

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ – „Health Promotion in Prisons“

Herausgegeben von Heino Stöver und Jutta Jacob

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein angemessenes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können.“ Diese Gedanken leiten die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ein, die 1986 von einer internationalen Konferenz verabschiedet wurde. Versucht man den Leitgedanken der Ottawa-Charta, die Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit, auf den Strafvollzug zu beziehen, stößt man schnell an Grenzen der Übertragbarkeit: Äußere Beschränkungen, Fremdbestimmungen, eingeschränkte Rechte prägen das Leben und die gesundheitliche Lage der Gefangenen.

Mit der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ wollen wir Beiträge veröffentlichen, die innovative gesundheitspolitische Anregungen für den Justizvollzug geben und gesundheitsfördernde Praxisformen des Vollzugsalltags vorstellen.

Außerhalb des Vollzugs bewährte Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen werden auf ihre Relevanz zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Inhaftierter hin überprüft und auf die Bedingungen des Justizvollzugs bezogen.

Letztendlich kann nur eine größere Transparenz und Durchlässigkeit des Systems „Justizvollzug“ dazu beitragen, individuelle gesundheitsorientierte Potenziale Gefangener anzuregen und zu fördern.

Die HerausgeberInnen

Simone Eder

**Beratung, Betreuung und
Behandlung Drogenabhängiger
im Justizvollzug**

Band 22



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Oldenburg, 2012

Verlag / Druck / Vertrieb

BIS-Verlag
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Postfach 2541
26015 Oldenburg

E-Mail: bisverlag@uni-oldenburg.de
Internet: www.bis-verlag.de

ISBN 978-3-8142-2268-4

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	9
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	17
Danksagung	19
Vorwort	21
1 Drogenabhängige und ihre konsumspezifischen Problematiken	23
1.1 Abhängigkeit und Entzug	23
1.2 Psychische Langzeitfolgen und Begleiterscheinungen	24
1.3 Körperliche Langzeitfolgen und Begleiterscheinungen	27
1.4 Soziale Begleiterscheinungen	35
1.4.1 Lebensbedingungen	35
1.4.2 Drogendelinquenz	36
1.4.3 Soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung	42
1.5 Drogentodesfälle	44
2 Der Justizvollzug in Deutschland	49
2.1 Das Gefängnis als eine totale Institution	49
2.2 Die Untersuchungshaft	51
2.2.1 Rechtliche Grundlagen	51
2.2.2 Vollzug der Untersuchungshaft	53

2.3	Der Strafvollzug	57
2.3.1	Rechtliche Grundlagen, Ziele und Grundsätze	57
2.3.2	Planung des Vollzuges	61
2.3.3	Vollzugsformen	63
2.3.4	Haftentlassung	68
2.4	Mitarbeiter in der Justizvollzugsanstalt	70
2.4.1	Sozialstab	70
2.4.2	Externe Mitarbeiter	76
3	Lebenslagen inhaftierter Drogenabhängiger	81
3.1	Epidemiologie und Deliktstruktur der Drogendelinquenz	81
3.2	Soziale Stellung in der Justizvollzugsanstalt	88
3.3	Auswirkungen des Stigmas Drogensucht auf den Haftalltag	90
3.4	Drogenkonsum in der Justizvollzugsanstalt	95
3.4.1	Schwarzmarkt	95
3.4.2	Konsumverhalten	97
3.4.3	Gesundheitliche Risiken	99
3.4.4	Drogentodesfälle während und nach der Haft	101
3.5	Sexualkontakte während der Inhaftierung	104
3.6	Weitere Risikofaktoren im Haftalltag	107
4	Beratung, Betreuung und Behandlung inhaftierter Drogenabhängiger	111
4.1	Beratung und Betreuung durch externe Mitarbeiter	112
4.1.1	Beratung durch externe Fachkräfte	113
4.1.1.1	Medizinische und gesundheitliche Belange	118
4.1.1.2	Lebensweltnahe Beratung	123
4.1.1.3	Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit	127
4.1.1.4	Entlassungsvorbereitung	130
4.1.1.5	Gruppenarbeit und Gruppenangebote	138
4.1.2	Betreuung durch Ehrenamtliche	140
4.2	Therapieregelungen im Strafrecht	141
4.2.1	„Therapie statt Strafe“	141
4.2.1.1	Gesetzliche Regelungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	142
4.2.1.2	Möglichkeiten gemäß §§ 57, 57a StGB	153
4.2.1.3	Aktuelle problematische Entwicklungen	155

4.2.2	Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB	158
4.3	Medizinische Behandlung	164
4.3.1	Arzt-Patienten-Verhältnis	164
4.3.2	Grundlegende Gesundheitsversorgung	170
4.3.3	Zahnärztliche Versorgung	179
4.3.4	Behandlung von Infektionskrankheiten	181
4.3.4.1	Tuberkulose	181
4.3.4.2	Hepatitis	184
4.3.4.3	HIV	186
4.3.5	Entzugsbehandlung	192
4.3.6	Substitution	195
4.3.6.1	Substitutionsbehandlung	196
4.3.6.2	Problemfelder der Substitutionsbehandlung	202
4.3.6.3	Psychosoziale Betreuung	212
4.3.6.4	Exkurs: Originalstoffvergabe	216
4.4	Harm Reduction	227
4.4.1	Infektionsprophylaxe	228
4.4.1.1	Testverfahren	229
4.4.1.2	Hepatitis-Impfung	233
4.4.1.3	Safer Work beim Tätowieren und Piercen	235
4.4.1.4	Safer Sex	238
4.4.1.5	Safer Use	242
4.4.1.6	Spritzenvergabe	252
4.4.2	Drogennotfalltraining	261
4.5	Drogenfreie Zonen	266
4.6	Peer-Support	268
5	Fazit	272
	Literaturverzeichnis	274

Abkürzungsverzeichnis

AG	Amtsgericht
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom (erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
akzept e.V.	Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
AMG	Arzneimittelgesetz
AMVV	Arzneimittelverschreibungsverordnung
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, BAS Unternehmensgesellschaft (haftungsbeschränkt)
BAS e.V.	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (Gesellschafter der BAS)
BayStVollzG	Bayerisches Strafvollzugsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGH	Bundesgerichtshof
BKA	Bundeskriminalamt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BOPST	Bundesopiumstelle (innerhalb des BfArM)
BR	Bundesrat

BT	Deutscher Bundestag
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BUB-Richtlinien	Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger
buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
BWA	Bewertungsausschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BZRG	Bundeszentralregister (Gesetz über das Zentralregister und das Erziehungsregister)
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe)
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
dkfz	Deutsches Krebsforschungszentrum
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention

ENDIPP	European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (Europäisches Netzwerk zu Drogen- und Infektionsprävention im Gefängnis)
ENDSP	The European Network of Drug Services in Prison
ENV	Europäischer Normvorschlag
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
HessLSG	Hessisches Landessozialgericht
HIV	Human Immunodeficiency Virus (menschliches Immunschwäche-Virus)
HmbStVollzG	Hamburgisches Strafvollzugsgesetz
HRC	Harm Reduction Coalition
HStVollzG	Hessisches Strafvollzugsgesetz
ICD-10	International Classification of Diseases, Tenth Revision (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IFT	Institut für Therapieforschung
IHRA	International Harm Reduction Association
JES	Junkies, Ehemalige, Substituierte – Bundesweites Drogenselfhilfenetzwerk
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JVA	Justizvollzugsanstalt
JVollzGB	Justizvollzugsgesetzbuch (Baden-Württemberg)
KBS	Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe
LAG Sozialdienste JVA Bayern	Landesarbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter, Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen bei den Justizvollzugsanstalten in Bayern
LAGFW	Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bayern

LG	Landgericht
LKA	Landeskriminalamt
LKA NRW	Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen
MVV-RL	Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (früher BUB-Richtlinie) – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung
NA	Narcotics Anonymous (Selbsthilfe-Gemeinschaft)
NJVollzG	Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht
OLG	Oberlandesgericht
OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
PDV	Polizeidienstvorschrift
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PREMOS	Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments (Prädiktoren, Moderatoren und Ergebnisse der Substitutionsbehandlung)
ProstG	Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten
PSB	Psychosoziale Betreuung
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt
StGB	Strafgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission
StMJV	Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

StPO	Strafprozessordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
ÜEA-Richtlinie	Bundeseinheitliche Richtlinie für Überfall- und Einbruchmeldeanlagen mit Anschluss an die Polizei
U-Haft	Untersuchungshaft
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung)
UVollzO	Untersuchungshaftvollzugsordnung
VGH	Verwaltungsgerichtshof
VV	Verwaltungsvorschriften
WIAD	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZfStrVo	Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (bis 2007)
ZIS	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Risikoverhalten	30
Abb. 2:	HIV-Erstdiagnosen seit 2001 über den Infektionsweg intravenöser Drogenkonsum (IVD) (Prozentwerte)	31
Abb. 3:	HIV-Erstdiagnosen seit 2001 über den Infektionsweg intravenöser Drogenkonsum (IVD) (absolute Zahlen)	32
Abb. 4:	Drogendelinquenz	38
Abb. 5:	Drogentodesfälle in Deutschland von 1973 bis 2010	46
Abb. 6:	Gefangene im geschlossenen und offenen Vollzug zum 30. November 2010	64
Abb. 7:	Rauschgiftkriminalität 2010	83
Abb. 8:	Konsumdelikte von 2001 bis 2010 (nach ausgewählten Substanzen)	84
Abb. 9:	Handelsdelikte von 2001 bis 2010 (nach ausgewählten Substanzen)	85
Abb. 10:	Direkte Beschaffungskriminalität von 2001 bis 2010	86
Abb. 11:	Direkte Beschaffungskriminalität 2010	86
Abb. 12:	Kenntnisse über wirksamen Schutz vor HIV	106
Abb. 13:	Allgemeines Risikoverhalten im Gefängnis	107
Abb. 14:	Anliegen und Probleme von Gefangenen	122
Abb. 15:	Nützlichkeit (sehr hilfreich) von individuellen Beratungszielen für Männer mit Drogenproblemen in der U- und Strafhaf	125
Abb. 16:	Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG bei männlichen Gefangenen von 2006 bis 2011	147
Abb. 17:	Erledigte Verfahren durch Einstellung mit Auflage nach § 37 Abs. 1 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG im Jahr 2010	152
Abb. 18:	Untergebrachte Männer in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB zum Stichtag 31.03.2011	162
Abb. 19:	Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität in Haft	177
Abb. 20:	Kenntnisse über bestehende Impfmöglichkeiten	234

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Aufgeklärte Fälle 2010 im gesamten Bundesgebiet verübt von Konsumenten harter Drogen	88
Tab. 2:	Zugang zu Kondomen	240
Tab. 3:	Reinigung und Desinfektion von Spritzen und Nadeln	244
Tab. 4:	Zubehör – Verwendung, (Infektions-)Gefahren und Schutzmaßnahmen	248
Tab. 5:	Erkenntnisse aus Projekten zur Spritzenvergabe in Haftanstalten	256
Tab. 6:	Spritzenumtausch-Programme	258

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Personen bedanken, die mich bei der Erarbeitung dieses Bandes unterstützt haben:

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Heino Stöver für die Ermöglichung dieser Publikation und den fachlichen Austausch.

Ich bedanke mich bei meinen Kolleginnen Kerstin Wenz (vormalige Beyer), Alexandra Fischer, Tanja Könies, Kerstin Shimura und Susanne Schmidt für die fachlichen Diskussionen. Meinem Chef, Ottmar Stadtmüller, danke ich für die hilfreichen Anregungen.

Bei meinen Eltern und meinem Lebenspartner möchte ich mich für ihre Geduld und ihre Unterstützung in jeglicher Hinsicht bedanken.

Hinweis:

Im folgenden Text wurde zur besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet, die jeweils unter der männlichen Form substituiert wurde. Eine Ausnahme stellt die Bezeichnung für die im Justizvollzug inhaftierten Menschen dar, da sich hier ausschließlich mit inhaftierten männlichen Drogenkonsumenten befasst wird. Wenn speziell Frauen gemeint sind, wird dies durch die weibliche Form deutlich gemacht.

“... Sometimes I think this whole world
Is one big prison yard
Some of us are prisoners
The rest of us are guards ...”
(Bob Dylan, “George Jackson”, 1971)

Vorwort

Drogenabhängige Gefangene machen einen Anteil von etwa 30–40% an der Gesamtpopulation der Gefangenen in Deutschland aus. Auch andere substanzbezogene Störungen sind in Haft stark überrepräsentiert (v.a. bzgl. Alkohol und Tabak). Während in Freiheit in den letzten dreißig Jahren erhebliche Fortschritte in der Suchtmedizin, Infektiologie und den psycho-sozialen Interventionen gemacht worden sind, lassen sich diese Entwicklungen in Haft trotz weiter Verbreitung abhängiger und missbräuchlicher Konsummuster nicht in gleicher Weise wiederfinden. Während in Freiheit eine erhebliche Diversifizierung des Hilfesystems stattgefunden hat, setzt man im Strafvollzug immer noch vorwiegend auf die zentrale Strategie der Abstinenz. Insbesondere der Zugang zu bewährten und anerkannten Beratungs-/Behandlungs- und Unterstützungsmethoden in Haft ist im Vergleich zur Situation in Freiheit in manchen Bereichen der Suchtkrankenversorgung völlig unzulänglich (v.a. Pharmakotherapie, Infektionsprophylaxe). Evidenzbasierte Kernstrategien zur Behandlung der Opioidabhängigkeit (wie Substitutionsbehandlung) werden in vielen Haftanstalten entweder erst mit einem Zeitverzug von vielen Jahren eingeführt, sind nicht flächendeckend, oder in manchen Bundesländern gar nicht existent. Dies führt zu Behandlungsungleichheiten und -diskontinuitäten mit z.T. erheblichen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status in und nach der Haft (v.a. drogenbezogene Mortalität).

Die in diesem Band zusammengestellten Ergebnisse verdeutlichen – anhand der Beispiele zur suchtmmedizinischen, infektiologischen und beraterischen Versorgungssituation für drogenabhängige Gefangene – die strukturellen Probleme und Schwierigkeiten, die aus dem von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entkoppelten Parallelsystem intramuraler Gesundheitsversorgung entstehen. Kernprobleme dieses Parallelsystems bleiben das Herausfallen der Gefangenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der Wegfall der freien Arztwahl, damit verbundene Probleme des Misstrauens gegenüber dem Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht und der Vertraulichkeit des Umgangs

mit sensiblen Daten und der erhebliche Zeitverzug in der Einführung von State of the Art Medizin. Insbesondere der Zugang zu erprobten, bewährten und anerkannten Hilfe- und Behandlungsmethoden in Haft ist im Vergleich zur Situation in Freiheit in manchen Bereichen der Suchtkrankenversorgung völlig unzulänglich.

Modelle einer Überwindung der sicherheitsorientierten Anstaltsmedizin mit dem strukturellen Problem dualer Loyalitäten und einer Umorganisation der Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung vom Ministerium der Justiz zu den Gesundheitsministerien zur besseren Einhaltung des Äquivalenzprinzips, werden gerade stark diskutiert (Pont et al. 2012a).

Der vorliegende Band befasst sich ausführlich und gründlich mit dem Äquivalenzprinzip, nämlich damit, wie innovative und klientenorientierte Modelle der gesundheitlichen Ressourcenansprache und -stärkung in den Justizvollzug realisiert werden können: Peer-Support, Spritzen-/Kondomvergabe, Naloxon-Mitgabe sind neben der Opioidsubstitutionsbehandlung entscheidende Strategien, um Mortalität und Morbidität Drogenabhängiger v.a. nach Haftentlassung zu thematisieren und zu senken. Es geht insgesamt um eine Stärkung der Selbsthilfepotenziale, darum, im Sinne der Ottawa-Charta, Gefangenen (wieder) mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen.

Die Autorin gibt einen umfassenden Überblick über die Lebenslage inhaftierter Drogenabhängiger und entsprechender (notwendiger) Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsmethoden. Das Buch sollte allen, die in Haft arbeiten (wollen), die von außerhalb mit Häftlingen Kontakt haben sowie allen Fachkräften auf unterschiedlichen Ebenen des Justizvollzuges in die Hand gegeben werden. Es bietet eine fundamentale Orientierung über Risikoverhalten der Gefangenen, Risikostrukturen des Justizvollzuges, methodische Ansätze, rechtliche Grundlagen, organisatorische Gestaltung der Hilfen und anstaltsbedingte Problembereiche adäquater Hilfen!

Eine wirkliche Bereicherung dieser Schriftenreihe!

Frankfurt am Main, 30. Mai 2012

Heino Stöver

„While we have prisons it matters little which of us occupy the cells.
The most anxious man in a prison is the governor.“
(George Bernard Shaw (1856–1950): *“Man and Superman”*, 1903)

1 Drogenabhängige und ihre konsumspezifischen Problematiken

„Drogen bringen Ersatz, nie Befriedigung. Die Tatsache, daß etwas ersetzt werden muß, sagt, es hat etwas gefehlt.“
(Ute Lauterbach *1955, „Spielverderber des Glücks“)

1.1 Abhängigkeit und Entzug

Konkret wird bei Personen von Drogenabhängigkeit gesprochen, wenn ein Zustand physischer und/oder psychischer Abhängigkeit vorliegt, der durch einen regelmäßigen oder andauernden Konsum von illegalen Substanzen¹ entstanden ist. Die Eigenschaften eines solchen Zustandes variieren je nach Art der Droge und müssen immer verdeutlicht werden, indem der jeweilige Typ der Drogenabhängigkeit in jedem spezifischen Fall bestimmt wird. (z.B. Morphin-Typ, Amphetamin-Typ). (Vgl. Eddy et al. 1965, S. 722) Im ICD-10 werden unter F1x² die verschiedenen Typen der Abhängigkeit aufgelistet und das Problem durch eine zusätzliche Verschlüsselung genauer charakterisiert. Das Abhängigkeitssyndrom ist unter F1x.2 erfasst und enthält Kriterien, anhand derer eine Abhängigkeitsdiagnose gestellt werden kann.³ Allerdings liegt eher selten eine reine Abhängigkeit von einer einzigen Substanz vor. Poser und Poser (1996, S. 204) gehen in der heutigen Drogenszene meistens von polytoxikomanen Konsummustern aus (Mischkonsum).

Der Abhängigkeitsbegriff differenziert zwischen der psychischen und physischen Abhängigkeit. Die psychische Abhängigkeit wird von allen Substanzen verursacht und definiert sich durch das starke innere Bedürfnis zum fortwäh-

1 Illegale Substanzen nach Anlage I-III zu § 1 Abs. 1 BtMG: nicht verkehrsfähige, verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige sowie verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel
2 Das „x“ steht für die Zahlen „0-9“, die jeweils einer bestimmten Substanz zugeordnet sind.
3 Siehe dazu Wittchen/Argandoña 2000

renden Konsum sowie zur Beschaffung einer Droge, damit ein erhoffter Effekt erlangt sowie ein Bedürfnis gestillt werden kann. Dagegen wird die körperliche Abhängigkeit nur von bestimmten Suchtmitteln verursacht (bspw. Benzodiazepine, Opioide) und tritt nie alleine auf. Aufgrund der Integration der Substanz in den Zellstoffwechsel gewöhnt sich der Körper durch den permanenten Konsum an die Droge und verlangt immer schneller nach einer neuen und höheren Dosis (Toleranzentwicklung). (Vgl. Thamm/Katzung 1994, S. 18 f.)

Die Reduktion der Dosis oder das Absetzen einer Droge kann nach dauerhaftem und ständigem Substanzkonsum Entzugerscheinungen psychischer sowie physischer Art hervorrufen, die sehr wohl ein schweres Ausmaß annehmen und sogar eine Bedrohung für das Leben darstellend können.⁴ Unterschieden wird zwischen den Reboundphänomenen (= die Substanz wird genutzt, um die Symptome zu beseitigen, die jedoch nach dem Absetzen der Substanz erneut auftreten) und den echten Entzugssymptomen (= der Körper erzeugt neue Symptome, die vor Beginn des Substanzkonsums nicht bestanden haben und nach zeitweiligem oder langjährigem Konsum beim Absetzen der Droge erstmals erscheinen). (Vgl. Köhler 2000, S. 28) Überwiegend stellen die Symptome eines Drogenentzugs das Gegenteil von denen einer Intoxikation dar (vgl. Poser/Poser 1996, S. 22). Bei einer körperlichen Abhängigkeit werden die Entzugssymptome als eine psychisch unbeeinflussbare Erkrankung charakterisiert (mit Konsumzwang sowie Beschaffungsdruck). Eine rein psychische Abhängigkeit hingegen verursacht beim Absetzen der Droge keine charakteristischen (physischen) Entzugssyndrome. (Vgl. Thamm/Katzung 1994, S. 18 f.) Hier sind die Symptome eher vielfältig und es ist schwer zu differenzieren, ob es sich um Entzugssymptome, psychische Symptome oder um Reboundphänomene handelt. Bei Kokain wird beispielsweise von psychovegetativen Beschwerden ausgegangen (z.B. Depressionen, Craving, Müdigkeit, Erschöpfung, allgemeine Verstimmung, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen), dem „crash“ (vgl. Soyka 1998b, S. 67).

1.2 Psychische Langzeitfolgen und Begleiterscheinungen

Der Konsum von illegalen Drogen verursacht nicht nur eine psychische Abhängigkeit, sondern auch andere psychiatrische Folgen und Krankheiten. Mög-

4 Übersicht zu Entzugssymptomen siehe bspw. Köhler 2000, Soyka 1998a, DHS-Faltblattserie: Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Suchstoffe (das Infomaterial kann kostenlos unter www.dhs.de bestellt werden)

liche Ursachen dafür sind die Wirkung der Droge selbst, latente oder bereits bestehende psychische Probleme und das Leben in der illegalen Szene. Aufgrund der meist polytoxikomanen Konsummuster in der heutigen Drogenszene überlappen oder beeinflussen sich die Wirkungsweisen sowie die langfristigen Folgen der verschiedenen Suchtstoffe, besonders in Bezug auf die psychische Komponente.

Infolge des langjährigen Drogenkonsums sowie durch das belastende Leben in der Drogenszene (bspw. Beschaffungsdruck, Kriminalisierung, Marginalisierung) kann sich die Persönlichkeit der Konsumenten nachhaltig verändern. Charakteristisch sind Defizite in der Wahrnehmung, im Denkvermögen, in affektiven Bereichen sowie auf sprachlicher Ebene. Aber auch sozialer Rückzug bis hin zu Apathie, emotionaler Abstumpfung sowie Einseitigkeit, mangelnde Zielgerichtetheit, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit und Aggressivität sind kennzeichnend für Persönlichkeitsveränderungen. Besonders betroffen sind Mehrfachabhängige und Cannabis-Konsumenten. In Bezug auf Cannabis wird vom amotivationalen Syndrom gesprochen. (Vgl. Ladewig 2000, S. 265 f.) Kleiber und Kovar (1998, S. 184 ff.)⁵ schließen hier allerdings nicht aus, dass die Gründe für die demotivierte Verfassung eventuell in der primären Persönlichkeitsstruktur liegen und die Betroffenen mit dem Konsum von Cannabis einen Versuch der Selbstmedikation vornehmen.

Neben Persönlichkeitsveränderungen stellen psychische Störungen eine Konsequenz des Drogenkonsums dar. Auslöser sind häufiger Substanzen, die eine rein psychische Abhängigkeit verursachen (z.B. Kokain, Amphetamine, Cannabis und Halluzinogene). Allerdings konnte wissenschaftlich noch nicht sicher geklärt werden, ob der Konsum nun direkt der Auslöser (Droge als Trigger von latenten Störungen), die Ursache (Droge als Entstehungsfaktor) oder die Folge⁶ (Selbstmedikation) von psychischen- und Verhaltensstörungen (v.a. Psychosen) ist. Neuere Forschungen ergeben, dass psychische Erkrankungen zumeist vor dem Drogenkonsum bestehen. Wenn bereits in jungen Jahren mit dem Substanzkonsum begonnen wurde oder dieser stetig über eine längere Zeit hinweg fortgesetzt wird, ist von einer negativeren Prognose bei psychischen Störungen auszugehen. (Vgl. EBDD 2004, S.1) Es können affektive (en-

5 Kleiber, Dieter; Kovar, Karl-Artur (1998): *Auswirkungen des Cannabiskonsums: Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH. Zitiert nach Köhler 2000, S. 151.

6 Dazu Krausz 1999 „Korbidität von psychischen Störungen und Sucht“ sowie Krausz/Lambert 2000 „Psychische Störungen als Risikofaktoren für süchtiges Verhalten“

dogene) Störungen (ICD-10 F3x; z.B. manisch-depressive Psychose), Neurosen (ICD-10 F4x; z.B. Angststörung, Zwangsstörung), Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60-F62; z.B. schizoide-, Borderline-Persönlichkeitsstörung) sowie amnestische Syndrome (ICD-10 F1x.6) auftreten (vgl. Tretter 2000, S. 179 f.). Zu den weitreichenden psychischen Folgen zählt ebenfalls die drogeninduzierte Psychose (ICD-10 F1x.5). Die psychotische Störung tritt in aller Regel während oder direkt nach dem Konsum von Drogen auf und wird sowohl durch Wahnvorstellungen (z.B. paranoide Gedanken, Verfolgungswahn), Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen (akustischer, optischer, taktiler Art), psychomotorische Störungen (z.B. Erregung oder Stupor) als auch abnorme Affekte (z.B. intensive Angst bis zur Ekstase) charakterisiert. (Vgl. Wittchen/Argandoña 2000, S. 25)

Im Kontext der Psychopathologie wird bei Drogenabhängigen auch von Komorbidität bzw. Doppeldiagnosen gesprochen. Die WHO (1994, S. 36) definiert dieses Krankheitsbild als ein Vorliegen von einer psychoaktiven substanzbedingten Störung und zugleich weiterer psychiatrischer Störungen. Wissenschaftlich fundierte Studien dokumentieren, dass bei ca. 80% aller drogenabhängigen Patienten gleichzeitig psychische Störungen diagnostiziert werden. Als Hauptdiagnosen bei komorbiden Störungsbildern von Konsumenten problematischer Substanzen kristallisieren sich Persönlichkeitsstörungen (50–90%), Depressions- und Angstzustände (20–60%) sowie psychotische Störungen (15–20%) heraus. (Vgl. WHO 2004, S. 2 f.) Darüber hinaus ist das Suizidrisiko bei Konsumenten illegaler Substanzen erhöht. Das Bundeslagebild 2010 des BKA zur Rauschgiftkriminalität zeigt, dass 4,9%⁷ der Drogentoten an einem Suizid gestorben sind (vgl. BKA 2011b, S. 27). In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg (BADO e.V.) für das Jahr 2010 wurden Daten zu Suizidversuchen von Drogenkonsumenten erfasst. Diese besagen, dass 32,1% der Opiatkonsumenten (bzw. 28,3% der männlichen Opiatkonsumenten) mindestens einen Suizidversuch in ihrem Leben unternommen haben. (Vgl. Martens et al. 2011, S. 105)

7 In der Statistik „Rauschgifttote nach Todesursachen 2010 – Länderabfrage“ (vgl. BKA 2011b, S. 27) sind Mehrfachnennungen möglich. Somit kann die Gesamtzahl der Einzelauflistungen (Überdosis nach Droge, Suizid, Langzeitschäden usw.) höher sein, als die Gesamtzahl der erfassten Drogentodesfälle, wodurch die Prozentzahl minimal variiert. Trotz der Mehrfachnennungen in den Rubriken „Überdosis“ (verschiedener Rauschgift-Arten) und „Suizid“ kann davon ausgegangen werden, dass die angegebene Prozentzahl in etwa anzunehmen ist: Ein Suizid, auch wenn dieser zusätzlich als Überdosis kategorisiert wird, bleibt ein Suizid.

1.3 Körperliche Langzeitfolgen und Begleiterscheinungen

Körperliche Langzeitfolgen und Begleiterscheinungen werden durch verschiedene Faktoren verursacht: Sei es unmittelbar durch die Substanz, die Applikationsform, die illegalen Umstände des Konsums, die Lebensweise in der Drogenszene oder die aus den Lebensumständen folgenden erschwerten sozialen Bedingungen. Die Spannbreite erstreckt sich bis hin zu Risikofaktoren, deren negative gesundheitliche Auswirkungen die Ursache für schwere chronische Krankheiten und die erhöhte Mortalitätsrate bei Drogenabhängigen darstellen, besonders bei intravenösem Substanzkonsum. Erschwerend kommt der problematische Zugang zum medizinischen Hilfesystem hinzu. Eine ärztliche Behandlung erfolgt größtenteils nicht, oder erst zu spät.

Bei längerem Konsum illegaler Substanzen treten Einschränkungen der kognitiven Funktionen auf, die nicht unbedingt irreversibel sind, sondern sich durch Abstinenz wieder verbessern können. Diese Beeinträchtigungen äußern sich hauptsächlich durch nachlassende Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, die eine verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit bedingen können. Die negativen Auswirkungen lassen sich am häufigsten beim Konsum von Cannabis feststellen. (Vgl. Köhler 2000, S. 150 f.)

Weitreichendere Folgen für die Drogenabhängigen hat die gesundheitsbelastende Lebensweise in der Drogenszene, die zu einem ausgeprägten körperlichen Verfall führen kann. Viele Drogenabhängige leben auf der Straße, in Obdachlosenpensionen, zeitweise bei Bekannten aus der Szene oder sogar bei Freiern. Die grundlegende Selbstfürsorge und die Hygiene werden nur nachlässig wahrgenommen (ausreichende und gesunde Ernährung, Körperpflege, Waschen der eigenen Kleidung), da Geld und oft auch die Möglichkeiten (bspw. Küche, Waschmaschine) fehlen. Zudem spielen hier der hohe Zeitaufwand für die Beschaffung der Drogen sowie die Angst vor Verfolgung eine große Rolle. Das etwaige Symptom der Appetitlosigkeit durch den Konsum bestimmter Drogen und die einseitige, mangelhafte Ernährung haben oftmals starken Gewichtsverlust bis hin zur Abmagerung zur Folge. (Vgl. Stöver 1994a, S. 29) Daneben begünstigen die schlechte Ernährung und die Vernachlässigung der Mundpflege Karies und Zahnausfall, wodurch es zu starken Gebissveränderungen kommt. Bei Zahnschmerzen wird zur Linderung häufig nur die Dosis der Droge erhöht und kein Zahnarzt hinzugezogen. Infolgedessen haben einige der Drogenabhängigen zwischen dreißig und vierzig Jahren schon Voll- oder Teilprothesen. Letztendlich kann ein schlechter Zahnstatus in

Verbindung mit einem geschwächten Immunsystem auch eine Sepsis (Blutvergiftung) oder Endokarditis auslösen. (Vgl. Backmund 1998, S. 147)

Nicht nur das Leben in der Drogenszene, sondern auch andere Faktoren (bspw. Konsumformen, Nachwirkungen eines Entzugs, Langzeitwirkung des Stoffes, Ereignisse im Rauschzustand) schädigen den Körper nachhaltig. Das Immunsystem wird geschwächt, der Körper verliert an Widerstandskraft und wird anfälliger für Krankheiten. Häufig treten Schädigungen innerer Organe (z.B. Leber, Herz, Niere), der Blutgefäße (z.B. Embolien), des Zentralnervensystems sowie des Magen-Darm-Traktes (z.B. Darmverschluss) auf. Auch endokrine Störungen (z.B. Potenz- und Menstruationsstörung) und posttraumatische Hirnblutungen (bspw. aufgrund von Entzugskrampfanfällen, Unfällen) sind möglich. Schließlich kann es zu Prellungen, offenen Verletzungen sowie Frakturen an Beinen, Armen und am Schädel kommen, die bei einem epileptischen Anfall oder einem Sturz im Rauschzustand verursacht wurden.⁸ (Vgl. Tretter 2000, S. 172 ff.)

Grundsätzlich mit Risiken verbunden ist auch der Konsum von Drogen. Durch die fehlende staatliche Kontrolle des Drogenmarktes sind Qualitätsschwankungen auf dem Schwarzmarkt die Regel. Der Wirkstoffgehalt kann von den Konsumenten nur schwer eingeschätzt werden, wodurch es zu unabsichtlichen Überdosierungen kommt. Zudem werden die Drogen oft mit (teilweise auch giftigen) Substanzen (z.B. Milchpulver oder Strychnin bei Heroin) gestreckt oder bei inadäquater Produktion verunreinigt. Dies kann zu beträchtlichen gesundheitlichen Schäden führen. (Vgl. Treeck 2002b, S. 36 f.) Die gravierendsten Risikofaktoren bergen aber die jeweiligen Applikationsformen: Das Rauchen verschiedener Suchtstoffe (z.B. Crack, Cannabis) kann die Atmungsorgane (chronische Bronchialerkrankungen) angreifen und Tumore im Mund und Rachenbereich zur Folge haben (vgl. Köhler 2000, S. 148). Durch das Schnupfen („Sniefen“) von Drogen (z.B. Koks) werden sowohl die Nasenschleimhaut, die Nasenscheidewand als auch die Nasennebenhöhlen geschädigt und Nekrosen können entstehen (vgl. Tretter 2000, S. 173). Durch die Verwendung von verunreinigten Röhrrchen bzw. die gemeinsame Benutzung erhöht sich das Übertragungsrisiko von Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis). Insbesondere der intravenöse Konsum von Drogen gefährdet die Gesundheit erheblich. Viele injizierende Drogenkonsumenten vernachlässi-

8 Genauerer zu den wichtigen Begleitkrankheiten bei Drogenabhängigen ist nachzulesen in Tretter 2000, S. 171–181

gen Safer Use. Bakterien, Viren und Pilze (in Blutresten) können somit leicht übertragen werden und Krankheiten auslösen. Es gibt drei Hauptübertragungswege in der Drogenszene, durch die die meisten gesundheitsschädigenden Folgen ausgelöst werden:

- *Needle-Sharing*: Nadeln und Spritzen werden gemeinsam genutzt, wodurch Blutreste im Spritzenbesteck in die Blutbahn gelangen (vgl. DAH 2012d, S. 21). Eine Studie des BMG (Kleiber/Pant 1996) ergab, dass mehr als die Hälfte der Konsumenten ihre benutzten Spritzen an den eigenen Partner und ein Drittel an Freunde weiter geben, hingegen nur etwa ein Viertel an Unbekannte. Es lässt sich also erkennen, dass Needle-Sharing hauptsächlich im engeren sozialen Umfeld verbreitet ist. (Vgl. Marcus 2008, S. 71) Auch die Studie von Stark und Kollegen (1997, S. 1361) unter injizierenden Drogenkonsumenten in Berlin zeigte, dass von allen Teilnehmern 75% jemals und 42% in den letzten sechs Monaten Spritzen mit andern Personen geteilt hatten.
- *Drug-Sharing*: Der komplette Stoff wird in einer Spritze aufgezogen und durch Front- oder Backloading⁹ zu gleichen Teilen auf mehrere Spritzen verteilt. Bei dieser Methode injizieren zwar alle die Droge mit ihrer eigenen Spritze, trotzdem können Krankheitserreger übertragen werden, falls die erste Spritze, die Nadel oder das Zubehör (z.B. Löffel, Tupfer, Filter, Wasser) bereits gebraucht oder verunreinigt war. (Vgl. DAH 2012d, S. 22)
- *Work-Sharing*: Die Werkzeuge (z.B. schmutzige Löffel, benutzte Filter, verunreinigtes Wasser, gebrauchte Röhrchen beim Sniefen oder Inhalieren) werden von mehreren Personen benutzt, wodurch gefährliche Erreger weitergegeben werden (vgl. DAH 2012d, S. 23).

Die intravenöse Applikation von Drogen ist die primäre Konsumform. In der „Szenebefragung Deutschland 2008¹⁰“ wurde deutlich, dass Heroin und Kokain meist intravenös injiziert werden, obwohl Heroin von 40% der Befrag-

9 „Frontloading: Mit der ersten Spritze wird die Lösung über die vordere Öffnung (den Konus) in die zweite Spritze eingegeben, auf der sich noch keine Nadel befindet. Backloading: Der Kolben der zweiten Spritze wird entfernt und die Heroinlösung von der ersten Spritze in die Öffnung an der Rückseite der zweiten Spritze gegeben.“ (Trautmann/Stöver 2009, S. 94)

10 „Der ... Bericht stellt die Ergebnisse der ersten deutschlandweiten Szenebefragung dar, ... [die] in fast ausnahmslos allen deutschen Städten [durchgeführt wurde], die über Einrichtungen mit Konsumraum verfügen. Die Erhebung wurde mittels eines standardisierten Fragebogens unter Besuchern der beteiligten Drogenkonsumräume bzw. szenenahen Einrichtungen (z.B. Cafés) durchgeführt. In einzelnen Städten wurden auch Konsumenten der offenen Szene befragt, die nicht Besucher der jeweiligen Einrichtung sind.“ (Thane et al. 2009, S. 3 f.)

ten zusätzlich geraucht wird. Umgekehrt verhält es sich erstaunlicherweise mit Crack. Hier geben 40% an, die Substanz ebenso zu injizieren.¹¹ (Vgl. Thane et al. 2009, S. 15) Hinsichtlich des Risikoverhaltens¹² der Konsumenten ist das Needle- und Work-Sharing weit verbreitet (s. Abb. 1), auch wenn die Anwendungspraxis zwischen den verschiedenen Städten variiert. (Vgl. Thane et al. 2009, S. 19 ff.)

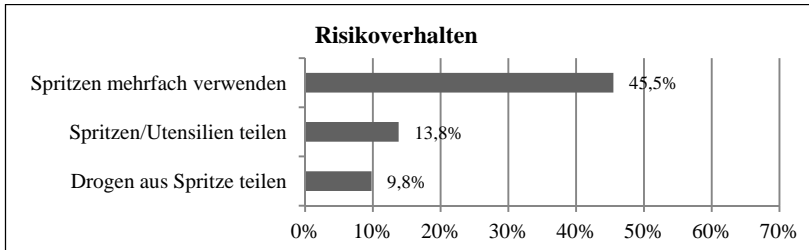


Abb. 1: Risikoverhalten, Quelle: Thane et al. 2009, S. 20

Auffällig ist bei diesen Ergebnissen, dass fast die Hälfte der intravenös konsumierenden Personen die Spritzen mehrfach verwenden. Dies stellt zwar kein Risiko für weitere Konsumenten dar (vorausgesetzt diese Spritzen werden nicht mit anderen geteilt), allerdings wird die eigene Gesundheit durch die benutzte und dadurch zwangsläufig verunreinigte Spritze beträchtlich gefährdet. In (feuchten) Blutrückständen oder Schmutzpartikeln vorhandene Viren und Bakterien können im Spritzenbesteck einige Tage überleben, sich vermehren und gesundheitsschädigende Auswirkungen haben.

In der Drogenszene ist das Ansteckungsrisiko für Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV wegen den genannten Risikofaktoren sehr hoch. Im Jahr 2010 zählten nach Angaben des RKI 3,2% (93) aller Menschen mit Erstdiagnose HIV zu den intravenös Drogenkonsumierenden (davon 76,3% männlich). Im Vergleich zum Jahr 2001, in dem sich noch 8,0% injizierende Drogengebraucher (davon 69,6% männlich) unter allen HIV-Erstdiagnosen befanden, hat sich die Prozentzahl deutlich verringert und erreicht 2010 zu-

11 Jedoch wurde in der Studie eingewendet, dass in der Frankfurter und Hamburger Szene überwiegend Crack konsumiert wird und Kokain als Pulver fast nicht mehr verfügbar ist.

12 Das Risikoverhalten wurde in der „Szenebefragung Deutschland 2008“ in einer 30-Tages Prävalenz erfragt. Die Prozentzahlen ergeben sich aus den Antworten der Befragten, die intravenös applizieren.

gleich den tiefsten Stand, seitdem die detaillierte Registrierung im Jahr 1993 gestartet wurde (s. Abb. 2). (Vgl. RKI 2011d, S. 189)

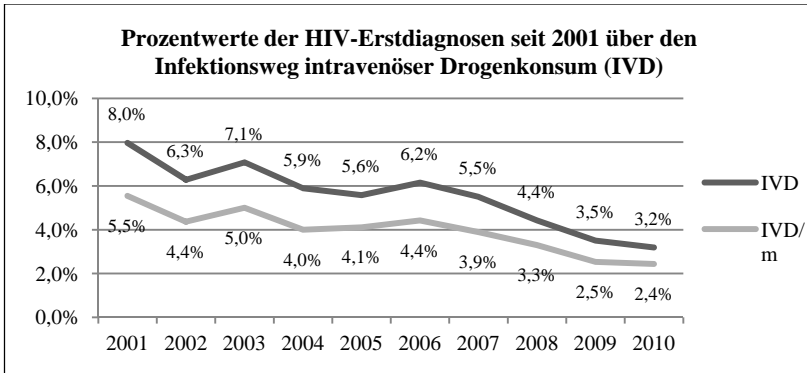


Abb. 2: HIV-Erstdiagnosen seit 2001 über den Infektionsweg intravenöser Drogenkonsum (IVD) (Prozentwerte), Quelle: RKI 2011d, S. 189

Während die Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen seit 2001 kontinuierlich steigt (und sich von 2001 [1.443] auf 2010 [2.918] sogar etwas mehr als verdoppelt hat), unterliegen die absoluten Zahlen der Neuinfektionen durch injizierenden Drogenkonsum starken Schwankungen (s. Abb. 3). Dennoch ist seit 2007 ein gegenläufiger Trend bei den Zahlen der intravenös Drogengebrauchenden mit einer HIV-Erstdiagnose im Vergleich zur Anzahl aller HIV-Neuinfizierten zu beobachten. Die Absolutzahlen und somit auch der prozentuale Anteil von Konsumenten intravenös verabreichter Drogen unter den gesamten neu diagnostizierten HIV-Infektionen sinken beständig. (Vgl. RKI 2011d, S. 189)

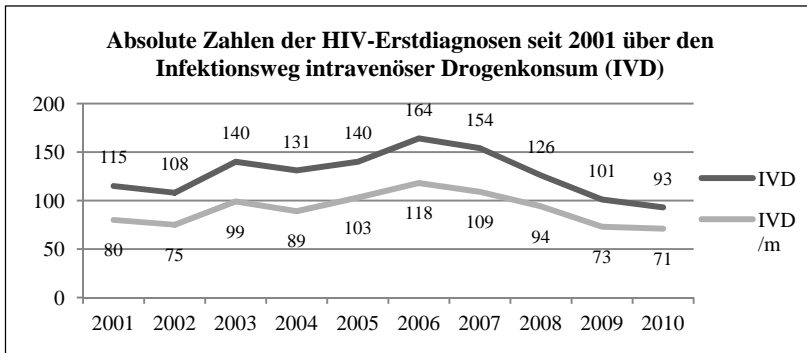


Abb. 3: HIV-Erstdiagnosen seit 2001 über den Infektionsweg intravenöser Drogenkonsum (IVD) (absolute Zahlen), Quelle: RKI 2011d, S. 189

Der Rückgang an HIV-Neuinfektionen bei intravenös konsumierenden Drogengerauchern lässt sich mitunter damit erklären, dass die Betroffenen ihr Verhalten hinsichtlich der Applikationsform verändert haben. Deutlich weniger Personen verwenden ihre Spritzen mehrmals oder teilen verschmutztes Besteck mit anderen Konsumenten. Allerdings lässt sich diese Verhaltensänderung nicht beobachten, wenn ein problemloser Zugang zu sauberem Spritzenbesteck verwehrt ist (bspw. im Gefängnis). (Vgl. Hamouda 2011, S. 71)

Innerhalb der Gruppe intravenös Drogenkonsumierender mit einer HIV-Neudiagnose stellte das RKI einen Wandel in der Altersverteilung fest. Der Anteil an 25- bis 29-Jährigen sank in den letzten vier Jahren von 35% auf 23%. Im Gegenzug ist seit 2009 ein Anstieg der 30- bis 39-Jährigen zu verzeichnen. (Vgl. RKI 2011d, S. 191) Ferner wurden beim RKI im Zeitraum 01.01.2008–31.12.2010 insgesamt 1.337 AIDS-Neuerkrankungen erfasst (82,1% [1.098] Männer). Unter den gesamten AIDS-Fällen in Deutschland befinden sich 8,3% (111) injizierende Drogengebraucher (davon 7,0% [77] männlich). (Vgl. RKI 2011d, S. 194 ff.)

In Bezug auf Hepatitis C wurden 2010 laut dem RKI 5.283 Neudiagnosen registriert, wobei der prozentuale Anteil an injizierenden Drogenkonsumenten bei 32,6% (1.267) liegt. Seit 2005 ist die Anzahl an Fällen einer Hepatitis-C-Erstdiagnose deutlich gesunken (im Vergleich zu 2004 mit 9.032 Hepatitis-C-

Infektionen um 41,5%¹³). (Vgl. RKI 2011c, S. 267 ff.) Im Gesamten wird bei den intravenös Drogenkonsumierenden eine Prävalenz der Antikörper von 60–80% angenommen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/BMG 2009, S. 71). Bei Hepatitis B wird die Häufigkeit einer Infektion bei Personen mit injizierendem Drogenkonsum zwischen 50–60% vermutet, wobei 3–5% eine chronische Erkrankung aufweisen (vgl. RKI 2011c, S. 267). Dem RKI wurden 2010 insgesamt 1.843 Hepatitis-B-Infektionen gemeldet. Davon entsprachen 767 (41,6%) Meldungen der Referenzdefinition (Falldefinition für eine akute Hepatitis-B-Infektion). Die restlichen Fälle erweisen sich dagegen wahrscheinlich als eine frische Hepatitis-B-Infektion. In den vergangenen zehn Jahren sinken die Erkrankungen mit Hepatitis B bzw. die Anzahl der neu auftretenden Erkrankungen einer akuten Hepatitis B stetig. (Vgl. RKI 2011c, S. 263)

Aufgrund der Tatsache, dass HI- und Hepatitis-B/C-Viren gemeinsame Übertragungswege haben¹⁴, sind Koinfektionen der verschiedenen Infektionserkrankungen möglich. Schätzungen zufolge weisen weltweit zwei bis vier Millionen HIV-infizierte Menschen zugleich eine Koinfektion mit Hepatitis B und vier bis fünf Millionen mit Hepatitis C auf. Laut Studien unter HIV-Positiven in Westeuropa und den USA wurde bei 6–14% (darunter 7–10% injizierende Drogengebraucher) eine zusätzliche Hepatitis-B- und bei 25–30% (darunter 72–95% injizierende Drogengebraucher) eine Hepatitis-C-Erkrankung verzeichnet. (Vgl. Alter 2006, S. 6) In Anbetracht der großen Häufigkeit an HIV- und Hepatitis-Infektionen (v.a. Hepatitis B/C) wird die medizinische Behandlung von Infektionskrankheiten zu einem der primären Ziele in der gesundheitlichen Versorgung infizierter Drogenkonsumenten.

Durch Injektionen können auch Syphilis-Erreger sowie Tuberkulose-Bakterien übertragen werden. Syphilis ist eine bakterielle Systeminfektion. Dem RKI wurden für 2010 3.028 Syphilis-Fälle übermittelt, was eine Zunahme um 11% im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Zwischen 2001 und 2004 kam es zu einem deutlichen Anstieg. Seitdem befinden sich die Fallzahlen von Syphilis stetig auf diesem (hohen) Niveau. (Vgl. RKI 2011e, S. 190) Bei Tuberkulose hingegen sind seit 2002 sinkende Fallzahlen in Deutschland zu ver-

13 „Die Ursache des vorübergehenden Anstiegs 2004 ist wahrscheinlich in der Anpassung der Referenzdefinition seit 2003 auf Meldungen mit einem erstmaligen Labornachweis einer HCV-Infektion, unabhängig vom klinischen Bild, zu sehen ...“ (RKI 2011c, S. 267)

14 Sie unterscheiden sich jedoch in ihrer Prävalenz nach geographischen Regionen und der Infektionswahrscheinlichkeit verschiedener Übertragungswege.

zeichnen. Im Jahr 2010 liegen dem RKI 4.302 Fälle der Erkrankung vor, 3% weniger als im vorhergegangenen Jahr. (Vgl. RKI 2011e, S. 198) Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die meistens mittels infektiöser Tröpfchen übertragen wird. Die Häufigkeit einer Infektion ist in Gefängnissen größer als außerhalb.¹⁵ Als Risikogruppen für eine Infektion werden Drogenabhängige, Gefängnisinsassen, HIV-Positive und Migranten (v.a. aus Osteuropa) bezeichnet. (Vgl. DAH 2010a, S. 38) Tuberkulose-Bakterien und Syphilis-Erreger können neben dem Needle-Sharing auch bei Vernachlässigung von Safer Sex übertragen werden, genau wie HIV, Hepatitis und andere sexuell übertragbare Krankheiten.

Neben HIV, Hepatitis, Syphilis und Tuberkulose werden durch die intravenöse Applikation weitere gesundheitliche Schädigungen hervorgerufen. Vielfach treten lokale bakterielle Infektionen auf, wie Entzündungen und Abszesse an den Einstichstellen. Diese werden häufig verursacht durch Injektionen unter unhygienischen Verhältnissen (z.B. unsterile Spritzen, verunreinigte Kanülen, unsauberes Wasser), an riskanten Einstichstellen (z.B. Hals) oder durch missglückte Einstiche. Weiterhin sind Entzündungen von Lymphgefäßen und Venen denkbar. Eine septische Ausbreitung der Infektionen, die lebensbedrohlich werden kann, ist häufig der Fall. Ebenso kann durch den intravenösen Konsum eine infektiöse Endokarditis entstehen, wenn Keime in die Blutbahn gelangen. Ferner besteht das Risiko eines akuten Arterienverschlusses durch eine unabsichtliche intraarterielle Injektion.¹⁶ (Vgl. Backmund 1998, S. 131 ff.) Gegebenenfalls kann es zu einem „Shake“ kommen (Schüttelkrampf oder Zitteranfall), der durch Erreger und Beimengungen im Stoff, aber auch durch verschmutztes Drogenbesteck verschuldet wird. Umso häufiger Drogen intravenös konsumiert werden, desto komplizierter gestaltet sich die Suche nach einer intakten Vene für die Injektion, da viele entzündet oder verödet sind. Vielfach wird dann in ziemlich schmerzhaften Stellen gespritzt, wie Füße, Hände, Leiste und den Hals, wobei es bei den beiden letzteren hinsichtlich der Schlagadern lebensgefährlich werden kann. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 134 f.)

15 Näheres in 4.3.4.1 Tuberkulose

16 Weiterführende Informationen zu somatischen Folgestörungen durch intravenöse Injektionen in Backmund 1998, S. 131–139

1.4 Soziale Begleiterscheinungen

1.4.1 Lebensbedingungen

Der Zusammenhalt in der Familie sowie ein starker Rückhalt aus dem Freundschafts- und Bekanntenkreis haben erfahrungsgemäß einen ausgeprägten beschützenden Einfluss auf die Lebensumstände. Drogenabhängige besitzen kaum soziale Ressourcen und auch der Konsum hängt oft mit Schwierigkeiten im Elternhaus und problematischen persönlichen Lebensverhältnissen zusammen. Diese prekären Hintergründe können zwar als Ursache für den Einstieg in die Drogenszene gesehen werden, allerdings hat der Konsum der Drogen auch eine zunehmende Perspektivlosigkeit der Drogenabhängigen zur Folge. Die Randgruppenbildung wird bei der Betrachtung der sozialen Modalitäten des Drogenkonsums deutlich, besonders bei stark Konsumierenden. Der Rückzug aus dem sozialen Umfeld, also aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen, ist oft die Konsequenz. (Vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2008, S. 121 ff.) Durch die soziale Ausgrenzung fühlen sich die Drogenkonsumenten im sozialen Umgang oft gehemmt. Sie haben teilweise Angst engere Bindungen zu anderen Menschen aufzubauen. Dies kann zu Kontaktstörungen, zu Beziehungsproblemen bis hin zum Verlust funktionierender Partnerverbindungen und Selbstisolation führen. Zusätzlich können die entwickelten Persönlichkeitsveränderungen Gründe für die Vernachlässigung sozialer Interessenkreise sein, da sie narzisstisches und antisoziales Verhalten begünstigen. Für die Betroffenen wird die Droge zum „Ersatzpartner“, was im schlimmsten Fall die Verwahrlosung und soziale Verelendung zur Folge hat. (Vgl. Warns 1996, S. 36) Das Resultat aus Ausgrenzung und Einsamkeit ist, dass die Drogen süchtigen nur noch mit Gleichgesinnten aus der Drogenszene zusammentreffen, wobei diese sozialen Kontakte meistens von Drogenbeschaffung und Konsumhandlungen bestimmt sind. Die Betroffenen leben in einer von Konkurrenz geprägten Zweckgemeinschaft, in der der Stärkere gewinnt. In erster Linie widmen sie sich der Beschaffung des Suchtstoffes, wodurch der eigene Partner und die Freunde zweitrangig werden und somit Einsamkeit und Resignation dominieren. Auseinandersetzungen werden häufig mit Gewalt gelöst. Es herrscht gegenseitiges Misstrauen, welches durch Illegalität und Verfolgungsdruck ausgelöst wird. Gemeinschaftssinn und Zusammenhalt findet man höchstens unter Paaren oder in kleineren Cliques. (Vgl. Stöver 1994a, S. 29 ff.)

Drogenabhängige haben schlechtere sozioökonomische Grundlagen durch Arbeitsplatzverlust (bspw. wegen Krankheit oder substanzbedingten Leistungsabfall), Wohnungslosigkeit, Verschuldung und Verarmung. Die „Szenebefra-

gung in Deutschland 2008“ ergab, dass im Jahr 2008 75% der Befragten keine Arbeit hatten und 36,1% in unbeständigen Wohnverhältnissen¹⁷ lebten. Eine Schulausbildung fehlte bei 16,4% und ca. die Hälfte konnte keine Berufsausbildung vorweisen. (Vgl. Thane et al. 2009, S. 7) Zur Wiederherstellung bzw. Stabilisierung des sozioökonomischen Status und auch für eine erfolgreiche Therapie ist eine geregelte Jobsituation essenziell. Allerdings sind die Chancen wieder in den ersten Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden, unter dem derzeitigen Anforderungsspektrum, eher gering. Wohnungslosigkeit sowie abgebrochene oder nie begonnene schulische bzw. berufliche Ausbildungen verschlechtern die Situation der Drogenabhängigen noch zusätzlich. (Vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2010, S. XVIII f.)

Soziodemografische Daten über drogenabhängige Inhaftierte sind nur in geringer Zahl vorhanden, doch diese bestätigen, dass sie noch schlechtere Ausgangspositionen haben als die Konsumenten illegaler Drogen in Freiheit. Studien von 1996 bis 1998 zur Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Justizvollzug¹⁸ haben gezeigt, dass 16,2% der männlichen drogenkonsumierenden Inhaftierten direkt vor Beginn der Haftstrafe in betreuten Wohnverhältnissen lebten oder wohnungs- bzw. obdachlos waren. Lediglich 21,6% bezogen einen eigenen Lohn und 75,6% waren auf staatliche finanzielle Hilfen angewiesen oder besaßen kein geregeltes Einkommen. Anhand dieser Prozentwerte lässt sich die starke Ausgrenzung aus allgemein akzeptierten Belangen der Arbeits- und somit Lebenswelt der Gesellschaft erkennen. Zudem sind einige drogenabhängige Inhaftierte hoch verschuldet. (Vgl. Stöver 2002a, S. 21 f.)

1.4.2 Drogendelinquenz

Von einschneidenden Folgen begleitet ist die Thematik der Drogendelinquenz. Der Begriff Delinquenz beschreibt nahezu alle Verhaltensweisen, die sich nicht im Normbereich befinden und sich nachteilig auf die Gesellschaft auswirken können (vgl. Kreuzer 1975, S. 13). Somit beinhaltet dieser Terminus einerseits deviantes Verhalten, welches nicht unbedingt strafrechtlich verfolgt wird und nicht prinzipiell gleichzusetzen ist mit sozial schädigendem

17 Angegeben wurden Freunde bzw. Bekannte (11%), Notunterkünfte (10%), Wohnprojekte (5,7%), Straße (3,9%), Institutionen (1,3%), Hotels bzw. Pensionen (1%) und sonstige Wohnsituationen (3,2%). Jedoch haben 63,9% einen eigenen Wohnraum oder wohnen bei den Eltern bzw. beim Lebenspartner. (Vgl. Thane et al. 2009, S. 7)

18 Studie zur Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Justizvollzug in der JVA für Frauen in Vechta vom 15.04.1996 bis 14.04.1998 und in der JVA für Männer in Lingen I Abt. Groß-Hesepe vom 15.07.1996 bis 14.07.1998 vgl. Jacob/Stöver 2002

Handeln. Andererseits ist ebenso kriminelles Verhalten gemeint, also die Begehung von Straftaten. (Vgl. Rautenberger 1998, S. 21)

Eine große Anzahl an Studien weist nach, dass grundsätzlich eine Korrelation zwischen dem Missbrauch von Drogen und delinquentem Verhalten besteht. In neueren Arbeiten wurde der Schwerpunkt mehr auf deren dynamische Beziehung gelegt, wobei drei verschiedene Hypothesen¹⁹ aufgestellt wurden. Inwieweit die Delinquenz nun eine begleitende Funktion aufweist, den Missbrauch von Drogen bedingt oder beide Faktoren sich gegenseitig verursachen, intensivieren oder parallel auftreten, wird von diversen Aspekten entscheidend beeinflusst. Normative Bedeutung haben individuelle Charaktereigenschaften der Drogenabhängigen, Defizite im Sozialisationsprozess, Art sowie Intensität vorangegangener Erfahrung mit Delinquenz, die selbst erlebte Opferrolle, die Familiensituation, soziale Zusammenhänge sowie das Alter bei Beginn des Missbrauchs von Drogen, soziale Kontakte zu Peers, die Eigendynamik der Suchtkrankheit, milieuspezifische Faktoren (Drogenszene) und letztlich die repressive Drogenpolitik. Alleine diese Auswahl an Bedingungsfaktoren zeigt, dass sich kein eindeutiger kausaler Zusammenhang feststellen lässt. (Vgl. Rautenberger 1998, S. 84 f.)

In diesem Abschnitt wird das Augenmerk hauptsächlich auf den strafrechtlich sanktionierten Bereich der Drogendelinquenz gerichtet. Kreuzer und Wille (1988, S. 188) haben die jeweiligen Delikte der Drogendelinquenz so unterteilt, dass deren Hauptmerkmal den Stellenwert der Droge bei der Tat widerspiegelt (s. Abb. 4). Differenziert wird zwischen der Versorgungsdelinquenz, die Verschaffungsdelikte, direkte sowie indirekte Beschaffungskriminalität beinhaltet und der Folgedelinquenz. Die Versorgungsdelinquenz wird vom BKA in unterschiedlichen Rubriken in der PKS erfasst.

19 Hypothese 1: Kriminell, weil drogenabhängig, Hypothese 2: Drogenabhängig, weil kriminell, Hypothese 3: Ökologischer Ansatz. Ausführliche Darstellung der Hypothesen und Verweise auf Studien in Rautenberger 1998, S. 33 f.

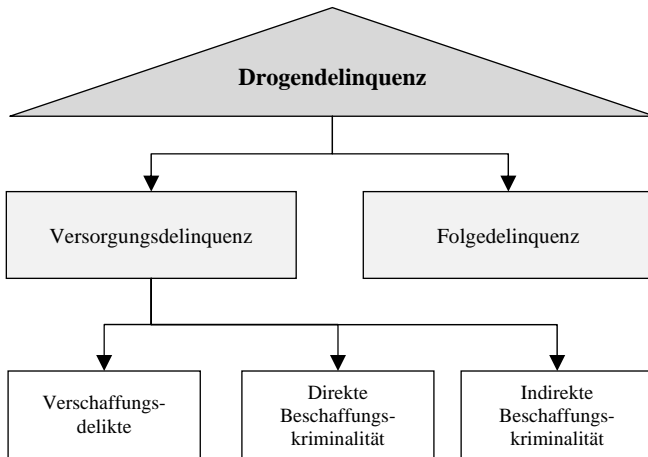


Abb. 4: Drogendelinquenz, Quelle: Kreuzer/Wille 1988, S. 188 (vereinfacht dargestellt)

Versorgungsdelinquenz

Eine Sparte der Versorgungsdelinquenz sind die sogenannten *Verschaffungsdelikte*, die Straftaten und Ordnungswidrigkeiten gemäß dem BtMG (§§ 29–30b, 32 BtMG) darstellen und sich hauptsächlich mit Herstellung, Handel und Einfuhr von illegalen Substanzen beschäftigen. Diese Deliktgruppe wird meistens durch justizielle Ermittlungen aufgedeckt und selten von Außenstehenden oder Mittätern zur Anzeige gebracht, weshalb diese Taten auch als sogenannte Kontrolldelikte bezeichnet werden. (Vgl. Gaßmann 2002, S. 20)

Straftaten der *direkten Beschaffungskriminalität* werden begangen, um unmittelbar an Betäubungsmittel, Ersatzstoffe oder Ausweichmittel zu kommen. Dazu zählen insbesondere der Erwerb sowie der Besitz von Betäubungsmitteln, Raubüberfälle (auf kleine Drogenhändler) und Diebstähle von Drogen. Zusätzlich gehört das Erschleichen ärztlicher Verschreibungen zu dem Bereich. Dieses Vorgehen verlangt nur wenig kriminelle Energie und wird selten entdeckt. Auch die Rezeptfälschung ist eine gängige Möglichkeit direkt an Drogen zu gelangen. Hier schließen sich allerdings weitere Delikte an: der Diebstahl von Rezeptblöcken bei Ärzten, die Fälschung leerer Rezepte und die Ergänzung oder Veränderung von rechtmäßig ausgestellten Verordnungen. Durch die Einführung von Sonderrezeptformularen für Drogen, die schwieriger zu fälschen sind, wurden diese Methoden verkompliziert. Jedoch werden ständig neue Ersatzdrogen gefunden, die auf regulären Rezeptformularen

verschrieben werden. Nicht zuletzt sind Apothekeneinbrüche Straftaten der direkten Beschaffungskriminalität, die einst – 1960er bis Anfang 1970er – die bedeutendste Vorgehensweise zur Beschaffung von Drogen waren. Nachdem die Apotheken ihre Sicherheitsstandards erhöhten (z.B. Alarmanlagen, Tresore, deutlich geringere Vorräte an Betäubungsmitteln), büßten sie ihren Stellenwert ein.²⁰ (Vgl. Kreuzer/Wille 1988, S. 47 ff.)

Die *indirekte Beschaffungskriminalität* umfasst alle Delikte, durch die Drogenkonsumenten mittelbar an Betäubungsmittel gelangen. Sie versuchen sich über Eigentumsdelikte (z.B. Diebstahl, Ladendiebstahl, Raub) das Geld zu beschaffen, um Drogen kaufen zu können, indem sie die gestohlene Ware verkaufen, tauschen oder einlösen. Diese Straftaten werden oft auch als Vermögens- und Verwahrlosungs-Delinquenz bezeichnet. Miteinbezogen werden in diesen Teilbereich der Drogendelinquenz auch verschiedene Arten der Bettelei um Geld für Drogen, in der Familie, der Szene und bei Fremden. Ebenso gehören Fahrgeldhinterziehung, Betrügereien und Kreditschwindeleien dazu.²¹ (Vgl. Kreuzer/Wille 1988, S. 51 f.)

Folgedelinquenz

Die Folgedelinquenz beinhaltet sämtliche Straftaten, die unter dem Einfluss der Wirkung von Drogen verübt werden, wie Schwarzfahren, Verkehrsdelikte (z.B. Fahren unter Drogeneinwirkung), Sachbeschädigung und Körperverletzung²² (vgl. Thamm/Katzung 1994, S.169). Neben dieser unmittelbaren Kriminalität zählen mittelbare Folgedelikte dazu: Betrug sowie Diebstahl von Geld, Wertgegenständen und Nahrungsmitteln. Der Unterschied zur indirekten Beschaffungskriminalität besteht darin, dass die erbeuteten Dinge zum Leben (z.B. Einkauf von Nahrungsmittel) verwendet werden und nicht, um sich Drogen zu beschaffen. Zudem wird bei Mitgliedern der Drogenszene gebettelt, im sozialen Umfeld abseits der Szene (z.B. Familie, Verwandtschaft, Freunde, Bekannte) und bei Fremden. Diese Betteleien können durchaus in den erpresserischen Bereich übergehen und durch Diebstähle erweitert werden. (Vgl. Kreuzer/Wille 1988, S. 51 f.) Jedoch ist es schwierig, das wirkliche Ausmaß der Folgedelinquenz statistisch zu erfassen. Bei Verdächtigen wird im Allgemeinen nicht überprüft, ob sie bei der Begehung der Tat unter Einfluss

20 Apothekeneinbrüche, Erschleichen ärztlicher Verschreibungen und Rezeptfälschung siehe Kreuzer 1975, S. 246–283

21 Parasitäre Erscheinungsformen der Delinquenz Drogenabhängiger siehe Kreuzer 1975, S. 283–297

22 Aggressionsdelinquenz im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch siehe Kreuzer 1975, S. 326–352

von Betäubungsmitteln standen, wohl aber, ob sie alkoholisiert waren. Kontrolliert wird lediglich, ob schon Einträge wegen Betäubungsmitteldelikten vorhanden sind. (Vgl. Egg 2002, S. 21)²³

Exkurs: Beschaffungsprostitution

In Deutschland ist die Prostitution seit dem Inkrafttreten des ProstG am 01. Januar 2001 nicht mehr sittenwidrig, sondern legal. Trotzdem wird sie rigide überwacht und reglementiert. Weiterhin werden allerdings Begleitumstände, wie Zuhälterei, Ausbeutung von Prostituierten und Beischlafdiebstahl strafrechtlich verfolgt. (Vgl. Fink 2003, S. 83 ff.) Kreuzer und Wille (1988, S. 188) ordnen die (Beschaffungs-)Prostitution in die Sparte der indirekten Folgedelinquenz ein. Da sich Drogenabhängige in der Praxis meist für Drogen oder für Geld zur Drogenbeschaffung prostituieren, dürfte die Beschaffungsprostitution aber hauptsächlich eine Form der direkten sowie der indirekten Beschaffungskriminalität sein.

Die Prostitution ist für drogenabhängige Frauen die bedeutendste Form der Geld- bzw. Drogenbeschaffung, aber ebenfalls ein Problembereich von männlichen Drogenabhängigen, wenn auch zu einem geringeren Teil. Viele sehen es als Chance, sich ohne kriminelles Verhalten Drogen zu organisieren. Die Prostitution von Männern für Männer ist aber finanziell weniger lukrativ als die Prostitution von Frauen für Männer. (Vgl. Kreuzer/Wille 1988, S. 55 f.) Die Beschaffungsprostitution der männlichen Drogenkonsumenten ist weitgehend im Stricherwesen anzusiedeln,²⁴ deren Szene sich auf Straßen oder anderen öffentlichen Bereichen befindet (vgl. Wright 2003a, S. 13).

Soziale und gesundheitliche Probleme sind bei Strichern ganz besonders häufig. Neben der sozialen Verachtung und der potenziellen Gefährdung (z.B.

23 Mit Ausnahme der eindeutig definierten Verstöße gegen das BtMG sind die Übergänge zwischen den einzelnen Teilbereichen der Drogendelinquenz oft fließend. Das wahre Motiv hinter dem delinquenten Geschehen bleibt häufig unklar oder ganz unentdeckt. Eine Tat kann auch gleichzeitig in zwei verschiedene Sparten der Drogendelinquenz eingeordnet werden. Ob nun jemand beispielsweise einen Diebstahl begangen hat, um das Geld für Drogen, für die allgemeine Lebensführung oder für beides zu verwenden, ist häufig nicht zu ermitteln oder zu differenzieren. Diese Aufteilung ist im Endeffekt lediglich eine funktionale Systematik, um die einzelnen Taten in etwa zuordnen und statistisch übersichtlicher veranschaulichen zu können.

24 In Deutschland sind zwei Grundformen der männlichen Prostitution anzutreffen: professionellen Callboys und Stricher, die der Prostitution aus unterschiedlichen Motiven nachgehen. Stricher leben meist in schwierigen Lebensverhältnissen (bspw. starker Drogenkonsum, psychische und soziale Probleme, erhöhte Strafälligkeit). Verschiedene Studien haben diese Probleme beschrieben. (Vgl. Wright 2003a, S. 13 f.) Weiterführende Literatur zum Thema vgl. Wright 2003b

Gewalt durch Freier, riskante Sexualpraktiken) besteht die erhöhte Gefahr einer Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten. In der Stricherszene liegt ein hoher Anteil an HIV-Infizierten vor; verschiedenen Studien zufolge kann von 10–50% ausgegangen werden. Ebenso besteht bei Strichern eine höhere Prävalenz für Syphilis, Hepatitis B und C. Meistens wird Safer Sex eher bei privaten Sexualkontakten vernachlässigt, als auf dem Drogenstrich bei Freiern, weshalb sich die Stricher vermutlich überwiegend beim Sex mit ihren privaten Partnern mit HIV infizieren. Trotzdem hängt die Verwendung von Kondomen bei Freiern von einigen Umständen ab. Es kommt darauf an, ob der Stricher die Kontrolle über die sexuellen Handlungen mit den Freiern behält, wie viel der Kunde zahlt und wie dringend der Stricher das Geld braucht, ob der Freier ein Stammkunde ist oder ob eine emotionale Bindung zum Freier besteht. (Vgl. Wright 2003a, S. 15)²⁵ Hinsichtlich der Übertragung von Erregern, Krankheiten und Infektionen durch Anal- und Oralsex sinkt die Nachfrage auf dem Drogenstrich extrem, die Preise werden niedriger und die Konkurrenz steigt. Diese Faktoren könnten durchaus eine Verhärtung kriminellen Verhaltens mit sich bringen. (Vgl. Kreuzer/Wille 1988, S. 56)

Schließlich gibt es die strafrechtliche Komponente: Die Zuhälterei als Begleiterscheinung der Beschaffungsprostitution fällt in diesen Bereich. Mädchen werden absichtlich drogenabhängig gemacht, um sich schließlich für die männlichen Drogenabhängigen zu prostituieren und ihre Einkünfte mit ihnen zu teilen. Es ist allerdings nicht die Zuhälterei im großen Stil, sondern überwiegend mit einer oder wenigen Drogenkonsumentinnen. Die Männer nehmen dabei meistens konträre Rollen ein: zum einen die des „Beschützers“ sowie Partners und zum anderen die des Ausbeuters. In diesem Zusammenhang ist noch der Beischlafdiebstahl aufzuführen (sogenannte „ripping-off-tricks“), der strafrechtlich geahndet wird. Prostituierte vom Drogenstrich können aufgrund des Drogenkonsums oftmals nicht mehr die sexuellen Leistungen erbringen, die von den Kunden verlangt werden. Sie behaupten dann, dass sie betrogen und bedroht wurden, und schalten ihren männlichen „Beschützer“ ein. Diese kriminelle Ausprägung der Beschaffungsprostitution schafft natürlich kein Vertrauen und führt dazu, dass Freier Vorkehrungen zur Sicherheit treffen. (Vgl. Kreuzer/Wille 1988, S. 54 f.)

25 Literaturangaben zu entsprechenden Studien in Wright 2003a, S. 15

1.4.3 Soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung

Treffen stigmatisierte Personen und nicht-stigmatisierte Menschen in einer sozialen Situation aufeinander, so entsteht meistens ein Spannungsverhältnis, welches sich aus der Diskrepanz beider Seiten entwickelt und abgebaut werden kann, indem sie gemeinsam die Situation beherrschen. Die Diskrepanz entsteht dadurch, dass eine Person von der allgemein akzeptierten sozialen Identität abweicht und daher stigmatisiert wird. Wie beide Personengruppen mit dem Stigma umgehen, hängt ganz davon ab, ob die Brandmarkung offensichtlich ist, ob man sie nicht gleich erkennt oder überhaupt nicht bemerkt. (Vgl. Raab 2008, S. 77)

Stöver (2008b) stellte die These auf, dass die Sucht zwar primär ein Erscheinungsbild der Sozial- und Gesundheitspolitik ist, von der Gesellschaft dennoch nach wie vor überwiegend auf kriminal- und ordnungspolitischer Ebene gehandhabt wird und somit zur Ausgrenzung der Betroffenen führt. Die Politik achtet nicht auf die unterschiedlichen Drogen und Konsummuster, sondern hält den Mythos aufrecht, dass jede illegale Substanz in derselben Weise schädlich und nicht zu kontrollieren sei. Anhand dieser Sichtweise legitimiert die Sucht- und Drogenpolitik die Anwendung von (Zwangs-)Mitteln. Überdies wird die Abstinenz zum Paradigma angehoben, welches am erfolgreichsten mit dem Verbot illegaler Substanzen sowie der Kriminalisierung zu verwirklichen sei. Die Drogenpolitik hat es jedoch mittels des Strafrechts nicht geschafft, die Erhöhung des Drogenkonsums sowie des Drogenhandels mit illegalen (sowie legalen) Substanzen zu verhindern. Die Prohibition²⁶ hat, entgegen dem eigentlichen Ziel der Regulierung des Drogenmarktes, eher eine Deregulierung zur Folge. Dies zeigt sich durch die Entstehung eines Schwarzmarktes, der einen Preisanstieg sowie erschwerte qualitative und inhaltspezifische Kontrollen der Substanzen zur Folge hat. Ebenso lässt er eine aufgeschlossene Diskussion über eine gesellschaftlich anerkannte und nur wenige Risiken aufweisende Handhabung von illegalen Drogen undenkbar werden. Auf ordnungspolitischer Ebene wird gegen die Drogenabhängigen mit Platzverweisen und Aufenthaltsverboten vorgegangen und dadurch die Macht im „physisch-sozialen Raum“²⁷ verdeutlicht. Damit die Stadt

26 Aktueller Beitrag zu den Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe in Stöver 2011a

27 Begriff geprägt durch Kronauer 2005

vorzeigbar ist, soll der öffentliche Raum vom „Elend“ befreit werden.²⁸ (Vgl. Stöver 2008b, S. 336 ff.)

Die Drogenpolitik wird vom Strafrecht beherrscht und hat sowohl eine erhebliche Kriminalisierung als auch einen massiven sozialen und gesundheitlichen Verfall von Konsumenten illegaler Substanzen als Konsequenz. Besonders Opiatabhängige sind davon betroffen. Die daraus resultierende Stigmatisierung der Drogenabhängigen kann deren Identität als Mitglieder der Subkultur verfestigen, oder die grundsätzliche Identifikation mit der Rolle als Außenseiter sowie dem subkulturellen Drogenmilieu zur Folge haben. (Vgl. Stöver 1994a, S. 27) Die Beschaffungskriminalität trägt ebenfalls zur Stigmatisierung und Ausgrenzung der Drogenabhängigen bei, da die drogenbezogene Kriminalität, welche für die Gesellschaft spürbar ist, immens überhandgenommen hat. Daraus resultieren starke Sicherheitsängste bei den Mitbürgern. (Vgl. Stöver 1994a, S. 34 f.) Im Jahr 2010 lag der Täteranteil an Konsumenten illegaler Substanzen unter den aufgeklärten Fällen bei 15,1% in Bezug auf Wohnungseinbruchdiebstahl, 13,3% bei Raub und 17,0% bei Diebstahl unter erschwerten Umständen (vgl. BKA 2011a, Tabelle 12, S. 3 ff.).

Neben der Stigmatisierung als „Junkie“ fügt sich ein weiterer Diskriminierungsfaktor an, der des HIV-Infizierten oder des AIDS-Kranken. Die doppelte Brandmarkung gestaltet den Ausweg aus der sozialen Isolierung umso schwieriger und erschwert dem infizierten Drogenabhängigen das Eingehen neuer sozialer Kontakte. Die Ausgrenzung, die Berührungängste und die Meidung machen auch innerhalb der Drogenszene nicht halt. Eine Behandlung der Krankheit ist oft nicht möglich, da sich die erforderliche Kontinuität und Regelmäßigkeit kaum mit dem Leben in der Drogenszene vereinbaren lässt. (Vgl. Stöver 1994a, S. 29f.)

Die Vergangenheit holt ehemalige Konsumenten illegaler Substanzen immer wieder ein, wenn sie versuchen, in der Gesellschaft erneut Fuß zu fassen. Zu den bisher genannten Faktoren kommen bei den meisten (Ex-)Drogenkonsumenten diverse Gefängnisaufenthalte hinzu. Victor Hugo (*1802 †1885) meinte zu seiner Zeit: „Freilassung ist keine Befreiung. Die Kerkerstrafe ist zu Ende, nicht die Verurteilung.“ Diese Aussage trifft auch noch auf die heutige Zeit zu. Die Wiedereingliederung nach einer Haftstrafe ist problematisch und zeigt deutlich die Folgen eines Gefängnisaufenthaltes. Dementsprechend schwierig gestaltet sich die Suche nach einer Arbeitsstelle, einer Wohnung oder der

28 Weiterführende Literatur zum Thema „Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit“ vgl. Anhorn et al. 2008

Aufbau einer neuen Beziehung. Die Haftentlassenen müssen mit möglichst viel Energie ihre Ämtergänge bewältigen, für ihr Recht eintreten sowie sich in einer Gesellschaft behaupten, die ihnen mit Argwohn, sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung begegnet. Außerdem sind die Drogenabhängigen nach der Haftentlassung noch den streng geregelten Tagesablauf der JVA gewöhnt. Daher sind die Anpassung an das Leben in der freien Gesellschaft und die Bewältigung der damit verbundenen täglichen Anforderungen, mit weiteren Problemen behaftet. Von jetzt an müssen sich die Betroffenen um alles selber kümmern, ihren Alltag alleine meistern. Dazu zählen regelmäßige Mahlzeiten, Körperpflege, Kleidung, Verwaltung der Finanzen, Freizeitverhalten und der Umgang mit Suchtdruck. Erschwerend kommt hinzu, dass die ehemaligen Insassen meist auf sich allein gestellt sind und ihren damaligen Status in der Drogenszene verloren haben. (Vgl. Lang 2008, S. 165 ff.)

