



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



# DEUTSCHLAND

## Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

### Gefängnis

*Workbook Prison*

Tim Pfeiffer-Gerschel, Lisa Jakob, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou,  
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG (T0)</b> .....	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL (T1)</b> .....	<b>5</b>
1.1	Organisation (T1.1) .....	5
1.1.1	Strafvollzug in Deutschland (T1.1.1) .....	5
1.2	Drogenkonsum und drogenbezogene Probleme unter Inhaftierten (T1.2) .....	6
1.2.1	Prävalenz von Drogenkonsum und problematischem Drogenkonsum (T1.2.1 und T1.2.2) .....	6
1.3	Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis (T1.3).....	7
1.3.1	Nationale Politik oder Drogenstrategie (T1.3.1).....	7
1.3.2	Struktur der drogenbezogenen Behandlungsangebote im Gefängnis (T1.3.2) .....	10
1.3.3	Verfügbarkeit und Angebot von drogenbezogenen Interventionen im Gefängnis (T1.3.3) .....	11
1.3.4	Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis (T1.3.4) .....	13
1.4	Zusätzliche Informationen (T1.3.5).....	14
1.5	Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4 und T1.4.1) .....	14
1.5.1	Qualitätssicherung .....	14
1.5.2	Richtlinien .....	15
1.5.3	Training von Justizvollzugsbeamten.....	17
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN (T4)</b> .....	<b>18</b>
3.1	Zusätzliche Informationsquellen (T4.1).....	18
3.2	Weitere Aspekte (T4.2) .....	18
<b>4</b>	<b>ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)</b> .....	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK (T6)</b> .....	<b>18</b>
5.1	Quellen (T6.1) .....	18
5.2	Methodik (T6.2).....	18

<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>21</b>

## 0 Zusammenfassung (T0)

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

Zum Stichtag 31.03.2014 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 7.144 Personen (13,1 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten ist von 2013 (7.555 Personen, 13,4 % aller Inhaftierten) auf 2014 um 5,4 % gesunken. Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) nach 2014 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 15,5 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 25,4 % gesunken. Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden (insbesondere unter den männlichen Inhaftierten) leicht rückläufig.

Nach §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) kann unter bestimmten Umständen für psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter Maßregelvollzug (MRV) in speziellen Maßregelvollzugskliniken angeordnet werden. Laut einer BMG geförderte Studie ist die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB von 2001 bis 2011 enorm angestiegen.

# 1 Nationales Profil (T1)

## 1.1 Organisation (T1.1)

### 1.1.1 Strafvollzug in Deutschland (T1.1.1)

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

Am 31.03.2014 befanden sich laut der jährlichen Erhebung des Deutschen Statistischen Bundesamts (DeStatis) 54.514 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Von diesen waren 5,7 % (3.095) Frauen und 24,4 % (13.285) Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Statistisches Bundesamt 2015). 68,5 % (37.353) waren ledig, 16,0 % (8.714) verheiratet, 1,3 % (706) verwitwet und 14,2 % (7.742) geschieden. 16,4 % (8.941) der Inhaftierten befanden sich im offenen Vollzug. 0,3 % (163) der Häftlinge nach allgemeinem Strafrecht waren zwischen 18 und 20 Jahre alt, 26,5 % (14.424) zwischen 21 und 29 Jahre, 49,5 % (27.010) zwischen 30 und 49 Jahre und 13,8 % (7.500) waren 50 Jahre alt und älter (Statistisches Bundesamt 2015).

58,0 % (31.607) saßen eine Haftstrafe bis einschließlich 2 Jahren ab, 28,5 % (15.537) eine Haftstrafe mehr als 2 bis 15 Jahren und 3,6 % der Inhaftierten (1.953) hatten eine lebenslängliche Haftstrafe zu verbüßen (Statistisches Bundesamt 2015). Im Jahr 2011 (letztes veröffentlichtes Berichtsjahr) gab es ca. zwölfmal so viele Haftantritte wie Strafgefangene (660.784), davon 17 % (114.596) Erstaufnahmen, und ungefähr gleich viele Abgänge (660.732) (Statistisches Bundesamt 2013).

