



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Deutsche Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Gefängnis

Workbook Prison

DEUTSCHLAND

Bericht 2023 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2022 / 2023)

Franziska Schneider, Krystallia Karachaliou & Esther Neumeier

IFT Institut für Therapieforschung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Eine Kooperation von



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.



Mental Health &
Addiction Research

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL	4
1.1	Organisation	4
1.1.1	Strafvollzug in Deutschland.....	4
1.2	Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten.....	6
1.2.1	Prävalenz von Drogenkonsum	6
1.2.2	Drogenbezogene Probleme im Gefängnis.....	9
1.3	Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis	9
1.3.1	Nationale Politik oder Drogenstrategie	11
1.3.2	Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis.....	14
1.3.3	Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis.....	14
1.3.4	Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis	19
1.3.5	Zusätzliche Informationen	26
1.4	Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten	28
1.4.1	Richtlinien der Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten.....	28
2	TRENDS	30
2.1	Notable Trends	30
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	30
3.1	Neue Entwicklungen drogenbezogener Angelegenheiten in Gefängnissen.....	30
4	ZUSATZINFORMATIONEN	32
4.1	Zusätzliche Informationsquellen.....	32
5	QUELLEN UND METHODIK	34
5.1	Quellen	34
5.2	Methodik	37
6	TABELLENVERZEICHNIS	39

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

Mathias Nagel (Senatsverwaltung für Justiz, Vielfalt und Antidiskriminierung, Berlin)

Jörn Patzak (Justizvollzugsanstalt Wittlich, Rheinland-Pfalz)

0 ZUSAMMENFASSUNG

Zum Stichtag 31.03.2022 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.187 Personen (14,6 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 10,6 % (256) der inhaftierten Frauen und 6,2 % (171) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. 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 und auch zwischen 2021 und 2022 gab es einen weiteren Anstieg (Tabelle 2). Von 2013 bis 2022 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 24,9 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 2 % gesunken (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022).

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), 2021).

Am 31.03.2022 befanden sich laut der jährlichen Destatis-Erhebung 42.492 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte (ohne Untersuchungshaft) in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Von diesen waren 5,7 % (2.406) Frauen. 14 % (5.933) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 11,5 % (4.873) der Häftlinge nach allgemeinem Strafrecht waren unter 25 Jahre alt, 50,2 % (222.313) 25 bis unter 40 Jahre, 38,4 % (16.306) waren 40 Jahre alt und älter.

30,2 % der Strafgefangenen und Sicherheitsverwahrten (12.829) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 9 Monate ab, 27 % (11.479) eine Haftstrafe über neun Monate und bis zu 2 Jahren, 9.554 (22,5 %) 2 Jahre bis zu 5 Jahren und 8,2 % (3.490) eine 5- bis 15-jährige Haftstrafe. 4,2 % der Inhaftierten (1.776) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022).

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 2022 insgesamt 72.630 Haftplätze (+0,25 % zum Vorjahr mit 72.448 Haftplätzen), die am Erhebungsstichtag, dem 30. November 2022, mit 57.465 Gefangenen zu 79 % ausgelastet waren (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023).

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%
2021	*	*	72.448	57.525	79%
2022	*	*	72.630	57.465	79%

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), 2023).

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 2021 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 teilweise noch über ihre Kapazitäten hinweg ausgelastet, zeigt sich nun, trotz Reduzierung der Anzahl der verfügbaren Haftplätze in den meisten Bundesländern, eine maximale Auslastung von 72 % – 91 % im Jahr 2022. In den Jahren der COVID-19 Pandemie 2020 und 2021 wurde die bisher niedrigste Auslastung mit 81 % im Jahr 2020 und 79 % 2021 gemeldet. Auch 2022 wurde eine Auslastung von 79 % gemeldet. Im Vergleich zu 2022 ist die Auslastung in sieben Bundesländern gestiegen (Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein). In den restlichen Bundesländern ist die prozentuale Auslastung zurückgegangen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023).

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 31.03.2022 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.187 Personen (14,6 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 10,6 % (256) der inhaftierten Frauen und 6,2 % (171) 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 und auch zwischen 2021 und 2022 gab es einen weiteren Anstieg (Tabelle 2). Von 2013 bis 2022 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 24,9 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 2 % gesunken (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022).

