



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2016 des nationalen
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD
(Datenjahr 2015 / 2016)

Gefängnis

Loretta Schulte, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou, Tim Pfeiffer-Gerschel
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG (T0)	3
1	NATIONALES PROFIL (T1)	4
1.1	Organisation (T1.1)	4
1.1.1	Strafvollzug in Deutschland (T1.1.1)	4
1.2	Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten (T1.2)	5
1.2.1	Prävalenz von Drogenkonsum (T1.2.1)	5
1.2.2	Problematischer Drogenkonsum (T1.2.2)	6
1.3	Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis (T1.3)	7
1.3.1	Nationale Politik oder Drogenstrategie (T1.3.1)	7
1.3.2	Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis (T1.3.2)	9
1.3.3	Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis (T1.3.3)	10
1.3.4	Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis (T1.3.4)	13
1.4	Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4)	13
1.4.1	Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4.1)	13
2	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)	17
3	ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	17
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)	17
3.2	Weitere Aspekte (T.4.2)	17
4	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	17
4.1	NPS Konsum und damit verbundene Probleme im Gefängnis	17
5	QUELLEN UND METHODIK (T6)	18
5.1	Quellen (T6.1)	18
5.2	Methodik (T6.2)	18
6	BIBLIOGRAPHIE	18
7	TABELLENVERZEICHNIS	20

0 Zusammenfassung (T0)

Die gesetzliche Verwaltung des Justizvollzugs in Deutschland wurde 2006 in die Hände der Bundesländer übergeben. Seitdem gibt es für einzelne Bundesländer eigene Strafvollzugsgesetze. In den restlichen Bundesländern gilt nach wie vor das allgemeine Strafvollzugsgesetz. Nicht zuletzt aufgrund dieser Gesetzeslage gibt es kein nationales System zur regelmäßigen Datenerhebung über die Gesundheit im Strafvollzug in Deutschland. Stattdessen gibt es v. a. regionale Studien, jedoch sind diese aufgrund einer fehlenden Vernetzung der Statistiken sowie der uneinheitlichen Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung nur sehr eingeschränkt untereinander vergleichbar. Es können nur wenige direkte Verbindungen zwischen den verfügbaren Daten hergestellt werden, sequenzierende oder vergleichende Analysen sind kaum möglich. 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.

Zum Stichtag 31.03.2015 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.820 Personen (13,0 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden gesunken. Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) bis 2015 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 18,8 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 28,8 % gesunken

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Organisation (T1.1)

1.1.1 Strafvollzug in Deutschland (T1.1.1)

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

Am 31.03.2015 befanden sich laut der jährlichen Destatis-Erhebung 52.412 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Von diesen waren 5,9 % (3.105) Frauen und 25,3 % (13.273) Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. 69,0 % (36.171) waren ledig, 15,8 % (8.258) verheiratet, 1,3 % (690) verwitwet und 13,91 % (7.293) geschieden. 16,1 % (8.459) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 0,3 % (174) der Häftlinge nach allgemeinem Strafrecht waren zwischen 18 und 21 Jahre alt, 25,7 % (13.446) zwischen 21 und 29 Jahre, 50,7 % (26.594) zwischen 30 und 49 Jahre und 13,9 % (7.272) waren 50 Jahre alt und älter.

58,6 % der Strafgefangenen und Sicherheitsverwahrten (30.699) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 2 Jahren ab, 28,4 % (14.904) eine Haftstrafe über 2 und bis zu 15 Jahren und 3,6 % der Inhaftierten (1.883) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Destatis 2016).

Eine Übersicht über die Zahl der Justizvollzugsanstalten, deren Belegungsfähigkeit und die tatsächliche Belegung am 30.11.2011 jeden Jahres in den einzelnen Bundesländern liefert Tabelle 1. Demnach gab es in Deutschland dieses Jahr 183 organisatorisch selbstständige Anstalten mit insgesamt 73.916 Haftplätzen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mit 61.737 Gefangenen zu 84 % ausgelastet waren (Destatis 2016).

Tabelle 1 Anstalten und Belegungsfähigkeit am Stichtag 30. November

Jahr	Zahl der Vollzugsanstalten			Belegung	Belegung in % ¹⁾
	insgesamt	offener Vollzug	Belegungsfähigkeit		
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	77.490	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

1) Belegung jeweils in % der Belegungsfähigkeit.

