016). Pressemitteilung zum Welt-Drogentag am 26. Juni 2016: Bundesweite Umsetzung von Substitutionsprogrammen für Drogenkonsumenten in Haft gefordert. <http://www.dhs.de/start/startmeldung-single/article/zum-welt-drogentag-am-26-juni-2016-bundesweite-umsetzung-von-substitutionsprogrammen-fuer-drogenko.html> [Online]. [Accessed 7/17/2018].
- Deutscher Bundestag. (2016). Sachstand - Substitutionsbehandlung im Justizvollzug. <https://www.bundestag.de/blob/480528/079376bd958e4a1b9baa2652713d63cb/wd-9-049-16-pdf-data.pdf> [Online]. [Accessed 7/17/2017].
- Dimmek, B., E.Brunn, D., Meier, S., Stremmel, M., Suer, P., M.Westendarp, A. & Westendarp, H. (2010). Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher, Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Drogen- und Suchtrat. (2013). Beschluss des Drogen- und Suchtrats. Sozialrechtliche Statusklärung als Grundlage für die Gewährleistung des KV-Schutzes Haftentlassener. http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Downloads/Beschlusspapier_UEbergangsmangement_Haft.pdf [Online]. [Accessed 7/18/2018].
- Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (2017). Bericht an die Deutsche Regierung über den Besuch des europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland., Straßburg.
- European Commission. (2002). Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/126.htm> [Online]. [Accessed 7/22/2011].
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2010). CPT standards, Strasbourg.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (2013). Empfehlung des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. für ein Übergangsmangement bei Suchtkranken im Justizvollzug, fdr, Berlin.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction, 107, 501-517.
- Husmann, K. (2010.) Substitutionstherapie in der Haft. Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit. Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft, 4/20/2010 2010 Berlin.
- Justizministerium Baden-Württemberg (2011). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 - Az.: 4550/0495. Die Justiz, 2011.
- Kastelic, A., Pont, J. & Stöver, H. (2008). Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide, BIS-Verlag, Oldenburg.
- Kepler, K., Stöver, H., Schulte, B. & Reimer, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53, 233-244.

- Körner, H. H., Patzak, J. & Volkmer, M. (in press). Betäubungsmittelgesetz: BtMG, Arzneimittelgesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz, Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, Anti-Doping-Gesetz, 9. Auflage., C.H.Beck.
- Lesting, W. (2018). Die rechtlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Strafvollzug. Medizinrecht, 36, 69-73.
- Meier, B.-D. (2009). Äquivalenzprinzip. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Keppler, K. & Stöver, H. (eds.). Thieme, Stuttgart.
- Meier, J. & Bögelein, N. (2017). Handelserfahrene und Expert_innen über Konsum und Handel illegaler Drogen im Gefängnis - Ein empirischer Blick in den Haftalltag. rausch, 4, 236-246.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (1982). Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. <https://www.ohchr.org/en/Professionalinterest/Pages/medicaethics.aspx> [Online]. [Accessed 7/18/2018].
- Patzak, J. (2018a). Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) im Justizvollzug. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 2/18, 127-130.
- Patzak, J. (2018b). PHAR-MON NPS: Erkenntnisse der JVA Wittlich 2016/2017, Wittlich.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011, DBDD, München.
- Reber, B. (2011). Gesundheitsberichterstattung 2010 über die Gefangenen in Baden-Württemberg, Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Robert Koch-Institut (2018). Epidemiologisches Bulletin. Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland, Berlin.
- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte, Duncker & Humblot, Berlin.
- Schmidt, D., Müller, J., Kollan, C., Lehmann, M., Bremer, V. & Zimmermann, R. (2018). Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 13, 125-136.
- Stöver, H. (2006). Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis. In: Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Wien, April 2006. Dokumentation. akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (eds.). Berlin.
- Stöver, H. (2010). Leitlinien für die Substitutionsbehandlung in Haft. <http://www.subletter.de/content/leitlinien-f%C3%BCr-die-substitutionsbehandlung-haft> [Online]. [Accessed 17/7/2018].
- UNAIDS (2015). On the Fast-Track to end AIDS. 2016–2021 Strategy, Genf.
- Wiegand, C., Weilandt, C., MacDonald, M., Popov, I., Purvlice, B., Pavlovska, L., Parausanu, E. & Dobrota, S. (2011). Schadensminderung im Justizvollzug. Ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n, Bonn.
- World Health Organisation. (2018). Health in Prisons European Database (HIPED) [Online]. Available: http://apps.who.int/gho/data/node.prisons.Prisoners_In_Substitution_Treatment?lang=en [Accessed 28/08/2018].

World Health Organization (WHO) (2003). Prison Health as part of public health. Declaration., Moskau.

5.2 Methodik

Strafvollzugsstatistik des Statistischen Bundesamt (Destatis)

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

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

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

Die Erhebungsmerkmale und -richtlinien sowie die Aufbereitungsverfahren sind in allen Bundesländern einheitlich. Die Daten sind somit räumlich vergleichbar. Allen Stichtagsergebnissen der Strafvollzugsstatistik wohnt eine methodisch bedingte Verzerrung inne: Die zu kurzzeitigen Strafen verurteilten Strafgefangenen sind im Vergleich zu den langfristig Einsitzenden unterrepräsentiert. Je kürzer die Freiheits- bzw. Jugendstrafe ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, in die jährlich nur einmal durchgeführte Stichtagserhebung einbezogen zu werden. Dieser Umstand hat insofern Einfluss auf die Ergebnisse, als in den meisten Fällen die Strukturdaten (z. B. Altersgruppe, Art der Straftat, Zahl der Vorstrafen) bei den kurzzeitig Inhaftierten anders sein können als bei den langfristig Einsitzenden (Destatis, 2017).

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

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

Population oder der Behandlung selbst, kenntlich zu machen und in entsprechender Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.⁵

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

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

6 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Anstalten und Belegungsfähigkeit am Stichtag 30. November.....	6
Tabelle 2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte.....	8

⁵ www.suchthilfestatistik.de/ [Letzter Zugriff: 18.06.2018].