Tabelle 2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungsverwahrung
		Insges.	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2013	Inhaftierte N	56.562	53.378	3.184	47.609	2.997	5.281	184	491
	BtMG N	8.126	7.082	526	7.398	510	201	16	1
	BtMG %	14,4	14,2	16,5	15,5	17,0	3,8	8,7	0,2
2014	BtMG %	13,9	13,8	15,3	14,9	15,8	3,8	7,7	0,0
2015	BtMG %	13,6	13,6	14,2	14,7	14,6	3,4	5,8	0,2
2016	BtMG %	13,4	13,4	13,3	14,4	13,8	3,7	4,2	0,4
2017	BtMG %	12,4	12,4	12,6	13,3	13,0	4,0	3,5	0,2
2018	BtMG %	12,8	12,7	13,2	13,5	13,8	4,8	2,78	0,2
2019	BtMG %	13,4	13,6	11,3	14,3	11,6	6,1	5,1	0,4
2020	BtMG %	13,9	14,1	11,9	15,0	12,3	5,8	4,8	0,3
2021	BtMG %	13,9	14,1	10,7	15	11	5,5	4,8	0,2
2022	Inhaftierte N	42.492	40.086	2.406	36.830	2.298	2.654	106	604
	BtMG N	6.187	5.931	256	5.767	252	163	4	1
	BtMG %	14,6	14,8	10,6	15,7	11	6,1	3,8	0,2

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

(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022).

Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug

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.

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. 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. Zudem werden Inhaftierte, die eine Strafe von unter einem Jahr verbüßen, am Stichtag unter Umständen nicht erfasst. Hierzu zählen auch häufig Personen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen.

Für den Stichtag 31.03.2022 konnten Daten aus 15 der 16 Bundesländer in die Analyse miteinbezogen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsformen wurden nicht alle am Stichtag 31.03.2022 inhaftierten Personen bei der Datenerhebung erfasst. Insofern besteht eine Diskrepanz zwischen der Anzahl der in der Bundesrepublik Deutschland tatsächlich am Stichtag inhaftierten Personen (54.550 im Justizvollzug untergebrachte Personen) und der hier gesetzten Bezugsgröße von 49.915 inhaftierten Personen. Bei 39 % der 54.550 erfassten Inhaftierten am Stichtag 31.03.2022 wurde eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit oder Missbrauch) zum Zeitpunkt des Haftantritts festgestellt. Bei 24 % der Inhaftierten ist von einer Abhängigkeit und bei 15 % von schädlichem Gebrauch (Missbrauch) psychotroper Substanzen, einschließlich Alkohol, auszugehen. Bei Inhaftierung wiesen 33 % der weiblichen und 40 % der männlichen Gefangenen aus den 15 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.

20 % der Insassen im offenen Vollzug hatten zum Stichtag eine Suchtproblematik bei Haftantritt, während der Anteil der Insassen mit Suchtproblemen im geschlossenen Vollzug bei Haftantritt bei 44 % lag. Am stärksten belastet mit einer Suchtproblematik waren dabei die Inhaftierten mit einer Jugendstrafe (54 % mit Suchtproblematik bei Haftantritt), gefolgt von Inhaftierten mit Freiheitsstrafe (inkl. § 89b JGG) (40 % mit Suchtproblematik bei Haftantritt). Bei Haftantritt von Inhaftierten mit Ersatzfreiheitsstrafe lag bei 33 % der Inhaftierten eine Suchtproblematik vor, bei Inhaftierten in U-Haft bei 35 %. Am wenigsten stark belastet waren die sicherheitsverwahrten Inhaftierten (33 % mit Suchtproblematik bei Haftantritt).

Betrachtet man die Suchtproblematik hinsichtlich der Hauptsubstanz differenziert nach Geschlecht, gibt es deutliche Unterschiede. Während bei den inhaftierten Männern multipler Substanzgebrauch und Cannabinoide mit 27 % beziehungsweise 25 % als Hauptsubstanz angegeben werden, werden bei den inhaftierten Frauen neben dem multiplen Substanzgebrauch (26 %) Opioide mit 30 % als häufigste Hauptsubstanz angegeben.

Weitere Informationen können über das jährliche Fact-Sheet zur Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug eingesehen werden (Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“, 2023).

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 Forschungsprojekt „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 % Opioide). 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 Drogenbezogene Probleme 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

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 und -medizinerinnen weitergeführt und ggf. mit einer psychosozialen Betreuung begleitet.

Bei Bedarf werden Substitutionsbehandlungen in den Justizvollzugsanstalten eingeleitet und ggf. mit einer psychosozialen Betreuung begleitet.

¹ Die parlamentarischen Anfragen des Landes Berlin können beispielsweise hier abgerufen werden: <https://www.berlin.de/justizvollzug/service/parlamentarische-anfragen/> [Letzter Zugriff: 22.05.2023].

Vor Haftentlassung 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 ambulanter Suchtentwöhnungsbehandlungen angeboten.