Destatis 2016.

Bemerkenswert in der Entwicklung der letzten Jahre ist die verringerte Anzahl an Vollzugsanstalten, die dennoch mit einer verbesserten Belegungssituation einhergeht. Waren die Vollzugsanstalten Anfang der 2000er Jahre noch über ihre Kapazitäten hinweg ausgelastet, zeigt sich nun trotz Reduzierung der Anzahl der verfügbaren Vollzugsanstalten in den meisten Bundesländern eine maximale Auslastung von 70 – 90 % (Ausnahme Bayern mit 92 %).

1.2 Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten (T1.2)

1.2.1 Prävalenz von Drogenkonsum (T1.2.1)

Da der Anteil von Abhängigen und Konsumenten von illegalen Drogen in deutschen Justizvollzugsanstalten nicht eindeutig beziffert werden kann, wird als Näherungswert häufig die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten verwendet. Diese Schätzung ist jedoch relativ ungenau, da auf diese Weise einerseits Personen berücksichtigt werden, die zwar im Zusammenhang mit Drogen gegen das Gesetz verstoßen haben, selbst jedoch keine illegalen Substanzen konsumieren, wie es beispielsweise bei manchen Dealern der Fall sein 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 BtMG-Verstößen aufgelistet werden.

Zum Stichtag 31.03.2015 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.820 Personen (13,0 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 13,4 % (416) der inhaftierten Frauen und 3,4 % (150) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden gesunken (Tabelle 2). Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) bis 2015 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 18,8 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 28,8 % gesunken (Destatis 2016).

Tabelle 2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2015	Inhaftierte N	52.412	49.307	3.105	44.521	2.965	4.258	139	529
	BtMG N	6.820	6.404	416	6.258	410	144	6	2
	BtMG %	13,0	13,0	13,4	14,1	13,8	3,4	4,3	0,4
2014	BtMG %	13,1	13,0	14,3	14,2	14,9	3,2	4,4	0,2
2013	BtMG %	13,4	13,3	14,9	14,5	15,3	3,4	7,6	0,0
2012	BtMG %	14,0	13,9	15,9	15,2	16,5	3,6	7,5	0,2
2011	BtMG %	14,7	14,7	15,4	16,0	15,8	4,6	10,7	0,2
2010	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2008	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
2007	BtMG %	14,9	14,8	17,4	16,2	15,0	6,2	8,9	0,2
2006	Inhaftierte N	64.512	61.250	3.262	54.170	2.972	6.705	290	375
	BtMG N	9.579	8.986	593	8.530	560	456	33	0
	BtMG %	14,8	14,7	18,2	15,7	18,8	6,8	11,4	0,0

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

Destatis 2016.

1.2.2 Problematischer Drogenkonsum (T1.2.2)

Hierzu liegen keine weiteren Informationen vor.

1.3 Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis (T1.3)

1.3.1 Nationale Politik oder Drogenstrategie (T1.3.1)

Rechtliche Rahmenbedingungen

In einigen Bundesländern Deutschlands gilt nach wie vor das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) von 1976. Es regelt „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 1 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30. Juni 2006 vom Bundestag beschlossen wurde und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen. Das StVollzG wird schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften abgelöst (§ 125a GG), die sich teilweise auf das StVollzG berufen. Ein Teil der Bundesländer hat mittlerweile eigene Landesstrafvollzugsgesetze. Ein weiterer Teil der Bundesländer hat in einer Arbeitsgruppe aus Vertretern der Justizverwaltungen einen Entwurf für ein einheitliches Strafvollzugsgesetz für den Erwachsenenstrafvollzug vorgelegt, der mittlerweile von einigen Bundesländern verabschiedet wurde. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung galt das StVollzG noch in drei Bundesländern (Berlin, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein). 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 allen Bundesländern mit eigenem Strafvollzugsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V).

