



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Gefängnis

Workbook Prison

DEUTSCHLAND

Bericht 2021 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2020 / 2021)

Franziska Schneider¹, Krystallia Karachaliou¹, Charlotte Höke², Maria Friedrich³ & Esther Neumeier¹

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

³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	4
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	Drogenversorgung im Gefängnis	9
1.2.3	Problematischer Drogenkonsum	10
1.3	Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis	11
1.3.1	Nationale Politik oder Drogenstrategie	12
1.3.2	Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis.....	15
1.3.3	Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis.....	16
1.3.4	Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis	21
1.3.5	Zusätzliche Informationen	27
1.4	Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten	30
1.4.1	Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten.....	30
2	TRENDS	32
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	34
3.1	Neue Entwicklungen drogenbezogener Angelegenheiten in Gefängnissen.....	34
4	ZUSATZINFORMATIONEN	35
4.1	Zusätzliche Informationsquellen.....	35
4.2	Weitere Aspekte.....	36
5	QUELLEN UND METHODIK	36
5.1	Quellen	36
5.2	Methodik	40

6	TABELLENVERZEICHNIS	42
----------	----------------------------------	-----------

Neben den oben genannten Autorinnen und Autoren des Workbooks Gefängnis haben weitere Expertinnen und Experten an der Erstellung des Jahresberichts mitgewirkt. Diese Expertinnen und Experten dienen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die DBDD und tragen durch das Verfassen von Texten und durch Rückmeldung zu den Entwurfsfassungen der einzelnen Kapitel zur Entstehung des Workbooks bei:

Matthias Nagel (Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung, Berlin)

Jörn Patzak (Justizvollzugsanstalt Wittlich, Rheinland-Pfalz)

0 ZUSAMMENFASSUNG

Zum Stichtag 31.03.2020 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.417 Personen (13,9 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 11,9 % (312) der inhaftierten Frauen und 5,8 % (207) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Dies ist nicht mit der Zahl an Personen gleichzusetzen, die tatsächlich eine Suchterkrankung aufweisen. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten bezogen auf alle Inhaftierten ist seit 2011 bei den Erwachsenen insgesamt gesunken. Bei den Jugendstrafen ist der Anteil an Personen, die aufgrund von BtMG-Verstößen inhaftiert wurden, gestiegen, während der Anteil bei den Frauen deutlich gesunken ist und bei den Männern leicht angestiegen. Im Vergleich zu 2019 ist ihr Anteil allerdings sowohl bei den Jugendstrafen ebenfalls gesunken, während er bei den Erwachsenenstrafen leicht gestiegen ist (Tabelle 2). Von 2011 bis 2020 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 23,3 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 27,7 % gesunken (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021a).

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 Erzwingungshaft (Körner et al., 2019).

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

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Organisation

Eine Gefängnisbehörde, die Verurteilungen zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe vollzieht, wird in Deutschland als Justizvollzugsanstalt (JVA) bezeichnet. Zudem werden auch Untersuchungshaft, Sicherungsverwahrung, Ersatzfreiheitsstrafe oder Zivilhaft in einer Justizvollzugsanstalt vollzogen. Liegt eine Jugendstrafe vor, wird diese in eigens dafür vorgesehenen Jugendstrafanstalten vollzogen.

1.1.1 Strafvollzug in Deutschland

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

In acht Bundesländern gab es zum Jahr 2019 Änderungen der Vollzugsgeschäftsordnung (VGO). Durch diese Novellierung der VGO ändern sich die veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes hinsichtlich des Inhalts, des Merkmalsumfangs und der -differenzierung sowie hinsichtlich der Periodizität. Ab dem Jahr 2019 sind monatliche Daten, statt wie bisher Daten für drei Stichtage eines Jahres, vorhanden. Nicht mehr vorgesehen ist eine Erhebung der Anzahl an Haftanstalten in Deutschland (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021a).

Am 31.03.2020 befanden sich laut der jährlichen Destatis-Erhebung 46:054 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte (ohne Untersuchungshaft) in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Von diesen waren 5,7 % (2.618) Frauen und 34 % (15.651) Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. 14 % (6.457) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 0,3 % (145) der Häftlinge nach allgemeinem Strafrecht waren zwischen 18 und 21 Jahre alt, 21,4 % (9.861) zwischen 21 und 30 Jahre, 34 % (15.685) zwischen 30 und 40 Jahre und 35,2 % (16.210) waren 40 Jahre alt und älter.

56,6 % der Strafgefangenen und Sicherheitsverwahrten (26.228) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 2 Jahren ab, 20,7 % (10.299) eine Haftstrafe über zwei und bis zu 5 Jahren und 7,1 % (3.580) eine 5- bis 15-jährige Haftstrafe. 3,6 % der Inhaftierten (1.794) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021b).

Eine Übersicht über die Zahl der Justizvollzugsanstalten gibt es aufgrund der Novellierung der VGO einiger Bundesländer seit 2019 nicht mehr. Belegungsfähigkeit und die tatsächliche

Belegung am 30.11. jeden Jahres werden aber weiterhin veröffentlicht und sind in Tabelle 1 ersichtlich. Demnach gab es in Deutschland im Jahr 2020 insgesamt 73.214 Haftplätze (+0,3 % zum Vorjahr mit 72.967 Haftplätzen), die am Erhebungsstichtag, dem 30. November 2020, mit 59.487 Gefangenen zu 81 % ausgelastet waren (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021a).

Tabelle 1 Anstalten und Belegungsfähigkeit jeweils am Stichtag 30. November

Jahr	Anstalten und Belegungsfähigkeit				
	Insgesamt	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	77.498	65.902	85%
2013	185	14	76.556	62.632	82%
2014	184	13	75.793	61.872	82%
2015	183	13	73.916	61.737	84%
2016	182	14	73.627	62.865	85%
2017	180	13	73.603	64.351	87%
2018	179	13	74.386	63.643	86%
2019	*	*	72.967	63.146	87%
2020	*	*	73.214	59.487	81%

¹⁾ Belegung jeweils in % der Belegungsfähigkeit.

* Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert.

Dadurch ändert sich ab dem Jahr 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten. Aus diesem Grund fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten.

(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021a)

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 zwischen den einzelnen Bundesländern stark variieren kann. Die zwischen 2019 und 2020 nochmals deutlich gesunkene Auslastung der JVAen lässt sich auf die teilweise Aussetzung der Ladung und Unterbrechung der Vollstreckung aufgrund der COVID-19 Pandemie zurückführen. Hier ist fraglich, wie sich die Auslastung der JVAen nach der Pandemie entwickeln wird (Bögelein, 2020).

Waren die Vollzugsanstalten Anfang der 2000er Jahre noch über ihre Kapazitäten hinweg ausgelastet, zeigt sich nun, trotz Reduzierung der Anzahl der verfügbaren Haftplätze in den

meisten Bundesländern, eine maximale Auslastung von 82 – 97 %, im Jahr der COVID-19 Pandemie 2020 wurde die bisher niedrigste Auslastung mit 81 % gemeldet. Im Vergleich zu 2019 ist die Auslastung in jedem Bundesland zurückgegangen, dies ist ein deutlicher Unterschied zu den Jahren 2018-2019, in diesem Zeitraum ist die Auslastung in 14 Bundesländern angestiegen. Auch hier ist allerdings unklar, inwieweit sich die Lage verändert, sobald die pandemische Situation den Vollzug von Ersatzfreiheitsstrafen wieder zulässt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021a).

1.2 Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten

1.2.1 Prävalenz von Drogenkonsum

Neben der Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug gibt es weiterhin die Möglichkeit, als Näherungswert für die drogenkonsumierenden Inhaftierten die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten zu verwenden. Diese Schätzung ist jedoch ungenau, da auf diese Weise auch Personen berücksichtigt werden, die zwar im Zusammenhang mit Drogen gegen das Gesetz verstoßen haben, selbst jedoch keine illegalen Substanzen konsumieren, wie es beispielsweise bei manchen Dealern und Dealerinnen 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 31.03.2020 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.417 Personen (13,9 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 11,9 % (312) der inhaftierten Frauen und 5,8 % (207) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Wie oben beschrieben ist hier allerdings nicht klar, inwieweit Personen, die nach dem BtMG verurteilt wurden, auch selbst tatsächlich drogenbezogene Probleme aufweisen. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Strafgefangenen ist zwischen 2008 und 2017 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden insgesamt gesunken. Seit 2017 ist der Anteil in beiden Gruppen allerdings wieder leicht gestiegen (Tabelle 2). Von 2011 bis 2020 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 23,3 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 27,7 % gesunken (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021a).