In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten sind gesonderte Bereiche für Gefangene mit bestehender oder zu fördernder Abstinenzmotivation eingerichtet und mit Abstinenzkontrollprogrammen über Urin- oder Speicheltestungen begleitet.

In einigen deutschen Justizvollzugsanstalten werden Maßnahmen zur Abstinenzkontrolle (Urin- oder Speicheltestungen) durchgeführt, um den Drogengebrauch der Gefangenen bewerten zu können.

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

Modellprojekt zur Behandlung der Hepatitis C in Nordrhein-Westfalen

In zwei Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen, Bochum und Köln, wird ein Modellprojekt zur Behandlung der Hepatitis C durchgeführt. Mittels standardisierten Vorgehens in den Bereichen Aufklärung über die Diagnosestellung, die Therapie und die Rückfallprophylaxe soll eine Erhöhung der Anzahl der durchgeführten Therapien erzielt werden (Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen, 2023).

Erweiterung des Testangebotes für drogenbezogene Infektionskrankheiten in Berlin

Im Januar 2023 erweiterte der Berliner Justizvollzug sein Testangebot für drogenbezogene Infektionskrankheiten. Das Vorhaben im Rahmen eines Pilotprojektes sieht assistierte HIV-Selbsttests und HCV-Schnelltests vor. Inhaftierten Personen können sich im Anschluss an eine ausführliche Beratung eigenständig auf die Infektionskrankheiten HIV und HCV testen. Die Tests werden professionell begleitet, wodurch eine sichere und korrekte Anwendung garantiert wird. Zudem wird das Angebot weitestgehend anonym stattfinden, um die Hemmschwelle zu minimieren und die Zielgruppe besser erreichen zu können. Kern des Vorhabens sind die assistierten Selbsttests, die dazu beitragen das Dunkelfeld zu erhellen. Es ist vorgesehen, eine Fortbildungs- und Informationsstruktur für Mitarbeitenden und inhaftierte Personen zu schaffen, um das Wissen über HIV und HVT zu erweitern, Hemmnisse abzubauen und Handlungssicherheit herzustellen (Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz, 2023).

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). Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB) wurde daher eingerichtet und hat ihre Arbeiten abgeschlossen und hat im Januar 2022 ihre Ergebnisse veröffentlicht: „Das Ergebnis der Arbeiten ist ein Bericht, der einen Regelungsvorschlag mit einer umfangreichen Begründung enthält. Dessen Kernanliegen ist es, eine stärkere Fokussierung der Unterbringung auf wirklich behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Straftäterinnen und Straftäter zu erreichen und so zur Entlastung der Entziehungsanstalten – zumindest im Sinne eines Abbremsens des langjährigen Anstiegs der Unterbringungszahlen – beizutragen. Erreicht werden soll dies unter anderem, indem die Anordnungsvoraussetzungen nach § 64 StGB in mehrfacher Hinsicht enger gefasst und der regelmäßige Zeitpunkt einer Reststrafaussetzung an den bei der reinen Strafvollstreckung üblichen Zweidrittelzeitpunkt angepasst werden“ (Pressereferat des Bundesministeriums der Justiz, 2022)

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 BtMG²). 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

² Entlassungen nach § 35 BtMG sind für die Berichtsmonate hier zu finden: Statistisches Bundesamt (Destatis). 2021. Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden. Jeweiliger Monat, Datenreihe DJ.

in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB³, 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).

1.3.2 Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis

Mit der Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen⁴ (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 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

³ Die Unterbringung nach § 64 für Abgeurteilte und Verurteilte für das Jahr 2020 sind hier zu finden: Statistisches Bundesamt (Destatis). 2021. Rechtspflege. Strafverfolgung. 2020. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden. Blatt 5.1, Datenreihe J.

⁴ <https://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar37194.pdf> [Letzter Zugriff: 29.08.2022].

- 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 (Opioid Substitution Treatment) 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 gemeindenahe 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 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 der Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug, die unter 1.3.3 beschrieben wurde, wurden 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 substituiertener 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“, 2023).

Am Stichtag, dem 31.03.2022, befanden sich in den 15 Bundesländern, die bei der Datenanalyse berücksichtigt werden konnten, insgesamt 6.350 Gefangene (5.922 männliche und 428 weibliche) im Justizvollzug, die bei Haftantritt die Kriterien der Substanzabhängigkeit erfüllten und als Hauptsubstanz entweder Opioide oder multiple Substanzen konsumierten. Zu diesem Zeitpunkt wurden 2.906 Inhaftierte (2.579 männliche und 327 weibliche) substituiert. Dies entspricht einer Substitutionsquote von insgesamt 45,8 %. 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 31.08.2022 bei 43,5 %, unter all denjenigen, die theoretisch für eine Substitution in Frage gekommen wären. Von den weiblichen Gefangenen, wurden mit 76,4 % derjenigen, bei denen eine Opioidabhängigkeit oder eine Abhängigkeit mit multiplen Substanzgebrauch festgestellt wurde, deutlich häufiger substituiert (Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“, 2023).