Eine Übersicht über die Zahl der Justizvollzugsanstalten, deren Belegungsfähigkeit und die tatsächliche Belegung am 31.11.2011 (letztes veröffentlichtes Berichtsjahr) in den einzelnen Bundesländern liefert Tabelle 1. Demnach gab es in Deutschland zu diesem Stichtag 186 organisatorisch selbstständige Anstalten mit insgesamt rund 80.000 Haftplätzen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mit knapp 70.000 Gefangenen zu 87 % ausgelastet waren (Statistisches Bundesamt 2013).

Tabelle 1 Anstalten und Belegungsfähigkeit am 31.11.2011 nach Bundesland

Land	Selbstständige Anstalten	Belegungs-fähigkeit	Tatsächliche Belegung	Belegung in % <sup>1)</sup>
Baden-Württemberg	19	8.171	6.920	85
Bayern	36	12.035	12.218	102
Berlin	8	5.171	4.302	83
Brandenburg	6	2.123	1.350	64
Bremen	1	748	580	78
Hamburg	6	2.406	1.694	70
Hessen	16	6.126	5.136	84
Mecklenburg-Vorpommern	5	1.522	1.342	88
Niedersachsen	12	6.778	5.341	79
Nordrhein-Westfalen	38	18.807	16.637	88
Rheinland-Pfalz	10	3.835	3.258	85
Saarland	2	973	841	86
Sachsen	10	3.682	3.506	95
Sachsen-Anhalt	5	2.487	1.945	78
Schleswig-Holstein	6	1.627	1.308	80
Thüringen	6	2.038	1.721	84
<b>Deutschland (insgesamt)</b>	<b>186</b>	<b>78.529</b>	<b>68.099</b>	<b>87</b>

1) Belegung jeweils in % der Belegungsfähigkeit.

Statistisches Bundesamt 2013.

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

### 1.2.1 Prävalenz von Drogenkonsum und problematischem Drogenkonsum (T1.2.1 und T1.2.2)

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

Zum Stichtag 31.03.2014 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 7.144 Personen (13,1 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs.

14,3 % (442) der inhaftierten Frauen und 3,3 % (161) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) nach 2014 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 15,5 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 25,4 % gesunken (Tabelle 2). Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2008 sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden (insbesondere unter den männlichen Inhaftierten) leicht rückläufig (Statistisches Bundesamt 2015).

Tabelle 2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2014	Inhaftierte N	54.515	51.419	3.096	46.183	2.914	4.729	181	508
	BtMG N	7.144	6.702	442	6.548	434	153	8	1
	BtMG %	13,1	13,0	14,3	14,2	14,9	3,2	4,4	0,2
2013	BtMG %	13,4	13,3	14,9	14,5	15,3	3,4	7,6	0,0
2012	BtMG %	14,0	13,9	15,9	15,2	16,5	3,6	7,5	0,2
2011	BtMG %	14,7	14,7	15,4	16,0	15,8	4,6	10,7	0,2
2010	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2008	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
2007	BtMG %	14,9	14,8	17,4	16,2	15,0	6,2	8,9	0,2
2006	BtMG %	14,8	14,7	18,2	15,7	18,8	6,8	11,4	0

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

Statistisches Bundesamt 2015.

### 1.3 Drogenbezogene Gesundheitsangebote im Gefängnis (T1.3)

#### 1.3.1 Nationale Politik oder Drogenstrategie (T1.3.1)

##### Rechtliche Rahmenbedingungen

In einigen Bundesländern Deutschlands gilt nach wie vor das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) von 1976. Es regelt „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 1 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30. Juni 2006 vom Bundestag beschlossen worden und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen. Das StVollzG wird schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften abgelöst (§ 125a GG), die sich teilweise auf das StVollzG berufen. Ein Teil der Bundesländer hat mittlerweile eigene Landesstrafvollzugsgesetze. Ein weiterer Teil der Bundesländer hat in einer Arbeitsgruppe

aus Vertretern der Justizverwaltungen einen Entwurf für ein einheitliches Strafvollzugsgesetz für den Erwachsenenstrafvollzug vorgelegt, der mittlerweile von einigen Bundesländern verabschiedet wurde. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung galt das StVollzG noch in drei Bundesländern (Berlin, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein). Die Landesgesetze orientieren sich größtenteils am bundesweiten Strafvollzugsgesetz und unterscheiden sich meist nur in einzelnen Details. Beispielsweise richten sich Art und Umfang der Leistungserbringung im Bereich der Gesundheitsfürsorge in allen Bundesländern mit eigenem Strafvollzugsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V).