Unter dem siebten Titel des StVollzG wird die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen geregelt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§ 56 StVollzG). Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Damit ist unter anderem die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gemeint (§ 58 StVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten die Vorschriften des SGB V (§ 61 StVollzG). Im StVollzG werden keine gesonderten Aussagen über Drogen, Substitution oder Sucht getroffen. Medizinische Behandlungen von Gefangenen werden von den Justizministerien der Länder getragen, bei Arbeitsunfällen übernimmt die Krankenversicherung bzw. die Landesunfallversicherung (BMJ 2009).

Zwar unterscheiden sich die Landesgesetze kaum vom StVollzG und auch kaum untereinander, dennoch gibt es feine Unterschiede. Im Hessischen Strafvollzugsgesetz wird das Recht der Gefangenen auf psychologische oder psychotherapeutische Behandlung oder Betreuung geregelt (§ 26 Abs. 2 HStVollzG). In Niedersachsen, Hessen und Baden-Württemberg werden darüber hinaus explizit präventive Maßnahmen erwähnt: In Niedersachsen wird das Recht der Gefangenen auf Schutzimpfungen (§ 57 Abs. 1 NJVollzG) gesetzlich geregelt. In Hessen und Baden-Württemberg wurde die Notwendigkeit zur Aufklärung der Gefangenen über eine gesunde Lebensführung schriftlich festgehalten (§ 23 Abs. 1 HStVollzG und § 32 Abs. 1 JVollzGB). In Hessen und Baden-Württemberg wird

darüber hinaus auf die Möglichkeit von Kontrollen zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs hingewiesen (§ 4 HStVollzG und § 64 JVollzGB).

In einer umfassenden Analyse der Suchtfachverbände für das Jahr 2009 wurde dargelegt, dass bei einer großen Zahl von haftentlassenen Rehabilitanden in der Suchttherapie (39 % Alkohol und 77 % Drogen) zu Beginn der Therapie kein Krankenversicherungsschutz besteht und sich dieser in manchen Fällen erst nach mehreren Wochen herstellen lässt (Drogen- und Suchtrat 2013). Zur Lösung dieses Problems muss die zeitliche, örtliche und sachliche Zuständigkeit der entsprechenden Institutionen (Jobcenter, Krankenkasse) möglichst frühzeitig und unbürokratisch geklärt werden. Das kann in der Regel nur gelingen, wenn entsprechende Anfragen oder Anträge noch vor Ende der Haftzeit erfolgen. Durch den Sozialdienst der JVA sollte demnach rechtzeitig (ca. 3 Monate) vor dem Entlassungstermin durch Befragung des Betroffenen eine Klärung des voraussichtlichen Aufenthaltsortes nach der Haft erfolgen. Das so ermittelte zuständige Jobcenter am voraussichtlichen Aufenthaltsort kann dann die Feststellung zur Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II noch vor der Haftentlassung vornehmen, um Verzögerungen bei der Klärung sozialrechtlicher Fragen im Zusammenhang mit dem Antritt der Reha-Maßnahme zu vermeiden.

Andere Interventionen im Strafjustizsystem

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

Auf staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche und Heranwachsende, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dies ist meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen Cannabis handelt.

In fast allen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens 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 Darstellung des Programms FreD siehe Workbook Prävention).

Alternativen zu Gefängnisstrafen

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

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 Konsumdelikte, 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 in letzter Zeit eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ab. Weitere Details finden sich im Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen, Abschnitt 1.1.2.

Außerdem kann nach der Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe bis zu zwei Jahren diese Strafe zurückgestellt werden, um dem Drogenabhängigen die Chance zu einer Behandlung zu geben („Therapie statt Strafe“, § 35 BtMG).

Die vom BMG geförderte Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“ wurde bis April 2013 in den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB 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. Eine reguläre Therapiebeendigung lag bei 50 % aus der § 35 BtMG-Gruppe vor, sie war damit erfolgreicher als die Gruppe ohne diese Auflage mit 43 % regulären Therapiebeendigungen. Eine ausführlichere Darstellung der Studie findet sich im REITOX-Bericht 2013.