1.5 Drogentodesfälle

Deutschlandweite Gültigkeit besitzt die Definition von Drogentodesfällen, die seit 1979 in der PDV 386 „Informationsaustausch bei Rauschgiftdelikten“ Nr. 2.1.1 verankert ist. Diese besagt, dass Todesfälle bei der Polizei meldepflichtig sind, bei denen ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Missbrauch des Konsums von illegalen Substanzen und Ersatzstoffen nachzuweisen ist. Als drogenbedingte Mortalität werden Todesfälle bezeichnet, die aus einer (un-)absichtlichen Überdosis oder langjährigem missbräuchlichen Konsum (z.B. Langzeitfolgen, Infektionen durch Konsumform) resultieren. Zudem zählen Suizide (wegen schwieriger drogenbedingter Lebensverhältnisse oder Entzugserscheinungen) und Unfälle mit Todesfolge unter Drogenwirkung (z.B. Verkehrsunfälle) zu den drogeninduzierten Todesfällen. Natürlich existiert auch hinsichtlich drogenbedingter Mortalität ein Dunkelfeld. (Vgl. Erbas/Tretter 2009, S. 6) Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle wird von einigen Faktoren beeinflusst: vorherrschende Konsummuster (z.B. intravenöser Drogenkonsum, Polytoxikomanie), Konsumsituation (bspw. Konsum in der Öffentlichkeit oder im privaten Setting, Verfügbarkeit von Hilfen in Notfällen), Alter der Konsumierenden sowie Langfristigkeit der Drogenabhängigkeit. Ausschlaggebend ist zudem, welche Drogen konsumiert werden (besonders auch deren Stoffqualität²⁹), in welcher Menge und wann der Drogenkonsum statt-

29 Durch die fehlende staatliche Qualitätsüberwachung der illegalen Drogen auf dem Schwarzmarkt ist der Reinheitsgehalt der Substanzen schwer einzuschätzen, wodurch es oft zu ungewollten tödlichen Überdosen kommt (vgl. Stöver 1994a, S. 31).

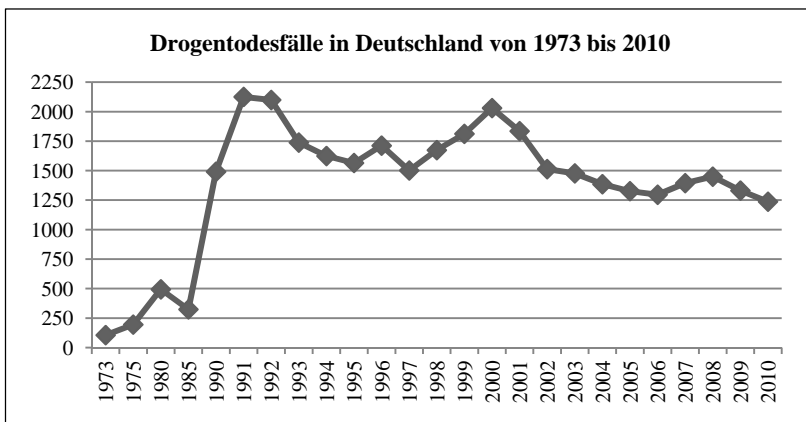
findet. Ebenso spielen die sozialen Lebensumstände (bspw. desolate Wohnverhältnisse, Hoffnungslosigkeit), körperliche sowie psychische Belastungen³⁰ und Behandlungsmodalitäten (bspw. verminderte Toleranz nach Therapie oder Haftaufenthalt, schlechter Standard einer Behandlung) eine Rolle im Bedingungsgefüge der drogeninduzierten Mortalität.³¹ (Vgl. BAS 1998, S. 3 ff.)

Im Zeitraum von 1973 (Beginn der Erhebungen bei der Polizei) bis 2010 wurden insgesamt 34.733 Drogentodesfälle erfasst. Ende der 1980er und Anfang der 1990er, ist ein drastischer Anstieg an Drogentoten zu verzeichnen (s. Abb. 5), welcher laut Vermutungen der EBDD (2008, S. 98) mit der Verbreitung des (intravenösen) Konsums von Heroin zusammenhängt. Seither bleibt die Anzahl an drogenbedingter Mortalität kontinuierlich im oberen vierstelligen Bereich. Im Jahr 2010 wurden insgesamt 1.237 Drogentote gemeldet, von denen 84,2%³² männliche Konsumenten illegaler Substanzen waren (vgl. BKA 2011b, S. 26). Von 2009 auf 2010 ist die Zahl der Drogentoten erneut gesunken (7,1%). Seit dem Jahr 2000, welches mit 2.030 Drogentoten den Höchststand der vergangenen zehn Jahre aufweist, ist ein stetiger Rückgang der Drogentodesfälle in Deutschland zu verzeichnen (insgesamt 39,1%), mit Ausnahme einer Abweichung zwischen 2007 und 2009, in der ein kurzzeitiger Anstieg festgestellt wurde (11,8% von 2006 auf 2008). (Vgl. BKA 2011a, S. 237) Die häufigste Todesursache ist seit Jahren die Überdosis von Heroin (in Verbindung mit anderen illegalen Substanzen) (vgl. BKA 2011b, S. 27).

30 Infektionskrankheiten können den Allgemeinzustand des Patienten verschlechtern und dadurch die Stofftoleranz herabsetzen. Depressionen oder Halluzinationen können, infolge zusätzlich reduzierter Kritikfähigkeit, einen risikoreichen Konsum erhöhen. (Vgl. BAS 1998, S. 4)

31 Weiterführende Literatur zum Thema „Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen“ vgl. Kraus/Püschel 2002

32 In der Statistik „Rauschgifttote nach Geschlecht und Altersstruktur – FDR“ (vgl. BKA 2011b, S. 26) wurde in 19 Fällen das Geschlecht der Rauschgifttoten nicht erfasst. Somit kann die Prozentzahl minimal variieren, falls der Anteil an männlichen Drogentoten unter den Unbekannten nicht dem gegebenen entspricht.



Bereich: 1977 bis 1990 = alte Länder, 1991 = alte Länder mit Gesamt-Berlin, ab 1992 = Bundesgebiet insgesamt

Abb. 5: Drogentodesfälle in Deutschland von 1973 bis 2010, Quelle: BKA 2011a, S. 237

Das Sinken der Drogentodeszahlen in Deutschland ist jedoch nicht der Konsens aller Bundesländer. In einzelnen Ländern wie Bayern und Baden-Württemberg ist ein Anstieg der Drogentodesfälle zu verzeichnen. Speziell in Bayern ist seit 2006 ein kontinuierlicher Anstieg an Drogentoten erkennbar. In diesen fünf Jahren sind die Zahlen um 37,2% gestiegen, wobei der größte Sprung mit 26,7% von 2006 auf 2007 stattgefunden hat. (Vgl. BKA 2011b, S. 25) Ein politischer Einfluss auf die ausbleibende Einführung von zusätzlichen Hilfsmaßnahmen, die mitunter zu einer Senkung der drogenbezogenen Mortalität beitragen könnten, ist häufig sehr groß.

Die Gesamtzahl der drogenbedingten Mortalität in Deutschland ist relativ hoch. Daher darf der Themenkomplex Drogentod in Debatten nicht vernachlässigt werden. Die Zahlen der Drogentoten werden allerdings in politischen und öffentlichen Diskussionen über Drogen oft dafür eingesetzt, die Gefährlichkeit illegaler Substanzen (insbesondere von Heroin) nachzuweisen und repressive Maßnahmen zu legitimieren. Auch die Medien stellen die Statistiken der Todesfälle meistens zur Schau, ohne die Lebensumstände der Drogenabhängigen und die Ursachen der drogenbedingten Mortalität aufzuzeigen. (Vgl. Stöver 1994a, S. 31) Indessen werden die Daten zu den alkohol- und nikotinbedingten Sterberaten durch die Medien weniger dramatisierend in die Öffentlichkeit transportiert. In Deutschland sterben pro Jahr mehr

Menschen an den Folgen ihres Alkohol- (ca. 74.000 Menschen³³) und Tabakkonsums (110.000 bis 140.000 Raucher³⁴) als durch den Konsum von illegalen Drogen.

-
- 33 Davon ist etwa ein Viertel der Todesfälle direkt auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen bzw. der Alkoholkonsum erhöht das Mortalitätsrisiko. Die übrigen Fälle sind sowohl auf Alkohol- als auch gleichzeitig auf Tabakkonsum zurückzuführen. (Vgl. John/Hanke 2002; S. 582) Ausführliche statistische Daten in John/Hanke 2002: "Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany"
- 34 Im Jahr 2007 wurden fast 110.000 durch das Rauchen bedingte Todesfälle verzeichnet. Schätzungen zufolge sind jährlich sogar 140.000 Todesfälle auf das Rauchen zurückzuführen. (Vgl. dkfz 2009, S. 41) Ins Detail gehend siehe „Tabakatlas Deutschland 2009“ in dkfz 2009

2 Der Justizvollzug in Deutschland

„Um einen Staat zu beurteilen, muss man seine Gefängnisse von innen ansehen.“
(*Leo Tolstoi *1828 †1910*)

2.1 Das Gefängnis als eine totale Institution

Es existieren Institutionen, die das Individuum ganz für sich beanspruchen und deren Regeln nicht zur Orientierung dienen, sondern ein Zwang zur Einhaltung besteht (vgl. Vester 2009, S. 108 f.). Goffman hat sich mit diesen sogenannten totalen Institutionen³⁵ beschäftigt, zu denen neben Psychiatrien, Kasernen und Klöstern auch die Gefängnisse zählen. Er teilt diese totalen Institutionen in fünf Gruppen ein. Einer dieser fünf Gruppen gehören die Gefängnisse an; sie dienen dem Schutz der Gemeinschaft vor bewusst gewollten Gefahren, kümmern sich aber nicht direkt um das Wohlbefinden der Insassen.³⁶ Das wesentliche Kennzeichen der totalen Institutionen ist die Verbindung der drei Lebensbereiche (Arbeit, Wohnung und Freizeit), welche eigentlich separat ablaufen. Alle Angelegenheiten des Lebens in der Anstalt ereignen sich immerzu am gleichen Ort, unter der Leitung derselben Autorität und zusammen mit einer großen, annähernd beständigen Gruppe von gleichgestellten Interaktionspartnern. Sämtliche Bereiche des Lebens und der Arbeit einer totalen Institution sind präzise konzipiert und werden nach ausdrücklichen formellen Bestimmungen gehandhabt. Die Vorschriften werden in einem rationalen Konzept zusammengeführt, welches die amtlichen Interessen der Anstalt umsetzen soll. (Vgl. Goffman 1972, S. 15 ff.)

35 Ausführliche Behandlung dieser Thematik in Goffman 1972 und Vester 2009

36 Die anderen vier Gruppen sind Anstalten, die der Fürsorge für unselbstständige und harmlose Menschen dienen (bspw. Asyle, Waisenhäuser), die der Fürsorge für unselbstständige Menschen dienen, die als Bedrohung für die Gesellschaft angesehen werden (z.B. Nervenheilanstalten), in denen bestimmte, arbeitsähnliche Aufgaben besser erledigt werden können (z.B. Kaserne, Schiffe) und die ein Zufluchtsort vor der Welt, sowie religiöse Ausbildungsstätten sind (bspw. Klöster, Abteien) (vgl. Goffman 1972, S. 16).

Im Normalfall herrscht in totalen Institutionen eine vorschriftsmäßige soziale Distanz, die sich in der prinzipiellen Separation zwischen der kleinen Gruppe des Aufsichtspersonals und der umfangreicheren Gruppe der Insassen äußert. Die Kommunikation sowie die Weitergabe von Informationen sind nur bedingt vorhanden. Infolgedessen entstehen zwei unterschiedliche soziale und kulturelle Lebensbereiche, die allein durch die offizielle Struktur miteinander verbunden sind, sonst aber keinerlei gemeinsame Bezüge aufweisen. Durch das Verschweigen von Informationen kann das Anstaltspersonal die Distanz zu den Inhaftierten und die Kontrolle über sie bewahren. Der totale Charakter wird zudem durch den eingeschränkten sozialen Kontakt der dort lebenden Insassen mit der Außenwelt deutlich. Die tägliche Planung der eigenen Rolle in der Außenwelt wird aufgehoben und die Selbstentfaltung behindert, wodurch es zu einem Verlust der Persönlichkeit kommt. Anfangs werden zusätzlich Besuche innerhalb wie außerhalb der Institution verwehrt, um die Entfremdung von der vergangenen Identität und die Akzeptanz des Verlustes zu garantieren. Prägend für den Totalitätscharakter ist die präzise Planung des Institutionsalltags der Insassen, mit der Folge, dass ihre grundlegenden Bedürfnisse ebenfalls festgelegt werden müssen und sich dadurch eine Passivität einstellt. Ferner kann die Arbeitsmotivation in der Institution nie mit der strukturellen Relevanz in der Außenwelt verglichen werden, da in Freiheit die Autorität des Arbeitsplatzes begrenzt und von der Freizeit strikt getrennt ist. Was nach der Arbeit geschieht, ist somit Privatsache und liegt im Ermessen des Einzelnen. Dies kann in einer totalen Institution, aufgrund der Verbindung der drei Lebensbereiche und des vorgeplanten Hafttages, nicht gewährleistet werden. Eine grundlegende Angleichung wird von jedem Gefangenen sowie den Personen, die die Insassen zur Arbeit bewegen, gefordert. Dadurch wird die Arbeitseinstellung des Einzelnen durch das Prinzip der Arbeit in Haft demoralisiert. Die totale Institution steht neben dem Bereich der Arbeit auch mit der Familie im Widerspruch, da es aufgrund der Vereinigung der drei Lebensbereiche unwahrscheinlich ist, familiäre Strukturen und soziale Beziehungen über die Dauer des Aufenthalts weiterzuführen. (Vgl. Goffman 1972, S. 18 ff.) Letztendlich fordert die totale Institution einige Entbehrungen von den Insassen, vor allem eingeschränkte physische Bewegungsfreiheit, Begrenzung der Selbstbestimmung, Entzug materieller Güter, Aufgabe heterosexueller Beziehungen und persönliche Sicherheitseinbußen (anlässlich der Auslieferung an die Subkultur der Insassen) (vgl. Schott 2002, S. 46).

2.2 Die Untersuchungshaft

2.2.1 Rechtliche Grundlagen

Die Gesetzesgrundlage des Vollzugs der U-Haft für Erwachsene ist der § 119 StPO.³⁷ Dieser regelt die räumliche Unterbringung der Untersuchungsgefangenen, die Rechtmäßigkeit ihrer Fesselung sowie die Zuständigkeit bei der Anordnung von Maßnahmen. Überdies ist eine Generalklausel in § 119 Abs. 3, 4 StPO³⁸ enthalten, die besagt, dass „... Grundrechtseinschränkungen in der U-Haft nur nach Maßgabe des Haftzwecks und den Bedürfnissen der Anstaltsordnung zulässig sind.“ (Roxin 1987, S. 192 f.) Zusätzlich existiert die UVollzO (Verwaltungsordnung) vom 12. Februar 1953, welche von Haftrichtern meist als Verpflichtung angesehen wird, aber von Rechts wegen lediglich für die Anstaltsleitung bindend ist (vgl. Roxin 1987, S. 191). Im Zuge der Föderalismusreform³⁹ wurde durch die Änderung des Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG (vgl. BR 2006a, S. 3 Nr. 7) die Befugnis für den Erlass eines Untersuchungshaftvollzugsgesetzes schließlich den Bundesländern auferlegt. Bisher haben 14 Bundesländer entsprechende Landesgesetze zur Regelung des Vollzugs der U-Haft erlassen.⁴⁰ In Schleswig-Holstein (02. Februar 2011) und Bayern (23. März 2011) sind seit 2011 Regierungsentwürfe vorhanden. (Vgl. Feest 2009)

Die allgemeinen Bedingungen für den Entzug der Freiheit sind in Art. 104 GG festgehalten. Differenzierter werden die Voraussetzungen für die U-Haft in den §§ 112, 112a und 113 StPO geregelt.⁴¹ Die U-Haft dient der Sicherstel-

37 Für Jugendliche und Heranwachsende gelten zusätzliche noch die §§ 71, 72 und 110 JGG

38 „Dem Verhafteten dürfen nur solche Beschränkungen auferlegt werden, die der Zweck der Untersuchungshaft oder die Ordnung in der Vollzugsanstalt erfordert. Bequemlichkeiten und Beschäftigungen darf er sich auf seine Kosten verschaffen, soweit sie mit dem Zweck der Haft vereinbar sind und nicht die Ordnung in der Vollzugsanstalt stören.“ (§ 119 Abs. 3, 4 StPO)

39 Föderalismusreformgesetz vom 28.08.2006; In Kraft getreten am 01.09.2006.

Vgl. Entwürfe zur Änderung des Grundgesetzes (BR-Drucksache 178/06, vgl. BR 2006a) und eines Föderalismusreform-Begleitgesetzes (BR-Drucksache 179/06, vgl. BR 2006b). Vereinbarte Begleittexte in Entschließungsantrag (BR-Drucksache 180/06, vgl. BR 2006c).

Die Gesetzesentwürfe wurden vom BT am 30. Juni 2006 angenommen (BR-Drucksache 462/06 und 463/06, vgl. BR 2006d und e). Den Gesetzesentwürfen wurde am 07. Juli 2006 durch den BR zugestimmt. Veröffentlichung der Gesetze im BGBI. I 2006 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil I Nr. 41. Online unter: <http://www.bmbf.de/pubRD/bgb1106s2034.pdf>. Zuletzt abgerufen am 15.05.2011.)

40 Landesgesetze wurden in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen verabschiedet.

41 Grundlegende und weiterführende Literatur zur Untersuchungshaft: Kleinknecht/Janischowsky 1977, Seebode 1985, Reindl et al. 1995, Höflich/Schriever 2003 S. 187–228, Cornel 2009b

lung des Erkenntnisverfahrens⁴² sowie der Strafvollstreckung und wird auf der Grundlage eines dringenden Tatverdachts sowie eines speziellen Haftgrunds angeordnet. Dieser ist gegeben, wenn der Beschuldigte flüchtet, sich versteckt hält, Flucht⁴³, Verdunklungs- oder Wiederholungsgefahr⁴⁴ besteht oder wenn es sich bei einem Verbrechen um eine besonders schwere Tat handelt (bspw. Totschlag, Mord). (Vgl. Roxin 1987, S. 184 ff.) Die StPO sieht noch vier weitere Haftgründe vor: Gemäß § 230 Abs. 2 StPO kann ein Haftbefehl erlassen werden, wenn der Angeklagte der Hauptverhandlung unentschuldig fernbleibt. Außerdem ist die Strafvollstreckungsbehörde laut § 127b StPO berechtigt, Verdächtige vorläufig festzunehmen, die während der Tat gefasst oder verfolgt wurden. Dieses Befugnis gilt jedoch nur, wenn eine Verfahrensbeschleunigung möglich ist und ein Ausbleiben des Verdächtigen bei der Hauptverhandlung angenommen wird. Darüber hinaus gibt es noch den Vollstreckungshaftbefehl nach § 457 StPO sowie den Sicherungshaftbefehl nach § 453c StPO bei Verdacht auf Bewährungswiderruf. (Vgl. Cornel 2009b, S. 246 f. Rn. 38 ff.) Sind die aufgeführten Voraussetzungen gegeben, erlässt der Haftrichter einen schriftlichen Haftbefehl gemäß § 114 Abs. 1 StPO sowie Nr. 15 UVollzO. Die U-Haft als Vorkehrung für die Verfahrenssicherung ist der schwerwiegendste Eingriff in die Freiheit des Menschen. Bis zum rechtskräftigen Urteil ist deshalb die Unschuldsvermutung des Art. 6 Abs. 2 EMRK unabdingbar.⁴⁵

Die Haftgründe, ausgenommen Flucht sowie Flucht- und Verdunklungsgefahr, sind in der Literatur sehr umstritten. Hassemer (1984, S. 40 f.)⁴⁶ zeigt, anhand der Rechtfertigungsgründe für die U-Haft, ihre Grenzen auf und formuliert die wesentliche Kritik an diesen Haftgründen. Er ist der Meinung, dass eine Missachtung der Unschuldsvermutung, auch bei relativ klarer Sachlage, das Hauptverfahren herabsetzt. Die Justiz muss die Schuld des Tatverdäch-

42 Durch die U-Haft soll sichergestellt werden, dass der Beschuldigte beim Strafverfahren anwesend (§ 112 Abs. 2 Nr. 1, 2 StPO) und eine ordnungsgemäße Tatsachenermittlung möglich ist (§ 112 Abs. 2 Nr. 3 StPO) (vgl. Roxin 1987, S. 184).

43 Der Beschuldigte will sich dem Strafverfahren entziehen (§ 112 Abs. 2 Nr. 2 StPO). Dies wird beispielsweise angenommen, wenn er keinen festen Wohnsitz hat oder schon wegen mehreren Straftaten bekannt ist, was bei Drogenabhängigen häufig der Fall ist (vgl. Kleinknecht/Janischowsky 1977, S. 8 Rn. 26 ff.). Vgl. dazu auch Roxin 1987, S. 186 (B II 2 a)

44 Der Beschuldigte hat eine Straftat gemäß § 112a StPO begangen (z.B. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz) und es wird davon ausgegangen, dass er neue beträchtlichere Straftaten dieser Art verübt oder die angeklagte Straftat weiterführt.

45 Siehe dazu Cornel 2009b, S. 237 Rn. 5 sowie Roxin 1987, S. 184 f. (A II, III)

46 Hassemer, Winfried (1984): *Die Voraussetzungen der Untersuchungshaft*. In: Strafverteidiger (1984), S. 38 ff. Zitiert nach Cornel 2009b, S. 244 f. Rn. 32.

tigen vorschriftsmäßig nachgewiesen haben, um Maßnahmen zu legitimieren, die eine mögliche Wiederholungstat unterbinden, eine abschreckende Wirkung haben, das Wertesystem der Gesellschaft verdeutlichen oder den Täter zur Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben befähigen sollen. Lediglich die Ziele der Verfahrenssicherung sowie der Sicherstellung der Strafvollziehung rechtfertigen die U-Haft; genauer gesagt die Sicherstellung, dass der Beschuldigte bei der Hauptverhandlung anwesend ist, auf diesem Weg die Wahrheit aufgedeckt wird und eine Verurteilung erfolgen kann. Legitimiert werden dadurch einzig und allein die Flucht sowie die Flucht- und Verdunklungsgefahr als Haftgründe. Die Bekämpfung der Kriminalität mit Zuhilfenahme der U-Haft vor Inkrafttreten des Urteils ignoriert die Unschuldsvermutung, diskreditiert das Hauptverfahren und macht sich der Menschenrechtsverletzung schuldig.⁴⁷

Die U-Haft darf gemäß § 112 Abs. 1 S. 2 StPO nur angeordnet werden, wenn der Haftgrund dem Verhältnismäßigkeitsprinzip⁴⁸ entspricht. Daran wird sich in der Praxis nicht immer gehalten. Bei drogenabhängigen Verdächtigen wird die U-Haft äußerst häufig angewendet. Juristisch wird sie mit Flucht- oder Verdunklungsgefahr begründet, da diese Haftgründe schwer zu prüfen sowie zu widerlegen sind und die wirklichen Motive leicht verbergen können (apokryphe Haftgründe⁴⁹). Im Grunde soll die Anordnung den Drogensüchtigen aus der Drogenszene holen und ihn vor der Gerichtsverhandlung zu einer Therapie bewegen, um ihm damit einen reibungslosen Übergang von der Haft zur Therapie zu ermöglichen – zumindest in der Theorie. (Vgl. Hellebrand 1990, S. 145)

2.2.2 *Vollzug der Untersuchungshaft*

Grundsätzlich müssen nach § 119 Abs. 1 S. 2 StPO und Nr. 22 Abs. 1 UVollzO die Untersuchungsgefangenen von den Strafgefangenen getrennt untergebracht werden (außer die räumlichen Bedingungen lassen es nicht zu). Dies hat den Hintergrund, dass die U-Haft keine Strafvollstreckung darstellt. In § 119 Abs. 1 S. 1 StPO und Nr. 23 Abs. 1 UVollzO wurde die Einzelunter-

47 Kritische Meinung zu den jeweiligen Haftgründen siehe Cornel 2009b, S. 239–247 Rn. 11–43 bzw. zur Systemwidrigkeit der Haftgründe „Schwere der Tat“ und „Wiederholungsgefahr“ vgl. Roxin 1987, S. 187 f. (B II 2c, d). Strategien zur Haftvermeidung und -reduzierung im Hinblick auf die Haftgründe für die U-Haft sind nachzulesen in Zurhold 1997, S. 265–267

48 Die Dauer der U-Haft muss ebenfalls verhältnismäßig sein gemäß Art. 5 Abs. 3 der EMRK und §§ 120 ff. StPO.

49 Siehe dazu auch Cornel 2009b, S. 253 Rn. 60 f.

bringung normiert.⁵⁰ Trotz der Einzelhaft ist nach Nr. 23 Abs. 2 UVollzO bei Hofgängen, Gottesdiensten, Arztbesuchen oder Ähnlichem der Kontakt zu anderen Untersuchungshäftlingen gestattet.

Prinzipiell sind in der Vollzugspraxis resozialisierungsfördernde Maßnahmen vorhanden, mithilfe derer sich die Häftlinge ihren Haftalltag annehmbarer und sinnvoll organisieren können. Den Untersuchungsgefangenen hingegen stehen diese Angebote (Arbeit, Ausbildung, schulische Aspekte, soziales Training, sportliche Aktivitäten, bildende und unterhaltende Freizeitmöglichkeiten) nicht im selben Umfang zur Verfügung, weshalb sie gegenüber den übrigen Inhaftierten einen Nachteil haben. (Vgl. Böhm 2003, S. 236 Rn. 447) Zudem sind die Vollzugsbedingungen in U-Haft hinsichtlich der Außenkontakte sehr streng geregelt.⁵¹ Vollzugslockerung oder Urlaub (Nr. 41 Abs. 3 UVollzO) sind völlig ausgeschlossen. Einschätzungen zufolge würden diese dem Zweck der U-Haft widersprechen. Selbst Kontakte im Sinne von Besuchen (Nrn. 24 ff. UVollzO) und Briefen (Nrn. 28 ff. UVollzO) sind deshalb streng reglementiert (oder sogar untersagt). Briefe oder Telefonate müssen gerichtlich bewilligt und dürfen überwacht werden. (Vgl. Bammann 2008a, S. 99) Daher sehen „...Praktiker, Gefangene und Vollzugswissenschaftler übereinstimmend in der Untersuchungshaft die härteste Form strafrechtlicher Freiheitsentziehung.“ (Seebode 1985, S. V)

Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) verpflichtet den Vollzugsstab, den Insassen der U-Haft soziale Hilfen (Nr. 49 UVollzO) anzubieten. Viele der erstmals Inhaftierten stehen unter einem besonderen Schock, da sie plötzlich aus ihren Lebensverhältnissen gerissen wurden. Es herrscht viel Unsicherheit im Hinblick auf den bevorstehenden Strafprozess und dessen Ausgang. Zudem sind die Haftbedingungen, aus eben genannten Gründen, ausgesprochen belastend. Infolgedessen ist es von großer Bedeutung, Maßnahmen anzubieten, die den Insassen helfen, den Haftchock zu verarbeiten und die Selbstmordgefahr⁵² zu verringern. Hilfsangebote sind während der ganzen Zeit in Untersuchungshaft von großer Bedeutung, da immer wieder neue

50 Das Recht auf Einzelunterbringung versus der tatsächlichen Vollzugspraxis in U-Haft vgl. Böhm 2003, S. 237 Rn. 449

51 Vgl. Böhm 2003, S. 240 f. Rn. 455

52 Neben dem Rückfall wird der Suizid als Folge des Klimas in der U-Haft gesehen und ist die häufigste Todesursache im Vollzug. Verschiedenen Angaben zufolge liegt die Selbstmordrate in den JVAen vier- bis zehnmal höher wie in der Allgemeinbevölkerung mit analoger Alters- und Sozialstruktur. In der U-Haft (besonders am Anfang der Haft) ist die Suizidrate sogar fünfmal höher als in der Strafhaft, was den Unterschied in den Haftbedingungen verdeutlicht. (Vgl. Seebode 1985, S. 40 f.)

schwierige Situationen auftreten (bspw. belastende Aussagen von Zeugen oder Mittätern, Kontakt zur Familie oder dem Lebenspartner bricht ab), bei denen die Untersuchungshäftlinge Unterstützung und Hilfe gebrauchen können. Zusätzlich sollte von Anfang an Desintegrationseffekten und besonders dauerhaften Prisonisierungsschäden⁵³ entgegengewirkt werden. Dies kann beispielsweise durch die Sicherung des persönlichen Besitzes, der Wohnung und des Arbeitsplatzes sowie durch Kontakte zur Familie erreicht werden. Problematisch ist jedoch, dass dazu oft Außenkontakte erforderlich wären, die nur eingeschränkt genehmigt werden. (Vgl. Cornel 2009b, S. 264 f. Rn. 91 ff.)

Angesichts der in U-Haft geltenden Unschuldsvermutung verwundert eigentlich die weitaus rigidiere Behandlung der Untersuchungsgefangenen als die der Insassen im Strafvollzug. Selbst in den Grundsätzen des UVollzO ist folgende Muss-Bestimmung verankert: „Die Persönlichkeit des Gefangenen ist zu achten und sein Ehrgefühl zu schonen. Im Umgang mit ihm muß selbst der Anschein vermieden werden, als ob er zur Strafe festgehalten werde. Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken.“ (Nr. 1 Abs. 3 UVollzO) Auch Cornel (2009b) argumentiert in Bezug auf notwendige Hilfsangebote in der U-Haft aus inhaltlicher sowie rechtlicher Sicht:

Die meisten Hilfen zur Verbesserung der Lebenslage, Erhöhung von Handlungskompetenzen und zum Ausgleich von sozialen Benachteiligungen lassen keinerlei Rückschlüsse auf konkrete Täterschaften zu. Entsprechend können sie ... weder dem Zweck der Untersuchungshaft widersprechen, noch das Urteil zum Nachteil des Inhaftierten beeinflussen. Sie sind zudem im Sinne von Nr. 1 Abs. 2 der UVollzO, des Sozialstaatsgebots und des Verhältnismäßigkeitsprinzips ebenso geboten, wie durch die §§ 3 Abs. 1, 2 und 3^[54] sowie 4 Abs. 2 StVollzG. (S. 266 Rn. 97)

Integrierende sowie resozialisierende Maßnahmen dürfen den Untersuchungshäftlingen nicht vorenthalten werden. Angemessene soziale Hilfen und die Sicherung des Erkenntnisverfahrens sowie der Strafvollstreckung schließen sich gegenseitig nicht aus.

53 Zum Thema „Prisonisierung“ vgl. Schöch 2002e, S. 473 Rn. 18 f. und Laubenthal 2008, S. 123–126 Rn. 224–227. Näheres zu „Prisonisierung und Subkultur“ auch in Böhm 2003, S. 92–97 Rn. 170–177

54 Näheres zu den drei Gestaltungsgrundsätzen im Strafvollzug siehe in 2.3.1 Rechtliche Grundlagen, Ziele und Grundsätze

In den nachfolgenden Themenbereichen zu den Lebenslagen der inhaftierten Drogenabhängigen sowie zu deren Beratung, Betreuung und Behandlung⁵⁵ wird hauptsächlich vom Justizvollzug im Sinne der Strafhaft gesprochen. In U-Haft sind (sucht-)spezifische Angebote nicht in dem Rahmen möglich, wie in der Strafhaft. Die Insassen haben trotzdem das Recht auf medizinische Betreuung und soziale Hilfen (bspw. Sozialdienst, externe Mitarbeiter). Die vorhandenen Maßnahmen (wie oben beschrieben) sind jedoch eher auf äußere Hilfen beschränkt. Allerdings wäre genau zu dem Zeitpunkt der Unterbringung in der U-Haft ein breit gefächertes Angebot an Hilfen nötig, um den Gefangenen die (erste) Zeit in Haft mittels (sucht-)spezifischer Beratung, Betreuung und Behandlung zu erleichtern. Die Insassen wissen häufig nicht, was sie im Strafprozess erwartet. Sie sind von der Außenwelt größtenteils isoliert, haben außerhalb der Haft meist in problematischen sowie desolaten Verhältnissen gelebt und es ist von einem niedrigen sozioökonomischen Status auszugehen. Die Hilfsangebote sollten daher lebensweltnah und klientenzentriert sein, um auf die aktuelle Situation und die individuellen Problemlagen eingehen zu können. Infolgedessen wäre es wichtig, die Untersuchungsgefangenen verständlich über das anstehende Hauptverfahren zu informieren und sie während der ganzen Haftzeit individuell zu unterstützen (z.B. persönlich stützen und stärken, um Resignation zu vermeiden; regulieren von Schulden; Sicherung der Existenzgrundlage; Orientierung bzw. Perspektivbildung hinsichtlich schulischer oder beruflicher Zukunft; individuelle Beratung; Förderung sozialer Außenkontakte, ohne den Sinn der U-Haft zu gefährden). (Vgl. Cornel 2009b, S. 266 f. Rn. 98 f.) Zudem würde insbesondere den inhaftierten Drogenabhängigen ein Angebot der (externen) Suchtberatung helfen, um sie frühzeitig dabei zu unterstützen, sich mit ihrer Suchtproblematik auseinanderzusetzen und eine Perspektive zu entwickeln. Wichtig ist, mit ihnen die Möglichkeiten zur Strafvermeidung zu besprechen, Angelegenheiten im Hinblick auf eine Therapievermittlung zu klären (bspw. versicherungsrechtliche Voraussetzungen; Kontakt mit Therapieeinrichtung, Justizbehörde, Rechtsanwalt) und die Hilfesuchenden auf die Therapie vorzubereiten. Eine frühestmögliche Therapievermittlung der inhaftierten Drogenabhängigen sollte (so weit wie möglich) angestrebt werden, um die Zeit in der Haftanstalt zu verkürzen. Jedoch ist in U-Haft der Handlungsrahmen von sozialen Hilfsmaßnahmen generell eingeschränkt. Dies liegt mitunter an der

55 Siehe 3 Lebenslagen inhaftierter Drogenabhängiger Lebenslagen inhaftierter Drogenabhängiger und 4 Beratung, Betreuung und Behandlung inhaftierter Drogenabhängiger

hohen Fluktuation der Häftlinge, die teilweise nur kurz in U-Haft verbleiben und ein langfristiger sowie intensiver Kontakt dadurch oftmals nicht möglich ist. Auch aufgrund der engen Beschränkung von Außenkontakten sind viele Hilfen nur bedingt umsetzbar. Somit stellen die Beratungsangebote in U-Haft in manchen Fällen eher Clearing-Maßnahmen dar, die aber in ihrer Wichtigkeit nicht zu unterschätzen sind. Darüber hinaus ist es für viele Betroffenen der allererste Kontakt mit dem Suchthilfesystem, der den Grundstein für eine effektive sowie nachhaltige Beratung und Betreuung darstellen kann.

Der Konsum von Drogen spielt in U-Haft kaum eine Rolle, da die haftinterne Organisation von Schmuggel und Handel fehlt (vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 29 f.). Es herrscht überwiegend Einzelunterbringung, eingeschränkte Außenkontakte, verringerter Kontakt zwischen den Untersuchungshäftlingen und eine hohe Fluktuation bei den Insassen, wodurch weniger feste Strukturen vorhanden sind und sich Subkulturen schwieriger bilden als im Strafvollzug. Dadurch sind die Möglichkeiten für Drogenkonsum und Sexualkontakte in U-Haft deutlich begrenzt. Viele Drogenabhängige werden vor Rechtskraft des Urteils vorerst in der U-Haft untergebracht und haben auch dort mit den Problemen des Suchtdrucks zu kämpfen. Obwohl riskante Verhaltensweisen eine eher untergeordnete Rolle spielen, finden diese trotzdem statt. In diesem Zusammenhang wäre es ausschlaggebend, niedrigschwellige Drogenhilfeangebote sowie Behandlungsmaßnahmen zu etablieren, um den inhaftierten Konsumenten illegaler Substanzen den Entzug zu erleichtern und ihnen Beratung, medizinische Betreuung sowie Schutz vor Infektionen anzubieten.

2.3 Der Strafvollzug

2.3.1 Rechtliche Grundlagen, Ziele und Grundsätze

Die wesentliche Grundlage für den Strafvollzug⁵⁶ ist das StVollzG, welches am 01. Januar 1977 in Kraft getreten ist (vgl. § 198 StVollzG). Es wird durch die „Bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschriften zum Strafvollzugsgesetz“ erweitert,⁵⁷ welche keinen Gesetzescharakter besitzen. Die Insassen können sich daher in Bezug auf die VV zum StVollzG nicht auf ihre Rechte und Pflichten berufen und diese auch nicht vor Gericht einfordern. Sie stellen verbindliche Direktiven für das Handeln der Vollzugsverwaltung sowie Konkre-

56 Grundlegende und weiterführende Literatur zum Thema Strafvollzug: Callies 1981, Walter 1999, Kaiser/Schöch 2002, Schott 2002, Höflich/Schriever 2003, Dölling 2007, Laubenthal 2008

57 Vgl. Schöch 2002d, S. 256 Rn. 10–12

tisierungen diverser Bestimmungen des StVollzG dar und sollen eine identische Interpretation dieser Paragraphen vereinfachen respektive garantieren. Zusätzlich existieren landesspezifische Verwaltungsvorschriften, die allein für die jeweiligen Bundesländer Gültigkeit besitzen. Ergänzend liegen für die einzelnen JVAen Dienstanweisungen oder Verfügungen vor, sowie eine Hausordnung (z.B. Regeln zum Besuch, zu Außenkontakten, zum Besitz). Von großer Bedeutung sind ferner gerichtliche Entscheidungen, anhand derer das Strafvollzugsrecht kontinuierlich weiterentwickelt und präzisiert wird. Dieses ist vorrangig ein Einzelfallrecht. Die Entscheidungen sind nur selten bindend und helfen allein bei anderen gerichtlichen Argumentationen, um diese inhaltlich zu unterstützen sowie zu bekräftigen. Bei den Einzelfallurteilen ist zu beachten, welche JVA (unterschiedliche Sicherheitsstandards, bisher existierende Regelungen) und welche Häftlinge (individuelle Voraussetzungen) an dem speziellen Fall beteiligt waren. (Vgl. DAH 2011c, S. 105 f.)

Mit dem Inkrafttreten der Föderalismusreform⁵⁸ (01. September 2006) hat sich die Gesetzgebungskompetenz für den Strafvollzug auf die jeweiligen Länder verlagert. Wenn Bundesländer diese Befugnis für den Erlass eines eigenen Strafvollzugsgesetzes nicht wahrnehmen, bleibt das ursprüngliche StVollzG gültig. (Vgl. Feest 2008a, S. 10) Bislang wurden nur in Bayern (BayStVollzG), Hamburg (HmbStVollzG), Niedersachsen (NJVollzG), Hessen (HStVollzG) und Baden-Württemberg (JVollzGB) neue Strafvollzugsgesetze beschlossen.⁵⁹

Mit der Benennung des Vollzugsziels in § 2 S.1 StVollzG wollte der Bundesgesetzgeber erreichen, dass die Resozialisierung oberste Priorität unter den Vollzugsaufgaben hat.⁶⁰ Die Insassen sollen im Strafvollzug befähigt werden, nach der Entlassung ein straffreies und sozial verantwortungsvolles Leben zu führen. Dazu ist der Staat verpflichtet, wie es in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 2 GG verankert ist und auch durch das Sozialstaatsprinzip⁶¹ gemäß Art. 20 Abs. 1 GG an Bedeutung gewinnt. Im Nachsatz (§ 2 S.2 StVollzG) wird angeführt, dass der Entzug der Freiheit die Gesellschaft vor zusätzlichen

58 Details zur Föderalismusreform siehe S. 51 Fußnote 39

59 Die §§ 109–122 StVollzG sind nicht von der Föderalismusreform betroffen und haben auch in den Bundesländern, in denen eigene Gesetze verabschiedet wurden, weiterhin ihre Gültigkeit (vgl. Feest 2009).

60 Ausführliches zum Vollzugsziel in Schöch 2002b, S. 230–232 Rn. 1–9 und Laubenthal 2008, S. 74–92 Rn. 139–170. Zu den Aufgaben des Vollzugs siehe Schöch 2002b, S. 232–239 Rn. 10–35

61 Vgl. dazu Cornel 2009a, S. 297–299 Rn. 17–21

Straftaten schützt.⁶² Die Kriminalität wird hier durch ein Defizit in der Sozialisation begründet, welches mithilfe der Resozialisierung in Haft ausgeglichen werden soll. Die Grundlage dafür ist jedoch ein bereits abgeschlossener Sozialisationsprozess im Leben des Inhaftierten, der den sozialen und rechtlichen Normen der Gesellschaft entspricht. Diese Phase der Entwicklung haben die meisten nicht oder nur unzureichend durchlaufen, sodass der Prozess der Eingliederung in die Gesellschaft in Haft nachträglich bzw. zum ersten Mal stattfinden muss.⁶³ Auf diese Neueingliederung wirkt sich das Milieu des Gefängnisses negativ aus, da sich die Insassen an die Subkultur anpassen und deren deviante Normen und Werte verinnerlichen (Prisonisierung). Abweichendes Verhalten wird intensiviert und behindert das Erreichen des Vollzugsziels. (Vgl. Schöch 2002a, S. 160 ff. Rn. 9 ff.)

Durch das Resozialisierungsziel wird der Vollzugsadministration die Pflicht auferlegt, die organisatorische Komponente des Strafvollzugs so zu strukturieren, dass sie der Zielvorgabe gerecht wird. Die personellen und materiellen Rahmenbedingungen, die sozialen Interaktionsfelder von Inhaftierten und haftinternen Mitarbeitern sowie der Kontakt mit Bezugspersonen müssen so geregelt sein, dass eine optimale soziale Wiedereingliederung gewährleistet wird. Die Modalitäten für die Verwirklichung des Behandlungsablaufs sind das Vollzugssystem (Beamte der Aufsichtsbehörde – Landesjustizverwaltung), die Unterscheidung der Anstaltsarten und die Herstellung von entsprechenden Kommunikations- und Interaktionsfeldern (Personalstruktur der Anstalt). Die Behandlung im Vollzug impliziert therapeutische Maßnahmen sowie generelle Interventionen (Berufsausbildung, Unterricht, Beratungsgespräche für individuelle und wirtschaftliche Schwierigkeiten, Teilnahme an Gemeinschaftstätigkeiten in Haft), die den Inhaftierten in das soziale und wirtschaftliche Leben einbinden und kriminelle Tendenzen abbauen sollen.⁶⁴ (Vgl. Laubenthal 2008, S. 84 Rn. 157 f.)

62 Die Ernennung des Resozialisierungsauftrages zum Vollzugsziel führte in den vergangenen Jahren oft zu Kritik. Es gab Bestrebungen den Schutzauftrag als gleichwertiges Vollzugsziel zu benennen. Diese Versuche scheiterten zwar auf Bundesebene, jedoch wurde in vereinzelt Landesgesetzen sowohl die Resozialisierung als auch der Schutzauftrag zum Vollzugsziel ernannt (mit Priorität auf einen der beiden Aspekte). Welche Konsequenzen diese Änderung für den Vollzug hat, ist noch nicht vorhersehbar. Allerdings könnte dadurch dem Thema Sicherheit eine ausgeprägtere Relevanz verliehen werden, zulasten der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, der Behandlung sowie der Vorbereitung auf die Entlassung. (Vgl. DAH 2011c, S. 94)

63 Verviesen wird dazu auf Walter 1999, S. 88–90 Rn. 52–54, S. 275–278 Rn. 280 f.

64 Siehe dazu den Beschluss vom OLG Karlsruhe vom 25.11.2004 (Aktenzeichen: I Ws 186/04). Online unter: http://lrwb.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&GerichtAuswahl=Oberlandesgerichte&Art=en&Datum=2004-11&nr=4554&pos=6&anz=54 Zuletzt abgerufen am 16.04.2012.

Der § 3 StVollzG stellt eine Zielkonkretisierung dar und nennt die drei bedeutsamsten Gestaltungsgrundsätze des Strafvollzugs:⁶⁵ Angleichungs-,⁶⁶ Gegenwirkungs-⁶⁷ und Integrationsgrundsatz⁶⁸. Sie beschreiben verbindliche Mindestanforderungen an die Erfüllung aller Aufgaben des Vollzugs. Insbesondere der Gegenwirkungsgrundsatz gemäß § 3 Abs. 2 StVollzG lässt erkennen, dass auch die Legislative die defizitären Auswirkungen des Strafvollzugs wahrgenommen hat und deshalb vorschreibt, dass in Haft alle Interventionen unterlassen werden sollen, die nichts mehr mit der eigentlichen Strafe (Entzug der Möglichkeit, sich frei zu bewegen) zu tun haben. (Vgl. DAH 2011c, S. 94 f.)

Jedoch konnten diese Ziele in der Realität noch nicht erreicht werden. Aufgrund diffizilerer sozialer Lebensgrundlagen, Suchtproblematiken und migrationsbedingter Schwierigkeiten stieg die Kriminalitätsrate an und es kam verstärkt zu Inhaftierungen. Der heutige Strafvollzug gleicht eher einem Verwahrvollzug als einer Anstalt, in der die Resozialisierung der Gefangenen Vorrang hat. Die Verurteilten müssen die Veränderungen in ihrer bisherigen Lebensweise selber wollen, um ein straffreies Leben zu führen und sich in die Gesellschaft sozial einzugliedern.⁶⁹ Dem ungeachtet muss auch die Gesellschaft die Wiedereingliederung zulassen. Dafür ist es nötig, dass verschiedene Fachgebiete und Kompetenzbereiche zusammenarbeiten und miteinander in Kontakt stehen. (Vgl. Taylor-Schultz 2008, S. 33 f.)

Im § 4 Abs. 1 StVollzG wird die Position des Inhaftierten im Sozialisationsprozess geschildert. Eine Mitwirkungspflicht, aber auch ein Mitwirkungsrecht⁷⁰ an der Behandlungsgestaltung sowie dem Erreichen des Vollzugsziels wurde nicht festgelegt.⁷¹ Dadurch wird der Insasse als eigenständiges Indivi-

65 Ins Detail gehend vgl. Walter 1999 S. 366 Rn. 390, Schöch 2002b, S. 247–252 Rn. 60–75

66 § 3 Abs. 1 StVollzG sieht eine Angleichung der Lebensverhältnisse in Haft an die extramuralen Bedingungen bestmöglich vor.

67 Nach § 3 Abs. 2 StVollzG sind schädliche Folgen der freiheitsentziehenden Maßnahme zu verhindern.

68 Den Insassen ist gemäß § 3 Abs. 3 StVollzG bei der gesellschaftlichen Wiedereingliederung zu helfen.

69 Derzeit sind Täter- und Gefangenengruppen inhaftiert, bei denen die Verwirklichung des Vollzugsziels weniger erfolgreich verlaufen würde oder die tatsächliche Haftsituation dem erwünschten Sozialisationsverlauf kontrovers gegenübersteht. Beispielsweise bei ausländischen Inhaftierten, denen eine Ausweisung bevorsteht oder bei Kurzezeitinhaftierten, die aufgrund der kurzen Haftzeit von möglichen Hilfsmaßnahmen nicht erreicht werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Gefängnisse überbelegt sind, personelle Ressourcen sowie finanzielle Mittel fehlen und die Anspruchshaltung der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich des Sicherheitsaspekts steigt. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 75 Rn. 141)

70 Kritisch zum Mitwirkungsrecht des Gefangenen vgl. Schöch 2002a, S. 203 f. Rn. 78

71 In § 5 HmbStVollzG wird jedoch explizit von einer Mitwirkungspflicht gesprochen.

duum gesehen und nimmt eine aktive Stellung im Prozess zu einem sozial verantwortungsvollen Leben ein.⁷² Die Mitwirkung des Häftlings wird allerdings als notwendig angesehen (§ 4 Abs. 1 S. 1 StVollzG). Vor diesem Hintergrund betrachtet es der Gesetzgeber als Obliegenheit des Anstaltspersonals, die Bereitschaft jedes Gefangenen zu wecken und zu fördern (§ 4 Abs. 1 S. 2 StVollzG). Trotz der Freiwilligkeit kann ein mangelnder Wille der Beteiligung am Sozialisationsprozess zu diversen Beschränkungen im Vollzug führen, da die sogenannte „gute Führung“ Einfluss auf Vollzugslockerungen, Unterbringung im offenen Vollzug, Hafturlaub oder vorzeitige Haftentlassung haben kann. Ob bzw. in welchem Maße dadurch mittelbar auf die Mitwirkung am Sozialisationsprozess Einfluss genommen werden darf ist zweifelhaft. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 130 f. Rn. 237 ff.) Die zu erwartenden Konsequenzen stellen indirekt einen Zwang zur Mitwirkung dar. Es gibt sicherlich viele Insassen, bei denen daraus eine eigene Motivation entsteht, am Sozialisationsprozess mitzuarbeiten. Dennoch werden einige Gefangene den Zwang zur Mitarbeit deutlich spüren, auch wenn sie sich damit arrangieren, um den Rechtseinschränkungen zu entgehen. Ob die Behandlung bei diesen Insassen aussichtsreich ist, bleibt zu bezweifeln. Mit fehlender Motivation können kaum nachhaltige Erfolge erzielt werden. Wünschenswert wäre, den Gefangenen mehr Raum zur eigenen Entfaltung zuzugestehen. Dazu sollten die Hilfsangebote so konzipiert werden, dass die Betroffenen nicht das Gefühl der Entmündigung bekommen und das Misstrauen gegenüber den haft-internen Mitarbeitern abbauen können.

2.3.2 *Planung des Vollzuges*

In den §§ 5–16 StVollzG sind Vorschriften enthalten, die Rahmenbedingungen für die Planung des Vollzugs darstellen. Nach dem Aufnahmeverfahren soll die nach § 6 StVollzG vorgeschriebene Behandlungsuntersuchung durchgeführt werden. Sie dient der Erforschung von charakterlichen Eigenschaften und Lebensumständen der Straftäter. Auf der Basis dieser psychosozialen Untersuchung wird innerhalb von Konferenzen (§ 159 StVollzG) ein Vollzugsplan⁷³ (§ 7 StVollzG) erarbeitet, der die Grundlage für die weitere personenbezogene sowie konkretisierte Behandlung jedes einzelnen Insassen schafft und mithilfe dessen das Wiedereingliederungsziel erlangt werden soll. In

72 Vgl. BT 1975, S. 6, Zu § 4 – BT-Drucksache 7/3998

73 Der Vollzugsplan ist vom Vollstreckungsplan auseinanderzuhalten, welcher nach § 152 Abs. 1 StVollzG die sachliche und örtliche Zuständigkeit der JVAen regelt.

§ 7 Abs. 2 StVollzG wurde ein Minimum an Maßnahmen aufgestellt, zu denen im Vollzugsplan Stellung bezogen werden muss (geschlossene/offene Vollzugsform, sozialtherapeutische Anstalt, Wohn- oder Behandlungsgruppe, Arbeit, Aus-/Weiterbildung, besondere Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen, Vollzugslockerungen, Entlassungsvorbereitung). (Vgl. Schöch 2002c, S. 257 Rn. 15) Seit den 70er Jahren existiert diese Hilfeplanung mittlerweile. Sie ist ausgerichtet auf Partizipation, Transparenz, Zusammenarbeit und anstaltsinterne Koordination. Fraglich ist die praktische Umsetzung. Gemäß § 6 Abs. 3 StVollzG verlangt der Gesetzgeber lediglich, die Pläne zusammen mit dem Insassen zu besprechen. Die aktive Beteiligung an der Behandlungsuntersuchung ist nicht zwingend. Allerdings wäre es sinnvoll, verschiedene Hilfsmaßnahmen mit dem Betroffenen zu diskutieren und ihn in die Entscheidung mit einzubeziehen.⁷⁴ (Vgl. Cornel 2009a, S. 303 f. Rn. 30)

Der Inhaftierte hat zwar ein Recht auf die Behandlungsuntersuchung, von der jedoch abgesehen werden kann, „... wenn dies mit Rücksicht auf die Vollzugsdauer nicht geboten erscheint.“ (§ 6 Abs. 1 S. 2 2. HS StVollzG) Diese Ermessenvorschrift für Kurzstrafige ist kritisch zu bewerten und wird auch vom Gesetzgeber widersprüchlich kommentiert. Einerseits heißt es in den VV zu § 6 StVollzG, dass bei Haftstrafen, bis zu maximal einem Jahr, die Behandlungsuntersuchung nicht zwingend notwendig ist. Andererseits sei, laut Bundesrat in der BT-Drucksache 7/3998 (vgl. BT 1975, S. 7, Zu § 6), die psychosoziale Diagnose bei Kurzstrafigen generell erstrebenswert. Lediglich aufgrund von Defiziten in der Personalstruktur könne diese nach gründlicher Abwägung unterlassen werden. Wird der § 6 Abs. 1 und 2 StVollzG aus Sicht des Resozialisierungsgedankens interpretiert, würde dies demnach bedeuten, dass von einer psychosozialen Diagnose lediglich in den Fällen abgesehen werden kann, bei denen es keine Probleme mit der Behandlung im Vollzug und auch keine Schwierigkeiten bei der sozialen Reintegration gibt. In den verbleibenden Situationen sei eine Behandlungsuntersuchung durchaus angebracht, mit Ausnahme von Kurzzeit-Inhaftierten, bei denen diese rational beurteilt nicht zu bewerkstelligen wäre. Jedoch ergeben sich hieraus folgenschwere Auswirkungen bei Straffälligen mit problematischen sozialen Lebensverhältnissen, die stetig mit kleineren Delikten rückfällig werden. (Vgl. Hauf 1994, S. 76 f.) Die stereotype Anwendung der VV zu § 6 StVollzG liegt nicht im Sinne des Bundesgesetzgebers. Die Kurzzeit-Gefangenen könn-

74 Kritisch zum Vollzugsplan sowie zur Behandlungsuntersuchung in der Praxis vgl. Böhm 2003, S. 97–102 Rn. 178–188

ten hingegen einen fehlerfreien Ermessensgebrauch erwarten, in dessen Rahmen die voraussichtliche Länge der zu vollstreckenden Strafe nur als Indikator für die Notwendigkeit der Behandlungsuntersuchung dienen kann. Die Möglichkeit, Inhaftierten mit kurzen Gefängnisaufenthalten, aufgrund einer psychosozialen Diagnose therapeutische Hilfsmaßnahmen anzubieten, besteht sehr wohl. Die Betroffenen können beispielsweise unterstützt werden beim Einteilen von finanziellen Mitteln, bei der Existenzsicherung, bei Behörden-gängen sowie beim Kontaktieren von Hilfseinrichtungen (z.B. Kontaktherstellung zu ambulanten oder stationären Therapieeinrichtungen). Die jeweilige JVA sollte über die individuellen Problemsituationen der Inhaftierten in Kenntnis gesetzt sein, um adäquat darauf reagieren zu können. Wenn sich die Anstalt hingegen nur nach den VV zu § 6 StVollzG richtet, bewirkt dies, unter Betrachtung der hohen Rückfallrate bei Kurzzeitinhaftierten, dass sich Kurzstrafige in der Summe manchmal mehrere Jahre in Haft befinden, ohne dass die JVA im Rahmen der psychosozialen Diagnose Erkenntnisse eingeholt hat, die für die Erreichung des Vollzugsziels unerlässlich sind. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 179 f. Rn. 321)

2.3.3 *Vollzugsformen*

Die reichlichen Gestaltungsmöglichkeiten bei der Verbüßung der Freiheitsstrafe tragen zur Realisierung des Vollzugsziels bei. Die Form des Vollzugs entscheidet bereits über vorhandene Bereiche sozialer Lernfelder innerhalb der JVA (bspw. Wohn- und Behandlungsgruppen) oder durch Außenkontakte zur Allgemeinbevölkerung (z.B. Briefe, Besuche, Lockerungsmaßnahmen). Durch eine Verlegung in entsprechende Institutionen können die individuellen Bedürfnissen und Entwicklungen der Gefangenen berücksichtigt werden.⁷⁵ Aber auch anstaltsintern können durch das Differenzierungsprinzip des § 141 StVollzG homogene Gruppen gebildet werden, die gut miteinander kommunizieren können. (Vgl. Laubenthal 2008, S 194 Rn. 344)

In den §§ 10, 141 Abs. 2 StVollzG wird zwischen dem offenen und dem geschlossenen Vollzug differenziert⁷⁶, die nach ihren Sicherheitsstufen unterschieden werden.⁷⁷ Der offene Vollzug wird vom Gesetz als Regelvollzug⁷⁸ angesehen, wobei dies dem § 10 Abs. 1 StVollzG nicht zweifelsfrei zu ent-

75 Trennung nach „allgemeinen Merkmalen“ vgl. Böhm 2003, S. 74 f. Rn. 131–136

76 Zur Unterscheidung offener und geschlossener Vollzug vgl. auch Walter 1999, S. 184–191 Rn. 162–171

77 Vgl. Taylor-Schultz 2008, S. 34–37 und DAH 2011c, S.116

78 Kritisch dazu Böhm 2003, S. 80 Rn. 146

nehmen ist. Die Praxis zeigt, dass eher der geschlossene Vollzug den Normalfall darstellt. Zum 30. November 2010 befanden sich insgesamt 60.533 (87,2%) Gefangene in geschlossenen Anstalten (darunter 94,7% Männer) und lediglich 8.852 (12,8%) im offenen Vollzug (darunter 93,9% Männer) (s. Abb. 6) (vgl. StBA 2011a, S. 5).

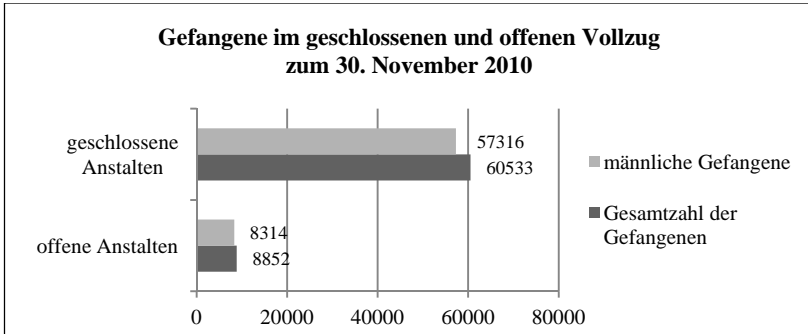


Abb. 6: Gefangene im geschlossenen und offenen Vollzug zum 30. November 2010, Quelle: StBA 2011a, S. 579

Einige Landesgesetze normieren den geschlossenen Vollzug sogar als Regelvollzugsform (Art. 12 Abs. 1 BayStVollzG, § 13 Abs. 1 S. 1 HStVollzG, § 12 Abs. 1 NJVollzG).⁸⁰ Die theoretische Verankerung bedeutet zwar vielmehr eine Angleichung an die Vollzugswirklichkeit, dennoch ist ein Wandel in der Haltung den Gefangenen gegenüber erkennbar, die weniger vom Resozialisierungsgedanken bestimmt wird, sondern eher vom Verwehr- und Sicherheitsaspekt (s. Bammann 2006a). Tatsächlich wird eine Haftstrafe in der Regel in geschlossenen Anstalten angetreten. Argumentiert wird, dass die Gefangenen zu Beginn des Vollzugs erst überprüft werden müssen, um alle Bedenken auszuräumen, die auf weitere Straftaten der Inhaftierten schließen lassen. Lediglich in einzelnen Fällen werden Verurteilte von Anfang an zum offenen Vollzug zugelassen. (Vgl. Bammann 2008a, S. 100) Außerdem bein-

79 In dieser Statistik werden an drei ausgewählten Kalendermonaten (März, August, November – Monatsletzter, 24.00 Uhr) alle am Erhebungstichtag physisch anwesenden Häftlinge. Vorübergehend abwesende Personen, beispielsweise Hafturlauber oder flüchtige Gefangene, werden nicht zum aktuellen Bestand gerechnet. (Vgl. StBA 2011a, S. 4)

80 In der alten Fassung des § 11 HmbStVollzG wurde der geschlossene Vollzug ebenfalls als Regelvollzugsform festgesetzt. In dem aktuell geltenden § 11 Abs. 1 HmbStVollzG ist nur die Eignung ausschlaggebend. (Vgl. Arloth 2011, S. 850 Rn. 1, § 11) Der § 7 JVVollzGB entspricht im Wortlaut dem § 10 StVollzG.

haltet das StVollzG im § 201 Nr. 1 eine Übergangsregelung für Anstalten, die noch vor der Einführung des Strafvollzugsgesetzes erbaut wurden. Diese erlaubt die unmittelbare Unterbringung von Verurteilten in geschlossenen Institutionen entgegen dem § 10 StVollzG, solange nicht genügend Haftplätze in offenen Anstalten zur Verfügung stehen. (Vgl. Schott 2002, S. 101)

Geschlossener Vollzug

Das Gesetz legt in § 10 Abs. 2 StVollzG Aspekte für die Aufnahme und die Rückverlegung fest: Durch die Formulierung in Satz 1 „im Übrigen“ normiert der Gesetzgeber, dass Verurteilte, die die Zugangskriterien zum offenen Vollzug gemäß § 10 Abs. 1 StVollzG nicht erfüllen, im geschlossenen Vollzug untergebracht werden. Eine sofortige Inhaftierung in geschlossene Anstalten oder eine Rückverlegung dorthin kann auch angeordnet werden, wenn die Behandlungsmodalitäten dies erfordern.⁸¹

In der JVA bekommen die Inhaftierten die Chance zu arbeiten. Allerdings ist die Arbeit im Gefängnis seit jeher widersprüchlich, da sie teils Strafübel und teils Behandlung sein soll.⁸² Weiterhin sind der Unterricht, die Schule sowie die Ausbildung bedeutende Maßnahmen, um das Vollzugsziel zu erreichen und die Gestaltungsprinzipien des § 3 StVollzG zu erfüllen, insbesondere bei der Betrachtung des Defizits in Bildung und Arbeitsmarktintegration der Insassen. Die JVA hat die Verpflichtung, ein Freizeitangebot für die Inhaftierten einzurichten.⁸³ Schließlich geschieht die Resozialisierung in Haft durch die Soziale Arbeit im Strafvollzug, deren Arbeitsbereich von der Hilfe bei der Aufnahme, über die Unterstützung während des Vollzugs, bis hin zur Entlassungsvorbereitung reicht. (Vgl. Cornel 2009a, S. 306 ff. Rn. 36 ff.)⁸⁴

Die Realität der Vollzugsbedingungen sowie viele gewonnene Erkenntnisse stehen dem Vollzugsziel allerdings kontrovers gegenüber, da der Haftaufenthalt mehr Entsozialisierung als Resozialisierung bedeutet. Der Alltag in der JVA ist gekennzeichnet von Zwangsgemeinschaften, den Erfahrungen mit einer „totalen Institution“, dem Entzug bedeutsamer Freiheiten (bspw. keine freie Arztwahl), Eintönigkeit, Lethargie, fehlender Selbständigkeit und notgedrungenen Verantwortungsabgabe, die eine Versorgungsmoralität begünstigt.

81 Anstalten für den geschlossenen Vollzug siehe Kaiser 2002, S. 411–414 Rn. 38–45

82 Ins Detail gehend siehe Böhm 2003, S. 154–158 Rn. 289–297

83 Zur „arbeitsfreien Zeit“ vgl. Böhm 2003, S. 113–116 Rn. 211–216

84 Zu den Rechten und Pflichten der Gefangenen siehe Dölling 2007, S. 306–310

Die Beziehung zwischen den Insassen und dem Vollzugspersonal ist geprägt von sozialer Distanz, Machtunterschieden sowie der Dominanz von Kontrolle und Sicherheit über die Hilfsmaßnahmen. Zudem bilden sich im Strafvollzug zwangsläufig Subkulturen, deren Werte, Normen und Organisation sich gegen die Anstaltsordnung richten. Gruppenzugehörigkeit spielt in der hierarchisch strukturierten Gefängnis-Subkultur eine große Rolle und begünstigt innerhalb dieser die Bildung eigener Subkulturen.⁸⁵ (Vgl. Jacob/ Stöver 1997a, S. 24 f.) Die JVA stellt zwar kein ideales soziales Lernfeld dar, „... aber es kann versucht werden, die sozialen Benachteiligung vieler Gefangenen nicht noch durch zusätzlichen Ausschluss, Deprivation und Desintegration und Perspektivlosigkeit für die Zeit nach der Haftentlassung zu verstärken und ihre Lebenslage gegenüber der Praxis des Verwahrvollzuges zu verbessern.“ (Cornel 2009a, S. 315 Rn. 59)

Offener Vollzug

Kennzeichnende Eigenschaften für den offenen Vollzug sind in § 141 Abs. 2 StVollzG und in VV Nr. 2 zu § 141 StVollzG aufgeführt. Diese besagen, dass keine oder lediglich verringerte Schutzmaßnahmen⁸⁶ vorhanden sind, welche eine Flucht verhindern.⁸⁷ Nach § 10 Abs. 1 StVollzG gelten folgende Voraussetzungen für die Zuweisung in den offenen Vollzug⁸⁸: Das erste Kriterium stellt die Einwilligung des Verurteilten in die Unterbringung in einer offenen Anstalt dar. Dieses Charakteristikum ist nicht zu vernachlässigen, zumal eine Ablehnung seitens des Inhaftierten darauf gegründet sein könnte, dass er mehr Verantwortung über sein Handeln hat, wofür er sich vielleicht noch nicht bereit fühlt oder andere Gründe eine wichtige Rolle spielen; beispielsweise die weite Entfernung der Institution vom sozialen Umfeld (vgl. Hauf 1994, S. 106).⁸⁹ Weiterhin hat der Verurteilte den besonderen Anforderungen des offenen Vollzuges zu genügen. Er muss sich in den offenen Vollzug, mit seinen strukturellen Besonderheiten (z.B. verringerte Sicherheitsvorkehrungen, reduzierte Kontrollmaßnahmen, erhöhte Missbrauchsmöglichkeiten), bereitwillig eingliedern und sich bewusst sein, dass er Selbstkontrolle und Eigen-

85 Näheres in 3.2 Soziale Stellung in der Justizvollzugsanstalt

86 Reduzierte Sicherheitsmaßnahmen siehe VV Nr. 2 zu § 141 StVollzG, § 100 Abs. 1 S. 2 StVollzG, Taylor-Schultz 2008, S. 36 f.

87 Durch diese Formulierung wird die Vollzugsgestaltung nicht weiter konkretisiert und lässt Abstufungen zu (vgl. Kaiser 2002, S. 410 Rn. 36 f.).

88 Zuweisungskriterien für den offenen Vollzug auch in Kaiser 2002, S. 407–409 Rn. 32 f.

89 Zur kritischen Betrachtung dieses Kriteriums siehe Laubenthal 2008, S. 196 f. Rn. 348 f.

verantwortung zu zeigen hat.⁹⁰ (Vgl. Höflich/ Schriever 2003, S. 30) Die Flucht- oder Missbrauchsgefahr gilt ebenfalls als Eignungskriterium für den offenen Vollzug. „Das bedeutet für den Regelfall, dass das Vollzugsziel schon zum Teil erreicht ist. Es muss nun verantwortet werden können, zu erproben, dass der Verurteilte in dem beschränkten Freiraum des offenen Vollzuges keine Straftaten mehr begeht, ehe eine Entlassung zur Bewährung in Betracht kommt.“ (Böhm 2003, S. 81 Rn. 148) Die prognostischen Aspekte für den offenen Vollzug sind weniger streng, als für die Bewährungsprüfung, da diese vorerst als Lernfeld für die zukünftige soziale Integration dient. Aus diesem Grund eignen sich auch solche Gefangenen für die Unterbringung in einer offenen Anstalt, deren Sozialprognose hinsichtlich der Strafaussetzung zur Bewährung noch ungünstig ausfallen würde. (Vgl. Laubenthal 2008, S 198 f. Rn. 352). Neben den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 StVollzG müssen die Inhaftierten weitere Kriterien erfüllen, um in eine offene Vollzugsform verlegt zu werden: Eine Gefährdung der Gesellschaft soll ausgeschlossen sein. Üblicherweise haben sie eine Arbeitsstelle vorzuweisen. Eine gute Führung in der geschlossenen Anstalt ist obligatorisch und der Zeitpunkt der Entlassung muss vorhersehbar sein. (Vgl. Bammann 2008a, S. 101) In den VV Nr. 2 Abs. 1 zu § 10 StVollzG ist zudem beschrieben, wer für den offenen Vollzug normalerweise als ungeeignet erscheint. Kaum für den offenen Vollzug in Betracht kommen mitunter beträchtlich suchtgefährdete Gefangene.⁹¹ Trotz dem die Inhaftierten keinen Rechtsanspruch auf diese Vollzugsform geltend machen können, muss die Anstalt eine Ablehnung exakt begründen und jeden Fall mittels der VV zu § 10 StVollzG einzeln prüfen. Die Formulierung des § 10 StVollzG als Soll-Vorschrift lässt lediglich einen geringen Ermessensspielraum zu. (Vgl. Schott 2002, S. 101 f.)

Der Nachteil besteht darin, dass nicht alle Bundesländer die Möglichkeit dieser Vollzugsform haben und die verfügbaren Plätze nicht ausreichen, obwohl die Chancen einer Resozialisierung für Insassen im offenen Vollzug viel höher sind (vgl. Taylor-Schultz 2008, S. 37). Der offene Vollzug soll den Insassen zu mehr selbstständigem Handeln befähigen. Zudem werden durch die entschärften Sicherheitsbedingungen ganz andere Interaktionsfelder hergestellt, da zwischen den Insassen selber, mit dem Anstaltspersonal und mit der

90 Ausführliche Darstellung der besonderen Anforderungen in Höflich/Schriever2003, S. 30 f.

91 Von Seiten der Justiz wird angenommen, dass bei nicht geeigneten Personen Merkmale vorhanden sind, welche die Verwirklichung des Vollzugsziels beeinträchtigen (z.B. Missbrauch der gelockerten Sicherheitsvorkehrungen zum Drogenkonsum) und die mit den Maßnahmen des offenen Vollzugs nicht mehr beeinflussbar sind (vgl. Laubenthal 2008, S. 197 Rn. 351).

Gesellschaft außerhalb der Institution eine viel intensivere soziale Kommunikation stattfinden kann. Die Inhaftierten haben die Möglichkeit, ihre Probleme aufzuarbeiten und sie mithilfe unterschiedlicher Bezugspersonen im Vollzug zu lösen. Dies entspricht nicht nur dem Angleichungsgrundsatz, sondern auch dem Gegensteuerungsgrundsatz, der vermeiden soll, dass die Gefangenen von der übrigen Gesellschaft abge sondert werden. Auch der Integrationsgrundsatz wird erfüllt, indem der Eintritt in ein Leben nach der Haftstrafe vereinfacht werden soll. Bei allen Lockerungsmaßnahmen darf jedoch nicht vergessen werden, dass es sich hier immer noch um die Verbüßung einer Strafe handelt und somit auch Sanktionen folgen, falls der Inhaftierte gegen Regeln verstößt. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 195 Rn. 346)

2.3.4 *Haftentlassung*

Die Entlassenen werden kurz nach der Freilassung mit Schwierigkeiten konfrontiert, die es zu bewältigen gilt. Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche, Wiederherstellen oder Pflegen von sozialen Kontakten, Beantragung von persönlichen Papieren, Kontaktaufnahme zu unterstützenden Einrichtungen (z.B. der Drogenhilfe), Behördengänge und Schuldenregulierung zählen zu den Anforderungen, denen die ehemaligen Gefangenen gewachsen sein müssen. Damit sie sich wieder in die Gesellschaft integrieren und die angestrebten Ziele erreichen können ist eine rechtzeitig begonnene, sorgfältige und individuell auf den einzelnen Gefangenen abgestimmte Entlassungsvorbereitung essenziell.⁹²

Der Vollzugsplan dient als Basis und Richtlinie für die Entlassungsvorbereitung und muss gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 8 StVollzG die notwendigen Maßnahmen dafür enthalten, dass der Inhaftierte sein Leben in Freiheit nicht schlagartig beginnen soll. Aus diesem Grund muss der Vollzugsstab den Zeitpunkt der Entlassung (§ 16 StVollzG) so genau wie möglich errechnen, alle Variablen (z.B. Verbüßung von zwei Dritteln der Strafe) miteinbeziehen und die verbleibende Haftzeit folgerichtig organisieren und einteilen. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 378 Rn. 651) Resozialisierungstheoretisch sollte der erste Tag der Haft auch der Beginn der Vorbereitung auf die Entlassung sein, doch streng gesetzlich gesehen (§ 15 Abs. 3, Abs. 4 StVollzG) wird sie erst neun bis drei Monate zuvor eingeleitet. Der Sozialdienst der jeweiligen JVA ist für die Haftentlassungshilfe zuständig. Aufgrund der Mitwirkungspflicht der Insas-

92 Grundlegende Literatur zum Thema Haftentlassung und Wiedereingliederung: Walter 1999, S. 403–405 Rn. 454–456, Schöch 2002e, S. 474–481 Rn. 20–33, Kawamura/Reindl 1998, Lang 2008

sen wird häufig von ihnen erwartet, dass sie sich frühzeitig um nötige Maßnahmen zu Entlassungsvorbereitung bemühen. (Vgl. Lang 2008, S. 153)

Das StVollzG beinhaltet kaum Ausführungen zur Entlassungsvorbereitung. Lediglich die §§ 15, 74 und 147 StVollzG enthalten diese Thematik, sind aber eher allgemein formuliert. Der § 15 StVollzG benennt besondere Möglichkeiten zur Haftentlassung. Es ist die Verlegung des Insassen in den offenen Vollzug vorgesehen (§§ 10, 147 StVollzG), die Gewährung von Urlaub für Freigänger oder Sonderurlaub und die Bewilligung von Lockerungsmaßnahmen⁹³ (§§ 11, 13 StVollzG), welche für das Erreichen des Vollzugsziels besonders wichtig sind.⁹⁴ Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung normiert der § 74 StVollzG Unterstützungsmaßnahmen für die Insassen hinsichtlich der Strukturierung von persönlichen, sozialen sowie wirtschaftlichen Verhältnissen, der Informationsvermittlung zu entsprechenden Sozialleistungsträgern und der Herstellung einer Lebensgrundlage (z.B. Arbeitsstelle, Wohnung, persönlicher Beistand) nach der Haftentlassung.⁹⁵ Darüber hinaus sollen die Gefangenen bei der Bewältigung ihres Lebens unterstützt werden und soziale Handlungskompetenzen vermittelt bekommen, um fortan ein Leben ohne Straftaten zu führen (vgl. Schöch 2002e, S. 475 Rn. 21).⁹⁶

Im Anschluss an die Haftstrafe wird den ehemaligen Inhaftierten ein soziales Netzwerk geboten. Die VV zu § 74 StVollzG legen fest, dass im Falle einer Bewährung oder Führungsaufsicht die JVA bereits im Vorfeld der Entlassung mit den verantwortlichen Institutionen Kontakt aufnimmt und eine offene Kooperation ermöglicht. Einen hohen Stellenwert hat zugleich die Zusammenarbeit mit extramuralen Einrichtungen der Freien Straffälligenhilfe.⁹⁷ Die gesetzliche Regelung (§ 154 Abs. 2 StVollzG) verpflichtet die Haftanstalten zur Kooperation mit dem externen Hilfesystem, welches zur Errei-

93 Der § 11 Abs. 1 StVollzG führt vier Lockerungsarten an: Außenbeschäftigung, Freigang, Ausführung, Ausgang

94 Allerdings werden spezielle Insassen, unter anderem Drogenabhängige, gemäß der VV Nr. 7 Abs. 2a zu § 11 StVollzG sowie der VV Nr. 4 Abs. 2b zu § 13 StVollzG von den Lockerungsmaßnahmen ausgeschlossen bzw. Vollzugslockerungen werden lediglich eingeschränkt genehmigt. Ausführlicher zu dieser Thematik vgl. 3.3 Auswirkungen des Stigmas Drogensucht auf den Haftalltag, S. 91 f.