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

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

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



Aufenthaltsort kann dann die Feststellung zur Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II noch vor der Haftentlassung vornehmen, um Verzögerungen bei der Klärung sozialrechtlicher Fragen im Zusammenhang mit dem Antritt der Reha-Maßnahme zu vermeiden.

### **Andere Interventionen im Strafjustizsystem**

Es gibt auf allen Ebenen der Strafverfahren die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen das Verfahren einzustellen. Häufig sind einige Stunden sozialer Arbeit eine erste staatliche Reaktion auf problematisches Verhalten im Bereich Drogen.

Es gibt eine Reihe weiterer Möglichkeiten, Drogenkriminalität oder auch Beschaffungskriminalität zu verringern. Viele Städte haben sich die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen, Aufenthaltsverbote bzw. Platzverweise für bestimmte Orte an Drogenabhängige auszusprechen, um damit die Bildung von offenen Drogenszenen zu vermeiden<sup>1</sup>.

Auf staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche<sup>2</sup> und Heranwachsende<sup>3</sup>, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dies ist meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen Cannabis handelt.

In fast allen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens zum Einsatz – wie etwa das weit verbreitete Programm “Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD”. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden (für eine Darstellung des Programms FreD siehe auch die REITOX-Berichte der Jahre 2007 und 2008).

### **Alternativen zu Gefängnisstrafen**

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

Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld sowie dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§ 31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Konsumdelikte, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und Dritte nicht beteiligt sind. Die Anwendung dieser Regelungen ist regional recht unterschiedlich, wie eine Studie von Schäfer und Paoli (2006) gezeigt hat. Hinsichtlich der Verfolgung von Konsumdelikten im Zusammenhang mit Cannabis zeichnet sich in letzter Zeit eine

---

<sup>1</sup> Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der Gefahrenabwehr dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

<sup>2</sup> Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

<sup>3</sup> Heranwachsende sind Personen, die zur Zeit der Tat 18 bis unter 21 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Sie können entweder nach allgemeinem oder nach Jugendstrafrecht abgeurteilt werden.

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

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

Die vom BMG geförderte Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends<sup>4</sup>“ wurde bis April 2013 in den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB von 2001 bis 2011 enorm angestiegen ist. Deutlich wurde zudem, dass nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme Drogenabhängige zunehmend einer Bewährungshilfe gemäß §§ 35, 36 BtMG unterstellt werden. Eine reguläre Therapiebeendigung lag bei 50 % aus der § 35 BtMG-Gruppe vor, sie war damit erfolgreicher als die Gruppe ohne diese Auflage mit 43 % regulären Therapiebeendigungen. Eine ausführlichere Darstellung der Studie findet sich im REITOX-Bericht 2013.

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

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

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

<sup>4</sup> <http://www.bmg.bund.de/ministerium/ressortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/verbesserung-von-beratung-behandlung-und-therapie/medizinische-rehabilitation-drogenkranker.html> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

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

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

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Braun et al. 2015). Da dieser Tabellenband für das Berichtsjahr 2014 nur 17 Einrichtungen umfasst (2013: 13 Einrichtungen) und auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei Einrichtungen vorliegen oder maßgeblich beeinflusst werden, sollten die Zahlen mit großer Vorsicht interpretiert werden, da keinerlei Informationen über Selektionsmechanismen für die Beteiligung vorliegen und keine Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität der teilnehmenden Gefängnisse gemacht werden können. Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2014 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 30,2 Jahre (N=1.419) (2013: 30,2 Jahre), das der Frauen 32,3 Jahre (N=49) (2013: 37,5 Jahre). Bemerkenswert ist, dass 81,6 % (2013: 50,0 %) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 21,6 % (2013: 25,3 %) beträgt.

Tabelle 3 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	307	21,6	40	81,6	347	23,6
Kokain	130	9,2	1	2,0	131	8,9
Stimulanzien	591	41,6	3	6,1	594	40,5
Hypnotika/Sedativa	15	1,1	0	0,0	15	1,0
Halluzinogene	6	0,4	0	0,0	6	0,4
Cannabinoide	368	25,9	5	10,2	373	25,4
Multiple/and. Substanzen	2	0,1	0	0,0	2	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>1.419</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>1.468</b>	<b>100,0</b>

Braun et al. 2015.