1.3.2 Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis (T1.3.2)

Mit der Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 1982) wird festgehalten, dass das Gesundheitspersonal im Gefängnis die Pflicht hat, Gefangene in der Bewahrung ihrer körperlichen und mentalen Gesundheit zu unterstützen und sie im Krankheitsfall unter den gleichen Qualitätsstandards zu behandeln, die Nichtinhaftierten zugutekommen. Der Europarat empfiehlt für den Umgang mit Gefangenen und Verwahrten unter der Überschrift „Equivalence of care“ (Äquivalenzprinzip), dass die Gesundheitspolitik in Gefängnissen der nationalen Gesundheitspolitik entsprechen und in diese integriert werden soll. Darüber hinaus können Bedingungen im Gefängnis, die die Menschenrechte der Gefangenen verletzen, nicht durch einen Mangel an Ressourcen gerechtfertigt werden (CPT 2010).

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 nicht das gesamte, für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbindliche Leistungsspektrum in Anspruch nehmen.

Im Jahr 2011 hatte ein 1955 geborener, langjährig heroinabhängiger Mann während seiner Inhaftierung eine Substitutionsbehandlung beantragt sowie hilfsweise die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Substitution durch einen auf Suchterkrankungen spezialisierten Facharzt. Das Gefängnis lehnte dies ab mit der Begründung, dass keine medizinische Notwendigkeit für die Substitution vorliege und dies auch kein geeignetes Mittel zur Rehabilitation des Häftlings sei; 2012 folgte das Landgericht Augsburg dieser Argumentation und fügte zudem hinzu, dass keine Begutachtung durch einen Sucht-Experten nötig sei. In der Berufungsinstanz lehnte auch das Oberlandesgericht München den Antrag des Häftlings ab. Das Bundesverfassungsgericht wies die eingereichte Beschwerde des Mannes 2013 ohne Nennung von Gründen ab (Entscheidung Nr. 2 BvR 2263/12). Nach seiner Entlassung aus der Haft 2014 wurde dem Mann von seinem Arzt eine Substitutionsbehandlung verordnet. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte kam in einem Urteil am 01.09.2016 (mit Verweis auf den Äquivalenzgrundsatz) zu dem Schluss, dass das Vorgehen durch die Haftanstalt und Gerichte ein Verstoß gegen Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) war¹. Dabei urteilt der Gerichtshof nicht darüber, ob der Insasse eine Opioidsubstitutionstherapie hätte erhalten müssen. Jedoch hätten die JVA und ganz besonders die involvierten Gerichte einen unabhängigen Arzt mit Expertise in Suchtbehandlung hinzuziehen müssen, um den Gesundheitszustand des Mannes beurteilen zu lassen. Der Kranke habe auf Grund des Verhaltens der JVA und Gerichte physisch und psychisch leiden müssen. Die Forderung des Mannes nach Schadensersatz wiesen die Straßburger Richter allerdings zurück.

1.3.3 Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis (T1.3.3)

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

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Braun et al. 2016). Da dieser Tabellenband für das Berichtsjahr 2015 nur 19 Einrichtungen umfasst (2014: 17 Einrichtungen) und nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei

¹ Das Urteil ist online verfügbar: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-165758> [letzter Zugriff: 30.09.2016].

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. Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2015 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 32,1 Jahre (2014: 30,4 Jahre), das der Frauen 30,4 Jahre (2014: 32,7 Jahre). Bemerkenswert ist, dass 81,1 % (2014: 81,6; N=40) der inhaftierten Frauen, die wegen einer illegalen Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 23,8 % (2014: 21,6 %; N=307) beträgt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	310	23,8	99	81,1	409	28,7
Kokain	139	10,7	9	7,4	148	10,4
Stimulanzien	466	35,8	8	6,6	474	33,3
Hypnotika/Sedativa	13	1,0			13	0,9
Halluzinogene	6	0,5			6	0,4
Cannabinoide	363	27,9	5	4,1	368	25,9
Multiple/and. Substanzen	4	0,3	1	0,8	5	0,4
Gesamt	1.301	100,0	122	100,0	1.423	100,0

Braun et al. 2016.

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.

Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie festgestellt, 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.

In den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Opioid-Substitutionstherapie (OST) (BÄK 2010) wird vor dem Hintergrund des erhöhten Mortalitätsrisikos von intravenös Drogengebrauchenden (IVD) durch Überdosen nach der Haftentlassung explizit der Beginn einer OST auch für gewöhnlich Abstinente erlaubt.