Die Rahmenbedingungen der OST in Deutschland werden im Workbook „Behandlung“ unter „1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen“ noch genauer beschrieben (von Glahn-Middelmenne, 2023).

Grundsätzlich ist bei allen Substitutionsbehandlungen die Richtlinie der Bundesärztekammer verbindlich. Die Ziele der Substitutionsbehandlung sind laut der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer (BÄK), 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 substitionsgestützte 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 substituiert 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).

Pilotprojekt "Substitution via Telemedizin" in Baden-Württemberg

Im Jahr 2021 startete das Justizministerium Baden-Württemberg das Pilotprojekt Substitution via Telemedizin im baden-württembergischen Justizvollzug. Das Projekt Telemedizin ist in Kooperation mit einem externen Dienstleister bereits seit einigen Jahren in allen Justizvollzugsanstalten etabliert. Im Rahmen dieses Pilotprojekts werden die Leistungen des Projekts Telemedizin um die Substitution (Substitutionsprechstunden) ergänzt. Das Pilotprojekt wurde in Abstimmung mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg entwickelt. Seit Juli 2021 nehmen daran vier Justizvollzugsanstalten teil. Aufgrund des bisherigen Erfolges ist derzeit die sukzessive Ausweitung des Projektes in Planung. Jüngst konnte die Kooperation zwischen dem Pilotprojekt Substitution via Telemedizin im Justizvollzug Baden-Württemberg und dem Bundesmodellprojekt NALtrain vereinbart werden. Künftig wird NALtrain im Rahmen des Projekts die Bediensteten vor Ort trainieren und bei der Umsetzung unterstützen. Die Schulung der im Projekt substituierten Gefangenen wird sodann durch die Bediensteten vor Haftentlassung erfolgen. Im Rahmen des Projektes soll die Mitgabe von Naloxon an diese Gefangenen ermöglicht werden. Perspektivisch ist die Aufnahme der Substitution in das allgemeine telemedizinische Angebot mit Möglichkeit der Buchung von Substitutionsprechstunden durch möglichst alle Justizvollzugsanstalten (bei Bedarf) in den Blick genommen (Ministerium der Justiz und für Migration Baden-Württemberg, 2022).

Evaluation der Behandlung opioidabhängiger Inhaftierter sowie Einstellungen und Behandlungspraxis des medizinischen Personals in bayerischen Justizvollzugsanstalten

Im November 2019 hat das Bayerische Staatsministerium der Justiz Herrn Prof. Dr. Stemmler (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) mit der Durchführung einer Evaluation der Behandlung Opioidabhängiger während der Inhaftierung im bayerischen Justizvollzug beauftragt. Das Forschungsprojekt hat das Ziel zu klären, ob die Substitutionsbehandlung oder die primär abstinenzorientierte Behandlung zu günstigeren Verläufen hinsichtlich des Drogenkonsums, der Suchtbehandlung, der Legalbewährung, der sozialen Eingliederung und des Gesundheitszustands bei den Opioidabhängigen nach der Haftentlassung führt. Im Rahmen einer Vorstudie wurden medizinische Mitarbeitende aus 18 bayerischen Justizvollzugsanstalten mittels teilstrukturierter Leitfadeninterviews zur Substitutionspraxis in den Anstalten und zu ihren Einstellungen dazu befragt. Derzeit wird im Rahmen der Hauptstudie mit Gefangenenbefragungen weiteren Fragestellungen zu Auswirkungen der intramuralen Suchttherapie nachgegangen. Aufgrund pandemiebedingter Verzögerungen wurde die Laufzeit der Studie bis 31. März 2023 verlängert. Sodann wird ein Abschlussbericht vorgelegt werden (Bayerisches Staatsministerium der Justiz, 2022).