95 Näheres zu § 74 StVollzG in BT 1975, S. 30, Zu § 67 – BT-Drucksache 7/3998

96 Ausführlicher zum Thema Haftentlassung vgl. 4.1.1.4 Entlassungsvorbereitung

97 Die Freie Straffälligenhilfe besteht unspezifisch unterteilt aus drei Organisationsformen: Spezielle Institutionen, die konzeptionell nur als Freie Straffälligenhilfe arbeiten (z.B. Beratungsstellen für Straftentlassene, betreutes Wohnen für Haftentlassene) sowie Einrichtungen, die zum Teil Straffälligenhilfe anbieten und Institutionen der Freien Wohlfahrtspflege, die unter anderem mit speziellen Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten mit Haftentlassenen arbeiten (v.a. Wohnungslosen- und Drogenhilfe). (Vgl. Kawamura-Reindl 2009a, S. 206 Rn. 14)

chung des Resozialisierungsziels beiträgt.⁹⁸ (Vgl. Kawamura-Reindl 2009a, S. 206 Rn. 13)

2.4 Mitarbeiter in der Justizvollzugsanstalt

Im Justizvollzug arbeiten sowohl interne als auch externe Fachkräfte. Speziell die Vollzugsbediensteten gliedern sich in verschiedene Berufsgruppen (vgl. § 155 Abs. 2 S. 2 StVollzG): Mitarbeiter des allgemeinen Vollzugsdienstes, des Verwaltungsdienstes und des Werkdienstes sowie die Mitglieder des Sozialstabs (bspw. Seelsorger, Ärzte, Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter). „Für jede Anstalt ist entsprechend ihrer Aufgabe die erforderliche Anzahl von Bediensteten ... vorzusehen.“ (§ 155 Abs. 2 StVollzG) Der § 154 Abs. 1 StVollzG schreibt die Kooperation der haftinternen Angestellten und deren Beteiligung an der Erfüllung der Vollzugsaufgaben vor. Letztlich zählt die Anstaltsleitung, die gesondert in § 156 StVollzG aufgeführt ist, zum Vollzugsstab.⁹⁹ Neben diesen fünf Personengruppen des Vollzugsstabes gehören aufgrund der Kooperationsbestimmung in § 154 Abs. 2 StVollzG auch externe Fachkräfte und ehrenamtliche Helfer zu den Mitarbeitern in einer Haftanstalt.¹⁰⁰

2.4.1 Sozialstab

Der Sozialstab der JVA besteht aus Mitarbeitern verschiedener Kompetenzbereiche, welche für die Verwirklichung des Resozialisierungsziels und somit für die Beratung, Betreuung und Behandlung der Inhaftierten zuständig sind. Dazu zählen gemäß § 155 Abs. 2 StVollzG unter anderem Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte. Obwohl der Reintegration von Gefangenen die höchste Priorität eingeräumt wird, die Schwierigkeit dieses Auftrags erkannt ist und nach dem Gesetz die notwendige Zahl an Mitarbeitern gewährleistet werden muss, nehmen die Mitglieder des Sozialstabs einen eher geringen Anteil unter allen im Vollzug tätigen Personen ein. Neben der zahlenmäßig niedrigeren Besetzung kann es in der Praxis zusätzlich erschwerend zu Diskrepanzen zwischen den Sicherheits- und Kontrollaspekten der JVA und dem Berufs-

98 Vgl. hierzu ausführlich Kawamura-Reindl 2009a

99 Ins Detail gehend zu den einzelnen Berufsgruppen vgl. Schöch 2002b, S. 451–457, Rn. 8–23

100 Nachfolgend werden speziell bei den internen Mitarbeitern der JVA die Berufsgruppen näher dargestellt, die unmittelbar mit der Beratung, Betreuung und Behandlung von drogenabhängigen Gefangenen betraut sind. Hierbei handelt es sich um ausgewählte Mitglieder des Sozialstabs, namentlich Sozialarbeiter, Psychologen und der medizinische Dienst, insbesondere Ärzte.

verständnis der Fachkräfte des Sozialstabs kommen. (Vgl. Schöch 2002d, S. 456 f. Rn. 20)¹⁰¹

Nach § 182 Abs. 2 S. 1 StVollzG sind Ärzte, staatlich anerkannte Psychologen sowie Sozialarbeiter/Sozialpädagogen (§ 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 5 StGB) an die Schweigepflicht im Bezug auf personenbezogene Daten gegenüber der JVA gebunden. Die Ausnahmen werden in § 182 Abs. 2 S. 2 und 3 StVollzG geregelt. Diese drei genannten Berufsgruppen sind sogar zur Offenbarung gegenüber dem Anstaltsleiter verpflichtet, „...soweit dies für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde oder zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritter erforderlich ist.“ (§ 182 Abs. 2 S. 2 StVollzG) In diesem Zusammenhang nehmen Ärzte eine Sonderrolle ein (Satz 3), da Patientendaten, die im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsfürsorge¹⁰² erlangt wurden, lediglich der Befugnis zur Offenbarung unterliegen und nicht der Pflicht. Es liegt also im pflichtgemäßen Ermessen bzw. in der gründlichen Reflexion des Anstaltsarztes, ob er Daten weitergibt (vgl. Arloth 2011, S. 568 Rn. 8, § 182). „Die Sonderregelung trägt der Tatsache Rechnung, daß Gefangene sich den Arzt nicht auswählen können, sondern der Gesundheitsfürsorge der Anstalt unterliegen.“ (BT 1998, S. 27, Zu Artikel 1 Nr. 18 [§ 182 Abs. 2 Satz 2, 3 und 4])

Sozialarbeiter

Die Aufgabenbereiche der Sozialarbeiter in Haft sind gesetzlich nicht genauer geregelt (mit Ausnahme von Art. 181 BayStVollzG). Sie lassen sich in ihren wesentlichen Merkmalen aus den Regelungen der JVA zur Behandlungsuntersuchung, zur Vollzugsplanung und zu den sozialen Hilfen (§§ 71–75 StVollzG) ableiten¹⁰³ (vgl. Laubenthal 2008, S. 156 Rn. 285). Die Tätigkeitsbereiche erstrecken sich vom Aufnahmeverfahren in die JVA, über die Beratung und Betreuung während der Inhaftierung, bis hin zur Entlassungsvorbereitung (vgl. §§ 72–

101 Zum Sozialstab vgl. zusätzlich Walter 1999, S. 225–227 Rn. 209–212 (Sozialarbeiter), S. 227–229 Rn. 213–216 (Psychologen), S. 237–240 Rn. 227–232 (Ärzte). Siehe auch Block 1997, Kapitel 6: Soziale Dienste im Vollzug

102 „Erlangt der Arzt personenbezogene Daten durch Einbindung in vollzugliche Entscheidungsabläufe oder durch therapeutische Gespräche, die nicht zur Gesundheitsfürsorge im engeren Sinne gehören, so wird er nach Satz 2 wie ein Psychologe und Sozialarbeiter behandelt.“ (Schöch 2002c, S. 340 Rn. 226) Dies trifft beispielsweise auf die Aufnahmeuntersuchung nach § 5 Abs. 3 StVollzG zu, da diese von extramural praktizierenden Ärzten gewöhnlich nicht durchgeführt wird (vgl. Laubenthal 2008, S. 574 Rn. 956).

103 In den Regelungen der Bundesländer (z.B. Rheinland-Pfalz) zur Organisation und zu den Aufgabenbereichen der sozialen Dienste, sind diverse Tätigkeitsbereiche der haftinternen Sozialarbeit genauer definiert (vgl. Laubenthal 2008, S. 157 Rn. 286).

74 StVollzG). Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens führen die haftinternen Sozialarbeiter ein Eingangsgespräch mit den Gefangenen und wirken an der Behandlungsuntersuchung (bspw. Anamneseerhebung zur Sozialbiografie) sowie an der Erstellung und Fortschreibung der Vollzugsplanung mit. Falls erforderlich fällt auch die Krisenintervention in diesen Aufgabenbereich. Weiterhin unterstützen sie die Insassen beim Lösen von Problemen, indem sie beispielsweise Kontakte zu Behörden, möglichen Arbeitgebern, der Schuldnerberatung, externen Hilfsorganisationen (bspw. Drogenhilfe), Ehrenamtlichen und Angehörigen sowie anderen Bezugspersonen herstellen. (Vgl. Schott 2002, S. 40 f.). Auch freizeitpädagogische Maßnahmen und Gruppenarbeit fallen in das Ressort der intramuralen Sozialarbeiter. Speziell der Bereich der Betreuung durch den sozialen Dienst soll die Gefangenen im Haftalltag stabilisieren und ihnen bei der individuellen Problemlösung helfen, um dadurch negativen Auswirkungen des Vollzugs entgegenzuwirken. Der Fokus in der Tätigkeit der haftinternen Sozialarbeiter liegt auf den Einzelgesprächen, in denen die Inhaftierten gezielt informiert, sensibilisiert, motiviert und gefördert werden können (bspw. Selbstverantwortlichkeit, Handlungs- sowie Problemlösungskompetenzen, Entwicklung einer Perspektive).¹⁰⁴ Allerdings schließt das Tätigkeitsfeld des Sozialdienstes auch mit ein, die Gefangenen zu beurteilen (z.B. Einschätzung bzgl. Vollzugslockerungen oder vorzeitiger Haftentlassung). Schließlich zählt noch die Entlassungsvorbereitung zu den Hauptaufgaben der Sozialarbeiter in Haft. Ein breit gefächertes Themenbereich umfasst hierbei die Wohnungs- und Arbeitssuche, das zukünftige Bestreiten des Lebensunterhalts, den Erhalt bzw. Aufbau milieuferner sozialer Kontakte, die psychosoziale Vorbereitung auf den Neustart sowie die finanzielle und rechtliche Situation der Gefangenen. (Vgl. StMJV/LAG Sozialdienste JVA Bayern 2011¹⁰⁵) Der Soziale Dienst arbeitet, über die eigenen Aufgabenbereiche hinaus, sowohl intra- als auch extramural mit externen professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern sowie Einrichtungen ergänzend zusammen, in Bezug auf materielle Unterstützungsmaßnahmen, Krisenhilfen und eine individuelle Unterstützung im Hinblick auf die Entwicklung der Inhaftierten sowie der Förderung von Veränderungen im Verhalten. Dabei gehört es zum Grundkonzept der So-

104 Cornel (2009a, S. 312 ff. Rn. 57) macht in seinen Ausführungen deutlich, dass die haftinterne Sozialarbeit mehr leistet, als die bloße Konzentration auf die Aufgabenbereiche der §§ 71 ff. StVollzG. Er benennt zusätzlich beispielsweise die interkulturelle Sozialarbeit, Genderkompetenz, Sport und Entscheidungshilfe, Biografiearbeit und Klinische Sozialarbeit.

105 Das Bayerische Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz hat in Kooperation mit der LAG Sozialdienste JVA Bayern obligatorische Standards für die Arbeit des haftinternen Sozialdienstes entwickelt und in einem Qualitäts-Handbuch veröffentlicht.

zialen Arbeit, die Rahmenbedingungen der haftinternen Hilfsmaßnahmen so zu organisieren, dass die Hilfen für die Inhaftierten leicht erreichbar sind und in Anspruch genommen werden können. (Vgl. Cornel 2009a, S. 311 Rn. 56)

Die haftinterne Sozialarbeit birgt im praktischen Handeln jedoch selbst Konfliktpotenzial, da die Mitarbeiter des Sozialdienstes mit Intra-Rollenkonflikten zu kämpfen haben. Einerseits gehören sie zum Anstaltspersonal, wodurch vorausgesetzt wird, dass sie sich für Sicherheit und Ordnung der JVA engagieren. Andererseits sehen die Sozialarbeiter die Betreuung und die Hilfe für die Insassen als Grundlage ihrer Arbeit an und orientieren sich somit an den Zielen sowie der Methodik der Sozialen Arbeit. Die beiden Rollen als Sozialarbeiter und Vollzugsmitarbeiter sind schwer zu vereinbaren, da die Arbeit mit den Inhaftierten ein vertrauensvolles Verhältnis erfordert, was aber durch die Zugehörigkeit zur Institution JVA nicht immer gewährleistet werden kann und deren Wunsch, stets offen und transparent zu arbeiten, konträr gegenübersteht. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 158 Rn. 289)

Psychologen

Die Arbeitsbereiche der Anstaltspsychologen werden ebenfalls nicht im Gesetz erläutert (abgesehen von Art. 182 BayStVollzG). Auch innerhalb dieser Berufsgruppe lassen sich die Aufgaben in ihren Grundzügen aus den Regelungen zur Behandlungsuntersuchung und zur Vollzugsplanung ableiten.¹⁰⁶ Die Tätigkeitsbereiche der haftinternen Psychologen umfassen die individuelle Beratung und Betreuung der Inhaftierten im Rahmen von Einzel und/oder Gruppenangeboten, die diagnostische sowie prognostische Arbeit (z.B. bei der Behandlungsuntersuchung bzw. generell bei Aufnahmen, zur Einschätzung über die Eignung sowie Motivation für Vollzugslockerungen und therapeutische Maßnahmen, zur Prognose für Bewährung) und die Krisenintervention (v.a. zur Suizidprävention, zur Bewertung von Fluchtgefahr sowie Gewaltpotenzial). Neben den Aufgabenbereichen, die sich auf Gefangene zentrieren, sind die haftinternen Psychologen für Eignungsbewertungen (z.B. Überlastung von Bediensteten mit speziellen Aufgaben, Eignung für Begleitung bei einer Ausführung) sowie Aus- und Fortbildung des Anstaltspersonals (auch zum Teil Supervision) zuständig. In der Praxis werden die Psychologen insbesondere zur Krisenintervention gebraucht, was ein hohes Arbeitspensum

106 „Über die berufliche Rolle des Vollzugspsychologen besteht bis heute kein einheitliches Bild; die Angehörigen dieser Gruppe des Sozialstabs selbst sind immer wieder um eine Bestimmung ihrer eigenen Funktion in der Institution bemüht.“ (Laubenthal 2008, S. 155 Rn. 283)

zur Folge hat und wodurch weniger Zeit für das andere therapeutische Angebot bleibt. Wenn in der JVA ein Notfall eintritt (z.B. potenzieller Suizidversuch, psychischer Zusammenbruch eines Insassen) müssen sie jederzeit abrufbereit sein (auch nach Dienstschluss), um die Krisensituation zu deeskalieren, möglicherweise sogar mit der Empfehlung von (sicherheitsspezifischen) Maßnahmen (bspw. Fesselung, außerplanmäßiges Telefonat). (Vgl. Schott 2002, S. 39 f.) An dieser Stelle wird deutlich, dass auch die intramuralen Psychologen mit einem Intra-Rollenkonflikt zu kämpfen haben, da sie im Vertrauen herangezogen werden und unter Umständen mit Konsequenzen oder Sanktionen reagieren müssen um die Sicherheit und Ordnung der JVA zu bewahren.

Bei der Betrachtung des Aufgabenkatalogs eines Psychologen in Strafhäft ist ein Unterschied erkennbar zu den Psychologen in der U-Haft. Entgegen dem Strafvollzug nehmen sie in der U-Haft keinen Einfluss auf Entscheidungen, die den Verlauf des Vollzuges beeinträchtigen können (z.B. Haftprüfung, Urteil, Einweisungsverfahren). Diese Gegebenheit macht vertrauensvolle Gespräche zwischen den Psychologen und den Untersuchungsgefangenen möglich, sodass Inhaftierte häufig aus eigenem Antrieb dieses Angebot aufsuchen. (Vgl. Dolde 2002, S. 137 f.)

Medizinischer Dienst

Der medizinische Dienst hat die Aufgabe, die gesundheitliche Fürsorge gemäß §§ 56–66 StVollzG sicherzustellen, sie ohne Verzögerungen zu gewährleisten und genügend Zeit für die Versorgung der jeweiligen Patienten bereitzustellen. Als organisatorische Grundlage dient der § 158 StVollzG. Der medizinische Dienst setzt sich zusammen aus den Anstaltsärzten (§ 158 Abs. 1 StVollzG), den Sanitätsbediensteten (Krankenpfleger und Krankenpflegehelfer nach dem Krankenpflegegesetz gemäß § 158 Abs. 2 StVollzG) sowie den medizinischen Hilfskräften (z.B. medizinisch-technische Assistenten, Physiotherapeuten). Für spezielle Erkrankungen und Schwierigkeiten kommen regelmäßig Konsiliarärzte in die JVA (z.B. Hautarzt, Zahnarzt, Gutachter) oder die Patienten werden in ein Krankenhaus bzw. zu niedergelassenen Ärzten mit Spezialfachrichtungen außerhalb des Gefängnisses gebracht. (Vgl. Keppler 2009a, S. 87)

Im Gegensatz zum Sozialdienst sowie zu den Psychologen ist das Berufsfeld der Anstaltsärzte gesetzlich deutlich genauer geregelt. Über die Gesundheits-

fürsorge hinaus (§§ 56 ff. StVollzG)¹⁰⁷ sind sie für Bereiche verantwortlich, bei denen aber vollzugliche Aspekte im Vordergrund stehen. Obwohl die „Mitwirkungspflichten“ mit ärztlicher Kompetenz realisierbar sind, haben sie weniger mit der eigentlichen Tätigkeit eines Arztes zu tun. Hierzu gehört die Mitwirkung an der Behandlungsuntersuchung (§ 6 StVollzG), der Erstellung und Fortschreibung der Vollzugsplanung (§ 7 StVollzG), der Unterbringung in die offene Vollzugsform (§ 10 StVollzG) sowie der Genehmigung von Lockerungsmaßnahmen und Urlaub (§§ 11, 13 StVollzG). Weiterhin fällt in diesen Aufgabenbereich die Zuteilung in Arbeit, Ausbildung und Weiterbildung (§ 37–39, 41 StVollzG), die Beteiligung an Konferenzen (§ 159 StVollzG) und die Einschätzung in Bezug auf Absonderung, Unterbringung sowie Verpflegung (§§ 17 Abs. 3 S. 1, 18 Abs. 1 S. 2, 21 S. 1 und 2 StVollzG). (Vgl. Hillenkamp 2008, S. 113) Darüber hinaus zählen die Mitwirkung bei Maßnahmen der Sicherung (§§ 91 Abs. 2, 92 StVollzG), die Zwangsbehandlung (§ 101 StVollzG) und die Beteiligung bei Disziplinarmaßnahmen (z.B. überprüfen der Arresttauglichkeit) (§§ 106 Abs. 2 S. 2, 107 StVollzG) zum Arbeitsgebiet der Anstaltsärzte (vgl. Walter 1999, S. 237 Rn. 227).¹⁰⁸

Nach dem Gesetzgeber ist die ärztliche Betreuung grundsätzlich von hauptamtlichen Ärzten zu gewährleisten.¹⁰⁹ Lediglich bei speziellen Gegebenheiten¹¹⁰ kann diese von nebenamtlichen oder vertraglich verpflichteten Medizinern (niedergelassene Ärzte wie Fach- und Zahnärzte) sichergestellt werden. (Vgl. § 158 Abs. 1 StVollzG) Falls es die Art oder Schwere der Erkrankung aus Sicht des haftinternen Arztes erfordert, konsultiert er einen extramuralen (Fach-)Arzt (vgl. VV Nr. 2 Abs. 2 zu § 58 StVollzG). Problematisch ist, dass viele JVAen die medizinische Versorgung nur durch nebenamtliche Ärzte anstatt durch Hauptamtliche gewährleisten können. Da das Arbeitsfeld des Arztes im Justizvollzug weniger beliebt ist, kommt es zu Besetzungsproblemen. Die Gründe werden in den erschwerten Arbeitsbedingungen, im juristischen Ein-

107 Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG: § 56 Allgemeine Regeln, § 57 Gesundheitsuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen, § 58 Krankenbehandlung, § 59 Versorgung mit Hilfsmitteln, § 63 Ärztliche Behandlung zur sozialen Eingliederung, § 64 Aufenthalt im Freien, § 65 Verlegung, § 66 Benachrichtigung bei Erkrankung oder Todesfall

108 Zur „starken Verrechtlichung“ und zum „juristischen Einschlag“ der ärztlichen Tätigkeit in Haftanstalten vgl. Walter 1999, S. 237 f. Rn. 227-229

109 Grundentscheidungen zur Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug – Das Anstaltsprinzip Hillenkamp 2008, S. 110–120

110 „Die besonderen Gründe werden z.B. in der geringen Zahl der Gefangenen in kleineren Anstalten oder in einer nicht hinreichenden fachärztlichen Kompetenz des ärztlichen Anstaltsdienstes gesehen.“ (Hillenkamp 2008, S. 111)

fluss¹¹¹ und in der geringeren Bezahlung im Vergleich zu den Ärzten außerhalb der JVA gesehen. Zusätzlich wird als Gegenargument die Diskrepanz zwischen dem ärztlichen Auftrag und der Mitwirkung an Maßnahmen, die sich auf den Sicherheits- und Zwangsaspekt der Haftanstalt beziehen, genannt. Die nebenamtlichen Ärzte befinden sich wöchentlich jedoch nur für ein paar Stunden in der JVA und können sich daher neben der grundsätzlichen medizinischen Versorgung nur wenig am gesamten Prozess der Behandlung beteiligen. Auch im Bereich der Pflege besteht Personalmangel, weshalb hier oftmals Vollzugsbeamte herangezogen werden, die eine Zusatzausbildung nach dem Krankenpflegegesetz absolviert haben. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 154 Rn. 281) Zusätzlich haben die medizinischen Mitarbeiter mit einem erhöhten Infektionsrisiko in der Arbeit mit dieser Patientengruppe, dem Spannungsverhältnis von ärztlicher Schweigepflicht und Mitteilungspflicht an den Leiter der JVA und dem schwierigen Arzt-Patienten-Verhältnis¹¹² zu kämpfen (vgl. Schott 2002, S. 43).

2.4.2 Externe Mitarbeiter

Das Gesetz verpflichtet die JVA in § 154 Abs. 2 StVollzG mit Behörden und Stellen (bspw. Bewährungshilfe, Straftlassenenhilfe, Träger der Sozialhilfe), Hilfseinrichtungen anderer Behörden (z.B. soziale Dienste der Justiz, öffentliche Bildungseinrichtungen) und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege (z.B. Caritas, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Mitglieder der Spitzenverbände wie die DAH e.V.) zusammenzuarbeiten. Bei Vereinen (bspw. religiöse Vereinigungen) und Personen (z.B. Studenten) ist diese Kooperation, soweit sie dem Ziel der Resozialisierung dient, lediglich eine Soll-Vorschrift. Die freien Wohlfahrtsverbände sind in Bezug auf die Zulassung zur haft-internen Arbeit privilegiert, da die Kooperation gesetzlich verpflichtend ist. Hier wird angenommen, dass sich die Spitzenverbände selbst um die notwendigen Qualifikationen kümmern und ihre Mitarbeiter eigenständig kontrollieren. Bei Mitgliedern von Organisationen, die nicht den freien Wohlfahrtsverbänden angehören und insbesondere bei Einzelpersonen hat die JVA hingegen einen kleinen Ermessensspielraum und prüft deren Eignung genau.¹¹³ Eine

111 Dazu ausführlich Walter 1999, S. 237 f. Rn. 228 f. und Zettl 1988

112 Ins Detail gehend siehe 4.3.1 Arzt-Patienten-Verhältnis

113 Hauptsächlich handelt es sich hierbei um Sportvereine, politische Gruppierungen, kirchliche und studentische Vereinigungen. Selbst wenn sicher ist, dass derartige Vereine oder Personen einen positiven Einfluss auf die Resozialisierung der Gefangenen haben können, ist die JVA berechtigt, eine Ablehnung der Zulassung zu prüfen, auch wenn diese eher die Ausnahme darstellt. (Vgl. Feest 2008b, S. 86 f.)

Sicherheitsprüfung, bei der ein Auszug des Bundeszentralregisters eingeholt wird, findet nur statt, wenn die Notwendigkeit besteht, und darf nur im geeigneten Rahmen sowie mit dem Einverständnis des zu Überprüfenden erfolgen. (Vgl. Feest 2008b, S. 85 ff.) Mit der Kooperationsklausel in § 154 Abs. 2 StVollzG berücksichtigt der Gesetzgeber die Tatsache, dass externe Fachkräfte und ehrenamtliche Mitarbeiter einen auf Behandlung basierenden Strafvollzug erst in vollem Umfang möglich machen, insbesondere in den Fachgebieten Therapie, Ausbildung sowie Freizeitgestaltung (vgl. Calliess 1981, S. 45).

Viele landesspezifische VV beinhalten eine Melde- bzw. Mitteilungspflicht der externen Mitarbeiter im Vollzug. Außerdem unterliegen sie der allgemeinen Anzeigepflicht (bei in § 138 StGB aufgeführten Straftaten – bspw. Mord, Totschlag, Straftat gegen die persönliche Freiheit, Raub), die auf jeden Bürger zutrifft. Drogendelikte, die von den Inhaftierten geplant werden, sind nicht in die Anzeigepflicht miteinbezogen. Bis zu welchem Grad von den externen Mitarbeitern, über diese Anzeigepflicht hinaus, die Meldung von Delikten oder anderen Ereignissen verlangt werden kann, wird kontrovers diskutiert. Für die Externen ist es eine Gratwanderung zwischen den Vorschriften der JVA und ihrem persönlichen Rollenverständnis, wie sie in der Praxis der Mitteilung von Delikten oder anderen Vorkommnissen nachzukommen haben. Neben diesen Bestimmungen schreibt das StVollzG im § 182 den Schutz besonderer Daten vor und beinhaltet auch die Schweigepflicht besonderer Berufsgruppen (§ 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 5 StGB) hinsichtlich personenbezogener Daten der Gefangene. Diese wurde in viele landesspezifische Strafvollzugsgesetze übernommen.¹¹⁴ Von Schweigepflicht können die Insassen die externen Fachkräfte aber jederzeit entbinden. Für die Berufe, die bei Missachtung der Schweigepflicht strafbar gemacht werden können, wurde im Jahr 1999 vom Bundesgesetzgeber eine Pflicht zur Offenbarung gegenüber der Anstaltsleitung eingeführt, wenn die Information die Aufgabenerfüllung der Anstalt betrifft oder eine Selbst- bzw. Fremdgefährdung bekannt wird (§ 182 Abs. 2 S. 2 StVollzG). (Vgl. Feest 2008b, S. 92 f.) Hier kommt es häufig auf die individuelle Einschätzung der einzelnen externen Mitarbeiter an, inwieweit Handlungsbedarf gesehen und die Anstalt in Kenntnis gesetzt wird. Um durch diese Regelung die Beziehung zu den gefangenen Klienten nicht allzu sehr zu gefährden, soll mit den Ausnahmen von der Schweigepflicht dem

114 Beispielsweise haben die externen Mitarbeiter in Bayern gemäß Art. 200 Abs. 2 Nr. 3 BayStVollzG eine Schweigepflicht gegenüber der Vollzugsbehörde (Anstalt bzw. Aufsichtsbehörde).

Klienten gegenüber unbedingt offen umgegangen werden (Aufklärung zu dieser Thematik am besten gleich im Erstgespräch). Vor diesem Hintergrund ist wichtig für den Betroffenen, dass trotz alledem nur der konkrete Sachverhalt¹¹⁵ offenbart werden muss und nicht die persönlichen Beratungsinhalte, die er der Fachkraft als Geheimnis anvertraut hat.

Ehrenamtliche Helfer

Die Integration von ehrenamtlichen Helfern¹¹⁶ soll in der JVA realisiert und gefördert werden, um die Resozialisierung der Inhaftierten zu begünstigen. Die meisten Ehrenamtlichen machen diese Tätigkeiten aus sozialen Beweggründen und entlasten sowie unterstützen dadurch die hauptamtlichen Sozialarbeiter in der JVA. (Vgl. Hauf 1994, S. 87) Die Tätigkeitsbereiche der ehrenamtlichen Helfer erstrecken sich von brieflichen Kontakten, Gestaltung der Freizeit,¹¹⁷ über Einzelbetreuung von Inhaftierten (z.B. Begleitung bei Ausgängen oder Hafturlauben, Hilfestellung bei Problemen, emotionale Begleitung), bis hin zur Betreuung von ehemaligen Gefangenen. Die Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter bzw. Helfer sowie der dadurch bestehende Kontakt zur freien Gesellschaft erfüllt in einer individuellen Art den Angleichungs- und Gegenwirkungsgrundsatz gemäß § 3 Abs. 1, 2 StVollzG und verbessert so die Akzeptanz und Aufgeschlossenheit der Gesellschaft gegenüber Vollzugsproblemen. (Vgl. Schöch 2002d, S. 457 Rn. 24) Tatsache ist aber auch, dass aufgrund des haftinternen Personalmangels die ehrenamtlichen Mitarbeiter häufig die Funktion eines Lückenbüßers¹¹⁸ erhalten, der Aufgaben erledigt, die außerhalb ihres Kerngebietes liegen. In Bezug auf die ihnen zur Verfügung stehende Zeit, die benötigten Kompetenzen sowie ihre Aufgabenbereiche sollen sie ein Bewusstsein für ihre Grenzen haben und wissen, welche Tätigkeiten eher den hauptamtlichen Mitarbeitern zufallen. Unterstützung kann ihnen durch Supervision bei einem freien Träger oder einen Ansprechpartner vor Ort angeboten werden, um die Aufgaben stressfrei zu bewältigen. (Vgl. Lang 2008, S. 152 f.) Allerdings arbeiten die ehrenamtlichen Helfer eher wenig mit den inhaftierten Drogenabhängigen zusammen.

115 Der konkrete Sachverhalt beinhaltet die Informationen, die die Ausnahme der Schweigepflicht rechtfertigen und somit entweder die Aufgabenerfüllung der Anstalt oder die Selbst- bzw. Fremdgefährdung betreffen. Die Fachkraft soll also die „Gefahr“ benennen und die Einschätzung begründen.

116 Nähere Definition des Personenkreises der ehrenamtlichen Helfer vgl. Walter 1999, S. 248 f. Rn. 243 f.

117 Von großem Interesse sind hierbei Sportvereine, an die Gefangene auch nach der Haftentlassung angebunden sind, falls sie in der näheren Umgebung bleiben (vgl. Walter 1999, S. 250 Rn. 248).

118 Näheres vgl. Walter 1999, S. 250 Rn. 247

Diese Gefangenengruppe wird meist speziell von externen Drogenberatern und/oder ehrenamtlichen Beratern externer Einrichtungen beraten und betreut.¹¹⁹ Da bei diesen Klienten kaum Vollzugslockerungen gewährt werden, können die Ehrenamtlichen sie kaum unterstützen und begleiten.

Trotzdem die ehrenamtlichen Helfer eine Sonderstellung haben, da sie nicht mit diversen Professionen (z.B. Vollzugsdienst, Mitarbeiter von externen Institutionen) in Verbindung gebracht werden, ist eine konstruktive Arbeit nicht immer unproblematisch. Häufig gehen die Ehrenamtlichen mit der Einstellung an die Tätigkeit heran, dass die Inhaftierten lediglich die „richtige“ Hilfe brauchen und dem grauen Haftalltag durch kreative Aktivitäten entkommen. In der Realität müssen sie aber feststellen, dass diese Vorstellungen nicht so einfach umzusetzen sind, was rasch eine Ernüchterung und Desillusionierung bedingt. Positiv an diesen Erfahrungen ist, dass die ehrenamtlichen Helfer nachher mit mehr Realitätsnähe arbeiten und Ziele stecken, die auch zu erreichen sind. (Vgl. Schöch 2002d, S. 458 Rn. 25) Neben all diesen Problemen haben die ehrenamtlichen Helfer auch mit Vorbehalten des Vollzugspersonals (v.a. Aufsichtsbeamte) zu kämpfen.¹²⁰ Teilweise könnten Diskrepanzen wahrscheinlich beseitigt oder zumindest reduziert werden. Durch einen ständig erreichbaren Ansprechpartner in der Anstalt können beispielsweise einfache Irrtümer umgangen werden. Zusätzlich verringert ein nötiges Hintergrundwissen der ehrenamtliche Helfer über Lebensbedingungen und Subkulturen im Haftalltag das Risiko, dass sie unbewusst in Pläne der Insassen hineingezogen oder gegenüber den Vollzugsbeamten zum Vorteil der Gefangenen eingesetzt werden. (Vgl. Walter 1999, S. 251 Rn. 250)

119 Siehe 4.1.2 Betreuung durch Ehrenamtliche

120 Das teilweise geringschätzig Herabblicken auf ehrenamtliche Helfer kann sich auch auf die Gefangenen auswirken. Es besteht die Gefahr, dass die Inhaftierten diese Haltung gegenüber dem wertvollen Angebot der Ehrenamtlichen unreflektiert übernehmen.

3 Lebenslagen inhaftierter Drogenabhängiger

„Tatsachen schafft man nicht dadurch aus der Welt, daß man sie ignoriert.“
(Aldous Huxley *1894 †1963)

3.1 Epidemiologie und Deliktstruktur der Drogendelinquenz

Durch die Kriminalisierung der Konsumenten illegaler Substanzen weisen viele der Betroffenen während ihres Lebens in der Drogenszene mindestens einen oder mehrere Haftaufenthalte auf. Es entsteht der Eindruck, dass Haftstrafen bei Drogenabhängigen kaum zu vermeiden sind und eine unausweichliche Begleiterscheinung des Drogenkonsums darstellen.¹²¹ Ungefähr zwei Drittel der Drogenabhängigen haben Hafterfahrungen und sind allgemein länger in Gefängnissen gewesen als in Therapieeinrichtungen. Die Gesamtzahl der inhaftierten Drogenkonsumenten in einem Gefängnis hängt von der Art der Haftanstalt, dem Einzugsgebiet und dem Geschlecht ab; so ist ihr Anteil beispielsweise in großen JVAen sowie in Frauengefängnissen höher. (Vgl. Jacob/Stöver 1997a, S.17) Mit der Veränderung der Konsumgewohnheiten in den Generationen und der kaum vermeidbaren Beschaffungskriminalität ist auch die Gesamtzahl der drogenabhängigen Inhaftierten¹²² (Frauen

121 Im Rahmen der „Szenebefragung in Deutschland 2008“ gaben 78,3% der Befragten an, Hafterfahrung zu haben (vgl. Thane et al. 2009, S. 9).

122 Ein hoher Anteil der drogenabhängigen Inhaftierten wird durch das Recht gesteuert (Inhaftierungen nach BtMG und StGB). Die Fachliteratur weist auf einige Möglichkeiten hin, mithilfe derer die große Anzahl an Inhaftierungen bei Drogenabhängigen zwar reduziert werden könnte, die aber meist grundlegende strafrechtliche Veränderungen voraussetzen. Beispielsweise könnte nach der Mangellehre die geringfügige Menge an den individuellen Konsum der einzelnen Konsumenten illegaler Substanzen angepasst werden, um den Abhängigkeitsgrad und die Toleranz zu berücksichtigen (vgl. Hellebrand 1990, S. 138). Zudem könnte öfter vom Absehen von der Anklage (§ 37 BtMG) Gebrauch gemacht werden, um den Drogenabhängigen die Inhaftierung sowie eine unnötige (weitere) Kriminalisierung zu ersparen und ihnen eine Therapie zu ermöglichen (vgl. Hellebrand 1990, S. 158). Ausführlicher zu „Strafzumessungsschwierigkeiten bei Drogenabhängigen“, sowie zu „Schwerpunkte für eine innere Reform der justiziellen Drogenpolitik“ in Hellebrand 1990, S. 135–143 und S. 147–168. Siehe zu dieser Thematik auch Albrecht 1991 „Voraussetzungen und Konsequenzen einer Entkriminalisierung im Drogenbereich“ sowie Zurhold 1997 „Strategien zur Haftvermeidung und Haftreduzierung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive“

und Männer) seit Anfang der 1990er Jahre beträchtlich gewachsen. Schätzungen zufolge sind zwischen 30–40% aller Inhaftierten drogenabhängig. Bei männlichen Inhaftierten wird der Anteil auf 30–50% beziffert, bei Frauen sogar auf 70–80% (vgl. Roland et al. 2001, S. 153). Aufgrund der steigenden Zahl drogenabhängiger Inhaftierter verstärkt sich auch die Drogenproblematik in den JVAen Deutschlands erheblich. Die Angabe genauer Daten ist kaum möglich, da statistisch nur die Inhaftierten erfasst sind, die wegen Verstößen gegen das BtMG verurteilt wurden. Die Schwierigkeit besteht darin, dass diese Insassen nicht zwingend drogenabhängig sein müssen (z.B. Dealer), dagegen Inhaftierte, die nach einem anderen Gesetz als dem BtMG schuldig gesprochen wurden, drogenabhängig sein können und die Straftaten (z.B. Diebstahl, Raub) möglicherweise sogar im Zuge der Beschaffungskriminalität begangen haben. (Vgl. BMI/BMJ 2006, S. 612)

Im Jahr 2010 ergingen 43.825 (7,7%¹²³) rechtskräftige Urteile bei männlichen Angeklagten nach dem BtMG (Freiheitsstrafen und/oder Geldstrafen mit/ohne Maßregeln). Zudem wurden im selben strafrechtlichen Rahmen 4.152 (3,4%¹²⁴) andere Gerichtsentscheidungen bei Männern gefällt (z.B. Einstellung mit Maßregel, Absehen von Strafe). (Vgl. StBA 2011d, S. 56) Zum 31. März 2010¹²⁵ befanden sich laut dem StBA 51.056 (94,6%) rechtskräftig verurteilte Männer im Freiheitsentzug, davon 8.074 (94,3%) nach dem BtMG, womit diese Deliktart in der Gesamtzahl aller Freiheitsstrafen bei Männern einen Prozentwert von 15,8% einnimmt.¹²⁶ (vgl. StBA 2010, S. 22). Die Anzahl an männlichen Untersuchungsgefangenen wegen BtM-Delikten im Jahr 2010 lag bei 5.744 (23,0% aller männlichen Personen in U-Haft). Die Fluchtgefahr kristallisiert sich hier deutlich als zentraler Haftgrund heraus, da dieser in 89,7% der Fälle vorliegt. In weitem Abstand folgen die Verdunklungs- (7,0%) und

123 Diese Prozentzahl bezieht sich auf die Summe aller männlichen Abgeurteilten (nach dem allgemeinen Strafrecht), bei denen ein rechtskräftiges Urteil ergangen ist (568.335).

124 Diese Prozentzahl bezieht sich auf die Summe aller männlichen Abgeurteilten (nach dem allgemeinen Strafrecht) mit anderen Entscheidungen (121.624).

125 Diese Statistik ist eine Stichtagserhebung im Strafvollzug und erfasst alle Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten, die zum Erhebungsstichtag ihre Strafe verbüßen. Die Stichtagserhebung im Strafvollzug wird als Sekundärerhebung (Vollerhebung) bezeichnet und basiert auf den Verwaltungsdaten der JVAen. (Vgl. StBA 2010, S. 5 f.)

126 Die jüngsten Statistiken zu Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten stammen vom 31. März 2011 und besagen, dass sich insgesamt 50.388 (94,2%) rechtskräftig verurteilte Männer im Freiheitsentzug befanden, davon 8.061 (94,3%) nach dem BtMG (16,0% aller Freiheitsstrafen bei Männern). Um einen besseren zeitlichen Zusammenhang herzustellen, wurden aber die Zahlen vom 31. März 2010 verwendet. (Vgl. StBA 2011e, S. 22)

Wiederholungsgefahr (3,1%).¹²⁷ (Vgl. StBA 2011d, S. 360 f.) Innerhalb dieser Zielgruppe wurden letztendlich 85,1% (4.885) zu einer Freiheitsstrafe (davon 34,4% Strafaussetzung) und 9,6% (550) zu einer Geldstrafe verurteilt. Verfahrenseinstellung (0,8% – 46) und Freispruch (0,7% – 41) fallen hier kaum ins Gewicht.¹²⁸ (Vgl. StBA 2011d, S. 394 f.)

Laut der PKS 2010 des BKA nimmt die Rauschgiftkriminalität, in der Gesamtheit der im Bundesgebiet registrierten Kriminalität 3,9% ein, wobei hier nur die Verstöße nach dem BtMG (Rauschgiftdelikte) und die direkte Beschaffungskriminalität mit eingeschlossen sind. Im Bundesgebiet wurden insgesamt 233.563 Fälle der Rauschgiftkriminalität erfasst, woraus sich eine Senkung von 2% zum Vorjahr (238.321 Fälle) ergibt. Innerhalb der Rauschgiftkriminalität werden 231.007 Fälle den Rauschgiftdelikten und 2.698 Fälle der direkten Beschaffungskriminalität zugeordnet (s. Abb. 7). (Vgl. BKA 2011a, S. 53 ff.)

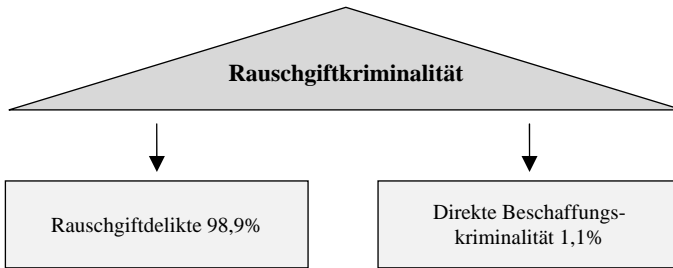


Abb. 7: Rauschgiftkriminalität 2010, Quelle: BKA 2011a, S. 53 ff.

Die registrierten Rauschgiftdelikte sind von 1969 bis 2010 maßgeblich angestiegen und haben sich von 4.761 Delikten, auf 231.007 Delikte pro Jahr erhöht (vgl. BKA 1970, S. 100). Allerdings ist seit 2004 (283.708) ein stetiger Rückgang, um insgesamt 18,6%, zu dokumentieren. Auch im Vergleich zum Vorjahr (235.842 Fälle) sind die Zahlen wieder um 2,1% gesunken. (Vgl. BKA 2011b, S. 6, Tab. 1.1) In der PKS des BKA kristallisieren sich innerhalb der Rausch-

127 In den Daten des StBA (2011d) werden bei den Haftgründen auch mehrere nebeneinander erfasst. Somit ist die Gesamtzahl (6.125) in der Sparte der Haftgründe höher als die eigentliche Anzahl (5.744) der männlichen Untersuchungsgefangenen wegen BtM-Delikten im Jahr 2010. Die hier angegebenen Prozentzahlen bei den Haftgründen beziehen sich auf die Gesamtzahl und nicht auf die eigentliche Anzahl der Zielgruppe.

128 Die Ergebnisse beziehen sich auf Abgeurteilte nach der je schwersten Entscheidung.

giftdelikte vier Hauptbereiche heraus: Es werden allgemeine Verstöße (konsumnahe Delikte¹²⁹) gemäß § 29 BtMG erfasst. Außerdem sind Daten zum illegalen Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften gemäß § 29 BtMG sowie zur illegalen Einfuhr von Betäubungsmitteln gemäß § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG (in nicht geringen Mengen) enthalten.¹³⁰ Schließlich werden noch sonstige Verstöße gegen das BtMG aufgeführt (z.B. illegaler Anbau, BtMG Delikte in einer Bande, Werbung für BtM, Abgabe von BtM an Minderjährige, rechts-widrige ärztliche Verschreibung).

Die Konsumdelikte haben mit 71,8% den höchsten Anteil unter den Rauschgiftdelikten. Hier lässt sich eine eindeutige Dominanz von Cannabis-Delikten erkennen, die im Jahr 2010 mit 99.562 Fällen ins Gewicht fallen, im Gegensatz zu den deutlich niedrigeren Zahlen von Heroin-Delikten (18.171) und Kokain-Delikten (10.497) (s. Abb. 8). Jedoch kann bei allen drei Sparten im Laufe der letzten Jahre von einem allgemeinen Rückgang der Deliktzahlen gesprochen werden.¹³¹ Diese Tendenz lässt sich aber nicht auf (Meth-)Amphetamin-Delikte übertragen, die immer mehr an Bedeutung gewinnen. Seit 2001 haben sich die Fälle fast verdreifacht (von 8.641 auf 25.695). (Vgl. BKA 2011b, S. 6, Tab. 1.2.1)

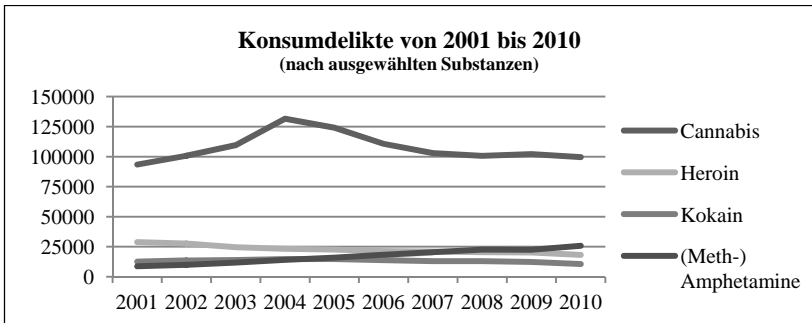


Abb. 8: Konsumdelikte von 2001 bis 2010 (nach ausgewählten Substanzen), Quelle: BKA 2011b, S. 6, Tab. 1.2.1

129 Die allgemeinen Verstöße gemäß § 29 BtMG werden aufgrund der Deliktmodalitäten – kleinere Mengen an Rauschgift, geringere Anzahl an beteiligten Personen – als Konsum(enten)delikte charakterisiert (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2008, S. 126).

130 Diese beiden Deliktbereiche können unter dem Begriff „Handelsdelikte“ subsumiert werden (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2008, S. 124).

131 Bei Cannabis ist seit 2004 (131.587) ein Rückgang um 24,3%, bei Heroin seit 2001 (28.744) um 36,8% und bei Kokain seit 2005 (14.728) um 28,7% zu verzeichnen (vgl. BKA 2011, S. 6, Tab. 1.2.1).

Ebenso werden die Handelsdelikte mit nicht geringen Mengen gemäß §§ 29, 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG (49.622 – 21,5%) zu 59,1% (29.306) vom professionellen Cannabishandel angeführt (s. Abb. 9). Der wesentlich geringere Anteil an Heroin folgt mit 12,9% (6.403) und Kokain mit 7,6% (3.763). Auch unter den Handelsdelikten ist ein allgemeiner Rückgang zu erkennen. Der gewerbliche Handel und Schmuggel von Heroin (-28,3%) und Kokain (-41,77%) sinkt seit 2006 stetig. Das Gleiche gilt seit 2004 für Cannabis (-22,9%), trotz eines geringfügigen Anstiegs von 2009 auf 2010 um 1,5%. Der stetig steigende Trend von (Meth-)Amphetamin ist gleichermaßen hier festzustellen. Seit 2001 erhöhte sich die Deliktzahl um 41,6% und stellt aktuell 12,8% aller Handelsdelikte dar. (Vgl. BKA 2011b, S. 7, Tab. 1.2.2 und 1.2.3)

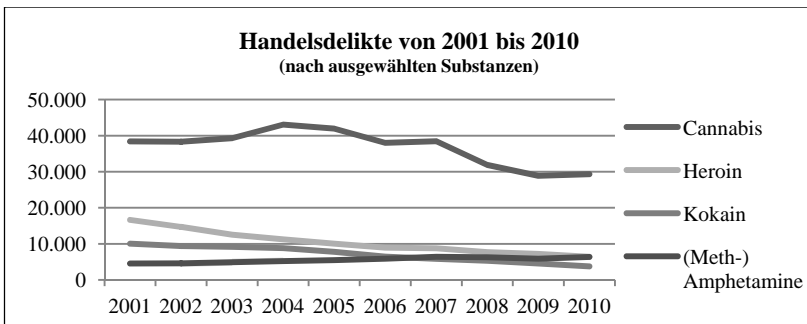


Abb. 9: Handelsdelikte von 2001 bis 2010 (nach ausgewählten Substanzen), Quelle: BKA 2011b, S. 7, Tab. 1.2.2 und 1.2.3

Während die Rauschgiftkriminalität in den vergangenen Jahren kontinuierlich weniger wird, ist die Entwicklung der direkten Beschaffungsdelikte großen Schwankungen unterlegen (s. Abb. 10). Zwischen 2002 und 2004 sank die Deliktzahl um 21,4%, stieg aber in den darauf folgenden vier Jahren wieder um 22% an. Die stärkste Zunahme mit 13,7% ist von 2006 auf 2007 dokumentiert. Seit 2008 ist nun aber wieder ein Rückgang um 5,3% zu erkennen, trotzdem die Delikte von 2009 auf 2010 um 3,1% zugenommen haben. (Vgl. BKA 2011b, S. 12, Tab. 1.6)

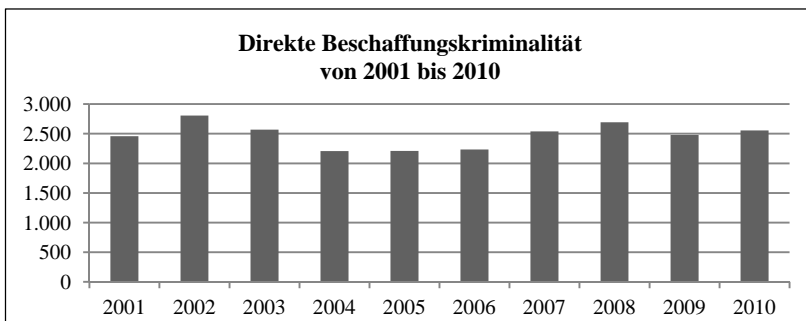


Abb. 10: Direkte Beschaffungskriminalität von 2001 bis 2010, Quelle: BKA 2011b, S. 12, Tab. 1.6

Das BKA zählt zur direkten Beschaffungskriminalität den Raub zur Erlangung von Betäubungsmitteln (131 Fälle), Diebstähle von Betäubungsmitteln aus Apotheken (215 Fälle), aus Arztpraxen (145 Fälle), aus Krankenhäusern (231 Fälle), bei Herstellern und Großhändlern (25 Fälle), Diebstähle von Rezeptformularen zu Erlangung von Betäubungsmittel (195 Fälle) und (Urkunden-)Fälschungen zur Erlangung von Betäubungsmitteln (1.614 Fälle) (s. Abb. 11). (Vgl. BKA 2011a, S. 41)

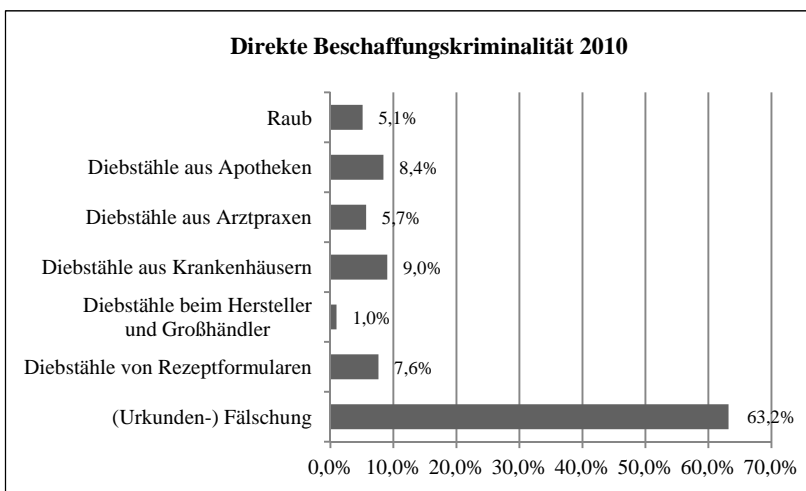


Abb. 11: Direkte Beschaffungskriminalität 2010, Quelle: BKA 2011a, S. 41

Der Deliktbereich „Raub zur Erlangung von Betäubungsmitteln“ ist im Vergleich zum Vorjahr erneut gesunken, diesmal um 3%. Ebenso sind seit 2007 die Diebstähle von Rezeptformularen um 15,2% zurückgegangen. Die Diebstähle aus Krankenhäusern hingegen sind seit 2006 um 17,3% angestiegen. (Vgl. BKA 2011b, S. 12, Tab. 1.6) Auffallend ist, dass zwar das Delikt der „(Urkunden-)Fälschungen zur Erlangung von Betäubungsmitteln“ im Bereich der direkten Beschaffungskriminalität dominiert, aber innerhalb der gesamten Vermögens- und Fälschungsdelikte in 2010 in Deutschland lediglich einen verschwindend geringen Wert von 0,14% einnimmt (vgl. BKA 2011a, S. 41 ff.).

Tendenzen der indirekten Beschaffungskriminalität lassen sich durch die Straftaten statistisch erfassen, bei denen die Polizei die Täter als Konsumenten harter Drogen¹³² identifizieren konnte. Im Jahr 2010 wurden 7,3% (241.579) aller aufgeklärten Fälle von dieser Tätergruppe verübt. Die Prozentzahl bewegt sich seit 1997 stetig auf einem Niveau zwischen 7,1% und 8,4%, auch wenn in den letzten zwei Jahren ein verhältnismäßig starker Rückgang von 1,1% registriert wurde. Allerdings ist es schwierig, Delikte dieses besonderen Täterkreises lückenlos zu erkennen und in Statistiken aufzunehmen. Diese unvollständige Erfassung ist besonders im Bereich der direkten Beschaffungskriminalität auffällig (v.a. Rezeptfälschung, Einbrüche in Apotheken): Eigentlich sollte angenommen werden, dass die speziellen Straftaten allein von Konsumenten harter Drogen verübt werden. Die Statistik besagt dagegen, dass ihnen lediglich 49,1% zugeordnet werden können. Eine Erklärung dürfte die Vermutung sein, dass die Täter oft nicht als Konsumenten harter Drogen identifiziert werden. Somit existiert ein Dunkelfeld hinsichtlich der begangenen Delikte dieser Tätergruppe innerhalb der aufgeklärten Fälle. (Vgl. BKA 2011a, S. 82)

In der folgenden Tabelle (s. Tab. 1) sind Straftaten aufgelistet, die einen verhältnismäßig großen Täteranteil an Drogenabhängigen aufweisen:

132 „Als Konsumenten harter Drogen gelten Konsumenten der in der Anlage I–III des BtM-Gesetzes aufgeführten Stoffe und Zubereitungen, einschließlich der den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterliegenden Fertigarzneimittel, mit Ausnahme der ausschließlichen Konsumenten von Cannabisprodukten (Haschisch, Marihuana, Haschischöl), Psilocybin (-Pilzen) und von ‚Ausgenommenen Zubereitungen‘ ...“ (PKS 2011a, S. 13)

Tab. 1: Aufgeklärte Fälle 2010 im gesamten Bundesgebiet verübt von Konsumenten harter Drogen, Quelle: BKA 2011a, S. 82

Straftaten(gruppen)	aufgeklärte Fälle insgesamt 2010	darunter: aufgeklärte Fälle verübt durch Konsumenten harter Drogen		
		2010	in %	2009 in %
Rauschgiftkriminalität	220 605	75 647	34,3	34,1
direkte BtM-Beschaffungskriminalität	1 747	857	49,1	44,4
Diebstahl unter erschwerenden Umständen	161 760	27 551	17,0	17,2
Ladendiebstahl unter erschwerenden Umständen	10 820	3 634	33,6	39,1
aus Kraftfahrzeugen	23 669	5 456	23,1	28,7
Raub	25 346	3 378	13,3	12,9
Raubüberfälle auf Geschäfte	2 327	412	17,7	19,5
Handtaschenraub	1 030	227	22,0	19,5
Diebstahl ohne erschwerende Umstände	528 872	44 891	8,5	8,3
Ladendiebstahl ohne erschwerende Umstände	349 412	30 4539	8,7	8,7

Konsumenten harter Drogen als Tatverdächtige werden im Jahr 2010 sogar lediglich mit 5,4% (115 973) statistisch ausgewiesen. Dies zeigt erneut die schwierige Erfassung der Tätergruppe. Verglichen mit der Zahl der Tatverdächtigen, lässt die Anzahl der gefassten Täter einen wesentlich größeren Anteil an aufgeklärten Straftaten erkennen, die von Drogenabhängigen begangen wurden. Begründet wird dieser Unterschied mit der vielfachen Mehrfachtäterschaft dieser Subkultur. (Vgl. BKA 2011a, S. 139)

3.2 Soziale Stellung in der Justizvollzugsanstalt

Im Strafvollzug bilden sich zwangsläufig Subkulturen,¹³³ deren Werte, Normen und Organisation sich gegen die Anstaltsordnung richten. Durch Stärke, Einfluss und Prestige in der Gefängnis-Subkultur, durch die Art der Straftat sowie den Grad der Hafterfahrung (bspw. Länge der Haftstrafen, gesamte Hafterfahrung, Seniorität) bildet sich die jeweilige Position innerhalb der

133 Zu Subkulturen im Strafvollzug siehe Walter 1999, S. 255–262 Rn. 258–266 und Laubenthal 2008, S. 113–123 Rn. 211–223

Hierarchie heraus. Bedeutend sind gleichermaßen soziale und interkulturelle Kompetenzen, fundiertes Wissen bezüglich rechtlicher Belange sowie die Möglichkeit, an verbotene Waren zu gelangen und relevante Verbindungen zu hochpositionierten Mitgefangenen vorzuweisen. Ausschlaggebend für die Stellung in der Hierarchie sind ebenso diverse Mittel von Gewalt, welche bei den Inhaftierten Angst auslösen können. Vorwiegend neue Häftlinge werden nicht selten unterdrückt und/oder misshandelt. Sie müssen sich in der haftinternen Subkultur behaupten (Durchsetzungskraft, Verschaffung von Respekt), um nicht in eine Opferrolle zu gelangen und sich in der Rangordnung zu positionieren. Das Risiko der Viktimisierung besteht ebenfalls für Häftlinge, die körperlich schwächer sind, sich nicht durchsetzen können oder Gewalthandlungen ablehnen. Darüber hinaus findet die Demonstration von physischer Stärke häufig auf sexueller Ebene statt (sexueller Missbrauch, Vergewaltigung), um die eigene Männlichkeit unter Beweis zu stellen, indem sie bei Mithäftlingen verletzt oder gar gebrochen wird. Neben divergierenden Insassenrollen bestehen zugleich Gruppen, die ebenfalls in ihrer Rangordnung zu differenzieren sind. Die Statusfunktion im intergruppalen Bereich wird insbesondere durch soziale Kriterien definiert. Maßgeblich ist dabei die ethnische Zugehörigkeit (z.B. spezielles Herkunftsland, Spätaussiedler). Aber auch politische Ausprägungen (v.a. rechtsradikale Gruppen) spielen in dieser Hinsicht eine Rolle. Zwischen den Gruppen finden Statuskonflikte statt, die von Unterdrückung und Sanktionen bestimmt sind. Spätaussiedler, die in Haft eher eine Abwehrhaltung gegenüber den Behandlungsangeboten einnehmen, sind stark in das System der vollzuglichen Subkulturen eingebunden. Insbesondere die sogenannten „Russlanddeutschen“ werden als problembehaftet eingestuft, da sie weiterhin an ihren eigenen Einstellungen sowie Verhaltensweisen festhalten und ihren eigenen sozialen Status innerhalb der Gefängnishierarchie haben, bzw. aufrechterhalten wollen.¹³⁴ Zudem koordinieren bestimmte Subkulturen den haftinternen Drogenmarkt. Gerade die jüngeren Häftlinge innerhalb der Gruppe der Spätaussiedler haben einen großen Anteil an der Thematik „Drogenkonsum und Drogenhandel im Gefängnis“. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 114 ff. Rn. 213 ff.)

134 In den Gefängnissen besteht außerdem die Annahme, dass die inhaftierten Russlanddeutschen eine Verbindung zum Organisierten Verbrechen aufrechterhalten, namentlich die „Diebe im Gesetz“ (eigener Kodex, kennzeichnende Tätowierungen: Delikt, Anzahl der Verurteilungen, Status). Nähere Informationen in Laubenthal 2008, S. 117 f. Rn. 218 und Saller 2011

Die Zugehörigkeit und die Beziehung zur Gefängnis-Subkultur sind für die Inhaftierten essenziell. Sie geben Identität und Unterstützung, ersetzen manchmal auch familiäre Geborgenheit, vermitteln Regeln für haftinternes Verhalten und bieten in gewisser Weise einen Schutz unter den schwierigen, meist als gefährlich wahrgenommenen Vollzugsbedingungen. Für inhaftierte Konsumenten illegaler Substanzen existieren keine eigenen Anstaltsbereiche. Dies begünstigt mittelbar die Formierung einer eigenen Subkultur, die jedoch auf hierarchischer Ebene innerhalb der Haftanstalt eine niedrige Position einnimmt. Drogen helfen den Betroffenen vielfach, mit der schwierigen Haftsituation zurechtzukommen. Die Werte und Normen der Subkultur der Drogenabhängigen richten sich – besonders hinsichtlich des Drogenkonsums, deren Finanzierung und den Handel mit Drogen – gegen das Wertesystem der JVA. Vielen fehlt das Unrechtsbewusstsein. Sie glauben, ihre Straftaten seien erforderlich, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren und würden nicht der eigenen Bereicherung dienen. Das subkulturelle Wertesystem der Drogenabhängigen gründet größtenteils auf dieser selbststärkenden sowie selbstlegitimatorischen Ansicht und begegnet den Entbehrungen im Vollzug äußerst flexibel. Aufgrund der Gewaltbereitschaft, der finanziellen Probleme und der Drogenbeschaffung sind die inhaftierten Drogenabhängigen unter den Mitgefangenen (die keine Drogen konsumieren) nicht sonderlich beliebt. Sie werden von ihnen zudem als selbstzerstörerisch, apathisch, unhygienisch und nicht gesundheitsbewusst, als verantwortungslos gegenüber sich selbst sowie als nicht zuverlässig eingeschätzt und aus Furcht vor dem Infektionsrisiko diskriminiert. Die Beziehung zwischen den nicht drogenkonsumierenden Insassen und den drogenabhängigen Inhaftierten ist überwiegend von Argwohn, Rückzug, Wehrlosigkeit, herabsetzender Behandlung und teilweise gewalttätiger Zurückweisung geprägt. Diese negativen Faktoren begünstigen eher die Anpassung an die eigene Subkultur der Drogenabhängigen und verhindern weitgehend Verhaltensänderungen, welche die Situation in der JVA erleichtern würden. (Vgl. Jacob/Stöver 1997a, S. 24 ff.)

3.3 Auswirkungen des Stigmas Drogensucht auf den Haftalltag

Das bundeseinheitliche StVollzG und die einzelnen Landesgesetze zum Strafvollzug sind für alle Häftlinge gleichermaßen gültig. Sonderregelungen (bspw. für HIV-Positive, AIDS-Kranke) würden einen Verstoß gegen vorhandene Diskriminierungsverbote darstellen. Dennoch treten in der Vollzugspraxis mehrfach Ungleichbehandlungen auf, respektive Inhaftierte emp-

finden eine Ungerechtigkeit bei gewissen Handhabungen. Faktisch ist das Strafvollzugsrecht hauptsächlich ein Einzelfallrecht.¹³⁵ Sofern die Anstaltsleitung diese unterschiedlichen Entscheidungen (bspw. in Bezug auf Vollzugslockerungen, Besuchsregelungen) objektiv und stichhaltig legitimieren kann, sind sie geradezu erforderlich, da bei jedem Häftling individuelle Kriterien in Überlegungen einzubeziehen sind (Haftzeit, Verhalten in der JVA). Durch die sachliche Begründung soll verhindert werden, dass einzelne Inhaftierte beliebig benachteiligt oder bevorzugt werden. (Vgl. Bammann 2008b, S. 132 f.)

Das StVollzG trifft keine Aussagen über die Gewährung von Lockerungsmaßnahmen und Urlaub speziell bei drogenabhängigen Gefangenen. Die „Bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschriften“ hingegen deklarieren beträchtlich suchtgefährdete Häftlinge gemäß den VV Nr. 7 Abs. 2a zu § 11 StVollzG sowie VV Nr. 4 Abs. 2b zu § 13 StVollzG als ungeeignet für Vollzugslockerungen und Urlaub. Deshalb werden die Maßnahmen in der Praxis oft abgelehnt. Hintergrund dieser Einschränkungen ist die Sorge der Anstalt, dass ein konsumierender Gefangener die Lockerung missbrauchen könnte. Er gilt von vorneherein als weniger einschätzbar als ein nicht-konsumierender Gefangener. Meist wird ausschließlich mit dem Wortlaut der VV das Versagen der Lockerungen begründet¹³⁶, obwohl es rechtlich unzulässig ist und jeder Einzelfall individuell gerechtfertigt werden müsste. Infolge dieser Handhabung scheidet für Drogenabhängige vielfach auch eine vorzeitige Entlassung aus, die im Allgemeinen nur genehmigt wird, wenn sich die Inhaftierten vorab in den unterschiedlichen Stufen der Lockerungsmaßnahmen bewährt haben. (Vgl. DAH 2011c, S. 79) Eine Haftentlassung zur Hälfte der Strafe erfolgt nur vereinzelt, wobei die Drogenabhängigen reelle Erfolgsaussichten zur Entlassung nach zwei Dritteln der Haftzeit haben (meist geknüpft an die Auflagen, eine Therapie zu absolvieren¹³⁷). Für Inhaftierte, die entweder bereits vor der Haft substituiert wurden oder erst im Gefängnis damit begonnen haben, sind die Aussichten auf eine Befürwortung einiger Maßnahmen (bspw. Ausgang, Hafturlaub) eher günstig. Die Chancen auf eine Gewährung erhöhen sich zu-

135 Vgl. 2.3.1 Rechtliche Grundlagen, Ziele und Grundsätze, S. 57 f.

136 Lockerungsmaßnahmen und Urlaub werden nur genehmigt, „..... wenn der Gefangene für diese Maßnahmen geeignet ist, insbesondere ein Missbrauch nicht zu befürchten ist. Bei der Entscheidung ist zu berücksichtigen, ob der Gefangene durch sein Verhalten im Vollzug die Bereitschaft gezeigt hat, an der Erreichung des Vollzugszieles mitzuwirken.“ (VV Nr. 7 Abs. 1 zu § 11 StVollzG und VV Nr. 4 Abs. 1 zu § 13 StVollzG) Häufig wird die Ablehnung auch dadurch begründet, dass die inhaftierten Drogenabhängigen mutmaßlich eine Gefahr für ihre Mitmenschen darstellen. (Vgl. Bammann 2008a, S. 113)

137 Ins Detail gehend siehe 4.2.1.2 Möglichkeiten gemäß §§ 57, 57a StGB

dem, wenn Einrichtungen schriftlich einladen oder Ausgänge für Ämtergänge beantragt werden. Vor der Entlassung müssen viele Angelegenheiten persönlich geregelt werden (bspw. Anträge beim Arbeitsamt, Vorstellungsgespräche). Ohne dementsprechende Vollzugslockerungen ist dies aber nicht möglich. Somit beginnt der Neustart in Freiheit mit einer Vielzahl von unerledigten Aufgaben. (Vgl. Lang 2008, S. 158 f.) Den drogenabhängigen Inhaftierten wird durch das Versagen von Vollzugslockerungen größtenteils die Möglichkeit verwehrt, sich ausreichend auf die Haftentlassung vorzubereiten und ein szenefernes soziales Netzwerk aufzubauen sowie zu erhalten. Die Haftanstalt erschwert den Drogenabhängigen dadurch den Weg einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft und muss so mit vermehrten Rückfällen rechnen, da ihnen ein adäquater Erprobungsrahmen fehlt. Angesichts mangelnder Handlungsalternativen und sozialer Kontakte sowie persönlicher Defizite endet dies vielfach im erneuten Anschluss an die Drogenszene. Diese Desintegration gilt es durch eine angemessene Entlassungsvorbereitung zu verhindern.¹³⁸

Das Recht auf Besuche ist in § 24 StVollzG geregelt und sieht wenigstens eine Stunde Besuchszeit im Monat vor. Die jeweilige Hausordnung der JVA plant die Rahmenbedingungen (bspw. Anzahl der zum Besuch zugelassenen Personen) und bewilligt oft auch längere Besuchszeiten, da eine Stunde kaum ausreichend ist. Gegenstände, die beim Besuch für Gefangene mitgebracht wurden, müssen erst genehmigt werden, auch kleinere „Mitbringsel“. (Vgl. Bammann 2008a, S. 107) Drogenabhängige werden weitgehend strenger kontrolliert als anderen Gefangenen (z.B. Durchsuchung der Besucher und des Inhaftierten¹³⁹). Sobald der Verdacht besteht, dass illegale Gegenstände (z.B. Betäubungsmittel) übergeben werden und mäßigeren Maßnahmen (z.B. Durchsuchung, optische und akustische Kontrolle) dies nicht mehr abwenden, so kann als letztes Instrumentarium eine Trennscheibe eingesetzt werden. In diesem Fall könnte der § 4 Abs. 2 S. 2 StVollzG¹⁴⁰ als rechtliche Legitimation fungieren. Der Einsatz der Trennscheibe, unter anderem bei drogenabhängigen Inhaftierten, ist strittig. Gemäß § 27 Abs. 1 S. 1 StVollzG i.V.m. § 4 Abs. 2 S. 2 StVollzG haben aber auch das LG Augsburg (BVerfG

138 Weiterführend dazu 4.1.1.4 Entlassungsvorbereitung

139 Zur körperliche Durchsuchung von Gefangenen vgl. Graebisch 2012, Punkt XIII., 2. („Körperliche Durchsuchung“)

140 „Soweit das Gesetz eine besondere Regelung nicht enthält, dürfen ihm nur Beschränkungen auferlegt werden, die zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung der Anstalt unerlässlich sind.“ (§ 4 Abs. 2 S. 2 StVollzG)

ZfStrVo 1994, 304) und das OLG Hamm (BlfStrVK 1993-4/5,5) die Trennscheibe bei BtM-Konsumenten als zulässig erklärt. Besuche von Familienmitgliedern sollen nach Art. 6 Abs. 1 GG sensibel behandelt werden. Bei Verteidigerbesuchen, bei denen z.B. eine Übergabe von Betäubungsmitteln vermutet wird, kann § 4 Abs. 2 S. 2 StVollzG nicht als Rechtsgrundlage angeführt werden, da der Gesetzgeber eine vorrangige Sonderregelung erlassen hat. Die rechtliche Grundlage ordnet gemäß § 27 Abs. 4 S. 3 StVollzG i.V.m. § 29 Abs. 1 S. 2 und 3 StVollzG i.V.m. § 148 Abs. 2 S. 3 StPO diese Vorrichtungen nur bei Verteidigerbesuchen an, deren Mandanten wegen eines Deliktes nach § 129a StGB (Bildung terroristischer Vereinigungen) zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden. Anderweitig gilt das Mittel der Trennscheibe als gesetzwidrig. (Vgl. Höflich/Schriever 2003, S. 98) Die Kontrolle des Briefverkehrs (§§ 28 ff. StVollzG) und des Paketversands (§ 33 StVollzG) begrenzt sich auf das Öffnen der Post, um sie auf verbotene Gegenstände (bspw. Drogen) zu überprüfen (vgl. Bammann 2008a, S. 108 ff.). Diese Beschränkungen gelten allgemein und betreffen nicht nur Drogenabhängige. Dennoch werden die Post und auch die Zellen¹⁴¹ der drogenabhängigen Inhaftierten, im Vergleich zu ihren Mitgefangenen, verschärft überprüft.

Ein stigmatisierender Umgang ist auch bei Gefangenen mit einer (denkbaren) HIV/AIDS-Infektion zu beobachten, somit auch bei betroffenen drogenabhängigen Inhaftierten. Es gibt für HIV-positive Insassen keine Sonderregelungen, trotzdem werden innerhalb der JVA „kleinere Vorkerhungen“ getroffen, welche einer rechtlichen Überprüfung nicht Stand halten würden. Bei der Behandlungsuntersuchung oder wegen eines anderen Anliegens genommene Blutproben dürfen nicht ohne das Einverständnis der Gefangenen auf HIV geprüft werden. Dennoch kommt es in der Praxis immer wieder vor. Bei anderen Gelegenheiten wird die Zustimmung zu einem HIV-Test bei der Zugangsuntersuchung gefordert. Stimmt der Gefangenen diesem nicht zu, erwarten ihn Nachteile. Beispielsweise wird mit dem Betroffenen genau wie mit einem HIV-Positiven umgegangen, auch wenn die JVA die Infektion nicht sicher belegen kann.¹⁴² (Vgl. DAH 2011c, S. 58) Kritisch zu bewerten ist auch die in der Praxis übliche Neigung, bestimmten Gefangenengruppen, die mit einem größeren Infektionsrisiko behaftet sind und nicht untersucht wurden, so zu begegnen, als wären sie infiziert (genau wie bei Testverweigerern) (vgl. Schott 2002, S. 43). Selbst die ärztliche Schweigepflicht (auch ge-

141 Vgl. Graebisch 2012, Punkt XIII., 1. („Durchsuchung von Sachen und Haftraum“)

142 Siehe 4.4.1.1 Testverfahren

genüber dem Vollzugspersonal) wird manchmal nicht so ernst genommen, da sich in manchen Akten der Inhaftierten Notizen befinden, die indirekt auf eine Infektion hindeuten (z.B. „Kontakt mit Körperflüssigkeiten vermeiden“).¹⁴³ Die Offenbarungspflicht gemäß § 182 Abs. 2 S. 2 und 3 StVollzG würde aber nur dann eintreten, wenn dies für die Aufgabenerfüllung der Haftanstalt notwendig wäre oder ein begründeter Verdacht vorläge, dass der infizierte Gefangene mit seinem Handeln sich oder andere Menschen beträchtlich gefährdet. Ebenso verhält es sich mit der Tatsache, dass HIV-Positive aus bestimmten Arbeitsbereichen ausgeschlossen werden. Dies ist rechtlich eigentlich nicht haltbar, außer die Betroffenen würden verantwortungslos handeln. Trotzdem kommt es öfters vor, dass Beschäftigungen im Küchendienst, der Essensausgabe, in Bereichen mit größerer Verletzungsgefahr (z.B. Schreinerei) und auf der Krankenstation unterbunden werden. Diese Ausschlüsse rechtfertigt die Anstalt meist mit dem Argument der Sicherheit sowie mit „... psychologischen Gründen zur Vermeidung unnötiger Ängste...“ (Arloth 2011, S. 264 Rn. 6, § 56).¹⁴⁴ Hinsichtlich der Bekanntmachung des gesundheitlichen Befindens der Inhaftierten könnte die JVA natürlich mit der Fürsorgepflicht gegenüber den Mitgefangenen und dem Vollzugspersonal argumentieren. Jedoch bedeutet dies im Umkehrschluss, dass die Haftanstalt die Verantwortung für diese Häftlinge abgibt und sich gleichzeitig absichert, falls Schadensersatzforderungen von Personen gestellt werden würden, die sich infiziert haben. Besser gerecht werden können die Gefängnisse ihrer Fürsorgepflicht, wenn sie wesentliche Präventionsangebote sicherstellen (v.a. Informationsvermittlung über Infektionswege und Schutzmöglichkeiten, Kondom- und Spritzenvergabe, Bereitstellen von Desinfektionsmitteln). (Vgl. Bammann 2008b, S. 134 ff.) Eine von vielen vertretene Ansicht ist, alle Inhaftierten als HIV-positiv zu betrachten und somit einheitliche Sicherheitsvorkehrungen zu treffen (bspw. stichfeste Handschuhe). Diese Handlungsweise garantiert die Einhaltung der Schweigepflicht des Anstaltsarztes und

143 Stellungnahme zum Thema „Zwangsoouting HIV-Infizierter Gefangener“ siehe Stöver 2011e

144 Arloth (2011, S. 264 Rn. 6, § 56) verneint eine Stigmatisierung und Diskriminierung von infizierten Gefangenen durch den Ausschluss aus bestimmten Arbeitsbereichen. Ebenso seien Warnhinweise gerechtfertigt, da Notizen wie „Vorsicht! Blutkontakt vermeiden!“ ausreichend und nicht die Kenntnis der genauen Krankheit nötig ist. Dadurch könne keiner erkennen, ob der Gefangenen nun mit HIV oder Hepatitis infiziert ist. Diese Aussage ist zweifelhaft, da viele Vollzugsangestellte bei derartigen Formulierungen vordergründig auf HIV-Infektionen schließen werden. Selbst wenn dies nicht geschieht, wird eine konkrete Ansteckungsgefahr mit einer schwerwiegenderen Krankheit vermutet werden, was dennoch eine Stigmatisierung sowie Diskriminierung der infizierten Gefangenen bedingen kann.

verhindert das (Zwangs-)Outing HIV-positiver Häftlinge.¹⁴⁵ (Vgl. Hoffmann et al. 2011, S. 51)

Bedingt durch die Nachteile im Haftalltag und der niedrigen sozialen Stellung innerhalb der Gefängnis-Subkultur verschweigen viele der drogenabhängigen Inhaftierten ihre Sucht. In Anbetracht dessen wird in Haft der adäquate Umgang mit den Gesundheitsrisiken dieser Zielgruppe erschwert. Ohne Anonymität und dem nötigen Vertrauen ist es viel schwerer mit den inhaftierten Drogenabhängigen in Kontakt zu kommen und mit ihnen über Drogen, Sexualität und Infektionskrankheiten zu reden. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 189 f.)

3.4 Drogenkonsum in der Justizvollzugsanstalt

3.4.1 Schwarzmarkt

Im Justizvollzug ist es untersagt, bestimmte Dinge zu besitzen (bspw. Geld, Drogen), weshalb eine Mangelwirtschaft entsteht, die von gesetzeswidrigen Tausch- und Kaufgeschäften geprägt ist. Charakteristisch für den Schwarzmarkt in der JVA sind bestimmte Waren (v.a. Tabak, Kaffee, Medikamente) und subkulturelle Gegenleistungen (z.B. Nachrichtenübermittlung, sexuelle Handlungen, Schmuggel von Betäubungsmitteln) für den Tauschverkehr sowie eine unerbittliche Schuldeneintreibung bei den Insassen. (Vgl. Schott 2002, S. 59 f.)