## **Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten**

Ausführliche Informationen zu Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten in Gefängnissen finden sich im Sonderkapitel 11 des REITOX-Berichtes 2011.

## **Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung**

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie festgestellt, dass der Strafvollzug ein Setting darstellt, das besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Deswegen finden Gespräche mit den Verantwortlichen in den Justizministerien der Bundesländer statt, um z. B. die Substitutionsbehandlung in Haft zu fördern. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar.

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

## **Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung**

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

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

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

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

### 1.3.4 Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis (T1.3.4)

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

Im Jahr 2010 fand das erste Expertengespräch „Heroinvergabe in Haft – neue Herausforderungen und Chancen für den Vollzug“ statt, das von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) organisiert wurde. Es nahmen Mitarbeiter der Gesundheits- und Justizministerien und der Aidshilfen sowie Anstaltsärzte teil. Auslöser für diese Zusammenkunft war, dass die Diamorphinvergabe außerhalb der Haft in die Regelversorgung übergehen sollte. Darum wurde die Ermöglichung einer Vergabe von Diamorphin in Haftanstalten diskutiert. Die Expertenrunde kam zu dem Ergebnis, dass nötige Voraussetzungen hierfür eine Ausweitung der intramuralen Substitutionsbehandlung und eine ausreichende politische Rückendeckung wären. Zusätzlich müsste die Haltung gegenüber Drogenkonsumenten in Haft unter den Bediensteten stärker thematisiert und reflektiert werden. Seit 2011 ist die intramurale Substitution mit Diamorphin in Justizvollzugsanstalten des Landes Baden-Württemberg möglich<sup>5</sup>.

Da nur aus einzelnen Bundesländern detaillierte und relativ alte Informationen vorliegen<sup>6</sup>, kann weder über die aktuelle Situation noch über eine Tendenz bezüglich der Verfügbarkeit

---

<sup>5</sup> Die Verwaltungsvorschrift findet sich unter <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/VwV%20Substitution%20BaWue.pdf> [letzter Zugriff: 29.10.2015].

<sup>6</sup> OST in Haft (nach Bundesländern) wurde in zwei Befragungen durch die DAH in den Jahren 2002 und 2006 erhoben (Knorr 2008).

und den Durchführungsbedingungen von OST in deutschen Justizvollzugsanstalten eine gesicherte Aussage getroffen werden.

#### **1.4 Zusätzliche Informationen (T1.3.5)**

#### **1.5 Qualitätssicherung von drogenbezogenen Angeboten (T1.4 und T1.4.1)**

##### **1.5.1 Qualitätssicherung**

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Institutionen mit der Qualitätssicherung im extramuralen Gesundheitswesen, wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Ärztekammern. Die Kontrolle der Gesundheitsfürsorge in Haft, und damit auch die Sicherstellung der Qualität von drogenbezogenen Angeboten in Gefängnissen, untersteht in Deutschland den Justizministerien. Das deutsche Justizvollzugssystem unterhält ein eigenes gesundheitliches Versorgungssystem, vergleichbar mit dem Gesundheitssystem bei Polizei oder Bundeswehr (Stöver 2006). Das bedeutet für die Patienten innerhalb dieser Systeme, im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, gewisse Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, beispielsweise besteht für Inhaftierte nicht die Möglichkeit einer freien Arztwahl.

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

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

Als ein externer Gutachter fungiert der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT). Im diesbezüglichen Europäischen Übereinkommen wird der regelmäßige Besuch von Einrichtungen des Freiheitsentzugs geregelt (European Commission 2002). Der vorletzte Besuch des CPT in Deutschland fand zwischen dem 20. November und dem 2. Dezember 2005 statt (CPT 2006). In seinem Rahmen wurden 17 Einrichtungen besucht, Aussagen des CPT-Berichts im Zusammenhang mit „Gesundheitsversorgung“ beruhen dabei nur auf 3 Einrichtungen. Bemängelt wurde vor allem, dass den Gefangenen nicht in ausreichendem Maße Allgemeinmediziner zur Verfügung standen. Nach Meinung des CPT sollte für je 300

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

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

### 1.5.2 Richtlinien

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

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

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

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

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

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

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



beseitigt werden. Gefährdet dieser Beikonsum die Substitution, ist der Entzug der zusätzlichen psychotropen Substanz einzuleiten.