Die Deutsche Aidshilfe startete im August 2016 in Zusammenarbeit mit Fixpunkt e.V. ein Naloxon-Vergabe Modellprojekt, in welchem Gefangene mit einem gegenwärtigen oder vergangenen Opiatkonsum, sowie Gefangene die sich derzeit in Substitution befinden, ein Training zu Drogenwirkung und Erster Hilfe in Form von Informationsveranstaltungen geboten bekommen. Zur Haftentlassung können die dort geschulten Gefangenen ein mit Naloxon bestücktes Notfallset erhalten. Die Rekrutierung von freiwilligen Teilnehmern läuft bis Ende 2017. Im Mai 2018 soll ein Abschlussbericht erstellt werden, der die bis dahin erworbenen Erfahrungswerte der Teilnehmer sowie der beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zusammenfasst (Dettmer & Knorr 2016).

Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung

Der rechtliche Rahmen gibt vor, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (§ 74 StVollzG in Verbindung mit § 15 StVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der Haftentlassung ist. Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (§ 154 StVollzG).

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 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.

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 Sucht e.V. (fdr) eine Empfehlung zum Übergangsmangement ab, die u.a. folgende Elemente enthält (fdr 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.

- Bereitstellung von haftbegleitender ambulanter Rehabilitation, beginnend ca. 6 Monate vor Entlassung, in einer Behandlungsstelle außerhalb und fortgeführt nach Haftentlassung.

1.3.4 Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis (T1.3.4)

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

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

Da Informationen nur aus einzelnen Bundesländern detailliert vorliegen und häufig relativ alt sind kann weder über die aktuelle Situation noch über eine Tendenz bezüglich der Verfügbarkeit und den Durchführungsbedingungen von OST in deutschen Justizvollzugsanstalten eine gesicherte Aussage getroffen werden.

1.4 Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4)

1.4.1 Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4.1)

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

vergleichbar mit dem Gesundheitssystem bei Polizei oder Bundeswehr (Stöver 2006). Das bedeutet, dass sich die Gesundheitsversorgung zwischen Patienten innerhalb dieser Systeme und der Allgemeinbevölkerung unterscheidet; beispielsweise besteht für Inhaftierte nicht die Möglichkeit einer freien Arztwahl.

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

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

Als ein externer Gutachter fungiert der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT). Im diesbezüglichen Europäischen Übereinkommen wird der regelmäßige Besuch von Einrichtungen des Freiheitsentzugs geregelt (European Commission 2002). Der vorletzte Besuch des CPT in Deutschland fand zwischen dem 20. November und dem 2. Dezember 2005 statt (CPT 2006). In seinem Rahmen wurden 17 Einrichtungen besucht, Aussagen des CPT-Berichts im Zusammenhang mit „Gesundheitsversorgung“ beruhen dabei nur auf 3 Einrichtungen. Bemängelt wurde vor allem, dass den Gefangenen nicht in ausreichendem Maße Allgemeinmediziner zur Verfügung standen. Nach Meinung des CPT sollte für je 300 Gefangene ein Allgemeinmediziner im Umfang einer Vollzeitstelle zur Verfügung stehen. Darüber hinaus waren nach Meinung des CPT die psychiatrische Versorgung und die Versorgung drogenabhängiger Gefangener unangemessen. Außerdem wurde bemängelt, dass nicht in allen Justizvollzugsanstalten jeder neu eingetroffene Gefangene über die Gesundheitsversorgung oder die Verhütung ansteckender Krankheiten informiert wurde (beispielsweise mithilfe einer Informationsbroschüre).

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

Richtlinien

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

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

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

Ähnlich wie in Freiheit muss der Patient vor Beginn der Substitutionsbehandlung einen Behandlungsvertrag unterschreiben, in dem die Regeln festgelegt werden. Unter anderem wird darin schriftlich festgehalten, wann es zum Abbruch der Behandlung kommt (beispielsweise bei wiederholtem problematischem Beikonsum, Drogenhandel oder bei Gewalt im Zusammenhang mit der OST) und dass ein Abbruch nicht zwangsläufig den dauerhaften Ausschluss aus der OST bedeutet. Die Entscheidung über eine Beendigung der Behandlung trifft der ärztliche Dienst, für den Wiederbeginn gibt es keine festen Bedingungen. Grundsätzlich gilt in Nordrhein-Westfalen, dass bei Aufnahme in eine JVA bei bereits substituierten Patienten die Weiterbehandlung erfolgt, und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Es wird empfohlen, dass bei einer Substitutionsbehandlung in Untersuchungshaft und Strafhaft unter 2 Jahren ein Platz für die Weitersubstitution bekannt sein sollte. Spätestens bei Haftentlassung sollte ein Platz für die Weiterbehandlung gesichert sein.