Untersuchungen ergaben, dass alle Drogen, die in der Drogenszene in Freiheit zur Verfügung stehen, auch innerhalb der JVA erhältlich sind, je nach den regionalen Merkmalen im Konsumverhalten. Allerdings sind die illegalen Substanzen qualitativ minderwertiger (z.B. verunreinigt, mit anderen Substanzen gestreckt) und wesentlich teurer als in der Drogenszene außerhalb der Haftanstalt. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 29) Die Drogen werden von Hafturlaubern und Freigängern (z.B. im Magen- und Analbereich, unter Pflastern), von Besuchern sowie durch Briefe oder Pakete eingeschmuggelt. Es kommt vor, dass die illegalen Substanzen über die Gefängnismauer geworfen werden, beispielsweise versteckt in Tennisbällen. Häftlinge, die in der Küche oder in der Bibliothek arbeiten, haben gute Möglichkeiten die Drogen

145 Arloth (2011, S. 265 Rn. 6, § 56) weist darauf hin, dass ein fehlender Warnhinweis nicht gleichzeitig ein fehlendes Ansteckungsrisiko bedeutet. Das Prinzip, bei allen Inhaftierten ein potenzielles Infektionsrisiko zu sehen, wird häufig praktisch nicht umgesetzt. In diesem Zusammenhang verweist auch er auf die Fürsorgepflicht der Anstalt, die haftinternen Mitarbeiter auf bekannte akute Infektionsrisiken aufmerksam zu machen.

zu „bunkern“ (bspw. im Kühlschrank, im Buchrücken). (Vgl. Kreuzer 1975, S. 319 f.) Zudem ist eine Beteiligung des Vollzugspersonals am illegalen Drogenschmuggel nicht undenkbar. Am haftinternen Drogenhandel wirken verschiedene Gefangene mit: Einige bieten Geld zum Einkauf an, andere bewahren die Drogen auf, wieder andere verkaufen die Ware und kümmern sich um das Eintreiben der Schulden der Mitgefangenen. (Vgl. Stuhlmann 1997, S. 32) Neben dem Einschmuggeln von Drogen, wird auch mit haftinternen Medikamenten gehandelt, die sich Gefangene legal vom Anstaltsarzt im Krankheitsfall verschreiben lassen und anschließend für Tausch- und Kaufgeschäfte mit Mithäftlingen verwenden¹⁴⁶ (vgl. Schott 2002, S. 60).

Durch den illegalen Schmuggel und Handel von Drogen ist die Versorgung eher unproblematisch zu gewährleisten, weshalb sich der Drogenkonsum zu den Hauptproblemen in Haft herauskristallisiert. Aufgrund von Auseinandersetzungen um Macht und Verteilung der Drogen kommt es oft zu Gewaltdelikten innerhalb der JVA. Der Schwarzmarkt von Drogen wird insbesondere von ausländischen Inhaftierten oder Migranten beherrscht. Dominiert wird das Geschäft von den sogenannten „Russlanddeutschen“, die als äußerst risikobereit gelten, ebenso in Bezug auf ihren eigenen Konsum. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 119 f. Rn. 220)

Die JVA stellt kontinuierlich illegale Substanzen sicher und hat ein umfassendes Kontrollsystem. Zu den internen Maßnahmen zählen unter anderem Leibesvisitationen der Inhaftierten (v.a. auch nach Freigang oder Hafturlauben), Urinkontrollen,¹⁴⁷ Durchsuchungen von Zellen und Aufenthaltsräumen, verschärfte Kontrollen von Besuchen und Briefen sowie der Einsatz von Drogenspürhunden. Entgegen den Bemühungen, den Drogenkonsum und Drogenhandel unter Kontrolle zu bringen, werden lediglich geringfügige Mengen an Betäubungsmitteln beschlagnahmt. Die Gefangenen finden immer wieder Mittel und Wege, die (verschärfte) Sicherungsmaßnahmen zu umgehen bzw. zu unterlaufen. (Vgl. Jacob/Stöver 1997a, S. 27) „Drogen im Vollzug sind keine Fehlleistung des Vollzuges, sondern ein unvermeidbarer Bestandteil desselben.“ (Preusker 2002, S. 128) Das primäre Ziel der meisten Haftanstalten ist die Verringerung des Drogenangebots sowie die Verfechtung des Abstinenzparadigmas bezüglich des Behandlungsangebots. Doch Repression und Kon-

146 Anzumerken ist, dass z.B. Cannabiskonsum teils stillschweigend geduldet wird, da dadurch häufig Ruhe im Vollzug einkehrt (vgl. Stöver 2008a, S. 243).

147 Zum Thema siehe Graebisch 2012, Punkt XII., 1. („Zulässigkeit von Urinkontrollen“) und 2. („Disziplinärmaßnahmen bei verweigerter oder positiver Urinprobe“)

trolle scheinen bei dieser Thematik eher nicht zu greifen. Deshalb wäre es sinnvoll, einerseits die Vermeidung des Drogenkonsums anzustreben, andererseits aber trotzdem schadensminimierende Ansätze zu verwirklichen, da diese nicht nur der Gesundheit der Konsumenten, sondern auch der übrigen Mithäftlinge und des Anstaltspersonals zugutekämen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 25 f.)

3.4.2 Konsumverhalten

In jeder JVA spielt der Drogenkonsum eine – mehr oder weniger – große Rolle und ist geprägt von ungünstigen und überaus gefährlichen Verhältnissen. Die Konsumenten sind einerseits Inhaftierte, die außerhalb bereits Drogen genommen haben und den Konsum in Haft fortsetzen. Andererseits gibt es Häftlinge, die in Freiheit kaum oder noch nie illegale Substanzen konsumiert haben und erst aufgrund des tristen Haftalltags damit beginnen. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 119 Rn. 220) Laut Studien führen mindestens 50% der intravenös Konsumierenden den Drogengebrauch im Gefängnis fort. Eine verhältnismäßig große Anzahl an Insassen (5–25%) machen in der JVA ihre ersten Erfahrungen mit Drogen, insbesondere mit dem intravenösen Drogenkonsum. (Vgl. Stöver 2010, S. 8) In der Studie über „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“¹⁴⁸ wurde festgestellt, dass durchschnittlich etwa ein Drittel (34,3%)¹⁴⁹ aller Insassen intravenös Drogen in Haft konsumiert (vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 35). Auch wenn es nicht viele Untersuchungen zum Thema Drogenkonsum in Haft gibt (Substanzen, Konsummuster und -häufigkeit, Applikationsformen), ist das Wissen vorhanden, dass, unter den verschiedenen Drogen in europäischen Haftanstalten, Cannabis am

148 In einer repräsentativen Studie des WIAD im Rahmen des ENDIPP in Zusammenarbeit mit dem RKI über „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“ von Oktober 2006 bis März 2007 wurden einige interessante Erkenntnisse gewonnen. Allerdings differenziert das WIAD in ihren Auswertungen kaum zwischen den soziodemografischen Daten der Stichprobenauswahl in Bezug auf erwachsene männliche Inhaftierte in Strafhaft und U-Haft, sodass hier nur Prozentzahlen angegeben werden können, die sich auf die gesamte Stichprobe beziehen. In diese Stichprobe sind erwachsene Häftlinge aus dem Bereich der U-Haft, des geschlossenen Strafvollzugs für Erwachsene und des geschlossenen Jugendstrafvollzugs miteinbezogen (Ausschlusskriterien: fehlende Volljährigkeit, offener Vollzug, Sonderformen wie etwa Sicherungsverwahrung oder Abschiebehäft). (Vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 6) Insbesondere der Frauenanteil an dem Bestand der Gefangenen in Deutschland ist mit 5% sehr gering, wodurch die vorliegenden Daten wohl kaum verzerrt und doch überwiegend männliche erwachsene Inhaftierte erfasst werden.

149 Diese Angaben sind zwar Einschätzungen von Insassen über den Konsum ihrer Mithäftlinge, stimmen aber tendenziell bis gänzlich mit den Angaben über den Eigenkonsum überein (29,7% intravenöser Konsum). Das WIAD deutete dies im Rahmen ihrer Studie so, dass die Inhaftierten die Konsummuster ihrer Mithäftlinge relativ gut beurteilen können, allerdings bei Fragen über den Eigenkonsum zurückhalten antworten, da der Drogenkonsum in Haft dennoch illegal bleibt. (Vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 39 f.)

weitesten verbreitet ist. Studien ergaben, dass die vordergründig zur Entspannung genutzte Substanz von 45–78% der drogenkonsumierenden Inhaftierten genommen wird. Jedoch ist die Verfügbarkeit von Drogen sehr unbeständig, wodurch es zum vermehrten Mischkonsum, zu psychischen Störungen sowie zu einem starken Wechseln zwischen Zeitspannen kommt, in denen Drogen konsumiert werden können, und Phasen, in denen der Konsumierende auf Entzug ist. Oft werden verschiedene kostengünstigere Substanzen konsumiert, um die Zeit zu überstehen, in der sich die Betroffenen keine kostspieligeren Drogen leisten können. In Haft erleiden viele Drogenabhängige einen Rückfall in ihre alten Konsummuster (was nicht ungefährlich ist). Ein anderes Motiv für den Drogenkonsum in Haft ist den Inhaftierten zufolge oft Langeweile, die mit dem stetigen Beschaffungsstress gelindert werden kann. Daneben helfen die Drogen vielen, mit dem schwierigen Leben in der JVA umzugehen und Krisen zu bewältigen (z.B. schlechte Nachrichten, Strafe, Gewalt). Es entsteht sogar der Eindruck, als würde der Gefängnisaufenthalt mehr Motive für den Konsum illegaler Substanzen bzw. zum Fortsetzen des Konsums liefern oder im Anschluss an einen Entzug zu einem Rückfall beitragen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 29 ff.)

Die Drogenbeschaffung nimmt das ganze Denken und Handeln der abhängigen Inhaftierten ein und beansprucht die Nerven im äußersten Maße. Sie sind in der JVA Gefahren (Raub, sexuelle Nötigung), erheblicher Ausbeutung sowie Missbrauch ausgesetzt und werden von den haftinternen Dealern schnell in eine ausweglose Überschuldung und somit gleichzeitig in eine (subkulturelle) Abhängigkeit ihnen gegenüber getrieben. Zuerst werden sie mit kostenlosen Drogen versorgt, später müssen sie diese dann zu überhöhten Preisen kaufen. (Vgl. Preusker 2002, S. 125) Da der mögliche Arbeitslohn oder das Taschengeld nicht ausreicht, um den Drogenkonsum zu finanzieren, prostituieren sich manche, schmuggeln Drogen in die Anstalt, dealen, bewahren die Drogen für Dealer auf, verkaufen ihren eigenen Besitz, begehen Diebstähle und greifen selber zu Gewalt. Neben der daraus resultierenden psychischen und physischen Belastung haben drogenabhängige Häftlinge zu befürchten, vom Anstaltspersonal bei ihren illegalen Handlungen erwischt und daraufhin mit Disziplinarmaßnahmen oder weiteren Haftstrafen sanktioniert zu werden. (Vgl. Jacob/Stöver 1997a, S. 24)

Ungeachtet der misslichen Lage nehmen manche Drogenabhängigen während des Haftaufenthalts eine Auszeit vom Drogenkonsum, um sich gesundheitlich zu regenerieren. Einige nutzen die Zeit, um „clean“ zu werden und in

Zukunft drogenfrei zu leben. Ausschlaggebende Impulse für die Entscheidung zur Abstinenz sind individuelle Anlässe (inklusive einer kritischen Betrachtung der hoch risikobehafteten Konsumbedingungen), zweckmäßige Motive (einschließlich der Beschaffungsproblematik von illegalen Substanzen und Injektionsbesteck), wirtschaftliche Argumente (hoher Kostenfaktor) und die Rückgänge im allgemeinen Konsum von Drogen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 32 f.)

3.4.3 *Gesundheitliche Risiken*

Auch wenn es einige drogenabhängige Inhaftierte schaffen, die Zeit in der JVA dazu zu verwenden, ihren Körper zu regenerieren, indem sie keine Drogen nehmen, konsumiert die Hälfte der Drogenabhängigen in Haft weiter und setzen sich einer weitaus größeren gesundheitlichen Belastung aus. Je häufiger sie inhaftiert werden, desto mehr verstärken sich die persönlichen Schwierigkeiten. (Vgl. Stöver 2009, S. 375 f. Rn. 7) Der Drogenkonsum in Haft ist geprägt von ungünstigen und überaus gefährlichen Verhältnissen. Die damit verbundenen Gesundheitsprobleme resultieren nach Trautmann und Stöver (2009, S. 23) aus einem dreifachen Verbot: dem Verbot an Drogen und dem Konsum von Drogen sowie den nicht vorhandenen Konsumräumen.

Eigentlich sollten nach dem StVollzG die Gefangenen in Einzelzellen untergebracht werden, was in der Realität aber kaum passiert und Zwei- oder Mehrbettzellen die Regel darstellen. Die Überbelegung der Haftanstalten ist einer der problematischsten Faktoren im Strafvollzug. (Vgl. Bammann 2008b, S. 133) Zudem gibt es öffentliche Bereiche, die alle Insassen betreten können. Durch diese räumlichen Beschränkungen ist kaum eine Privatsphäre vorhanden. Die unabwendbar daraus folgenden Stresssituationen wirken sich auf den Drogenkonsum nachteilig aus, indem bei der Vorbereitung der Injektion die Sauberkeit häufig außer Acht gelassen wird. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 23) Needle-Sharing und Drug-Sharing werden im Justizvollzug häufig praktiziert, auch wenn der intravenöse Drogenkonsum prinzipiell seltener ist als draußen. Das Injektionsbesteck wird meist gleich mit mehreren Inhaftierten geteilt (z.B. Stationspumpen). Viele benutzen noch dazu bereits gebrauchtes Besteck, was für die Mehrheit hygienische Einbußen bedeutet, da sie in Freiheit vorwiegend einfach und anonym steriles Injektionsbesteck bekommen (z.B. Spritzenautomaten). Die kollektive Benutzung von Zubehör (z.B. Löffel, Filter, Wasser) kommt ebenfalls sehr häufig unter den inhaftierten Drogenkonsumenten vor. Zusätzlich werden die Utensilien so lange ge-

braucht, bis sie vollständig abgenutzt sind. Alternative Konsumformen, wie Rauchen, Inhalieren und Sniefen werden als wirkungsloser und kostspieliger als der intravenöse Konsum angesehen, da das Spritzen von Drogen die sicherste Art und Weise sei, trotz kleiner Mengen eine größtmögliche Wirkung zu erzielen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 33 ff.) Stark und Kollegen (1997, S. 1363) untermauern frühere Studienergebnisse, die den intravenösen Drogenkonsum und Spritzenaustausch in Haft als weit verbreitet ansehen. Die Berliner Studie ergab, dass 22% der Teilnehmer jemals Spritzen im Gefängnis gemeinsam benutzt haben. Die „Szenebefragung Deutschland 2008“ erzielte ähnliche Resultate. Hier haben 26% der intravenös Konsumierenden mit Hafterfahrung (sowie haftinterne Konsumerfahrung) Spritzen bzw. Werkzeug im Gefängnis geteilt. (Vgl. Thane et al. 2009, S. 20).

Für die drogenabhängigen Häftlinge ist es leichter an Drogen, als an das Drogenbesteck zu kommen. In der JVA können sie sich Spritzenbesteck beschaffen, indem sie es in die Institution schmuggeln, sich von Mithäftlingen schon gebrauchtes Besteck leihen oder mieten, Spritzen aus der Krankenstation stehlen oder es selber herstellen, anhand von Utensilien, die es in Haft gibt. Die Tatsache, dass sogar selbst gebaute Spitzen verwendet werden, hebt die Notlage der drogenabhängigen Insassen hervor. Ob jemand mit HIV oder Hepatitis infiziert ist, bleibt unbeachtet, wobei viele auch das gefährliche Ausmaß von Needle- und Drug-Sharing nicht kennen und sich eines Risikos nicht bewusst sind. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 91) Da kein steriles Injektionsbesteck in Haft zur Verfügung steht und Spritzen sowie Zubehör gemeinsam verwendet werden, ist der intravenöse Konsum in Haft wesentlich riskanter als in Freiheit. Somit steigt das Infektionsrisiko für HIV und Hepatitis. Zwei bundesdeutsche Studien¹⁵⁰ belegen, dass Needle-Sharing im Justizvollzug zu den größten Risiken der HIV-Infektion gehört; die Infektionsrate liegt bei 34%. Nur 13% hingegen benutzten ihr eigenes Besteck. (Vgl. Marcus 2008, S. 75)

Nicht zuletzt stellt der Drogenkonsum in Haft auch für das Vollzugspersonal ein gesundheitliches Risiko dar. Die Bediensteten können sich bei Zellen-durchsuchungen mit versteckten gebrauchten Spritzen verletzen oder bei Leibesvisitationen mit Gegenständen oder Spritzen in Kontakt kommen, die mit

150 Kleiber/Pant 1996 und Stark et al. 1997

Blut verschmutzt sind.¹⁵¹ Zudem besteht ein Infektionsrisiko, wenn Unfälle mit infizierten Insassen passieren und Erste-Hilfe geleistet werden muss oder Wunden versorgt werden sollen. (Vgl. Lehmann et al. 2009, S. 182) Grundsätzlich besteht das Risiko einer HIV- oder Hepatitis-Infektion bei allen Gefangenen, wodurch die Ansteckungsgefahr nicht nur bei drogenkonsumierenden Insassen vorhanden ist und somit nicht überbewertet werden sollte.

3.4.4 Drogentodesfälle während und nach der Haft

Scheerer (1989) nennt vier Risikofaktoren, die sich auf die drogenbedingte Mortalität individuell auswirken: der Drogenmarkt, das Konsumverhalten und die körperliche sowie seelische Verfassung der Drogenabhängigen. Einerseits kann der Gefängnisaufenthalt dieses Risiko senken, da manche Konsumenten den Drogengebrauch in Haft (freiwillig oder erzwungen) reduzieren bzw. unterlassen und sich ihr allgemeiner Gesundheitszustand bedeutend festigt oder verbessert. Hinsichtlich des Risikos einer Intoxikation könnte dadurch die Lebensdauer nachhaltig positiv beeinflusst werden. Gesundheitsfördernd können ebenso der direkte Zugang zur medizinischen Behandlung sowie die Initiierung einer Substitution sein. Andererseits kann durch die Haft das Risiko, an Langzeitfolgeerkrankungen (AIDS, Hepatitis C) zu sterben, erhöht werden, wenn der Konsum illegaler Substanzen unter den desolaten Konsumbedingungen fortgeführt wird. Die von Scheerer vorgebrachten Faktoren haben in Haftanstalten grundsätzlich eine schlechtere Ausgangsbasis als in Freiheit. Die Substanzen sind innerhalb der JVA tendenziell qualitativ (noch) minderwertiger (Reinheitsgrad) und die Konzentration sowie die richtige Dosierung der Drogen schwieriger einzuschätzen. Zudem lässt die Häufigkeit des Konsums nach, wodurch die Stofftoleranz geringer wird. Drogentodesfälle in Haft sind überwiegend die Folge von Mischintoxikationen und werden kaum durch Überdosierungen verursacht. Auch verschriebene Medikamente stellen in Bezug auf Mono- und Mischintoxikationen ein Risiko dar. Besonders hoch ist dieses bei Beikonsum. Ebenso kann es bei der Substitution in Haft zu Drogentodesfällen durch Überdosierung kommen, obwohl die Dosis an die Medikation der extramuralen Substitutionsbehandlung angeglichen wurde. Solche Fälle sind selten und nur dann möglich, wenn der Substituierte außerhalb der Haft größere Mengen seines Substituts

151 Bei Stichverletzungen kommt es in 30% der Fälle zu einer Infektion mit Hepatitis-B-Viren. Die geringe Infektionsgefahr bei Hepatitis C, mit 0,3% der Fälle, ist vergleichbar mit dem Risiko der HIV-Übertragung (vgl. Püschel/Heinemann 2002, S. 177 f.).

verkauft hat (statt dieses einzunehmen) und ihm folglich die nötige Opiattoleranz fehlt.¹⁵² (Vgl. Püschel/Heinemann 2002, S. 177 ff.)

Untersuchungen belegen, dass von den Personen, die bereits vor der Inhaftierung intravenös Drogen konsumiert haben, 63% im ersten Vierteljahr nach der Haftentlassung erneut Drogen injizieren (vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 36). Das Risiko von drogenbedingten Todesfällen durch eine Überdosis ist in den ersten zwei Wochen nach der Haftentlassung besonders hoch (vier- bis siebenmal höher) (vgl. Stöver 2012, S. 79). Ausschlaggebend hierfür sind die Konsumverhältnisse: Drogenabhängige konsumieren in Haft seltener sowie kleinere Mengen an illegalen Substanzen. Somit sinkt ihre Toleranz. Auf dem Drogenmarkt außerhalb der JVA ist der Reinheitsgrad der Drogen höher als innerhalb. Die Konsumenten überschätzen ihre Toleranz nicht selten, wodurch es zu tödlichen Überdosierungen kommen kann. Diese verminderte Toleranz – aufgrund verringerter Konsumfrequenz bzw. relativer Abstinenz während der Inhaftierungszeit – verbunden mit dem Mischkonsum (hauptsächlich Opioide in Kombination mit anderen illegalen Drogen), repräsentieren die bedeutsamsten Faktoren der drogenbedingten Mortalität bei Häftlingen unmittelbar nach der Haftentlassung. Sie verdoppeln annähernd das Risiko, an einer Überdosis durch Opiate zu sterben. Grundsätzlich damit verknüpft sind risikofördernde Aspekte wie ein behandelter und un behandelter chronischer Krankheitsverlauf und soziodemografische Einflussfaktoren. Weitere wichtige Determinanten sind der Mangel an Entlassungsvorbereitung sowie Nachsorge für Haftentlassene und das Scheitern, risikobehaftete Personen zu identifizieren. (Vgl. WHO 2010, S. 10) Überdies sind auch Methadonmischvergiftungen Ursachen für die Mortalitätsrate nach der Haftentlassung. Die Dosis kann bei einer neuen Therapie falsch eingestellt werden, da die Toleranz von den Patienten zu hoch eingeschätzt wird oder einige Einzeldosen zur selben Zeit eingenommen werden. (Vgl. Püschel/Heinemann 2002, S. 179) Überdosierungen stellen die Hauptursache für drogenbedingte Todesfälle direkt nach Haftaufenthalten dar und sind die Folge verschiedener Risikofaktoren. Die WHO (2010) hat aus diesem Anlass Empfehlungen zur Prävention von drogenbedingten Todesfällen unter Gefängnisinsassen unmittelbar nach der Haftentlassung veröffentlicht.

Die entlassenen Drogenabhängigen haben in dieser Übergangssituation häufig mit psychosozialen Problemen zu kämpfen (z.B. Arbeits- und Wohnungslo-

152 Siehe dazu Daniels 1997

sigkeit). Bezugspersonen fehlen und eine schnelle Wiederanbindung an die Drogenszene ist die Folge. Größtenteils werden frühere Konsumgewohnheiten erneut aufgenommen. Selbstbestimmter Drogenkonsum und das Gefühl, nach der Zwangsreduktion bzw. -abstinenz in Haft etwas nachholen zu müssen bestimmen das Verhalten und können im Einzelfall dazu beitragen, dass der Drogenkonsum oft mit zu hohen Dosen begonnen und auch die Konsumfrequenz fahrlässig gehandhabt wird. Suizide und Selbstmordversuche aufgrund der bestehenden Schwierigkeiten spielen ebenfalls eine Rolle. Die psychosoziale Belastung und das daraus resultierende erhöhte Risiko der drogenbedingten Mortalität sind umso höher, je länger die Haftstrafe gedauert hat. Zur Senkung des Toleranzniveaus sind allerdings nur wenige Wochen im Gefängnis nötig, um das Risiko einer tödlichen Überdosis zu erhöhen. (Vgl. Püschel/Heinemann 2002, S. 182 f.) Die Hilfsmaßnahmen zur Entlassungsvorbereitung vieler JVAen vernachlässigen jedoch die Aufklärung über Gefahren der Überdosis bei der Wiederaufnahme des Drogenkonsums unmittelbar nach der Entlassung aus dem Gefängnis. Dieses Gesprächsthema wird häufig als zu offensiv betrachtet. Einige Inhaftierte nehmen dies wirklich so wahr. Dennoch gibt es gute Möglichkeiten, das sensible Thema zur Sprache zu bringen, etwa durch die Vergabe eines Faltblattes mit den wichtigsten Informationen (Beispiel aus einer schottischen JVA). (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 172) Informationsvermittlung sowie Beratung zu Safer Use sollte gängiger Bestandteil von Angeboten zur Schadensminimierung sein (sofern diese in den jeweiligen Anstalten überhaupt existieren). Außerdem ist es durchaus legitim, über eine Mitgabe von Naloxon an Haftentlassene, als präventive Maßnahme bezüglich drogenbedingter Mortalität, nachzudenken. Projekte zur Naloxonvergabe haben evidente Erfolge gezeigt. (Vgl. Heinemann et al. 2002b, S. 166) Dieses Vorgehen würde sich als wertvolle Ergänzung zu den haftinternen Drogennotfalltrainings anbieten, die das wesentliche Element innerhalb der Primärprävention von Drogennotfällen sowie drogenbedingter Mortalität darstellen.¹⁵³ Auch die Substitution, als stabilisierender und überlebenssichernder Faktor, kann zu einer deutlichen Risikominimierung, in Bezug auf eine Überdosis nach der Entlassung, beitragen (Opiattoleranz steigt). Da die haftinterne Substitution sich in deutschen Haftanstalten noch nicht flächendeckend durchgesetzt hat, sollte wenigstens die Vermittlung eines Sub-

153 Siehe 4.4.2 Drogennotfalltraining

stitutionsplatzes im Zuge der Entlassungsvorbereitung veranlasst werden.¹⁵⁴ Darüber hinaus hat die externe Suchtberatung einen präventiven Charakter. Ihre Schnittstellenfunktion spielt in diesem Zusammenhang eine große Rolle, da sie die Klienten nach ihrer Haftentlassung weiter betreuen respektive an andere Einrichtungen nahtlos vermitteln können, im Sinne eines individuellen Case-Managements. (Vgl. Schäffer et al. 2010, S. 4)

3.5 Sexualkontakte während der Inhaftierung

Das Verlangen nach bzw. das Ausleben von Sexualität ist ein natürliches Bedürfnis, das auch im Kontext „Haft“, mit all den dort gegebenen Einschränkungen, nicht aufhört zu existieren. Sexualkontakte in der JVA sind daher nichts Außergewöhnliches, selbst wenn sie von der JVA oft nur als Ausnahmeerscheinungen dargestellt oder verleugnet werden. Die sexuellen Bedürfnisse der Inhaftierten werden an die Bedingungen der Haft angepasst und je nach Unterbringung (Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzelle), Dauer der Inhaftierung sowie genehmigten Vollzugslockerungen mehr oder weniger ausgelebt. Sexuelle Kontakte gehören zum Haftalltag und finden nicht nur zwischen Homosexuellen statt, sondern ebenso unter Gefangenen, die außerhalb der JVA normalerweise heterosexuelle Beziehungen führen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 82) Die Tatsache, dass die meisten Häftlinge von ihren bevorzugten Sexualkontakten abweichen müssen („Knastschwul“), bedingt häufig ein innerliches als auch zwischenmenschliches Spannungsverhältnis. Der Männerstrafvollzug ist stark geprägt von Männlichkeitsidealen sowie deren Werte und Normen. Homosexualität wird so oft als Schwäche und als „nicht-männlich“ angesehen. Inhaftierte, die Homosexualität ausleben, würdigen sich aufgrund dessen selber herab bzw. den Partner und gelangen in einen Identitätskonflikt hinsichtlich ihrer Rolle als Mann. Sexualkontakte spielen insbesondere bei inhaftierten Drogenabhängigen eine große Rolle, da sie sich wiederholt durch haftinterne Prostitution ihre Drogensucht finanzieren.¹⁵⁵ (Vgl. Bammann/Rademacher 2009, S. 190 f.)

Sexualkontakte in Haft zählen neben dem Drogenkonsum, zu den größten Problemen unter inhaftierten Drogenabhängigen, besonders aus infektions-

154 „Beide Optionen sind auch in den neuesten Richtlinien der Bundesärztekammer vorgesehen und entsprechen dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft.“ (Schäffer et al. 2010, S. 4)

155 Döring, Nicola (2006): *Sexualität im Gefängnis: Forschungsstand und -perspektiven*. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*. Ausgabe 04, Jahrgang 19, September 2006. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 315–333.

prophylaktischer Sicht. Inhaftierte wissen sehr wenig über die Risiken und Vermeidungsmöglichkeiten einer Infektion bei Sexualkontakten. Dies kann mitunter daran liegen, dass der gleichgeschlechtliche Sex unter den Insassen generell ein Tabuthema ist. Zusätzlich werden die Infektionsrisiken mit HIV, Hepatitis und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten¹⁵⁶ von den Inhaftierten und auch von der Vollzugsleitung sowie den Vollzugsbediensteten tabuisiert. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 82) Die männliche Homosexualität ist wegen hochriskanter Sexualpraktiken bezüglich der Übertragung von Krankheiten stärker gefährdet¹⁵⁷ als der sexuelle Kontakt zwischen Frauen. Die Gefangenen identifizieren sich aber nicht mit den speziellen Infektionsrisiken von Männern, die Sex mit Männern haben, wodurch die vorhandene Ansteckungsgefahr (mit HIV oder anderen Krankheiten) häufig bagatellisiert bzw. verleugnet wird. (Vgl. Stöver 2010a, S. 25)

In der Studie über „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“ wurden die Häftlinge befragt, welche der vorgegebenen Praktiken sie als effektiven Schutz vor HIV/AIDS ansehen (s. Abb. 12). Die Antwortmöglichkeit „Kondome benutzen“ kristallisiert sich hier deutlich heraus. Trotz einer Minderheit von 3,1% erachten 89,5% diese Methode als effektive Möglichkeit zur Infektionsprophylaxe. Ebenfalls von der Mehrheit der Befragten werden „Waschen nach dem Geschlechtsverkehr“ (63,8%) und „Benutzung von Verhütungspillen“ (71,2%) als unwirksamen Schutz vor HIV Infektionen angesehen. Trotz des hier zu vermutenden hohen Wissensstandes zur unwirksamen oder wirksamen Infektionsprophylaxe dieser drei Bereiche, darf ein doch beträchtlicher Anteil nicht übersehen werden, der entweder falsche oder unsichere Kenntnisse über den wirksamen Schutz vor HIV aufweist. Die übrigen Methoden („regelmäßig einen HIV-Test machen“, „Geschlechtsverkehr mit nur einem Partner“, „Partner nach HIV-Test fragen“, „Partner genau aussuchen“) werden von (weitaus) mehr als der Hälfte der Befragten als „wirksam“ eingestuft, wobei hier ein beachtlich hoher Anteil an unsicheren bzw. falschen Antworten vorhanden ist. (Vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 67 f.)

156 Informationen zu „Sexuell übertragbare Infektionen“ in DAH 2012e

157 Beim ungeschützten Analverkehr, aber auch bei Vergewaltigungen, ist das Infektionsrisiko höher als sonst, da sich die Beteiligten leichter verletzen können und sie somit mit Blut und Sperma in Berührung kommen, welche viele Viren enthalten können (vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 43).

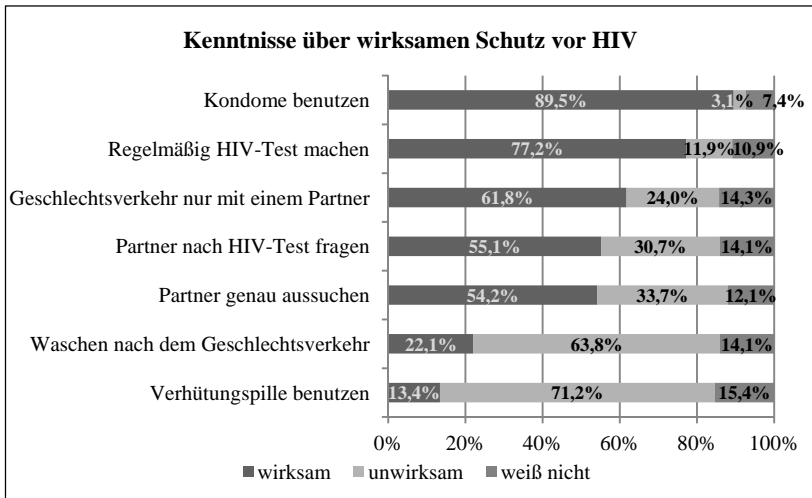


Abb. 12: Kenntnisse über wirksamen Schutz vor HIV, Quelle: Eckert/Weilandt 2008, S. 68¹⁵⁸

„Diese Ergebnisse erscheinen interpretationsbedürftig, da sie zum einen in strikt medizinischer Perspektive überwiegend mangelhafte Kenntnisse zu indizieren scheinen und zum anderen im Widerspruch stehen zum weit überwiegen- den Bewusstsein der Relevanz von Kondomen ...“ (Eckert/Weilandt 2008, S. 68 f.) Das WIAD vermutet, dass die Gefangenen nicht die medizinische Komponente der Fragestellung bedacht haben, sondern eher die soziale Pers- pektive. Dem Aspekt Vertrauen wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben bezüglich der Effektivität der Schutzmaßnahmen. Die Betonung der sozialen Dimension schließt aber nicht unweigerlich medizinisch-naturwissenschaftliches Wissen aus. (Vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 69)

Hinsichtlich des allgemeinen Kenntnisstands der (drogenabhängigen) Häft- linge über Risiken und infektionsprophylaktische Maßnahmen nimmt der Unterschied zwischen Theorie und Praxis einen großen Stellenwert ein. Viele kennen die Gefahren bei ungeschützten Sexualkontakten, nehmen diese je- doch aus verschiedenen Gründen in Kauf, weil sie beispielsweise keinen Zu-

158 In den beiden Kategorien „Geschlechtsverkehr nur mit einem Partner“ und „Partner nach HIV-Test fragen“ sind vermutlich Rundungsfehler enthalten, weshalb die Prozentzahl um einen unwesentlichen Pro- zentsatz von jeweils $\pm 0,01\%$ von 100% abweicht.

gang zu Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe haben oder aber auch aus Leichtsinn und Gleichgültigkeit.

3.6 Weitere Risikofaktoren im Haftalltag

Neben dem Drogenkonsum und den Sexualkontakten gibt es weiteren Risikofaktoren im Gefängnis. In der Studie über „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“ wurde das allgemeine Risikoverhalten in Haft in Bezug auf mögliche Übertragungswege von Infektionskrankheiten erforscht (s. Abb. 13):

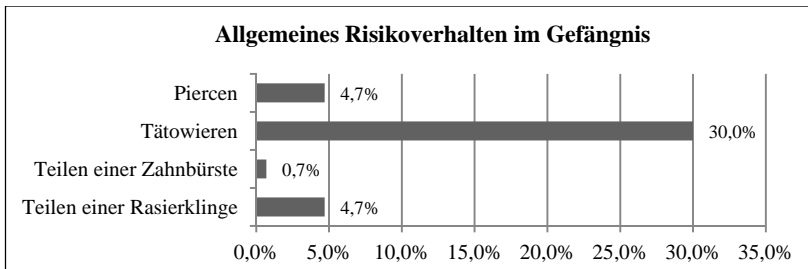


Abb. 13: Allgemeines Risikoverhalten im Gefängnis, Quelle: Eckert/Weilandt 2008, S. 49

Lediglich ein minimaler Anteil von 0,7% der Gefangenen teilte mit einem Mithäftling die Zahnbürste und nur ein geringer Prozentsatz von 4,7% die Rasierklinge. Diese Ergebnisse lassen alltägliche Tätigkeiten in Hinblick auf Infektionsgefahren in den Hintergrund rücken. Auch Piercing ist mit 4,7% in Haft weniger vertreten. Allerdings kristallisierte sich das Tätowieren als eindeutiger Risikofaktor für Infektionskrankheiten heraus. Die Studie betrachtet verschiedenen Gefangenengruppen und Vollzugsformen und stellt in der U-Haft einen unterdurchschnittlichen Anteil von 16,8% aller Untersuchungsgefangenen fest, die sich in Haft tätowieren ließen. (Vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 49) Hier wird erneut deutlich, dass riskante Verhaltensweisen im Hinblick auf Infektionskrankheiten in U-Haft eine geringere Rolle spielen als in Strafhaft, ähnlich wie beim Drogenkonsum.¹⁵⁹

In der Studie zum Modellprojekt der Spritzenvergabe in der Hamburger JVA Vierlande wurde angenommen, dass lediglich annähernd die Hälfte der neu

¹⁵⁹ Vgl. 2.2.2 Vollzug der Untersuchungshaft, S. 57

diagnostizierten HIV- und Hepatitis-Infektionen unter Gefangenen direkt durch den injizierenden Konsum von Drogen verursacht wurden. Die andere Hälfte der Neuinfektionen in Haft wäre insbesondere auf fehlende Safer-Sex-Maßnahmen bei sexuellen Handlungen und auf Piercen sowie Tätowieren mit unsterilem Handwerkszeug zurückzuführen. (Vgl. Rey/Wickert 2008, S. 18) Selbst wenn Tätowieren kein spezielles Problem von drogenabhängigen Inhaftierten darstellt, sind Drogenkonsum und Tätowieren in Haft eindeutige Prädiktoren für ein erhöhtes Infektionsrisiko, vor allem wenn beide Variablen gemeinsam auftreten.

Tätowieren und Piercen sind in den Gefängnissen mit keinem offiziellen Gesetz seitens des Ministeriums verboten. Jedoch kann dies über die Hausordnung der einzelnen JVAen nachgeholt werden, zu deren Erlass die Gefängnisse gemäß § 161 StVollzG berechtigt sind. Die Hausordnung bedarf einer Zustimmung der Aufsichtsbehörde.¹⁶⁰ (Vgl. Bammann 2006c, S. 85) Trotz des meist erlassenen Tätowierverbots entstehen Tätowierungen sowie Piercings in Haft und symbolisieren mitunter ein Stück weit Autonomie und Freiheit, welches in der totalen Institution bewahrt wurde (vgl. Rey/Wickert 2008, S. 18). Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Subkultur kann über die Symbolik von Tattoos ausgedrückt werden und in diesem Zusammenhang ebenfalls die Position sowie der Rang der einzelnen Mitglieder.¹⁶¹ Sie dienen verstärkt auch als Körperschmuck, oder werden aus Langeweile gestochen. Letzteres gestaltet sich problematisch, wenn die Entscheidung für eine Tätowierung unüberlegt getroffen und diese zusätzlich noch in minderwertiger Qualität gestochen wird. Das führt zu Frustration und dem Wunsch, die Tätowierung rückgängig zu machen. (Vgl. Bammann 2006b, S. 74)

Außerhalb der Haft ist das Tätowieren und Piercen an spezielle Hygienevorschriften geknüpft, um keine gesundheitlichen Schäden zu verursachen. In der JVA ist dies kaum realisierbar, da Tattoos und Piercings dort hauptsächlich mit bereits benutzten oder möglicherweise blutkontaminierten Nadeln bzw. anderen scharfen Utensilien gestochen werden. Verunreinigte Gegenstände, schmutzige Hände und Körperflüssigkeiten können allein durch den Kontakt mit der unverletzten Haut Bakterien übertragen (z.B. Staphylokokken, Streptokokken) sowie Infektionen auslösen (bspw. Herpes, Krätze). (Vgl. Trautmann/

160 Ein vergleichbares Piercing-Verbot existiert nicht, auch wenn die Infektionsgefahren ähnlich sind wie beim Tätowieren (z.B. Verwendung einer Piercingnadel für mehrere Insassen) (vgl. Bammann 2006c, S. 86).

161 Ins Detail gehend siehe die Reihe des Londoner Verlags Murray & Sorrell FUEL: „Russian Criminal Tattoo Encyclopedia, Volume I–III“

Stöver 2009, S. 175 f.) Über offene Verletzungen der Haut (durch Nadelstiche der Tätowiermaschine mit unsterilem Besteck, Abschürfungen) gelangen Bakterien, Viren und Pilze in die Wunde (z.B. Tetanus-Erreger, HI-, Hepatitis-Viren) und verursachen Infektionen. Dazu reichen schon Schmutzpartikel aus, die entsprechende Krankheitserreger enthalten. Aufgrund des hohen Infektionsrisikos sind nicht nur vor und während dem Tätowieren die Hygienevorschriften strikt zu befolgen, sondern auch im Nachhinein, wenn die frische Wunde verheilt. (Vgl. Stöver/Bammann 2006, S. 162 f.)

Die Farben, die in Haft zum Tätowieren benutzt werden, bergen zusätzliche Krankheitsrisiken. Mit Blut verunreinigte Farben sind nicht minder gefährlich und können Infektionen bedingen. Möglich sind bei Allergikern überempfindliche Reaktionen auf die Farben. Zudem sprechen die Medien immer wieder von krebserregenden Inhaltsstoffen. Auch wenn die professionellen Farben heutzutage in ihrer Verträglichkeit als unbedenklich eingestuft sind, wird in Haft meist nicht mit dementsprechenden Farben gearbeitet, wodurch die Inhaltsstoffe in ihrem Risiko nicht einzuschätzen sind. Teilweise werden aufgrund der Mangelwirtschaft in Haft sogar absichtlich Farben verwendet, die der Gesundheit schaden und Giftstoffe enthalten. Kurzfristige und langfristige Folgeschäden werden billigend hingegenommen. (Vgl. Stöver/Bammann 2006, S. 163 f.)

Die Infektionsrisiken beim Tätowieren in Haft müssen den drogenabhängigen Inhaftierten verdeutlicht werden, um das Risikobewusstsein zu stärken. Es ist wichtig, die Gefangenen über hygienische und sichere Arbeitsmethoden sowie die Verwendung von sterilem Zubehör zu informieren,¹⁶² um die Gefahren für sich selbst und andere verringern oder ausschließen zu können. Grundsätzlich sollte die JVA entsprechende Mittel zur Verfügung stellen, um denen, die sich trotz des Verbots tätowieren lassen, zumindest die Möglichkeit zu bieten, mit sterilem Werkzeug zu arbeiten. Mehrere Methoden wie Händewaschen, steriles (Einweg-)Material, die richtige Vorbereitung (z.B. Arbeitsfläche desinfizieren) und das richtige Reinigen verwendeter Materialien können zur Infektionsprophylaxe beim Tätowieren in Haft beitragen.¹⁶³ (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 175 ff.)

Allerdings wird dem Tätowieren und Piercen in Haft von vollzuglicher Seite nur mit Verboten begegnet, anstatt den Inhaftierten infektionsprophylaktische

162 "Tattooing hygiene standards" (NSW Ministry of Health 2011)

163 Mehr zum Thema siehe 4.4.1.3 Safer Work beim Tätowieren und Piercen

Möglichkeiten zu bieten. Das strikte Tätowierverbot bewirkt dagegen nicht den erwünschten Effekt der Verhinderung von illegalen Tätowierungen, sondern eher gegenteilige Reaktionen. In dem „totalen System“ der JVA versuchen die Häftlinge beharrlich, dem durch Regeln fremdbestimmten Alltag zu entkommen. Anstatt der repressiven Haltung der JVA wäre es sinnvoller, das Tätowieren in Haft in einem kontrollierten und geregelten Rahmen zu erlauben¹⁶⁴ (bspw. externe professionelle Tätowierer in Haft). Dadurch können freilich nicht alle illegalen Tätowierungen unterbunden werden, aber zumindest wird die Dynamik der Häftlinge „wir gegen die anderen“ erschüttert. Auch könnte die Akzeptanz von Tätowierungen als etwas „Normales“ dazu beitragen, diese als Körperschmuck anzusehen, wie es in der freien Gesellschaft bereits seit Langem der Fall ist, und nicht als ein Zeichen von Kriminalität. Diese Anerkennung würde ferner ermöglichen, die Tätowierung als Symbol für bestimmte Gefängnissubkulturen („Knasstattoo“) zu diffamieren, da die „Normalität“ einer Eignung als Subkultursymbol einer eingeschworenen Gemeinschaft/Gruppierung entgegensteht.¹⁶⁵ (Vgl. Bammann 2006c, S. 91 ff.)¹⁶⁶

164 Zur Aufhebung des Tätowierverbots vgl. Laubenthal 2005, S. 210

165 Ausführlicher zu diesem Thema siehe Bammann 2006c, S. 90–93

166 Weiterführende Informationen zu Tätowieren und Piercen in Haft in Bammann/Stöver 2006

4 Beratung, Betreuung und Behandlung inhaftierter Drogenabhängiger

„Man kann ohne Liebe Holz hacken, Ziegel formen, Eisen schmieden. Aber mit Menschen kann man nicht ohne Liebe umgehen.“
(*Leo Tolstoi *1828 †1910*)

Aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) und der besonderen staatlichen Fürsorgepflicht ergeht die Pflicht der Vollzugsbehörden, dem Insassen bei der selbstständigen Bewältigung seiner Probleme zu unterstützen (§ 71 StVollzG) und sich um sein physisches und psychisches Wohlbefinden zu kümmern (§ 56 StVollzG). Die Maßnahmen der sozialen Hilfe (§§ 72–75 StVollzG) haben sich an den obersten Grundsätzen der Individualität und der Hilfe zur Selbsthilfe zu orientieren.

In einigen JVAen wird der Drogenkonsum immer noch aus rechtspolitischen Beweggründen so lange wie möglich ignoriert sowie abgestritten. Für die JVA ist es eine Gratwanderung, da sie einerseits dem Resozialisierungsauftrag nachkommen muss, andererseits die Wirklichkeit des alltäglichen (wenn auch verbotenen), stark gesundheitsschädigenden Drogengebrauchs vieler Insassen nicht ausblenden kann. Die Interventionsmöglichkeiten zur Problemlösung sind ziemlich begrenzt (teilweise durch die Politik): Eine noch stärkere Isolierung der Anstalt würde sich nicht mit dem Ziel der Resozialisierung in Einklang bringen lassen (Vorbereitung auf das Leben in Freiheit) und diejenigen, die keine Verbindung zur haftinternen Drogenszene haben, ebenfalls repressiver behandeln. Zudem könnte nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob sich der Drogenschmuggel dadurch überhaupt verringern ließe. Denkbar wäre die Entwicklung von lebensnahen Hilfen, die realistische Ziele setzen, welche für die JVA annehmbar und für die drogenabhängigen Insassen erreichbar wären. Allerdings sind hierfür die räumlichen und methodischen Ressourcen beträchtlich begrenzt, da sich die Drogenszene sowie die Drogenhilfeangebote am selben Ort befinden und der Drogenkonsum in der

JVA nicht geduldet wird. Sicherheits- und ordnungsspezifische Gesichtspunkte strukturieren und beherrschen den Haftalltag sowie das Verhalten gegenüber den Inhaftierten. Im Allgemeinen orientieren sich die Maßnahmen in Haft sehr an der Abstinenzvorstellung, wodurch viele Insassen, für die dieses Ziel nicht infrage kommt, von den Hilfsangeboten nicht erreicht werden. Die Haftanstalt stellt ein äußerst hinderliches Setting für die Gefangenen dar, die ihr Verhalten von Grund auf ändern möchten. Rein abstinenzorientierte Maßnahmen wären aus diesem Grund deplatziert. Infolgedessen sollten, zusätzlich zu den klassischen Zielen (Stärken der Entscheidungs- und Problemlösungskompetenz, Aktivieren/Fördern der intrinsischen Motivation sowie der Verantwortung für das eigene Handeln), insbesondere pragmatische Ziele verfolgt werden: Schadensminimierende Ansätze (Harm Reduction) sind an dieser Stelle von großer Bedeutung, vorrangig die HIV/AIDS- und Hepatitis-Prävention. (Vgl. Stöver 2002a, S. 13 f.)

Die Zielsetzungen des gesamten medizinischen Bereichs sowie der haftinternen Drogen- und AIDS-Hilfe müssen sich, im Rahmen des Angleichungsgrundsatzes gemäß § 3 Abs. 1 StVollzG, an die fachlichen Standards und Zielsetzungen in Freiheit anpassen. Diese Äquivalenz wird von vielen internationalen Organisationen (bspw. Europarat, WHO) verlangt. Ein wesentliches Prinzip der Resozialisierung muss die Herstellung oder Erhaltung der körperlichen sowie seelischen Gesundheit der Inhaftierten sein. (Vgl. Stöver 2009, S. 379 Rn. 14 ff.) Das Gefängnis als eine totale Institution erschwert die Realisierung einer differenzierten Hilfs-Infrastruktur, wie sie außerhalb der JVA besteht. In Haft sind Grundvoraussetzungen wie Vertraulichkeit kaum herstellbar, wodurch ein anonymes sowie auf Freiwilligkeit basierendes Arbeiten nur schwer möglich ist (bspw. HIV-Testung). Zudem können die Klienten selten zwischen unterschiedlichen Angeboten der Drogenhilfe wählen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 27)

4.1 Beratung und Betreuung durch externe Mitarbeiter

Beratung und Betreuung sind unmittelbare Maßnahmen, die individuell auf den Klienten ausgerichtet sind und basieren auf dem Prinzip der Freiwilligkeit; sie finden nur statt, wenn der Klient dies wünscht. Die Beratungs- und Betreuungskontakte können Hinweise und Informationen geben, situationsbezogen intervenieren oder den Hauptbestandteil einer intensiveren Begleitung auf längere Sicht darstellen. (Vgl. Trautmann/Barendregt 1994, S. 113) Im besten Fall schaffen es die externen Mitarbeiter, eine zuverlässige, ver-

trauliche und authentische Gesprächsbasis herzustellen, um individuelle Hilfen sowie eine Begleitung durch spezifische Angebote leisten zu können. Diese Maßnahmen helfen vielen Gefangenen, Belastungen auszugleichen, die durch den Haftalltag oder die Drogensucht entstanden sind. (Vgl. Jacob 2001, S. 13) Die Häftlinge sollten bereits bei Antritt der Freiheitsstrafe über alle haftinternen Beratungs- und Betreuungsangebote in Kenntnis gesetzt werden, beispielsweise im Zugangsgespräch durch die JVA oder durch Aushänge (vgl. Küfner et al. 2000, S. 140).

4.1.1 *Beratung durch externe Fachkräfte*

Die haftinterne Suchtberatung ist ein komplexer Bereich. Bundesweit existieren unterschiedliche Modelle:¹⁶⁷ Teilweise werden die inhaftierten Drogenabhängigen vom Sozialdienst der JVA oder der internen Suchtberatung in Bezug auf ihre Suchtprobleme betreut (vgl. Jacob 2001, S. 13). Die interne Suchtberatung wird partiell von Mitarbeitern des allgemeinen Vollzugsdienstes und teilweise, aber in geringerem Umfang, von qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt (Stöver 2009, S 382 Rn. 28). In einigen Bundesländern (bspw. Bayern) sind externe Suchtberater in den JVAen speziell für die drogenabhängigen Gefangenen zuständig.¹⁶⁸ Mancherorts ergänzen sich auch die interne sowie externe Suchtberatung in ihrer Arbeit (bestimmte Themenschwerpunkte, bspw. PSB).

Im Rahmen der externen Suchtberatung wird die fachkompetente Beratung suchtmittelabhängiger und -gefährdeter Gefangener von externen Mitarbeitern der örtlichen Drogen- und Suchtberatungsstellen geleistet.¹⁶⁹ Diese können differenziert auf die Suchtproblematik der Gefangenen eingehen.¹⁷⁰ Die Träger der Beratungsstellen sind im Allgemeinen nicht der Justiz zugeordnet, wodurch auch die externen Fachkräfte dieser nicht unterstehen (vgl. Rey 2008, S. 146).

Die inhaftierten Drogenabhängigen haben je nach Haftanstalt verschiedene Möglichkeiten, mit den externen Beratern in Kontakt zu treten. Sie können

167 Dies stellt lediglich eine grobe Differenzierung dar.

168 Vor einigen Jahren waren in fast allen Bundesländern externe Suchtberater tätig; diese Stellen wurden inzwischen in manchen Bundesländern abgebaut (vgl. Stöver 2009, S 382 Rn. 29).

169 Die folgende ausführliche Darstellung der Beratung von inhaftierten Drogenabhängigen durch externes Fachpersonal bezieht sich nur auf die Bundesländer, in denen externe Suchtberater in den JVAen tätig sind.

170 Zur Beratung durch externe AIDS-Hilfe-Einrichtungen siehe 4.1.1.1 Medizinische und gesundheitliche Belange, Exkurs: AIDS-Beratung, S. 119-122

sich über die JVA anmelden (z.B. Antragsformular, spezielle Briefkästen für Voranmeldung oder Nachricht) oder die entsprechenden Einrichtungen persönlich kontaktieren (z.B. durch Telefonate, Briefe). Viele Beratungsstellen sind zu bestimmten Zeiten in der JVA vertreten, dadurch haben die drogenabhängigen Inhaftierten die Gelegenheit, sie direkt anzusprechen und um einen Beratungstermin zu bitten. Eigene Beratungsräume, in denen alleine und ohne Überwachung mit den Klienten geredet werden kann, zählen in der JVA als Privileg – im Gegensatz zu den Beratungsstellen außerhalb, in denen diese als selbstverständlich angesehen werden. Häufig sind es ehemalige Zellen des Gefängnisses, die eine vertrauensvolle Atmosphäre nicht begünstigen. Auch ist es fast unmöglich, dass Betroffene die Beratungsgespräche in Anspruch nehmen können, ohne dass Mitgefangene oder Vollzugsmitarbeiter davon erfahren. Durch diesen Umstand haben Hilfesuchende womöglich Angst, dass sich ihre Probleme (z.B. HIV-Infektion) herumsprechen und sie diskriminiert oder stigmatisiert werden. Daraus resultiert möglicherweise, dass sie Hilfsangebote erst nach der Entlassung aus der Anstalt annehmen oder überhaupt keine nutzen. Infolgedessen machen es manche JVAen möglich, dass externe Berater persönlich auf der Station anwesend sind, damit die drogenabhängigen Hilfesuchenden sie unmittelbar kontaktieren können, ohne sich über die JVA vormerken zu lassen und somit nahezu anonym zu bleiben. (Vgl. Rey 2008, S. 144 ff.)

In Beratungsgesprächen ist die Authentizität des Beraters von besonderer Bedeutung, indem er den Insassen gegenüber echtes Interesse sowie Einfühlungsvermögen zeigt, ihre Lebensweise akzeptiert und Anteil an ihren Problemen nimmt. Dies ermöglicht dem Hilfesuchenden, offen über Probleme zu reden und zusammen mit dem Berater Lösungen zu erarbeiten, die zu Kenntnissen und Fähigkeiten führen sowie ihn zum Handeln ermutigen. Die drogenabhängigen Inhaftierten sollen als eigenständige und selbstverantwortliche Menschen angesehen und in ihrer eigenen Aktionsfähigkeit gefordert werden, ohne ihnen im Rahmen ihrer persönlichen Ressourcen zu viel zuzumuten. Dementsprechend ist es aufgrund des meist niedrigeren Bildungsniveaus sowie der „Szenesprache“ der Klienten bedeutend, dass die Berater ihre Aussagen verständlich formulieren und einen vielschichtigen Kontext klar und einfach veranschaulichen. Fachsprache und Fremdwörter stellen eine überflüssige Distanz zum Klienten her, halten ihn vielmehr davon ab nachzufragen und behindern das Lösen von Schwierigkeiten. (Vgl. Lohmann 1997, S. 112 f.) Weiterhin gilt für die Externen, die Autonomie der Klienten zu wahren, indem sie lediglich Hilfestellung anbieten, die Verantwortung aber

eindeutig bei den Insassen belassen. Wichtig ist, dass die drogenabhängigen Hilfesuchenden die Gesprächsintensität sowie die Themen eigenständig entscheiden können und die beratenden Personen die individuellen Schwierigkeiten ernst nehmen, selbst wenn sie nicht immer leicht nachzuempfinden sind (z.B. vorübergehendes Fehlen eines Fernsehers kann Alleinsein und Eintönigkeit noch verstärken) oder sich die Lebensgeschichten der Klienten ähneln. Sie sollen die Interessen der inhaftierten Drogenabhängigen insoweit vertreten, als sie zu Themen ihres Tätigkeitsbereiches gehören. (Vgl. Rey 2008, S. 146 f.)

Für eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten und Anonymität des Beratungsangebotes sind auch die Schweigepflicht, das Zeugnisverweigerungsrecht¹⁷¹ sowie die haftinterne Stellung der externen Fachkräfte entscheidend. Die Information, dass die meisten externen Mitarbeiter nicht der Justiz zugeordnet sind, ist insbesondere für die Insassen entscheidend, die Bedenken haben, den haftinternen Sozialdienst wegen spezieller Belange aufzusuchen (bspw. HIV-Infektion, Rückfall) (vgl. Rey 2008, S. 146). Die Mitarbeiter des Sozialdienstes der JVA haben Einfluss auf Entscheidungen bezüglich Lockerungsmaßnahmen oder vorzeitiger Haftentlassung und nehmen als Vollzugsbedienstete anstattliche Kontrollaufgaben wahr. Genau aufgrund dieser Tatsache, dass die externen Berater nicht dem Justizvollzug angehören, werden sie (sowie ihre Angebote) von den Inhaftierten in höherem Maß akzeptiert. Rosenberg (1988) bringt die Begründung für die Sonderstellung der Externen treffend auf den Punkt:

Die Wirkung aufsuchender Drogenhilfe im Vollzug basiert nämlich nicht nur auf ihrer fachlichen Qualifikation in Sachen ‚Drogenberatung‘, sondern vor allem auf ihrer Unabhängigkeit von der Justiz und auf der Distanz zu ihr und ihren Organen. Es ist gerade diese Justiz-Ferne, die sie in den Augen der inhaftierten Abhängigen zum vertrauenswürdigen Gesprächspartner macht. (S. 20)

Die besondere Position der externen Fachkräfte erleichtert den drogenabhängigen Inhaftierten, offen über ihre Probleme zu reden und auch heikle Themen anzusprechen, ohne Angst vor repressiven Maßnahmen seitens der JVA haben zu müssen. Zudem können die drogenabhängigen Inhaftierten die Hilfsangebote freiwillig in Anspruch nehmen. Diese stärkere Akzeptanz durch

171 Drogenberater einer anerkannten Beratungsstelle haben ein Zeugnisverweigerungsrecht im Strafprozess (§ 53 Abs. 1 Nr. 3b StPO). Vgl. hierzu Feest 2008b, S. 90

Anonymität, Freiwilligkeit und die distanzierte Position der externen Drogenberater zum Kontrollsystem der JVA stellt eine gute Basis für eine konstruktive Arbeit dar (vgl. Stöver 2009, S. 382 Rn. 29).

Jedoch haben die externen Berater nicht nur Vorteile durch ihren systemfremden Status: Sie können kaum auf Entscheidungen Einfluss nehmen, die z.B. Vollzugslockerungen und vorzeitige Haftentlassung betreffen. Dies führt manchmal zu Enttäuschungen bei den Inhaftierten, da sie vielleicht mit einer anderen Erwartungshaltung an die Beratungskontakte herangegangen sind. In Sinne der Kooperation können die externen Mitarbeiter aber fachliche Einschätzungen abgeben (falls der Klient zustimmt), beispielsweise welche Maßnahme aus suchtspezifischer Sicht geeignet erscheint oder ob der Klient für Lockerungen stabil genug ist (v.a. hinsichtlich des Aspektes der Suchterkrankung). Selbst die Schweigepflicht kann in Ausnahmefällen für die Arbeit der Berater hinderlich sein: In der Beratungstätigkeit ist eine Zusammenarbeit mit der Anstalt (v.a. Sozialdienst, Psychologen, medizinischer Dienst), insbesondere im Rahmen der Entlassungsvorbereitung, oftmals sinnvoll, um mitunter die Weitervermittlung an verschiedene Hilfseinrichtungen zu koordinieren und angemessene Maßnahmen zu initiieren. In Kooperation mit allen Beteiligten an diesem Prozess kann ein angemessenes Übergangsmanagement gewährleistet werden. Entbindet der Gefangene den externen Berater jedoch nicht von seiner Schweigepflicht, da er eventuell die Notwendigkeit nicht erkennt, gewisse Befürchtungen hegt (z.B. Angelegenheiten könnten ohne Absprache mit dem Klienten entschieden werden) oder eigene Vorteile darin sieht (z.B. er will keine Hilfe aufgezwungen bekommen, er teilt die fachliche Einschätzung des Beraters nicht), sind dem Externen „die Hände gebunden“. Ohne eine entsprechende Einwilligung des Klienten darf er nicht mit anderen Fachkräften zusammenzuarbeiten, auch wenn er dies im individuellen Fall als wichtig erachtet.

Im Endeffekt lässt sich die Arbeit der externen Berater als „... eine punktuell, kritisch-distanzierte Kooperation mit der Justiz ...“ (Rosenberg 1988, S. 20) beschreiben. Eine Kooperation mit dem Vollzug und den Justizbehörden findet in dem Rahmen statt, der im Interesse des Klienten erforderlich ist. Die externen Drogenberater versuchen die Ziele und Methoden der extramuralen Suchthilfeeinrichtungen auch in Haft zu verwirklichen, mit der Einschränkung, dass die Arbeit der externen Mitarbeiter von den Vollzugsbedingungen geprägt ist. (Vgl. Rosenberg 1988, S. 20)

Die Angebote der externen Fachkräfte werden stark in Anspruch genommen, allerdings sind die personellen Ressourcen nicht ausreichend. Demzufolge können sie alleine die grundlegenden Mängel in der Versorgungsstruktur von Drogengebraucher in Haft nicht ausgleichen, wobei speziell die Begleitung der Suchtkranken betroffen ist. (Vgl. Jacob 2001, S. 13) Problematisch ist weiterhin, dass es durch die begrenzten personellen Kapazitäten zu Wartezeiten kommen kann und die Betroffenen kaum die Möglichkeit haben, ihre Bedürfnisse und Probleme zum aktuellen Zeitpunkt vorzubringen (vgl. Rey 2008, S. 145). Insbesondere für Untersuchungshäftlinge wäre es aufgrund der stark belasteten und ungewissen Lebenslage wichtig, ihre Belange zeitnah besprechen zu können (vgl. Kufner et al. 2000, S. 152).

Die Themen der Hilfesuchenden in den Beratungsgesprächen betreffen meistens die Folgen der Haft, die Schwierigkeiten im Haftalltag, (sozial-)rechtliche Belange, bis hin zu gesundheitlichen Bedürfnissen und Problemen. Aufgrund der Bandbreite an Problemen müssen die externen Berater fachspezifische Kenntnisse besitzen, über gegenwärtige Gesetzesänderungen Bescheid wissen und mit dem Hilfesystem der jeweiligen Stadt vertraut sein. Die Beratungsgespräche können grundsätzlich zu einer Verbesserung der Situation in der JVA beitragen, sind eine erfreuliche Ablenkung im eintönigen Vollzugsalltag und helfen gegen die Vereinsamung. Drogenabhängigen, die zum ersten Mal inhaftiert wurden, hilft die Beratung sich im Haftalltag überhaupt zurechtzufinden. Denjenigen, die sich schon länger in Haft befinden oder schon öfters Freiheitsstrafen verbüßt haben, bieten die Beratungsgespräche neue Betrachtungsweisen und sind impulsgebend. (Vgl. Rey 2008, S. 147)

Die Beratung durch externe Fachkräfte beinhaltet die Information der inhaftierten Drogenabhängigen, die Klärung der Suchtproblematik (v.a. Hintergründe, Bereitschaft zur Veränderung, individuelle Ressourcen zur Problembewältigung) sowie die Herstellung bzw. Förderung einer Behandlungsmotivation. Übergeordnete Ziele in der aufsuchenden Beratungsarbeit sind die gesundheitliche Regeneration im physischen sowie psychischen Bereich, die Auseinandersetzung mit dem Suchtverhalten, die Förderung der sozialen Integration und die Vermittlung in eine weiterführende (therapeutische) Maßnahme. Die externen Berater zeigen auf, welche Hilfsangebote nach der Haftentlassung genutzt werden können und versuchen mit den Klienten realistische Ziele für die Zukunft zu erarbeiten. Die Therapievermittlung in eine Fachklinik der Suchthilfe und die dazugehörige Therapievorbereitung sind fortwährend das primäre Ziel der Beratung in Haft. Alle Schwerpunktbereiche

implizieren freilich mehrere Teilziele, die gemeinsam mit den drogenabhängigen Inhaftierten definiert werden und dadurch in der subjektiven Betrachtung eine vielförmige Relevanz erlangen (bspw. Problemdefinition, Motivationsarbeit in Bezug auf eine Therapie, akute Probleme im Haftalltag, rechtliche Belange, Entlassungsvorbereitung). Wesentlich für den Beratungsprozess ist es, Kenntnis über die momentane Lebenssituation des Betroffenen zu erlangen. Weiterführend ist eine Anamnese bezüglich verschiedener Lebensbereiche (z.B. Familie, Straftaten, Störungsbild) geboten. Die Schwerpunkte, die in den Beratungsgesprächen gesetzt werden, resultieren aus den persönlichen Problemlagen und Bedürfnissen der Hilfesuchenden und können sich im Beratungsprozess durchaus verschieben. (Vgl. Kufner et al. 2000, S. 139 ff.)

Die externen Fachkräfte schaffen durch ihre Beratungsarbeit die Grundlagen für die drogenabhängigen Inhaftierten für den Übergang aus der Haft in die freie Gesellschaft oder in eine Therapieeinrichtung. Durch ihre Schnittstellenfunktion können die externen Drogenberater gewährleisten, dass ein längerfristiger Kontakt für die Beratung und Betreuung der Klienten auch nach der Haftentlassung erhalten bleibt und häufig der gleiche Ansprechpartner weiter zur Verfügung steht. Dadurch kann diese Beziehung aufrechterhalten werden. (Vgl. Stöver 2009, S. 382 Rn. 29) Es kommt zu keinem Abbruch der Beratung aufgrund einer erhöhten Hemmschwelle der Drogenabhängigen, unbekannte Stellen aufzusuchen.

4.1.1.1 Medizinische und gesundheitliche Belange

Ein großer Themenbereich der Beratungsgespräche ist die Gesundheit und die medizinische Versorgung der drogenabhängigen Inhaftierten. Die Insassen fühlen sich von der JVA häufig nicht gut versorgt, weshalb sie möglicherweise verunsichert sind. Zusätzlich existiert in Haft keine freie Arztwahl und die Patienten glauben größtenteils nicht an die Schweigepflicht sowie die strafvollzugliche Unabhängigkeit der Anstaltsärzte. Dadurch ist es in den meisten Fällen undenkbar, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten herzustellen.¹⁷² Infolgedessen werden Arztbesuche vermieden und wichtige gesundheitliche Themen sowie Beschwerden nicht angesprochen bzw. geklärt. An dieser Stelle ist es die Aufgabe der Berater, den Betroffenen deutlich zu machen, wie wichtig eine ärztliche Versorgung

172 Ausführlicher dazu siehe 4.3.1 Arzt-Patienten-Verhältnis

ist und als Vermittler zwischen dem Arzt und dem Patienten aufzutreten. (Vgl. Rey 2008, S. 148) Besonders bei drogenabhängigen Inhaftierten ist die Unterstützung im gesundheitlichen Bereich besonders wichtig, um mögliche Entzugerscheinungen, Infektionskrankheiten sowie andere (drogenbedingte) Gesundheitsprobleme (z.B. Bronchialerkrankung, Spritzenabszesse, Sepsis, Zahnschmerzen) lindern und/oder behandeln können.

Anknüpfend an die gesundheitliche und medizinische Fürsorge sollte in den Beratungsgesprächen Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe¹⁷³ angesprochen werden, obwohl und gerade weil wesentliche Präventionsmittel, wie Kondome, sterile Spritzen und Zubehör (bspw. Tupfer, Filter) in der JVA nicht zur Verfügung stehen. Es ist wichtig, die Betroffenen für wirkungsvolle, vorbeugende Methoden und Verhaltensweisen zu sensibilisieren und Offenheit zu schaffen (bspw. mithilfe von regelmäßigen Beratungskontakten oder auch Informationsveranstaltungen). (Vgl. Rey 2008, S. 148) Infektionsprophylaktische Ansätze sind nicht nur für die Zeit der Inhaftierung von großer Bedeutung, sondern auch für ihr Leben nach der Haft. Die Beratung soll den drogenabhängigen Inhaftierten zudem Wege eröffnen, wie sie sich vor Infektionskrankheiten schützen können, selbst wenn kein steriles Spritzenbesteck zugänglich ist (z.B. Auskochen oder Alkoholdesinfektion der Spritzen). Neben der individuellen Einzelberatung können Inhalte zu Safer Use, Drogenkonsum und Safer Sex in Informationsveranstaltungen, Schulungen oder Trainings vermittelt werden. Auch eine Auseinandersetzung in Gruppen zu diesen Problemstellungen ist denkbar. Hierfür sollten die Teilnehmer aber die nötige Gesprächsbereitschaft aufbringen können, da diese Themen sehr sensibel zu behandeln sind und nicht jeder der drogenabhängigen Inhaftierten offen darüber sprechen kann. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 224)

Exkurs: AIDS-Beratung

Die Gesprächsinhalte der HIV-/AIDS-Beratung umfassen sehr sensible und intime Bereiche, weshalb eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen dem Berater und dem drogenabhängigen Klienten äußerst wichtig ist. Zudem sollte der Klient sich in der Lage fühlen, das Hinterfragen seiner Situation auszuhalten. Erst dann können individuelle Schwierigkeiten angesprochen werden (bspw. Ängste, Sexualkontakte, Tod und Sterben). In der Arbeit mit inhaftierten Betroffenen ist es essenziell, die bestehenden Hilfsangebote,

173 Vgl. 4.4.1 Infektionsprophylaxe

die Grenzen und Möglichkeiten der AIDS-Beratung klar zu definieren und zu befolgen. Der Berater kann nicht alle problematischen Angelegenheiten der Klienten klären, da auch seine Arbeit Einschränkungen unterliegt.¹⁷⁴ Trotzdem HIV-infizierten Insassen Beratung angeboten wird, ist die AIDS-Hilfe von der Drogen- und Straffälligenhilfe zu unterscheiden. Das Hauptaugenmerk liegt auf dem Themenbereich HIV/AIDS und die damit verbundenen Fragen und Schwierigkeiten der Inhaftierten. Abgesehen von medizinischen Fragestellungen werden häufig rechtliche Belange bezüglich der Infektion angesprochen (bspw. Sozial- und Arbeitsrecht), Schwierigkeiten im sozialen Lebensbereich und psychische Probleme, die sich aus der Krankheit ergeben. Vielen Inhaftierten bereitet es Schwierigkeiten, sich mit den Belastungen intensiv zu beschäftigen und sie in Worte zu fassen. Deshalb nimmt es manchmal mehr Zeit in Anspruch, die AIDS-Hilfe-Angebote an die Anliegen und Ansprüche der Klienten anzugleichen, um den Auftrag einstweilen zu klären. Diese „Auftragslage“ kann sich im Laufe einer längeren Beratung wandeln, da sich durch den Krankheitsverlauf die Bedürfnislage der drogenabhängigen Inhaftierten ändert. Eine große Anzahl der Betroffenen assoziiert mit einem positiven Testergebnis die AIDS-Erkrankung und dadurch einen nahen Tod. Sie wissen häufig nur ungenau oder lückenhaft Bescheid über den Verlauf der Infektion und Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe (z.B. Safer Use, Safer Sex, Schutz vor Infektionen mit andern Viren). Zudem werden sie durch die gesonderte Behandlung in Haft (falls die HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung bekannt ist) über die eigene Infektiosität sehr verunsichert. Die Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung werden in die eigene Identität integriert und führen zu der Ansicht, dass sie gerade jetzt, in Anbetracht der Hafterfahrung und Drogenabhängigkeit, keinerlei Zukunftsaussichten mehr haben. Aufgrund dessen werden in den ersten Beratungsgesprächen zunächst grundlegende Informationen weitergegeben. Dies reicht einigen drogenabhängigen Inhaftierten bereits aus. Manche Betroffene wollen sich anschließend nicht mehr mit HIV/AIDS auseinandersetzen und wünschen keine weiteren Beratungsgespräche. Andere beschäftigen sich intensiver mit Ihrer Krankheit und greifen aus dem Bewusstsein verbannte Themen wieder auf. Die Entwicklung einer Zukunftsperspektive mit individuellen

174 Der Auftrag der JVA, die Ansprüche und Krisen der Betroffenen sowie der Auftrag der AIDS-Hilfe-Einrichtung lassen sich nicht immer miteinander vereinbaren. An dieser Stelle ist es für die externen Mitarbeiter wichtig, ihre professionelle Distanz zu erhalten und im Rahmen ihrer eigenen Kompetenzen zu handeln. Durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachstellen kann den Betroffenen die benötigte Hilfe und Unterstützung geboten werden. (Vgl. Lohmann 1997, S. 113)

Sehnsüchten und Bedürfnissen gewinnt an Bedeutung, wie auch Gesundheit, Partnerschaft und Sexualität sowie das Verlangen, ein normales (drogenfreies) Leben zu führen. (Vgl. Lohmann 1997, S. 112 ff.)

Die DAH führte im Januar 2003 eine Befragung in ihren Mitgliedsorganisationen durch, in der ihre Hilfsangebote in Haft untersucht wurden. Knapp 70% der 80 teilnehmenden Institutionen der AIDS-Hilfe waren in einer Haftanstalt tätig. Von diesen AIDS-Hilfe-Angeboten wurden 122 (etwa 43%) deutsche JVAen und Teilanstalten erreicht.¹⁷⁵ Informations- und Beratungsgespräche zu HIV/AIDS werden in fast allen, zu Hepatitis in 84 (70%) Gefängnissen durchgeführt. In etwa der Hälfte der Haftanstalten werden Informationsmaterialien ausgegeben und Veranstaltungen zum Thema HIV/AIDS für alle Gefangenen angeboten. (Vgl. Knorr 2008a, S. 153 ff.)

Weiterhin wurden die Anliegen und Probleme der Häftlinge erfasst (114 Angaben), mit denen sie auf Berater der AIDS-Hilfe zukommen¹⁷⁶ (s. Abb. 14): Es ist deutlich zu erkennen, dass oben erwähnte Themen, wie geringe Kenntnisse über HIV/AIDS, Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, Sonderbehandlung durch den Vollzugsdienst, aber auch grundlegende Informationen über Ernährung zu den primären Gesprächsinhalten der AIDS-Beratung gehören. Ebenso zählen spezifische Bereiche von drogenabhängigen Inhaftierten zu den Anliegen und Problemen der Gefangenen, z.B. Safer Use (Spritzen und Desinfektionsmittel) und Substitutionsbehandlung. Schließlich nimmt die Entlassungsvorbereitung einen gewissen Stellenwert in der AIDS-Beratung ein (bspw. nahtloser Übergang zum Facharzt, weitere Beratung nach der Haftentlassung). (Vgl. Knorr 2008a, S. 159)

175 Folgende Zahlen- oder Prozentangaben beziehen sich immer auf die Haftanstalten, in denen auch AIDS-Hilfe-Angebote durchgeführt werden.

176 Diese Befragung der DAH wurde nicht speziell auf drogenabhängige Klienten der haftinternen AIDS-Hilfe ausgelegt, wodurch alle Inhaftierten miteinbezogen wurden, die in Haft AIDS-Hilfe-Angebote nutzen.

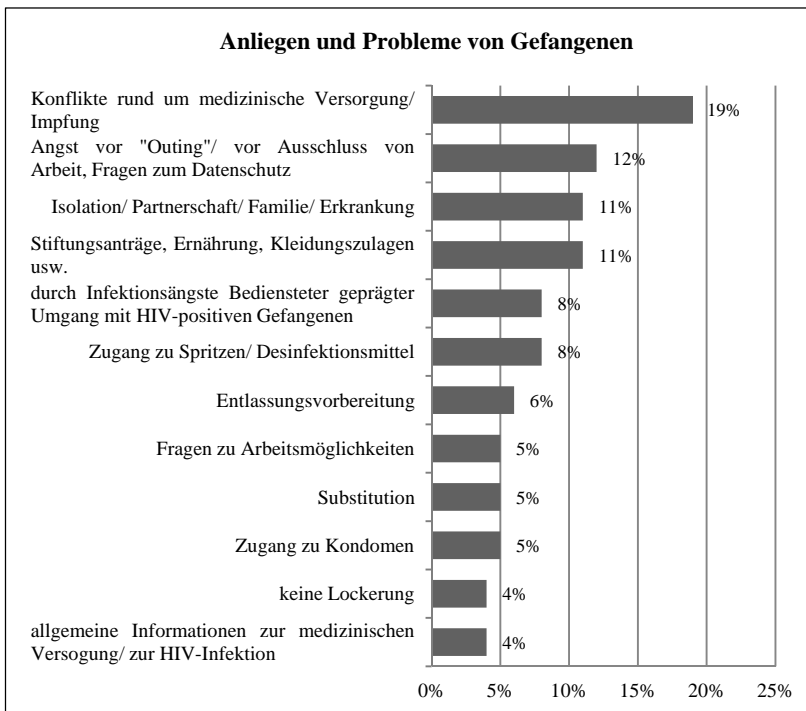


Abb. 14: Anliegen und Probleme von Gefangenen, Quelle: Knorr 2008a, S. 159¹⁷⁷

Im Gefängnis ergeben sich für drogenabhängige Inhaftierte problematische Situationen: Es tauchen Fragen auf zu Safer Use (bspw. Desinfektion von unsterilen Spritzen, Mangel an sauberen Filtern) und Safer Sex (diskreter Zugang zu Kondomen), zur Substitutionsbehandlung (Abbruch der Behandlung), zur medikamentösen Behandlung von HIV oder zu geringen Besuchszeiten von Familienmitgliedern und Freunden während Krankheitsphasen. An dieser Stelle sind der Einsatz und die Mitwirkung der AIDS-Hilfen unerlässlich. Von großer Bedeutung hierbei ist die Orientierung an den individuellen Merkmalen der Zielgruppe sowie den speziellen Bedingungen der Haftanstalt, um entsprechend angepasste Hilfsmaßnahmen anbieten zu können.¹⁷⁸ (Vgl. Knorr 2008a, S. 162)

¹⁷⁷ Die Summe der Prozentzahlen ergibt nur 98%. Dies dürfte ein Rundungsfehler in der Datenquelle sein.