### **1.5.3 Training von Justizvollzugsbeamten**

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

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

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

## **2 Neue Entwicklungen (T3)**

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

### **3 Zusatzinformationen (T4)**

#### **3.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)**

Es liegen keine weiteren Informationsquellen vor.

#### **3.2 Weitere Aspekte (T.4.2)**

Es liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten vor.

### **4 Anmerkungen und Anfragen (T5)**

N/A.

### **5 Quellen und Methodik (T6)**

#### **5.1 Quellen (T6.1)**

Einzelne Quellen werden unter Punkt 6 (Bibliographie) aufgeführt.

#### **5.2 Methodik (T6.2)**

Die Methodik der einzelnen aufgeführten Publikationen ist ausführlich in den jeweiligen Veröffentlichungen beschrieben (s. Punkt 6 Bibliographie für Quellenangabe).

## 6 Bibliographie

- BÄK (Bundesärztekammer) (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- BMJ (Bundesministerium der Justiz) (Hrsg.) (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatoren Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008. Berlin.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015). Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- CPT (Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) (2006). Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland vom 20.November bis 2. Dezember 2005. Nichtamtliche Übersetzung aus dem Englischen. CPT, Straßburg.
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2010). CPT standards, Strasbourg.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2010). Pressemitteilung: Drogentod nach Haftentlassung [online]. Verfügbar unter: <http://k.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/pressemitteilung-drogentod-nach-haftentlassung> [letzter Zugriff: 29-10-2015].
- Drogen- und Suchtrat (2013). Beschluss des Drogen- und Suchtrats. Sozialrechtliche Statusklärung als Grundlage für die Gewährleistung des KV-Schutzes Haftentlassener [online]. Verfügbar unter: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Downloads/Beschlusspapier\\_UEbergangsmanagement\\_Haft.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Downloads/Beschlusspapier_UEbergangsmanagement_Haft.pdf) [letzter Zugriff: 29-10-2015].
- European Commission (2002). Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe [online]. Verfügbar unter: <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/126.htm> [letzter Zugriff: 29-10-2015].
- fdr (Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V.) (2013). Empfehlung des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. für ein Übergangsmanagement bei Suchtkranken im Justizvollzug. fdr, Berlin.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction 107 (3) 501-517.
- Justizministerium Baden-Württemberg (2011). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 - Az.: 4550/0495. Die Justiz 2011.

- Justizministerium NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein (Hrsg.) (2010). Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft. Düsseldorf.
- Kastelic, A., Pont, J. & Stöver, H. (2008). Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. BIS-Verlag, Oldenburg.
- Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B. & Reimer, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53 (2/3) 233-244.
- Meier, B.-D. (2009). Äquivalenzprinzip. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), S. 73-84. Thieme, Stuttgart.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1982). Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [online]. Verfügbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx> [letzter Zugriff: 29-10-2015].
- Reber, B. (2011). Gesundheitsberichterstattung 2010 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot, Berlin.
- Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D. & Reimer, J. (2009). Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 5 (1) 39-44.
- Statistisches Bundesamt (2013). Rechtspflege. Ausgewählte Zahlen für die Rechtspflege 2012. Fachserie 10, Reihe 1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. - 2014. Fachserie 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, 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. (Hrsg.), S. 19-44. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Stöver, H. (2010). Leitlinien für die Substitutionsbehandlung in Haft [online]. Verfügbar unter: <http://www.subletter.de/content/leitlinien-f%C3%BCr-die-substitutionsbehandlung-haft> [letzter Zugriff: 29-10-2015].
- Wiegand, C., Weilandt, C., MacDonald, M., Popov, I., Purvlice, B., Pavlovska, L., Parausanu, E. & Dobrota, S. (2011). Schadensminderung im Justizvollzug. Ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n. Bonn.
- WHO (World Health Organization) (2003). Prison Health as part of public health. Declaration. Moskau.

## **7 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	Anstalten und Belegungsfähigkeit am 31.11.2011 nach Bundesland .....	6
Tabelle 2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte .....	7
Tabelle 3	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen .....	11