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

In Niedersachsen ist die Grundlage für eine Substitutionsbehandlung in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben und die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der Substitution geregelt. Die Indikationsstellung zur Substitution obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, dem behandelnden Arzt, der im Wege der Einzelfallprüfung feststellt, ob die Substitutionsbehandlung begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die Substitution nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien.

Gemäß Äquivalenzprinzip gelten darüber hinaus auch intramural die 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BÄK 2010). Die Richtlinien gelten für alle Ärzte, die diese Behandlung durchführen. Entsprechend der Richtlinien ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung kontinuierlich fortgeführt wird. Darüber hinaus kann eine Substitutionsbehandlung in begründeten Einzelfällen auch nach ICD 10 F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden. Bei vorliegendem Konsum weiterer psychotroper Substanzen sollte zunächst die Ursache, beispielsweise eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels oder eine komorbide psychische oder somatische Erkrankung, ermittelt und nach Möglichkeiten beseitigt werden. Gefährdet dieser Beikonsum die Substitution, ist der Entzug der zusätzlichen psychotropen Substanz einzuleiten.

Training von Justizvollzugsbeamten

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

Das Handbuch „Schadensminimierung im Justizvollzug“, das vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) herausgegeben wurde und das Ergebnis eines von der Europäischen Kommission geförderten Projektes ist, dient der Fortbildung von Mitarbeitern im Strafvollzug (Wiegand et al. 2011). Das Handbuch gibt Hinweise darauf, wie negative

Auswirkungen bestimmter Verhaltensweisen reduziert werden können, wie beispielsweise die Übertragung von Infektionskrankheiten bei intravenösem (i.v.) Drogenkonsum durch die gemeinsame Nutzung von Spritzen oder Nadeln. Diese Konzepte spielen v. a. in Justizvollzugsanstalten eine Rolle, da es dort um die Wahrung der Menschenrechte der Gefangenen, um den Schutz der öffentlichen Gesundheit und nicht zuletzt auch um die erwiesene Kosteneffektivität präventiver Maßnahmen verglichen mit Behandlungskosten, beispielsweise nach erfolgter Infektion, geht. Im Handbuch werden Informationen zu Infektionskrankheiten und deren Übertragungswegen sowie zu Drogenkonsum und damit verbundenem Risikoverhalten vermittelt. Unter anderem sollen Vollzugsbeamten damit für spezielle Herausforderungen des Drogenkonsums sensibilisiert werden. Außerdem sollen Einstellungen und Verständnis der Vollzugsbeamten gegenüber Drogenkonsum und -konsumenten hinterfragt werden.

Baden-Württemberg berichtete, dass im Jahr 2010 in 17 Anstalten des Landes eine Beratung für Bedienstete im Strafvollzug angeboten wurde (Reber 2011). Darüber hinaus wurden in einigen Berliner Justizvollzugsanstalten mit dieser Zielgruppe Drogennotfalltrainings durchgeführt (DAH 2010). Dabei werden sowohl angemessenes Verhalten im Drogennotfall vermittelt als auch besondere Risiken thematisiert, wie beispielsweise der Drogenkonsum nach Abstinenz. Auch die Vergabe von Naloxon, einem Opiatantagonisten, spielt hierbei eine Rolle.

2 Neue Entwicklungen (T3)

Zurzeit liegen keine Informationen zu neuen Entwicklungen vor. Der aktuelle Stand wird oben berichtet.

3 Zusatzinformationen (T4)

3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

Es liegen keine weiteren Informationsquellen vor.

3.2 Weitere Aspekte (T.4.2)

Es liegen keine weiteren Informationsquellen vor.