¹⁷⁸ Vgl. Graefe/Hosbach (2008) „Engagement im Strafvollzug am Beispiel der Hannöverschen AIDS-Hilfe e.V.“

4.1.1.2 Lebensweltnahe Beratung

Das Angebot der externen Suchtberatung beinhaltet Beratungsgespräche zu lebensweltnahen Aspekten, die der Informationsvermittlung dienen, oder sich speziell mit den individuellen Problemlagen der Klienten beschäftigen.

Anfänglich ist es von zentraler Bedeutung, sich einen Überblick über die gegenwärtige Lebenssituation der inhaftierten Drogenabhängigen zu verschaffen. Wesentlich hierfür ist, aus welchem Grund sich der Betroffene zur Beratung angemeldet hat, welche juristischen Konstellationen vorliegen, die aktuelle Haftsituation und möglicherweise der Aufenthaltsstatus. Weiterhin stellt die Erfassung der familiären, schulischen oder beruflichen sowie finanziellen Situation einen wichtigen Punkt dar, genauso wie der Gesundheitszustand sowie die Suchtproblematik des Hilfesuchenden. Neben der Abklärung der aktuellen Situation ist die tiefer gehende Erarbeitung einer Anamnese zu verschiedenen Lebensbereichen der Inhaftierten notwendig. Aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen muss inhaltlich auf die Abschnitte reduziert werden, die für die gegenwärtige Lebenslage am relevantesten sind. Von großer Bedeutung ist der Suchtverlauf, hinsichtlich Auslöser sowie Entwicklung der Konsummuster, Motive und Hintergründe des Konsums, Langzeitfolgen und Begleiterscheinungen, vorangegangenen Therapien, Rückfälle und Ressourcen zur Bearbeitung sowie Bewältigung der Abhängigkeit. Unerlässlich ist zudem die Biografie (bzgl. Familie, Lebenspartner, berufliche Situation, persönliche Defizite sowie Ressourcen), die Krankengeschichte (somatische und psychische Störungen sowie deren Behandlungsmaßnahmen) und letztlich die Delinquenzanamnese. (Vgl. Kürfner et al. 2000, S. 141)

Wesentlich im Beratungsprozess ist die Schaffung eines Problembewusstseins beim Konsumenten, da viele anfänglich ihren Drogengebrauch bagatellisieren. Zu den primären Inhalten zählt daher weiterhin die Sensibilisierung und Motivation der drogenabhängigen Inhaftierten, um die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung zu wecken, mit dem Ziel, ihren problematischen Drogengebrauch zu bewältigen. Hierbei geht es darum, Ressourcen zu stärken, Problemlösungsstrategien zu entwickeln und sie auf weiterführende (rehabilitative sowie therapeutische) Maßnahmen vorzubereiten. Um einen, speziell auf den jeweiligen Klienten zugeschnittenen Hilfeplan erstellen zu können, ist es wichtig, den Betroffenen die verschiedenen Hilfs- sowie Behandlungsmöglichkeiten umfassend aufzuzeigen. Gemeinsam können der externe Mitarbeiter sowie der Klient dann überlegen, welche Maßnahmen und Interventionen eine adäquate Unterstützung sowie Hilfe bieten und welche Ange-

bote nicht den Bedürfnissen der jeweiligen Person entsprechen. Oft ist das ein langer Prozess. Die Betroffenen müssen sich erst offen eingestehen, dass sie ein Drogenproblem haben und Hilfe brauchen. Das bedeutet, viele Gewohnheiten, wichtige Rituale und automatisierte Handlungen zu erkennen sowie schließlich zu durchbrechen und den bisherigen Lebensstil in vielen Bereichen komplett neu zu strukturieren. An dieser Stelle ist es hilfreich, die Zuversicht der Klienten bezüglich ihrer Abstinenz zu fördern und die Kontrolle über den persönlichen Konsum von Drogen in bestimmten Abständen anzusprechen (vgl. Kufner et al. 2000, S. 152). Doch nicht nur der Umgang mit der hauptsächlich konsumierten Substanz kann in den aufsuchenden Beratungsgesprächen thematisiert werden, sondern ebenso der mit weiteren (legalen) Suchtmitteln. Die externen Suchtberater können hier mit den Klienten durchaus präventiv arbeiten, hinsichtlich der Problematik der Suchtverlagerung (z.B. Glücksspiel, Essen, Alkohol) in und/oder nach der Haft.

Im Rahmen der externen Suchtberatung haben die inhaftierten Drogenabhängigen die Möglichkeit, Themen wie Rückfallprophylaxe, Rückfall oder den eigenen Konsum in der Haftanstalt einzubringen. Damit ein Klient jedoch solch ein brisantes Thema offen legt, ist eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung essenziell. Ein Rückfall ist meist mit Schamgefühl verbunden, aber auch mit Angst vor repressiven Maßnahmen seitens der JVA, falls der Konsum durch ein Drogenscreening aufgedeckt wird. An dieser Stelle können die externen Berater mit den Klienten Vermeidungsstrategien oder Notfallmaßnahmen erarbeiten und vor allem Safer-Use-Regeln mit ihnen eingehend besprechen.

Aber auch gegenwärtige Probleme im Haftalltag, mit den JVA-Beamten und Mithäftlingen sowie rechtliche Belange (Chancen und Möglichkeiten bzgl. ihrer rechtlichen Lage) sind Bestandteil der Beratungsgespräche. Angesichts der individuellen Problemlagen und Bedürfnisse der drogenabhängigen Inhaftierten können die Inhalte nicht generalisiert werden. (Vgl. Kufner et al. 2000, S. 139 f.)

In der „Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten“ (Kufner et al. 2000) wurde mitunter die Nützlichkeit der Beratungsziele für männliche Inhaftierte (U- und Strafhaft) mit problematischem Drogenkonsum durch die Mitarbeiter bewertet (s. Abb. 15):

**Nützlichkeit (sehr hilfreich) von individuellen
Beratungszielen für Männer mit Drogenproblemen in der
U- und Strafhaft**

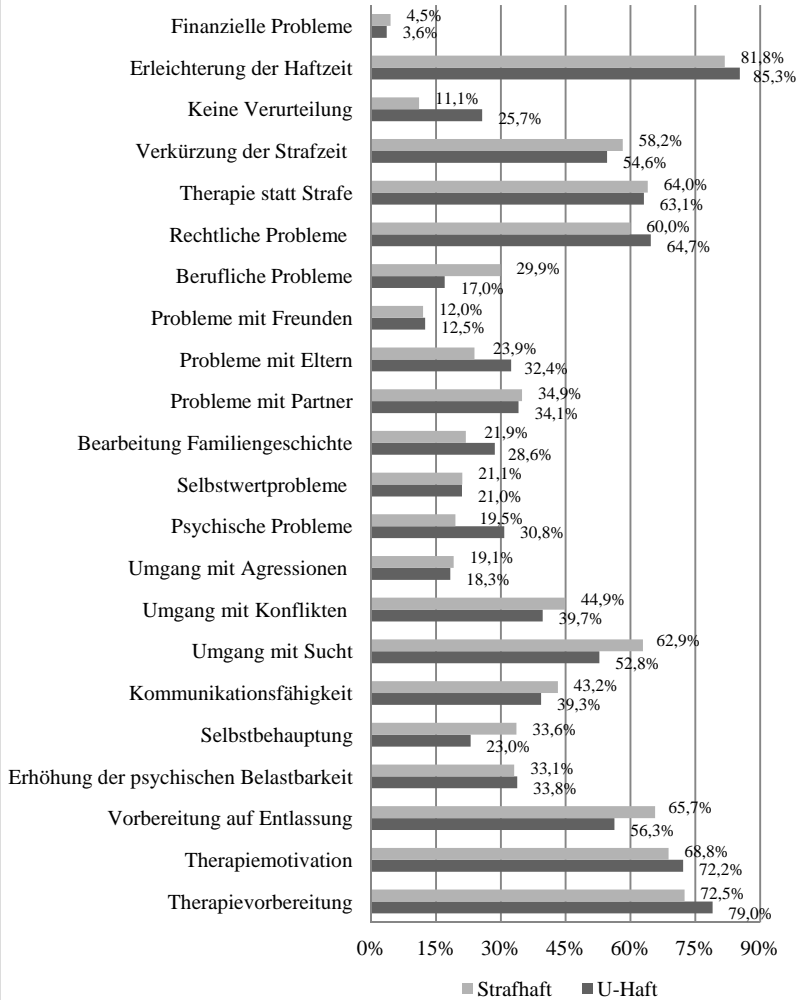


Abb. 15: Nützlichkeit (sehr hilfreich) von individuellen Beratungszielen für Männer mit Drogenproblemen in der U- und Strafhaft, Quelle: Küfner et al. 2000, S. 94

Bei dieser Auswertung ist deutlich zu erkennen, dass die Bereiche „Berufliche Probleme“, „Umgang mit Konflikten“, „Umgang mit Sucht“, „Kommunikation“ und „Vorbereitung auf Entlassung“ als Beratungsziele in der Strafhaft überwiegen. Diese signifikanten Abweichungen veranschaulichen die divergenten Situationen der Drogenabhängigen in U- und in Strafhaft. In Strafhaft ist es zeitlich machbar, andere Themen zu besprechen und sich auf die Haftentlassung vorzubereiten. Im Rückschluss könnte dies auch bedeuten, dass lediglich die nötigsten Ziele angesprochen werden, wenn die Belastung sehr hoch ist, eine intensivere Beratungsarbeit bei mittlerer Belastung jedoch durchaus realisierbar ist. Die Beratungsziele in der U-Haft beschränken sich eher auf unmittelbare Krisensituationen („Psychische Probleme“, „Probleme mit Eltern“, „Bearbeitung der Familiengeschichte“) und Haftverkürzung bzw. -erleichterung („Therapiemotivation“ sowie „Therapievorbereitung“, „Keine Verurteilung“, „Rechtliche Probleme“, „Erleichterung der Haft“). (Vgl. Kufner et al. 2000, S. 148)

Werden Inhaftierte längerfristig begleitet, können sich die Beratungsinhalte verändern. Das theoretische Konstrukt bekommt zunehmend mehr Lebensweltbezug. Die rein kognitive Problemerkennung verliert an aktueller Bedeutung. Das Augenmerk richtet sich jetzt auf die im Beratungsprozess gewonnenen Erkenntnisse, welche die Klienten sukzessive erproben und umsetzen sollen. Diese Schwerpunktverschiebung rückt besonders zu dem Zeitpunkt in den Vordergrund, wenn den inhaftierten Drogenabhängigen Vollzugslockerungen gewährt werden (bspw. Freigang, Urlaub). Wie häufig bzw. intensiv Beratungsgespräche stattfinden und auf welche Themen der Fokus gelegt wird, ist gebunden an die individuellen Problemlagen der Hilfesuchenden, die Länge der Haftstrafe und an die personellen sowie zeitlichen Ressourcen der externen Mitarbeiter.

Die externen Fachkräfte leisten letztlich Soforthilfe bei individuellen Notsituationen und eskalierenden sozialen Konflikten, soweit dies im Rahmen ihrer Tätigkeit möglich ist. Beratungsgespräche bieten den drogenabhängigen Inhaftierten in Krisensituationen (z.B. Äußerung von Suizidgedanken, Androhung einer Überdosis) Hilfestellung, was sehr viel Sensibilität erfordert. Die Schwere der Krise sollte gut abgeklärt werden, um den Hilfesuchenden zu schützen, da der Betroffene auch in eine Beobachtungszelle gebracht werden kann, in der er zu jeder Tages- und Nachtzeit überwacht wird. Soweit es die Situation erlaubt, sollten den drogenabhängigen Klienten die Grenzen der externen Mitarbeiter aufgezeigt werden. Gemeinsam mit ihnen zu thematisie-

ren, welche Interventionen möglich sind, kann die Betroffenen zudem stärken, eigenverantwortlich eine Entscheidung zu treffen. Wenn jedoch die Gesundheit und das Leben des Hilfesuchenden unmittelbar in Gefahr ist, muss schnellstens gehandelt werden. (Vgl. Rey 2008, S. 148 f.) Wichtig hierbei ist aber, dass die JVA die Maßnahme der Beobachtung veranlassen muss. Der externe Berater kann dem Anstaltsleiter oder den diensthabenden Beamten lediglich die Krise des Inhaftierten offenlegen (bei akuter Selbstgefährdung des Klienten besteht keine Schweigepflicht gegenüber der JVA). Die fachliche Einschätzung einer Krisensituation ist jedoch äußerst schwer zu treffen, da beispielsweise bei inhaftierten Drogenabhängigen, die in Haft konsumieren, prinzipiell immer die Gefahr einer Überdosis besteht. Die Anstalt kann jedoch nicht alle Klienten dauernd überwachen. Im Sinne der Krisenhilfe besteht eine weitere Konfliktsituation für den externen Berater: Er muss die Schweigepflicht zum Schutz des Klienten brechen. Für den Betroffenen kann dies durchaus mit einem Vertrauensbruch vergleichbar sein. Dass sein Ansprechpartner zu seinem leiblichen Wohl und in der Verpflichtung des Gesetzes gehandelt hat, ist in dieser Konstellation belanglos. Somit kann eine überhastete Reaktion des externen Beraters auf eine vermeintlich akute Krisensituation zum Verlust des vertrauensvollen Arbeitsverhältnisses zum Klienten führen und einen Bruch in der Beratungsarbeit bedeuten. Auch an dieser Stelle wird deutlich, welche Gratwanderung die externen Mitarbeiter in derartigen Situationen zu meistern haben, um die Krise eines Gefangenen hinsichtlich seiner Selbstgefährdung nicht überzubewerten, aber zugleich auf keinen Fall zu unterschätzen. Eine adäquate Risikoeinschätzung der Eigen- und Fremdgefährdung des Betroffenen ist in jedem Fall erforderlich.

4.1.1.3 Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit

Ein Schwerpunkt der externen Suchtberatung ist die Therapievermittlung.¹⁷⁹ Der Klient muss an dieser Stelle bereit sein, Hilfe in Anspruch zu nehmen und für sich Vorteile in einer Verhaltensänderung bzw. zunächst im „Ortswechsel“ (von der Haft in die Therapieeinrichtung) erkennen (Therapiemotivation). Sowohl der Klient als auch der Berater sollten zu dem Ergebnis kommen, dass ein regulärer Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung realistisch erscheint. (Vgl. Kufner et al. 2000, S. 139) Im Mittelpunkt der Vermittlungsarbeit stehen dabei die Auseinandersetzung mit dem Konzept

179 Ins Detail gehend siehe 4.2.1 „Therapie statt Strafe“

der jeweiligen Fachklinik, die Klärung der Kostenübernahme und die Begleitung in die Einrichtung (so weit personell leistbar) (vgl. Jacob 2001, S. 13). Entscheidet sich ein inhaftierter Klient, seine Drogenabhängigkeit mithilfe einer Therapie behandeln zu wollen, müssen im Vorfeld einige Vorarbeiten erledigt werden, bei denen der Betroffene die Unterstützung einer Fachkraft benötigt. Für die Therapiebeantragung sind diverse Antragsformulare für den zuständigen Kostenträger auszufüllen sowie ein Arztbericht zu veranlassen (Einholung eines medizinischen Gutachtens durch den Klienten selber oder durch den Kostenträger). Die externe Suchtberatung muss zudem einen Sozialbericht verfassen, der Grunddaten zum Klienten enthält, Schilderungen zur aktuellen Wohnsituation sowie finanziellen Lage, zu eventuell vorangegangene Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen, zum schulischen und beruflichen Werdegang sowie eine kurze Suchtmittel- und Familienanamnese. Am Ende folgt eine fachliche Stellungnahme zur Motivation des Klienten (Eigen- und/oder Fremdmotivation), zu seinen persönlichen Rehabilitationszielen, zu möglichen Schwerpunkten für die Rehabilitation sowie zum Ausmaß des Drogenproblems. Im psychosozialen Bericht sollte bereits eine bestimmte Rehabilitationseinrichtung angeführt werden, die mit dem Klienten zusammen nach wichtigen Kriterien ausgewählt wird (z.B. Konzept, Anerkennung des zuständigen Kostenträgers, Alter des Klienten, Suchtmittel, § 35 BtMG Anerkennung, Größe der Einrichtung, Standort). Wesentlich ist, schon während der Antragsstellung mit der Therapieeinrichtung Kontakt aufzunehmen, um einen Aufnahmetermin zu vereinbaren bzw. den Klienten zumindest auf die Warteliste setzen zu lassen. Daneben müssen auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geklärt werden, um zu wissen, wer der zuständige Kostenträger ist (Rentenversicherung, Krankenkasse, Bezirke). Dies stellt in der Vermittlungsarbeit von inhaftierten Drogenabhängigen nicht selten ein schwieriges Unterfangen dar.¹⁸⁰ Neben der Antragsstellung für die Therapie müssen die Inhaftierten entweder den § 35 BtMG bei der Staatsanwaltschaft (die im Strafverfahren zuständig war) beantragen oder einen Antrag bei der zuständigen Strafvollstreckungskammer auf vorzeitige Entlassung bzw. ein Reststrafengesuch stellen (Aussetzung des Strafrests zur Bewährung nach § 57 StGB). Beide Male sollten (optimalerweise) die Aufnahmezusage der Therapieeinrichtung und eine gültige Kostenzusage vorliegen. Im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch den Kostenträger gilt es, den Betroffenen beim Widerspruchsverfahren zu unterstützen. Ansonsten sollen die In-

180 Ausführlich dazu siehe 4.2.1.3 Aktuelle problematische Entwicklungen

haftierten in den Beratungsgesprächen bis zum Therapieantritt begleitet und auf diesen vorbereitet werden. Innerhalb der Vorbereitungsphase können die Erwartungen und Befürchtungen des Klienten hinsichtlich der Therapie ausführlich thematisiert werden.

Die Vermittlungsarbeit bezieht sich aber nicht nur auf das Thema „Therapie statt Strafe“, sondern auch auf weitere (therapeutische) Maßnahmen, die den drogenabhängigen Klienten dabei unterstützen, sein Leben eigenverantwortlich und ohne Drogenkonsum zu führen. Vermittlung kann bedeuten, den inhaftierten Drogenabhängigen einen Substitutionsplatz zu beschaffen und sie in einer extramuralen Beratungsstelle für die psychosoziale Begleitung anzubinden. Auch ambulant betreutes Wohnen, eine therapeutische Wohngemeinschaft, Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen sowie tagesstrukturierende Angebote sind denkbar. Zudem kann es wichtig sein, die Betroffenen in Selbsthilfegruppen oder in Beratungsstellen verschiedener Fachbereiche (z.B. Schuldnerberatung, HIV-/AIDS-Beratung) zu vermitteln und ihnen Adressen von niederschweligen Einrichtungen (bspw. Kontaktläden, Konsumräume, Notschlafstellen) mitzugeben.

Zum Aufgabenbereich der externen Suchtberatung zählt schließlich die klientenbezogene Vernetzung. Meistens ist es nützlich, mit der Zustimmung der inhaftierten Klienten, Einrichtungen und Kooperationspartner zu kontaktieren, um Hilfsmaßnahmen zu koordinieren und abzustimmen. Es können Problemschwerpunkte besprochen, primäre Themen der bisherigen Beratungsarbeit weitergegeben und wichtige Informationen ausgetauscht werden. Falls die Nachsorge bzw. Weiterbetreuung nach der Haftentlassung durch den Berater der externen Suchtberatung nicht geleistet werden kann (z.B. wegen eingeschränkter personeller Ressourcen, Entlassung in einen anderen Zuständigkeitsbereich), sollte auch mit der künftig zuständigen Drogenberatungsstelle kooperiert werden, um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten und die gemeinsam erarbeiteten Ziele weiter verfolgen zu können. Dadurch wird die Hemmschwelle der Drogenabhängigen gesenkt, außerhalb ebenfalls ein Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen. Wurde beispielsweise eine Therapievermittlung aus der Haft vom Kostenträger abgelehnt, so kann der Sozialbericht an die zuständige externe Stelle weitergeleitet werden, um den Arbeitsaufwand zu verringern und dadurch die erneute Antragsstellung nach der Haftentlassung zu beschleunigen.

4.1.1.4 Entlassungsvorbereitung

Die Entlassungsvorbereitung ist ein wesentlicher Teil der Beratungsgespräche. Allerdings verdeutlicht dieses Thema die Ambivalenz in der vorherrschenden Praxis von Vollzugslockerungen bei drogenabhängigen Inhaftierten sehr gut. Einerseits ist die Suchtmittelabhängigkeit bei Häftlingen ein eindeutiger Ausschlussgrund für die Gewährung von Vollzugslockerungen. Andererseits wäre ausgerechnet bei dieser Zielgruppe ein dringender Bedarf einer adäquaten Entlassungsvorbereitung vorhanden, zu der neben der Einzelfallarbeit v.a. Lockerungsmaßnahmen gehören, um den Betroffenen Erprobungsmöglichkeiten in Freiheit zu bieten. Drogenabhängigen Inhaftierten werden jedoch Informationen sowie die notwendige Unterstützung oft verwehrt. Vollzugslockerungen sowie Ausführungen sind kaum realisierbar, weshalb die Betroffenen mit einigen unerledigten Aufgaben (z.B. Wohnung- und Jobsuche, materielle Sicherung) sowie oftmals fehlenden milieufernen sozialen Kontakten aus der Haft entlassen werden. Dadurch lässt sich die Rückkehr in die Szene bzw. in ein bedenkliches soziales Umfeld häufig nicht verhindern (bspw. Verfügungswohnung, Obdachlosenpension). Für Drogenabhängige ist es kein leichtes Unterfangen, bereits während der Inhaftierung Perspektiven zu schaffen, die ihnen eine günstigere Ausgangsbasis für ihr Leben nach der Haftentlassung ermöglichen. Das Problem ist, dass sie selten eine berufliche Ausbildung bzw. einen Schulabschluss haben, das Angebot an Lehrstellen in der JVA beschränkt oder die Haftstrafe zu kurz ist, um eine Berufsausbildung oder einen Schulabschluss zu absolvieren. Erschwerend kommt hinzu, dass es im Gefängnis an Möglichkeiten zum Arbeiten mangelt und die Zeiten, in denen Beiträge für die Arbeitslosenversicherung gezahlt wurden, nicht hinreichende sind. Daher ist es wahrscheinlich, dass sich die Betroffenen nach der Haftentlassung beim Sozialamt melden müssen und Leistungen für die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen. Im Idealfall wird ihnen jedoch Arbeitslosengeld bewilligt. Falls die Insassen in der JVA eine Arbeitsmöglichkeit haben, werden zwar Beiträge an die Arbeitslosen- sowie Unfallversicherung entrichtet, jedoch keine an die DRV (mit Ausnahme der Außenarbeit im Rahmen des offenen Vollzugs)¹⁸¹, wodurch sich später Defizite im Versorgungssystem ergeben (z.B. keine Kostenzusage der DRV für

181 Beiträge für die Renten- sowie Krankenversicherung werden trotz bestehender Arbeitsmöglichkeit im Vollzug nicht eingezahlt. Die §§ 190–193 StVollzG sehen zwar vor, die Gefangenen in diese beiden Versicherungen einzubeziehen, die Paragraphen sind allerdings nicht in Kraft getreten. Argumentiert wird mit der finanziellen Belastung der öffentlichen Haushalte durch die Sozialversicherungsbeiträge. (Vgl. Knorr 2011, S. 211)

eine Entwöhnungsbehandlung, da die Versicherungszeiten nicht erfüllt sind, niedrigere Rente). (Vgl. Lohmann 1997, S. 115 f.)

Manche Klienten befinden sich nach der Haftentlassung in einer sehr problem- und konfliktbehafteten Lage, für die methodisch Bewältigungsstrategien erarbeitet werden müssen (vgl. Küfner et al. 2000, S. 140). Die inhaftierten Drogenabhängigen sollen in den Beratungsgesprächen zielgerichtete Informationen erhalten, beispielsweise über Möglichkeiten der vorzeitigen Entlassung sowie Vollzugslockerungen, mithilfe derer sie bereits vor der Entlassung existenzielle Angelegenheiten (bspw. Wohnung, finanzielle Absicherung) regeln können. Sind Vollzugslockerungen ausgeschlossen, sollen die drogenabhängigen Insassen dabei unterstützt werden, einige Aufgaben aus der JVA heraus zu erledigen.¹⁸² (Vgl. Rey 2008, S. 148) Die externen Berater informieren sie daneben über Hilfsangebote, die sie nach der Haftentlassung nutzen können, und leisten adäquate Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit.

Beim Herannahen der Haftentlassung werden die Betroffenen häufig unruhig und haben Angst in Freiheit wieder zu versagen, z.B. in Bezug auf Straftaten und Drogen rückfällig zu werden, wieder in die frühere Drogenszene abzugleiten, ihr Leben nicht selbstständig regeln zu können und ganz alleine, ohne jegliche Bezugsperson da zustehen. Diese Befürchtungen können den Sozialarbeitern des Vollzugspersonals kaum offenbart werden, da diese Sozialprognosen stellen sowie Einschätzungen über die Eignung und die Motivation der drogenabhängigen Insassen abgeben, ob sie für Vollzugslockerungen oder eine frühzeitige Entlassung geeignet sind. Aus diesem Grund sind bei der Entlassungsvorbereitung externe Drogenberater äußerst wichtig, damit die Betroffenen mit jemand über ihre Befürchtungen und Ängste sprechen können, um diese zu reduzieren. (Vgl. Lang 2008, S. 153)

Exkurs: Übergangsmanagement

Die interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe „Übergangsmanagement“ (2011) hat in einem ersten Zwischenbericht die primären Inhalte dieser Thematik kurz und präzise definiert:

Übergangsmanagement umfasst als Entlassungsvorbereitung in der abschließenden Phase des Vollzugs die Vorbereitung der Entlassung

182 An den internen Sozialdienst können sich die Gefangenen wenden, damit sie sich um Unterstützungsleistungen kümmern können (v.a. Personalausweis, Krankenversicherung, Arbeitslosengeld, Rentenbezüge, Wohnen).

der Gefangenen im engeren Sinne, das heißt die Planung, Einleitung, Vermittlung und Durchführung von (Re-)Integrationsmaßnahmen für zur Entlassung anstehende Gefangene, insbesondere die strukturierte Verknüpfung und Verzahnung von Behandlungsmaßnahmen des Vollzugs mit Hilfsangeboten und Maßnahmen der nach der Entlassung für die Betroffenen zuständigen Stellen. (S. 2)

Eine systematische Vorbereitung auf die Haftentlassung, wodurch eine gelungene Integration in die freie Gesellschaft erreicht werden kann, leistet einen wesentlichen Anteil an der Kriminalprävention. Die Hilfe zur Entlassung und die Schaffung eines nahtlosen sowie optimalen Übergangs vom Justizvollzug in das Leben nach der Inhaftierung und in das extramurale Hilfesystem unterstützen die Betroffenen in der schwierigen Zeit vor und nach der Haftentlassung. Diese Phase hat einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf ihrer Resozialisierung. Die Straftäter werden häufig in einer JVA inhaftiert, die weiter von ihrem ursprünglichen Wohnort entfernt liegt. Die Aufgabe, die das Übergangsmangement fordert, liegt in der Weichenstellung im sozialen Umfeld der Insassen nach Verbüßung der Haftstrafe.¹⁸³ Aus diesem Grund ist eine strukturelle sowie klientenzentrierte Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Institutionen unerlässlich (v.a. Justiz, interne sowie externe Mitarbeiter der JVA, extramurale Hilfsorganisationen wie Sozialhilfeträger und fachspezifische soziale Einrichtungen). Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen für den Übergang von der Haft in die freie Gesellschaft müssen in der Suchtkrankenhilfe aufgrund des Organisationsaufwands zu einem frühen Zeitpunkt eingeleitet sowie fachgebunden begleitet werden. Die Bereitschaft der drogenabhängigen Inhaftierten sich zu verändern, soll mit diversen Angeboten und Methoden gestärkt und präventiv unterstützt werden. Hierbei ist ein nahtloser Wechsel in extramurale suchtspezifische Hilfsmaßnahmen erforderlich. Weniger konstruktiv ist daher die gängige Vorgehensweise der Haftanstalten, den drogenabhängigen Inhaftierten kaum Vollzugslockerungen zu gewähren und ihnen vielmehr mit zusätzlich strafverschärfenden Maßnahmen zu begegnen. Mit dieser Vollzugspraxis schränkt die Justiz die sowieso prekären Aussichten auf eine Wiedereingliederung noch mehr ein. Schließlich ist anzumerken, dass sich die Problematik von Drogen-

183 „Die Unterbringung nach dem Bayerischen Vollzugsplan ergibt eine völlig andere Struktur der Zuständigkeiten als der bisherige und künftige Wohnort des Gefangenen. Diese Schnittstellen als Verknüpfung verschiedener Zuständigkeiten sind im Rahmen der Entlassungsvorbereitung und des Übergangsmagements zu identifizieren und individuelle zu beleuchten.“ (Der Paritätische in Bayern 2011, S. 2)

abhängigen im Gefängnis stetig verstärkt, falls die Zahl derer, die aus der Haft heraus in eine Therapie vermittelt werden, künftig weiter sinkt. (Vgl. Der Paritätische in Bayern 2011, S. 2 ff.)

In den folgenden Abschnitten werden die zentralsten Themenbereiche des Übergangsmangements bei inhaftierten Drogenabhängigen in den wesentlichsten Punkten dargestellt:

Die inhaftierten Drogenabhängigen brauchen in vielen verschiedenen Bereichen die Unterstützung von Fachpersonal, angefangen bei der Beschaffung ihrer Papiere. Häufig haben die Betroffenen keinen Personalausweis oder Reisepass bzw. ist dieser (bald) nicht mehr gültig. Nicht später als ein viertel Jahr vor dem Entlassungszeitpunkt sollten die Papiere beim zuständigen Einwohnermeldeamt/Bürgeramt des derzeitigen Aufenthaltsorts neu beantragt oder verlängert werden.¹⁸⁴ Für die Beantragung werden ein biometrisches Passfoto sowie der alte Personalausweis/Reisepass verlangt. Ist dieser nicht mehr verfügbar, wird die Geburtsurkunde benötigt, die beim Standesamt des Geburtsorts angefordert werden muss (Amtshilfe durch das Standesamt vor Ort). War es den Betroffenen im Vorfeld der Haftentlassung nicht möglich, rechtzeitig das Dokument anzufordern, sollte nach der Entlassung ein vorläufiger Personalausweis beim Einwohnermeldeamt/Bürgeramt beantragt werden (persönlicher Antrag, zwei biometrische Passfotos), der direkt gegen Gebühr ausgehändigt wird. Zudem sollte dort gleichzeitig ein Antrag für eine Lohnsteuerkarte gestellt werden. (Vgl. Lang 2008, S. 154)

Weiterhin ist das Thema Wohnen von zentraler Bedeutung. Zu Beginn der Inhaftierung sollte überprüft werden, ob die gemietete Wohnung durch eine Mietübernahme vom Sozialhilfeträger erhalten werden kann. „Das Sozialamt ... muss auch für eine während der Haftzeit unbewohnte Wohnung die Kosten für bis zu einem Jahr übernehmen (VGH Bayern ZfStrVo 1981, 243), unter Umständen auch länger.“ (DAH 2011c, S. 109) Dies würde die Wohnsituation nach der Haftentlassung sichern, da die Inhaftierten die laufenden Kosten normalerweise selber nicht decken können. Oftmals ist es aber überhaupt nicht sinnvoll, die Mietwohnung beizubehalten, da es die Rückkehr in eine belastende Wohnsituation bedeuten und die Resozialisierung erschweren würde. Rechtzeitig vor der Haftentlassung sollte sich um eine geeignete Wohnung gekümmert werden. Beim Wohnungsamt können die Klienten den

184 Zuständig ist das Einwohnermeldeamt/Bürgeramt der Gemeinde, in der der Gefangene seinen Ausweis abholt. Somit ist dies meistens die Gemeinde, in der sich die JVA befindet.

Antrag auf einen Wohnberechtigungsschein stellen, welcher sogar mit einem Dringlichkeitsvermerk versehen wird, falls nach der Entlassung aus der Haft die Obdachlosigkeit droht. Bestenfalls können die drogenabhängigen Inhaftierten Termine beim Wohnungsamt persönlich wahrnehmen, wofür jedoch Lockerungsschritte genehmigt werden müssen. Für die Beantragung des Wohnberechtigungsscheins sind verschiedene Nachweise und Bescheide nötig. Hier bedarf es der dringenden Unterstützung des haftinternen Sozialdienstes (bzw. der externen Suchtberatung soweit möglich).¹⁸⁵ Ebenso ist die Wohnungssuche auf dem freien Wohnungsmarkt bzw. über gemeinnützige Wohnungsbau-gesellschaften meist mit viel Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen verbunden. (Die Kautions für eine Mietwohnung kann der Betroffenen über das Sozialamt oder Jobcenter im Rahmen eines Darlehens genehmigen lassen.) Aber auch die Vermittlung der Drogenabhängigen in betreute Wohngemeinschaften bzw. betreutes Einzelwohnen ist denkbar. Hierfür ist wiederum die Unterstützung durch Fachkräfte besonders wichtig, da vorab meist die Kostenübernahme geklärt werden muss. (Vgl. Lang 2008, S. 157) Der Paritätische in Bayern (2011) schreibt in seiner Stellungnahme zum Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Übergangsmanagement“ für das StMJV:

Bei den Kooperationsmöglichkeiten im Bereich Wohnen für Gefangene mit erheblicher Suchtproblematik muss die Suchthilfe mit ihren betreuten Wohnangeboten und ihrer erprobten Netzwerkarbeit zur Sicherung von Übergängen für dieses Klientel Erwähnung finden. Die Externe Suchtberatung hat hier eine wichtige Schaltstellenfunktion. (S. 4)

Als letzte Chance stehen Obdachlosenpensionen und Notschlafstellen von Drogenhilfeeinrichtungen sowie der Krisen- bzw. Wohnungslosenhilfe zur Verfügung, welche häufig jedoch mit einem desolaten, szenenahen sozialen Umfeld verbunden sind und sich eher kontraproduktiv auf die Resozialisierung auswirken. Vielfach schaffen es drogenabhängige Inhaftierte nicht, eine bezugsfertige und geeignete Wohnung zu finden. Allerdings ist in der Regel eine adäquate Wohnsituation ein entscheidendes Kriterium für die Genehmigung einer vorzeitigen Haftentlassung. (Vgl. Lang 2008, S. 157) Hier wird erneut die Notwendigkeit eines angemessenen Übergangsmanagements deutlich: Die drogenabhängigen Inhaftierten sollen sich eine geeignete Wohnung suchen, um die Chance auf eine vorzeitige Entlassung zu bekommen und den

185 Unterschiedliche regionale Institutionen unterstützen Betroffene kostenlos bei der Vermittlung von Wohnräumen, beispielsweise Sozialmakler (z. B. zik in Berlin für Menschen mit HIV/AIDS und/oder Hepatitis), Einrichtungen der Gefangenen- bzw. Straffälligenhilfe sowie AIDS-Hilfe (vgl. Lang 2008, S. 157).

Übergang von der Haft in die Freiheit zu erleichtern. Dies ist aber nur mit entsprechenden Vollzugslockerungen möglich, da Termine beim Wohnungsamt oder sonstigen Vermittlungsstellen im Idealfall persönlich angetreten werden sollen. Erheblich suchtgefährdete Gefangene sind dagegen von Vollzugslockerungen ausgeschlossen und benötigen somit in hohem Maße eine Hilfe zur Entlassung bezüglich Wohnungsangelegenheiten (v.a. auch im Bereich des komplexen Antragswesens).

Ähnlich verhält es sich mit Vollzugslockerung im Bereich Arbeit und berufliche (Aus-)Bildung. Im Besonderen Suchtmittelabhängige und Gefangene, die an einer Infektionskrankheit leiden (bspw. Hepatitis C, HIV), haben Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle oder einen Ausbildungsplatz innerhalb der Anstalt zu finden, insbesondere dann, wenn für diesen Zweck Lockerungsmaßnahmen unumgänglich wären. Analog dazu müssen bei begleiteten Ausgängen zu einem Termin in der Agentur für Arbeit, ob für die Arbeitssuche oder die Beantragung von Arbeitslosengeld, Lockerungsmaßnahmen genehmigt werden. Der Aspekt der Gleichbehandlung sollte hier viel mehr in den Vordergrund rücken. Ohne die Gewährung von Vollzugslockerungen ist der Sektor Arbeit schwer zu organisieren. Die Kooperation mit der Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter muss dringend optimiert werden. In diesem Kontext besteht explizit die Aussicht auf eine positivere Entwicklung der Lebenslage im Rahmen des Übergangsmangements, beispielsweise bei Fragestellungen zum Arbeitslosengeld oder zur Krankenversicherung. (Vgl. Der Paritätische in Bayern 2011, S. 4) Innerhalb des Themenkomplexes Arbeit sollte sich zusammen mit Fachkräften ebenfalls Gedanken um mögliche Rentenansprüche gemacht werden. Ist der Versicherte durch eine Behinderung oder eine (chronische) Erkrankung (z.B. Hepatitis, HIV) teilweise oder voll erwerbsgemindert¹⁸⁶, wird vom Rentenversicherungsträger (unabhängig vom Alter der versicherten Person) eine Rente wegen Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI gezahlt, wenn die versicherungsrechtlichen Vorausset-

186 Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben diejenigen, die täglich weniger als drei Stunden unter den üblichen Arbeitsmarktbedingungen arbeiten können, aufgrund einer Krankheit oder Behinderung (vgl. § 43 Abs. 2 S. 2 SGB VI). Die volle Erwerbsminderungsrente soll den Lebensunterhalt der Versicherten vollständig sichern. Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben die Versicherten, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen über drei, aber unter sechs Stunden pro Tag arbeiten können (unabhängig vom erlernten Beruf, d.h. egal in welcher Tätigkeit). Falls die Betroffenen in kein Arbeitsverhältnis auf Teilzeit vermittelt werden können, bekommen sie die volle Erwerbsminderungsrente. (Vgl. Lang 2008, S. 155 f.)

zungen¹⁸⁷ erfüllt sind. Üblicherweise ist der gewährte Rentenanspruch auf drei Jahre begrenzt. Dieser kann erneut oder auch unbefristet genehmigt werden, falls im Voraus zu erkennen ist, dass sich die Erwerbsfähigkeit nicht wieder einstellen wird. Allerdings werden während der Inhaftierung keine Beiträge an die Rentenversicherung entrichtet. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Drogenabhängigen möglicherweise bereits vor der Haftstrafe keine Versicherungsbeiträge mehr geleistet haben. Das heißt, dass bei teilweiser oder voller Erwerbsminderung ein geringerer Anspruch auf Rentenbezüge besteht.¹⁸⁸ (Vgl. Lang 2008, S. 154 f.)

Ein weiterer wichtiger Punkt im Übergangmanagement ist die Schuldenregulierung, die während der Haftzeit mithilfe des haftinternen Sozialdienstes oder externer spezialisierter Mitarbeiter (falls diese in der JVA als Ansprechpartner vor Ort sind) in die Wege geleitet werden sollte. Etliche Drogenabhängige haben Schulden, wissen aber oftmals nicht mehr bei welchen Gläubigern. Zudem bleiben (Briefe mit) Rechnungen und Mahnung ungeöffnet, sind nicht mehr vorhanden oder nicht zustellbar (z.B. kein festen Wohnsitz, veraltete Adresse und keine neue Meldeadresse). Der Überblick ist komplett verloren gegangen. Vor diesem Hintergrund ist eine fachkompetente Beratung von Schuldnerberatungsstellen in Haft erforderlich, um die Klienten adäquat bei der Regulierung ihrer Schulden oder auch beim Insolvenzverfahren unterstützen zu können. Neben der haftinternen Beratungsarbeit erfüllt die fachgebundene Kooperation die Schnittstellenfunktion und könnte eine nahtlose Betreuung und Begleitung in der Übergangsphase vor und nach der Haftentlassung gewährleisten.

Schließlich spielt der Gesundheitssektor eine bedeutende Rolle. Drogenabhängige Inhaftierte sollten im Gefängnis Zugang zur gleichen medizinischen Behandlung sowie zu such- und gesundheitsspezifischen (Präventions-)Maßnahmen haben, wie in der freien Gesellschaft. In diesem Bereich gibt es vielfältige Optimierungsmöglichkeiten innerhalb des Justizvollzugs: flächendeckende Substitution nach Möglichkeit mit PSB, Interferonbehandlung, Drogennotfall- und Erste-Hilfe-Training (v.a. im Vorfeld der Entlassung), infor-

187 Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn die Versicherten teilweise oder voll „... erwerbsgemindert sind, ... in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und ... vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit [fünf Jahre Mindestversicherungszeit] erfüllt haben.“ (§ 43 Abs. 1 S. 1 Nr. 1–3, Abs. 2 S. 1 Nr. 1–3)

188 Genauer nachzulesen in Lang 2008, S. 155-157

mative sowie präventive Maßnahmen zu Safer Use (v.a. für die Zeit nach der Haftentlassung) und Safer Sex, aber auch Zugang zu infektionsprophylaktischen Möglichkeiten während der Inhaftierung.¹⁸⁹ Gleichmaßen ist es bei medizinischen und gesundheitlichen Belangen wichtig, mit extramuralen niedergelassenen Ärzten, ambulanten Institutionen und Kliniken zusammenzuarbeiten sowie die ärztliche Behandlung aufeinander abzustimmen, indem Befundberichte ausgehändigt und Termine für eine (Weiter-)Behandlung nach der Haftentlassung frühzeitig vereinbart werden. Problematisch ist jedoch, dass die Suchtmittelabhängigen in der Übergangsphase der Haftentlassung häufig nicht krankenversichert sind,¹⁹⁰ weshalb sich im suchtttherapeutischen Bereich beträchtliche Schwierigkeiten ergeben. (Vgl. Der Paritätische in Bayern 2011, S. 5 f.) Der nahtlose Krankenversicherungsschutz wird nicht jederzeit garantiert. Daher sollte umgehend geprüft werden, inwieweit die drogenabhängigen Inhaftierten einen Anspruch darauf haben, nach der Entlassung weiterführend gesetzlich krankenversichert zu werden. Voraussetzung dafür ist die Erfüllung der Vorversicherungszeit.¹⁹¹ (Vgl. Lang 2008, S. 154) Wird nach der Haftentlassung eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen oder Arbeitslosengeld gewährt, sind die Drogenabhängigen gesetzlich krankenversichert, ohne dass Vorversicherungszeiten eine Rolle spielen (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1–2a SGB V). Falls die Betroffenen anfänglich nicht durch einen Arbeitgeber oder der Agentur für Arbeit bei einer Krankenkasse pflichtversichert werden, haben sie gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder im Rahmen der Sozialhilfe gemäß § 32 Abs. 1 SGB XII (durch den Sozialhilfeträger) Anspruch auf einen Krankenversicherungsschutz. Allerdings ergeben sich häufig Leerlaufzeiten während der Bearbeitungsphase des Versicherungsantrages, in denen die Betroffenen nicht krankenversichert sind und somit auch keine ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen (können).¹⁹² Diesbezüglich

189 Im Detail siehe 4.3 Medizinische Behandlung, 4.4 Harm Reduction, 4.6 Peer-Support

190 Die Gefangenen sind kein Mitglied einer Krankenversicherung, die jeweilige JVA sichert die Gesundheitsfürsorge.

191 Die Vorversicherungszeit ist erfüllt, wenn „Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren.“ (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 1. HS SGB V) „Die Vorversicherungszeit ist ebenso erfüllt, wenn innerhalb von drei Monaten nach Ende eines gesetzlichen Versicherungsverhältnisses – z.B. wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses oder einer Ausbildung – die Aufnahme in ein freiwilliges Versicherungsverhältnis beantragt wurde.“ (Lang 2008, S. 154)

192 In Situation, in der dringend medizinische Hilfe benötigt wird, kann auf den § 52 Abs. 4 SGB XII zurückgegriffen werden, der besagt, dass Zuschüsse geleistet werden, wenn die Voraussetzungen des § 39a Abs. 1 S. 1 SGB V zur teilstationären und stationären Versorgung in Hospizen erfüllt sind.

könnte es hilfreich sein, wenn der Betroffene, neben dem regulären Bearbeitungsweg, persönlich mit dem Arbeitslosengeldbescheid bei der jeweiligen Krankenkasse (bei der er zuletzt versichert war) erscheint und den Krankenversicherungsschutz beantragt. In dem vorliegenden Zusammenhang wird deutlich, dass das Thema Krankenversicherungsschutz mit sehr viel Aufwand, Geduld und Fachwissen verbunden ist. Die drogenabhängigen Inhaftierten müssen hier in allen Belangen (v.a. frühzeitige Meldung bei der Krankenkasse, Organisieren der benötigten Unterlagen, Antragswesen) aktiv unterstützt werden. Zudem ist es hier besonders wichtig, dass die Betroffenen auch nach der Haftentlassung sofort einen Ansprechpartner haben, der sie bei der Fortführung der Antragsstellung bzw. in der Zeit bis zum Inkrafttreten des Krankenversicherungsschutzes begleitet und ihnen in Krisensituationen (z.B. medizinischer Notfall in Leerlaufphase) behilflich ist.

4.1.1.5 Gruppenarbeit und Gruppenangebote

Haftinterne Gruppenangebote mit Drogenabhängigen ergänzen die Einzelfallarbeit der externen Mitarbeiter sinnvoll. Wie oben kurz angesprochen, können Themen wie Drogenkonsum, Rückfallprävention, Safer Use und Safer Sex auch in Gruppen diskutiert und in praktischen Aufgaben geübt werden (z.B. Injektionstechniken, Anleitung zum Kondomgebrauch).¹⁹³ Allerdings finden laut der oben erwähnten Studie der DAH Trainings zu Safer Use und Safer Sex in nur knapp 11% der Haftanstalten statt, in denen AIDS-Hilfe-Angebote vorhanden sind (43%) (vgl. Knorr 2008a, S. 157). Außerdem können Maßnahmen für Drogennotfälle sowie für hochriskante Situationen thematisiert und mit den Teilnehmern in der Gruppe trainiert werden, beispielsweise welche Maßnahmen der Ersten-Hilfe es gibt, was bei epileptischen Anfällen zu tun ist oder wie ich meinem Mitgefangenen bei einem Schock, Shake oder einer Überdosis helfe (vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 162 ff.). In dieses Themengebiet des Drogennotfalltrainings ließe sich ideal die Naloxonvergabe einbinden.¹⁹⁴

Wegen der erforderlichen Sensibilität bei den eben genannten Themen wird es schwer werden, als Drogenberater in der JVA adäquat den Gesprächsboden zu bereiten, auf dem die Gruppe offen darüber sprechen kann und keine Hemmungen hat. Insbesondere auch im Hinblick auf das Misstrauen, dass den

193 Übungen für Schulungen zu Safer Use und Safer Sex in Trautmann/Stöver 2009, S. 243–324

194 Weiterführend siehe 4.4.2 Drogennotfalltraining

Mitgefangenen entgegengebracht wird und eine eingehende Beschäftigung mit sensiblen Themen in der Gruppe beeinträchtigt. Die Besorgnis der Gefangenen ist nicht unbegründet: In Haft besteht aufgrund der Zwangsgemeinschaft durchaus das Risiko, dass Häftlinge intime und persönliche Details über andere Gefangene, die möglicherweise in der Gruppe offenbart wurden, beim Auftreten eines Konflikts zum Nachteil der Betroffenen nutzen. (Vgl. Schaper 1997b, S. 25) Trotzdem ist es einfacher, Änderungen in den Einstellungen und soziale Normen der Drogenabhängigen mithilfe des Gruppeneinflusses zu erreichen, als durch Trainer (vgl. Trautmann/ Stöver 2009, S. 239).

Im Rahmen der Gruppenarbeit ist es in der Regel angebracht, im Vorfeld ein Einzelgespräch mit den potenziellen Teilnehmern zu führen, um zum einen elementare Informationen über die Klienten zu bekommen und zum andern einzuschätzen, ob er für ein Gruppensetting geeignet ist.¹⁹⁵ Während der Gruppenphase sind Einzelgespräche zudem in Krisensituationen erforderlich, wenn diese vom Klienten benötigt, oder vom Berater als sinnvoll erachtete werden. (Vgl. Kufner et al. 2000, S. 142)

Viele Haftanstalten bieten keine Gruppenarbeit an, weil speziell die Themen zur Risikominimierung der Abstinenzorientierung entgegen stehen. Zusätzlich wird die Gruppe der (drogenabhängigen) Inhaftierten als Risikogruppe betrachtet, die bei Gruppengesprächen ein hohes Aufgebot an Sicherheit erfordert (vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 239). Dafür steht in den meisten JVAen kein Vollzugspersonal zur Verfügung. Weitgehend kann jedoch eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Gruppenleiter und den Gruppenmitgliedern eine rigidere Bewachung und Kontrolle durch das Vollzugspersonal ersetzen, wodurch die Durchführung von Gruppenangeboten auch ohne ein höheres Maß an Kontrolle durchgeführt werden könnte.

Abgesehen von der Unterstützung der inhaftierten Drogenabhängigen durch Gruppenangebote finden sich letztendlich in einigen Haftanstalten Selbsthilfegruppen (z.B. NA, JES, AIDS-Hilfe) für inhaftierte Konsumenten illegaler Substanzen. In Anlehnung an die Einzelfallbetreuung entsteht auch bei Selbsthilfegruppen häufig die Problematik, dass sich die drogenabhängigen Häftlinge bei der Anmeldung für entsprechende Angebote unabwendbar als Drogenkonsumenten offenbaren müssen. Jedoch ist dieses haftinterne Angebot bezüglich ihrer Schnittstellenfunktion von großer Bedeutung, da nach der

195 Als Ausschlussgrund könnten folgende Kriterien gesehen werden: hohes Potenzial an Fremdgefährdung; Interessenkonflikt mit anderen Häftlingen; fehlende Impulskontrolle.

Haftentlassung ein nahtloser Übergang in Selbsthilfegruppen außerhalb der JVA gewährleistet werden kann. (Vgl. Stöver 2009, S. 382 Rn. 27)

4.1.2 *Betreuung durch Ehrenamtliche*

Die haftinterne Betreuung bzw. Begleitung ist ein Teilbereich Sozialer Arbeit und dient primär der emotionalen Unterstützung Drogenabhängiger in der JVA. Diese Aufgabe übernehmen meistens ehrenamtliche Mitarbeiter (unterschiedlichster Profession) einer Institution, beispielsweise der AIDS- oder Drogenhilfe. Die Aufgabe kann auch von ehrenamtlichen Helfern (z.B. Studenten, religiöse Vereinigungen) wahrgenommen werden. Die Ehrenamtlichen sollten gewisse soziale Kompetenzen sowie strafrechtliches und vullzugliches Basiswissen mitbringen, um sich auf ihre Arbeit einstellen und Grenzen wahren zu können (z.B. keine Gegenstände mitbringen, professionelle Distanz wahren).¹⁹⁶ Sie sollten zudem ihre persönlichen Beweggründe für die ehrenamtliche Tätigkeit im Gefängnis analysieren und sich inhaltlich eingehend mit relevanten Gesprächsthemen (bspw. Straffälligkeit, Bestrafung, Gerechtigkeit) beschäftigen. (Vgl. Rey 2008, S. 149 f.) Die ehrenamtlichen Betreuer haben verschiedene Möglichkeiten, wie sie sich für die Gefangenen engagieren können. Der Aktionsradius reicht von brieflichen Kontakten über die Gestaltung der Freizeit (bspw. Sport-, Musikgruppen) bis hin zur persönlichen Betreuung der (ehemaligen) Inhaftierten.

Eine respektvolle Beziehung zwischen den Betreuern und den inhaftierten Drogenabhängigen ist unerlässlich, deshalb sollten die Gespräche auf gleichwertiger Ebene geführt werden. Die drogenabhängigen Inhaftierten können mit ihren Betreuern frei über alle Themen sprechen, die sie berühren. Einige drogenabhängige Gefangene wollen möglichst viel in Erfahrung bringen, was draußen in Freiheit passiert. Vielen ist es ein Anliegen, besonders über Angelegenheiten zu sprechen, die sie vor ihren Mitgefangenen lieber verheimlichen. Die Probleme und Fragen betreffen z.B. die Befürchtung, sich mit Krankheiten zu infizieren, die eigene HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung oder die Angst, von den Mithäftlingen diskriminiert zu werden. (Vgl. Rey 2008, S. 150) Andere inhaftiere Drogenabhängige machen sich große Sorgen, dass sie nach der Haftentlassung wieder rückfällig werden. Der strukturierte Haftalltag fehlt in Freiheit und sie haben dort keine sozialen Kontakte, außer in

196 Diese Inhalte werden beispielsweise von der AIDS-Hilfe im Rahmen von Schulungen für ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter vermittelt, um sie auf ihre Tätigkeit vorzubereiten (vgl. Rey 2008, S. 149 f.).

der alten Drogenszene. Die Drogenabhängigen können nach langer Inhaftierung ihre eigenen Ressourcen und Defizite oft nicht mehr richtig einschätzen und bekommen Selbstzweifel und Angst davor, ihre Ziele nicht zu erreichen. An dieser Stelle ist es wichtig, dass die ehrenamtlichen Betreuer ihnen die Furcht vor dem Scheitern nehmen, ihnen Hoffnung machen, das Selbstvertrauen stärken und zusammen mit den Hilfesuchenden überlegen, wie sie mit den zu erwartenden Problemen sowie gefühlsmäßigen Tiefpunkten umgehen können. Die Betreuer können den drogenabhängigen Inhaftierten auch darin behilflich sein, Familie oder Freunden zu kontaktieren, um in Freiheit wieder szeneferne soziale Beziehungen aufzubauen. Es ist wichtig, ihnen Adressen von Einrichtungen zu geben, an die sie sich wenden können (z.B. Suchthilfeeinrichtung, Selbsthilfegruppe) und nach Möglichkeit die notwendigen Kontakte zu diesen Einrichtungen zu vermitteln. Auch die Begleitung und Betreuung durch Ehrenamtliche bei Ämtergängen und der Wohnungssuche ist denkbar. Aufgrund dessen, dass Drogenabhängigen meist keine Vollzugslockerungen gewährt werden, ist es sinnvoll, ihnen am Tag der Haftentlassung Begleitung bei den Ämtergängen anzubieten. Meist wird dieses Angebot von den Betroffenen nicht genutzt. Jedoch ist es mit Sicherheit eine große Hilfe für sie zu wissen, dass im Notfall jemand zur Verfügung steht, auf den sie sich verlassen können. In ihre Tätigkeit sollen die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Helfer ruhig ihre persönlichen Sichtweisen zur Sprache bringen, damit die Inhaftierten ihre eigenen Ansichten aus einer anderen Perspektive betrachten können. Dadurch werden ihnen Alternativen zu ihrem Handeln und Denken verdeutlicht und Voraussetzungen geschaffen, um Fehleinschätzungen zu ändern. (Vgl. Lang 2008, S. 159 f.)

4.2 Therapieregungen im Strafrecht

4.2.1 „Therapie statt Strafe“

Das Wichtigste bei gerichtlichen Entscheidungen bei drogenabhängigen Straftätern ist das Prinzip „Therapie statt Strafe“. Die Therapievermittlung verfolgt ein wichtiges Ziel: den drogenabhängigen Straftätern zu ermöglichen, sich durch die Therapie von der Drogenszene abzulösen und drogenfreies Leben zu führen. In der stationären (Langzeit-)Therapie soll, üblicherweise mittels Psycho- und Sozialtherapie, die Persönlichkeit der Drogenabhängigen auf lange Sicht verändert werden, sodass sie auch ohne den Drogenkonsum ihr Leben wieder meistern können. Es werden ihnen lebenspraktische Fähigkeiten vermittelt, beispielsweise wie sie ihren Alltag selbst strukturieren, sich

innerhalb einer Gruppe verhalten und soziale Beziehungen mit der Familie oder dem Partner wieder aufbauen können. (Vgl. Keppeler et al. 2009, S. 197) In der Therapie beschäftigen sich die Drogenabhängigen mit den Hintergründen und Motiven ihres Suchtmittelkonsums. Es gilt alternative Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Problemen, Schwierigkeiten und Konflikten zu erarbeiten. Für eine suchtmittelfreie und eigenverantwortliche Lebensführung spielt bei vielen (jüngeren Klienten) vor der Reintegration in die Berufswelt erst die Schaffung einer schulischen oder beruflichen Perspektive eine wichtige Rolle.

4.2.1.1 Gesetzliche Regelungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Die §§ 35–37 BtMG bieten den inhaftierten Drogenabhängigen die Möglichkeit einer Zurückstellung der Strafvollstreckung, um sich einer rehabilitativen Behandlung zu unterziehen. Diese Behandlung entspricht auch dem Verbleib in einer staatlich anerkannten Einrichtung, welche auf die Behebung von Abhängigkeiten oder Vorbeugung von wiederkehrenden Abhängigkeiten spezialisiert sein soll (vgl. § 35 Abs. 1 S. 2 BtMG). Durch die therapeutische Maßnahme nach dem BtMG kann der Vollzug der Freiheitsstrafe wenigstens zum Teil durch eine Behandlung abgelöst werden, die der Rehabilitation der Drogenabhängigen dient. Das Ziel dieser Maßnahme besteht darin, eine fortwährende Änderung des Verhaltens des Drogenabhängigen zu erwirken. Inwieweit die Therapieregung angenommen wird, hängt erheblich von der Motivation und der Therapiefähigkeit des verurteilten Drogenabhängigen ab, sich auf eine Drogentherapie im Sinne des Gesetzgebers einzulassen.¹⁹⁷ (Vgl. Kurze 1994, S. 60 ff.)

Therapievermittlung nach §§ 35, 36 BtMG

Damit die Zurückstellung der Strafvollstreckung genehmigt wird, müssen gemäß § 35 Abs. 1 BtMG folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Der drogenabhängige Straftäter muss rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe von maximal zwei Jahren verurteilt worden sein und es darf keine zusätzliche offene Haftstrafe bestehen. Der § 35 Abs. 3 Nr. 2 BtMG erweitert diese Regelung, indem auch die Gefangenen miteinbezogen werden, die zu einer höheren Haftstrafe verurteilt worden sind, deren Reststrafe jedoch zwei Jahre nicht überschrei-

197 Weiterführende Literatur zum Thema in Egg 1992: „Die Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts: deutsche und ausländische Erfahrungen“

tet.¹⁹⁸ Zudem muss die Straftat aufgrund einer Abhängigkeit von illegalen Drogen verübt worden sein. Das bedeutet, dass eine eindeutige Kausalität zwischen der Tat und der Betäubungsmittelabhängigkeit bestehen muss.¹⁹⁹ Die Straftat stellt sozusagen ein Symptom der Betäubungsmittelabhängigkeit dar. Für die Genehmigung des Antrags auf Zurückstellung muss die Suchterkrankung neben dem Zeitpunkt der Tat auch während der Hauptverhandlung sowie bei der Antragsstellung noch bestehen (vgl. Jehle 2007, S. 357).²⁰⁰ Weiterhin gelten als Eignungskriterien die Bereitschaft und die Motivation des drogenabhängigen Verurteilten für eine Therapie und die Bereitschaft, die vom Gesetz vorgeschriebene Meldepflicht einzuhalten. Letztlich müssen die Betroffenen einen Therapieplatz, die Kostenzusage und die Genehmigung der Strafvollstreckungsbehörde (der Staatsanwaltschaft) sowie des zuständigen Richters vorweisen können. (Vgl. Laubenthal 2008, S. 340 Rn. 584) Problematisch ist allerdings, dass der § 35 BtMG erst nach Rechtskraft des Urteils greift (bzw. der Antrag erst dann bearbeitet wird) und die drogenabhängigen Untersuchungsgefangenen vorläufig in die Strafhaft verlegt werden, bevor sie möglicherweise in eine Therapieeinrichtung können²⁰¹ (vgl. Scheiblich 1988, S. 73). Dies hat gleichzeitig zur Folge, dass sich die Antragsstellung für eine rehabilitative Maßnahme im Rahmen des § 35 BtMG zusammen mit einer anerkannten vermittelnden Stelle verzögert (v.a. durch den Wechsel der Haftanstalt und somit den Wechsel der Zuständigkeit). Außerdem hat sich die Wartezeit bis zum Therapieantritt allgemein verlängert (bspw. Warten auf Kostenzusage, Warteliste der Fachkliniken). Die drogenabhängigen Insassen haben dadurch trotzdem einen mehr oder weniger langen Teil der Freiheitsstrafe in der Strafhaft zu verbüßen, bis die therapeutische Behandlung mit der Verlegung in eine Therapieeinrichtung beginnen kann. Aufgrund der zeitlichen

198 Allerdings ist in den Fällen der Reststrafe abzuwägen, ob die Strafrestaussatzung zur Bewährung nach § 57 StGB mit einer Therapieauflage (vgl. 4.2.1.2 Möglichkeiten gemäß §§ 57, 57a StGB) nicht zweckmäßiger wäre als die Zurückstellung der Strafe nach § 35 BtMG (vgl. Bammann 2008c, S.116).

199 Ist der Täter zu einer Freiheitsstrafe von höchstens zwei Jahren verurteilt worden und besteht ein Kausalzusammenhang zwischen der Tat und der Abhängigkeit von illegalen Drogen, ist dies in das Bundeszentralregister einzutragen. Dasselbe gilt bei Gesamtfreiheitsstrafen von maximal zwei Jahren, wenn die gesamten oder der Hauptteil der Taten aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit verübt wurden. (Vgl. § 17 Abs. 2 BZRG) Dieser, oder mehrere dieser Vermerke können oftmals die gerichtliche Zustimmung zum § 35 BtMG erleichtern.

200 Ausführliches zu den Voraussetzungen und dem Verfahren nach § 35 Abs. 1 S. 1, Abs. 3 BtMG siehe Jehle 2007, S. 355–359

201 „Da der drogenabhängige Angeklagte sich zur Zeit der Hauptverhandlung zumeist in Untersuchungshaft befindet und die Untersuchungshaft gemäß § 51 Abs. 1 S. 1 StGB auf die Strafe anzurechnen ist, hat die Staatsanwaltschaft zumeist die Vollstreckung von nur noch einem Strafrest zurückzustellen.“ (Jehle 2007, S. 355)

Verzögerung durch den bürokratischen Apparat werden den Klienten immer wieder neue mehr oder weniger schwierige Situationen zugemutet, in die er sich einfinden muss (z.B. Verlegung von U- in Strafhaft, Verlegung in mehrere verschiedene Strafanstalten).

Die inhaftierten Drogenabhängigen haben bei der Strafvollstreckungsbehörde den Antrag auf Zurückstellung der Strafe nach § 35 BtMG einzureichen. Um das Organisatorische (z.B. Therapieplatz, Kostenübernahme) müssen sie sich selbstständig, mithilfe anerkannter vermittelnder Stellen (bspw. externe Suchtberatung) kümmern (vgl. DAH 2011c, S. 79). Problematisch ist, dass die Drogenabhängigen ohne die Kostenzusage keinen Therapieplatz nachweisen können. Bei der Anhörung sollten jedoch die (vorläufige) Kostenzusage und der Aufnahmetermin vorgelegt werden. Die Strafvollstreckungsbehörde macht in der Praxis die Genehmigung des § 35 BtMG meist von dieser Kostenzusage abhängig. Doch inhaftierte Drogenabhängige haben vorwiegend kaum Erfahrung mit Behörden und der Koordination von Hilfen. Bei der Bewältigung der Aufgaben ist es daher essenziell, dass den Betroffenen die externen bzw. internen Drogenberater (oder der haftinterne Sozialdienst) unterstützend zur Seite steht. Sie können geeignete Kontakte vermitteln und gemeinsam mit den drogenabhängigen Inhaftierten einen Therapieplatz suchen sowie die Kostenübernahme klären.²⁰² (Vgl. Bammann 2008c, S. 117)

Zu der rehabilitativen Behandlung im Rahmen des § 35 Abs. 1 BtMG zählt ebenfalls eine ambulante Substitutionsbehandlung in Verbindung mit einer PSB.²⁰³ Diese Maßnahme ist besonders bei opiatabhängigen Inhaftierten sinnvoll, bei denen eine Langzeittherapie mit dem Ziel der Abstinenz nicht indiziert erscheint. Außerdem erleichtert die Substitution den Patienten die Rückfallvermeidung (v.a. Verzicht auf [injizierenden] Konsum von Drogen). (Vgl. Bammann 2008c, S.116 f.) Eine Substitutionsbehandlung stellt jedoch „... nur dann eine der Rehabilitation dienende Behandlung im Sinne des § 35 Abs. 1 BtMG dar, wenn sie den Probanden sozial und beruflich rehabilitiert, gesundheitlich stabilisiert und in kleinen Schritten schließlich befähigt, ein drogenfreies Leben zu führen (LG Berlin B. v. 6.8.1992 – 524 Os 11/91 in StV 1992, 481).“ (Jehle 2007, S. 374)

Wurde der Zurückstellung der Strafe zugestimmt, ist der Betroffene verpflichtet, kontinuierlich nachzuweisen, dass er die Therapie begonnen hat und sie

202 Siehe 4.1.1.3 Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit

203 Vgl. 4.3.6 Substitution

weiterführt (Pflichtnachweis). Zusätzlich müssen die Einrichtungen bzw. die behandelnden Personen die Strafvollstreckungsbehörde über einen Therapieabbruch unterrichten. (Vgl. § 35 Abs. 4 BtMG)

Die Möglichkeit der Zurückstellung der Strafvollstreckung soll, neben den „Musterpatienten“, besonders den drogenabhängigen Inhaftierten eine Möglichkeit für rehabilitative Maßnahmen bieten, bei denen eher von einer ungünstigen Prognose ausgegangen wird. Der § 35 BtMG kann beispielsweise von juristischer Seite nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass die Straftäter aufgrund zwei erfolgloser Entwöhnungsbehandlungen erst unter der Vollstreckung der Haftstrafe leiden müssen, um eine aufrichtige Bereitschaft sowie ein angemessenes Durchhaltevermögen zu entwickeln, bevor sie eine weitere Therapie beginnen.²⁰⁴ Wird eine aufrichtige Therapiebereitschaft jedoch aufgrund deutlicher Anhaltspunkte angezweifelt (z.B. Flucht aus der Fachklinik bzw. bei der Verlegung in eine Therapieeinrichtung, mehrfacher Therapieabbruch), muss der § 35 BtMG abgelehnt werden. (Vgl. Jehle 2007, S. 358)

„Therapie statt Strafe“ bedeutet aber nur, dass die Verbüßung der Strafe einstweilig zurückgestellt ist und unter gewissen Bedingungen dennoch vollstreckt werden kann. Nach § 35 Abs. 5 S. 1 BtMG wird eine Zurückstellung bei Nichtantritt der Therapie bzw. vorzeitigem Therapieabbruch widerrufen, wenn die Neu- oder Wiederaufnahme einer rehabilitativen Maßnahme nicht abzusehen ist. Als weiterer Anlass wird der fehlende Pflichtnachweis genannt, welcher jedoch gemäß § 35 Abs. 5 S. 2 BtMG nachgereicht und somit vom Widerruf der Zurückstellung abgesehen werden kann.

Die Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG repräsentiert derzeit die wichtigste Möglichkeit für Drogenabhängige im strafrechtlichen Bereich. Der Grund dafür ist, dass die Zeit, die der Betroffene in der Therapieeinrichtung nach deren Antritt verbringt, vorbehaltlos auf die Strafe angerechnet wird, unabhängig vom Erfolg der Therapie und ob sie regulär beendet oder abgebrochen wurde. (Vgl. Jehle 2007, S. 353) Die absolvierte Therapiezeit wird nach § 36 Abs. 1 BtMG auf die Strafe angerechnet, bis im Rahmen der Anrechnung zwei Drittel der Haftstrafe erfüllt sind. Die Reststrafe wird schließlich vom Gericht zur Bewährung ausgesetzt, wenn die Sicherheit der Gesellschaft gewährleistet werden kann und zwei Drittel der Strafe verbüßt

204 Jedoch könnte der Kostenträger angesichts zweier abgebrochener Therapien eventuell eine fehlende Therapiemotivation vermuten und daraufhin eine erneute Kostenbewilligung der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke ablehnen.

oder zu einem früheren Zeitpunkt keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr erforderlich sind (vgl. § 36 Abs. 1 BtMG). Mittels des § 35 BtMG in Verbindung mit dem § 36 BtMG kann die Verbüßung des Vollzugs und somit die Rückfallgefahr in der konsumierenden Subkultur innerhalb der JVA verhindert werden (vgl. Schott 2002, S. 148).

Der Anteil derjenigen, welche die Maßnahme „Therapie statt Strafe“ erfolgreich beenden ist bekanntermaßen nicht sehr groß. Insbesondere der erste Therapieversuch der Drogenabhängigen geht oft mit einem Rückfall einher und wird daraufhin häufig vom Betroffenen selber oder von Seiten der Einrichtung abgebrochen.²⁰⁵ Dies hat nicht selten die Aufhebung der Zurückstellung und somit die Vollstreckung der Haftstrafe zur Folge. (Vgl. Bammann 2008c, S.117) Die Zurückstellung wird nicht zwangsweise bei Abbruch einer rehabilitativen Behandlung aufgehoben. Allerdings bedarf es einer prognostischen Einschätzung für den Gesetzgeber, ob der Antritt einer vergleichbaren therapeutischen Maßnahme garantiert ist. Generell besteht die Möglichkeit, die beendete Therapie oder eine Alternativtherapie wieder aufzunehmen, selbst wenn die Betroffenen unterdessen inhaftiert waren. Eine Zurückstellung unter den oben aufgeführten Voraussetzungen kann gemäß § 35 Abs. 5 S. 3 BtMG erneut genehmigt werden. (Vgl. Jehle 2007, S. 360 f.) Die Strafvollstreckung bei einem Therapieabbruch kann unterbunden werden, indem umgehend ein neuer Therapieantrag gestellt und die zeitnahe Aufnahme in eine Fachklinik ermöglicht wird (falls die nötige Therapiemotivation beim Betroffenen noch vorhanden ist). Somit kann in der Praxis davon ausgegangen werden, dass die ursprüngliche Therapie unterbrochen, jedoch nicht definitiv abgebrochen wurde. Vor dem Hintergrund der Therapieabbrüche wird vielfach fälschlicherweise angenommen, dass kein suchttherapeutischer Prozess in Gang gekommen ist. Weder aus der Betrachtung der Suchttherapie noch der Justiz ist es unbedingt zweckdienlich, eine Zurückstellung der Strafvollstreckung zu widerrufen. (Vgl. Kurze 1994, S. 63)

Das StBA (2012²⁰⁶) erhebt seit 2003 zu drei Stichtagen im Jahr (31. März, 31. August, 30. November) Entlassenzahlen²⁰⁷ aus dem Strafvollzug, mit

205 Statistische Details zu „Zurückstellungen und (Miss-)Erfolg“ in Jehle 2007, S. 368–372

206 In dieser Statistik werden an drei ausgewählten Kalendermonaten (März, August, November – Monatsletzter, 24.00 Uhr) alle am Erhebungsstichtag physisch anwesenden Häftlinge erfasst. Gefangene, die vorübergehend abwesende sind, beispielsweise Hafturlauber oder flüchtige Häftlinge, sind vom aktuellen Bestand ausgenommen. (Vgl. StBA 2012, S. 4)

207 Die Zahlen der jeweiligen Stichtage repräsentieren die Abgänge im abgelaufenen Kalendermonat.

Angabe der Entlassungsgründe, unter anderem dem § 35 BtMG. In der nachfolgenden Abbildung (s. Abb. 16) sind die Zahlen der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG bei männlichen Gefangenen von 2006 bis 2011 dargestellt:

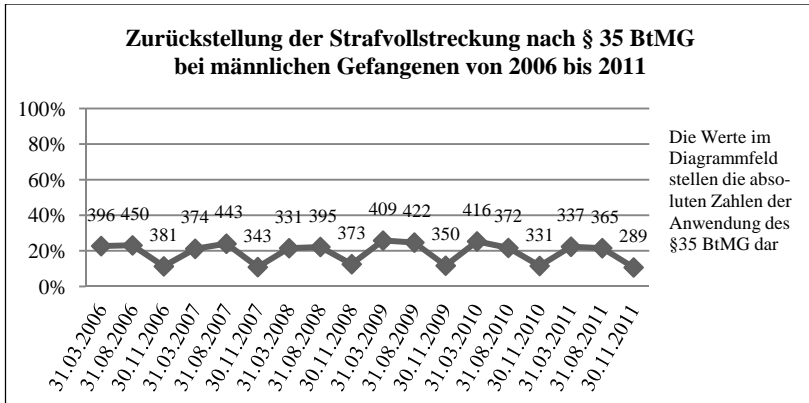


Abb. 16: Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG bei männlichen Gefangenen von 2006 bis 2011, Quelle: StBA 2012

Selbst wenn in dieser Statistik nur Stichtagsdaten aufgeführt sind und kein durchgängiges Bild an Daten existiert, sind die Zahlen trotzdem relativ aussagekräftig: Der Durchschnittswert liegt bei 377 Männern, die seit 2006 nach dem § 35 BtMG in den abgelaufenen Kalendermonaten der jeweiligen Stichtage entlassen wurden. (Hochgerechnet könnte dies eine Zahl von etwa 4524 Zurückstellungen der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG pro Jahr ergeben.) Werden die einzelnen Prozentwerte betrachtet, so ist jeweils zum 30.11. eines Jahres ein Einschnitt festzustellen, der um etwa 10% niedriger ist, als an den andern beiden Stichtagen. Dies ist mit den Gnadenerweisen zu Weihnachten (Weihnachtsamnestie) zu erklären.²⁰⁸ Durchschnittlich (2006–2011) wird bei 17,56% der männlichen Entlassenen die Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zurückgestellt. Allerdings ist im Jahresvergleich eine Veränderung bei den Zurückstellungen nach § 35 BtMG zu bemerken. Zwar ist die Anzahl von 2006 (17,37%) auf 2009 (18,76%) angestiegen, seitdem sinkt der Prozentwert

²⁰⁸ Zu diesem Zeitpunkt steigen die absoluten Zahlen der Männer, die im Wege der Gnade entlassen werden, um über 1000 an, wodurch sich die Gesamtzahl der männlichen Entlassenen im abgelaufenen Kalendermonat beträchtlich erhöht. Folglich wird die Prozentzahl der Anwendungen des § 35 BtMG niedriger.

jedoch stetig; im Jahr 2011 (16,76%) sogar unterhalb des Niveaus von 2006. Die Gründe für den Rückgang könnten, zumindest im Jahr 2011, mit den aktuellen problematischen Entwicklungen im Bereich der gesetzlichen Therapieregelungen nach dem BtMG in Zusammenhang stehen.²⁰⁹

Diese Zahlen sind hauptsächlich auf stationäre Therapieeinrichtungen bezogen. Andere Einrichtungen (z.B. ambulante oder teilstationäre Therapie, Kurzzeittherapie) werden kaum vom Gericht oder der Staatsanwaltschaft in Betracht gezogen, könnten jedoch weiteren drogenabhängigen Inhaftierten die Chance geben, eine Therapie statt der Haftstrafe zu absolvieren. Der Blickwinkel der Justiz sollte auf alternative Therapieformen erweitert werden. Die verfügbaren Plätze für stationäre Langzeittherapien genügen, im Hinblick auf die infrage kommenden drogenabhängigen Inhaftierten, nach wie vor nicht, weshalb mit langen Wartezeiten zu rechnen ist und somit zwangsläufig mit einem mehr oder weniger langen Verbleib der Verurteilten in Strafhaft. (Vgl. Hellebrand 1990, S. 162)

Die gesetzlichen Therapieregelungen nach dem BtMG werden jedoch von den Drogenabhängigen häufig nicht angenommen, da sie tief sitzende Ängste und Vorbehalte gegenüber der stationären Langzeittherapie haben.²¹⁰ Als Gründe wird folgendes vermutet: Die Drogenabhängigen wollen sich oft der starken physischen und besonders psychischen Belastung einer Therapie nicht aussetzen und ziehen freiwillig die Verbüßung der Haftstrafe vor. Einige der suchtmittelabhängigen Straftäter denken vielleicht an vergangene erfolglose Therapieanläufe zurück und zweifeln daran, ein drogenfreies Leben im Anschluss an eine wiederholte stationäre Entwöhnungsbehandlung führen zu können. Sie stellen aber vielmehr die Therapieform infrage, als ihre Veränderungsbereitschaft. Zudem sehen sie selber ihre Drogenabhängigkeit als Krankheit, wodurch aus ihrer Sicht die strafrechtlichen Folgen nicht gerechtfertigt sind. Deshalb lehnen die Drogenabhängigen die erzwungene Förderung der Krankheitseinsicht bzw. der Therapiebereitschaft durch die Justiz ab.²¹¹ (Vgl. Kurze 1994, S. 72) „Sie sehen sich einem Spannungsfeld ausgesetzt, dass sich aus der gegenläufigen Praxis von Vertrauensbildung als therapeutisches Prinzip einerseits und Kontrolle und formale Rückmeldung als Blickrichtung der Justiz andererseits formiert.“ (Stöver 2009, S. 383 Rn. 31)

209 Vgl. 4.2.1.3 Aktuelle problematische Entwicklungen

210 Dazu genauer Nowak 1988: Stationäre Langzeittherapie in staatlich anerkannten Einrichtungen

211 Kritische Betrachtung des Themas (Zwangs-)Therapie bei inhaftierten Drogenabhängigen siehe Jehle 2007, S. 349–351 und Walter 1999, S. 292 Rn. 291

Das Thema Therapie verbinden Drogenkonsumenten daher vermehrt mit sozialer Kontrolle (welche ihnen von anderen Lebensbereichen nicht unbekannt ist) als mit einer hilfreichen Maßnahme. Außerdem können sie ohne die Genehmigung der Strafvollstreckungsbehörden diejenigen Konzeptionen und Formen der therapeutischen Behandlung nicht durchsetzen, an denen sie selber interessiert wären bzw. die sich aus ihrer Sicht für sie eignen würden. Schließlich motivieren sich einige Drogenabhängige nur dann für eine Therapie, wenn die nötigen Bemühungen und Belastungen eine bequemere Alternative zum Strafvollzug darstellen. Ohne eine entsprechende intrinsische Therapiemotivation sind allerdings Therapieabbrüche und Aufhebungen der Zurückstellung eher zu erwarten. Die Vorteile einer Therapie werden von den inhaftierten Drogenabhängigen oft nicht wahrgenommen, wodurch der Antrag auf „Therapie statt Strafe“ nur zögernd gestellt wird. Die Motivation hält sich in Grenzen und wird mehr auf die Entlassung aus der Haft gerichtet. (Vgl. Kurze 1994, S. 72 ff.) Eine entsprechende Therapiemotivation bei den drogenabhängigen Inhaftierten wird daher erst von den externen bzw. internen Drogenberatern oder dem Sozialdienst der JVA in mehreren Gesprächen hergestellt (vgl. Schott 2002, S. 148). Hinzukommend kann eine fachgerecht vorbereitete Maßnahme, die allerdings nicht gleich umzusetzen ist (z.B. lange Wartezeit bis zur Aufnahme in die entsprechende Fachklinik, fehlende Kostenzusage, fehlende Zusage der Strafvollstreckungskammer), zu Enttäuschungen über den Drogenberater führen, da es den betroffenen Klienten oftmals an der Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub und an Frustrationstoleranz fehlt.