Tabelle 2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungsverwahrung
		Insgesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2011	Inhaftierte N	60.067	56.746	3.321	50.388	3.076	5.857	242	504
	BtMG N	8.880	8.373	507	8.061	485	298	21	1
	BtMG %	14,6	14,5	16,2	16	15,8	5	10,2	0,2
2012	BtMG %	14,0	13,9	15,9	15,2	16,5	3,6	7,5	0,2
2013	BtMG %	13,4	13,3	14,9	14,5	15,3	3,4	7,6	0,0
2014	BtMG %	13,1	13,0	14,3	14,2	14,9	3,2	4,4	0,2
2015	BtMG %	13,0	13,0	13,4	14,1	13,8	3,4	4,3	0,4
2016	BtMG %	12,6	12,6	12,2	13,6	12,6	3,9	3,5	0,2
2017	BtMG %	12,6	12,6	12,8	13,4	13,3	4,6	2,8	0,2
2018	BtMG %	12,9	12,9	12,0	13,7	12,4	5,1	4,2	0,4
2019	BtMG %	13,4	13,6	11,3	14,3	11,6	6,1	5,1	0,4
2020	Inhaftierte N	46.054	43.436	2.618	41.901	2.492	3.439	125	589
	BtMG N	6.417	6.105	312	6.208	306	201	6	2
	BtMG %	13,9	14,1	11,9	14,8	12,3	5,8	4,8	0,3

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

(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021a)

Illegale Substanzen im Jugendstrafvollzug

Um Art, Häufigkeit und Entwicklung des Konsums illegaler Substanzen im Jugendstrafvollzug sowie seine Prädiktoren zu erfassen, wurden Daten aus dem von 2010 bis 2018 durchgeführten Kölner Forschungsprojektes „Gewalt und Suizid unter weiblichen und männlichen Jugendstrafgefangenen“ herangezogen. Insbesondere thematisiert wurden Prädiktoren für haftinternen Konsum, Konsummuster und geschlechterspezifische Unterschiede. 42 % der Jugendlichen konsumierten innerhalb der letzten 3 Monate illegale Substanzen in Haft, wobei der Konsum unter männlichen Inhaftierten (44 %) häufiger vorkam als unter weiblichen (34 %). Mit einer Prävalenz von 36 % wurde hauptsächlich der gelegentliche Konsum von Cannabinoiden angegeben, wobei ähnliche geschlechterspezifische Unterschiede erkennbar waren. Darauf folgten mit einer Prävalenz von 8 % Amphetamine, während die verbleibenden Substanzen eine untergeordnete Rolle zu spielen schienen (vgl. jeweils 4 % Kokain bzw. Halluzinogene und 2 % Opiode). Die Entwicklung des Konsums in Haft blieb weitestgehend stabil, meist aufgrund dessen, dass die Jugendlichen nicht mit der entsprechenden Substanz innerhalb der letzten 3 Monate in Kontakt kamen. Selten war eine Intensivierung des Konsums feststellbar, so dass die Veränderung des Konsumverhaltens meist eine Reduzierung des Konsums darstellte. 70 % der Jugendlichen berichteten von einem reduzierten Gebrauch von Cannabinoiden seit ihrer

Inhaftierung und bestätigen die Hypothese, dass eine Inhaftierung einen signifikanten Einfluss auf das Konsumverhalten Jugendlicher haben kann (Bäumler, 2021).

1.2.2 Drogenversorgung im Gefängnis

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

Mittlerweile ist vor allem im Bereich der Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) bekannt, dass der Schmuggel vorwiegend über Papier, auf dem NPS aufgeträufelt und getrocknet wurden, stattfindet (Patzak, 2018). NPS, dabei vor allem synthetische Cannabinoide, sind in den letzten Jahren aus verschiedenen Gründen im Justizvollzug sehr beliebt. Die Gründe dafür sind vielfältig: Einerseits sind sie im Online-Handel leicht erwerbbar und leicht zu schmuggeln, da sie verflüssigt auf Papier mit einem durchsichtigen Film aufgetragen werden können und andererseits sind sie mit den herkömmlichen Drogenschnelltests bisher nicht nachweisbar. Zusätzlich ist die Gewinnspanne bei NPS sehr hoch, da aus nur einem Blatt Papier eine Vielzahl an Konsumeinheiten herausgetrennt werden kann. Als Vorlage werden hier beispielsweise bei kariertem Papier die Karos genommen. Nach Erkenntnissen in der JVA Wittlich liegt der Preis für 10 Karos bei einer Schachtel Zigaretten (Patzak et al., 2021).

Der Drogenmarkt im niedersächsischen Justizvollzug

In den niedersächsischen Justizvollzugseinrichtungen muss auch im aktuellen Berichtszeitraum insgesamt von einer Verfügbarkeit an unterschiedlichen Betäubungsmitteln ausgegangen werden. Im Jahr 2019 waren landesweit insgesamt 585 Sicherstellungen und damit ein Anstieg von ca. 30 % gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Erfahrungsgemäß ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, die sich mit Anzahl der Sicherstellungen proportional erhöht. Zu den hochverfügbaren Betäubungsmitteln zählen insbesondere Cannabisprodukte und synthetische Cannabinoide wie z. B. „Spice“ aus der Gruppe der sogenannten neuen psychoaktiven Stoffe. Weiterhin sind opiathaltige Schmerzmittel wie Buprenorphin (hauptsächlich als Präparat Subutex), Tramadol oder Tilidin, aber auch nach wie vor (braunes) Heroin verfügbar. Entgegen prognostizierter Erwartungen konnte sich Fentanyl bislang nicht im Konsumverhalten durchsetzen. Im Bereich des Arzneimittelmisbrauchs spielt zunehmend das Antikonvulsivum Pregabalin eine Rolle. Lediglich vereinzelt ist auch der Konsum von aufputschenden Betäubungsmitteln wie Amphetamin in den unterschiedlichsten Erscheinungsformen (bspw. MDMA, Meth) oder Kokain zu beobachten. Hierbei wird jedoch davon ausgegangen, dass dies nicht mit Lieferengpässen zusammenhängt, sondern eher die Nachfrage reduziert ist. Mögliche

¹ Die parlamentarischen Anfragen des Landes Berlin können beispielsweise hier abgerufen werden: <https://www.berlin.de/justizvollzug/service/parlamentarische-anfragen/> [Letzter Zugriff: 08.06.2021].

Gründe können einerseits in der nicht bevorzugten Wirkung dieser Betäubungsmittel liegen, andererseits aber auch preislich (Kokain) bedingt sein (Niedersächsisches Justizministerium, 2021).

1.2.3 Problematischer Drogenkonsum

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

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

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

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

Nähere Informationen dazu können im Bericht zur Erhebung selbst nachgelesen werden.

1.3 Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis

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

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

Bestehende Substitutionsbehandlungen werden bei Bedarf in den Justizvollzugsanstalten durch Suchtmediziner oder -medizinerinnen 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 oder eine Substitutionsärztin vermittelt, der bzw. die 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 beschäftigen eigene Suchtberater und -beraterinnen in den Justizvollzugsanstalten.

In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Gruppen zur Vorbereitung externer stationärer und ambulater 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 Berliner Justizvollzugsanstalten wird älteren Inhaftierten, also Personen, die älter als 50 Jahre sind, ein gesondertes Beratungsangebot durch das zuwendungsfinanzierte Projekt „Drehscheibe Alter“ angeboten. Darüber hinaus werden in einigen Justizvollzugsanstalten besondere Sportangebote für suchtblastete Inhaftierte vorgehalten (Senatsverwaltung für Justiz, 2021).

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

1.3.1 Nationale Politik oder Drogenstrategie

Rechtliche Rahmenbedingungen

Seit 2006 haben nach und nach alle deutschen Bundesländer eigene Strafvollzugsgesetze (StVollzG) eingeführt. Diese regeln „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 1 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30. Juni 2006 vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen. Das StVollzG wurde schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften in Teilen abgelöst (§ 125a GG). Wie oben beschrieben, gilt das StVollzG für besondere Haftarten weiterhin. Alle Bundesländer haben mittlerweile eigene Landesstrafvollzugsgesetze. Die Landesgesetze orientieren sich jedoch größtenteils am bundesweiten Strafvollzugsgesetz und unterscheiden sich meist nur in einzelnen Details. Beispielsweise richten sich Art und Umfang der Leistungserbringung im Bereich der Gesundheitsfürsorge in den Bundesländern nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V). Weitere Informationen zu den Rechtlichen Grundlagen und deren Umsetzung sind ebenfalls im Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“ aus dem Jahr 2019 unter dem Punkt „1.2 Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen“ zu finden (Sipp et al., 2019).

Während der Inhaftierung ruht die gesetzliche Krankenkasse der Inhaftierten und 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 die Behandlung Drogenabhängiger in Haft getroffen. Allerdings gilt in Haft die Substitution nicht als rein ärztliche Maßnahme, sondern gleichzeitig als Vollzugsmaßnahme, die sich nach den Vorschriften des jeweils geltenden

Strafvollzugsgesetzes richten muss (Deutscher Bundestag, 2016). Art und Umfang der Leistungen richten sich nach den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sind *lege artis* durchzuführen (Lesting, 2018).

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

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

Die Geltungsdauer der hessischen Justizvollzugsgesetze war bis zum 31. Dezember 2020 befristet. Vor Ablauf dieser Geltungsdauer wurden sie evaluiert und es ergab sich die Notwendigkeit einiger Novellierungen und der Entfristung, da davon ausgegangen wird, dass die dort aufgeführten Regelungen auf Dauer erforderlich sein werden. Die nötigen Novellierungen betrafen einerseits die behandlerischen Möglichkeiten aber auch das Erfordernis, die Sicherheit und Ordnung der Vollzugseinrichtungen zu verbessern sowie vollzugsorganisatorische Optimierungen. Auch Aspekte wie Videotelefonie für Inhaftierte, und Drohnenabwehr oder der Einsatz von Bodycams bei Beamten und Beamtinnen wurde dabei in den Blick genommen. Vor allem die Entfristung des Gesetzes soll dazu führen, dass vorerst keine weiteren Änderungen vorgenommen werden müssen (Kunze und Kämmerer, 2021).

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 und dann auf richterlicher 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“ 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 § 31a BtMG, §§ 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 1.1.1.4 (Sipp et al., 2021).

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 und Straftäterinnen Maßregelvollzug (MRV) in speziellen Maßregelvollzugskliniken angeordnet werden.

Außerdem kann nach der Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe von bis zu zwei Jahren beziehungsweise einer Reststrafe von nicht mehr als 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). Als Voraussetzung gilt, dass der bzw. die Verurteilte die Straftat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat. Bei der Straftat muss es sich nicht zwingend um einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz handeln, sondern es

kommen insbesondere auch Delikte in Frage, die der direkten oder indirekten Beschaffungskriminalität zuzuordnen sind.

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 und Straftäterinnen 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 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013).