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 die 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	Abdeckung an Einzelpersonen (% aller Personen in Gefängnissen, in denen Interventionen durchgeführt werden)	JA / NEIN (Besteht die formale Möglichkeit dazu?)	Zahl der Gefängnisse, in denen die Intervention tatsächlich implementiert ist	Kommentare oder Spezifikationen zur angegebenen Intervention
Gesundheitsuntersuchung				
1. Medizinische Untersuchung in den ersten 48 Stunden nach Gefängniseintritt		Ja	K.I.	K.I.
2. Einschätzung über den Drogenkonsum und über drogenbedingte Probleme		Ja	K.I.	K.I.
Entgiftung				
1. Pharmakologisch		Ja	K.I.	K.I.
2. Abstinenz		Ja	K.I.	K.I.
Beratung zu drogenbezogenen Problemen				
1. Individuelle Beratung		Ja	K.I.	K.I.
2. Gruppenberatung /-gespräche		Ja	K.I.	K.I.
3. Gegenseitige Unterstützung unter Peers		Ja	K.I.	K.I.
Stationäre Behandlung				
1. Abstinenz-Abteilung ohne Behandlungskomponente		Ja	K.I.	K.I.

2. Abstinenz-Abteilung		Ja	K.I.	K.I.
3. Therapeutische Gemeinschaft / stationäre Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
Opioid Substitution Therapie (OST, exkl. Entgiftungs-Interventionen)				
1. Fortführung der OST bei Inhaftierung		Ja	K.I.	K.I.
2. Fortführung der OST nach Entlassung		Ja	K.I.	K.I.
3. Beginn der OST nach Inhaftierung		Ja	K.I.	K.I.
Interventionen zu ansteckenden Krankheiten				
1. HIV-Testungen		Ja	K.I.	K.I.
2. Hepatitis-B-Testungen		Ja	K.I.	K.I.
3. Hepatitis-C-Testungen		Ja	K.I.	K.I.
4. Tuberkulose-Testungen		Ja	K.I.	K.I.
5. Hepatitis-B-Impfung		Ja	K.I.	K.I.
6. BCG-Impfung für Tuberkulose				
7. ART-Therapie bei HIV				
8. Hepatitis-C-Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
9. Hepatitis-B-Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
10. Tuberkulose Behandlung		Ja	K.I.	K.I.
11. HIV-Prophylaxe		Ja	K.I.	K.I.
12. Beratung zu HIV/ Hepatitis-B/ Hepatitis-C		Ja	K.I.	K.I.
Interventionen zur Schadensminimierung				
1. Nadel- und Spritzenwechsel		Ja	1	K.I.
2. Desinfektionstabletten / Bleiche		K.I.	K.I.	K.I.
3. Ausgabe anderer steriler Materialien		Ja	K.I.	K.I.
4. Ausgabe von Kondomen		Ja	K.I.	K.I.
5. Ausgabe von Gleitgel		Ja	K.I.	K.I.
6. Schulungen für sicheres Injizieren		K.I.		
7. Schulung und Informationen über sicheres Tätowieren		K.I.		
8. Andere		Ja	K.I.	K.I.
Andere Interventionen				
Drogenbezogene Interventionen zur Vorbereitung auf die Haftentlassung		Ja	K.I.	K.I.

Interventionen für soziale Reintegration (inkl. Wohnen und Beschäftigung)		Ja	K.I.	K.I.
Schulische/ berufliche Bildung				
Prävention von Überdosen		Ja	K.I.	K.I.
Beratung von Überdosen		Ja	K.I.	K.I.
Ausgabe von Naloxon und Schulung		Ja	K.I.	K.I.
Verweis auf externe Drogenhilfeangebote		Ja	K.I.	K.I.
Anbindung mit OST nach Entlassung		Ja	K.I.	K.I.
Anbindung an HIV-Behandlung nach Entlassung		Ja	K.I.	K.I.
Anbindung an Hepatitis-C-Behandlung nach Entlassung		Ja	K.I.	K.I.
Anbindung an Behandlungsangebote für andere ansteckende Krankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis-B) (wenn nötig)		Ja	K.I.	K.I.
Verweis auf Behandlungsangebote für gesundheitsbezogene Probleme (abseits von drogenbezogenen Themen)		Ja	K.I.	K.I.
Verweis auf externe soziale Dienste		Ja	K.I.	K.I.
Andere		Ja	K.I.	K.I.

K.I. = Keine Information
(Expertenmeinung)

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 2022 nur 17 Einrichtungen (2021: 19 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. Das durchschnittliche Alter der Männer mit einer Drogenproblematik, die 2022 Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 28,7 Jahre (2020: 33,7 Jahre). Das durchschnittliche Alter der inhaftierten

Frauen mit einer Drogenproblematik, die im Jahr 2022 Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 23,6 Jahre (2021: 33,2 Jahre). Das Absinken des Durchschnittsalters ist in diesem Fall besonders auffällig und kann unter Umständen darauf zurückzuführen sein, dass andere Anstalten als im letzten Jahr die Daten zugeliefert haben.