In der JVA sind (externe) Drogenberater immer mehr mit drogenabhängigen Inhaftierten konfrontiert, die häufig schon mehrere Therapien abgebrochen haben und bei denen es oft besonders schwierig wird, sie für eine weitere Therapie zu motivieren. Diese Therapieabbrecher werden vielfach als hoffnungslos eingestuft und sehr kritisch betrachtet. Die gescheiterten Therapieversuche können ferner als Nachweis betrachtet werden, dass eine abstinenzorientierte Therapie für viele inhaftierte Drogenabhängige die falsche Behandlungsmaßnahme darstellt. Begünstigt werden Therapieabbrüche durch widerstrebende und notgedrungene Therapieantritte, bei denen sowohl die Zeit zur Motivation (durch die externe/interne Suchtberatung) als auch der feste Therapiewille fehlt. Allerdings lassen sich andere drogenabhängige Inhaftierte, die sich gerade in der Therapievorbereitungsphase befinden, von Therapieabbrechern entmutigen, da diese den Anschein vermitteln, dass die rehabilitative Behandlung keinen Erfolg gezeigt hat. Besonders auf die geschei-

terten Drogenabhängigen sollte empathisch und aktiv eingegangen werden, um deren Therapieängste deutlich zu verringern. (Vgl. Scheiblich 1988, S. 72 f.)

Von Seiten der Justiz wird das therapeutische Interesse häufig außer Acht gelassen. Die Strafverfolgung steht immer noch im Vordergrund, wodurch es schwieriger wird, bereits vor der Hauptverhandlung, insbesondere in der U-Haft, Therapiemaßnahmen einzuleiten. Außerdem besteht aufgrund der Prüfungspflicht des § 35 BtMG kein Recht auf die Realisierung der Zurückstellung der Strafvollstreckung, da die Gerichte ihren Ermessensspielraum in Bezug auf die Bewilligung des § 35 BtMG je nach persönlicher Auffassung äußerst uneinheitlich gebrauchen. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Dominanz des Sicherungsauftrags der JVA, der Besuche von drogenabhängigen Inhaftierten zu Informationszwecken sowie Aufnahmegespräche in den Therapieeinrichtungen einschränkt. (Vgl. Holler/Knahl 1988, S. 143 f.) Die Justiz und die Drogenberater müssen sich immer wieder mit der niedrigen Erfolgsquote von „Therapie statt Strafe“ auseinandersetzen und erkennen, dass viele Drogenabhängige die Therapie nicht erfolgreich beenden, immer mehr verelenden, zunehmend in die Beschaffungskriminalität abgleiten und aufgrund dessen am Ende doch in der Haft ihre Strafe verbüßen (vgl. Hellebrand 1990, S. 114). Bei all den Problembereichen und Therapieabbrüchen dürfen jedoch die Drogenabhängigen nicht vergessen werden, die die Chance des § 35 BtMG erfolgreich genutzt haben und nun ein drogenfreies Leben führen, selbst wenn manche mehrere Therapieanläufe gebraucht haben. Besonders vor diesem Hintergrund sollte den drogenabhängigen Inhaftierten, selbst bei vorangegangenen Therapieabbrüchen, die hilfreiche Perspektive einer rehabilitativen Maßnahme im Sinne der Zurückstellung der Strafvollstreckung nicht verwehrt werden.

Therapievermittlung nach § 37 BtMG

Der § 37 BtMG stellt eine Ergänzung zu den §§ 35, 36 BtMG dar und ermöglicht mit Abs. 1 S. 1 drogenabhängigen Verdächtigen, deren Tat mit höchstens zwei Jahren Freiheitsstrafe geahndet werden würde, nicht nur die Vermeidung der Haft, sondern sogar des Strafverfahrens. Eine eindeutige Kausalität zwischen der Tat und der Betäubungsmittelabhängigkeit muss auch hier bestehen. Wenn sich der Beschuldigte gemäß § 37 Abs. 1 BtMG schon vor dem rechtskräftigen Urteil in einer Behandlung gemäß § 35 Abs. 1 BtMG befindet sowie seine Wiedereingliederung in die Gesellschaft wahrscheinlich ist, soll die therapeutische Maßnahme von justizieller Seite nicht unterbrochen werden. Es kann vorläufig von der öffentlichen Anklageerhebung abge-

sehen werden. (Vgl. BT 1980, S. 9, Zu § 31c) Die Staatsanwaltschaft soll eine dreimonatige Frist abwarten und prüfen, ob ein Therapiewille ersichtlich ist (Motivation, Bereitschaft zur Mitwirkung an der eigenen Rehabilitation), bevor sie Anklage erhebt oder von der strafrechtlichen Verfolgung absieht. Jeder Drogenabhängige soll die Möglichkeit bekommen, der Justiz zu zeigen, dass die innere Überzeugung für eine rehabilitative Maßnahme vorhanden ist. (Vgl. BT 1981, S. 3, Zu § 35)

Allerdings ist die Anwendung des § 37 BtMG teilweise problematisch. Die Bedingungen für den § 37 BtMG sind bei den drogenabhängigen Straftätern kaum gegeben und die Effektivität ist verhältnismäßig niedrig. Die meisten verdächtigen Drogenabhängigen befinden sich vor der Anklage oder Verurteilung nicht in therapeutischer Behandlung und besonders in den ersten Monaten der Therapie ist der Anteil an Abbrüchen äußerst groß. Befinden sich Drogenabhängige dessen ungeachtet gemäß § 37 BtMG auf Therapie, kommt es hingegen nach Ablauf der Dreimonatsfrist häufig vor, dass Therapien abgebrochen oder die Drogenabhängigen nach der abgeschlossenen Behandlung rückfällig werden. Das Strafverfahren wird dadurch nicht abgeschlossen. Weiterhin ist die Anwendung des § 37 BtMG für die Justiz ziemlich arbeitsintensiv, da sie den Verlauf der Therapie beobachten und binnen der vorgeschriebenen Vierjahresfrist des Gesetzes kontrollieren müssen, ob Gründe auftreten, die einer Aufnahme des Strafverfahrens gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 1–4 BtMG bedürfen. Aufgrund dieser Probleme sehen Richter und Staatsanwälte mit einer fortschrittlicheren Einstellung von der Anwendung des § 37 BtMG zugunsten anderen Paragrafen (z.B. §§ 153 ff. StPO i.V.m. § 29 Abs. 5 BtMG) ab, die ebenfalls die Handhabe bieten, auf eine Anklageerhebung oder Verurteilung zu verzichten. Meistens werden jedoch Verurteilungen, die eine potenzielle Zurückstellung der Strafaussetzung nach § 35 BtMG beinhalten, der Verfahrenseinstellung nach § 37 BtMG vorgezogen. (Vgl. Hellebrand 1990, S. 119)

Die Daten des StBA vom Jahr 2010 bestätigen die minimalistische Anwendung des § 37 BtMG (s. Abb. 17):

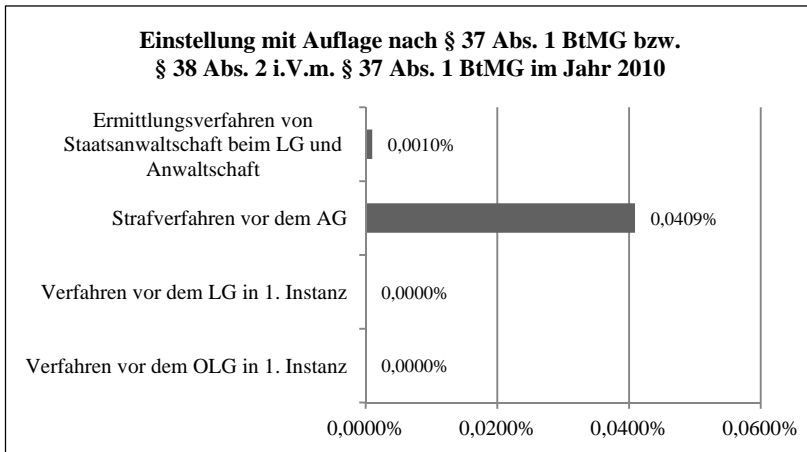


Abb. 17: Erledigte Verfahren durch Einstellung mit Auflage nach § 37 Abs. 1 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG im Jahr 2010, Quelle: StBA 2011b, S. 26, StBA 2011c, S. 28, 66, 114²¹²

Die Statistik zur Art der erledigten Ermittlungsverfahren von der Staatsanwaltschaft beim LG und der Anwaltschaft besagt, dass lediglich 48 (0,0010%)²¹³ Verfahren durch die Einstellung mit Auflagen gemäß § 37 Abs. 1 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG erledigt wurden. Unter allen abgeschlossenen Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft beim LG und der Anwaltschaft befinden sich 254.604 (5,3%) abgeschlossene Ermittlungsverfahren von Straftaten nach dem BtMG, von denen 22 (0,0086%) gemäß § 37 Abs. 1 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG mit Auflage eingestellt wurden. (Vgl. StBA 2011b, S. 26, 104) Auch alle beendeten Verfahren vor dem AG, dem LG in erster Instanz und dem OLG in erster Instanz weisen durchschnittlich nur einen geringen Anteil von 0,0402%²¹⁴ an Einstellungen mit Auflagen gemäß § 37 Abs. 1 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG

212 Die Staatsanwaltschaft- und Strafgericht-Statistik sind Sekundärerhebungen auf der Basis der Verwaltungsdaten in den Geschäftsstellen. Zudem sind es Vollerhebungen, weshalb keine Stichprobenverfahren angewendet werden. Die Ergebnisse der Staatsanwaltschaft- und Strafgericht-Statistik weisen aufgrund der vollständigen Erfassung der Ermittlungsverfahren keine systematischen statistischen Fehler auf. (Vgl. StBA 2011d, S. 6 f.; StBA 2011c, S. 6f.)

213 Insgesamt 4.602.685 abgeschlossene Ermittlungsverfahren, von denen lediglich 48 (0,0010%) gemäß § 37 Abs. 1 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG erledigt wurden (vgl. StBA 2011b, S. 26).

214 Insgesamt 804.053 erledigte Verfahren, von denen lediglich 323 (0,0402%) gemäß § 37 Abs. 1 BtMG bzw. § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG erledigt wurden (vgl. StBA 2011c, S. 28, 66, 114).

auf. Dies stellt einen schwindend geringen Prozentsatz dar, der zudem nicht einmal vollständig auf Erwachsene zutrifft, da nach § 38 Abs. 2 i.V.m. § 37 Abs. 1 BtMG Jugendliche und Heranwachsende mit einberechnet sind. (Vgl. StBA 2011c, S. 28, 66, 114)

Die Bevorzugung des § 35 BtMG gegenüber dem § 37 BtMG führt häufig dazu, dass erstauauffällige Konsumenten illegaler Substanzen unnötig kriminalisiert und einschlägig vorbestrafte Drogenabhängige nachhaltig belastet werden (vgl. Hellebrand 1990, S. 120). Da der § 35 BtMG erst infolge eines rechtskräftigen Urteils angewendet werden kann, werden die drogenabhängigen Verurteilten als Straftäter erfasst, obwohl die Verurteilung, die statistische Erfassung als Vorbestrafte sowie die Kriminalisierung, durch das vorläufige Absehen von einer öffentlichen Anklage gemäß § 37 BtMG vermeidbar wäre.

4.2.1.2 Möglichkeiten gemäß §§ 57, 57a StGB

Weitere Möglichkeit für drogenabhängige Inhaftierte die Haft zum Teil zu vermeiden, sind die §§ 57, 57a StGB. Sie erlauben, die Vollstreckung des Strafrestes der Freiheitsstrafe zur Bewährung²¹⁵ auszusetzen, mit der Weisung (§ 56c Abs. 3 StGB)²¹⁶, sich in eine Entwöhnungsbehandlung zu begeben.²¹⁷ Allerdings wurde auch die Bewährungslösung nach §§ 57, 57a StGB i.V.m. 56c Abs. 3 StGB zugunsten der Anwendung des § 35 BtMG zurückgedrängt, da im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung die Motivation der Drogenabhängigen, eine Therapie zu machen, deutlich höher. Der Grund dafür ist die Anrechnung der tatsächlichen Therapiezeit auf die jeweilige Strafe. Bei den §§ 57, 57a StGB hingegen besteht diese Möglichkeit nicht. Wird hier die Aussetzung der Strafe zur Bewährung wegen eines Therapieabbruchs widerrufen, muss die gesamte offene Haftstrafe verbüßt werden, egal wie lange sich die drogenabhängigen Straftäter in einer rehabilitativen Behandlung befunden haben. Daneben ist für die Bewährungslösung nach §§ 57, 57a StGB i.V.m. 56c Abs. 3 StGB eine günstige Prognose bei den Verurteilten obligatorisch. Diese wird bei drogenabhängigen Inhaftierten jedoch selten angenommen, wodurch in der Praxis der § 56c Abs. 3 StGB weniger Anwendung findet. (Vgl. Jehle 2007, S. 353)

215 Die §§ 56a bis 56g StGB regeln die Bewährungszeit.

216 Die Weisung, eine Entwöhnungsbehandlung anzutreten, kann dem Betroffenen nur mit seiner Zustimmung auferlegt werden (vgl. § 56c Abs. 3 StGB).

217 Allgemeine Informationen zur Aussetzung der Vollstreckung des Strafrestes zur Bewährung in Dölling 2007, S. 317–321

Die Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung wird gemäß § 57 Abs. 1 S. 1 StGB nach der Verbüßung von zwei Dritteln der Haftstrafe (aber mindestens zwei verbüßte Monate) angewendet, wenn der Inhaftierte keine Gefahr mehr für die Gesellschaft darstellt und seine Zustimmung erteilt. Gemäß § 57 Abs. 2 StGB sowie den Bedingungen aus Abs. 1 können Inhaftierte auch bereits nach der Hälfte der Freiheitsstrafe (mindestens sechs Monate der Haftstrafe) auf Bewährung entlassen werden: Diese Regelung trifft zum einen nach § 57 Abs. 2 Nr. 1 StGB auf erstmals Inhaftierte zu, deren zu verbüßende Freiheitsstrafe nicht mehr als zwei Jahre beträgt. Die Justiz geht davon aus, dass der Gefangene durch den ersten Kontakt mit einer JVA einen „fühlbaren Schock“ erleidet, welcher einen positiven Effekt im Hinblick auf ein zukünftig strafreies Leben haben soll. Zum anderen wird dem Aussetzen der Reststrafen stattgegeben (eher Einzelfälle), wenn sich aus der „... Gesamtwürdigung von Tat, Persönlichkeit der verurteilten Person und ihrer Entwicklung während des Strafvollzugs ergibt, daß besondere Umstände vorliegen.“ (§ 57 Abs. 2 Nr. 2 StGB) Besondere Umstände²¹⁸ sind z.B. einmalige Straftaten, die der Verurteilte in einer Konfliktlage verübt hatte.²¹⁹ (Vgl. Lissner 2009, S. 335 Rn. 7 f.)

Die drogenabhängigen Inhaftierten haben, nach der Verbüßung von zwei Dritteln der Haftzeit, für gewöhnlich eine reelle Chance, auf Bewährung entlassen zu werden. Eine Haftentlassung zur Hälfte der Strafe erfolgt bei inhaftierten Drogenabhängigen jedoch nur vereinzelt. (Vgl. Lang 2008, S. 158) Beide Möglichkeiten der Strafrestaussatzung zur Bewährung gemäß § 57 StGB werden von Amtswegen überprüft. Allerdings stellt speziell die Halbstrafenentlassung, trotz potenzieller Eignung des Gefangenen, nicht den Regelfall dar und sollte vorsorglich vom Inhaftierten selber beantragt werden. Abgesehen von den gesetzlich geregelten Zeitpunkten, an denen eine Strafrestaussatzung genehmigt werden kann, existiert das sogenannte Reststrafengesuch. Dieses können die Inhaftierten immer beantragen, um nach eingehender Prüfung durch die Justiz, eine vorzeitige Haftentlassung zu erwirken. (Vgl. Bammann 2008c, S. 120)

218 Auch gewöhnliche, durchschnittliche, allgemeine und einfache Milderungsgründe können den Status von besonderen Umständen erlangen. Siehe dazu die Rechtsprechungen des BGH vom 29.03.1984 – 4 StR 149/84 sowie vom 27.08.1986 – 3 StR 265/86. Z.B. zu finden in: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSTZ) 1984, Heft 8 (S. 360) und 1987, Heft 1 (S. 21), C.H. Beck Verlag

219 Dieser Umstand trifft nicht auf drogenabhängige Insassen zu, da sie sich meistens in keiner einmaligen Konfliktlage befinden, sondern aufgrund ihrer Abhängigkeit von illegalen Substanzen die Gefahr besteht, dass sie weitere Straftaten derselben oder ähnlichen Art wieder begehen.

Schließlich können gemäß § 57a Abs. 1 StGB Gefangene, die zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt wurden, nach mindestens fünfzehn Jahren verbüßter Haftstrafe vorzeitig entlassen werden. Die besondere Schwere der Schuld darf jedoch nicht vorliegen. Zudem müssen die Grundlagen des § 57 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, 3 StGB gegeben sein. Inwieweit dieser Paragraf auf Drogenabhängige angewendet wird, ließ sich in der momentan verfügbaren Literatur nicht feststellen. Die Zahl ist aber sehr gering, da wahrscheinlich kaum Drogenabhängige, für die eine rehabilitative Behandlung aus justizieller Sicht die geeignete Hilfe darstellt, zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt werden. Außerdem ist es schwierig, die Gefangenen nach fünfzehn Jahren Haftzeit für eine rehabilitative Maßnahme zu motivieren. Nach der langjährigen Zwangsabstinenz ist es vorerst wesentlich, einen Realitätsbezug sowie eine (erneute) Krankheitseinsicht bei den Betroffenen herzustellen.

Als Basis für alle Entscheidungen im Hinblick auf die Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung werden die individuellen Merkmale nach § 57 Abs. 1 S. 2 StGB betrachtet: Ausschlaggebend ist besonders die Täterpersönlichkeit, die Vergangenheit des Täters, die Tatumstände, die Bedeutsamkeit des bei einem Rückfall gefährdeten Rechtsguts, das Auftreten des Täters während der Haftzeit, die Lebensumstände²²⁰ des Täters und die individuellen Folgen anlässlich der Strafaussetzung. Weitere Aspekte, die grundlegend in die Entscheidung mit einfließen, sind das rechtskräftige Urteil mit seinen Begründungen, möglicherweise vorhandene psychologische sowie psychiatrische Stellungnahmen vom vorangegangenen Strafverfahren, das Vorstrafenregister des Inhaftierten, Berichte der JVA, eventuell die Personalakte des Insassen, Erklärungen der Staatsanwaltschaft, Stellungnahmen von Sachverständigen für Fälle gemäß § 454 Abs. 2 StPO und letztendlich auch der Gesamteindruck des Straftäters, den er bei einer mündlichen Anhörung hinterlassen hat. (Vgl. Lissner 2009, S. 336 f. Rn. 11 f.)

4.2.1.3 Aktuelle problematische Entwicklungen

Die justizielle Lage für straffällige Drogenabhängige hat sich in den vergangenen Jahren negativ entwickelt. Die Perspektive, aus der die Maxime „Therapie statt Strafe“, betrachtet wird, hat sich verschoben. Der § 35 BtMG sollte Drogenkonsumenten, die Straftaten aufgrund ihrer Betäubungsmittelabhän-

220 Es können Faktoren wie eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung in die Entscheidung miteinbezogen werden (vgl. Bammann 2008c, S. 121).

gigkeit verübt haben, die Zurückstellung der Strafvollstreckung ermöglichen. Jedoch wird dieser kausale Zusammenhang mittlerweile vermehrt für nicht zutreffend erklärt, wodurch es zu einer erhöhten Ablehnung der Zurückstellungsanträge kommt. Analog dazu haben sich gegenwärtig schon zum Teil die Aufnahmen in Fachkliniken für Suchtkranke im Sinne des § 35 BtMG erheblich verringert. (Vgl. buss et al. 2011, S. 5) Es werden verschiedene Ursachen für diese Veränderungen gesehen: Im Zuge der strafrechtlichen Prüfung wird hauptsächlich die Kausalität betrachtet, weshalb weder die niedergeschriebene Befürwortung der Zurückstellungslösung im Urteil durch den Richter, noch die mündliche Zustimmung während der Gerichtsverhandlung den Erfordernissen entspricht, damit die Strafvollstreckungsbehörde den Antrag auf Zurückstellung der Strafvollstreckung nachfolgend genehmigt. Deshalb sollte unbedingt darauf geachtet werden, den Kausalzusammenhang nachvollziehbar im Urteil niederzuschreiben.²²¹ Weiterhin verfahren die Staatsanwaltschaften inzwischen strenger in der Betrachtung des kausalen Zusammenhangs in den Urteilen. Die vielen Rechtspfleger müssen innerhalb dieser eingeschränkten Direktiven die Zurückstellungsanträge bearbeiten, obwohl einige kaum mit suchttherapeutischem und medizinischem Wissen vertraut sind. Zusätzlich wird die Lage der drogenabhängigen Straftäter durch den Beschluss des BGH vom 04.08.2010 (Aktenzeichen: 5 AR (VS) 23/10)²²² erschwert, da es von nun an nicht mehr möglich ist, die Vollstreckungsreihenfolge mehrerer Strafen zu ändern,²²³ wodurch etliche Anträge auf § 35 BtMG wirkungslos bleiben. (Vgl. Mück/Poth 2011)

Für die Drogenabhängigen, die aufgrund des fehlenden Kausalzusammenhangs keine Zurückstellung der Strafvollstreckung im Sinne des § 35 BtMG mehr genehmigt bekommen, ist die Bewährungslösung des § 57 StGB in den Vordergrund gerückt. Allerdings ist es in diesem Bereich auch zu Bewilligungsproblemen gekommen, diesmal jedoch von Seiten der Rentenversicherungs-

221 Gerade im Rahmen des Kausalzusammenhangs wären enge Absprachen wünschenswert, um die Praxisprobleme zu den Richtern zu transportieren, die die Urteilsbegründung schreiben.

222 Beschluss des BGH vom 04.08.2010 (Aktenzeichen: 5 AR (VS) 23/10) online unter: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=fff330095a5bb9f49a19f7f532fdcaa&nr=53016&pos=0&anz=1>. Zuletzt abgerufen am 22.01.2012.

223 Bis zu diesem Beschluss konnten Betäubungsmittelabhängige zuerst die Strafen verbüßen, die nicht nach § 35 BtMG zurückstellungsfähig sind und im Anschluss den Antrag auf Zurückstellung der Strafvollstreckung für die Strafen stellen, die eine eindeutige Kausalität zwischen Tat und Betäubungsmittelabhängigkeit aufweisen. Mit dem Beschluss des BGH wurde nun vereinheitlicht, dass eine Unterbrechung der Strafe nicht vor Verbüßung von zwei Dritteln möglich ist. Bei mehreren Strafen gilt dieselbe Regelung und eine Haftentlassung ist ehestens zum „Gesamtzweidritteltermin“ denkbar. Dadurch verlängert sich auch die Zeit, welche die Drogenabhängigen in Haft verbringen müssen. (Vgl. buss et al. 2011, S. 5)

träger, die mit dem § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI einen Leistungsausschluss²²⁴ für Inhaftierte sehen. Früher war die gängige Praxis, dass eine positive Prognose für den inhaftierten Drogenabhängigen in Form einer Kostenzusage der DRV vorhanden sein musste, damit die Strafvollstreckungskammer den § 57 StGB genehmigte (unter Vorlage der anderen Voraussetzungen des § 57 Abs. 1 S. 1 StGB). Die Rentenversicherungsträger sind aber nicht mehr gewillt, weiterhin so zu verfahren.²²⁵ Sie werden den Antrag auf Kostenübernahme für eine Entwöhnungsbehandlung erst dann prüfen, wenn ihnen die Strafvollstreckungskammer eröffnet, dass der § 57 StGB genehmigt wird. (Vgl. buss et al. 2011, S. 5) Das HessLSG weist in seinem Beschluss vom 09. Juni 2011 (Aktenzeichen: L 5 R 170/11 B ER) zumindest auf die Möglichkeit hin, dass die Betroffenen einen Antrag stellen können, indem sie eine schriftliche Zusicherung gemäß § 34 SGB X anfordern, der ihnen die Kostenübernahme für eine Drogentherapie zusichert, wenn sie aus der Haft entlassen werden.²²⁶ Diese schriftliche Zusicherung unterliegt dem Ermessen der Rentenversicherungsträger. Fraglich ist nur, ob der Strafvollstreckungsbehörde eine schriftliche Zusicherung nach § 34 SGB X genügt, um eine positive Prognose für den inhaftierten Drogenabhängigen zur Anwendung des § 57 StGB zu stellen. Dieses neue Vorgehen der DRV verhindert einen nahtlosen Übergang von der Haft in die Therapieeinrichtung und wirkt sich dadurch kontraproduktiv auf die Resozialisierung der inhaftierten Drogenabhängigen aus.²²⁷

„Die beschriebene Entwicklung konterkariert den gesellschaftlichen Auftrag, straffällig gewordenen suchtkranken Menschen eine Möglichkeit zur Rehabilitation und Resozialisierung zur Verfügung zu stellen.“ (buss et al. 2011, S. 6) Die aktuelle Bewilligungspraxis hinsichtlich des § 35 BtMG und des § 57 StGB bedingt längere Haftaufenthalte der Drogenabhängigen und führt dadurch zu einer weiteren Verschlechterung der bereits bestehenden desolaten Situation

224 „Leistungen zur Teilhabe werden nicht für Versicherte erbracht, die ... sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden“ (§ 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI)

225 Der Beschluss des HessLSG vom 06.01.2011 (Aktenzeichen: L 5 R 486/10 B ER) ist maßgeblich für die Veränderungen im Bereich der Bewilligungspraxis von Anträgen für Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke.

226 Vertiefend: Sozialgericht Fulda (08.11.2010, Aktenzeichen: S 3 R 250/10 ER), HessLSG (06.01.2011, Aktenzeichen: L 5 R 486/10 B ER), Sozialgericht Fulda (30.03.2011, Aktenzeichen: S 3 R 85/11 ER), HessLSG (09.06.2011, Aktenzeichen: L 5 R 170/11 B ER). Alle vier Beschlüsse sind online nachzulesen unter: <http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/jportal/portal/page/bslaredaprod.psm1>. Zuletzt abgerufen am 22.01.2012.

227 Siehe dazu auch Graebisch 2012, Punkt V., 4. („Exkurs: Kostenübernahmeerklärung des Rentenversicherungsträgers zur Vorbereitung einer Reststrafenaussetzung bei Therapie (§ 12 SGB VI)“)

von inhaftierten Drogenabhängigen. Zudem haben Ablehnungen von Therapiemöglichkeiten in freie Einrichtungen die verstärkte Inanspruchnahme der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB zur Folge. (Vgl. Mück/Poth 2011) Selbst wenn der Antrag auf Kostenübernahme für eine Rehabilitationsmaßnahme gestellt wird, während die Drogenabhängigen meist noch inhaftiert sind und auch die Bearbeitung des Antrags in dieser Zeit stattfindet, werden die Leistungen zur Teilhabe trotzdem erst für die Lebensphase nach der Haftentlassung beantragt. Wenn die Voraussetzungen für die Kostenübernahme einer rehabilitativen Maßnahme gegeben sind²²⁸, dürfen die Versicherten nicht nachteilig behandelt werden, nur weil sie zur Zeit der Antragsstellung eine Haftstrafe verbüßen. Die (Miss-)Erfolgsquote hinsichtlich einer Entwöhnungsbehandlung bleibt gleich, egal ob die drogenabhängigen Straftäter intrinsisch oder extrinsisch motiviert sind. Bei der Therapievermittlung ist ein nahtloser sowie baldiger Wechsel von der Haftanstalt in die Einrichtung erforderlich. Wenn sich die Aufnahme in die Therapieeinrichtung aufschiebt, können die Motivation sowie vorhandene Optionen verloren gehen, die Suchtprobleme verfestigt werden und die Rückfallgefahr steigen. Innerhalb dieser Zielgruppe besteht eine starke Verbindung zwischen Straftaten und der Abhängigkeit von illegalen Substanzen. Erfahrungsgemäß sinkt die Motivation für eine Therapie rasch, wenn die Betroffenen zum Endstrafenterschluss entlassen werden. Zudem besteht das Risiko, dass sie einen Rückfall erleiden sowie einer abermaligen Kriminalisierung ausgesetzt sind. (Vgl. LAGFW/ KBS 2011, S. 1) Deshalb sollte den drogenabhängigen Inhaftierten die Chance einer rehabilitativen Maßnahme nicht ausgerechnet dann verwehrt werden, wenn sie motiviert und bereit sind, ihr Verhalten zu verändern. Letztendlich trägt eine gelungene Resozialisierung von straffälligen Drogenabhängigen dazu bei, die beträchtlichen volkswirtschaftlichen Ausgabe zu minimieren, die mitunter durch Rückfälle und erneute kriminelle Delikte verursacht werden (vgl. buss et al. 2011, S. 6).

4.2.2 *Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB*

Verglichen mit der Strafhaft, die de facto beträchtlich mehr drogenabhängige Verurteilte betreuen muss als der Maßregelvollzug, steht bei der Anordnung der Maßregel gemäß § 64 StGB die erfolgreiche Suchtbehandlung im Fokus. Dabei sind gewiss nicht alle straffälligen Drogenkonsumenten bereit bzw.

228 Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe in den §§ 10, 11 SGB VI

zumindest hinreichend motiviert für eine Therapie. (Vgl. Walter 1999, S. 282, Rn. 282c) Der Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB dient aber nicht allein der therapeutischen Behandlung von drogenabhängigen Straftätern, sondern auch, im Sinne einer Maßregel der Besserung und Sicherung, der Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit. Als reine Therapiemaßnahme ist der Maßregelvollzug nicht gedacht. Trotzdem ist die therapeutische Behandlung das vorrangige Ziel der Unterbringung. Diese Priorisierung wird ferner durch zwei andere Kriterien zum Ausdruck gebracht: die Voraussetzung einer positiven Prognose für die Behandlung sowie die primäre zeitliche Begrenzung der Maßregel.²²⁹ (Vgl. Schalast 2006, S. 340) Somit sind der allgemeine Strafvollzug sowie der Maßregelvollzug Unterbringungsformen mit Sanktionscharakter, die das gemeinsame wesentliche Ziel der zukünftigen Straffreiheit verfolgen, jedoch mithilfe verschiedenartiger Methoden. Der Resozialisierungsauftrag des § 2 StVollzG steht der Besserung in einer Entziehungsanstalt gegenüber. (Vgl. Konrad 2011, S. 28)

Der Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB wird in geschlossenen, eigens gesicherten Anstalten durchgeführt, in denen Täter mit einer Suchtproblematik (legale und illegale Drogen) zwangsweise untergebracht werden können. Deshalb befindet sich dort jeder Drogenabhängige vorerst mittels richterlicher Anordnung in therapeutischer Behandlung, unabhängig von seiner eigenen Motivation.²³⁰ Der Maßregelvollzug wird in psychiatrischen Landeskrankenhäusern mit zum Teil speziellen Stationen für Drogenabhängige oder in besonderen Maßregelvollzugsanstalten vollstreckt (forensische Psychiatrie). Das primäre Ziel besteht darin, die Patienten für therapeutische Maßnahmen zu motivieren. Die Möglichkeit der Rückverlegung in die reguläre JVA wird dazu benutzt, um auf die Betroffenen Druck auszuüben. (Vgl. Schmidt-Semisch 1990, S. 63 f.) Allerdings ist bei Patienten, die sich überhaupt nicht auf die Therapie im Maßregelvollzug einlassen können, der Abbruch der Maßnahme sowie die Verlegung in die Strafhafte durchaus angeraten.

229 Gemäß § 67d Abs. 1 StGB darf die Unterbringung nicht länger als zwei Jahre dauern, außer das Gericht hat ergänzend eine Freiheitsstrafe verhängt. In diesem Fall erhöht sich die Frist um die Länge der Haftstrafe, falls die Unterbringung im Maßregelvollzug auf die Strafe anrechenbar ist.

230 Solange keine deutliche Berechtigung besteht, ist die Zwangsunterbringung nicht legitim. Der Verurteilte muss eigentlich in die Maßnahme einwilligen. Dies ergibt sich aus § 4 Abs. 1 StVollzG, der eine Notwendigkeit in der Mitwirkung des Gefangenen an seiner Behandlung sieht. Vor diesem Hintergrund erscheint die (Zwangs-)Behandlung eines Patienten, der die therapeutische Maßnahme in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB eigentlich verweigert, nicht plausibel. (Vgl. Walter 1999, S. 293 Rn. 294)

Für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Hat eine Person den Hang,^[231] alkoholische Getränke oder andere berausende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist,^[232] so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen. (§ 64 StGB)

Demzufolge muss die Anlassstraftat ein Symptom des Hangs darstellen, wie beispielsweise Delikte der Beschaffungskriminalität. Allerdings sind Straftaten nicht charakteristisch, wenn sie Menschen in vergleichbarer Lage (z.B. Lebenskonflikt, Provokation durch Opfer) begangen haben könnten bzw. würden, die keinen Hang zum übermäßigen Konsum von Suchtmitteln aufweisen. (Vgl. Konrad 2011, S. 22) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ist also unausweichlich zu veranlassen, vorausgesetzt sie steht nicht „... zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis ...“ (§ 62 2. HS StGB) oder ein Behandlungserfolg ist von Anfang an undenkbar. Nicht verhältnismäßig wäre die Einweisung in den Maßregelvollzug daher bei drogenabhängigen Straftätern, die illegale psychotrope Substanzen lediglich zum Eigengebrauch erworben und ein minderschweres Delikt der Beschaffungskriminalität begangen haben. (vgl. Hellebrand 1990, S. 139 f.) Natürlich ist auch infrage zu stellen, inwieweit bei einer Zwangsunterbringung grundsätzlich eine ausreichende Behandlungsaussicht existiert

231 Der „Hang“ kann als Abhängigkeit oder schwerer Missbrauch definiert werden (vgl. Haar 2003, S. 145).

232 Meistens werden drogenabhängige Straftäter als voll schuldfähig oder aufgrund der Betäubungsmittelabhängigkeit als vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) befunden. Als schuldunfähig (§ 20 StGB) werden nur vereinzelte Drogenabhängige eingestuft. (Vgl. Jehle 2007, S. 351) Zur Anwendung des § 21 StGB im Drogenbereich siehe Hellebrand 1990, S. 139 f.. Zum Thema Schuldunfähigkeit und psychotrope Substanzen vgl. Dittmann 2009.

(insbesondere bei bereits mehreren freiwilligen, aber erfolglosen, Entwöhnungsbehandlungen im Vorfeld). Die Einschätzung des „Hangs“ aus juristischer und nicht aus suchtmedizinischer Sicht scheint nicht jedem Klienten gerecht zu werden. Zudem kommen (willentlich) falsche Aussagen der Klienten dazu, die übertreiben, um Hilfe zu bekommen bzw. untertreiben, aus Angst vor unbekanntem Hilfsmaßnahmen oder fehlender Therapiemotivation.

Zusätzlich zur Unterbringung gemäß § 64 StGB wird größtenteils noch eine freiheitsentziehende Parallelstrafe verhängt. In den meisten Fällen wird gemäß § 67 Abs. 1 StGB die Maßregel vorweg vollzogen²³³, außer es ist zweckmäßig, die Freiheitsstrafe (teilweise) im Vorfeld zu verbüßen²³⁴ (§ 67 Abs. 2 S. 1 StGB). Die Zeit, die der Verurteilte in der Entziehungsanstalt verbringt, wird nach § 67 Abs. 4 StGB auf die Strafe angerechnet. Nach Verbüßung von zwei Dritteln sowie einer positiven prognostischen Einschätzung kann der Strafreist zu Bewährung ausgesetzt werden (vgl. Jehle 2007, S. 351). Aufgrund der verschiedenen Möglichkeiten hinsichtlich der Vollstreckungsreihenfolge begegnen die meisten drogenabhängigen Straftäter trotzdem beiden Systemen²³⁵. Es kann davon ausgegangen werden, dass mindestens die Hälfte der Untergebrachten im Maßregelvollzug sowohl den regulären Vollzug, als auch den Maßregelvollzug durchlaufen haben, vielfach im Rahmen der Erledigung. (Vgl. Konrad 2011, S. 27 f.)

Das StBA erstellt zum 31. März jeden Jahres eine Statistik über Untergebrachte im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung nach §§ 63, 64 StGB (ohne einstweilige Unterbringung).²³⁶ Zum 31.03.2011 befanden sich 1.968²³⁷ männliche Kon-

233 Die Resozialisierung aus dem Maßregelvollzug heraus wird weitaus besser vorbereitet, als im regulären Vollzug (bspw. stufenweise Lockerung).

234 Bei Langstrafigen, mit einer Freiheitsstrafe von über drei Jahre (nach § 67 Abs. 2 S. 2 StGB), ist dies oft der Fall. Die Motivationslage für die Behandlung wird sehr gering, wenn der Verurteilte weiß, dass er nach der Maßregel für sehr viele Jahre im Strafvollzug inhaftiert wird und aufgrund der Struktur des Systems in alte Verhaltensmuster zurückfällt sowie seine neu erlernten Fähigkeiten nicht in der freien Gesellschaft erproben kann. Ein anderer Grund für den Vorwegvollzug der Freiheitsstrafe wäre gemäß § 67 Abs. 2 S. 4 StGB eine Ausweisung des Gefangenen.

235 Die straffälligen Drogenabhängigen befinden sich bis zur Rechtskraft des Urteils oft in U-Haft, wodurch es schon zu einem ersten Kontakt mit dem System Justizvollzug gekommen ist, bevor sie in den Maßregelvollzug verlegt werden.

236 Diese Statistik ist eine Stichtagserhebung im Strafvollzug und erfasst alle Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten, die zum Erhebungsstichtag ihre Strafe verbüßen. Die Stichtagserhebung im Strafvollzug wird als Sekundärerhebung (Vollerhebung) bezeichnet und basiert auf den Verwaltungsdaten der JVAen. (Vgl. StBA 2011e, S. 5 f.)

sumenten illegaler Substanzen nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt (19,7% aller weiblichen und männlichen Maßregelpatienten). Darunter sind 63 (3,2%) Wiederholungsfälle sowie 15 (0,8%) Widerrufsfälle erfasst. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Gesamtzahl der Unterbringungen von männlichen Drogentätern nach § 64 StGB um 164,9% angestiegen. Seit 1996 hat sich die Zahl sogar vervierfacht. (Vgl. StBA 2011e, S. 32) Über die vergangenen Jahre hinweg, ist ein kontinuierlicher Anstieg der Maßregelpatienten gemäß § 64 StGB zu verzeichnen (s. Abb. 18). Dieser Trend scheint nicht rückläufig zu sein und sollte besonders vor dem Hintergrund der kontraproduktiven Bewilligungspraxis des § 35 BtMG sowie des § 57 StGB weiter beobachtet werden.²³⁸

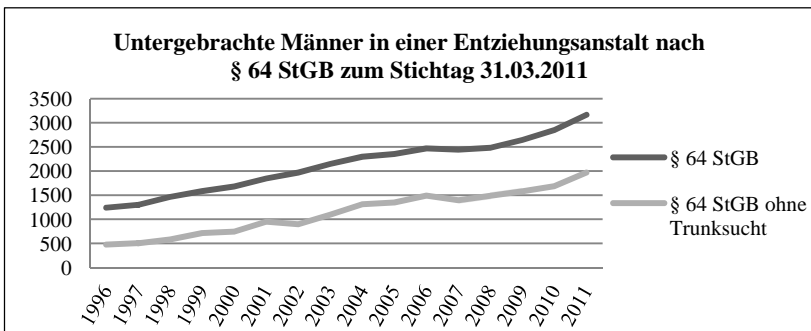


Abb. 18: Untergebrachte Männer in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB zum Stichtag 31.03.2011, Quelle: StBA 2011e, S. 32

Diese enorme Steigerung von untergebrachten Männern (ohne Trunksucht) im Maßregelvollzug nach § 64 StGB ist deswegen bedenkenswert, da mit der Zurückstellung der Strafe nach § 35 BtMG eine besondere Regelung geschaffen wurde, die drogenabhängigen Inhaftierten die Behandlung in einer freien

237 Zum 31.03.2011 waren insgesamt sind 34,1% (3.166) aller Männer im Maßregelvollzug aufgrund des § 64 StGB dort untergebracht (93,0% Männerquote im Maßregelvollzug). Davon sind 62,2% (1.968) männliche Entziehungsfälle ohne Trunksucht. (Vgl. StBA 2011e, S. 32)

238 Gemäß mehrerer Beschlüsse des BGH (z.B. BGH Beschluss vom 20.7.2004, Aktenzeichen: 5 StR 257/04; BGH Beschluss vom 30.6.2004, Aktenzeichen: 2 StR 196/04) hat die Anordnung des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB Vorrang vor dem § 35 BtMG. Begründet wird diese Regelung damit, dass die Zurückstellungslösung erst im Vollstreckungsverfahren Thema wird und daher das Erkenntnisverfahren nicht beeinflussen kann. Somit muss die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt angeordnet werden, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. In der Praxis wird der Maßregelvollzug von den Tatgerichten jedoch als zu unflexibel angesehen und die Erfolgsaussicht als eher gering eingeschätzt, wodurch vorherrschend die suchtspezifische Maßnahme des § 35 BtMG in Betracht gezogen wird. (Vgl. Jehle 2007, S. 365)

Therapieeinrichtung ermöglicht. Dieser Anstieg müsste bedeuten, dass immer höhere Strafen bei drogenabhängigen Straftätern verhängt bzw. immer schwere Taten von ihnen begangen werden, da die Anordnung des Maßregelvollzugs nach § 64 StGB auch der Verhältnismäßigkeit entsprechen muss. Tatsächlich haben schwere Gewaltstraftaten bei Maßregelpatienten tendenziell zugenommen, ebenso die Verhängung von Parallelstrafen. (Vgl. Schalast 2006, S. 341)

Die Ansicht, die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB stelle eine nahezu problemlose sowie therapeutisch größtenteils aussichtsreiche Alternativlösung zur allgemeinen Haftanstalt dar, stimmt nicht ganz (vgl. Schalast 2006, S. 341).²³⁹ Die Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB werden noch problembehafteter eingestuft als in der sucht-spezifischen Behandlung außerhalb der Zwangseinweisung. Zudem befinden sich in der Entziehungsanstalt gehäuft Straftäter mit einer komplexen Persönlichkeitsproblematik (z.B. dissoziale Persönlichkeitsstörung). Besonders auffällig ist die allgemein (äußerst) defizitäre soziale Eingliederung in die Gesellschaft. Die therapeutische Behandlung im Maßregelvollzug umfasst noch andere Themenbereiche (z.B. deliktorientiertes Arbeiten), als die in einer freien Therapieeinrichtung. Die Dauer der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist auch wesentlich länger. Allerdings sind der (sucht-)therapeutische sowie der sicherheitsspezifische Auftrag der Maßregel nicht einfach miteinander zu vereinbaren. (Vgl. Haar 2003, S. 163 f.) Aufgrund der vorwiegend auffälligen Persönlichkeitsstruktur der Verurteilten nach § 64 StGB, deren Vergangenheit geprägt ist vom Missbrauch illegaler Substanzen sowie kriminellen Delikten, kann das Rückfallrisiko in Bezug auf erneute Straftaten mithilfe der therapeutischen Maßnahme sowie einer angemessenen Entlassungsvorbereitung verringert werden. Hingegen ist das erwartete Behandlungsziel des straffreien Lebens im Anschluss an die Maßregel, wie es der Forderung hinsichtlich der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung entspricht, dabei für gewöhnlich ohne Erfolgsaussicht. (Vgl. Leygraf 2007, S. 347) In Anbetracht dieser Perspektive erscheint folgender, von Leygraf (2007) dargestellter Ansatz, erfolgversprechender:

Der Situation in den Entziehungsanstalten deutlich angemessener erscheint die Zielbeschreibung im Beschluss des Bundesgerichtshofes, laut der eine Unterbringung gemäß § 64 StGB die Aussicht voraus-

239 Weiterführend siehe den Projektbericht von Schalast/Kösters 2008 zum Kurzprojekt mit Inhalten zu Erkenntnissen bezüglich Behandlungserfolg und Prognose zu Erfolgsaussichten.

setzt, dass das Ausmaß der Gefährlichkeit des Täters nach Frequenz und krimineller Intensität der von ihm befürchteten Straftaten *deutlich herabgesetzt* wird (BGH bei Detter, NStZ 2003, 139). An diesem Ziel sollte sich auch die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung orientieren. (S. 347)

Das therapeutische Potenzial der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB soll nicht in Abrede gestellt werden. Im Rahmen einer adäquaten ressourcenorientierten therapeutischen Behandlung können Veränderungsprozesse eingeleitet und gefördert werden. Der Maßregelvollzug ist jedoch überfordert, dem Auftrag gerecht zu werden, beträchtlich psychisch auffällige Straftäter in einem begrenzten zeitlichen Rahmen von ein bis zwei Jahren erfolgreich zu therapieren sowie eine adäquate Entlassungsvorbereitung im Rahmen von entsprechenden Lockerungsmaßnahmen zu leisten. Letztere stehen häufig im Widerspruch zu dem Aspekt der Sicherheit der Allgemeinheit und rücken zu dessen Gunsten in den Hintergrund. Dieser überfrachtete Auftrag ist mitunter ein Grund, weshalb der Anteil an den Patienten, bei denen ein Abbruch der Behandlung gemäß § 67d Abs. 5 StGB aufgrund ungenügender Erfolgsprognosen erwirkt wurde, enorm angestiegen ist. (Vgl. Schalast 2006, S. 341 f.) Vor diesem Hintergrund ist es von Bedeutung, neben allem Sicherheitsdenken genügend Möglichkeiten für ein angemessenes therapeutisches Erprobungsfeld anzubieten, dessen Grenzen aus juristischer Sicht realistisch eingeschätzt werden müssen.

4.3 Medizinische Behandlung

4.3.1 Arzt-Patienten-Verhältnis

In Haft können sich die Gefangenen, im Gegensatz zur freien Arztwahl außerhalb der JVA, nicht den Arzt ihres Vertrauens auswählen.²⁴⁰ Somit nimmt dieser die Position eines „Zwangsansprechpartners“ ein (vgl. Keppler 2009a, S. 85). Vor diesem Hintergrund ist es oft schwierig, die Voraussetzungen für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen dem Anstaltsarzt und den Inhaftierten zu schaffen. Der haftinterne Arzt ist in die Hierarchie des Vollzugspersonals eingegliedert, muss die Kontrollaufgaben für die Sicherheitsstandards der JVA erfüllen (z.B. Urinkontrolle) und arbeitet mit Patienten, die

²⁴⁰ Freigänger, die außerhalb der Haft auf dem freien Arbeitsmarkt eine Anstellung haben und somit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, können sich ihren Arzt hingegen frei wählen (vgl. Keppler 2009a, S. 86).

den Kontakt zu ihm meist nicht freiwillig herstellen. Diese Voraussetzungen führen zu einer enormen Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Für den Anstaltsarzt ist es eine Gratwanderung zwischen den Vorschriften der JVA, die einer strikten Kontrolle unterliegen, und der medizinischen Behandlung, die sich am Patienten orientieren soll.²⁴¹ Diese strukturelle Erschwernis verstärkt die Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit auf beiden Seiten und beeinträchtigt die Qualität der Gesundheitsversorgung der Häftlinge. Auf der einen Seite ist ein vertrauensvoller Kontakt zwischen dem Arzt und den Patienten unerlässlich, um diagnostisch arbeiten zu können sowie Therapieformen zu diskutieren. Auf der anderen Seite ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich die Inhaftierten in einer Zwangslage befinden. Sie versprechen sich im konkreten, einzelnen Fall Unterstützung vom Anstaltsarzt, der sie mittels (realer oder simulierter) Krankheitszeichen aus ihrer unangenehmen und schlimmen Lage herausholen soll. (Vgl. Stöver 2008a, S. 242 f.)

In aller Regel können die Inhaftierten mit ihrem Anliegen den Anstaltsarzt nur aufsuchen, wenn der diensthabende Vollzugsbeamte dies als erforderlich ansieht. (In diesem Zusammenhang findet bereits eine gewisse Selektion statt.) Der haftinterne Arzt wird zudem laufend bei Belangen konsultiert, welche die Durchführbarkeit von Sicherungs- und Disziplinarmaßnahmen betreffen (§§ 91 Abs. 2, 92, 106 Abs. 2 S. 2, 107 Abs. 1 StVollzG), die für Häftlinge unangenehm sind. Derartige Erlebnisse können bei den Inhaftierten vermehrt den Eindruck hinterlassen, dass der Anstaltsarzt die Interessen der Vollzugsbehörde vertritt. (Vgl. Stöver 2010b, S. 28) Allerdings arbeiten haftinterne Ärzte in fachspezifischer Hinsicht unabhängig. Die Leitung der jeweiligen JVA ist somit nicht berechtigt, ihnen in Bezug auf medizinische Belange Weisungen zu erteilen. Ein intramural praktizierender Mediziner hat die notwendige Behandlung einzuleiten, um die Gesundheit der Häftlinge zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Innerhalb seines Arbeitsbereichs wird ihm ein Spielraum für Entscheidungen nach eigenem Ermessen eingeräumt, der kaum einer Außenkontrolle unterliegt. Generell haben die Maßnahmen angemessen und geeignet zu sein, jedoch ist dabei immer der wirtschaftliche Faktor zu beachten, der nicht über den Bereich des Notwendigen hinaus gehen darf.²⁴² (Vgl. Keppler 2009a, S. 85 f.)

241 Ärztliche Ethik in der Betreuung von Menschen in Haft siehe Pont 2010

242 „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ (SGB V § 12 Abs. 1)

Die wesentlichen Aspekte in der ärztlichen Betreuung (Schweigepflicht des Arztes, Selbstbestimmungsrecht des Patienten) stehen einem Spannungsverhältnis zu den Sicherheits- und Ordnungsaspekten der Haftanstalt. Angesichts der knappen Anzahl an Mitarbeitern im haftinternen medizinischen Dienst,²⁴³ der defizitären finanziellen Mittel sowie der Überbelegung etlicher JVAen verschlechtert sich häufig die qualitative Komponente der Gesundheitsversorgung und die freien Zugangsmöglichkeiten der Gefangenen zum medizinischen Versorgungssystem werden erschwert. Die Angestellten des medizinischen Dienstes werden von der Gefängnisadministration beschäftigt und entlohnt. Infolgedessen und auch aufgrund der fehlenden freien Arztwahl, zweifeln die Inhaftierten häufig an der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, der fachspezifischen Autonomie der Ärzte, deren medizinischen Fähigkeiten sowie die vom Arzt ausgehenden Beweggründe. (Vgl. Pont 2010, S. 34 f.)

An dieser Stelle wird das Spannungsverhältnis deutlich, in dem sich der Anstaltsarzt und die Patienten befinden: Durch die Integration des Arztes in die Hierarchie des Anstaltspersonals, seine Anstellung sowie Bezahlung von der Gefängnisadministration sowie seine Konsultation bzw. seinen Einfluss auf Entscheidungen hinsichtlich Sicherungs- und Disziplinarmaßnahmen, repräsentiert er für viele Inhaftierte eine Person, die dem Strafvollstreckungssystem angehört. Auch der Ermessenspielraum sowie die wirtschaftliche Gebundenheit im Rahmen der Notwendigkeit von medizinischer Behandlung unterstreicht ein gewisses Macht- bzw. Abhängigkeitsverhältnis. Dementsprechend haben die Inhaftierten teilweise das Gefühl, dem Anstaltsarzt ausgeliefert zu sein.

Dieses potenziell angespannte Verhältnis zwischen dem Anstaltsarzt und den Patienten könnte gelockert werden, indem ein freier Zugang zum haftinternen Mediziner ermöglicht wird. Der Mangel an Personal im medizinischen Dienst sollte behoben werden, um Defizite in der Versorgungsstruktur auszugleichen (Ermöglichung von zeitnahen Aufnahmeuntersuchungen sowie dringenden Untersuchungen und Beratungen durch den Arzt; genügend Zeit für eine umfassende Untersuchung, Beratung sowie Behandlung). Diese fehlenden personellen Kapazitäten bedingen manchmal den Umstand, dass Vollzugsbeamte im Hinblick auf den Zugang von Häftlingen zur Sprechstunde

243 Statistische Daten zu den Beschäftigten (in Vollzeit-Äquivalenten) im deutschen Strafvollzug (zum 01. September 2009) sind nachzulesen in "Annual Penal Statistics of the Council of Europe" (Aebi/Delgrande 2011)

des Arztes selektieren. Derartiges Vorgehen sollte vermieden werden, beispielsweise mithilfe von „Patientenbriefkästen“, über die sich die Häftlinge diskret anmelden können. Zudem sind das Selbstbestimmungsrecht sowie das Einverständnis der Patienten in medizinische Maßnahmen wichtig, insbesondere im fremdbestimmten Haftalltag der Gefangenen. Um die Autonomie der Gefangenen in diesem Bereich wahren sowie eine (Nicht-)Einwilligung erwarten zu können, ist es unerlässlich, die Betroffenen hinreichend sowie verständlich über den mehrfach vielschichtigen Kontext medizinischer Zusammenhänge der Behandlung aufzuklären (unter Berücksichtigung des meist niedrigeren Bildungsniveaus sowie teilweiser sprachlicher und intellektueller Defizite der inhaftierten Patienten). Eine Diagnostik oder Therapie darf nur mit Zustimmung und nach einer, den Erfordernissen entsprechenden, Aufklärung begonnen werden. Ist der Patient nicht einverstanden, hat sich der behandelnde Mediziner zu vergewissern, inwieweit sich der Häftling zum einen über die Konsequenzen seiner Entscheidung in vollem Ausmaß bewusst ist und zum anderen über die Möglichkeit Bescheid weiß, seinen Entschluss stets revidieren zu können.²⁴⁴ Für ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Inhaftierten ist neben einem von Respekt sowie Empathie geprägtem Umgang, fachlicher Qualifikation und Professionalität, die Schweigepflicht des Arztes von entscheidender Bedeutung. Damit sich der Patient der Diskretion des Anstaltsarztes sicher sein kann, sollten die Sprechstunden ohne Vollzugsbeamte stattfinden. Im Hinblick auf die ärztliche Ethik wäre dies nur dann legitim, falls der Mediziner sich um seine Sicherheit sorgt und auf die Überwachung besteht.²⁴⁵ Selbstverständlich müssen sämtliche patientenbezogenen Details unter Gewährleistung des Datenschutzes verwahrt werden und dürfen lediglich mit einer ausdrücklichen Schweigepflichtentbindung des betroffenen Patienten (oder durch einen Gerichtsbeschluss) an Dritte ausgehändigt werden. Ein essenzielles Prinzip ist ebenso die professionelle Unabhängigkeit des Anstaltsarztes sowie des Pflegepersonals ein. Dies könnte optimal umgesetzt werden, indem die Angestellten des medizinischen Dienstes von der Justizvollzugsbehörde unabhängig wären und die organisatorischen sowie administrativen Aufgaben der Erhaltung und Förderung der Gesundheit in

244 Diese Rechte gelten jedoch nicht bei beispielsweise unzurechnungsfähigen oder bewusstlosen Patienten oder bei Gefahr im Verzug. Speziell können hier Infektionskrankheiten genannt werden, von denen eine Gefahr für Allgemeinheit ausgehen könnte (bspw. Tuberkulose). Diese Ausnahmen sind gesetzlich geregelt und bei Eintritt formal sowie inhaltlich richtig zu dokumentieren. (Vgl. Pont 2010, S. 41)

245 Falls die Anwesenheit von Wachbeamten gewünscht wird, sollten diese sich aber außer Hörweite bei der Anamneseerhebung sowie außer Sicht bei der körperlichen Untersuchung befinden.

Haftanstalten gänzlich von externen Institutionen (bspw. Gesundheitsministerium) übernommen werden würden.²⁴⁶ (Vgl. Pont 2010, S. 39 ff.) Durch die Ausgliederung der haftinternen Ärzte aus der Hierarchie des Vollzugspersonals würden sie einen externen Status erlangen (ähnlich der externen Suchtberatung), der das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und den Patienten von Beginn an grundsätzlich fördern würde.

In dem Zusammenhang (der professionellen Unabhängigkeit) könnte auch die Überlegung angestellt werden, ob die ärztliche Behandlung nicht in öffentliche Krankenhäuser verlegt werden sollte. Dort würde, in gesicherten Abteilungen für Gefangene, das Personal des Krankenhauses sowie der Haftanstalt zusammenarbeiten. Dieses Konzept könnte gleichzeitig die Anzahl der Überwachungen von Einzelpersonen im Krankenhaus durch Vollzugsbeamte reduzieren, da hier die Patienten gemeinsam auf einer Station überwacht werden. Außerdem besteht ein klarer Vorteil darin, dass die inhaftierten Patienten ihren behandelnden Arzt frei wählen könnten (zumindest im Rahmen des diensthabenden Krankenhauspersonals), wodurch ein Abhängigkeitsverhältnis unterbunden und dem Äquivalenzprinzip nachgekommen wird. Ein anderes Modell wären ambulante Bereiche für die medizinische Betreuung und Behandlung in (vorerst) großen Gefängnissen, in die externe (Fach-)Ärzte kommen. Dadurch würden Ausführungen von Inhaftierten zu extramuralen Medizinerinnen stark minimiert werden. Durch die Vernetzung von intramuraler und extramuraler medizinischer Behandlung wäre, neben der geringeren Anzahl an Überwachungen im Krankenhaus sowie Ausführungen zu extern praktizierenden Ärzten, das Problem der Akquise von kompetenten Mitarbeitern erledigt. Es könnte zu einem verbesserten Arzt-Patienten-Verhältnis beitragen. Außerdem würden Kosten minimiert werden, die bisher zum Bereithalten von wenig in Anspruch genommenen Ressourcen aufgewendet wurden. (Vgl. Keppler 2009a, S. 90)

246 Wesentliche Vorteile in der Verschiebung der Zuständigkeit hinsichtlich der Gesundheitsversorgung in Haft von der Vollzugsbehörde zu beispielsweise den Gesundheitsämtern sind folgende: Ausgleichung der Unterschiede in der extramuralen und intramuralen medizinischen Versorgung, Unterbindung der Gratwanderung zwischen patienten- und institutionsorientiertem Arbeiten, Ermöglichung einer Behandlung auf höchstem medizinischen Standard, Anstellung qualifizierten Fachpersonals sowie Steigerung der Effektivität durch eine Zusammenarbeit von Justiz und Gesundheitsministerium bzw. einer Änderung von Verantwortlichkeiten (anhand aktueller Erfahrungen nachgewiesen). (Vgl. Stöver 2011d, S. 125 f.) Dieses System hat sich in Norwegen und Holland schon lange als geeignet erwiesen. Frankreich und England haben es ebenfalls umgesetzt. Italien befindet sich in der Einführungsphase. Eine ausführliche Darstellung dieses Themenkomplexes ist nachzulesen in Stöver 2011d.

Die generell schwierigen Verhältnisse in der JVA verlangen sowohl dem haftinternen Arzt als auch dem Hilfesuchenden in der gesundheitlichen Versorgung viel ab. Die Haftbedingungen beeinträchtigen häufig den Aufbau einer Beziehung zum Inhaftierten, dessen Vertrauen in die haftinterne medizinische Behandlung ohnehin schon getrübt ist. (Vgl. Lehmann et al. 2009, S. 180) Neben den strukturell- und systembedingten Problembereichen werden speziell die drogenabhängigen Inhaftierten aufgrund ihres Konsums illegaler Substanzen häufig mit der Befangenheit des medizinischen Dienstes konfrontiert (vgl. Lohmann 1997, S. 116). Die Betroffenen kritisieren, dass ihre vorgebrachten Krankheitsanzeichen vielfach als Reaktion auf die Vollzugssituation fehlinterpretiert werden. Die Anstaltsärzte sind oftmals dem Risiko ausgesetzt, die drogenabhängigen Patienten in ihren gesundheitlichen Belangen nicht ausreichend ernst zu nehmen, da sie aus Erfahrung wissen, dass einige von ihnen Symptome vortäuschen (um sich Arzneimittel zu verschaffen), keine Lust auf Arbeit haben, Medikamente missbrauchen, Privilegien zu Unrecht erlangen wollen oder überempfindlich sind. Die gesundheitlichen Beschwerden werden häufig missachtet. Diese Umstände intensivieren bei den drogengebrauchenden Inhaftierten die Befürchtung, dem Anstaltsarzt ausgeliefert zu sein. (Vgl. Stöver 2010b, S. 27) Um diesen Aspekt zu umgehen, verschweigen die Drogenabhängigen den haftinternen Ärzten weitgehend ihre Suchtproblematik.

Zusammengefasst belasten also unbewusste und bewusste Vorurteile und Befürchtungen von Arzt und Patienten deren Verhältnis, was eine adäquate medizinische Behandlung oft erschwert. Der medizinische Dienst arbeitet darüber hinaus in einem Spannungsfeld, in dem Hilfe und Kontrolle einhergehen. Letztlich kann dieses strukturelle Problem alleine durch die weitgehende Öffnung der Gefängnisse, den fachlichen Austausch mit den extramural praktizierenden Ärzten und der Einbeziehung externen Fachpersonals gelöst werden. (Vgl. Stöver 2008a, S. 242 f.) Der haftinterne Arzt soll rein patientenorientiert praktizieren können und keine kontroll- und sicherheitsspezifischen Aufgaben erfüllen müssen. Bei derartigen Maßnahmen wie Leibesvisitationen, Drogenscreenings aufgrund von Belangen der Sicherheit und Ordnung der Haftanstalt, Gutachtertätigkeiten sowie Einschätzungen bezüglich medizinischer Vertretbarkeit von Sicherheits- und Disziplinarmaßnahmen bei Häftlingen sollten permanent extramurale Mediziner oder der Amtsarzt herangezogen werden. Um realisieren zu können, dass sich der haftinterne medizinische Dienst uneingeschränkt auf die gesundheitliche Verfassung und das Wohlergehen der Inhaftierten konzentrieren kann, sind die sieben bedeu-

tungsvollen Maximen der ärztlichen Ethik²⁴⁷ einzuhalten. (Vgl. Pont 2010, S. 38 f.) Folgende Grundsätze wurden vom CPT (2010, S. 31) bestimmt: die freie Zugangsmöglichkeit zum Anstaltsarzt, das Äquivalenzprinzip, das Selbstbestimmungsrecht der Patienten sowie die Schweigepflicht des Arztes, die präventive Gesundheitsfürsorge, der humanitäre Beistand, die professionelle Unabhängigkeit und fachliche Kompetenz des haftinternen Arztes.²⁴⁸ Pont (2010) erläutert zudem:

Das strikte Befolgen dieser Prinzipien schafft nicht nur die Basis für ethisches Handeln bei der ärztlichen Betreuung Gefangener, sondern erleichtert auch deren praktische Durchführung: es fördert das Vertrauen der Gefangenen, stellt die Professionalität der Betreuer außer Frage, beugt Missverständnissen vor, gibt Orientierungshilfe in ethischen Konfliktsituationen, unterstützt die Qualitätssicherung dieser Arbeit und schützt vor rechtlichen Anfechtungen mit dem Beistand international anerkannter Dokumente. (S. 38)

Die Kernpunkte ärztlicher Ethik sind in Haft durchaus nicht einfach zu realisieren, selbst wenn diese extramural (größtenteils) eine Selbstverständlichkeit darstellen. Aber besonders in Anbetracht der Gratwanderung zwischen patienten- und institutionsorientiertem Arbeiten ist die Ausrichtung des Anstaltsarztes sowie des Pflegepersonals an den Prinzipien medizinischer Ethik von zentraler Relevanz. Diese Haltung sollte allen im Vollzug arbeitenden und inhaftierten Menschen mitgeteilt sowie von ihnen akzeptiert werden. (Vgl. Pont 2010, S. 43)

4.3.2 Grundlegende Gesundheitsversorgung

Inhaftierte Menschen (geschlossener Vollzug) sind nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert (§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V – Ruhen des Anspruchs), sondern über die Justiz im Rahmen der Gesundheitshilfe, wodurch der Justizvollzug der Verpflichtung unterliegt, für die medizinische Betreuung und Behandlung Sorge zu tragen sowie die entstehenden Kosten zu übernehmen.²⁴⁹ Gesetzlich versichert sind lediglich die Gefangenen, die sich im offenen Vollzug befinden oder einen Freigänger Status besitzen und in einem

247 Umfassend vgl. Pont 2010, S. 38–46

248 Die Kernaussagen zum Äquivalenzprinzip, zur Gesundheitsversorgung sowie Prävention und zur professionellen ärztlichen Kompetenz werden noch in 4.3.2 Grundlegende Gesundheitsversorgung näher erläutert.

249 Rechtlich ist die Gesundheitsfürsorge in Haft im siebten Teil des StVollzG (§§ 56 ff. StVollzG) geregelt.

freien versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen (§ 62a StVollzG). (Vgl. Knorr 2011, S. 211)

In Haftanstalten ist das medizinische Versorgungssystem in vier Stufen aufgeteilt: die „ambulante Versorgung“ (diagnostische sowie therapeutische Arbeit in Sprechstunden), die „stationäre Unterbringung in einer Krankenabteilung“ (ernsthaft kranke bzw. speziell pflegebedürftige Insassen, Isolierung aufgrund einer Erkrankung – bspw. Hepatitis A), die „stationäre Unterbringung in einem Krankenhaus des Justizvollzugs“ (kein bundeseinheitliches Spektrum an Leistungen) und letztlich die Kooperation mit externen (spezialisierten) Ärzten und Kliniken. (Vgl. Keppler 2009a, S. 88)

Ein elementarer Baustein für die Resozialisierung ist die Herstellung bzw. Stabilisierung und Stärkung des körperlich-seelischen Gesundheitszustandes²⁵⁰ (vgl. Stöver 2010b, S. 13). Die Haftstrafe soll den Inhaftierten alleine durch den Freiheitsentzug bestrafen und nicht obendrein durch unzureichende medizinische und psychosoziale Behandlung oder das Verursachen von (möglicherweise irreversiblen) gesundheitlichen Schäden²⁵¹. Die haftinterne medizinische Behandlung muss sich also grundlegend an den Standards der gesetzlichen Krankenversicherung und ebenso an den Bedingungen der medizinischen Versorgung von außen orientieren.²⁵² Dieses sogenannte Äquivalenzprinzip²⁵³ soll die gleichwertige medizinische Behandlung außerhalb und innerhalb der Gefängnisse garantieren, sodass der Häftling nicht in einem schlechteren gesundheitlichen Zustand aus der Haft entlassen wird, als er inhaftiert wurde. Die gesetzliche Basis bilden der Angleichungs-²⁵⁴ und Gegenwirkungsgrundsatz des § 3 Abs. 1, 2 StVollzG, die eine Ausrichtung der haftinternen Versorgungs-, Behandlungs- und Beratungsangebote an den externen Standards und Leitlinien postulieren, die sich als geeignet erwiesen haben. Neben den ethischen und fachlichen Maximen des Äquivalenzprinzips sind zudem praxisnahe Vorteile ersichtlich. Allein durch die Anpassung der

250 Grundlegende Literatur zur medizinischen Versorgung im Justizvollzug siehe Keppler/Stöver 2009. Zu „Gesundheit in Haft“ siehe Bögemann et al. 2010

251 Z.B. erhöhte Infektionsgefahren aufgrund der Haftbedingungen verbunden mit der schlechten Immunitätslage vieler Gefangener, Beeinträchtigung des Immunsystems durch mangelhafte Ernährung

252 „Für die Art der Gesundheitsuntersuchungen und medizinischen Vorsorgeleistungen sowie für den Umfang dieser Leistungen und der Leistungen zur Krankenbehandlung einschließlich der Versorgung mit Hilfsmitteln gelten die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und die auf Grund dieser Vorschriften getroffenen Regelungen.“ (§ 61 StVollzG)

253 Ausführliches zum Äquivalenzprinzip in Meier 2009

254 Weiterführend vgl. „Grundentscheidungen zur Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug: Der Angleichungsgrundsatz“ Hillenkamp 2008, S. 106–110

intramuralen Praxis an die medizinischen Standards der freien Gesellschaft können sowohl vor als auch nach der Haftentlassung haftinterne Hilfen mit denen außerhalb effektiv vernetzt werden.²⁵⁵ (Vgl. Stöver 2000, S. 147) Angesichts der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten ist festzustellen, dass eine Angleichung an die Standards der medizinischen Versorgung von Patienten außerhalb der Haft, im Bereich der Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, längst noch nicht realisiert ist (vgl. Pont 2010, S. 40).

Der Freiheitsentzug birgt grundsätzlich ein gesundheitliches Risiko, da die Ressourcen der Gefangenen eingeschränkt sind: In Haft fehlt es den Inhaftierten an Bewegung und Reizen, sie sind unterfordert und bauen eine Versorgungsmentalität auf. Die daraus resultierenden Faktoren, wie fehlende Selbstständigkeit, depressive Stimmung, Apathie und Mutlosigkeit, beeinträchtigen die psychische Gesundheit. Das Risiko von psychosomatischen Störungen erhöht sich und das Immunsystem wird anfälliger für Krankheiten. Zusätzlich sind die Inhaftierten durch gesundheitliche Belastungen gefährdet, die sich aus den Vollzugsbedingungen ergeben: In Haft befinden sich vermehrt Inhaftierte aus Problemgruppen (charakteristische Syndrome durch vorangegangene Obdachlosigkeit, körperliche Verletzung aufgrund schwerer Suchtmittelabhängigkeit), die Gefängnisse sind oft überbelegt, es herrschen triste Verhältnisse, gesunde Ernährung fehlt mehrfach, der Haftalltag ist von Erpressung sowie (Androhung von) Gewalt geprägt und die Gefangenen haben keine Privatsphäre.²⁵⁶ Trotz der intramuralen Gesundheitsrisiken verbessert sich bei vielen Inhaftierten der physische Zustand verhältnismäßig schnell (v.a. Zunahme des Körpergewichts, besserer allgemeiner Gesundheitszustand, sportliche Betätigung), da ihnen zuvor meist essenzielle Ressourcen gefehlt haben (bspw. regelmäßiges Essen, zahnärztliche Versorgung, Hygienestandards). Teilweise werden gravierende Gesundheitsleiden erst im Gefängnis behandelt, da für die Drogenabhängigen der allgemeine Zugang

255 Health in Prisons – A WHO guide to the essentials in prison health in Möller et al. 2007

256 Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter hat in mehreren deutschen Gefängnissen inakzeptable Missstände entdeckt, die auf mangelhafte Haftbedingungen hindeuten: zu kleine sowie überlegte Zellen, kärglich ausgestattete Hafräume in unhygienischem Zustand, eingeschränkte Frischluftzufuhr und zu wenig Tageslicht (bspw. aufgrund von Sichtblenden an vielen Fenstern). Besonders betroffen von den Mängeln ist die Intimsphäre der Gefangenen: Beobachtung der Inhaftierten auf der Toilette durch Videokameras (Verpixelung des Bildes wird gefordert, um die Intimsphäre nicht weiter zu verletzen) und fehlende Trennwände (oder Ähnliches) in Gemeinschaftsduschräumen. (Vgl. Nationale Stelle zur Verhütung von Folter 2012, S.40–54)

zum Arzt, trotz der erwähnten Probleme, einfacher ist als extramural.²⁵⁷ Jedoch bedeutet die Regeneration des körperlichen Zustandes nicht gleichzeitig auch, dass sich die Inhaftierten von ihren psychischen Störungen erholen. Die Zahl der Häftlinge mit einer behandlungsbedürftigen Krankheit erhöht sich kontinuierlich.²⁵⁸ (Vgl. Stöver 2008a, S. 248 ff.) In den Haftanstalten sind Gefangene aus diversen Nationen und unterschiedlichsten sozioökonomischen sowie kulturellen Ursprungs vertreten, die vielfach bereits vor Beginn der Haftstrafe enorm sozial und gesundheitlich beeinträchtigt waren. Meist stammen die Menschen aus sozial benachteiligten gesellschaftlichen Schichten. Infektionskrankheiten (v.a. HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B/C), Drogenmissbrauch und -abhängigkeit sowie andere physische Erkrankungen sind in der JVA unverhältnismäßig stark vertreten, wodurch sich dort die Probleme verdichten. Der Anteil an HIV-Infektionen ist in Haft 20-mal größer als in der allgemeinen Bevölkerung. Auch Hepatitis-C-Infektionen sind 40-mal häufiger und 50–75% der Inhaftierten leiden an psychischen Störungen (v.a. Psychose, Angststörungen). Infolgedessen sollen zur Risikominimierung spezielle Maßnahmen getroffen werden, welche die Verbreitung verhindern.²⁵⁹ Nicht nur die Häftlinge und alle im Vollzug beschäftigten Personen²⁶⁰ sind gesundheitlichen Gefährdungen und Belastungen ausgesetzt.

257 In Haftanstalten ist die örtliche Nähe des Arztes vorhanden, eine Verlässlichkeit bei Terminen von Seiten der Patienten ist eher zu erwarten (außerhalb der Haft ist die Entfernung oft größer und die Beschaffung der Droge steht einer zeitlichen Terminbindung vielfach entgegen) und Terminvereinbarungen sind einfacher zu treffen. Aber auch eine gewisse Diskriminierung, Ausgrenzung und Ablehnung der extramural praktizierenden Ärzte in Bezug auf die Behandlung von Drogenabhängigen in ihrer Praxis besteht in Haft nicht (Befürchtungen über mögliches Ausbleiben von anderen Patienten aufgrund von obdachlosen, drogenabhängigen Patienten).

258 Im Sinne der präventiven und gesundheitlichen Versorgung von Gefangenen hat der Anstaltsarzt die Pflicht, die haftinternen Hygieneverhältnisse, die Ernährungsstandards, das Heiz-, Beleuchtungs- sowie Belüftungssystem, die Räume der Häftlinge und die Gelegenheiten für Bewegung sowie sportliche Aktivitäten zu kontrollieren, Defizite zu beanstanden und deren Verbesserung zu verlangen. Zudem sind präventive Maßnahmen unerlässlich, um den in Haft vorhandenen gesundheitlichen Risiken vorzu-beugen, insbesondere bezogen auf Infektionskrankheiten, Drogenkonsum sowie Suchterkrankungen, Gewalt, selbstschädigendes Verhalten und Suizid. (Vgl. Pont 2010, S. 42) Wichtige Veröffentlichung zu dieser Thematik: WHO 2003

259 Das IfSG trägt mitunter zur Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionserkrankungen in der JVA bei. Es besteht eine Meldepflicht beim Gesundheitsamt gemäß § 6 IfSG (z.B. akute Virushepatitis, Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose). Zudem sind gemäß § 8 IfSG meldepflichtige Personen genannt (z.B. Ärzte und Leiter von JVAen).

260 Die Angestellten in den Haftanstalten können selber angegriffen werden oder müssen bei Gewalt zwischen den Häftlingen einschreiten, erleben Frustration und sind bei Zellendurchsuchungen beispielsweise Infektionsgefahren ausgesetzt (vgl. Stöver 2005, S. 22). Ausführlicher zum Thema Gesundheitsförderung bei Bediensteten in Haftanstalten siehe Bögemann 2010 („Grundlegendes zur Gesundheit der Bediensteten in der totalen Institution Gefängnis“) und Bögemann et al. 2010 Teil III (Gesundheitsförderung für Bedienstete)

Die Gesundheit in Haft hängt auch kausal mit der Gesundheit der Öffentlichkeit zusammen: „Prison Health is Public Health“²⁶¹. (Vgl. Stöver 2005, S. 22) In Anbetracht der hohen Rate an übertragbaren Erkrankungen unter Inhaftierten ist die Gesundheitsfürsorge in Haft ein äußerst wichtiger Bereich, welcher der Öffentlichkeit in Zukunft eindringlicher näher gebracht werden muss. Die inhaftierten Drogenabhängigen werden nach dem Gefängnis-aufenthalt wieder in die Gesellschaft entlassen. Infektionskrankheiten und sexuell übertragbare Krankheiten, mit denen sich die Menschen in Haft infiziert haben, können somit in der freien Gesellschaft verbreitet werden. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 23 f.)