Drogenpolitik und Rechtsprechung in den Bundesländern

Für die externe Suchthilfe (substanzunabhängig) stehen in Thüringen im Jahr 2021 erneut 263.000 EUR zur Verfügung. Hinzu kommen deliktspezifische (Zusammenhang mit Suchtproblematik) und deliktunspezifische Behandlungsangebote durch vollzugseigenes Personal (vor allem Psychologischer Dienst, Sozialer/ sozialtherapeutischer Dienst, Medizinischer Dienst). Es gibt keine schriftlichen Netzwerkvereinbarungen im Bereich Sucht, jedoch einen kollegialen Austausch der Fachabteilung Justizvollzug (Fachreferat 43) u.a. mit dem Suchtausschuss bei der Landesärztekammer, mit dem Landesgesundheitsministerium und der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V. In Vorbereitung befindet sich ein Roundtable Substitution der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V. unter Beteiligung von Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen, Landesärztekammer Thüringen, Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Thüringer Ministerium für Migration Justiz und Verbraucherschutz, Apothekerkammer und Vertretern der ambulanten Suchthilfe (Thüringer Ministerium für Migration Justiz und Verbraucherschutz, 2021).

1.3.2 Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis

Mit der Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen² (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 zukommen. Der Europarat

² <https://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar37194.pdf> [Letzter Zugriff: 27.07.2021].

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).

1.3.3 Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis

Wenn eine Substitutionsbehandlung als medizinisch notwendig eingestuft wird, ist sie gemäß § 58 StVollzG bzw. der jeweiligen Norm der einzelnen Landesgesetze durchzuführen. Bei einer medizinisch indizierten Substitution besteht darauf auch ein Rechtsanspruch. Ein Behandlungsabbruch ist nach den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) nur dann begründet, wenn die Therapie sich

- als nicht geeignet erweist,
- ein fortgesetzter Konsum anderer gefährdender Substanzen besteht oder
- der Patient oder die Patientin sich wiederholt und anhaltend nicht an Vereinbarungen hält oder gegen die Regeln der behandelnden Einrichtung verstößt.

Alle anderen zur Verfügung stehenden Interventionsmöglichkeiten sollen vor einem Abbruch der Substitutionsbehandlung in Erwägung gezogen werden (Deutscher Bundestag, 2016). Das Bayerische Oberlandesgericht München (BayObLG München) hat in einem Beschluss vom 15.04.2019 festgelegt, dass zwar die Beendigung einer bei Inhaftierung laufenden Substitutionsbehandlung nur unter engen medizinischen Voraussetzungen in Betracht gezogen werden kann, der Neubeginn einer Substitutionstherapie hat dagegen keinen Vorrang gegenüber anderen, abstinenzorientierten Heilbehandlungsalternativen (Bayerisches Oberstes Landesgericht, 2019).

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.

Die Deutsche Aidshilfe (DAH) geht zudem davon aus, dass die Einführung einer Depotspritze zur Substitution von Opioidabhängigen auch für Inhaftierte einen großen Vorteil bieten könnte, Studien dazu wurden in Deutschland bisher noch nicht durchgeführt. Je nach Dosierung kann dieses Mittel einmal wöchentlich oder monatlich unter die Haut injiziert werden, wobei der Wirkstoff dabei kontinuierlich freigesetzt wird. So könnten im Justizvollzug einerseits der zeitliche und personelle Aufwand verringert und das Missbrauchsrisiko minimiert werden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass abzuwarten ist, ob die Depotspritze die häufig beschriebenen Entzugserscheinungen bei täglicher Vergabe eines Substitutes verhindern oder abmildern können (Deutsche AIDS-Hilfe Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2019b). Für den Einsatz von Substitutionsmitteln mit dem Wirkstoff Buprenorphin, der in der Depotspritze enthalten ist, gab es im Vollzug bisher häufig das Problem, dass die Tablette als Sublingualtablette gegeben werden musste, was die Kontrolle erschwert und damit den Missbrauch erleichterte. Durch diese Applikationsform als subkutane Injektion für eine Woche oder einen Monat kann dies umgangen werden. Bei der herkömmlichen Substitution ist eine tägliche Vergabe im Haftsetting erforderlich. Die dafür meist nötige Vorführung der Inhaftierten in den medizinischen Bereich hat zwei Nachteile: Einerseits gibt es bei Gefangenenbewegungen immer einen Unsicherheitsfaktor und andererseits bedeutet dies zusätzliche Arbeit für das Vollzugspersonal. Ein Buprenorphin-Depot reduziert die Zahl der Gefangenenbewegungen und -kontakte bei wöchentlicher Gabe um den Faktor 7, bei monatlicher Applikation um den Faktor 28. Dies ist auch im Zuge der Coronapandemie erstrebenswert (Keppler und Stöver, 2021). Einen besonderen Stellenwert könnte diese Form der Therapie auch im Haftentlassungsmanagement haben. In dieser Zeit ist die durchgehende Weiterbehandlung bzw. Gabe von Substitutionsmitteln nicht immer sofort sichergestellt, da häufig organisatorische Probleme auftreten. Eine Therapieform, bei der ein Depot vorhanden ist, kann daher auch dazu beitragen, das in dieser Zeit erwiesenermaßen erhöhte Rückfall- und Mortalitätsrisiko zu reduzieren (Kühne, 2021).

Mehr Informationen zur Depotspritze in der Substitutionsbehandlung kann im Workbook Behandlung 2019 (Tönsmeise et al., 2019) gefunden werden.

In einer Studie des Robert Koch-Instituts, welche zwischen 2012 und 2014 durchgeführt wurde, untersuchte die Forschergruppe unter anderem Unterschiede von Opioid-Substitutionstherapien unter Gefangenen in Deutschland (Robert Koch-Institut (RKI), 2018). Elf teilnehmende Bundesländer (Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) stellten Daten zur Verfügung. Während des Untersuchungszeitraums (Januar 2012 bis März 2013) wurden alle 97 teilnehmenden JVAen und Justizvollzugskrankenhäuser (JKV), in denen zu dieser Zeit 34.191 Häftlinge untergebracht waren, von drei Apotheken mit

Arzneimitteln für Opioid-Substitutionstherapie (OST) versorgt. Von den eingeschlossenen JVAen wurden 58 % mit Arzneimitteln zur OST versorgt. Als Gesamt-OST-Behandlungsprävalenz wird in dieser Studie von 2,18 % gesprochen. Es wird jedoch ebenfalls angegeben, dass injizierender Drogenkonsum, dabei meist Opioidkonsum, bei 22 – 30 % der Inhaftierten vorliegt. Das würde bedeuten, dass nur etwa 10 % von diesen Inhaftierten Substitution erhalten. Die Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug ist dagegen zu anderen Ergebnissen gekommen. In der Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, die unter 1.2.1 beschrieben wurde, wurden ebenfalls Daten zur Substitution in Haft erhoben. Dafür wurde unter anderem die Anzahl der am Stichtag substituierten Gefangenen erfasst. Zudem wurde eine Substitutionsquote berechnet, um konkretere Aussagen über den Anteil substituiert gefangener tätigen zu können. Die Anzahl aller Gefangenen, bei denen eine Abhängigkeit von Suchtmitteln aus der Substanzklasse der Opioide oder eine Abhängigkeit mit multiplem Substanzgebrauch festgestellt wurde, wurde als Bezugsgröße genutzt. Da in der Kategorie multipler Substanzgebrauch auch Personen einbezogen werden, die möglicherweise keine Substanz entsprechend der Substitutionsrichtlinien konsumieren, führt dieses Vorgehen unter Umständen zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Substitutionsquote (Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“, 2019).

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

Die oben bereits genannte Studie des Robert Koch-Instituts verweist dabei auf die große Spanne der Behandlungsprävalenzen zwischen 0 % im Saarland und 7,9 % in Bremen, die darauf hindeutet, dass die Substitution sehr unterschiedlich in den Bundesländern umgesetzt wird. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, wobei darin nicht ersichtlich wird, um welche Bundesländer es sich jeweils handelt. Insbesondere die nördlichen Bundesländer zeigen in der Studie des RKI hohe OST-Raten, was deren liberalere und auf Schadensminimierung ausgerichtete Politik unterstreicht. Im Saarland, in Bayern und in den östlich gelegenen Bundesländern wurden dahingegen nur einige wenige JVAen mit OST-Mitteln beliefert. Die fehlende beziehungsweise niedrige Behandlungsprävalenz im Saarland

und in Bayern weist auf eine ausschließliche Entzugsbehandlung statt Substitution und eine stark auf Abstinenz orientierte Politik im dortigen Justizvollzug hin (Schmidt et al., 2018). Näheres zur Studie findet sich im Kapitel "1.2.3 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 (Höke et al., 2021).

Grundsätzlich ist bei allen Substitutionsbehandlungen die Richtlinie der Bundesärztekammer verbindlich. Die Ziele der Substitutionsbehandlung sind laut der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer (BAK), 2017):

- Sicherstellung des Überlebens,
- Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
- Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
- Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide,
- Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,
- Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- Reduktion der Straffälligkeit,
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

Darüber hinaus hat die Arbeitsgruppe „Drogen- und Suchtpolitik des bayerischen Justizvollzugs“ im Juli 2019 weitere Ziele einer Substitutionsbehandlung im Strafvollzug in Bayern genannt (Arbeitsgruppe „Drogen- und Suchtpolitik des bayerischen Justizvollzugs“, 2019):

- weniger suchtbetonte Disziplinarverstöße sollen dadurch begangen werden,
- Teilhabe am Arbeitsleben, an Sport- und Freizeitaktivitäten und am übrigen Behandlungsprogramm innerhalb des Vollzuges wird ermöglicht,
- eine substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung kann gegebenenfalls eingeleitet werden.