Tabelle 4 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	186	13,84%	11	11,83%	197	13,72%
Cannabinoide	499	37,13%	47	50,54%	546	38,02%
Sedativa/Hypnotika	10	0,74%	2	2,15%	12	0,84%
Kokain	96	7,14%	2	2,15%	98	6,82%
Stimulanzien	318	23,60%	20	21,51%	338	23,54%
Halluzinogene	1	0,07%	0	0%	1	0,07%
Multiple/andere Substanzen	243	17,41%	11	11,8%	244	16,99%

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023).

Insassen mit der Hauptdiagnose Cannabinoide nutzten die Gelegenheit für eine intramurale Behandlung mit 38 % am häufigsten, gefolgt von denjenigen mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (24 %).

Tabelle 5 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen, Erstbehandelte

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	29	7,49%	2	4,55%	31	7,19%
Cannabinoide	215	55,56%	24	54,55%	239	55,45%
Sedativa/Hypnotika	4	1,03%	2	4,55%	6	1,39%
Kokain	32	8,27%	1	2,27%	33	7,66%
Stimulanzien	64	16,55%	12	27,27%	76	17,63%
Halluzinogene	0	0%	0	0%	0	0%
Multiple/andere Substanzen	43	11,11%	3	6,82%	46	10,62%

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023).

Unter den in Haft Erstbehandelten haben die Inhaftierten mit der Hauptdiagnose Cannabinoide mit 55,5 % eine intramurale Behandlung am häufigsten in Anspruch genommen.

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

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

Um die Bedarfe und die Sicht der (ehemaligen) Gefangenen in Bezug auf das Übergangsmanagement zu erfassen, führt das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen eine zweimalige schriftliche Befragung der Klient*innen durch – einmal kurz vor der Entlassung und einmal ca. sechs Monate nach der Entlassung. Befragt werden sollen die Personen, die während des halbjährigen Erhebungszeitraums aus einer niedersächsischen Justizvollzugsanstalt zur Bewährung oder in Führungsaufsicht entlassen werden oder die nach der Entlassung Kontakt zu einer Anlaufstelle für Straffällige haben. Neben der Erfassung der Unterstützungsbedarfe und der Inanspruchnahme verschiedener Angebote und Maßnahmen im Rahmen des Übergangsmanagements soll auch untersucht werden, welche persönlichen Ziele sich die Gefangenen für die Zeit nach der Entlassung setzen. Basierend auf den Ergebnissen sollen Stärken sowie Verbesserungsmöglichkeiten des Übergangsmanagements identifiziert werden. Mehr zu diesem Projekt auf: <https://kfn.de/forschungsprojekte/klientinnenbefragung-zum-uebergangsmanagement-in-niedersachsen/> [zuletzt aufgerufen: 22.05.2023].

Studie zur Vermeidung drogeninduzierter Mortalität nach Haftentlassung

Ziel der Studie war es, die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle nach den ersten zwei Monaten nach Haftentlassung zu erheben und zu erarbeiten, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um diese Zahl zu senken. Hierfür wurden eine selektive Literaturrecherche sowie eine Befragung der Landeskriminalämter in 16 Bundesländern durchgeführt, um einen Überblick über die aktuelle Situation in Deutschland zu erhalten. Lediglich zwei Bundesländer konnten Zahlen zu drogeninduzierten Todesfällen bis zu 2 Monaten nach der Haftentlassung übermitteln. Die Daten zeigen, dass die Mortalität nach einer Inhaftierung (max. 2 Monate nach Haftentlassung) in den zwei Bundesländern gering ist und lediglich 1,1 %–3,3 % der drogeninduzierten Todesfälle ausmacht. Sekundärdaten lassen jedoch vermuten, dass der prozentuale Anteil zwischen den Bundesländern stark variiert.

Zwei Wege zur Reduzierung von drogeninduzierten Todesfällen nach Haftentlassung wurden zudem anhand der Literaturrecherche herausgearbeitet:

1. Kontinuität der medikamentengestützten Therapie Opioidabhängiger in Haft und nach Haftentlassung
2. Prävention durch Aufklärung über und Zugang zu Naloxon (Stöver und Michels, 2022).

Planung von Naloxonschulungen in Nordrhein-Westfalen

Die Justizvollzugsanstalten sind über die Möglichkeit der Durchführung von Naloxon-Schulungen in den Anstalten informiert worden. Es ist darüber hinaus geplant, in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit dem Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt am Main eine Schulung von Bediensteten der Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen durchzuführen, damit diese für die Durchführung von Schulungen von Gefangenen befähigt werden (Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen, 2022). Bedienstete der Anstalten sind an drei Schulungsterminen zur Vermittlung der Daten zum Umgang mit Naloxon fortgebildet worden. Diese Bediensteten können in den Anstalten als Multiplikatoren wirken und insofern zu einem Angebot an adäquaten Schulungen beitragen (Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen, 2023).