Der medizinische Dienst der JVA hat auch Herausforderungen zu meistern, die vielmehr mit denen ärztlicher Schwerpunktpraxen zu vergleichen sind, ohne die nötige Ausstattung bzw. Ausbildung dafür zu besitzen. Ein großer Arbeitsbereich des haftinternen medizinischen Fachpersonals bezieht sich auf die Versorgung von Drogenabhängigen und deren konsumspezifischen Problematiken. (Vgl. Stöver 2005, S. 22) Das medizinische wie auch allgemeine Vollzugspersonal kann die Ursachen der suchtbedingten Probleme nicht beheben, hat aber mit ihnen umzugehen. Mehrfach liegt eine geeignete Lösung für gesundheitliche Schwierigkeiten der drogenabhängigen Inhaftierten außerhalb des Verantwortungs- und Möglichkeitsbereichs der Vollzugsmitarbeiter, da die JVA nun einmal keine Einrichtung für therapeutische Behandlungen ist. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 24 f.) Dennoch und vor allem deshalb, weil sich in den Gefängnissen eine problematisch hohe Anzahl an Drogenabhängigen befindet, ist ein reflektiertes Wissen über die ganze Bandbreite von anerkannten und als erfolgreich erwiesenen Methoden zur Behandlung unerlässlich. Insbesondere in der JVA besteht die Möglichkeit, gezielt eine medizinische Maßnahme einzuleiten oder eine in Freiheit begonnene Behandlung weiterzuführen. (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 206)²⁶²

In der Praxis der Gefängnismedizin steht hauptsächlich der traditionell heilende Aspekt im Vordergrund. Sie orientiert sich eher an den charakteristischen Erscheinungen einer bestimmten Krankheit, als an deren Ursachen und arbeitet nicht krankheitsverhütend bzw. weitestgehend präventiv. Lediglich vereinzelte JVAen stellen eine Ausnahme dar (bspw. in die Praxis umgesetzte Empfehlungen der STIKO für Hepatitis A und B Impfungen). Viele

261 Siehe Keppler et al. 2010

262 Leitfaden für den Gefängnisarzt vgl. Pont/Wool 2006

internationale Organisationen (z.B. Europarat, WHO, UNAIDS, UNODC) verlangen, dass sich die Anstaltsmedizin an die externe medizinische Versorgung angleicht und mit Gesundheitsdiensten außerhalb der JVA zusammenarbeitet.²⁶³ Die Verknüpfung der haftinternen mit der externen Gesundheitsversorgung verbessert die gesundheitliche Situation des Inhaftierten. Es kann ein nahtloser Übergang sowie die Kontinuität der ärztlichen Maßnahmen als auch ein besserer fachlicher Austausch (im Rahmen einer Schweigepflichtentbindung) beim Systemwechsel gewährleistet werden. Eine auf den Patienten ausgerichtete sowie zugleich geringe Kosten verursachende und daher wirtschaftliche Perspektive in der organisatorischen sowie thematischen Konzeption der gesundheitlichen Versorgung würde vermehrt zur Folge haben, dass erforderliche medizinische Maßnahmen umgehend eingeleitet werden würden. Ein dementsprechendes Vorgehen würde unterbinden, dass sich Krankheiten verschlechtert sowie einen chronischen Verlauf nehmen, was bei einem verspäteten bzw. ausbleibenden Beginn einer ärztlichen Behandlung wahrscheinlich wäre und einen erheblichen Kostenaufwand bedeuten würde, jedoch erst für die gesetzlichen Krankenversicherungen. Die intramurale medizinische Betreuung und Behandlung unterscheidet sich nach wie vor von der in der freien Gesellschaft und wirkt sich damit nachteilig auf den Patienten aus: beispielsweise kann der nahtlose Übergang in der Krankenbehandlung (ob von Haft nach außen oder umgekehrt) nicht garantiert werden oder intramural praktizierende Mediziner übergehen fachspezifische Urteile qualifizierter Expertengruppen bzw. Kollegen außerhalb der JVA. In der Anstaltsmedizin ist es wichtig, die gesundheitliche Versorgung insgesamt auf die Patienten auszurichten und nicht auf die Institution. Bei manchen Erkrankungen (bspw. HIV/AIDS-, Hepatitis-Therapie) ist es unerlässlich, mit externen Schwerpunktpraxen zu kooperieren. Kein Gefängnisarzt oder Vertragsarzt, der lediglich ein paar Stunden in der Haftanstalt anwesend ist, kann über die aktuellsten medizinischen Erkenntnisse Bescheid wissen. Den Insassen darf nicht prinzipiell die Möglichkeit vorenthalten werden, aus der Weiterentwicklung in der Medizin einen eigenen gesundheitlichen Nutzen zu ziehen.²⁶⁴ (Vgl. Stöver 2008a, S. 243 f.) Daher wäre es essenziell, dass sich die Mitarbeiter des haftinternen medizinischen Dienstes, zusätzlich zum allge-

263 Siehe z.B. Empfehlung des Ministerkomitees No. (98) 7 vom 8. April 1998 über die Einhaltung von ethischen und organisatorischen Grundsätzen der medizinischen Versorgung im Gefängnis; Möller et al. 2007; WHO 2003

264 Dass die Gefangenen nicht immer vom medizinischen Fortschritt profitieren, untermauert die Thematik der Substitutionsbehandlung in Haft. Siehe 4.3.6 Substitution

meinmedizinischen Fachwissen, spezifische Kenntnisse aneignen, um die in Haft dominierenden gesundheitlichen Störungen und Erkrankungen (z.B. Missbrauch von Drogen, Suchtmittelabhängigkeit, psychische Störungen, Infektionskrankheiten) unter den defizitären Voraussetzungen in Haft bewerkstelligen zu können. Eine berufliche Kompetenz ist ebenso relevant, um die haftspezifischen Problembereiche ärztlicher Ethik zu meistern. Bisher werden Aus- und Fortbildungen für intramural praktizierende Ärzte im Rahmen von Qualitätszirkeln abgehalten.²⁶⁵ (Vgl. Pont 2010, S. 44)

Ferner stellt die Behandlung von psychisch kranken Gefangenen einen wichtigen Themenbereich in der Gesundheitsversorgung in Haft dar.²⁶⁶ An dieser Stelle ist ebenso eine Anpassung an die Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. Äquivalent zur freien Gesellschaft muss eine diagnostische sowie therapeutische Betreuung und Behandlung ebenfalls für inhaftierte Patienten gewährleistet werden, die entweder schon vor der Haftstrafe oder erst in Haft an einer psychischen Störung erkrankt sind. Gleichmaßen steht hier weitgehend der haftinterne Arzt als primäre Kontaktperson zu Verfügung. Mit dem erforderlichen psychiatrischen Fachwissen kann er selber die diagnostische und therapeutische Arbeit aufnehmen oder mit internen bzw. externen Ärzten kooperieren, die eine zusätzliche anerkannte Ausbildung auf dem Spezialgebiet besitzen. Je nach Verfügbarkeit (an den einzelnen Standorten der JVAen) bestehen für die Zusammenarbeit mit Fachärzten mehrere Alternative: intramurale Psychiater im ambulanten bzw. stationären Bereich (psychiatrische Krankenstation), vollzugsinterne psychiatrische Abteilungen, extramurale niedergelassene Psychiater oder psychiatrische Fachkliniken. Trotz des hohen Bedarfs an psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten für Gefangene sind lediglich in wenigen Bundesländern vollzugseigene psychiatrische Krankenabteilungen oder -stationen vorhanden. Im Hinblick darauf würde es für eine adäquate Versorgung von psychisch kranken Häftlingen geeignet erscheinen, intensiv mit extramuralen psychiatrischen Abteilungen zu kooperieren. Die gesundheitliche Versorgung in die-

265 Eine „anerkannte berufliche Spezialisierung“ in Form von einer Postgraduiertenausbildung sowie regelmäßigen Weiterbildungen für die Mitarbeiter des medizinischen Dienstes der JVA wurde von der CPT (2004, S 41) angedacht. Trotzdem ein Curriculum für die ärztliche Tätigkeit in Gefängnissen in Betracht gezogen wurde, konnte dies aus organisatorischen und finanziellen Gründen noch nicht umgesetzt werden (vgl. Pont 2010, S. 44).

Zur Aus- und Weiterbildung von Anstaltsärzten siehe auch Hillenkamp 2008, S. 131-133; Literaturangaben für Lehr- und Lernhilfen für Ausbildungen sind zu finden in Pont 2010, S. 44; „Überlegungen zu einem Curriculum für die ärztliche Arbeit im Justizvollzug“ vgl. Keppler 2009b

266 Siehe dazu auch Hillenkamp 2008, S. 152–157

sem Bereich nimmt jedoch einen Sonderstatus ein.²⁶⁷ (Vgl. Keppler 2009a, S. 88 f.) Psychische Erkrankungen werden in medizinischen Untersuchungen zu selten oder überhaupt nicht festgestellt, da im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung durch den Anstaltsarzt häufig keine psychiatrische Diagnostik erstellt wird (vgl. Stöver 2010b, S. 28). Dies ist insbesondere bei drogenabhängigen Inhaftierten problematisch, die sehr häufig an Doppeldiagnosen leiden. Dementsprechend bleiben psychische Störungen bei drogenkonsumierenden Gefangenen häufig unentdeckt oder Symptome werden fälschlicherweise der Abhängigkeitserkrankung zugeschrieben. Zudem verfügen die Anstaltsärzte meist über zu wenig psychiatrisches und suchtspezifisches Fachwissen, um die Suchtkranken in allen erforderlichen Belangen entsprechend versorgen zu können.

In der Studie über „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“ wurden alle Inhaftierten gebeten, aus ihrer Sicht die medizinische Behandlung in Haft einzuschätzen. Wie folgende Abbildung (s. Abb. 19) deutlich zeigt, ist die Einschätzung im Gesamten äußerst negativ ausgefallen.

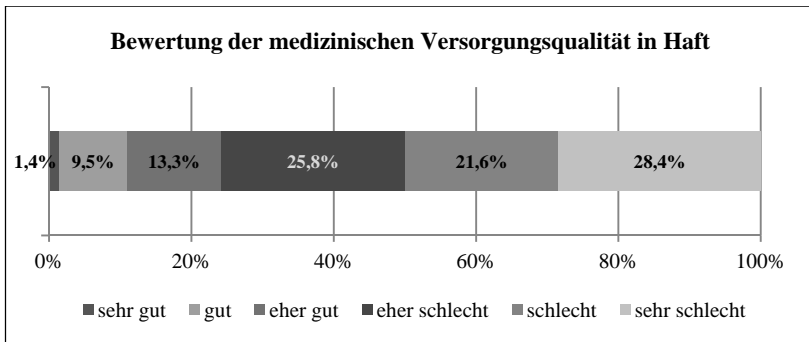


Abb. 19: Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität in Haft, Quelle: Eckert/Weilandt 2008, S. 50

Die Hälfte der befragten Inhaftierten bewerten die haftinterne medizinische Versorgung als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. Das WIAD fand bei der Differenzierung der Daten in Bezug auf die Gefangenengruppen heraus, dass Untersuchungsgefangene die medizinische Behandlung lediglich zu zwei

²⁶⁷ Mehr zum Thema „Psychiatrie“ in Konrad 2009, zum „Psychiatrischen Konsiliardienst“ in Witzel 2009 sowie zur „Psychotherapie“ Fritsch 2009.

Fünfteln (40,8%) als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“ einschätzen. (Vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 51)

Die Gesundheit der inhaftierten Menschen nimmt kaum einen hohen Stellenwert innerhalb der vollzuglichen Aufgaben ein. Die Konzeption „Healthy Prisons“²⁶⁸ bietet eine Grundstruktur für die Erarbeitung von Ideen und Vorschlägen, welche die gesundheitliche Situation der Inhaftierten strukturell verbessern soll, insbesondere bezogen auf drogenkonsumierende Gefangene und den damit verknüpften Krankheiten und Risikobereichen. Das bedeutet also, dass das Modell der „Gesundheitsförderung“ (unabhängig von der Gesundheitsfürsorge der §§ 56 ff. StVollzG), welches sowohl alle inhaftierten Menschen als auch alle Mitarbeiter der JVA betrifft, realisiert und fest in die Struktur des Vollzugsalltags integriert werden soll. Das Fundament für die Debatte hinsichtlich der Inhalte, Ziele, Methoden und der organisatorischen Umsetzung einer Gesundheitsförderung bildet die „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“²⁶⁹, die im Jahr 1986 in Ottawa/Kanada auf der „First International Conference on Health Promotion“ beschlossen wurde. Der zentrale Gedanke der Ottawa Charta ist, dass die Menschen in die Lage versetzt werden sollen, die Aufrechterhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit so gut wie möglich zu beeinflussen und selbstverantwortlich mit ihrer Gesundheit und der von anderen Menschen umzugehen. Diese Entwicklung kann jedoch nur stattfinden, wenn auf sozialer, politischer sowie ökonomischer Ebene adäquate Grundvoraussetzungen hervorgebracht und reformiert werden. (Vgl. Stöver 2008a, S. 236 f.) Stöver (2008a) sieht in der Gesundheitsförderung weiterhin folgende Chancen:

Der (professionelle) Ansatz ‚Gesundheitsförderung‘ bietet sowohl theoretische als auch politische und hilfepraktische Ansatzpunkte, die der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Gefangenen und der Bediensteten dienlich sein könnten. Das Konzept ‚Gesundheitsförderung‘ versteht sich gerade als ein gesundheitspolitisches Konzept, das Selbstbestimmungsprozesse von Menschen über ihre Lebensverhältnisse erweitern und Partizipationsmöglichkeiten aller gesellschaftlichen Mitglieder an sozialen, gesundheitszentrierten Diskursen und

268 Der Ausdruck „Healthy Prisons“ ist ein plakativer Leitbegriff, wie bei vergleichbaren Projekten der WHO (bspw. „Healthy Schools“, „Healthy Hospitals“). Ins Detail gehend siehe Stöver 2000 und Møller et al. 2007

269 Online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. Zuletzt abgerufen am 05.02.2012.

Praxen unterstützen will. Ein konsequenter Lebensweltbezug, Alltagsorientierung, Gemeinwesenorientierung, Partizipation aller Betroffenen und Beteiligten, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten, Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen der Menschen (salutogene Perspektive) sind Ausgangspunkte für gesundheitsfördernde Projekte. (S. 237)

Neben der Gesundheitsförderung benennt Keppler (2010b, S. 53) zusätzlich Empowerment sowie Stress-Coping als wesentliche Modelle, um auf risikoreiche Situationen, irritierende Belastungen, prekäre Erlebnisse im Leben, aber auch individuelle Ressourcen sowie soziale Voraussetzungen Einfluss zu nehmen.²⁷⁰

4.3.3 Zahnärztliche Versorgung

Die haftinterne zahnärztliche Versorgung ist rechtlich im StVollzG der Bundesländer geregelt. Alle Gesetzestexte verweisen auf das SGB V, wonach Inhaftierte einer JVA bei zahnärztlichen Versorgungungen wie Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse behandelt werden müssen. Auch im Bezug auf die Zahnbehandlung kommt das bereits erwähnte Wirtschaftlichkeitsgebot zum Tragen. (Vgl. Nikolai 2009, S. 268 f.) In welcher Höhe Zahnersatz sowie Zahnkronen bezuschusst werden, legt die Landesjustizverwaltung in gesonderten VV fest (vgl. § 62 StVollzG). Für den Fall, dass die JVA die Zuschüsse nicht in voller Höhe gewährt, übernimmt das Sozialamt die verbleibenden Kosten, vorausgesetzt dem Inhaftierten steht kein eigenes Kapital zur Verfügung, welches er gemäß dem Sozialhilferecht verwenden müsste²⁷¹ (vgl. DAH 2011c, S. 109).

Drogenabhängige Inhaftierte haben nach langer Zeit der Abhängigkeit oftmals ein vermindertes Schmerzempfinden und einen erheblich schlechten Zahnstatus. Durch die Abstinenz von illegalen Substanzen in der Haftanstalt entwickeln die Drogenabhängigen wieder normale Empfindungen hinsichtlich Schmerzen, wodurch sie die erforderliche zahnärztliche Versorgung wünschen. Diese soll neben der Behandlung von Schmerzen und Entzündun-

270 „Gesundheitsförderung: Maßnahmen, von außen an den einzelnen herangetragen; Empowerment: Maßnahmen, im Sinne einer Selbsthilfe von gleichermaßen Betroffenen an den einzelnen herangetragen. Stress-Coping: Maßnahmen, mit Hilfe von außen von dem Betroffenen selber entwickelt“ (Keppler 2010b, S. 53) Umfassendes zu den Themen „Gesundheitsförderung, Empowerment und Stress-Coping“ in Keppler 2010b, S. 53–57

271 Genaueres zum Finanzierungsumfang in Nikolai 2009

gen auch die soziale Reintegration in die Gesellschaft fördern, indem die kapputten vorderen Zähne versorgt werden (z.B. Teilprothese). Hierbei spielt neben dem äußeren Erscheinungsbild²⁷² die Funktionalität der Zähne eine entscheidende Rolle. (Vgl. Nikolai 2009, S. 269) Das Sprachverhalten kann durch fehlende Zähne negativ beeinflusst werden (bspw. undeutliche Aussprache, Lispeln) und somit zu einer Beeinträchtigung des ganzheitlichen Auftretens des Klienten führen. Außerdem gehen mit einem desolaten Zahnstatus häufig Schmerzen sowie Schwierigkeiten beim Kauen und insbesondere Gefahren für die gesamte Gesundheit (bspw. Ausbreiten von Entzündungen) einher. Weitgehend wird ein sanierter Zahnstatus auch von freien Einrichtungen bei Therapiebeginn gefordert. Dadurch sollen zum einen längere Therapieunterbrechungen aufgrund von Zahnschmerzen bzw. einer umfangreicheren Zahnbehandlung mit Folgeschmerzen vermieden und zum anderen ein Schmerzmittelmissbrauch verhindert werden (z.B. persönlicher Gebrauch, Erschleichen der Medikamente für Handel).

Aus rechtlicher Sicht besteht kein Anspruch auf eine zahnärztliche prophylaktische Behandlung für die drogenabhängigen Inhaftierten, obwohl ein dauerhafter Erfolg der Zahnbehandlung ohne begleitende Prophylaxe ziemlich ungewiss ist. Prophylaktische Leistungen sind bei Drogenabhängigen von großer Bedeutung, da sie ihr Zahnstatus meist überhaupt nicht interessiert und sie sich die richtige Pflege der Zähne sowie deren Wichtigkeit von Grund auf neu aneignen müssen. Der Schwerpunkt der Behandlungsmaßnahmen ist je nach Vollzugsart unterschiedlich. In der U-Haft wird der Blickwinkel primär auf die Behandlung von Schmerzen und die Zahnerhaltung im Sinne von chirurgischen sowie konservierenden Therapien (bspw. Parodontitistherapie, Füllungen) gerichtet, da das Haftende der Untersuchungsgefangenen meist nicht vorhersehbar ist. In der Strafhaft hingegen werden auch erforderliche zahnärztliche Maßnahmen im Hinblick auf Prothesen geplant. Das Ende der Haft ist absehbar, wodurch die Voraussetzung erfüllt werden kann, dass derartige Zahnbehandlungen mit großer Wahrscheinlichkeit vor der Haftentlassung erfolgreich abgeschlossen sind. Hierfür muss aber die Vorbehandlung beendet und ein Kostenvoranschlag bewilligt sein. (Vgl. Nikolai 2009, S. 269 f.)

272 Bspw. im Hinblick auf persönliche Vorstellungsgespräche für eine Arbeitsstelle. Der erste (äußerliche) Eindruck ist in vielen Situationen ausschlaggebend.

4.3.4 *Behandlung von Infektionskrankheiten*

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit hat das Projekt „BIG – Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis“ ins Leben gerufen, dass auf die bestmögliche Minimierung von Infektionserkrankungen in Haft sowie deren Übertragung vom Gefängnis in die Allgemeinbevölkerung abzielt. Das Äquivalenzprinzip sowie die Nachhaltigkeit von präventiven, beratenden, test-spezifischen, therapeutischen und pflegerischen Methoden spielt auch hier eine entscheidende Rolle. Die Notwendigkeit zum Handeln wurde in drei Bereichen erkannt: Es bestehen Defizite in der Datenerfassung sowie -auswertung im Bezug auf Infektionskrankheiten in Haft, die äquivalente Umsetzung der therapeutischen sowie gesundheitlichen Versorgung fehlt und es existiert kein einheitlicher Informations- und Bildungsstand unter allen Beteiligten. Infolgedessen wurden einige Arbeitsschritte in den Handlungsbereichen vereinbart: Es soll eine Angleichung des verbindlichen Meldesystems stattfinden, um die Daten der Haftanstalten erfassen zu können. Weiterhin wurden fachliche Standards für den Bereich der Infektiologie und Harm Reduction ausgearbeitet und äquivalente Richtlinien hinsichtlich der Weitergabe von Informationen sowie der Fortführung der Behandlung festgelegt. Ferner zählt die Entwicklung von Konzeptionen zur Informationsvermittlung und Schulung zu den Arbeitspaketen. Schließlich werden rechtliche und ethische Angelegenheiten behandelt (z.B. Rechte der Patienten, Datenschutz, ärztliche Schweigepflicht, Kostenübernahme bei nicht Krankenversicherten). (Vgl. Klaua 2011, S. 19) Der in der Schweiz diagnostizierte Handlungsbedarf ist durchaus auf den Versorgungsstandard in Deutschland übertragbar, insbesondere im präventiven, beratenden, behandelnden und betreuenden Kontext der haftinternen therapeutischen und gesundheitlichen Versorgungsstruktur von Gefangenen.

Die Verfügbarkeit von akzeptierten und als zuverlässig erwiesenen, medizinischen Behandlungsmaßnahmen in deutschen Haftanstalten im suchtmmedizinischen und infektiologischen Bereich ist im Vergleich zur freien Gesellschaft (äußerst) defizitär. Es ist zwingend notwendig, vorhandene Versorgungslücken so schnell wie möglich zu schließen und einheitliche Standards zu entwickeln. (Vgl. Stöver 2011b, S. 66)

4.3.4.1 Tuberkulose

Im Strafvollzug ist, im Vergleich mit der Gesellschaft außerhalb, eine höhere Rate an aktiven Tuberkulose-Erkrankungen zu verzeichnen. Die Fallrate bei Tuberkulose in der deutschen Häftlingspopulation ist verglichen mit der All-

gemeinbevölkerung mindestens 11-mal höher (Stand: 2002). In fünf Bundesländern, die eine aktive Fallfindung forciert haben, wurde eine 38-mal größere Tuberkulose-Fallrate festgestellt.²⁷³ (Vgl. Groß 2009, S. 184) Warum Tuberkulose in der Gefängnispopulation so weit verbreitet ist, liegt überwiegend daran, dass die Immunitätslage in der Häftlingspopulation häufig schlechter ist, die Krankheit erst spät erkannt wird (in dieser Zeit werden andere Mit-häftlinge infiziert), die Infizierten nicht isoliert untergebracht werden können, adäquate Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen und lediglich wenig Mittel für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung vorhanden sind. Zudem tragen mehrfache Verlegungen von Erkrankten innerhalb der JVA, das schlechte Belüftungssystem und die Überfüllung der Gefängnisse zur gesteigerten Übertragungsrates bei. Schließlich ist in Haft ein überproportionaler Teil an Inhaftierten vertreten, unter denen die Rate an Tuberkulose-Infektionen erhöht ist und die in der allgemeinen Gesellschaft kaum die Möglichkeit für entsprechende Behandlungsmaßnahmen haben (z.B. Drogenkonsumenten, Obdachlose, Migranten v.a. aus Osteuropa). Der Hauptrisikofaktor bei bereits infizierten Personen für einen möglichen Ausbruch der Tuberkulose-Erkrankung ist HIV. Die Rate an aktiven Tuberkulose-Erkrankungen bei Personen, die gleichzeitig mit HIV und Tuberkulose infiziert sind, liegt jährlich bei mehr als 5–15%, bei HIV-negativen aber mit Tuberkulose infizierten Patienten bei lediglich 10%. (Vgl. Levy 2002, S. 157 ff.)

Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die generell alle Organe angreifen kann. Die häufigste Form ist die Lungentuberkulose. Jedoch gilt nicht unweigerlich jede infizierte Person als Krankheitsüberträger. Übertragen wird Tuberkulose hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion (bspw. durch Husten, Niesen, Sprechen).²⁷⁴ Eine Tuberkulose-Infektion muss nicht zwangsläufig zu einem Ausbruch der Krankheit führen. Dieser ist abhängig von der gesundheitlichen Verfassung der jeweiligen Person. Neben dem zeitnahen Ausbruch ist es möglich, dass ein Infizierter erst nach Jahren oder sogar nie erkrankt. In dem Fall, dass Tuberkulose diagnostiziert wird, müssen alle diejenigen, die mit dem Infizierten Kontakt hatten, auf Tuberkulose ge-

273 Radun, Doris et al. (2007): *Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep b, hep s and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about bloodborne infections among adult prisoners in Germany – preliminary results*. Abstract. European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology – ESCAIDE. Stockholm, 18–20.10.2007. Zitiert nach Groß 2009.

274 Bei einer offenen Tuberkulose werden Krankheitserreger durch Husten in der Umgebung freigesetzt (Ansteckungsgefahr), bei einer geschlossenen Tuberkulose nicht. Symptome sind beispielsweise beharrlicher Husten, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Nachtschweiß, Fieber, Schmerzen in der Brust (über drei Wochen hinaus), Blut im Auswurf (selten). (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 49)

testet werden. Die (vorbeugende) medizinische Versorgung mit Arzneimitteln (Antituberkulotika) dauert minimal ein halbes Jahr. Eine Isolation der Erkrankten in der Anfangsphase der Behandlung ist angebracht, um dem Infektionsrisiko vorzubeugen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 49 f.)

Die wirkungsvollste Möglichkeit, die Ausbreitung von Tuberkulose einzudämmen, ist eine baldige sowie effektive Versorgung von mit Tuberkulose infizierten Personen zu fördern. Das primäre Ziel ist die Reduzierung der Dauer der Krankheit und die Begrenzung von Wegen, die Infektion auf andere Personen zu übertragen. Jedoch müssen neben einer angemessenen Versorgung der Tuberkulose-Patienten auch die Bedingungen im Vollzug verbessert werden. Dies kann durch das Aufdecken von Tuberkuloseinfektionen geschehen, indem die Inhaftierten bei der Eingangsuntersuchung daraufhin untersucht werden und bei der Verlegung in ein anderes Gefängnis, die Ergebnisse der Untersuchung dem neuen Anstaltsarzt mitgeteilt werden. Daneben sollen in der JVA wirkungsvolle Behandlungsmöglichkeiten rechtzeitig zugänglich gemacht werden. Außerdem muss die haftinterne Tuberkulose-Versorgung mit der in der Allgemeinbevölkerung vernetzt werden (z.B. zivile Anlaufstellen informieren), um die Verbreitung der Infizierung in der Gesellschaft außerhalb der Haft zu verhindern. Schließlich sollten strukturelle und bürokratische Beschränkungen der Kontrolle von Tuberkulose-Infizierungen verringert werden. Die schlechten Lebensverhältnisse in Haft begünstigen die Verbreitung von Tuberkulose-Infektionen sowie den Ausbruch einer aktiven Tuberkulose-Erkrankung bei weniger widerstandsfähigen Personen. Damit auf dieser Ebene positive Veränderungen herbeigeführt werden können, muss die Überfüllung von Haftanstalten reduziert und das Belüftungs- und Heizsystem, der Zugang zu frischer Luft, die hygienischen Bedingungen (bspw. verschärfen inadäquate Kleidung, fehlende Hygieneartikel und Substanzmissbrauch die Situation) sowie die Ernährung (um das Immunsystem zu stärken) verbessert werden. Mithilfe dieser Maßnahmen kann für eine adäquate Prävention und Behandlung von Tuberkulose auch in Haft gesorgt werden.²⁷⁵ (Vgl. Levy 2002, S. 160 ff.)

275 Ausführliche Darstellung der einzelnen Maßnahmen zur Tuberkulose-Eindämmung im Gefängnis in Levy 2002, S. 160–168

4.3.4.2 Hepatitis

Die Anzahl der Erkrankungsfälle von Hepatitis B und C ist in der Gefängnispopulation erkennbar höher als in der Gesellschaft außerhalb der JVAen. Hepatitis wird als Krankheit angesehen, die für Gefängnisse typisch ist. Eine repräsentative Studie des RKI und des WIAD²⁷⁶ zeigt, dass etwa 10,5% aller Gefangenen mit Hepatitis B infiziert sind, 2,5% leiden an einer chronischen Hepatitis B und 17,6% an Hepatitis C. Werden nur die intravenös Drogenkonsumierenden innerhalb dieser Zielgruppe betrachtet (30% der Studienteilnehmer, die jemals intravenös Suchtmittel konsumiert haben), so sind 22,5% mit Hepatitis B infiziert, bei 7,9% liegt eine chronische Hepatitis B vor und bei 50,4% eine Hepatitis-C-Erkrankung.²⁷⁷ (Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/BMG 2008, S. 85) Schätzungen zufolge sind in deutschen Haftanstalten allerdings mehr als 50% der injizierenden Drogengebraucher mit Hepatitis A und/oder B sowie ca. 80% mit Hepatitis C infiziert (vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 51).

Optimal wäre, wenn Neuzugänge in Haftanstalten auf Hepatitis A, B und C getestet werden,²⁷⁸ um bei einer vorhandenen Infektion zu prüfen, ob und in welcher Form eine therapeutische Maßnahme in dem Zeitrahmen der zu verbüßenden Freiheitsstrafe eingeleitet werden kann. Das Äquivalenzprinzip muss auch in diesem Bereich der medizinischen Versorgung Anwendung finden. Im Hinblick auf die erheblichen finanziellen Ausgaben sowie der länger andauernden Behandlung und den zahlreichen Nebenwirkungen der therapeutischen Intervention ist es allerdings unerlässlich, dass besonders differenziert beurteilt wird, ob eine Indikation gestellt werden kann.²⁷⁹ Psychische Störungen sind belastende Faktoren für eine Hepatitis-C-Therapie, da diese häufig erst in Haft erkannt sowie behandelt werden und in vielen Fällen immerhin als einschränkender Faktor für eine Indikationsstellung gelten. Deshalb ist es enorm wichtig, dass die inhaftierten Patienten intensiv psychiatrisch betreut werden, besonders im Hinblick auf die unerwünschten und unangenehmen Reaktionen auf die antiviralen Arzneimittel (bspw. Depressionen, Ängste, Schlafstörungen, psychotische Episoden), die mit den Sympto-

276 Im Drogen- und Suchtbericht 2008 wurden Ergebnisse aus der Studie „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“ präsentiert. Teilergebnisse des Projekts können in Eckert/Weilandt 2008 nachgelesen werden.

277 Allgemeine Informationen zu „virus hepatitis“ siehe DAH 2011d

278 Grundlegende Kriterien zum Hepatitis-Test vgl. 4.4.1.1 Testverfahren, S. 233

279 Bei zu kurzen Haftstrafen wird die länger dauernde medikamentöse Therapie nicht initiiert, die dazu einen großen Kostenfaktor darstellt (vgl. Hoffmann et al. 2011, S. 51).

men eines Drogenentzugs vergleichbar sind. Diese Nebenwirkungen können das Ziel der Therapie und des Vollzugs beeinträchtigen. Ein zusätzlicher Belastungsfaktor ist die Drogenabhängigkeit, da die Betroffenen zu unvermittelten Handlungen tendieren, die mit einem tragfähigen Therapiekonzept nicht vereinbar sind. Grundsätzlich sind bei chronisch an Hepatitis B erkrankten Häftlingen sowie bereits bei akuter Hepatitis C (Abwendung einer Chronifizierung²⁸⁰) therapeutische Interventionen (mit antiviralen Medikamenten) angezeigt, falls keine Kontraindikation besteht. (Vgl. Lehmann et al. 2009, S. 179 ff.)

Nach aktuellem Standard wird mit pegyliertem Interferon (wöchentliche Injektion) in Kombination mit Ribavirin (tägliche Einnahme) behandelt. Die medikamentöse Therapie dauert bei Genotyp 2 und 3 ein halbes Jahr, bei Genotyp 1 und 4 hingegen ein bis eineinhalb Jahre. Insbesondere im ersten Monat der Therapie treten oft Krankheitszeichen auf, die mit denen einer Grippe zu vergleichen sind (z.B. Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen). In der Regel klingen diese Symptome nach einigen Wochen wieder ab. Allerdings können die unerwünschten Wirkungen vereinzelt überhandnehmen, sodass den Patienten neben Paracetamol (Fieber) und Ibuprofen (Gliederschmerzen) andere Arzneimittel verabreicht werden bzw. die Dosierung der antiviralen Medikamente wenigstens temporär herabgesetzt werden muss. Bisweilen werden Stimmungsschwankungen beschrieben oder längere depressive Episoden, die jedoch vorwiegend (möglicherweise vorbeugend) mithilfe von Medikamenten oder psychotherapeutischen Maßnahmen effektiv behandelt werden können. Die antivirale Kombinationstherapie mit Interferon und Ribavirin ist äußerst wirkungsvoll. Die Erfolgsquote von 70% bis mehr als 90% ist jedoch bloß realisierbar, wenn die Medikation wenigstens zu 80%, im Idealfall zu 100%, streng nach ärztlicher Anordnung eingenommen wird. Das wird am ehesten erreicht, wenn sich die Patienten in einem guten gesundheitlichen (physisch und psychisch) Zustand befinden. (Vgl. Walcher 2011, S. 297 f.)

Eine bestehende Drogenabhängigkeit ist nach den aktuellen Leitlinien zu Hepatitis C nicht völlig kontraindiziert für die medikamentöse Behandlung mit Interferon und Ribavirin, wohl aber ein problematischer Missbrauch illegaler

280 Bei Erwachsenen mit akuter Hepatitis B ist häufig eine spontane Heilung zu beobachten, weshalb hier keine therapeutische Intervention mit antiviralen Arzneimitteln angezeigt ist (vgl. Lehmann et al. 2009, S. 181). Bei Hepatitis C hingegen ist nur bei einem Viertel der akuten Infektionen eine Spontanheilung zu erkennen. Vorherrschend ist der chronische Verlauf. Ein baldiger Start einer therapeutischen Maßnahme bewirkt selbst bei schwieriger behandelbaren Virusformen (Genotyp 1 und 4) eine nahezu hundertprozentige Chance auf Heilung. (Vgl. Walcher 2011, S. 296)

Substanzen²⁸¹ (AWMF 2010, S. 29 ff.). Im Rahmen eines Substitutionsprogramms (ohne Beikonsum) in einem Gefängnis, welches über eine geeignete medizinische sowie psychiatrische Versorgungsstruktur verfügt, kann eine Hepatitis-C-Therapie erfolversprechend eingeleitet werden.²⁸² Diese ist ebenso im Anschluss an eine positiv verlaufene Entgiftung denkbar, nach der die Betroffenen geringstenfalls ein halbes Jahr nachgewiesen abstinent sein müssen. Ausschlaggebende Punkte sind an dieser Stelle die Länge der zu verbüßenden Haftstrafe, der Ausschluss kontraindizierter Faktoren, das Vorhandensein einer förderlichen Compliance, ein unmittelbarer Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie die Sicherstellung einer notwendigen Kontrolle und Begleitung durch haftinterne Mitarbeiter während der Therapie.²⁸³ (Vgl. Lehmann et al. 2009, S. 182)

4.3.4.3 HIV

Neben Hepatitis ist auch die Prävalenz von HIV in der Gefängnispopulation wesentlich höher, als in der freien Gesellschaft.²⁸⁴ Gemäß der Studie des RKI und WIAD²⁸⁵ sind 0,8% der Inhaftierten mit HIV infiziert. Unter den intravenös drogenkonsumierenden Häftlingen ist die Anzahl der Erkrankungsfälle von HIV mit 1,6% sogar doppelt so hoch (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/BMG 2008, S. 85). Bei HIV-Infektionen in Haft ist allerdings ein erhebliches Dunkelfeld vorhanden, welches die Aussagekraft der Daten schmälert und bestenfalls Annäherungen zulässt. Testverweigerer (trotz angeratenem HIV-Test bei der Eingangsuntersuchung), unterschiedliche Verfahrensweisen bezüglich HIV-Tests in den einzelnen Bundesländern und verschiedene hohe Testquoten lassen keine verlässlichen Aus-

281 Siehe dazu auch Backmund et al. 2006

282 In der suchtmmedizinischen Sparte bietet die Substitution den optimalsten Rahmen, um eine Therapie für Hepatitis-C-Kranke zu beginnen. Die Erfolgsquote der therapeutischen Maßnahme mit antiviralen Medikamenten während einer Substitutionsbehandlung entspricht derjenigen in der allgemeinen Gesellschaft (vgl. Backmund et al. 2006, S. 132). Zudem wurde festgestellt, dass sich der Beikonsum während der Hepatitis-C-Therapie erstaunlicherweise eher reduziert sowie die Dosis des Substituts stabilisiert. Im Anschluss an eine Entgiftung empfinden die Betroffenen die Behandlung als deutlich belastender, wodurch die Therapie oft abgebrochen bzw. der Konsum illegaler Substanzen erneut begonnen wird. (Walcher 2011, S. 298 f.)

283 Ausführlichere Informationen zu Hepatitis C und Drogengebrauch in Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006

284 In Deutschland leben Ende 2011 Schätzungen zufolge etwa 73.000 Menschen mit HIV/AIDS (ca. 0,09%) (vgl. RKI 2011b, S. 417).

285 Im Drogen- und Suchtbericht 2008 wurden Ergebnisse aus der Studie „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“ präsentiert. Teilergebnisse des Projekts können in Eckert/Weilandt 2008 nachgelesen werden.

sagen über die Prävalenz von HIV zu.²⁸⁶ (Vgl. Stöver 2002a, S. 34) Trotz der geringen verfügbaren Daten wird HIV im Gefängnis als beträchtliches Problem angesehen. HIV-Infizierte werden diskriminiert, in den Gefängnissen fehlt die nötige vertrauensvolle Atmosphäre und viele JVAen dementieren immer noch, dass im Vollzug riskante Verhaltensweisen stattfinden, die das Risiko einer HIV-Infektion erhöhen. (Vgl. Levy 2002, S. 160)

Bei der medizinischen Behandlung von positiven Inhaftierten sollte immer die aktuelle Gesamtsituation der Patienten berücksichtigt werden: der Allgemeinzustand, das derzeitige Konsumverhalten, vollzugliche Gegebenheiten (z.B. bevorstehende Entlassung). Zudem sollte jeder Patient individuell betrachtet werden, da neben der HIV-Infektion in Haft noch weitere Belastungsaspekte auftreten können, wie Freiheitsverlust, Drogenentzug, Verlust von sozialen Kontakten, der Wohnung sowie der Arbeitsstelle und komorbide psychische Störungen (bspw. Depressionen, schwere Persönlichkeitsstörungen). Solche belastenden Faktoren können eine konsequente Therapie erschweren bzw. als Kontraindikation für eine sofortige therapeutische Intervention gelten. Daher sollten die Lebensverhältnisse, die eigene Körperwahrnehmung und das emotionale Gleichgewicht auf lange Sicht für die Realisierung einer medikamentengestützte Kombinationstherapie sprechen. Es ist wichtig, dass die Ärzte gerade auch mit ihren inhaftierten Patienten über Untersuchungsergebnisse (z.B. Laborwerte), Krankheitszeichen, den denkbaren Verlauf der Erkrankung ohne Therapie sowie die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) ausführlich diskutieren und zusammen festlegen, ob und wann die Behandlung eingeleitet wird.²⁸⁷ Daneben sollen den Patienten potenzielle, unerwünschte Folgeerscheinungen der Medikamente offengelegt und zugleich Möglichkeiten aufgezeigt werden, welche Unterstützung die Patienten beim Umgang mit den Nebenwirkungen in Haft bekommen. Diese Faktoren tragen eventuell zur Entscheidung über eine Behandlung bei. Oft bietet ausgerechnet die Inhaftierung und damit die Trennung von der Drogenszene für Drogenabhängige die erstmalige Chance, eine ernsthafte HIV-Therapie zu beginnen. (Vgl. Kraft/Knorr 2009, S. 173 f.)

286 Siehe 4.4.1.1 Testverfahren

287 Die Medikamente sollen die Vermehrung von HIV komplett verhindern, damit keine Infizierung neuer Zellen stattfindet sowie die Zerstörung des Immunsystems unterbunden wird. Durch die HAART kann die Lebensdauer der Patienten verlängert und ein Leben mit HIV mit möglichst wenig Beschwerden bewirkt werden. (Vgl. DAH 2011b, S.59)

Auf dem 9. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin im Juli 2008 wurden die Leitlinien zur antiretroviralen Therapie bei intravenös Drogenabhängigen beschlossen (vgl. Backmund et al. 2008). Lediglich Personen in einem Substitutionsprogramm²⁸⁸ oder abstinent lebende Drogenkonsumenten entsprechen den Anforderungen für eine medikamentengestützte HIV-Therapie. Wesentlich ist die präzise sowie zuverlässige Befolgung des Zeitpunktes der Medikamenteneinnahme zu normalerweise mehr als 90%, um der Entwicklung einer Resistenz entgegenzuwirken. Diese Voraussetzung kann kaum umgesetzt werden (lediglich wenige Einzelfälle), wenn drogenabhängige Patienten ihren Lebensmittelpunkt noch in der Szene haben und unter Beschaffungsdruck stehen. Außerdem muss im Rahmen der Zusammenstellung der antiretroviralen Präparate beachtet werden, ob die Patienten an einer psychischen Störung leiden und welche zusätzlichen Medikamente sie (diesbezüglich) einnehmen. Es sind Nebenwirkungen im psychischen Bereich bekannt, die bereits bestehende psychiatrische Krankheiten intensivieren, sowie Wechselwirkungen zwischen manchen Arzneimitteln der HIV-Therapie und Begleitmedikamenten (z.B. Methadon, Antidepressiva, Neuroleptika) verursachen können. Um diese Effekte zu unterbinden, wird versucht, das geeignete Medikament auszuwählen bzw. die Dosierung des antiretroviralen Präparats adäquat einzustellen. Wird zeitgleich eine Hepatitis-C-Behandlung mit pegyliertem Interferon sowie Ribavirin durchgeführt, ist auf die Vergabe des geeigneten antiretroviralen Medikaments zu achten, um negative Wechselwirkungen oder lebertoxische Folgen zu vermeiden. Bei einer Hepatitis-B-Therapie kann auf Präparate zurückgegriffen werden, die beide Viruserkrankungen wirkungsvoll bekämpfen. Im Hinblick auf sämtliche Interaktionen wird die antiretrovirale Medikation im weiteren Verlauf der Therapie möglicherweise des Öfteren umgestellt. Bei speziellen Präparaten ist mitunter eine Dosisanpassung von Methadon bzw. Buprenorphin nötig. Häufig müssen weitere Arzneimittel, zur Linderung der unangenehmen Auswirkungen der antiretroviralen Medikamente, ergänzend vom Arzt verschrieben werden. (Vgl. Gözl 2011, S. 280 ff.) Somit ist es ebenso und ausgerechnet in Haft unerlässlich, die Betroffenen umfassender zu betreuen, als ihnen lediglich die Arzneimittel zu verabreichen und einmal in sechs Monaten Blut abzunehmen. Neben der medizinischen Behandlung spielen der haftinterne psychologische Dienst, der Seelsorger sowie Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten externen Einrich-

288 Zum „Zusammenhang von Substitutionsbehandlung und HIV-Therapie“ siehe Kastelic et al. 2007, S. 50 f.

tungen (bspw. AIDS-Hilfe) innerhalb der Versorgungsstruktur von HIV-Positiven eine große Rolle. (Vgl. Kraft/Knorr 2009, S. 174)

Des Weiteren ist es im Vorfeld der vielschichtigen, möglicherweise lebenslangen antiretroviralen Therapie wichtig, dass HIV-positive Inhaftierte diverse Kompetenzen mitbringen bzw. ausbilden: Krankheitseinsicht, Bewältigung von Bedenken und persönlichem Zweifel, zuverlässige Integration der Einnahme von Medikamenten in den Alltag (Therapietreue), Bewältigung von Störfaktoren, Wahrnehmen von Kontrolluntersuchungen sowie Akzeptanz von Hilfe aus dem sozialen Netzwerk. Darüber hinaus muss auch der Anstaltsarzt einige Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen, um Drogenabhängige angemessen mit antiretroviralen Medikamenten behandeln zu können. Hierzu zählen beispielsweise Fachwissen im Bereich der Suchtmedizin, Psychiatrie und Infektiologie, Einblicke in die Subkultur der inhaftierten Drogenabhängigen, anschauliche Information des Patienten über die Krankheit und die HIV-Therapie, fachspezifische diagnostische Abklärung sowie Betreuung der Patienten bezüglich der therapeutischen Intervention (z.B. Auswahl und Anpassung der antiretroviralen Mittel) und die Förderung der Compliance. Falls der hafterne Arzt nicht über das erforderliche Fachwissen im psychiatrischen oder infektiologischen Bereich verfügt, ist eine solide Zusammenarbeit mit qualifizierten Fachärzten zu initiieren. (Vgl. Gözl 2011, S. 282 f.) Jedoch liegt genau an dieser Stelle ein großes Problem. In der JVA praktizieren meist keine Ärzte mit fachspezifischem Wissen über HIV-Infektionen und die möglichen Folgen. Anstaltsärzte haben zudem mehrere hundert Patienten und sind deshalb häufig nicht anzutreffen oder können die erforderliche Zeit nicht aufbringen, um mit den Inhaftierten eingehende Gespräche zu führen. Spezialisten sind vorwiegend auf Honorarbasis angestellt und befinden sich lediglich an einzelnen Tagen in der JVA. Weiterhin sind Arztbesuche der HIV-Patienten in Schwerpunktpraxen außerhalb der JVA aufgrund organisatorischer Begebenheiten oft nicht zu ermöglichen. Extramural tätige Fachärzte können aber auch für eine patientenbezogene Beratung vom Anstaltsarzt konsultiert werden. Unter diesem Aspekt ist allerdings keinesfalls garantiert, dass die Empfehlungen zur Diagnostik oder Therapie des Konsiliararztes wirklich umgesetzt werden. Es kommt immer wieder vor, dass erforderliche Arzneimittel in der Anstalt nicht vorhanden sind, Vorschläge für Dosierungen modifiziert und Untersuchungen zur Kontrolle übergangen werden. Krankheitszeichen der HIV-Infektion oder unerwünschte Wirkungen der antiretroviralen Medikamente werden in vielen Fällen erst verspätet bemerkt. (Vgl. Lohmann 1997, S. 116 f.)

Für eine erfolgreiche medizinische Behandlung von HIV ist die, auf den einzelnen Patienten abgestimmte Auswahl sowie Anpassung der antiretroviralen Präparate und die Therapietreue²⁸⁹ (v.a. Einhaltung der Einnahmebestimmungen, strikte Einnahme der Medikamente) von großer Bedeutung. Hierfür birgt die Haft Vorteile, da die durchstrukturierten Vollzugsbedingungen dafür genutzt werden können, die tägliche Dosis von Medikamenten an jeden Patienten persönlich zu verteilen. (Vgl. Kraft/Knorr 2009, S. 174) Gleichmaßen ist die Anpassung der antiretroviralen Medikamente während des Therapieverlaufs gut leistbar, da die Patienten im Prinzip immer unter Beobachtung stehen und insbesondere ständig erreichbar sind. Dadurch wird eine kontinuierliche und angemessene Betreuung der Betroffenen möglich.

Letztendlich ist bedeutend, dass bei der Entlassungsvorbereitung eine Einbindung in ambulante Schwerpunktpraxen stattfindet, um einen nahtlosen Übergang von der Haft in das externe gesundheitliche Versorgungssystem sicherzustellen. Den Inhaftierten sollte rechtzeitig die Möglichkeit geboten werden, sich vor der Haftentlassung in der Praxis außerhalb der JVA vorzustellen, damit die weiterführende Therapie geplant und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Patienten und dem zukünftigen behandelnden Arzt hergestellt werden kann. Mithilfe dieser Verknüpfung von intra- und extramuraler ärztlicher Versorgung ist es dem haftinternen Arzt möglich, seinen kompetenten sowie vielleicht seit Jahren andauernden medizinischen Einsatz auf lange Sicht zu bewahren. (Vgl. Kraft/Knorr 2009, S. 176)

Im vergangenen Jahrzehnt ist die medikamentengestützte HIV-Therapie auf einen erheblich besseren Stand gebracht worden.²⁹⁰ Bei einer guten Compliance ist HIV auch bei Substituierten oder abstinent lebenden Drogenabhängigen wirkungsvoll behandelbar. Die Therapietreue hat sich innerhalb dieser Zielgruppe bedeutend verbessert (durch einfacheres Therapiesetting), sodass in diesem Rahmen auch ergänzend eine Hepatitis-C-Therapie (trotz der vielen Nebenwirkungen) erfolgreich und zuverlässig beendet wird. Somit ist das hartnäckige Argument vieler substituierender Ärzte, dass eine solch kostenintensive Behandlung bei Drogenabhängigen aufgrund mangelhafter Compliance nicht rentabel erscheint, nicht gerechtfertigt. Dieses wird ferner durch zahlreiche Studienergebnisse widerlegt, die bestätigen, dass die Adhärenz von Drogenabhängigen sich nicht von der anderer Zielgruppen unter-

289 Ins Detail gehend siehe die Studie zur Adhärenz in der HIV-Therapie in Weilandt/Schüler 2002

290 Allgemeine Informationen zu HIV-Infektionen und Therapie in DAH 2011b

scheidet. An dieser Stelle ist künftig nachhaltiges, aktives Bemühen um Aufklärung notwendig, ebenso hinsichtlich der Zurückhaltung vieler Ärzte in Bezug auf eine Hepatitis-C-Behandlung bei drogengebrauchenden Patienten. (Vgl. Gözl 2011, S. 286 f.)

Exkurs: Dublin Declaration

Im Februar 2004 wurde die „Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia“ in Dublin/Irland verabschiedet.²⁹¹ Die 33 Signatarstaaten stehen nun durch die Deklaration in der Verantwortung gezielte Maßnahmen einzuleiten, um präventive Strategien, pflegerischen Aufgaben, die medizinische Behandlung sowie die Unterstützung hinsichtlich HIV in ihrer Region auf einen besseren Stand zu bringen. Selbst wenn keine der Strategien ausdrücklich auf Haftanstalten bezogen ist, sind inhaftierte Menschen ein äußerst wichtiger Bestandteil der Aktionen. Sie werden in der „Dublin Declaration“ explizit als Personen bezeichnet, die dem höchsten Risiko sowie der größten Vulnerabilität im Hinblick auf HIV/AIDS Infektionen unterliegen. Dadurch werden die Signatarstaaten – vermutlich unbewusst und von der Regierung nicht bemerkt – zu spezifischen und zeitgebundenen Maßnahmen in der präventiven sowie gesundheitlichen Versorgung von Inhaftierten verbindlich aufgefordert. (Vgl. Stöver 2011b, S.58 f.)

Die wesentlichsten Verpflichtungen im Hinblick auf (drogenabhängige) Gefangene in der „Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia“²⁹² sind die Aktionen „9“ (Prävention) und „21“ (Leben mit HIV/AIDS):

9. By 2010, ensure through the scaling up of programmes that 80% of the persons at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS are covered by a wide range of prevention programmes providing access to information, services and prevention commodities and identifying and addressing factors that make these groups and communities particularly vulnerable to HIV infection and promote and pro-

291 Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia (2004). Online unter: http://www.unicef.org/ceecis/The_Dublin_Declaration.pdf. Zuletzt abgerufen am 17.02.2012.

Ergänzend: Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia – Good Prison Health is Good Public Health. Released in Dublin, Ireland February 23, 2004 during the conference Breaking the barriers: Partnership in the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Online unter: http://www.drugpolicy.org/docUploads/dublin_declaration_2004.pdf. Zuletzt abgerufen am 17.02.2012.

292 Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia (2004). Online unter: http://www.unicef.org/ceecis/The_Dublin_Declaration.pdf. Zuletzt abgerufen am 17.02.2012.

tect their health, and intensify cross border, sub-regional and regional technical collaboration and sharing of best practices through the EU and regional organisations in the prevention of HIV transmission among vulnerable groups; (S. 3 f.)²⁹³

21. By 2005, provide universal access to effective, affordable and equitable prevention, treatment and care including safe anti-retroviral treatment to people living with HIV/AIDS in the countries in our region where access to such treatment is currently less than universal, including through the technical support of the UN through the global initiative led by the World Health Organisation and UNAIDS to ensure 3 million people globally are on anti-retroviral treatment by 2005 (“3 by 5”). The goal of providing effective anti-retroviral treatment must be conducted in a poverty-focused manner, equitable, and to those people who are at the highest risk of and most vulnerable to HIV/AIDS; (S. 5)

In beiden Aktionen sind (drogenabhängige) Inhaftierte als vulnerable Population aufgeführt und somit eindeutig als Zielgruppe von gezielten Maßnahmen definiert. Zudem wurde in der Deklaration beide Male eine Frist für die Zielerreichung festgelegt. Diese ist vor zwei bzw. vor sieben Jahren abgelaufen. (Vgl. Stöver 2011b, S. 59)

4.3.5 *Entzugsbehandlung*

Bei der Inhaftierung von Drogenabhängigen kommt es zwangsläufig zum Drogenentzug. Manche von ihnen informieren den medizinischen Dienst über ihre physische sowie psychische Situation. Dies ist frühestens beim Erstkontakt mit dem Anstaltsarzt (innerhalb der ersten 24 Stunden) möglich. Andere wiederum, die nicht so stark unter den Entzugserscheinungen leiden, verschweigen ihre Drogenabhängigkeit und überstehen den Drogenentzug alleine. (Vgl. Kalinowski/Schaper 1997, S. 65 f.) Allerdings verschweigen auch trotz gravierender Entzugssymptome viele ihre Suchtkrankheit, um nicht stigmatisiert zu werden und Einschränkungen im Vollzug zu entgehen (vgl. Stöver 2002b, S. 141).

Das Äquivalenzprinzip sollte ebenso im Rahmen der Entgiftung eingehalten werden. Bei der Entzugsbehandlung wird das Heroin durch einen Ersatzstoff

293 Umfassender zur „Aktion 9“ siehe auch Matic et al. 2008, S. 87–99

(aktueller Standard: Methadon, Buprenorphin) ersetzt, welcher schließlich schrittweise bis auf null herab dosiert wird.²⁹⁴ Weitere Entzugserscheinungen können der Symptomatik entsprechend therapiert werden. Eine angemessene Entzugsbehandlung hat die Vermeidung von negativen Folgen des Entzugs sowie die Erleichterung des Entzugs für die drogenabhängigen Inhaftierten zum Ziel. Die Entzugsbehandlung nach aktuellen medizinischen Standards ist speziell in Haft hinsichtlich der Patientenorientierung von besonderer Bedeutung. (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 196) Allerdings werden die fachspezifischen Richtlinien einer Entgiftung in Haft häufig nicht eingehalten. Bei der Behandlung mit Ersatzstoffen wird oft in zu großen Schritten und nicht am Patienten orientiert abdosiert. Vielfach werden überhaupt keine Medikamente an die drogenabhängigen Inhaftierten vergeben, wodurch sie in der schwierigen Entzugsphase mit den Entzugserscheinungen häufig auf sich gestellt sind und nur unzureichend bzw. zu spät versorgt werden. (Vgl. Stöver 2002b, S. 141) Der „kalte Entzug“ ist in den deutschen JVAen nach wie vor üblich. Polytoxikomanie, falsche Ernährung sowie ernst zu nehmende Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen bei den Suchtmittelabhängigen führen jedoch dazu, dass ein Drogenentzug in seinem Verlauf komplizierter zu beurteilen ist (polyvalenter Entzug). Durch das Zusammenspiel dieser Faktoren ist ein „kalter Entzug“ durchaus als unzumutbar einzustufen.²⁹⁵ Entgegen der Entgiftung zum Zeitpunkt der Inhaftierung wird mit Entgiftungen innerhalb der Haftstrafe strenger verfahren. Anstaltsärzte vermuten grundsätzlich, dass der Drogenkonsum in Haft nur in eingeschränkten Mengen möglich ist. Aus dieser Annahme heraus gehen sie bei dem Wunsch eines Gefangenen nach einer Entgiftung davon aus, dass es Schwierigkeiten bei der Drogenbeschaffung

294 Bei Patienten, die von mehreren Substanzen gleichzeitig abhängig sind (bspw. Opiate, Benzodiazepine und Alkohol), sollte eine Droge nach der anderen entzogen werden, beginnend mit der, welche die gravierendsten Entzugserscheinungen auslöst (vgl. Keppler 2008b, S. 34).

295 In Großbritannien klagten Ex-Inhaftierte gegen die Regierung wegen ärztlicher Behandlungsfehler und Menschenrechtsverletzung, da sie zu Beginn der Haft „kalt“ entzogen mussten, obgleich anscheinend ein großer Teil der Kläger vor Haftbeginn in einem Methadon-Programm war. Den ehemaligen Insassen wurde ein Schmerzensgeld in Höhe von 5.600 € zuzüglich Anwaltskosten für die erlittenen Entzugssymptome zugesprochen. (Vgl. BBC News 2006) Auch der EGMR hat entschieden, dass ein „kalter“ Entzug bzw. eine ungenügende medikamentengestützte Entzugsbehandlung einen Verstoß gegen das Verbot unmenschlicher und erniedrigender Behandlung des Art. 3 EMRK (Verbot der Folter) darstellt. Im Fall *McGlinchey* hat die Gefängnisbehörde gegen dieses Verbot verstoßen. Einer Beschwerde wurde gemäß Art. 13 (Recht auf wirksame Beschwerde) i.V.m. Art. 3 EMRK stattgegeben. Vom EGMR wurde ein Schmerzensgeld i.H.v. 22.900 € adjudiziert. Ins Detail gehend siehe "*McGlinchey et al. v. The United Kingdom*, Application No. 50390/99, Judgement of 29 April 2003". Online unter: <http://www.humanrights.is/the-human-rights-project/humanrightscasesandmaterials/cases/regionalcases/european-court-of-human-rights/nr/585>. Zuletzt abgerufen am 11.05.2012.

gibt und die Drogenabhängigen die Zeit medikamentös mithilfe des Arztes überbrücken wollen. Kaum ein Arzt ist geneigt, dem Willen des Patienten aus den Gründen eines Versorgungsengpasses nachzukommen. Daher wird an dieser Stelle meist „kalt“ entzogen.²⁹⁶ (Vgl. Kalinowski/Schaper 1997, S. 66) Inwieweit eine solche Situation vorliegt muss individuell vom Arzt beurteilt werden, um zu klären, ob eine Entzugsbehandlung durchgeführt wird oder nicht (vgl. Keppler 2008b, S. 34).

Scheiblich (1988) weist neben der medizinischen Seite des Drogenentzugs überdies auf die psychischen Probleme hin:

Rein medizinisch mag der Entzug für Haftanstalten ein geringes Problem darstellen; kaum Beachtung findet der Vorgang des psychischen Entzugs, der häufig genug gekennzeichnet ist durch eine akute Suizidgefährdung, durch totale Verzweiflung und Resignation. Angesichts dieser Situation verwundert es, wie viele Drogenabhängige trotzdem diese erste Zeit der Inhaftierung überleben. (S. 71)

Während der Entzugsbehandlung sind Beratungen und therapeutische Maßnahmen lediglich eingeschränkt möglich, wenn die Betroffenen noch stark an den somatischen Beschwerden leiden. Die drogenabhängigen Patienten sind in der Entzugsphase zwar krankheitseinsichtig und ausgesprochen empfindsam, allerdings kaum in der Lage, sich eingehend mit ihrer Suchtproblematik zu befassen. Trotz allem kann in dieser Zeit ein Kontakt hergestellt werden, da die sich Drogenabhängigen nach viel Aufmerksamkeit sehnen. Häufig kann so die Basis für ein vertrauensvolles Verhältnis geschaffen werden. (Vgl. Kalinowski/Schaper 1997, S. 66)

Die Entzugsbehandlung alleine ist aber lediglich für wenige Drogenabhängige eine dauerhafte und nachhaltige Lösung, da die Rückfallwahrscheinlichkeit, die Mortalitätsrate nach der Haftentlassung sowie das Abhängigkeitspotenzial bei Opiaten relativ hoch ist. Von großer Bedeutung für die Erfolgsaussichten der Maßnahme ist, dass ein individueller sowie patientenorientierter Ansatz gefunden wird. Der Anstaltsarzt soll dafür dem drogenabhängigen Inhaftierten deutlich und detailliert die Vor- und Nachteile diverser Behandlungsansätze aufzeigen. Diese erstrecken sich von einer kurzen Entgiftung, die sich nur für wenige Suchtkranke als eine adäquate Behandlungsmaßnahme

296 Ausnahmefälle sind Gefangene, bei denen eine Substitution disziplinarisch oder auf eigenen Wunsch eingestellt wurde (vgl. Kalinowski/Schaper 1997, S. 67).

me erweist, über eine schrittweise Entzugsbehandlung bei der Inhaftierung mit dem Ziel der Linderung von Entzugserscheinungen und anschließender rehabilitativer Maßnahme oder langfristiger Substitution. (Vgl. Kastelic et al. 2007, S. 39 ff.)

4.3.6 Substitution

Die Substitutionsbehandlung ist im § 13 des BtMG rechtlich verankert:

Die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten ... und nur dann verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen ... Behandlung einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen ... Körper begründet ist. Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann. (Abs. 1 S. 1 und 2)

Zusätzlich gelten die BtMVV²⁹⁷ sowie die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“²⁹⁸ (BÄK 2010) als Rechtsgrundlage. Die BUB-Richtlinien, die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen wurden, regeln die Substitutionsbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.²⁹⁹ Diese sind jedoch für das Substitutionsprogramm in Haft nicht verpflichtend. (Vgl. Knorr 2011, S. 216)

Weltweit hat sich die Substitution von Opiatabhängigen zu einer der wesentlichsten Behandlungsmaßnahmen von Heroinkonsumenten herauskristallisiert. Die Substitutionsbehandlung zeichnet sich durch einen großen Wirkungsbereich sowie ein hohes Potenzial aus, Drogenabhängige in einer Behandlung zu halten. Sie bildet eine Grundlage für weiterführende Hilfsmaßnahmen und therapeutische Interventionen. Für Opiatabhängige stellt die Substitution eine Behandlungschance für ihre Suchtkrankheit dar, mithilfe derer sie ihre kör-

297 Der § 5 BtMVV enthält das Ziel der Substitution und regelt die Verschreibung des Substitutionsmittels.

298 Die Richtlinien der BÄK wurden überarbeitet und vom Vorstand der BÄK am 19. Februar 2010 verabschiedet.

299 Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“, Nr. 2 zur Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (MVV-RL – früher BUB-Richtlinie) (vgl. G-BA 2010); In den aktuellsten MVV-RL (in Kraft getreten am 24. Februar 2012) unter Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“, Nr. 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger (vgl. G-BA 2011, S. 7–14)

perliche, psychische sowie soziale Gesundheit festigen, bestenfalls wieder am „normalen“ gesellschaftlichen Leben teilhaben und die Anforderungen des Alltags (v.a. Familie, Beziehung, Job) leichter meistern können. (Vgl. Stöver 2010c, S. 3) Als der primäre Behandlungsansatz innerhalb der Strategien von Harm Reduction³⁰⁰ ist die Substitution sowohl für Patienten die derzeit nicht abstinent leben wollen bzw. können, als auch für diejenigen mit einer Abstinenzabsicht, ein angemessenes Hilfsangebot (vgl. Stöver/ Michels 2011, S. 120).

In Deutschland liegt die Anzahl von Opioids substitutionen außerhalb der Gefängnisse bei 76.200 Patienten (Stichtag 01. Juli 2011).³⁰¹ Bis zum Jahr 2010 haben sich die Patientenzahlen stetig erhöht und sind seit Einführung der Meldepflicht an das Substitutionsregister am 01. Juli 2002 sogar um 68,3% angestiegen (46.000 auf 77.400). In 2011 ist zum ersten Mal ein minimaler Rückgang zu verzeichnen.³⁰² Trotzdem immer mehr Opiatabhängige substituiert werden, stagniert die Anzahl der substituierenden Ärzte seit Langem.³⁰³ (Vgl. BOPST 2012, S. 1 f.) Während in der freien Gesellschaft knapp 50% der aktuell geschätzten 150.000 bis 175.000 Heroinabhängigen substituiert werden (vgl. Stöver/Michels 2011, S. 124), ist in deutschen Haftanstalten keine entsprechende Erreichbarkeit zu verzeichnen. Intramural liegt die Zahl der Substituierten in einer Dauerbehandlung nur bei etwa 3% (ca. 500–700³⁰⁴ der vermuteten 16.500–22.200 inhaftierten Heroinabhängigen) und somit erheblich unter dem eigentlichen Bedarf (vgl. Heinz et al. 2010, S. 65).

4.3.6.1 Substitutionsbehandlung

Kastelic und Kollegen (2007) beschreiben die Substitutionsbehandlung wie folgt:

Substitutions-Therapie (Agonisten-Arzneimitteltherapie, Agonisten ersetzende Therapie oder Agonisten gestützte Therapie) ist definiert als

300 Siehe 4.4 Harm Reduction

301 Zu der im Substitutionsregister erfassten Anzahl an Substituierten muss zusätzlich eine geringe Dunkelziffer an Behandelten addiert werden, die an einem Substitutionsprogramm teilnehmen, ohne von ihrem Arzt bei der BOPST gemeldet zu werden (vgl. Stöver/Michels 2011, S. 119).

302 „Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2011 überdurchschnittlich viele Ärzte ihre Datenbestände mittels ‚Inventurmeldungen‘ korrigierend aktualisiert haben, sodass z.B. versäumte Abmeldungen nachträglich registriert wurden.“ (BOPST 2012, S. 1)

303 Im Jahr 2011 waren 2.703 substituierende Ärzte registriert (2006: 2.607). Bei der BÄK sind allerdings 8.122 Ärzte mit suchttherapeutischer Qualifikation erfasst. Somit substituiert lediglich ein Drittel von allen suchttherapeutisch qualifizierten Ärzten. (Vgl. BOPST 2012, S. 2)

304 In Haft mangelt es an einer angemessenen Dokumentation hinsichtlich der Substitutionsbehandlung, wodurch lediglich geschätzt werden kann, wie hoch die Patientenzahl tatsächlich ist (vgl. Stöver/Casselmann 2006, S. 5).

ärztlich kontrollierte Verabreichung einer verschriebenen psychoaktiven Substanz an Abhängige, welche pharmazeutisch verbunden ist mit der Substanz, welche die Abhängigkeit hervorruft, um festgelegte Behandlungsziele zu erreichen. (S. 14)

Das Substitutionsmittel (Ersatzstoff) belegt die Opiatrezeptoren und hemmt das starke Verlangen nach Opiaten („Heroinhunger“), wodurch der Drogenabhängige leichter auf Heroin verzichten kann. Am häufigsten wird Methadon (Polamidon[®]) als Substitutionsmittel verwendet, gefolgt von Levomethadon (L-Polamidon[®]) und Buprenorphin (Subutex[®]). Aber auch Diamorphin, Dihydrocodein (DHC), Codein sowie eine Mischsubstanz aus Buprenorphin und Naloxon (Suboxone[®]) sind zur Substitution zugelassen.³⁰⁵ Schließlich gibt es noch Naltrexon (Nemexin[®]),³⁰⁶ welches aber als Opiatblocker eher eine Ausnahme unter den Ersatzstoffen und streng genommen kein Substitut darstellt. (Vgl. Keppler 2008b, S. 27) Bei der richtigen Auswahl der Substitutionssubstanz sind die Verträglichkeit sowie der Wille des Substituierten relevant, ob er eher mit einem Sedativum (Opiatagonisten wie Methadon oder Levomethadon) oder einem weniger sedierenden Präparat (Partialagonisten wie Buprenorphin oder Suboxone) behandelt werden möchte. Zudem müssen mögliche weitere Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis C, psychische Störungen) der Opiatabhängigen bedacht werden, da es zu Wechselwirkungen zwischen Substituten und anderen Begleitmedikamenten kommen kann. Als unterstützende Komponente zu Antidepressiva sind Substitutionsmittel mit einer deutlich schwächeren sedierenden Wirkung (bspw. Buprenorphin³⁰⁷) von großer Bedeutung. (Vgl. Stöver/Michels 2010, S. 131)

305 Im Jahr 2011 wurden folgende Substitutionsmittel gemeldet: Methadon 54,8%, Levomethadon 25,4%, Buprenorphin 19,2%, Diamorphin 0,4%, Dihydrocodein 0,2% und Codein 0,1%. Auch wenn Methadon nach wie vor das häufigste Substitut darstellt, verringert sich sein Anteil in den letzten Jahren zu Gunsten von Levomethadon sowie Buprenorphin. (Vgl. BOPST 2012, S. 3 f.)

306 Naltrexon (Nemexin[®]) ist in Form von Tabletten im Handel (Naltrexin[®]) erhältlich. Der Opiatantagonist flutet langsamer an als Naloxon, dessen Wirkstoff eine ähnliche Struktur aufweist (vgl. 4.4.2 Drogennotfalltraining, Exkurs: Naloxonvergabe, S. 263 f.), wirkt dafür aber erheblich länger (mehrere Tage). Wird Naloxon bei Opiatabhängigen angewendet, die derzeit nicht konsumieren, dockt der Stoff an den Opiatrezeptoren an und fungiert als Blocker. Wird daraufhin beispielsweise Heroin konsumiert, wirkt dieses nicht. Einigen Patienten fällt die Abstinenz von Opiaten durch diese Kenntnis leichter. Eingesetzt wird Naltrexon z.B. bei Opiatabhängigen mit etwas kürzerer Drogenvergangenheit (maximal fünf bis sieben Jahre) sowie Abstinenzwunsch und -fähigkeit oder in Übergangszeiten (bspw. Überbrückung der Wartezeit für den Therapieantritt). Trotzdem Naltrexon bereits in deutschen JVAen verabreicht wird, sind diesbezüglich noch keine Studien bzw. Publikationen vorhanden. (Vgl. Keppler 2008b, S. 30)

307 Durch die Einnahme von Buprenorphin bleiben die Substituierten „klarer“ und sind aktiver als beispielsweise mit Methadon.

Ziele der haftinternen Substitution

Die Substitutionsbehandlung ist eine Form der alternativen Infektionsprophylaxe im Strafvollzug mit vielfältigen Behandlungszielen. Das BÄK benennt in seinen Richtlinien die Überlebenssicherung, die Verringerung des Beikonsums sowie die Abstinenz von Opiaten. Die Substitution soll die gesundheitliche Verfassung festigen und den Rahmen für die medizinische Behandlung von anderen begleitenden Krankheiten schaffen. Ferner ist die soziale Stabilität von Bedeutung, um wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben und einer Arbeit nachgehen zu können. Die persönliche Lage der Heroinkonsumenten ist ausschlaggebend für die Zielerreichung. (Vgl. BÄK 2010, S. 1) Neben den Zielen und Ebenen des BÄK bietet die Substitutionsbehandlung den inhaftierten Drogenabhängigen die Möglichkeit, sich von der Drogenszene abzulösen. Der Beschaffungsdruck bleibt ihnen erspart und sie werden von den daraus resultierenden Erschwernissen entlastet (v.a. Kriminalität, Schwarzmarkt). Zudem hat die Substitution positive Auswirkungen auf die Zuverlässigkeit bei Vollzugslockerungen und die Motivation, künftig weiterführende Hilfsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. (Vgl. Kalinowski/Schaper 1997, S. 68) Fritsch (1996, S. 86 f.) betont, „... daß süchtige Gefangene durch die Substitution eine erheblich verbesserte Sozialprognose im Sinne des § 57 StGB vorzuweisen haben und aus diesem Grund eine sehr flexible Vollzugsplanung umgesetzt werden kann.“

Die intramuralen Behandlungsziele der Substitution konzentrieren sich ausdrücklich auf die Drogenfreiheit (vgl. Heinz et al. 2010, S. 65 f.). Diese sollten jedoch nicht vollständig abstinenzorientiert, sondern eher darauf ausgerichtet sein, die Heroinabhängigen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu befähigen. „Die Behandlung setzt die Entwicklung einer individuellen Identität voraus, die in unserer – pluralistischen und offenen – Gesellschaft einen anerkannten Platz findet.“ (Walter 1999, S. 283 Rn. 282c) Allein eine individuelle, patienten- sowie ressourcenorientierte Substitutionsbehandlung trägt zur Stabilisierung oder Bewältigung der chronisch rezidivierenden Krankheit bei. Eine rein auf Abstinenz ausgerichtete Substitution bewirkt, dass sich die Opiatabhängigen zu sehr unter Druck gesetzt fühlen, wodurch sich negative Folgen in der Arzt-Patienten-Beziehung einstellen. Darüber hinaus hat der hinzukommende Druck vermehrt den Abbruch der Behandlung zur Folge, veranlasst durch nicht realisierbare Zielsetzungen und Ansprüche. (Vgl. Stöver et al. 2010, S. 20) Die einseitige Zielausrichtung auf die Abstinenzorientierung verhindert, dass weitere wichtige und lebensnotwendige Behandlungs-

ziele (v.a. Vermeidung von Hepatitis- und HIV-Infektionen, drogenbedingte Mortalität unmittelbar nach der Haft) ausreichend beachtet und in die Substitutionspraxis integriert werden. Das primäre Ziel sollte die Verhütung von irreversiblen gesundheitlichen Schäden sein. (Vgl. Stöver/Casselmann 2006, S. 70)

Nachweise der Wirksamkeit der (haftinternen) Substitution

Viele Studien erbringen Nachweise über die Effektivität des Substitutionsprogramms.³⁰⁸ Forschungsergebnisse und über lange Jahre gesammelte Erfahrungen aus der Praxis verdeutlichen, dass die Substitution einen qualifizierten Behandlungsansatz darstellt, den Konsum von Opiaten verringert, die Mortalitäts- sowie Morbiditätsrate (bspw. die Infektionsgefahr bei HIV) senkt, eine gute Haltequote erzielt, die gesundheitliche Verfassung (körperlich als auch psychisch) und die Lebensqualität der Substituierten verbessert, die Begehung von Straftaten sowie erneute Gefängnisaufenthalte reduziert und keine hohen Kosten verursacht. Auch innerhalb von Haftanstalt lassen sich positive Veränderungen feststellen. Untersuchungen (größtenteils außereuropäisch) zeigen, dass substituierte Gefangene weniger Opiate sowie risikoärmer konsumieren (Reduktion von injizierendem Drogengebrauch und Needle-Sharing³⁰⁹), in geringerem Maße am intramuralen Schwarzmarkt beteiligt sind, seltener kurz nach der Entlassung aus der Haft an einer drogenbedingten Überdosis sterben, vermehrt weiterführende therapeutische Maßnahmen in Anspruch nehmen, während der Dauerbehandlung mit Substituten eine geringere Kriminalitätsrate aufweisen und prinzipiell seltener rückfällig werden. (Vgl. Stöver 2010c, S. 6) Den Opiatabhängigen wird durch eine haftinterne Substitution (im Gegensatz zur reinen Entzugsbehandlung) der Beginn sowie die Fortsetzung von medizinischen und therapeutischen Maßnahmen außerhalb der JVA erleichtert (vgl. Kastelic et al. 2007, S. 22).

Aufgrund der Tatsachen, dass nur sehr wenige Erkenntnisse über den langfristigen Verlauf von Substitutionsbehandlungen vorliegen, wurde 2007 die PREMOS-Studie³¹⁰ initiiert, um die Prädiktoren, Moderatoren und Ergeb-

308 Bspw. Kufner/Rösner 2005, WHO/UNODC/UNAIDS 2004

309 Larney (2010, S. 216) hat fünf Studien hinsichtlich der haftinternen Substitution überprüft und festgestellt, dass sich bei Inhaftierten, die substituiert werden, das Risiko des injizierenden Drogenkonsums um 55–75% und das Risiko von Needle-Sharing und Spritzenaustausch um 47–73% reduziert.