Zusätzlich dazu können Behandlungsempfehlungen ausgesprochen werden. In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2010 erstmals ärztliche Behandlungsempfehlungen zur damals noch selten durchgeführten Substitution in Haft veröffentlicht. Im Jahr 2018 wurde eine überarbeitete Version eingeführt. Die drei Eckpfeiler der entsprechenden Implementierungsstrategie sind einheitliche Behandlungsempfehlungen, die Qualifizierung der Anstaltsärzte und -ärztinnen sowie das Monitoring der Behandlung in Haft. Die ärztlichen

Behandlungsempfehlungen haben nachweislich dazu beigetragen, die Zahl der Inhaftierten in Nordrhein-Westfalen, die in Haft substituieren werden, deutlich zu erhöhen. In Verbindung mit der obligatorischen suchtmmedizinischen Fortbildung für JVA-Ärzte und -Ärztinnen gelang es in Nordrhein-Westfalen innerhalb eines Jahrzehnts, den Anteil der Inhaftierten mit Opiatabhängigkeit in Substitutionstherapie von rund 3 % im Jahr 2008 auf fast 40 % im Jahr 2017 maßgeblich zu steigern (Neunecker, 2019).

Substitution in den Bundesländern

Mit Bezug auf die Änderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituiergestützten Behandlung von Opiatabhängigen sowie der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, erfolgte eine Schulung der ärztlichen Mitarbeitenden der JVA in Niedersachsen im Bereich der Substitution. Ebenfalls sollen Ärzte und Ärztinnen eine Zusatzweiterbildung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“ erhalten. Darüber hinaus wurde die Behandlungsvereinbarung zur medikamentösen Substitution bei opiatabhängigen Inhaftierten angepasst. Eine Kooperation der JVA in Hannover und Sehnde mit AOK und dem Jobcenter der Region Hannover soll einen nahtlosen Übergang von Substitutionspatienten und -patientinnen nach Haftentlassung in die Anschlusssubstitution gewährleisten (Niedersächsisches Justizministerium, 2020).

In allen Berliner Justizvollzugsanstalten können inhaftierte Personen substituieren werden. Die dafür erforderlichen personellen Voraussetzungen wurden geschaffen. In der JVA Tegel, der JVA Plötzensee und der JVA Heidering sind Substitutionsstationen eingerichtet. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die dortigen Kapazitäten keine Obergrenze für Substitutionsbehandlungen darstellen. Denn darüber hinaus werden Inhaftierte auch substituieren, wenn die Platzkapazitäten in den für die Substitution vorgesehenen Unterbringungsbereichen erschöpft sind. Begleitende Beratung und Betreuung wird sichergestellt. Im Bereich der Substitution setzt der Berliner Justizvollzug auch die neueren zugelassenen Opiatsubstitute (außer Diamorphin) ein. Dies gilt insbesondere für Depotsubstitute auf Buprenorphinbasis. Schwangere Frauen, die eine Suchtmittelabhängigkeit aufweisen und sich gegebenenfalls in Substitution befinden, werden durch den medizinischen Dienst und der Anstaltsärztin der JVA für Frauen Berlin im Rahmen der gynäkologischen Sprechstunden betreut. Die individuelle Problematik wird durch den Sozialdienst und den psychologischen Dienst im Rahmen der Behandlung und Beratung berücksichtigt (Senatsverwaltung für Justiz, 2021).

In Bayern wurde von der Münchner Zentralstelle für Straffälligenhilfe, dem Jobcenter München, verschiedenen weiteren Einrichtungen der Straffälligenhilfe sowie mehreren Justizvollzugsanstalten vor etwa anderthalb Jahren ein Konzept zur unmittelbaren Versorgung substituierter Menschen bei Haftentlassung entwickelt und umgesetzt. Bei positivem Verlauf dieses im Moment noch nicht abgeschlossenen Pilotprojekts ist angedacht, die Justizvollzugsanstalten und Kooperationspartner zu motivieren, auf den Vereinbarungen im allgemeinen Übergangsmanagement aufbauend entsprechende Absprachen vor Ort zur

nahtlosen Anschlussversorgung substituierter Gefangener zu erarbeiten und zu treffen (Bayerisches Staatsministerium der Justiz, 2021).

Behandlung opioidabhängiger Inhaftierter – Einstellungen und Behandlungspraxis des medizinischen Personals in bayerischen Justizvollzugsanstalten

Die Substitutionstherapie in Justizvollzugsanstalten hat sich zu einem integralen Bestandteil der Versorgung opioidabhängiger Inhaftierter etabliert. Auch in bayerischen Haftanstalten lag die Substitutionsquote bei Männern 2019 bei 15 % bzw. 36 % bei Frauen. Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Forschungsprojektes „Evaluation der Behandlung von Opioidabhängigen während der Inhaftierung in Bayern“, medizinisches Fachpersonal aus 18 bayerischen Haftanstalten zu deren Substitutionspraxis und Einstellungen hinsichtlich der Behandlung opioidabhängiger Inhaftierter befragt. Sowohl bezogen auf die Behandlungspraxis wie auch der Einstellung gegenüber Opioidabhängigen zeigte sich ein heterogenes Bild. Für eine Entscheidung zwischen abstinenzorientierter Therapie und Substitution wurden der Behandlungswunsch der Inhaftierten, die Schwere und Dauer der Sucht, die Strafdauer und organisationsbezogene Faktoren genannt. Als Vorteile der substitutionsgestützten Behandlung erwähnten die Befragten einen ruhigeren Haftalltag, eine stabilere Lebenssituation der Patienten und die Reduktion von Schmuggel bzw. Beikonsum. Nachteilig wurde v.a. die illegale Weitergabe der Substitutionsmittel gesehen. Ebenfalls problematisch wurden die Versorgungssituation und der Erfolg der Substitutionstherapie innerhalb wie auch außerhalb der Haftanstalten sowie das Übergangsmanagement v.a. in Hinblick auf die Kontinuität der Behandlung beurteilt (Weiss et al., 2021).

1.3.4 Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis

Tabelle 3 Drogenbezogene Interventionen in deutschen Gefängnissen

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

Stationäre Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
	Abstinenz-abteilung	Ja	K.I.	K.I.
	Therapeutische Gemeinschaft / stationäre Behandlung	Ja	K.I.	K.I.
Pharmakologisch betreute Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
	Entgiftung	Ja	K.I.	K.I.
	Fortführung der OST bei Inhaftierung	Ja	K.I.	K.I.
	Beginn der OST nach Inhaftierung	Ja	K.I.	K.I.
	Fortführung der OST nach Entlassung	Ja	K.I.	K.I.
	Andere pharmakologische Behandlungen	Ja	K.I.	K.I.
Vorbereitung auf Entlassung		Ja	K.I.	K.I.
	Verweis auf externe Dienstleister bei Entlassung	Ja	K.I.	K.I.
	Soziale Reintegrationsmaßnahmen	Ja	K.I.	K.I.
	Prävention von Überdosen nach Haftentlassung (z.B.: Training, Beratung)	Ja	K.I.	K.I.
	Naloxonausgabe	Ja	K.I.	K.I.
Interventionen bei Infektionskrankheiten		Ja	K.I.	K.I.
	HIV-Test	Ja	K.I.	K.I.
	HBV-Test	Ja	K.I.	K.I.
	HCV-Test	Ja	K.I.	K.I.
	Hepatitis B Impfung	Ja	K.I.	K.I.
	Hepatitis C Behandlung mit Interferonen	Ja	K.I.	K.I.
	Hepatitis C Behandlung mit DAA	Ja	K.I.	K.I. n
	ART Therapie bei HIV			
Konsumutensilien- vergabe		Ja	1	K.I.

Ausgabe von Kondomen		Ja	K.I.	K.I.
----------------------	--	----	------	------

K.I. = Keine Information
(Expertenmeinung)

In Niedersachsen sind ca. 40 Bedienstete als Angehörige der Suchtberatungsdienste den Fachbereichen für Behandlung zugeordnet und mit der Beratung und Betreuung von suchtgefährdeten und suchtabhängigen Inhaftierten beauftragt. Sie verfügen mindestens über eine Qualifikation zum Suchtkrankenhelfer bzw. zur Suchtkrankenhelferin und bilden sich kontinuierlich fort. Dadurch, dass diese Bediensteten zu den Fachbereichen Behandlung gehören, ist sichergestellt, dass die individuelle Suchtberatung von Beginn der Inhaftierung mit der Behandlungsplanung und dem Übergangsmanagement eng verzahnt ist (Niedersächsisches Justizministerium, 2021).

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

Da dieser Tabellenband für das Berichtsjahr 2020 nur 11 Einrichtungen (2019:12 Einrichtungen) umfasst und nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei Einrichtungen vorliegen oder maßgeblich beeinflusst werden, sollten die Zahlen mit großer Vorsicht interpretiert werden, da keinerlei Informationen über Selektionsmechanismen für die Beteiligung vorliegen und keine Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität der teilnehmenden Gefängnisse gemacht werden können. Zudem beinhaltet der Tabellenband für 2020 keine Daten zu weiblichen Inhaftierten. Das durchschnittliche Alter der Männer mit einer Drogenproblematik, die 2020 Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 30,9 Jahre (2019: 28,9 Jahre).

Tabelle 4 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen (Männer)

Hauptdiagnose	N	%	Erstbehandelte
Opioide	149	12,98%	16,11%
Cannabinoide	428	37,28%	44,39%
Sedativa/Hypnotika	7	0,61%	28,57%
Kokain	82	7,14%	37,8%
Stimulanzien	341	29,07%	32,17%
Halluzinogene	0	0,00%	--
Multiple/andere Substanzen	141	9,38%	13,48%
Gesamt	1.148		30,05%

(Künzel et al., 2021)

Insassen mit der Hauptdiagnose Cannabinoide nutzten die Gelegenheit für eine intramurale Behandlung mit 37 % am häufigsten, dicht gefolgt von denjenigen mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (29 %). Die Verteilung der Substanzen bei denjenigen, die sich vor ihrem Gefängnisaufenthalt noch nie in Behandlung begeben haben, zeigt, dass auch bei den Erstbehandelten die Hauptdiagnose Cannabinoide mit 44 % am häufigsten vertreten ist.