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 Übergangsmangements 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 WHO aufgrund von Corona

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 Besucher 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.

1.4 Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten

Im Workbook „Best Practice“ (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), 2023) 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 Strafhafte 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 (BÄK), 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

2.1 Notable Trends

Konsum von HHC

Festgestellt wurde vereinzelt der Konsum des bisher noch freiverkäuflichen synthetischen Cannabinoid Hexahydrocannabinol (HHC). Der Konsum der meist flüssigen Substanz geht teils erheblichen physischen und psychischen Auffälligkeiten einher. Durch den relativ unkomplizierten Erwerb als Einweg-E-Zigarette sind das Einbringen und der Handel nur schwer nachvollziehbar (Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz, 2023).

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 2022 89 bestätigte Fälle im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden festgestellt. Die Fälle schlüsseln sich im Einzelnen wie folgt auf (Patzak, 2023):

Erkenntnisse aus Urinproben:

In 39 Fällen konnte durch die toxikologische Untersuchung von Urinproben der Nachweis des Konsums von folgenden synthetischen Cannabinoiden erbracht werden (bei einigen Gefangenen wurden mehrere Stoffe festgestellt):

- 5F-MDMB-PICA (3)
- MDMB-4en-PINACA (8)
- ADB-BINACA (28)
- ADB-HEXINACA (6)
- AB-FUBINACA /FUB-AMB /EMB-FUBINACA (1)
- EDMB-PINACA (1)

Die in den Fällen festgestellten körperlichen Konsumanzeichen ergeben sich im Einzelnen aus der in der Anlage beigefügten Aufstellung. Bei den unterstrichenen Substanzen konnte die Substanz nicht eindeutig festgelegt werden, da bspw. der vorliegende Metabolit von FUB-AMB im Rahmen der Verstoffwechslung aus AB-FUBINACA sowie EMB-FUBINACA gebildet worden sein kann.

Erkenntnisse aus Substanzfunden im Rahmen des Projekts „Drogenerkennung mittels ION-SCAN 600“ in Kooperation mit dem LKA Rheinland-Pfalz:

Bei dem ION-SCAN 600 handelt sich um einen Ionenmobilitätsspektrometer (IMS) der Firma Smith Detection, der dank einer Kooperation mit dem Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz (LKA RLP) in der Lage ist, gängige synthetische Cannabinoide auf einer Vielzahl unterschiedlicher Trägerstoffe zu detektieren. Die IMS-Analyse ist lediglich als hinweisgebendes Verfahren zu werten und muss noch durch ein identifizierendes Verfahren (z. B. GC-MS) in der Kriminaltechnik des LKA RLP bestätigt werden.

In 50 Fällen konnten mit synthetischen Cannabinoiden versehene Trägerstoffe mittels des ION-SCAN 600 festgestellt (z. B. Papierstreifen oder DIN-A4-Blätter) und durch einen Gaschromatographen gekoppelt an einen Massenspektrometer bestätigt werden. Dabei

wurden folgende synthetische Cannabinoide nachgewiesen (bei einigen Asservaten wurden mehrere Stoffe festgestellt).

- 5F-MDMB-PICA (1)
- AB-CHMFUPPYCA (4)
- ADB-BINACA (33)
- ADB-HxINACA (12)
- ADMB-B-5Br-INACA (2)
- CH-PIACA (1)
- JWH-210 (6)

Studien in den Bereichen somatischer und psychiatrischer Komorbidität unter Drogenkonsumierenden in Haft in Berlin

Im Laufe des Jahres 2023 wird der Kriminologische Dienst ein Forschungsprojekt beginnen, welches u.a. auch Erkenntnisse zur somatischen und psychiatrischen Komorbidität unter Drogenkonsumierenden in Haft liefern wird. In dem Projekt sollen durch diagnostische Interviews Daten zur psychiatrischen Morbidität von Gefangenen erhoben werden (erhobene Krankheitsbilder werden u.a. Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Störungen, Phobien/Angst, PTBS, Alkoholkonsum -/sucht und Drogenkonsum -/sucht sein). Im Ergebnis werden Prävalenzen und Behandlungsbedarfe bei Gefangenen festgestellt. Da aus der Literatur eine hohe Rate von Komorbidität bei Diagnosen von Drogenkonsum -/sucht und anderen psychiatrischen Krankheiten hervorgeht, soll die Analyse der Daten aus diesem Projekt die Fragestellung adressieren, inwieweit Gefangene, die Symptome einer psychiatrischen Krankheit zeigen auch Drogen konsumieren (Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz, 2023).