4 Anmerkungen und Anfragen (T5)

4.1 NPS Konsum und damit verbundene Probleme im Gefängnis

Zurzeit liegen keine repräsentativen Umfragen vor. Ein PharMon Umfrage zu NPS in Suchtberatungsprogrammen von zwei Justizvollzugsanstalten berichtet von 51 Personen die NPS in Haft konsumiert haben (Piontek et al. 2016). Die vorherrschenden Einnahmegründe waren Neugierde (N = 13) und Rausch (N = 10). Auch Verfügbarkeit (N = 7), Preis (N = 6), Legalität und fehlende Nachweisbarkeit (jeweils N = 5) wurden genannt. Die Häufigsten Substanzen waren Spice und Kräutermischungen. Anhand fehlender Stichprobengrößen der

Suchtberatungsprogramme und der geringen Teilnahme von Justizvollzugsanstalten sollten diese Ergebnisse jedoch nicht als repräsentativ bewertet werden, sondern lediglich als Informationen dienen, dass NPS Konsum in Haft vorkommt. Es werden dringend repräsentative Studien benötigt.

5 Quellen und Methodik (T6)

5.1 Quellen (T6.1)

Einzelne Quellen werden unter Punkt 6 (Bibliographie) aufgeführt.

5.2 Methodik (T6.2)

Die Methodik der einzelnen aufgeführten Publikationen ist ausführlich in den jeweiligen Veröffentlichungen beschrieben.

6 Bibliographie

BÄK (Bundesärztekammer) (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.

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

Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015). Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

CPT (Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) (2006). Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland vom 20. November bis 2. Dezember 2005. Nichtamtliche Übersetzung aus dem Englischen. CPT, Straßburg.

CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2010). CPT standards, Strasbourg.

DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2010). Pressemitteilung: Drogentod nach Haftentlassung [online]. Verfügbar unter: <http://k.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/pressemitteilung-drogentod-nach-haftentlassung> [letzter Zugriff: 23-08-2016].

Destatis (Statistisches Bundesamt) (2016). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. - 2015. Fachserie 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- Detmer, K. & Knorr, B. (2016). Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung. Eine modellhafte Intervention. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin.
- Drogen- und Suchtrat (2013). Beschluss des Drogen- und Suchtrats. Sozialrechtliche Statusklärung als Grundlage für die Gewährleistung des KV-Schutzes Haftentlassener [online]. Verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Downloads/Beschlusspapier_UEbergangsmanagement_Haft.pdf [letzter Zugriff: 23-08-2016].
- European Commission (2002). Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe [online]. Verfügbar unter: <http://www.coe.int/de/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/126> [letzter Zugriff: 23-08-2016].
- fdr (Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V.) (2013). Empfehlung des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. für ein Übergangsmanagement bei Suchtkranken im Justizvollzug. fdr, Berlin.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction 107 (3) 501-517.
- Justizministerium Baden-Württemberg (2011). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 - Az.: 4550/0495. Die Justiz 2011.
- Justizministerium NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein (Hrsg.) (2010). Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft. Düsseldorf.
- Kastelic, A., Pont, J. & Stöver, H. (2008). Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. BIS-Verlag, Oldenburg.
- Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B. & Reimer, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53 (2/3) 233-244.
- Meier, B.-D. (2009). Äquivalenzprinzip. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), S. 73-84. Thieme, Stuttgart.
- 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 [online]. Verfügbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx> [letzter Zugriff: 23-08-2016].
- Reber, B. (2011). Gesundheitsberichterstattung 2010 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot, Berlin.

- Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D. & Reimer, J. (2009). Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 5 (1) 39-44.
- 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. (Hrsg.), S. 19-44. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Stöver, H. (2010). Leitlinien für die Substitutionsbehandlung in Haft [online]. Verfügbar unter: <http://www.subletter.de/content/leitlinien-f%C3%BCr-die-substitutionsbehandlung-haft> [letzter Zugriff: 23-08-2016].
- Wiegand, C., Weilandt, C., MacDonald, M., Popov, I., Purvlice, B., Pavlovska, L., Parausanu, E. & Dobrota, S. (2011). Schadensminderung im Justizvollzug. Ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n. Bonn.
- WHO (World Health Organization) (2003). Prison Health as part of public health. Declaration. Moskau.

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Anstalten und Belegungsfähigkeit am Stichtag 30. November	5
Tabelle 2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	6
Tabelle 3	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen	11