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 seinem 2018 veröffentlichten Bulletin „Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland“ ebenfalls damit auseinandergesetzt (Robert Koch-Institut (RKI), 2018).

Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung

Die HIV/AIDS-Strategie, die zwischen den Jahren 2016 und 2021 gültig ist und im Jahr 2015 von UNAIDS vorgelegt wurde, stellt fest, dass der Strafvollzug einen Rahmen darstellt, der besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar (UNAIDS, 2015).

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

konsumierenden Opioidabhängigen vor der Haftentlassung einzuleiten (Bundesärztekammer (BAK), 2017).

Der Bayerische Landtag hat im Mai 2017 ein wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt zur Abgabe von Naloxon an geschulte Laien, die selbst opioidabhängig sind, auf den Weg gebracht. Dies geschah im Rahmen des „Bayerischen Take-Home Naloxon (BayTHN) Modellprojekts“. In diesem Modellprojekt wurde analysiert, unter welchen Schulungsbedingungen es gelingen kann Opioidabhängigen ausreichend Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln, um eine Opioidüberdosierung rechtzeitig zu erfassen, dann in einem Drogennotfall richtig zu reagieren und Naloxon sachgemäß anzuwenden und damit möglicherweise lebensrettend einzugreifen. Die Schulungen sollten sich in den Alltag der unterschiedlichen Drogenhilfeangebote, in diesem Fall also in den JVAen, implementieren lassen (Wodarz von Essen et al., 2021). Im Mai 2019 wurde die deutschlandweit erste Naloxon-Schulung in einer JVA im Rahmen eines Modellprojektes mit Unterstützung aus dem Justizministerium durchgeführt. Take-Home Naloxon Schulungen mit inhaftierten Opioidabhängigen können nach ersten Ergebnisse des bayerischen Modellprojektes erfolgreich umgesetzt werden. Die inhaftierten Teilnehmer und Teilnehmerinnen erwerben dabei nachweislich Wissen und Fertigkeiten zum zielgerichteten Handeln bei einer Opioidüberdosierung und werden für das Thema sensibilisiert. Schulungen in JVAen lassen sich gut organisieren und werden von den Inhaftierten gut angenommen.

Drogennotfallschulungen konnten in 6 Justizvollzugsanstalten in 4 Modellregionen des Projektes erfolgen. Die Teilgruppe „Opioidabhängige in Justizvollzugsanstalten“ umfasste insgesamt 52 Teilnehmer und Teilnehmerinnen (50 % Frauen, 50 % Männer), die zwischen 22 und 53 Jahren (Ø: 36 Jahre) waren. Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Opioiden lag bei 19,2 Jahren. Die Einbindung von Justizvollzugsanstalten muss in geeigneter Weise vorbereitet werden (u.a. Anstaltsleitung, -ärzte, externe Drogenberatung). Erste Befunde zeigen:

- Notfallschulungen mit inhaftierten Opioidabhängigen sind sehr gut plan- und auch durchführbar.
- Es gelingt gut, opioidabhängige Inhaftierte zu einer Schulungsteilnahme zu motivieren, da es eine willkommene Abwechslung im Haftalltag darstellt.
- Die Teilnehmer*innen sind gut aufnahmefähig, da sie, im Gegensatz zu Teilnehmer*innen z.B. aus der Szene, weder durch Drogenwirkung noch durch Entzugssymptome in der Aufnahmefähigkeit eingeschränkt sind.
- In der Auswertung der Schulungen zeigte sich, dass Opioidabhängige in Haft genauso von der spezifischen Drogennotfallschulung profitieren wie die übrigen Zielgruppen des Modellprojektes (z.B. Substituierte, „Szene“). Sie erwerben Wissen und Fertigkeiten, die sie sicherer und effektiver in einem Drogennotfall handeln lassen.
- Es kann gut gelingen, das Take-Home Naloxon bei Haftentlassung, ggf. zusammen mit anderen Medikamenten auszuhändigen (Wodarz von Essen, 2021).

Weitere Informationen zum Modellprojekt und dessen Inhalten sind im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung (Neumeier et al., 2021) zu finden.

Reintegration von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten nach Haftentlassung

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

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

Suchtgefährdeten oder abhängigkeiterkrankten Menschen ein angemessenes Angebot bei der Entlassung aus dem Justizvollzug anbieten zu können, ist für die Suchthilfe eine Herausforderung. Daher gab der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr) eine Empfehlung zum Übergangsmangement 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. sechs Monate vor Entlassung, in einer Behandlungsstelle außerhalb und fortgeführt nach Haftentlassung.

Ausbau der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen

Aufgrund der zunehmenden Fälle an durch Drogenkonsum induzierten psychischen Erkrankungen, wurden in vier Anstalten Vollzugsstationen mit psychiatrischem Schwerpunkt eingerichtet und zwei weitere solcher Stationen befinden sich derzeit im Aufbau. Zusätzlich wurde zentral ein Konzept zur ambulanten psychiatrischen Versorgung erarbeitet und in allen Anstalten implementiert. Um Probleme frühzeitig zu erkennen und den betroffenen Sträflingen einen niedrigschwelligen Einstieg in die psychiatrische Behandlung zu ermöglichen, fanden Schulungen in diesem Bereich für die Mitarbeitenden statt (Niedersächsisches Justizministerium, 2020).

Behandlungsnachfrage und -verfügbarkeit in den Justizvollzugsanstalten in Berlin

Grundsätzlich gilt, dass Behandlungsformen und Angebote in den Justizvollzugsanstalten bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert bereitgestellt werden. Diese konkreten Maßnahmen werden in allen Justizvollzugsanstalten durch Abstinenzkontrollen begleitet. Situationsbedingt angeordnet oder vollzugsplanerisch vorgesehen sollen diese Kontrollmechanismen abstinentenunterstützend wirken. Um die schambesetzten und die Intimsphäre unterwandernden Urinkontrollen zu minimieren, aber dennoch Abstinentennachweise zu erhalten, werden im Berliner Justizvollzug zunehmend Speicheltestungen durchgeführt. Der Anteil der Speicheltests an allen durchgeführten vollzuglichen Abstinentennachweisen lag im Jahr 2020 bei 68,3 %. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Anteil an Speicheltestungen um ca. 15 %. Die damit erlangten Testergebnisse sind ebenso sicher und zuverlässig. Im Berliner Justizvollzug werden Suchtmittelabhängigkeiten und -missbräuche als ein wesentliches Behandlungsfeld wahrgenommen. Dies zeigt sich beispielhaft am ständig erweiterten Angebot an Substitutionsplätzen. Das erst im Januar 2020 in der JVA Plötzensee implementierte Substitutionsangebot erweitert die Platzkapazitäten für substituierte Inhaftierte in Berliner Justizvollzugsanstalten um 15 Haftplätze und wird gut angenommen. Konzeptionell ist vorgesehen, die Kapazität um weitere 15 Plätze zu erhöhen, was derzeit wegen pandemiebedingten Umstrukturierungen aufgeschoben ist (Senatsverwaltung für Justiz, 2021).

1.3.5 Zusätzliche Informationen

Die Verbesserung der Gesundheit Inhaftierter

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

- Gesundheitliche Benachteiligung Inhaftierter – Das Äquivalenzprinzip muss unterstützt werden,

- Großer Schaden durch Nichtbehandlung auf mehreren Ebenen – Behandlungs- und Resozialisierungserfolge in Haft sollen erhöht werden,
- Vermeidung von Todesfällen nach Haftentlassung ist möglich – Das Überleben soll mit Hilfe des Übergangsmanagements gesichert werden,
- Menschen mit Drogenabhängigkeit stehen am Rand der Gesellschaft – Stigmatisierung soll reduziert werden,
- Fachkundige Hilfe für schwerkranke Menschen ist von großer Bedeutung – Qualifizierung und Verbesserung der Vernetzung ist dafür unumgänglich,
- Offener Austausch ist für die Verbesserungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Inhaftierter unumgänglich – Transparenz muss geschaffen werden.

Erreichung der Zielvorgaben der WHO im Bereich Hepatitis C in Haft

Im Jahr 2016 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine ehrgeizige globale Strategie zu viralen Hepatitiden verabschiedet. Dabei wurde das Ziel vorgegeben, dass bis 2030 Hepatitis C als allgemeine Gesundheitsgefährdung eliminiert werden soll (World Health Organisation (WHO) Europe, 2016). Eine große Risikogruppe für Hepatitis C sind Inhaftierte (Reimer, 2008). Das Risiko zur Übertragung von HCV über den gemeinsamen Gebrauch von Konsumutensilien ist in vielen Haftanstalten besonders hoch. Im extramuralen Setting bewährte Präventionsmodelle sind in Haft häufig nicht verfügbar, es bietet beispielsweise nur eine Haftanstalt für Frauen in Berlin die Möglichkeit des Spritzentausches an. Ansonsten ist die HIV/HCV-Prävention fast ausschließlich auf verbale Hinweise, Beratung, Informationsbroschüren und andere Appelle zur Verhaltensänderung begrenzt.

Die Autoren und Autorinnen fordern, dass zumindest Inhaftierte, die länger als ein Jahr inhaftiert sein werden, die Möglichkeit der HCV-Behandlung erhalten sollten. Zum Stichtag 31.03.2017 wurden beispielhaft die Kosten einer HCV-Behandlung für alle Inhaftierten (ohne Untersuchungshaft), die länger als ein Jahr bis hin zu lebenslang inhaftiert sind, berechnet. Im ersten Jahr würden sich die Kosten, ohne Rabatt durch die Pharmaindustrie, auf geschätzt 111.776.000 € belaufen. Gleichzeitig gehen die Autoren und Autorinnen davon aus, dass die Behandlungskosten aller Gefangenen mit einer chronischen HCV-Infektion vor allem in den ersten beiden Jahren besonders hoch sein würden, wohingegen die zukünftigen Behandlungsfälle deutlich weniger werden würden (Kamphausen et al., 2019).