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.

5 QUELLEN UND METHODIK

5.1 Quellen

- Arbeitsgruppe „Drogen- und Suchtpolitik des bayerischen Justizvollzugs“. (2019). Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Rahmen einer Inhaftierung in Bayern [Online]. München: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS). Available: https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/Substitution_Inhaftierung_2019_final.pdf [Accessed 01.09.2023].
- 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 01.09.2023].
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2022). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2022.
- Bögelein, N. (2020). Corona und der Umgang mit Ersatzfreiheitsstrafen - und plötzlich ging alles ganz schnell, Gefängnismedizin Tage 04. und 05. Dezember 2020, Frankfurt.
- Bundesärztekammer (BÄK) (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 01.09.2023].
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2019b). Unter die Haut: Neue Depotspritze zur Substitutionsbehandlung. <https://www.aidshilfe.de/meldung/buvidal-depotspritze-buprenorphin> [Online]. [Accessed 01.09.2023].
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2023). Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022/2023). 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 21.11.2023].
- 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 01.09.2023].

- 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, 501-517.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Jahresauswertung. Alle Bundesländer. Tabellenband für Einrichtungen im Stafvollzug. 5 ZB (ohne EK) - Erstbehandelte., IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Initiative Gesundheit in Haft (2019). "Prison Health is Public Health". 6 Eckpunkte-Papier Haft, Wiesbaden.
- Kamphausen, G., Werse, 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.
- Kepler, K. & Stöver, H. (2020). Forderungen zum Schutz vor SARS-CoV-2 im Justizvollzug. Sucht, 66, 207-211 DOI: 10.1024/0939-5911/a000673.
- Kepler, 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.
- Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“ (2023). Jährliches Fact-Sheet zur stoffgebundenen Suchtproblematik in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten. Stichtagsdaten vom 31.03.2022 zur Konsumeinschätzung, Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“. Berlin.
- 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. Kepler, K. & Stöver, H. (eds.). Thieme, Stuttgart.
- Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen (2022). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2022.
- Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen (2023). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2023, Nordrhein-Westfalen.
- Ministerium der Justiz und für Migration Baden-Württemberg (2022). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2022.
- 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.
- 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 01.09.2023].
- Patzak, J. (2023). Bericht der JVA Wittlich für die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) Erkenntnisse aus dem Jahr 2022. Rückmeldung auf Datenabfrage.
- 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, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), 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.
- Pressereferat des Bundesministeriums der Justiz. (2022). Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 Strafgesetzbuch. Bund-Länder-Arbeitsgruppenbericht veröffentlicht. Available: https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2022_Bericht_Massregelvollzug.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Accessed 01.09.2023].
- 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.
- Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz (2023). Rückmeldung auf Datenabfrage der DBDD 2023
- Senatsverwaltung für Justiz Verbraucherschutz und Antidiskriminierung (2019). Angaben der Justizverwaltungen, Berlin.
- Sipp, W., Neumeier, E., Karachaliou, K., Pfeiffer-Gerschel, T., Tönsmeise, C., Friedrich, M. & Schneider, F. (2019). Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen, DBDD, München.
- 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.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021). 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) (2022). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03.2022, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023). Rechtspflege- Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs, 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.
- Stöver, H. & Michels, I. (2022). Vermeidung drogeninduzierter Mortalität nach Haftentlassung. Das Gesundheitswesen, 84, 1113-1118.
- Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.
- von Glahn-Middelmenne, C. (2023). Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022/2023). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.
- 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://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344154/9789289052870-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed 09.09.2023].

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.⁵

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

Standardmäßig wird für alle Tabellen, bei denen es sich um Einfachwahl-Fragen handelt, ein einrichtungsbezogener Missingwert (= Anteil fehlender Angaben an der Gesamtheit der Angaben für die jeweilige Tabelle) von 33 Prozent oder weniger für die Aufnahme in die Gesamtauswertung vorausgesetzt. Einrichtungen mit einer Missingquote von mehr als 33

⁵ www.suchthilfestatistik.de/ [Letzter Zugriff: 22.05.2023].

Prozent in einer solchen Tabelle werden demnach bei der Zusammenfassung der Daten nicht berücksichtigt und es lässt sich auf diese Weise verhindern, dass die Datenqualität insgesamt durch wenige Einrichtungen mit einem hohen Missingwert 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	5
Tabelle 2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	7
Tabelle 3	Drogenbezogene Interventionen in deutschen Gefängnissen	19
Tabelle 4	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen	22
Tabelle 5	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen, Erstbehandelte.....	22