Forderungen der Deutschen Aidshilfe aufgrund von Corona

Aufgrund der Corona-Pandemie, die auch Inhaftierte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des deutschen Justizvollzugs betreffen kann, hat die Deutsche Aidshilfe (DAH) aktuelle Forderungen herausgebracht, in denen sie auf die Tatsache hinweist, dass das intramurale Setting besondere Aufmerksamkeit in diesen Belangen braucht. Die DAH hält fest, dass Inhaftierte sowie Justizbedienstete durch den begrenzten Platz ein erhöhtes Infektionsrisiko haben. Die hygienischen Bedingungen in Haft halten sie zudem für unzureichend, um einer Pandemie entgegenzutreten zu können (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), 2020).

Auch die WHO hat sich mit dem Thema COVID-19 in Haftanstalten auseinandergesetzt und Guidelines zum Umgang damit sowie spezielle Verhaltensmaßnahmen herausgebracht (World Health Organisation, 2020). Zu diesen Maßnahmen gehören:

- Hygienemaßnahmen, wie beispielsweise das vermehrte Waschen und Desinfizieren von Händen,
- Persönliche Schutzmaßnahmen (einmalige Nutzung von Taschentüchern, Abstandsregeln zwischen Personen, Vermeidung von Berührungen des Gesichts, etc.),
- Aufstockung des Reinigungspersonals und häufigere Reinigung von gemeinsam genutzten Räumen sowie regelmäßige Oberflächendesinfektion,
- Das Tragen von Masken,
- Zugangsbeschränkungen bezüglich Besuchern und Besucherinnen,
- Einschränkung der Bewegungsfreiheit der Inhaftierten,
- Regelmäßige Testung von Mitarbeitenden auf COVID-19 (beispielsweise nach Rückkehr aus Risikogebieten).

Diese Maßnahmen erscheinen Karlheinz Keppler und Heino Stöver aber teilweise nicht ausreichend oder nicht umsetzbar. Dies haben sie in einem Positionspapier verdeutlicht und weitere Forderungen gestellt (Keppler und Stöver, 2020). Positiv wird darin allerdings angemerkt, dass verschiedene Maßnahmen in den Bundesländern bereits durchgesetzt werden konnten:

- Aussetzen des Vollzugs der Ersatzfreiheitsstrafen,
- Keine Vollstreckung von Erzwingungshaft,
- Keine Gefangenensammeltransporte,
- Keine Ausführungen und Lockerungen,
- Auflagen für Besuche von Gefangenen,
- Keine Besuche durch externe Berater und Beraterinnen.

Sie fordern allerdings weiterhin den vielfältigen Einsatz von Schnelltests, die zügige Impfung von Personal und Inhaftierten sowie bestimmte Auflagen sowohl für Besuche als auch eine Corona-konforme Erstellung von Dienstplänen.

Medizinische Versorgung im baden-württembergischen Justizvollzug

Aufgrund der großen Bedeutung der medizinischen Versorgung der Gefangenen sowie der unterschiedlichsten Herausforderungen im Gesundheitswesen im Justizvollzug wurde in Baden-Württemberg die Einsetzung einer ressort- und fachübergreifenden Expertenkommission unter Federführung des Ministeriums der Justiz und für Migration zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung der Gefangenen beschlossen. Aus der Darstellung des aktuellen Zustandes der medizinischen Versorgung der Gefangenen

konnten 30 Empfehlungen zu fachlichen, personellen und strukturellen Verbesserungen der medizinischen Versorgung der Gefangenen abgeleitet werden, die schnellstmöglich umgesetzt werden sollen. Zu den Empfehlungen gehören unter anderem der Bau eines neuen Justizvollzugskrankenhauses, die Bildung eines medizinischen Kompetenzzentrums, die Herstellung von Barrierefreiheit, eine Ausweitung der sozialtherapeutischen Behandlung, die Verbesserung des Übergangsmangements insbesondere bei einer Drogenproblematik sowie Verbesserung der Personalausstattung (Ministerium der Justiz und für Europa Baden-Württemberg. Expertenkommission, 2021).

1.4 Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten

Im Workbook „Best Practice“ (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), 2021) finden sich weitere Informationen zur Qualitätssicherung und Standards für drogenbezogene Angebote in Haft.

1.4.1 Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Institutionen mit der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen außerhalb der Gefängnisse, wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Ärztekammern. Die Kontrolle der Gesundheitsfürsorge in Haft, und damit auch die Sicherstellung der Qualität von drogenbezogenen Angeboten, untersteht in Deutschland den Justizministerien. Das deutsche Justizvollzugssystem unterhält ein eigenes gesundheitliches Versorgungssystem (Lesting, 2018, 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.

Je nach Land und Haftanstalt gibt es dabei zwei Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung: Einerseits die hauptamtliche Tätigkeit als Gefängnisarzt bzw. -ärztin und andererseits die nebenamtliche beziehungsweise vertragsärztliche Tätigkeit als Arzt bzw. Ärztin im Gefängnis. 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 oder die Anstaltsleiterin gegenüber dem Anstaltsarzt oder der Anstaltsärztin fachlich nicht weisungsbefugt (Lesting, 2018).

Als externer Gutachter fungiert die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, auf der Grundlage des Fakultativprotokolls zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OP-CAT) und der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT). Im diesbezüglichen Europäischen Übereinkommen wird der regelmäßige Besuch von Einrichtungen des Freiheitsentzugs geregelt (European Commission, 2002). Der vorletzte 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 und -beamtinnen 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). Der letzte Besuch des CPT in Deutschland fand zwischen dem 13. und 15. August 2018 statt. Dabei wurde nur die Abschiebungshafteinrichtung Eichstätt besucht. Hierbei wurde durch den CPT an der weiterhin praktizierten Unterbringung der Abschiebungsgefangenen in Justizvollzugsanstalten Kritik geübt. Eine andere Form der Unterbringung außerhalb des Strafvollzuges ist aus Mangel an speziellen Gewahrsamseinrichtungen nicht möglich (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019).

Nach wie vor beinhaltet eine Inhaftierung das Risiko, dass eine bereits außerhalb der Justizvollzugsanstalt begonnene Substitutionsbehandlung nicht fortgesetzt wird (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2019a). 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.

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 beispielsweise 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 Strafhaft unter zwei Jahren ein Platz für die Weitersubstitution gesichert sein sollte. Spätestens bei Haftentlassung sollte ein Platz für die Weiterbehandlung gesichert sein.

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

2 TRENDS (T2)

NPS in deutschen Gefängnissen

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

Sowohl für Gesundheit als auch die Sicherheit stellen NPS insbesondere in geschlossenen Umgebungen wie Gefängnissen eine Bedrohung dar. Intoxikationen durch NPS hervorgerufen, können zu steigenden Gesundheitskosten und einer erhöhten Zahl an drogenbedingten Todesfällen führen. Im Projekt „NPS in Prison“, welches durch die Europäische Kommission gefördert wurde, wird unter anderem geklärt, wie NPS ins Gefängnis gelangen, aus welchen Motiven heraus sie konsumiert werden, welche Risiken und Folgen durch den Konsum entstehen können und welche Bedürfnisse es bezüglich der Konsumvermeidung unter den Inhaftierten gibt. Den Weg in eine Haftanstalt finden NPS häufig aufgeträufelt auf Papier, via Bodypacking von Freigängern oder Besuchern, Mitarbeitenden des Vollzugs oder anderen Personen, die die JVA aufgrund beruflicher Zwecke betreten. NPS haben im Vergleich zu herkömmlichen Drogen häufig ein stärkeres Wirkspektrum, welches zu Herzrasen, Kreislaufproblemen, Panikattacken, Sprachausfällen, Wahrnehmungsstörungen, vorübergehendem Gedächtnisverlust und Krampfanfällen führen kann. Viele der Befragten haben bereits negative Erfahrungen mit Überdosierungen entweder persönlich oder bei Mitgefangenen oder Freunden und Bekannten erlebt (Dittrich und Günther, 2021).

Einige JVAen haben begonnen, spezifische Interventionen zu NPS zu entwickeln, während in anderen die Gruppen- und Einzelberatungen angepasst werden, um vor allem synthetische Cannabinoide zu thematisieren. So werden zum Beispiel in Niedersachsen

neben den Insassen auch Mitarbeitende der JVAen, beispielsweise mit Hilfe von Flyern, zu diesem Thema geschult. Zudem werden regelmäßig fachspezifische Fortbildungen im Bereich der Suchtprophylaxe für das Personal angeboten (Niedersächsisches Justizministerium, 2020). Es waren bisher in nahezu allen niedersächsischen Justizvollzugseinrichtungen intensiv medizinische Behandlungen von Inhaftierten aufgrund des Konsums von NPS erforderlich. Nicht zuletzt sind die eingesetzten Rauschgiftspürhunde noch nicht auf das Auffinden von NPS konditioniert. Hierzu werden gegenwärtig Trainings durchgeführt. Auch werden in Niedersachsen die Projekte anderer Länder aufmerksam verfolgt (bspw. JVA Wittlich). Erschwert werden wirkungsvolle Maßnahmen der Testung durch die sich stetig verändernden Stoffzusammensetzungen. Bislang wurden in nur einer Anstalt des Landes neun verschiedene Einzelstoffe laboratorisch analysiert, die dem Spektrum der synthetischen Cannabinoide zuzuordnen sind (Niedersächsisches Justizministerium, 2021).

Coronabedingte Situation

Aufgrund der Beschränkungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, wie Besuchsverbot und dem Aussetzen von Vollzugslockerungen, berichten JVA in Niedersachsen von einem Rückgang der Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln (Niedersächsisches Justizministerium, 2020).

Seit Beginn der Corona-Pandemie im vergangenen Jahr sind in Berlin die angebotenen Behandlungsmaßnahmen erheblich eingeschränkt. Die Drogenberatungsstellen können die Nachfrage wegen der eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten zu den Justizvollzugsanstalten nur sehr begrenzt bedienen. Gruppenangebote konnten zeitweise gar nicht und Präsenztermine nur sehr eingeschränkt stattfinden. Alternativ wurde telefonisch und/oder postalisch Kontakt gehalten. Ebenso können Videocalls stattfinden. Dies allerdings nicht flächendeckend und nur in eingeschränktem Umfang. Soweit das Infektionsgeschehen, die jeweils geltende Eindämmungsverordnung und die vollzuglichen Vorgaben hinsichtlich der Schutz- und Hygienemaßnahmen dies zulassen, werden den inhaftierten Personen die Angebote der zuständigen Drogenberatungsstellen schnell zugänglich gemacht. Im Verlaufe des vergangenen Jahres, so wird angenommen, stiegen die Preise der verfügbaren Substanzen deutlich. Vermutlich beruhen die gestiegenen Preise auf einer geringeren Verfügbarkeit. Diese wiederum könnte auf einen deutlichen Rückgang von Außenkontakten zurückzuführen sein. Denn im Zuge der Corona-Pandemie wurden die Zugangsmöglichkeiten für externe Personen minimiert. Dies diente der Eindämmung des Corona-Virus (Senatsverwaltung für Justiz, 2021).

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 Mitarbeitenden des Vollzuges Gefangene, die nach Einschätzung der Vollzugsbeamten und -beamtinnen aufgrund ihres Auftretens möglicherweise Drogen konsumiert haben, melden. Nach einer Begutachtung durch speziell geschultes Personal wird bei Verdacht auf NPS-Konsum eine Urinprobe genommen und auf verschiedene NPS getestet sowie repressive als auch präventive und beratende Maßnahmen ergriffen. In Ergänzung zu diesem Projekt hat die JVA Wittlich nun den Drogenscanner, genauer gesagt einen Ionenmobilitätsspektrometer (IMS) erworben. Dieser ist dank einer Kooperation mit dem Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz (LKA RLP) in der Lage, gängige NPS auf einer Vielzahl unterschiedlicher Trägerstoffe zu detektieren. Es sind sowohl positiv (Generierung eines Alarms) als auch negativ (keine Generierung eines Alarms) auf BtM, NPS oder Arzneimittel getestete Asservate analysiert worden. Das bisherige Ergebnis: Rund 90 % der IMS-Ergebnisse, die in der JVA Wittlich und im LKA RLP generiert wurden, stimmen mit dem verifizierenden Verfahren (GC-MS) überein (Patzak und Metternich, 2019). In der JVA Wittlich wurden im Jahr 2020 87 (2019: 92 Fälle) Verdachtsfälle mit der Hilfe von Urinalysen bestätigt. Die dabei am häufigsten gefundenen NPS waren MDMB-4en-PINACA, 5F-MDMB-PICA und 4F-MDMB-PINACA, bei denen es sich um synthetische Cannabinoide handelt. In 35 Fällen konnten mit NPS versehene Trägerstoffe, beispielsweise Papierschnipsel, mittels des ION-SCAN 600 festgestellt und durch einen Gaschromatographen gekoppelt an einen Massenspektrometer bestätigt werden. Dabei wurde 19-mal MDMB-4en-PINACA gefunden. Im Jahr 2021 (Stand 31.05.2021) wurden bisher 37 bestätigte Fälle im Zusammenhang mit NPS gemeldet. Hier waren 4F-MDMB-BINACA, 5F-ABICA/MMB-2201/5F-EMB-PICA und 5F-Cumyl-PEGACLONE die am häufigsten gefundenen Substanzen und damit ebenfalls synthetische Cannabinoide. In 13 Fällen konnten mit NPS versehene Trägerstoffe mittels des ION-SCAN 600 festgestellt und bestätigt werden (Patzak, 2021).

NADA Ohrakkupunktur bei Suchtdruck von Inhaftierten

In der Justizvollzugsanstalt Wittlich in Rheinland-Pfalz wurde ein Pilotprojekt gestartet, in dem die Inhaftierten die Möglichkeit hatten, sich mehrmals einer NADA (National Acupuncture Detoxification Association) Akkupunktur zu unterziehen. Dabei stand die Verbesserung des subjektiven Empfindens des Suchtdrucks im Vordergrund. Aufgrund der COVID-19 Pandemie war das Sample relativ klein und inhomogen (13 Teilnehmer über fünf Behandlungsepisoden), trotzdem konnte durch die Auswertung von Fragebögen gezeigt werden, dass ein positiver Effekt von den regelmäßig teilnehmenden Inhaftierten postuliert wird. Aufgrund der positiven Ergebnisse in der kleinen Gruppe soll die NADA-

Ohrakkupunktur in der JVA Wittlich weiterhin durchgeführt werden, dafür werden die internen Suchtberaterinnen speziell ausgebildet und geschult (Fröhlich und Demarteau, 2021).

Analyse von Gewaltvorfällen in Haft in einer Berliner Justizvollzugsanstalt

Der kriminologische Dienst für den Berliner Justizvollzug und die Sozialen Dienste der Justiz werteten ein von der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung initiiertes Pilotprogramm zur Analyse von Gewaltvorfällen unter Inhaftierten aus. Es wurden dabei auch Motive der Gewalttaten abgefragt, worunter sich auch das Tatmotiv „Drogen“ befindet. Das Pilotprogramm erstreckte sich über einen Teilbereich einer JVA für erwachsene männliche Strafgefangene und über die Jugendstrafanstalt Berlin. Im Beobachtungszeitraum (sechs Monate) wurde nur in einem von 28 Gewaltvorfällen das Tatmotiv „Drogen“ identifiziert. Dies stellt damit einen Anteil von 3,6 % der in diesen Bereichen erfassten Gewaltvorfälle dar. Es konnten jedoch in neun Fällen kein Tatmotiv benannt werden. Im Gegensatz dazu wurden bei 43,1 % der inhaftierten Personen, die eine erhöhte Vulnerabilität haben, während der Inhaftierung Opfer von Gewalttaten zu werden und in den benannten Pilotbereichen zur Haft aufgenommen wurden, eine Suchtmittelproblematik erkannt. Demzufolge kann angenommen werden, dass die Tatmotive einen deutlich höheren Bezug zu Drogensucht und Drogenkonsum haben, als durch Zahlen belegt wird (Senatsverwaltung für Justiz, 2021).

4 ZUSATZINFORMATIONEN

4.1 Zusätzliche Informationsquellen

Einschätzung und Bewertung von Gefangenen zum Thema Drogen in Haft

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Drogen im Strafvollzug – Einschätzungen und Bewertungen von Gefangenen“ (Bäumler et al., 2019) wurde einmalig eine querschnittliche Fragebogenerhebung in drei nordrhein-westfälischen Erwachsenenstrafanstalten im Zeitraum zwischen Oktober 2016 und Juli 2017 durchgeführt. Die Auswahl der Anstalten erfolgte dabei per Losverfahren. Es handelt sich um zwei Justizvollzugsanstalten für männliche Inhaftierte sowie eine Haftanstalt für weibliche Gefangene. Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen verwendet, der drei Themenkomplexe behandelte. Neben der Frage nach haftinternen Konsummustern der Inhaftierten lag ein weiterer Schwerpunkt auf deren Beurteilung der drogenspezifischen Behandlungsangebote im intramuralen Kontext. Zudem lag der Fokus auch auf der Wahrnehmung der Gefangenen in Bezug auf das Themenfeld „Drogen in Haft“. Das Sample (N=145) besteht dabei zu einer Hälfte aus männlichen (n=72) und zur anderen aus weiblichen (n=73) erwachsenen Inhaftierten.

Bezogen auf die Gesamtprävalenz schätzten die Gefangenen, dass im Schnitt 76 % ihrer Mitgefangenen Drogen konsumieren. Dagegen gaben nur 53,5 % (n=61) der Befragten an, selbst in den vergangenen drei Haftmonaten illegale Drogen konsumiert zu haben. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied im Antwortverhalten ist dabei nicht zu erkennen.

Hinsichtlich der individuellen Konsumform der Inhaftierten zeigte sich ein deutliches Ergebnis. Insgesamt haben 98 Personen auf diese Frage geantwortet (N=98), die Mehrheit (n=80) gab dabei an, illegale Drogen in Haft zu rauchen oder zu sniefen, gefolgt vom oralen (n=10) und intravenösen (n=8) Konsum der Substanzen.

Bei der Frage nach den Gründen für haftinternen Drogenkonsum wurden den Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Hier wurden allgemeine Gründe für haftinternen Drogenkonsum erfragt, der nicht auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt war. In den Antworten der Befragten überwog mit 44 % (n=64) der Aspekt der Kompensation der Haftsituation, gefolgt von dem Konsum aufgrund von Suchtdruck [33 % (n=48)], um zu vergessen [32 % (n=46)] und aus Einsamkeit [29 % (n=42)]. Weitere 23 % (n=33) nannten das Vermeiden von Grübeln und Nachdenken über das eigene Leben, sowie Langeweile [17 % (n=25)] und den Konsum, um Teil einer Gruppe in Haft zu sein [3 % (n=4)] als Gründe.

Insgesamt empfehlen die Autoren und Autorinnen der Studie

- Mehr Angebote zur Beendigung des Drogenkonsums einzuführen,
- Ausbau bzw. Verbesserung von drogenspezifischen Angeboten,
- Professionalisierung der Angebotsstruktur,
- Regelmäßigkeit der Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen,
- Verbesserter Zugang zu Substitutionsprogrammen.

4.2 Weitere Aspekte

5 QUELLEN UND METHODIK

5.1 Quellen

Arbeitsgruppe „Drogen- und Suchtpolitik des bayerischen Justizvollzugs“ (2019). Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Rahmen einer Inhaftierung in Bayern.

Bäumler, E. (2021). Illegale Substanzen im Jugendstrafvollzug. Eine empirische Untersuchung zu Art, Häufigkeit und Entwicklung des Konsums sowie zu seinen Prädiktoren. Universität zu Köln DOI: 10.1007/978-3-658-32736-1.

Bäumler, E., Schmitz, M.-M. & Neubacher, F. (2019). Drogen im Strafvollzug. Einschätzungen und Bewertungen von Gefangenen. NK Neue Kriminalpolitik, 31, 301-318.

Bayerisches Oberstes Landesgericht. (2019). BayObLG München, Beschluss v. 15.04.2019 – 203 StObWs 227/19 - Behandlungsmethode [Online]. Available: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2019-N-8484?AspxAutoDetectCookieSupport=1> [Accessed 31.05.2020].

Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2021). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2021.

Bögelein, N. (2020). Corona und der Umgang mit Ersatzfreiheitsstrafen - und plötzlich ging alles ganz schnell, Gefängnismedizin Tage 04. und 05. Dezember 2020, Frankfurt.

- Bundesärztekammer (BAK) (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019). Bericht an die Deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland (CPT) - vom 13. bis 15. August 2018.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2019a). Expertenbündnis fordert bessere Gesundheitsversorgung in Haft. <https://www.aidshilfe.de/meldung/eckpunkte-papier-gesundheit-haft> [Online]. [Accessed 26.10.2020].
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2019b). Unter die Haut: Neue Depotspritze zur Substitutionsbehandlung. <https://www.aidshilfe.de/meldung/buvidal-depotspritze-buprenorphin> [Online]. [Accessed 20.09.2020].
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2020). Corona im Gefängnis: Inhaftierte und Justizbedienstete brauchen Schutz. <https://www.aidshilfe.de/meldung/corona-gefaengnis-inhaftierte-justizbedienstete-brauchen-schutz> [Online]. [Accessed 05.11.2020].
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021). Deutschland, Workbook Best Practice, DBDD, München.
- Deutscher Bundestag. (2016). Sachstand - Substitutionsbehandlung im Justizvollzug. <https://www.bundestag.de/blob/480528/079376bd958e4a1b9baa2652713d63cb/wd-9-049-16-pdf-data.pdf> [Online]. [Accessed 17.09.2020].
- Dittrich, C. & Günther, F. (2021). „Es ist viel leichter Spice hier reinzubekommen als normales Gras oder Hasch.“ Neue psychoaktive Substanzen und ihre Auswirkungen auf den Strafvollzug. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 26-28.
- 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 22.07.2020].
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (2013). Empfehlung des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. für ein Übergangsmanagement bei Suchtkranken im Justizvollzug, fdr, Berlin.
- Fröhlich, B. & Demartean, N. (2021). Wohin mit dem Suchtdruck? Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 39-41.
- 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.
- Höke, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Neumeier, E., Schneider, F. & Friedrich, M. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.
- Initiative Gesundheit in Haft (2019). "Prison Health is Public Health". 6 Eckpunkte-Papier Haft, Wiesbaden.
- Kamphausen, G., Wersé, B. & Stöver, H. (2019). 6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019, Akzept e.V., Bundesverband für Akzeptierende Drogenarbeit und Humane Drogenpolitik, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & JES Bundesverband e.V., Berlin.

- Keppler, K. & Stöver, H. (2020). Forderungen zum Schutz vor SARS-CoV-2 im Justizvollzug. Sucht, 66, 207-211 DOI: 10.1024/0939-5911/a000673.
- Keppler, K. & Stöver, H. (2021). Buprenorphin-Depot: Ein neues Substitutionsmittel. Zur Eignung des Medikamentes für den Justizvollzug. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 34-36.
- Körner, H. H., Patzak, J. & Volkmer, M. (2019). Betäubungsmittelgesetz: BtMG. Arzneimittelgesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz, Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, Anti-Doping-Gesetz, 9. Auflage., C.H.Beck, München.
- Kühne, S. (2021). Lang-wirksame Therapeutika zur suchtmmedizinischen Behandlung im Justizvollzug. Bericht zum Satellitensymposium im Rahmen der Gefängnismedizinintage am 4. Dezember 2020. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 67-68.
- Kunze, T. & Kämmerer, D. (2021). Novellierung der hessischen Justizvollzugsgesetze. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 56-58.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Alle Bundesländer. Tabellenband für Einrichtungen im Strafvollzug. 5 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte, IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“. (2019). Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Auswertung der Stichtagserhebung (31.03.2018) zur Konsumeinschätzung und Substitution. Available: https://www.berlin.de/justizvollzug/assets/senjustv/sonstiges/bericht_suchtproblematik_justizvollzug_stand_august-2019.pdf [Accessed 09.10.2020].
- 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.
- Ministerium der Justiz und für Europa Baden-Württemberg. Expertenkommission (2021). Medizinische Versorgung im baden-württembergischen Justizvollzug. Abschlussbericht der Expertenkommission, Baden-Württemberg.
- Muysers, J. (2019). Mitteilungen aus der Bundesdirektionskonferenz (BDK). Bericht des Arbeitskreises Forensik. Psychiatrische Praxis, 2019, 116-117.
- Neumeier, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schneider, F., Höke, C. & Friedrich, M. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, DBDD, München.
- Neunecker, M. (2019). Schulterschluss für die bessere Behandlung suchtkranker Inhaftierter. Parlamentarischer Abend 2019 zur Substitutionstherapie in Haft, Forum Substitutionspraxis, Berlin.
- Niedersächsisches Justizministerium (2020). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2020.
- Niedersächsisches Justizministerium (2021). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2021.
- 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 10.09.2020].

- Patzak, J. (2018). Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) im Justizvollzug. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 2/18, 127-130.
- Patzak, J. (2019). Bericht der JVA Wittlich für PHAR-MON NPS Erkenntnisse aus dem Jahr 2018, Wittlich.
- Patzak, J. (2021). Bericht der JVA Wittlich für die REITOX Berichterstattung aus den Jahren 2020 und 2021, Wittlich.
- Patzak, J., Damm, A. & Letzas, K. (2021). Update zum IONSCAN 600. Über den in der JVA Wittlich eingesetzten Drogenscanner zum Aufspüren von Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS). Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 44-46.
- Patzak, J. & Metternich, S. (2019). Der neue IONSCAN 600. Drogenscanner der JVA Wittlich zum Aufspüren von Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS). Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 35-37.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A. & Rummel, C. (2013). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013, (DBDD), D. B. f. D. u. D., München.
- 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.
- Reimer, J. (2008). Substitution und infektiologische Behandlung in bundesdeutschen Haftanstalten. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 10, 85.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2018). Epidemiologisches Bulletin. Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid- Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland, Berlin.
- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte, Duncker & Humboldt, Berlin.
- Schmidt, D., Müller, J., Kollan, C., Lehmann, M., Bremer, V. & Zimmermann, R. (2018). Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 13, 125-136.
- Senatsverwaltung für Justiz Verbraucherschutz und Antidiskriminierung (2019). Angaben der Justizverwaltungen, Berlin.
- Senatsverwaltung für Justiz, V. u. A. B. (2021). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2021, Berlin.
- Sipp, W., Schneider, F., Neumeier, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Höke, C. & Friedrich, M. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021). Deutschland, Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen, DBDD, München.
- Sipp, W., Schneider, F., Neumeier, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Tönsmeise, C. & Friedrich, M. (2019). Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen, DBDD, München.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a). Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03.2020., Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.
- 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.
- Thüringer Ministerium für Migration Justiz und Verbraucherschutz (2021). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2021.
- Tönsmeise, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Neumeier, E., Schneider, F. & Friedrich, M. (2019). Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.
- UNAIDS. (2015). On the Fast-Track to end AIDS. 2016–2021 Strategy. Available: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_1_5_18_EN_rev1.pdf [Accessed 05.11.2020].
- Weiss, M., Geisselöder, K., Breuer, M., Dechant, M., Endres, J., Stemmler, M. & Wodarz, N. (2021). Behandlung opioidabhängiger Inhaftierter - Einstellungen und Behandlungspraxis des Personals in bayerischen Justizvollzugsanstalten. Das Gesundheitswesen, 01/2021 DOI: 10.1055/a-1399-9286.
- Wodarz von Essen, H. (2021). Datenlieferung REITOX-Bericht 2021. Ergebnisse des Bayerischen Take-Home Naloxon Projekts., München.
- Wodarz von Essen, H., Wolstein, J., Pogarell, O. & Wodarz, N. (2021). Take-Home Naloxon für Opioidabhängige bei Haftentlassung. Erste Ergebnisse aus dem bayerischen Modellprojekt. Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 41-43.
- World Health Organisation (2020). Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance. 15 March 2020, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- World Health Organisation (WHO) Europe. (2016). Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. Available: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/318320/European-action-plan-HS-viral-hepatitis.pdf?ua=1%20 [Accessed 05.11.2020].

5.2 Methodik

Strafvollzugsstatistik des Statistischen Bundesamt (Destatis)

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

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

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

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

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

Die DSHS ist ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Als Dokumentationssystem hat die Deutsche Suchthilfestatistik die Aufgabe, jene Daten, die in allen an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen dokumentiert werden, zusammenzufassen, zu archivieren, hinsichtlich der Kernaussagen zu analysieren und wichtige Veränderungen im Bereich der Suchthilfe, sowohl der behandelten Population oder der Behandlung selbst, kenntlich zu machen und in entsprechender Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.³

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

Standardmäßig wird für alle Tabellen, bei denen es sich um Einfachwahlfragen 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

³ www.suchthilfestatistik.de/ [Letzter Zugriff: 07.06.2021].

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 jeweils am Stichtag 30. November	6
Tabelle 2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	8
Tabelle 3	Drogenbezogene Interventionen in deutschen Gefängnissen	21
Tabelle 4	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen (Männer)	24