310 Der Schlussbericht (an das BMG) der PREMOS-Studie ist nachzulesen in Wittchen et al. 2011b. Eine ausführliche Zusammenfassung zur PREMOS-Studie, basierend auf dem Schlussbericht an das BMG, wurde in dem Sonderheft von „Suchtmedizin in Forschung und Praxis“ Band 13, Nr. 5 (2011) veröffentlicht (vgl. Soyka/Backmund 2011).

nisse der Substitutionsbehandlung zu erforschen. Die Ergebnisse des Behandlungsverlaufs, selbst bei stabilen Substitutionspatienten, waren längerfristig betrachtet sehr variabel, beispielsweise hinsichtlich (disziplinarischen) Unterbrechungen, Abdosierung und Abstinenzphasen. Die Beigebrauchsraten von Opiaten (<12%) und anderen illegalen Substanzen (20–30%) erwiesen sich als verhältnismäßig gering. Allerdings zeichnet sich durch exploratorische Analysen ab, dass bei Institutionen mit einem stark an Abstinenz ausgerichteten Substitutionsprogramm wahrscheinlich vermehrt schlechtere Behandlungsergebnisse (z.B. Todesfall, instabile Substitution) erkennbar sind. Im Gesamten erbringt die PREMOS-Studie den Nachweis, dass die erfolgversprechenden Resultate einer Substitutionsbehandlung aus Kurzzeitstudien überwiegend auch auf Langzeitverläufe übertragbar sind. Für die meisten Substituierten sind die primären Behandlungsziele realisierbar (Haltequote, Überlebenssicherung, Verringerung des Substanzkonsums sowie der physischen Morbidität, sozial integriertes Leben), obwohl viele an schweren psychischen und physischen Begleiterkrankungen leiden. Wenngleich die PREMOS-Studie viele positive Studienergebnisse aufweist, ist ein Optimierungsbedarf nicht von der Hand zu weisen. Dieser verlangt mitunter eine Angleichung von manchen therapeutischen Zielen (z.B. hinsichtlich der Fokussierung auf das Ziel der Drogenfreiheit, der Bestimmungen zur PSB, der medizinischen Versorgung von ernsthaften und chronischen psychiatrischen Erkrankungen). (Vgl. Wittchen et al. 2011a, S. 2)

Die Substitutionsbehandlung bringt aber nicht nur für inhaftierte Opiatabhängige Vorteile, sondern auch für die Haftanstalten selber: Das Verhalten der Substituierten innerhalb des Systems Strafvollzug verbessert sich durch die Reduktion der Drogenbeschaffung, welche sich positiv auf die Sicherheit der Anstalt auswirkt. Selbst eine Reduktion des Drogenhandels ist festzustellen. Weiterhin ist die Zuführung in JVAen, die eine Substitution ermöglichen, für Heroinabhängige weniger mit Ängsten behaftet. Entzugssymptome bei Haftantritt, vielfach verbunden mit autoaggressivem Verhalten bis hin zu Suizidalität, sind (aufgrund der medikamentösen Unterstützung) geringer ausgeprägt. (Vgl. Kastelic et al. 2007, S. 22) Außerdem sind die Symptome des Drogenentzugs besser kontrollierbar. Überdies nimmt die Leistungsfähigkeit sowie Einsatzfähigkeit der Inhaftierten hinsichtlich der Arbeit zu. (Vgl. Stöver 2008c, S. 13) Darüber hinaus hat der haftinterne medizinische Dienst im Rahmen der Substitutionsbehandlung jeden Tag Kontakt zu den Patienten, was mitunter die Arzt-Patienten-Beziehung durchaus positiv beeinflussen kann. Die Möglichkeit Untersuchungen durchzuführen wird begünstigt und gesundheitsför-

dernde Kenntnisse sowie Handlungsalternativen können den Betroffenen besser vermittelt werden. (Vgl. Heinz et al. 2010, S. 66)

Kriterien und Vergabepaxis der haftinternen Substitution

Die Kriterien, nach denen drogenabhängige Inhaftierte eine Substitutionsbehandlung in Haft beanspruchen können, sollten mit den Standards der freien Gesellschaft äquivalent sein. Ein wesentlicher Grund für eine Substitution in Haft besteht, wenn sich der Drogenabhängige bereits vor seiner Inhaftierung in einem Substitutionsprogramm befunden hat und die Behandlung zu Beginn der Haft fortgesetzt werden soll. Des Weiteren können die opiatabhängigen Gefangenen aus der Haft heraus eine Substitutionsbehandlung beantragen, wenn sie die Voraussetzungen dafür erfüllen. Die Möglichkeit für eine Substitution besteht auch, falls sich die drogenabhängigen Gefangenen bereits in einer Entzugsbehandlung befinden. Letztlich kann eine gewisse Zeit vor der Haftentlassung (drei bis sechs Monate) eine Substitutionsbehandlung als vorbereitende Maßnahme im Rahmen der Entlassungsvorbereitung begonnen werden. (Vgl. Stöver 2009, S. 383 f. Rn. 35 f.)

Insbesondere in Haftanstalten halten sich Betroffene auf, bei denen eine Substitutionsbehandlung besonders indiziert wäre: gesundheitlich und sozial stark vorbelastete intravenös konsumierende Heroinabhängige mit einer langjährigen Suchtmittelvergangenheit sowie einigen erfolglosen abstinenzorientierten therapeutischen Maßnahmen (vgl. Keppler et al. 2009, S. 199). Die Haftzeit verschafft dieser Zielgruppe den richtigen Rahmen (v.a. gewisser Schutzraum, Kontrollmöglichkeiten), um mithilfe einer intensiven ärztlichen Betreuung während der Substitutionsbehandlung ihre Opiatabhängigkeit zu stabilisieren bzw. zu bewältigen. (Vgl. Husmann 2010, S. 52 f.)

Auch wenn ein anonymes und vertrauensvolles Behandlungssetting in der JVA schwer zu erreichen ist, wird versucht, das Substitut unauffällig an Substitutionspatienten abzugeben (z.B. mit anderen Arzneimitteln, separate Station für drogenabhängige Inhaftierte).³¹¹ Aufgrund der Stigmatisierung³¹² von Drogenabhängigen in Haft durch Mitgefangene aber auch Vollzugsmitarbeiter sollte darauf geachtet werden, dass die Suchtkrankheit sowie die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm nicht öffentlich wird. Die inhaf-

311 Zur Dosierung und Überwachung der Einnahme vgl. Kastelic et al. 2007, S. 41–43

312 Vgl. 3.2 Soziale Stellung in der Justizvollzugsanstalt und 3.3 Auswirkungen des Stigmas Drogensucht auf den Haftalltag

tierten Substituierten könnten von anderen Häftlingen benötigt werden, dass Substitutionsmittel nicht einzunehmen, sondern in den Anstaltsbereich der Häftlinge zu schmuggeln. Dennoch kann es hilfreich sein, bestimmte qualifizierte Vollzugsbedienstete und andere Mitarbeiter ins Vertrauen zu ziehen, um beispielsweise erheblich risikobehaftete Substitutionspatienten im Auge zu behalten, die unter psychischen Störungen leiden, welche sich oftmals als Begleiterscheinung der Behandlung ausbilden. (Vgl. Kastelic et al. 2007, S. 47)

4.3.6.2 Problemfelder der Substitutionsbehandlung

Entgegen den Erfolgsaussichten sowie der nachgewiesenen Wirksamkeit und Effizienz ist die Versorgungsstruktur in den deutschen Haftanstalten hinsichtlich einer Substitutionsbehandlung äußerst defizitär. Sie wird in kaum einem Bundesland flächendeckend angeboten, in manchen sogar überhaupt nicht. (Vgl. Stöver 2008c, S. 14) Zudem handelt es sich in einigen Gefängnissen, die laut eigenen Aussagen eine Substitution anbieten, lediglich um eine medikamentengestützte Entgiftung bzw. um eine Maßnahme im Rahmen der Entlassungsvorbereitung (vgl. Knorr 2011, S. 215).

Die niedrige Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Gefängnis lässt sich durch diverse strukturelle und persönliche Einflussfaktoren erklären. In den nachfolgenden Absätzen wird eine Übersicht über die verschiedenen Problembereiche der haftinternen Substitution gegeben:

Fehlende Standards in der haftinternen Substitution

Für die Substitutionsbehandlung in Haft fehlen einheitliche Standards. Es besteht ein Unterschied zwischen den Richtlinien im Gefängnis und in der freien Gesellschaft. Allein das BtMG und die BtMVV als übergeordnete Gesetze betreffen die haftinterne Substitutionsbehandlung sowie die Substitution im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die BUB-Richtlinien gemäß § 135 Abs. 1 SGB V regeln lediglich die Substitution im kassenärztlichen System und sind teilweise nicht identisch mit den Richtlinien der BÄK, die im Rahmen des Äquivalenzprinzips in den Gefängnissen Geltung haben. (Vgl. Keppler 2008b, S. 26) In den rechtlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsfürsorge in Haft (§§ 56–66 StVollzG) wird wiederholt auf die Standards der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen. Die medizinische Betreuung und Behandlung von Inhaftierten sollte infolgedessen äquivalent zum Versorgungssystem der Kassenärzte sein. Viele Bundesländer reglementieren die haftinterne Substitution über Bestimmungen, die explizit auf die

Standards der BUB-Richtlinien hinweisen. Jedoch ergeben sich selbst in diesen Ländern regelmäßig Probleme für die substituierten Patienten beim Übergang aus dem Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenkassen in das der JVA oder umgekehrt. (Vgl. Stöver/Casselmann 2006, S. 70)

Ferner liegt die Gesetzgebungskompetenz für den Strafvollzug in Deutschland bei den einzelnen Ländern, weshalb mit der Substitutionsbehandlung in den Haftanstalten äußerst heterogen verfahren wird, trotz der auf Bundesebene einheitlichen Rechtsgrundlagen. Sogar die landesspezifischen VV werden in den JVAen der jeweiligen Bundesländer nicht übereinstimmend umgesetzt. Daher wird in Deutschland die praktische Ausgestaltung der Substitution von Bundesland zu Bundesland, von JVA zu JVA und sogar teilweise von Anstaltsarzt zu Anstaltsarzt (z.B. unterschiedliche Arbeitsweise, Vertretungen im Urlaub) unterschiedlich gehandhabt.³¹³ (Vgl. Stöver 2008c, S. 14)³¹⁴

Für die haftinterne Substitutionsbehandlung ist es unerlässlich, einheitliche Richtlinien zu entwerfen, die sich an den fachlichen Standards der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren und für alle Bundesländer bindend sind. Richt- und Leitlinien können dem intramuralen medizinischen Dienst (insbesondere den Anstaltsärzten) Sicherheit in der praktischen Umsetzung geben und fehlendes Wissen vermitteln. Dazu bedarf es einer deutlichen Ausformulierung der Rahmenbedingungen (bspw. im Bezug auf Ansätze in der Behandlung, PSB, Merkmale für die Beendigung einer Substitution), unter spezieller Beachtung vollzuglicher Gegebenheiten.³¹⁵ (Vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2011, S. 250)

Fehlende Kontinuität in der Substitution bei Inhaftierung und Verlegung

Aufgrund der fehlenden einheitlichen Standards kann der Beginn oder die Weiterführung einer Substitution bei Inhaftierung und bei Verlegung in eine andere Haftanstalt (z.B. U-Haft in Strafhaft, Wechsel der Haftanstalt) äußerst problematisch werden. Die gefängnisinterne Substitutionspraxis ist oftmals

313 Die Handlungsweisen in der Substitutionspraxis sind mitunter abhängig von den jeweiligen örtlichen politischen sowie fachlichen Beurteilungen (vgl. Heinz et al. 2010, S. 66).

314 Zur intramuralen Substitutionspraxis in den verschiedenen Bundesländern siehe Pfeiffer-Gerschel et al. 2011, S. 232–235; Knorr 2008b sowie Stöver 2000, S. 392–400

315 Der „Leitfaden zur Substitutionsbehandlung im Gefängnis“ (Kastelic et al. 2007) sowie der „Leitfaden für Ärzte zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (BAS 2010) soll den intramuralen Ärzten als Unterstützung dienen und die praktische Umsetzung der Substitutionsbehandlung in Haft erleichtern. Aktuell erschienen ist auch ein praktischer Leitfaden zur Substitutionsbehandlung im Strafvollzug (Pont et al. 2012b)

geprägt von Abbrüchen, Behandlungspausen, Veränderung der Dosierung oder des Substituts. (Vgl. Stöver 2010c, S. 4) Nach den Richtlinien der BÄK, die für alle substituierenden Ärzte bindend sind, ist jedoch „bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ... die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“ (BÄK 2010, S. 9) Außerdem kann eine Substitution „in begründeten Einzelfällen ... auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z.B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden.“ (BÄK 2010, S. 2)

Viele Substitutionsbehandlungen, die vor der Inhaftierung durch eine ärztliche Indikation eingeleitet wurden, werden nach wie vor wiederholt in der JVA beendet. Die drogenabhängigen Inhaftierten werden entweder durch einen kalten Entzug entgiftet oder abdosiert, wobei dies häufig in schnellen Schritten stattfindet und somit dem fachlichen Standard nicht entspricht. (Vgl. Stöver 2009, S. 384 Rn. 40) Es ist möglich, dass bei einer unerwarteten Beendigung der Substitution zum Zeitpunkt der Zuführung in eine Haftanstalt die Gefahr von autoaggressivem Verhalten und Suizidalität (als Begleitscheinung des Entzugs) (vgl. Kastelic et al. 2007, S. 23) sowie die Wahrscheinlichkeit von drogenbedingter Mortalität³¹⁶ steigt (vgl. Stöver/Michels 2011, S. 125). Im Rahmen der IMPROVE-Studie³¹⁷ wurde die Tendenz von mehrheitlichen Abbrüchen der Substitution bei Haftantritt bestätigt. Bei 70% der Betroffenen, die sich vor ihrem Gefängnisaufenthalt in einem Substitutionsprogramm befanden, wurde die Behandlung bei Inhaftierung beendet. Lediglich ein geringer Anteil wurde weiterhin substituiert. (Vgl. Stöver et al. 2010, S. 18 f.) Im Allgemeinen ist selbst in den Fällen, in denen die Substitution im Gefängnis weitergeführt wird, die Behandlung meist auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt. Gängig ist eine Befristung auf ein viertel bis halbes Jahr. (Vgl. Heinz et al. 2010, S. 66) Inwieweit eine Substitution fortgesetzt wird, sollte nach den Gesichtspunkten der Medizin überprüft werden.³¹⁸ Wenn bei einem Patienten nach wie vor die Indikation für eine Substitutionsbehandlung

316 Siehe dazu 3.4.4 Drogentodesfälle während und nach der Haft sowie Heinemann et al. 2002b. Allgemein zu Drogentodesfällen bei Opiatabhängigen mit/ohne Substitution (Untersuchung in Hamburg) vgl. Raschke et al. 2002 und Heinemann 2002.

317 IMPROVE: „Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten – Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform“ (Stöver et al. 2010)

318 Medizinische Gründe für eine Weiterführung oder einen Abbruch der Substitutionsbehandlung in Keppler 2010a, S. 31 f; zur Neu-Einstellung in Haft siehe S. 33

besteht, gäbe es für den Anstaltsarzt aus medizinischer Sicht eigentlich keinen Grund, die Maßnahme abzubrechen.

Des Weiteren können aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen in der Substitutionspraxis bei der Verlegung eines Substitutions-Patienten in ein anderes Bundesland oder eine andere JVA beträchtliche Probleme auftreten. Eine ärztlich indizierte Substitution kann möglicherweise nicht fortgesetzt werden. Falls die Verlegung auf eigenen Wunsch beantragt wurde (bspw. Nähe zur Familie, Erleichterung von Besuchen und Kontakte), muss sich der Betroffene entscheiden, ob er ohne die Substitutionsbehandlung seine Opiatabhängigkeit bewältigen kann oder auf die Verlegung verzichtet. (Vgl. Keppler 2010a, S. 38)

Die Kontinuität der Substitution bei Inhaftierung oder Verlegung des Patienten ist ein entscheidendes Kriterium in der Behandlungspraxis. „Da die Bundesärztekammerrichtlinien den ‚medizinischen Stand der Forschung‘ wiedergeben, ist damit zu rechnen, dass diese Aufforderungen zur Behandlungskontinuität sich in den nächsten Jahren auch in der Praxis niederschlagen werden.“ (Stöver 2010c, S. 20 f.)

Fehlende Akzeptanz hinsichtlich der haftinternen Substitution

Die effektive Wirkung sowie der Anreiz für die haftinterne Substitution sind gebunden an die akzeptierende grundsätzliche Einstellung der Personen, die an den suchttherapeutischen Aspekten der Substitution beteiligt sind. Zudem ist es ausschlaggebend, wie niedrigschwellig der Zugang zum Angebot ist. Insbesondere diese beiden Kriterien machen der Haftanstalt wiederholt Schwierigkeiten. Praktisch stellt die haftinterne Substitution hohe Ansprüche an das Anstaltspersonal. Behandlungsansätze, die auf Abstinenz ausgerichtet sind, werden von den haftinternen Mitarbeitern besser akzeptiert. Im Strafvollzug kollidieren an dieser Stelle zwei Grundhaltungen: zum einen der akzeptierende Umgang mit dem Drogenkonsum (als persönliche Lebenseinstellung) und zum anderen das Abstinenzparadigma der JVA. (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 202) Deshalb ist es auch von großer Bedeutung, dass „die Justizpolitik und die wesentlichen Entscheidungsträger innerhalb der Justizvollzugsanstalt ... das Substitutionsprogramm mittragen“ (Fritsch 1996, S. 86).

Manche Juristen und Vollzugsmitarbeiter vertreten immer noch die übliche Behauptung aus Debatten zur Substitution, dass die Aufrechterhaltung von Sucht dem ärztlichen Auftrag gegenüber steht. Viele Vollzugsbedienstete kommen damit nicht zurecht, dass Drogenabhängige ausgerechnet in Haft (in

der Drogenfreiheit Voraussetzung ist) den Drogenkonsum im Rahmen einer Substitution aufrechterhalten dürfen. (Vgl. Schalast 2006, S. 39) Es fehlt oft an Verständnis für die chronisch rezidivierende Erkrankung Heroinabhängigkeit, bei der Rückfälle und in mancher Hinsicht Beikonsum als behandlungsbedürftige Begleitsymptome zu sehen sind. Viele haftinterne Ärzte sind von dem Abstinenzparadigma überzeugt und sehen in Substitutionsmitteln psychoaktive Substanzen, die für eine suchtttherapeutische Maßnahme nicht angemessen erscheinen. (Vgl. Stöver/Casselmann 2006, S. 69) Die Substitute würden die erforderliche Entwicklung der Persönlichkeit, die für eine abstinenzorientierte Lebensweise unerlässlich ist, verlangsamen. Aus moralischer Sicht betrachtet rechtfertigen manche ihre restriktive Haltung gegenüber der Substitution mit der Begründung, dass die Substitutionsmittel lediglich die Abhängigkeit auf eine andere Substanz verlagern, auf den Ersatzstoff. Weiterhin besteht die Befürchtung, dass die Substitutionssubstanzen auf dem haftinternen Drogenmarkt zum Handel angeboten werden. Auch begrenzte räumliche sowie personelle Kapazitäten, eingeschränkte Ressourcen, finanzielle Faktoren sowie ein Mehraufwand im organisatorischen Bereich spielen eine entscheidende Rolle. Schließlich besteht die Befürchtung, dass die Behandlung von Heroinabhängigen mittels Substitution die JVA destabilisiert.³¹⁹ (Vgl. Kastelic et al. 2007, S. 20 f.)³²⁰

Die Motive für die ablehnende Grundhaltung gegenüber der Substitutionsbehandlung in Haft sind vielschichtig. Selbst Gerichtsurteile³²¹ entscheiden zugunsten der Anstaltsärzte, die sich aus den genannten Gründen gegen eine Substitution in Haft aussprechen. Die intramural praktizierenden Ärzte können nicht gezwungen werden, Opiatabhängige zu substituieren. Dagegen werden die Haftanstalten aber durch einschlägige Urteile verpflichtet, den Betroffene-

319 Z.B. bevorzugte Behandlung von Substituierten gegenüber anderen Mithäftlingen: Vergabe von „Drogen“ an Heroinabhängige trotz des eigentlichen Postulats der Drogenfreiheit im Gefängnis

320 „Die Ängste der Ärzte“ vgl. Stöver 2008c, S. 17 f.

321 Bayern begegnet der Substitution in Haft eher mit einer ablehnenden Haltung. Aus diesem Grund haben zwei drogenabhängige Gefangene versucht, ihr Recht auf eine Substitutionsbehandlung in einem bayerischen Gefängnis vor Gericht einzuklagen. Im März 2012 wurden die Anträge der beiden Kläger vom LG Augsburg zurückgewiesen, da mitunter keine medizinische Notwendigkeit bzw. keine Aussicht auf Heilung bestehe. Mit diesem Beschluss verstößt der Freistaat gegen die Richtlinien der BÄK sowie gegen das gesetzlich verankerte Äquivalenzprinzip. Das Gericht habe sich auf die medizinische Einschätzung des Anstaltsarztes gestützt und keine Veranlassung gesehen, ein Gutachten von einem Arzt mit suchtspezifischer Qualifikation einzuholen. Die Vermutung liegt nahe, dass die Substitutionsbehandlung in diesen beiden Fällen aus ideologischen Gesichtspunkten nicht bewilligt wurde. Ins Detail gehend siehe Frank 2011 sowie folgende Meldungen auf der Homepage der DAH: DAH 2011a, DAH 2012a, DAH 2012c. In der letzten Meldung sind unter anderem die Links zu den beiden Gerichtsbeschlüssen zu finden.

nen im Zweifelsfall in ein Gefängnis zu verlegen, in dem eine Substitutionsbehandlung angeboten wird. Dazu müsste ein Heroinabhängiger jedoch seine Substitution in Haft einklagen. (Vgl. Keppler 2010a, S. 36 f.) Die wenigsten Drogenabhängigen haben zum einen das Geld und zum anderen die Kraft, eine derartige Gerichtsverhandlung durchzustehen, weshalb viele die Entscheidung des Abbruchs der Substitutionsbehandlung unfreiwillig hinnehmen.

Um die restriktive Haltung gegenüber der haftinternen Substitutionsbehandlung abzubauen, müssen die Befürchtungen der Beteiligten ernst genommen, aber auch Nachweise über die Effektivität des Substitutionsprogramms sowie die Vorteile für die Inhaftierten als auch die JVA immer wieder dargelegt werden. Entscheidend sind Informationsveranstaltungen, Schulungen, Fort- und Weiterbildungen für haftinterne Mitarbeiter (einschließlich der Vollzugsbeamten³²²), die fehlende Kenntnisse vermitteln, bereits vorhandenes Fachwissen sowie praktische Erfahrungen vertiefen und versuchen, eine akzeptierende Grundhaltung aufzubauen. (Vgl. Kastelic et al. 2007, S. 21) Neben der umfassenden Kenntnisvermittlung ist die grundsätzliche Kooperation von großer Bedeutung. Eine gewinnbringende Zusammenarbeit sowie ein reger fachlicher Austausch zwischen allen an der Substitutionsbehandlung beteiligten Berufsgruppen sind erforderlich, beispielsweise durch regelmäßige (Fall-)Besprechungen in einem Großteam (Anstaltsärzte, Pflegepersonal, Sozialpädagogen, Psychologen, externe Mitarbeiter der Drogen- und AIDS-Hilfe). (Vgl. Stöver 2008c, S. 19) Nur so kann die ablehnende Einstellung gegenüber der Substitutionsbehandlung in Haft abgebaut werden und sich eine positive bzw. zumindest unvoreingenommene Haltung gegenüber Drogenabhängigen entwickeln (vgl. Kastelic et al. 2007, S. 48).

Fehlende Behandlungskapazitäten und Personalmangel

Im Gegensatz zu den praktizierenden Ärzten außerhalb der JVA haben die Anstaltsärzte einen weitaus höheren Anteil an drogenabhängigen Patienten, da sie diesen selber nicht beeinflussen können. Die Behandlungskapazitäten für die haftinterne Substitution sind beschränkt, da es meistens an Personal fehlt und die Anstaltsärzte zudem noch andere Gefangene zu behandeln haben. Dadurch kann gegenwärtig nicht allen Heroinabhängigen, die eine Be-

322 Auch Wachbeamte sollten miteinbezogen werden, um keine Separation innerhalb der Fachrichtungen der haftinternen Mitarbeiter zu schaffen sowie eine Verhärtung von voreingenommenen Meinungen und Missverständnissen gegenüber den drogenkonsumierenden Inhaftierten zu vermeiden (vgl. Kastelic et al. 2007, S. 47).

handlung möchten und bei denen diese ärztlich auch indiziert wäre, ein Platz in einem Substitutionsprogramm angeboten werden. Wenn die Substitutionsbehandlung nach fachspezifischen Standards ablaufen soll, erfordert dies eine Einschränkung der Patientenzahlen. Allerdings müsste die Festlegung einer Obergrenze gleichzeitig bedeuten, dass bei drogenabhängigen Verurteilten, die für eine Substitutionsbehandlung infrage kommen würden, die Haftstrafe so lange zurückgestellt wird, bis wieder ein Platz im haftinternen Substitutionsprogramm bereitsteht. Realistisch betrachtet kann das Problem aber lediglich mithilfe einer Personalaufstockung im haftinternen medizinischen Dienst gelöst werden, um mehr opiatabhängigen Häftlingen eine Substitutionsbehandlung ermöglichen zu können. Zwar könnten mittels Einsatzbereitschaft des Anstaltspersonals gewisse Verbesserungen im Substitutionsprogramm erreicht werden. Allerdings sind komplexe Umgestaltungen nur realisierbar, wenn auf politischer Ebene entsprechende Entscheidungen getroffen und nötigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die eine breitgefächerte haftinterne Substitutionsbehandlung gewährleisten. (Vgl. Gölz 2008, S. 20 ff.)

Neben dem fehlenden Behandlungszugang aufgrund personeller Defizite steigt mit den zunehmenden Substitutionspatienten auch die Belastung, welche durch die zu leistende Arbeit für Mitarbeiter des haftinternen medizinischen Dienstes entsteht. Aber nicht nur das medizinische Personal, sondern auch die externe und interne Suchtberatung (v.a. PSB) sowie die Vollzugsbeamten (z.B. Aufsicht, Kontrollen) sind davon berührt. (Vgl. Husmann 2010, S. 54)

Abbruch der Substitution bei Beigebrauch

Neben dem Substitut werden häufig andere psychotrope Substanzen konsumiert, um in erster Linie „... die Lücke zu überbrücken, die dadurch entsteht, dass nicht mehr das bevorzugte Opiat (hauptsächlich Heroin) eingenommen wird. Dieses Konsumverhalten stellt eine zusätzliche Abhängigkeit dar mit ernstzunehmenden Folgen, die die Therapie beeinträchtigen.“ (Kastelic et al. 2007, S. 45) Ob ein Beigebrauch von weiteren illegalen sowie legalen Drogen besteht, muss überprüft werden, beispielsweise in Form von Urinkontrollen.³²³ Ein positiv ausgefallener Urintest sollte aber keinesfalls automatisch zu einem Therapieabbruch führen. Der Konsum anderer Drogen muss differenziert betrachtet sowie als Symptom der Erkrankung gesehen werden,

323 Weiterführende Informationen zu Urinkontrollen in der Substitutionspraxis siehe in Keppler 2008b, S. 35 f. und Kastelic et al. 2007, S. 43

die den Grund für die Substitutionsbehandlung der Opiatabhängigen darstellt (mit dem Ziel, den Konsum weiterer Suchtmittel zu reduzieren). (Vgl. Kastelic et al. 2007, S. 43)

Allerdings herrscht in der JVA eine geringe Toleranz hinsichtlich des Beigebrauchs von psychotropen Substanzen. Die primären Motive dafür dürften die problematische Arzt-Patienten-Beziehung³²⁴, die ablehnende Grundhaltung einiger intramural praktizierender Ärzte hinsichtlich der Substitutionsbehandlung und die Tatsache sein, dass sich die Vollzugsbediensteten vornehmlich mit drogenabhängigen Inhaftierten mit prekären Suchtverläufen auseinandersetzen müssen. (Vgl. Gölz 2008, S. 21) Insbesondere in der JVA ist es anscheinend schwierig anzuerkennen, dass die Drogenabhängigen nicht unmittelbar nach dem Beginn der Substitutionsbehandlung mit dem Konsum illegaler Substanzen aufhören. Dementsprechend streng wird zweifelsfrei bewiesenem Beikonsum in Haft begegnet. (Vgl. Schaper 1997b, S. 23)

Wird bei Substituierten im Rahmen der Zugangsuntersuchung im Gefängnis Beigebrauch festgestellt (bei extramural Substituierten ist dies oftmals der Fall), wird daraufhin häufig die Substitutionsbehandlung beendet (vgl. Knorr 2011, S. 216). Die Richtlinien der BÄK besagen jedoch, dass beim Konsum von anderen psychotropen Substanzen in der Substitution die Behandlung durchaus weitergeführt werden kann. Vorerst sind die Hintergründe des Beigebrauchs festzustellen sowie Vermeidungsstrategien zu erarbeiten. In diesem Zusammenhang sind speziell drei Faktoren in Erwägung zu ziehen: Inwieweit hat sich die persönliche Lebenslage des Betroffenen destabilisiert, muss die Dosis oder das Substitut angepasst werden oder liegt eine komorbide Störung (psychisch oder somatisch) vor. Die gewonnenen Erkenntnisse sollten in die konzeptionelle Planung der Substitution mit eingebunden werden. Vor diesem Hintergrund sind auch eine Kooperation mit dem Ansprechpartner in der PSB sowie möglicherweise eine Intensivierung der Betreuungskontakte sinnvoll. Stellt der zusätzliche Konsum psychotroper Substanzen ein Risiko³²⁵ für die Substitutionsbehandlung des Patienten dar, muss er (stationär) entgiftet werden. (Vgl. BÄK 2010, S. 11)

324 Siehe 4.3.1 Arzt-Patienten-Verhältnis

325 Werden beispielsweise gleichzeitig zu Methadon andere Substanzen mit stark ähnelnder Wirkungsweise konsumiert (z.B. Alkohol, Benzodiazepine, weitere Opiode) wird die atemdepressive Wirkung des Substituts erhöht und es können lebensbedrohliche Atemlähmungen sowie komatöse Zustände folgen.

Die Entscheidung, dass eine Substitution abgebrochen wird „... sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Fehlverhalten begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein.“ (BÄK 2010, S. 12) Wird beispielsweise Beigebrauch festgestellt, der sich in einem gemäßigten Rahmen bewegt (z.B. Cannabis und durch den Arzt verschriebene Antidepressiva), wird die Substitution häufig fortgesetzt, wenn der Patient lediglich eine geringe Freiheitsstrafe zu verbüßen hat. Bei einem Therapieabbruch würde hier die Abdosierung des Betroffenen ein Problem darstellen, da diese zum Zeitpunkt der Entlassung womöglich noch nicht abgeschlossen ist. Hingegen führt ein intensiver Beigebrauch bis hin zur Intoxikation (2,6‰ Alkohol, mehrere psychotrope Substanzen gleichzeitig im Urin) meist zum Therapieabbruch. (Vgl. Kepler 2010a, S. 31 f.)

Ein bestehender Konsum weiterer psychotroper Substanzen kann nicht außer Acht gelassen werden, insbesondere im Hinblick auf das Risiko einer Intoxikation. Jedoch untermauert ein kritischer Beigebrauch die Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung sowie Beratungsbedarf durch den Arzt und nicht den Abbruch der Maßnahme. (Vgl. Fritsch et al. 2010, S. 69) Der Rückfall bzw. der Beigebrauch ist ein behandlungsbedürftiges Symptom der Heroinabhängigkeit, welches prognostisch wahrscheinlich und ins Konzept der Behandlung aufzunehmen ist. Anstelle der gängigen Praxis, die Substitutionsbehandlung aufgrund von Beikonsum abzurechnen, sollten vielmehr probate Grundvoraussetzungen für eine wirksame Substitutionsbehandlung erreicht werden, um so den „Drehtüreffekt“ (Haftentlassung, wiederholte Inhaftierung) zu reduzieren und eine reelle Chance für die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu bieten (vgl. Gözl 2008, S. 21).

Ablehnende Haltung Opiatabhängiger gegenüber haftinterner Substitution

Nicht nur bei Vollzugsmitarbeitern, sondern auch bei inhaftierten Opiatabhängigen lässt sich teilweise eine ablehnende sowie widerstrebende Grundeinstellung zur haftinternen Substitution erkennen: Die Haft wird von einigen Drogenabhängigen als (einzige) Zeit wahrgenommen, in der keine Drogen konsumiert werden. Das Substitut stellt für sie in diesem Zusammenhang keinen Ersatzstoff im Rahmen einer medizinisch-therapeutischen Behandlung dar, sondern wird als andere psychoaktive Substanz gesehen, da sie mitunter auf dem Schwarzmarkt wegen seiner Wirkung verkauft wird. Das eigentliche Ziel der Substitution wird nicht vollständig erfasst. Zudem wollen die opiat-

abhängigen Inhaftierten ihrem Lebenspartner, ihrer Familie und auch der Staatsanwaltschaft zeigen, dass sie abstinent leben und auch kein Substitut einnehmen. Letztlich möchten die Betroffenen verhindern, dass durch die Substitution ihre Suchtkrankheit bekannt wird und sie daraufhin strafverschärfende Folgen zu erwarten haben. (Vgl. Stöver 2008c, S. 15)

Erschwertes Behandlungssetting für substituierte Gefangene

Schwierig für die Substitutionspatienten ist, dass sie sich in Haft kaum von der Drogenszene, dem bisherigen Zentrum ihres persönlichen Lebens und dem Bereich des inneren Erlebens, distanzieren können. Dies resultiert aus der Grundstruktur der „totalen Institution“³²⁶, in der sich der gesamte Vollzugsalltag an einem Ort abspielt. Darüber hinaus sind die Drogenabhängigen in der Haftanstalt durch ihren Konsum sowie die Suchtkrankheit in eine Solidargemeinschaft eingebunden, die einen hohen Stellenwert innerhalb der Gruppe besitzt. (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 202) Erschwerend kommt hinzu, dass in der JVA, im Gegensatz zur Substitution in Freiheit, keine „Take-home“-Regelungen gestattet werden können. Die drogenabhängigen Inhaftierten haben keine entsprechenden Möglichkeiten, den Ersatzstoff sicher zu verwahren. Außerdem kommt es vor, dass sie von anderen Gefangenen unter Druck gesetzt werden, die Substitutionssubstanzen an sie abzugeben. Folglich bleibt nur der medizinische Dienst der JVA als Ort für die kontrollierte Abgabe und zugleich Einnahme des Opiatersatzstoffes. Demzufolge können sich die Substitutionspatienten nur schwer einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Ersatzstoff aneignen, welcher aber unbedingt vor der Entlassung aus der Haft mit dem Betroffenen thematisiert werden muss. Dabei kann eine Zusammenarbeit mit externen Schwerpunktpraxen hilfreich sein. (Vgl. Götz 2008, S. 21 f.)

Übergangsmangement in der Substitutionsbehandlung

Letztlich birgt die Entlassung des Substitutionspatienten aus dem Gefängnis in das kassenärztliche System in Freiheit Probleme. Die Gründe für die Schnittstellenproblematik sind die teils ungenügende Zusammenarbeit mit Ärzten, Drogenberatungsstellen sowie AIDS-Hilfe-Einrichtungen außerhalb der JVA und der dürftige fachliche Austausch zwischen den substituierenden Ärzten im Vollzug und in Freiheit. (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 199) Zusätz-

326 Vgl. 2.1 Das Gefängnis als eine totale Institution

lich gestaltet sich die Suche nach Ärzten mit einer suchttherapeutischen Qualifikation im kassenärztlichen Versorgungssystem häufig schwierig. In großen Städten stehen oftmals keine freien Plätze in einem Substitutionsprogramm zur Verfügung und in ländlichen Gebieten haben sich kaum Substitutionsärzte niedergelassen. (Vgl. Keppler 2010a, S. 35) Die Netzwerkarbeit ist ein entscheidender Baustein im Rahmen der Entlassungsvorbereitung. Eine Kommunikations- und Kooperationsstruktur ist mit externen fachspezifischen Institutionen (v.a. Substitutionsärzte, Drogenberatung, AIDS-Hilfe) aufzubauen. Diese sollen in die Substitutionspraxis integriert werden, um ein adäquates Übergangsmanagement gewährleisten zu können.

Wie bereits beschrieben, besteht unmittelbar nach der Entlassung aus dem Gefängnis ein großes Risiko, an drogenbedingten Todesfällen. Die hohe Mortalität kann verhindert werden, wenn die Betroffenen zum Entlassungszeitpunkt stabil substituiert sind und ein nahtloser Übergang zu extramural substituierenden Ärzten gewährleistet ist. (Vgl. Husemann 2010, S. 53) Dafür ist ausschlaggebend, dass die BUB-Richtlinien berücksichtigt werden und die Fortführung der Substitution im Rahmen der Entlassungsvorbereitung aus dem Vollzug heraus geregelt und geplant wird (vgl. Stöver 2009, S. 384 Rn. 37). Das impliziert eine Abklärung der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung bei bestehender ärztlicher Indikation.

4.3.6.3 Psychosoziale Betreuung

Die PSB³²⁷ ist als Bestandteil der Substitutionsbehandlung generell anerkannt und wird dazu gemäß § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BtMVV als notwendig erachtet.³²⁸ Sie ist ein wertvoller Zusatz zur Substitutionsbehandlung und für die Entwicklung von Perspektiven von besonderer Bedeutung. Die Behandlungsziele können mittels der PSB schneller und effektiver verwirklicht werden. (Vgl. Keppler 2008b, S. 36) In diesem Zusammenhang sind adäquate Unterstützungsmöglichkeiten erforderlich, für die suchtspezifische Institutionen und Fachpersonal in die therapeutische Behandlung einzubinden sind. Die PSB ist an den Standards des Suchthilfesystems auszurichten. In welcher

327 Nach wie vor ist nicht eindeutig definiert, welchen Begriff „PSB“ generell abkürzt. Feststeht, das „PS“ psychosozial bedeutet. Allerdings existieren für das „B“ verschiedene begriffliche Auslegungen (bspw. Begleitung, Betreuung, Begleitbetreuung, Beratung, Behandlung). (Gerlach/Stöver 2009a, S. 16) In diesem Buch wird die Abkürzung „PSB“ als „psychosoziale Betreuung“ definiert.

328 Der substituierende Arzt muss in der Anfangsphase der Substitution prüfen, ob und in welchem Umfang die PSB notwendig ist. Indikatoren für eine PSB in Heinz et al. 2010, S. 98 f.

Form und wie intensive die Betreuung stattfindet, ist von der aktuellen persönlichen Lage, der Biographie und dem Verlauf der Krankheit des Substituierten abhängig. Eine kontinuierliche Koordination von psychosozialen und ärztlichen Maßnahmen ist geboten. (Vgl. BÄK 2010, S. 4)

Die PSB gilt als komplementäre Maßnahme zur ärztlichen Komponente der Therapie. Der Auftrag ergibt sich sowohl aus der individuellen Lage der einzelnen drogenabhängigen Inhaftierten sowie deren Bedürfnissen als auch aus deren Bereitschaft, sich mit den Hintergründen ihrer Suchterkrankung auseinanderzusetzen. (Vgl. Walborn 2008, S. 48) Heinz und Kollegen (2010) definieren die PSB wie folgt:

Unter dem Oberbegriff »psychosoziale Betreuung« werden die sozialen, soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Angebote und Maßnahmen zusammengefasst, die als Elemente eines integrierten suchtherapeutischen Behandlungsplanes zur Entwicklung und Stabilisierung der materiellen, sozialen und psychischen Situation der Patienten beitragen bzw. soziale und psychische Rehabilitationsprozesse initiieren und fördern sollen. (S. 99)

Die Angebote der PSB umfassen eine große Spannweite in ihrer Ausrichtung und Zielsetzung: Sie reichen von niedrigschwellig bis hochschwellig und von akzeptanz- bis abstinentenorientiert. Die PSB unterstützt die Klienten in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit, um wieder am „normalen“ gesellschaftlichen Leben außerhalb der Drogenszene teilhaben zu können. Angesichts der Orientierung an der Individualität, der Bedürfnislage sowie der Bereitschaft des Klienten bietet das Angebot der PSB ein breites Spektrum an Hilfsmöglichkeiten:³²⁹ Bei vielen Substituierten hat zu Anfang die Existenzsicherung oberste Priorität. In diesem Zusammenhang bietet die PSB Unterstützung bei finanziellen Angelegenheiten (z.B. Vermittlung an Schuldnerberatung, Hilfe bei Beantragung von Arbeitslosengeld, Sozialhilfe oder Erwerbsunfähigkeitsrente, Krankengeld), Behördenangelegenheiten, der beruflichen Reintegration (bspw. Schulabschluss, Ausbildung, Jobsuche, Arbeitsmaßnahme, berufliche Wiedereingliederung) sowie der Wohnungssuche (auch betreutes Wohnen). Außerdem sollen die Substituierten darüber informiert werden, welche weiteren Hilfsmaßnahmen sie in Anspruch nehmen können (z.B. Selbsthilfegruppen). (Vgl. Stöver/Michels 2011, S. 129) Innerhalb der Gesprächskontakte

329 Dies stellt lediglich eine Auswahl an Hilfsmöglichkeiten dar und nicht den gesamten Leistungskatalog der PSB.

können die Substituierten ebenfalls über infektionsprophylaktische Möglichkeiten (Safer Use, Safer Sex, Safer Work) informiert werden (vgl. Gerlach/Stöver 2009a, S. 22). Wesentlich in der PSB sind (niedrigschwellige) Behandlungsbegleitende Einzelgespräche. Sie ermöglichen eine lebensweltnahe Beratung³³⁰ und Hilfestellung in Krisensituationen (Krisenintervention) sowie problematischen Lebenslagen, die möglicherweise sogar die Ziele der Substitutionsbehandlung gefährden. In den Beratungsgesprächen können Befürchtungen im Hinblick auf Beigebruch und Rückfall thematisiert werden. Aber auch die Reduktion bzw. Beendigung eines problematischen Substanzmissbrauchs/Beigebruchs (illegaler und/oder legaler Drogen) sowie die Aufarbeitung eines Rückfalls sind essenzielle Gesprächsinhalte. Vor diesem Hintergrund ist die Förderung der Abstinenzmotivation von großer Bedeutung. Aufgrund der häufigen Distanzierung der Substituierten von der Drogenszene und somit auch von den Freunden und Bekannten aus der Szene spielt bei vielen die Wiederherstellung eines sozialen Netzwerks (z.B. Kontaktaufbau zur Familie, zu früheren Freunden) und die Entwicklung einer Tagesstruktur eine bedeutende Rolle. Durch den Wegfall des Beschaffungsdrucks wird das Freizeitverhalten sowie die Gestaltung des Alltags wieder wichtig, wobei die Betroffenen Unterstützung brauchen. Im Rahmen der PSB geht es besonders um die Selbstwirksamkeit der Klienten. Sie sollen Vertrauen in ihre persönlichen Kompetenzen und Stärken entwickeln und zuversichtlich sein, auch kritische Lebenslagen selbstständig bewältigen zu können. Das bedeutet auch, die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Patienten zur Selbsthilfe zu aktivieren und zu stärken. Überdies bedarf es möglicherweise der Klärung von Schwierigkeiten mit dem Substitutionsarzt oder der Förderung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Schließlich leistet die PSB Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit:³³¹ Drogenentzug (bei Beigebruch), ambulante oder stationäre Therapie, Psychotherapie. (Vgl. Gerlach/Stöver 2009a, S. 21 f.) Hier können Einzelgespräche zur Vorbereitung der Klienten auf eine therapeutische Maßnahme dienen.

Viele inhaltliche Bereiche der psychosozialen Maßnahme sind sowohl extramural als auch intramural in ihrer Bedeutung gleichwertig. Allerdings gibt es Themen, die sich speziell auf die Haftsituation und die daraus entstehenden

330 Zur lebensweltnahen Beratung in Haft siehe 4.1.1.2 Lebensweltnahe Beratung. Diese Inhalte sind natürlich den individuellen Bedürfnissen der Substituierten anzupassen, da diese sich in einer anderen Lebenssituation befinden, wie drogenabhängige Inhaftierte, die nicht substituiert werden.

331 Vgl. 4.1.1.3 Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit

Schwierigkeiten beziehen: z.B. fehlende lokale, soziale und mentale Abgrenzung zur haftinternen Drogenszene, Umgang mit konsumierenden Inhaftierten, Auseinandersetzung mit der Inhaftierung und dem Haftalltag. Diese Aspekte sind zu Beginn der PSB im Gefängnis häufig vorrangig. (Vgl. Stöver 2000, S. 400) Speziell in Haftanstalten ist die Kooperation und Vernetzung mit vor der Inhaftierung zuständigen Ärzten und Beratern sinnvoll sowie die Kontaktaufnahme mit den Strafvollstreckungsbehörden wegen Anträgen auf Zurückstellung der Strafe³³² bzw. zur vorzeitigen Haftentlassung. Auch im Rahmen der Entlassungsvorbereitung³³³ (bspw. Außenorientierung zu externen Beratungsstellen, Fortsetzen der Substitutionsbehandlung, Klärung der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse) spielt die PSB eine wesentliche Rolle. (Vgl. Schaper 1997b, S. 26 f.)³³⁴

Die PSB ist nach der BtMVV für das erste halbe Jahr der Substitutionsbehandlung angedacht. Im Anschluss daran sind die weiteren Rahmenbedingungen gemeinsam mit den Beteiligten (Substitutionsarzt, psychosozialer Betreuer, Substituierter) zu diskutieren. Erfahrungsgemäß sind bei schwer suchtkranken Patienten sechs Monate für gewöhnlich zu wenig. Es ist ein schwieriger sowie längerer Prozess, einen Kontakt zu diesen Klienten herzustellen und eine Beziehung bzw. ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen. (Vgl. Bonorden-Kleij 2011, S. 169) Der Kontakt- und Beziehungsaufbau wird zusätzlich erschwert, da oft im Rahmen der Komorbidität Persönlichkeitsstörungen vorliegen.

Außerhalb der Gefängnisse ist die PSB ein leistungsfinanziertes Angebot. Auf Bundesebene existieren unterschiedliche Modelle zur Finanzierung,³³⁵ beispielsweise im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen §§ 53 ff. SGB XII (Fachleistungsstunden), als Pauschalfinanzierung durch Bundesland und Gemeinden oder über die Bezirke als überörtliche Sozialhilfeträger gemäß dem SGB XII (pauschale Förderung). (Vgl. Gerlach/Stöver 2009a, S. 27 f.) Zur Finanzierung in den Gefängnissen ist kein ent-

332 An dieser Stelle rückt bei inhaftierten Drogenabhängigen die Substitutionsbehandlung als Möglichkeit zur „Therapie statt Strafe“ in den Vordergrund.

333 Vgl. 4.1.1.4 Entlassungsvorbereitung

334 Umfassende Behandlung der Thematik „Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung“ in Gerlach/Stöver 2009. Siehe zusätzlich das Positionspapier der DHS (2010) sowie die „Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer“ der BAS e.V. 2001, S. 31–40. Auf der akzept-Fachtagung 2010 wurde die Thematik PSB in Haft in einer Arbeitsgruppe diskutiert; vgl. Schaper/Pastoor 2010 zur Problemanalyse und Forderungen für die PSB in Haft.

335 Ausführliche Beiträge zu den einzelnen (Finanzierungs-)Modellen in Gerlach/Stöver 2009b

sprechendes Modell vorhanden. Prinzipiell ist die PSB zusätzlich zu den bereits bestehenden Beratungsangeboten nicht ausdrücklich erforderlich, da die Psychologen, der Sozialdienst bzw. die externe oder interne Suchtberatung die psychosoziale Maßnahme im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit übernehmen könnten. In der JVA wären die erforderlichen personellen, organisatorischen sowie instrumentellen Mittel für die PSB im Grunde verfügbar. Jedoch werden diese Mittel derzeit noch in anderen Aufgabengebieten eingesetzt (bspw. Therapievermittlung, Betreuung weiterer Gefangenengruppen, schulische Angebote). (Vgl. Stöver 2000, S. 403). Fraglich ist, ob die internen und externen Fachkräfte die PSB als zusätzliche Arbeitsbelastung (kostenlos) leisten können (vgl. Keppler 2010a, S. 34). Überdies wären nicht nur die personellen Kapazitäten zu klären, die derzeit wohl eher nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind (speziell in Anbetracht der oftmals langen Wartezeiten für einen Termin bei der externen Suchtberatung), sondern auch die konzeptionellen Rahmenbedingungen.³³⁶ Eine Leistungsbeschreibung für die haftinterne PSB wäre sinnvoll. Lassen es die personellen Strukturen zu bzw. werden neue Ressourcen zur Verfügung gestellt und Vereinbarungen für den inhaltlichen Rahmen getroffen, ist die PSB somit auch in Haft eine realisierbare und unerlässliche Unterstützungsmaßnahme für die inhaftierten Substituierten.

4.3.6.4 Exkurs: Originalstoffvergabe

Die Originalstoffvergabe an (inhaftierte) Heroinabhängige ist ebenfalls ein entscheidender Bereich der Schadensminimierung im Rahmen einer medizinisch-therapeutischen Behandlung.³³⁷ Die Zielgruppe sind schwerstabhängige, langjährige Opiatkonsumenten, bei denen vorausgegangene therapeutische Ansätze keinen Erfolg gezeigt haben. Mithilfe dieser Behandlungsmethode sollen insbesondere die Heroinabhängigen erreicht werden, für die eine traditionelle therapeutische Maßnahme nicht geeignet oder bei denen diese gescheitert ist (bspw. Entwöhnungsbehandlung, Substitution mit Methadon).

Die meisten Opiatabhängigen befinden sich in einer defizitären psychischen, somatischen und sozialen gesundheitlichen Verfassung. Bisher durchgeführte Projekte im In- und Ausland belegen, dass sich der Allgemeinzustand der mit

336 In diesem Zusammenhang steht bisher nicht fest, welche in Haft tätige Berufsgruppe die PSB übernehmen soll. Es existieren Gründe, die sowohl für interne als auch für externe Fachkräfte sprechen. In der Praxis sollte die Zuständigkeit aber geklärt werden, da sonst nur die Klienten darunter leiden.

337 Ausführlich siehe Passie/Diessen (2011): Die Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger – Ein Praxishandbuch

Diamorphin substituierten Schwerstdrogenabhängigen maßgeblich bessert. Die Gründe dafür sind die Qualitätskontrolle der Substanz sowie die Entkriminalisierung der Substituierten, wodurch sie ihr Leben festigen und auf diese Weise ein neues Körperempfinden entwickeln können. (Vgl. Schirmmacher 1997, S. 182)

... *in der Schweiz*

Die heroingestützte Substitution wird im Gefängnis bisher nur in zwei Schweizer Vollzugsanstalten praktisch umgesetzt. Im September 1995 wurde das Pilotprojekt der kontrollierten Opiatabgabe im Strafvollzug (KOST) in der Haftanstalt Oberschöngrün (Solothurn) in der Schweiz gestartet (15 Plätze).³³⁸ Positive Resultate wurden hervorbracht: Alle Patienten empfanden es als immense Erleichterung, nicht mehr dem belastenden Beschaffungsdruck (und den negativen Konsequenzen, die sich daraus ergeben) zu unterliegen. Der psychische sowie körperliche Gesundheitszustand der Teilnehmer verbesserte sich im Verlauf des Projekts. Needle-Sharing wurde nicht mehr praktiziert. Außerdem steigerte sich die arbeitsspezifische Leistung (v.a. Quantität der Arbeit, Aufmerksamkeitsspanne, Motivation, Durchhaltevermögen) der Projektteilnehmer beträchtlich und war nach einiger Zeit mit der eines Gefangenen ohne Suchtproblematik zu vergleichen. (Vgl. Kaufmann et al. 2002, S. 128 f.) Die haftinterne heroingestützte Substitution hat sich als praktikabel herausgestellt. Schwierigkeiten im medizinischen oder sozialen Bereich, die nicht adäquat bewerkstelligt werden konnten, sind nicht aufgetreten. Die Lebensqualität der Patienten wurde deutlich positiv beeinflusst. Auch die Integration in den Haftalltag mit all seinen Ansprüchen. (Vgl. Kaufmann/Dobler-Mikola 1997, S. 178)

Seit 2000 hat sich die heroingestützte Substitution zudem in der Strafanstalt Realta (Graubünden) etabliert (10 Plätze). Das primäre Behandlungsziel ist die Patienten zu stabilisieren. Eine Abstinenzorientierung wird nur auf Wunsch des Substituierten angestrebt. In der JVA Oberschöngrün hingegen wird als Hauptziel offiziell die Abstinenz benannt, an zweiter Stelle steht die Schadensminimierung. Beide Gefängnisse weisen eine geringere Anzahl an Neuinhaftierungen auf. Dies wird mit der Begründung erklärt, dass die kontrollierte Heroingabe in der ganzen Schweiz erfolgreich praktiziert wird. Weiterhin

338 Eineinhalb Jahre zuvor (Januar 1994) begann das Modellprojekt zur Heroingabe in der offenen Drogenszene in Zürich. Nach zwei Jahren Laufzeit wurde der Ansatz fest in das Schweizer Versorgungssystem der Suchthilfe integriert und stellt heute in nahezu allen größeren Städten ein Behandlungsangebot dar (vgl. Bonorden-Kleij, S. 162); KOST ist ein Teilprojekt dieses Versuchs.

ist der Beikonsum unter den Heroinvergabe-Patienten reduziert. (Vgl. Haller/Heer-Rodiek 2011, S. 59) In der JVA Oberschöngrün ist durch die heroingestützte Behandlung sogar ein Rückgang der drogenbedingten Mortalität zu verzeichnen (von etwa zwei Drogentoten im Jahr auf einen Einzelfall in neun Jahren) (vgl. Lines et al. 2006, S. 49).³³⁹

... in Deutschland

In der Fachöffentlichkeit wird in der Originalstoffvergabe eine weitere Möglichkeit gesehen, insbesondere zu schwerstabhängigen Konsumenten illegaler Drogen erneut einen therapeutischen Kontakt aufzubauen. Dadurch könnte ein stabiler Gesundheitszustand (z.B. alternative Applikationsform zum intravenösen Konsum) und mittels psychosozialer Begleitung, zugleich eine soziale Stabilität bei den Drogenabhängigen erlangt werden (bspw. Ausstieg aus der Drogenszene). (Vgl. Stöver 1997, S. 171)

Der Deutsche Bundestag hat am 28. Mai 2009 das „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“³⁴⁰ beschlossen, welches am 21. Juli 2009 in Kraft getreten ist. Durch die entsprechende Modifizierung des BtMG, des AMG sowie der BtMVV wurde die gesetzliche Grundlage geschaffen, welche prinzipiell die Möglichkeit eröffnet, die Originalstoffvergabe in das reguläre Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu integrieren.³⁴¹ Den Änderungen der rechtlichen Voraussetzungen zur Heroinvergabe ist das Bundesmodellprojekt zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vorausgegangen. Finanziell gefördert wurde die Studie durch das BMG bis Ende Februar 2008.³⁴² (Vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2010, S. 6 f.) Den beteiligten Ambulanzen wurde nach der Verabschiedung des Gesetzes zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung von den zuständigen Landesbehörden ei-

339 Zur Praxis der ärztlichen Heroinverschreibung in europäischen Ländern (Schweiz, Niederlande, England, Kanada, Spanien, Australien, Dänemark) siehe Springer 2003 sowie zur heroingestützten Behandlung in der Schweiz, Kanada, Großbritannien, Holland und Spanien siehe Uchtenhagen 2009

340 Bundesgesetzblatt (2009), Teil I Nr. 41. Ausgegeben zu Bonn am 20.07.2009. Bundesanzeiger Verlag. Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung aus Nr. 41 vom 20.07.2009, Seite 1801–1803. Online unter: [http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl109s1801.pdf%27\]&wc=1&skin=WC](http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl109s1801.pdf%27]&wc=1&skin=WC). Zuletzt abgerufen am 04.05.2012.

341 Das BfArM „...hat für das Fertigarzneimittel Diaphin ® 10.000 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung am 15. Oktober 2009 eine arzneimittelrechtliche Zulassung erteilt.“ (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010, S. 7)

342 „Der Bund fördert derzeit die Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung einschließlich der Durchführungsstandards und Behandlungseffekte erfolgt.“ (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010, S. 7)

ne Genehmigung gemäß § 13 Abs. 3 Nr. 2a BtMG i.V.m. § 5 Abs. 9b BtMVV erteilt, um die Heroingabe ohne Unterbrechung sowie rechtlich abgesichert weiterführen zu können (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/BMG 2011, S. 64).

An dem Bundesmodellprojekt zur heroingestützten Behandlung (2001–2007) waren sieben deutsche Städte beteiligt: Bonn, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und München. Der erste Opiatabhängige begann seine Substitution mit Diamorphin im März 2002. Am 30. Juni 2007 wurde die Studie schließlich zum Abschluss gebracht. Studienergebnisse zeigen eine Verbesserung sowie Stabilisierung des Allgemeinzustandes (physisch und psychisch) der Patienten. Die meisten konsumieren kein „Straßenheroin“ mehr und haben auch anderweitigen Beikonsum (v.a. von Kokain) verringert. Beinahe vollständig eingestellt wurde die risikobehaftete Seite des injizierenden Drogenkonsums. Die soziale Situation der Personen in der Diamorphinbehandlung hat sich maßgeblich verbessert und stabilisiert, insbesondere hinsichtlich der Wohn- und Arbeitsverhältnisse sowie der strafrechtlichen Komponente.³⁴³ (Vgl. Verthein 2008, S. 5 ff.) Die diamorphingestützte Substitution stellt auf lange Sicht eine äußerst aussichtsreiche Behandlungsform dar, die bei Schwerst-opiatabhängigen sogar wirksamer eingestuft wird, als im Vergleich zur konventionellen Substitution (bspw. mit Methadon oder Subutex) (vgl. Bonorden-Kleij 2011, S. 163).

Nachdem 2009 die gesetzlichen Grundlagen für die Substitution mit Diamorphin geschaffen wurden, wird diese nun seit dem 01. Oktober 2010 von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, infolge der Änderung der MVV-RL des G-BA zur diamorphingestützte Substitution Opiatabhängiger³⁴⁴ (in Kraft getreten am 12. Juni 2010) und des Beschlusses zur Änderung des EBM³⁴⁵

343 Die heroingestützte Substitution erzielt im Hinblick auf die Reduktion der Drogendelinquenz positivere Resultate als die Substitution mit Methadon (vgl. Killias et al. 2009, S. 182). Inhaltliches im Bezug auf die internationale Meta-Analyse zur Wirkung von Substitutionsprogrammen auf die Beschaffungsdelinquenz Drogenabhängiger ist nachzulesen in Killias et al. 2009

Weitere Literatur zum Thema: Heroingestützte Behandlung und Kriminalität vgl. Löbmann 2009; Befunde zum Kriminalitätsrückgang im Rahmen des deutschen Modellprojekts der Heroingabe vgl. Kreuzer 2009, S. 156–163; „Die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger – Auch ein Erfolgsmodell zur Verringerung von Gewaltdelinquenz?“ vgl. Köllisch (2009)

344 Beschluss veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 85 (S. 2074) vom 11.06.2010. Beschlusstext Online unter: www.g-ba.de/downloads/39-261-1110/2010-03-18_RMvV-Diamorphin_BAnz.pdf. Zuletzt abgerufen am 09.03.2012.

345 Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010. Online unter: daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003761601. Zuletzt abgerufen am 09.03.2012.

sowie einer Durchführungsempfehlung zur Finanzierung der Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger³⁴⁶ des BWA nach § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V (gültig seit 01. Oktober 2010). (Vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2010, S. 7)

Die Zugangskriterien für Heroinabhängige zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung sind jedoch äußerst hochschwellig. Gemäß der BtMVV darf Diamorphin nur verschrieben werden, wenn:

- bei dem Patienten eine seit mindestens fünf Jahren bestehende Opiatabhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei derzeit überwiegend intravenösem Konsum vorliegt,
- ein Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit, davon eine mindestens sechsmontatige Behandlung gemäß den Absätzen 2, 6 und 7 [(konventionelle Substitution)] einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen, vorliegt und
- der Patient das 23. Lebensjahr vollendet hat. (§ 5 Abs. 9a S. 2 Nr. 2 bis 4 BtMVV)

Verglichen mit der Schweiz werden die engen Aufnahmekriterien noch deutlicher. In der Betäubungsmittelsuchtverordnung der Schweiz müssen die Patienten in Diamorphinsubstitution das Mindestalter von achtzehn Jahren erreicht haben, minimal zwei Jahre schwer opiatabhängig sein, wenigstens zwei abgebrochene oder erfolglose (ambulante oder stationäre) Therapieversuche durchlaufen haben und sich in einem defizitären physischen, psychischen oder sozialen Zustand befinden. In berechtigten Einzelfällen können sogar Patienten mit Diamorphin substituiert werden, bei denen die Kriterien nicht (ganz) erfüllt sind (z.B. schwere psychische oder physische Krankheit). (Vgl. Schweizer Bundesrat 2011, S. 5, Art. 10) Diese Aufnahmekriterien gelten nicht nur für die extramurale, sondern auch für die intramurale Heroinvergabe in den Gefängnisse Oberschöngrün (Solothurn) und Realta (Graubünden) (vgl. Haller/Heer-Rodiek 2011, S. 59).

346 Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Finanzierung der Leistungen im Zusammenhang mit der Einführung der Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Oktober 2010. Online unter: daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003761600. Zuletzt abgerufen am 09.03.2012.

Neben den hochschwelligem Aufnahmekriterien sind auch strukturelle Hürden in der Originalstoffvergabe in Deutschland zu bewältigen. Die MVV-RL (G-BA 2011) benennt sechs Anforderungen, die an Institutionen zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung gestellt werden:

1. Die Substitution mit Diamorphin erfolgt in der Einrichtung durch ein multidisziplinäres Team, das von einem ärztlichen Teammitglied verantwortlich geleitet wird. In der Einrichtung ist die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden sicherzustellen. Hierfür sind Arztstellen in Voll- oder Teilzeit im Umfang von grundsätzlich 3 Vollzeitstellen und eine angemessene Anzahl qualifizierter nichtärztlicher Vollzeitstellen vorzuhalten. Die Möglichkeit einer kurzfristigen konsiliarischen Hinzuziehung fachärztlich-psychiatrischer Kompetenz ist sicherzustellen.
2. In der Regel soll die außerhalb der Leistungspflicht der GKV liegende psychosoziale Betreuung der Patienten in der substituierenden Einrichtung stattfinden. In Ausnahmefällen kann die psychosoziale Betreuung der Patienten unter Koordination durch die substituierende Einrichtung auch im Rahmen einer engen Kooperation mit entsprechenden externen Institutionen erfolgen.
3. Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages verfügt die Einrichtung zur Betreuung der Patienten wenigstens über drei separate Räume (insbesondere zur Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution). Des Weiteren stehen in der Einrichtung für Notfälle die notwendige Ausstattung zur Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation sowie Pulsoxymetrie und Sauerstoffversorgung zur Verfügung.
4. Soweit in der Einrichtung auch Substitutionen stattfinden, die ausschließlich nicht diamorphingestützt sind, ist die Substitution dieser Patienten organisatorisch von der diamorphingestützten Substitution zu trennen.
5. Die Einrichtung hat die Substitution dreimal täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen, sicherzustellen.
6. Auf Verlangen der KV hat die Einrichtung nachzuweisen, dass alle ärztlichen Mitglieder des multidisziplinären Teams regelmäßig, wenigstens zweimal jährlich, an suchtmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, die durch eine Ärztekammer anerkannt sind.

An diesen Fortbildungen sollen nach Möglichkeit auch die nichtärztlichen Mitarbeiter teilnehmen. Alle Mitarbeiter sind außerdem wenigstens einmal jährlich zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen (insbesondere kardiopulmonale Reanimation) und zur Notfallbehandlung von zerebralen Krampfanfällen zu schulen. (S. 12, § 10)

Diese strengen Voraussetzungen erzeugen jedoch in der Praxis hohe finanzielle Ausgaben, wodurch viele (kleinere) Institutionen an der Umsetzung gehindert werden, obwohl sie gewillt wären, eine diamorphingestützte Substitution anzubieten. In diesem Zusammenhang wird des Öfteren von dem „Verhinderungsgesetz“ gesprochen. Daneben scheitern viele Projekte auch daran, dass aufgrund der hohen Zugangshürden für die Klienten selber, nicht genügend Patienten für die Behandlung infrage kommen, damit sich die heroingestützte Substitution auf Dauer ohne Anschubfinanzierung selber trägt. Nicht nur finanzielle, sondern ebenso bürokratische und politische Aspekte verhindern in vielen deutschen Städten die Einführung der Diamorphinvergabe. Bezeichnenderweise wird bisher in keiner neuen Einrichtung, außer in denen aus dem Bundesmodellprojekt³⁴⁷, die Originalstoffvergabe als Behandlungsmöglichkeit angeboten (Stand: Mai 2011). Um dieses Problem zu beheben und auch Arztpraxen mit weniger Patienten die Möglichkeit auf eine Heroinvergabe zu bieten, sollen die Richtlinien für die Leistungserstattung vom G-BA durchgearbeitet und dabei verbessert (sowie ergänzt) werden. (Vgl. Stöver/Michels 2011, S. 133) Aktuell ist in Stuttgart die Einführung einer Diamorphinvergabe geplant. Dies wäre die erste Ambulanz in Trägerschaft mit einem niedergelassenen Arzt. Der Gemeinderatsbeschluss sowie die Räumlichkeiten sind vorhanden. Auch die Finanzierung ist geklärt: Das Land Baden-Württemberg übernimmt die realen Kosten für die Umsetzung des Sicherheitskonzepts. Die Stadt Stuttgart finanziert die Umbaukosten für das Gebäude und hat eine Anschubfinanzierung für vier Jahre zugesichert. Allerdings ist aufgrund der langwierigen Planung durch die Stadt Stuttgart sowie dem umfangreichen Umbau die praktische Umsetzung höchstwahrscheinlich erst gegen Ende 2013 zu erwarten. Auch in Düsseldorf wurde 2011 mit einem Ratsbeschluss die Diamorphinvergabe genehmigt. Die Frage des Standortes muss

347 Zur Praxis der Diamorphinsubstitution in München (Organisation, Kosten, Finanzierung aus Sicht einer Kommune) seit dem 1. Juli/1. Oktober 2010 vgl. Gorgas 2010

jedoch noch geklärt werden. Im Jahr 2013 soll die heroingestützte Substitution in Düsseldorf beginnen.³⁴⁸

Zuletzt schränken auch kostspielige bauliche Sicherheitsanforderungen die praktische Umsetzung der Diamorphinbehandlung ein. Viele Praxen werden an der Durchführung der Heroinvergabe gehindert, da sie die Bestimmungen nicht einhalten können. Ein maßgebendes Merkmal, aufgrund dessen das Gefährdungspotenzial der Institutionen eingeschätzt wird, stellt der Verkehrswert des Diamorphins auf dem Schwarzmarkt dar.³⁴⁹ Zum Sicherheitskonzept zählen mitunter folgende Voraussetzungen für Einrichtungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung (vgl. LKA NRW 2010, S. 5 f.):

- Lagerung: maximal 3 kg Diamorphin in einer Einrichtung
- Baulich-mechanische Sicherungsmaßnahmen: minimale Zugangsmöglichkeiten, einbruchshemmende bauliche Bestimmungen nach DIN ENV (z.B. für Fenster, Wände), Trennscheibe (zum Patientenbereich) mit Schiebemulde für Diamorphinausgabe (angriffshemmende Verglasung nach DIN)
- Wertschutzraum bzw. Wertschutzschrank im Lagerungs-, Bearbeitungs- und Abgabebereich
- Organisatorische/technische Sicherheitsmaßnahmen für die Stoffentnahme (bspw. mindestens drei Personen bei Vergabe anwesend – davon zwei in Vergabebereich, Zeitverschlusssystem)
- Elektronische Überwachungs- und Alarmierungsmaßnahmen (z.B. Überfall- und Einbruchmeldeanlage nach ÜEA Richtlinien, Überwachung der Wände des Sicherungsbereichs, Überwachung aller Innenräume, Funküberfallmelder)
- Videoüberwachung (zusätzlich Gegensprechanlage und automatischen Türöffner an den Türen)

Auch wenn die rechtlichen Voraussetzungen für die diamorphingestützte Substitution für Schwerstopiatabhängige geschaffen wurden, ist die Realisie-

348 An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Uwe Collmar von release Stuttgart e.V. sowie bei Herrn Joachim Alxnat von der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. herzlich für das offene Gespräch bedanken, welches mir ermöglicht hat, den aktuellen Stand zur Diamorphinvergabe in diesem Band zu veröffentlichen.

349 60 Tagesdosen bei 100 Patienten entsprechen einer Liefermenge von 3.300 g Diamorphin. Wird diese um das 10-fache gestreckt, ergibt sich eine Menge von 33 kg à 50 € pro Gramm mit einem Endwert auf dem Schwarzmarkt in Höhe von 1.650.000 €. (Vgl. LKANRW 2010, S. 3)

rung des Behandlungsangebots mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. „Unter anderem aufgrund ökonomischer Aspekte ist auch in absehbarer Zeit nicht von einer flächendeckenden Versorgung Schwerstabhängiger mit Diamorphin auszugehen.“ (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011, S. 133)

Die Diamorphinbehandlung hat derzeit nicht den gleichen Stellenwert, wie traditionelle Behandlungsansätze für Drogenabhängige. Nur eine kleine Zielgruppe erfüllt die strengen Zugangsvoraussetzungen des BtMVV für die heroingestützte Substitution und kann die Vorteile dieser Maßnahme für sich nutzen. Außerdem sieht das Gesetz vor, dass die Diamorphintherapie alle zwei Jahre einer intensiven Kontrolle unterzogen wird. Durch diese Regelung ergibt sich nicht nur für die substituierenden Ärzte, sondern auch für die Betroffenen ein erheblicher Druck, einen Behandlungserfolg zu erzielen. Gerade in der Suchttherapie ist ein genereller Erfolgsdruck auf die Patienten äußerst kontraproduktiv, besonders im Hinblick auf den chronisch rezidivierenden Krankheitsverlauf, bei dem Rückfälle ein häufiges, behandlungsbedürftiges Symptom darstellen. Eigentlich sollte die diamorphingestützte Substitution ermöglichen, die Opiatabhängigen sukzessive in Behandlungsmaßnahmen zu integrieren, um die Therapiefähigkeit zu erreichen. (Vgl. Bonorden-Kleij 2011, S. 160 f.)

... in deutschen Haftanstalten

Erste Überlegungen in den 90er Jahren für die diamorphingestützte Substitution in deutschen Haftanstalten wurden unmittelbar von rechtlicher Seite abgewiesen. Zum damaligen Zeitpunkt war keine gesetzliche Grundlage zur kontrollierten Abgabe von Heroin an suchtmittelabhängige Inhaftierte vorhanden. Darüber hinaus hatten die Politik und das Strafrecht klare und teilweise nachvollziehbare Kritikpunkte an der Originalstoffvergabe in Haft vorgebracht: Bevor die Heroinvergabe in Haft im Rahmen des Äquivalenzprinzips eingeführt werden kann, muss sich extramural erst eine Versorgungsstruktur im medizinischen und therapeutischen Bereich etablieren, die auf Praxiserfahrung und Forschungsergebnisse hinsichtlich der effektiven Wirkung der Maßnahme zurückgreifen kann. Außerdem muss ein nahtloser Übergang in die externe Behandlungsform nach der Haftentlassung gewährleistet sein. Schon aus diesem Grund könne die JVA keine Diamorphinvergabe anbieten, da die Behandlungsform außerhalb der JVA nicht existiert. (Vgl. Stöver 1997, S. 171 f.) Diese Argumente sind zum aktuellen Zeitpunkt jedoch widerlegbar: Nach dem deutschen Recht (BtMG, BtMVV, AMG) ist die kontrollierte Abgabe

von Heroin an suchtmittelabhängige Inhaftierte inzwischen legal. Die Heroinstudie³⁵⁰ in Deutschland liefert fundierte Ergebnisse, die die Effizienz und die Erfolgsaussichten der Diamorphinvergabe nachweisen. Zudem ist in sieben deutschen Städten eine Versorgungsstruktur nach der Haftentlassung im Rahmen des Übergangsmangements gewährleistet, welche in den nächsten Jahren sicherlich erweitert wird. Im Hinblick auf das Äquivalenzprinzip spricht theoretisch keiner dieser Aspekte gegen die Einführung der diamorphingestützten Substitution in Haft.

Ein Modellprojekt zur heroingestützten Substitution in deutschen Haftanstalten ist essenziell, um auch für den intramuralen Sektor wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen. Auf deren Grundlage kann eine Konzeption für die Diamorphinvergabe entwickelt werden, die speziell auf haftspezifische Bedingungen ausgerichtet ist. Das strafvollzugliche System bietet einen geeigneten Rahmen für die diamorphingestützte Substitution. Das Gefängnis kann insbesondere die strengen Sicherheitsanforderungen (Lagerungs-, Bearbeitungs-, Abgabebereich und Überwachungssektor) ohne hohen Kostenaufwand erfüllen, da diese zu einem großen Teil bereits vorhanden sind (bspw. Überwachungskameras, einbruchshemmende bauliche Maßnahmen – vergitterte Fenster, Schließsystem). Die JVA erleichtert durch ihre geschlossene Struktur eine langfristige engmaschige Kontrolle, Betreuung sowie Begleitung der Patienten. Des Weiteren kann die PSB gemäß den MVV-RL des G-BA in der substituierenden Einrichtung angeboten werden. Auch die täglich zu kontrollierende Injektion des Medikaments stellt für den Anstaltsarzt keinen großen Mehraufwand dar. (Vgl. Schirmacher 1997, S. 183) Die tägliche Diamorphinvergabe fordert von den Patienten in der freien Gesellschaft eine hohe Flexibilität und Mobilität bzw. Nähe zur substituierenden Einrichtung, um die Vergabetermine zuverlässig einhalten zu können. Anfänglich müssen die Substituierten dreimal am Tag vor Ort sein, um das Diamorphin unter der Aufsicht von Ärzten und Pflegern zu injizieren. Dies kann sich über mehreren Monate erstrecken, bis die Substanz auf zwei Dosierungseinheiten täglich reduziert werden kann, ohne dass sich Entzugssymptome einstellen. (Vgl. Bonorden-Kleij 2011, S. 167) In Haft ist dieses Behandlungskriterium problemlos umzusetzen, da die Patienten zu jeder Zeit anwesend sind, wodurch eine sehr hohe Compliance zu erwarten ist.

350 Vgl. Verthein et al. 2008

Trotz all der Diskussionspunkte dürfen die Tatsachen nicht unbeachtet bleiben, dass speziell in einem Gefängnis der Staat besonders für die Insassen verantwortlich ist. Schwerstopiatabhängige Inhaftierte werden derzeit selten bzw. überhaupt nicht von den haftinternen Suchthilfeangeboten erreicht. Selbst wenn die Konsumenten für riskante Verhaltensweisen selber die Verantwortung tragen, ist es dennoch die Aufgabe des Staates, für die Gesundheit der Drogenabhängigen zu sorgen und Maßnahmen über den „Verwahrvollzug“ hinaus bereitzustellen. Es ist außerdem im Interesse der Öffentlichkeit, dass den drogenabhängigen Gefangenen durch den Haftaufenthalt wirklich die Möglichkeit geboten wird, in Zukunft ein Leben mit weniger Straftaten zu führen. (Vgl. Schirmmacher 1997, S. 183)

Schirmmacher (1997, S. 183) wies bereits vor fünfzehn Jahren daraufhin, dass „... es dringend notwendig ist, neue Wege zu beschreiten und den Mut zu haben, auch Unbekanntes – unter wissenschaftlicher Kontrolle – auszuprobieren. Rechtlich genehmigungsfähig ist ein solcher Versuch, man muß ihn nur wollen.“

Die lange Zeit, die seit den ersten Überlegungen zur Originalstoffvergabe in Haft vergangen ist, lässt erkennen, wie wenig sich die JVA auf schadensminimierende Ansätze in der haftinternen Suchthilfe zubewegt und vom reinen „Verwahrvollzug“ wegbewegt. Es ist dringend erforderlich, dass medizinisch-therapeutische Ansätze und Harm Reduction Strategien im gleichen Umfang wie in der freien Gesellschaft auch im Strafvollzug Einzug finden, insbesondere dann, wenn die Effektivität wissenschaftlich belegt wurde. Daher ist es umso fortschrittlicher, wenn sich Bundesländer als Vorreiter präsentieren und von justizieller Seite den Rahmen für innovative Ansätze in der intramuralen Suchtkrankenhilfe schaffen. Baden-Württemberg setzt in der Originalstoffvergabe einen Meilenstein, indem das Bundesland zum 15. Juli 2011 in den „Verwaltungsvorschriften des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug“³⁵¹ die Substitution mit Diamorphin in der JVA Stuttgart (am Wochenende im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg) im Rahmen des Äquivalenzprinzips legitimiert. Inhaftierte Opiatabhängige, bei denen eine diamorphingestützte Substitution indiziert wäre, können in die JVA Stut-

351 Verwaltungsvorschriften des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug. Vom 15. Juli 2011 – Az.: 4550/0495 –. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/VwV%20Substitution%20BaWue.pdf>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2012.

tgart verlegt werden.³⁵² Der nächste Schritt ist nun, die Theorie in die Praxis umzusetzen, um erste Ergebnisse und Erfahrungen sammeln zu können.

4.4 Harm Reduction

Die Ansätze der Harm Reduction (Schadensminimierung) für Konsumenten illegaler Substanzen basieren auf der Annahme, dass sich die Drogenabstinentenz als kein geeignetes bzw. lohnenswertes Ziel für jeden Drogenkonsumenten erweist. Für die Konsumentengruppe, die abstinentenorientierte Angebote derzeit nicht in Anspruch nehmen will, müssen dennoch Maßnahmen für die Gesundheitsförderung bereitgestellt werden, damit zusätzliche Beeinträchtigungen im gesundheitlichen, psychischen und sozialen Bereich weitgehend reduziert bzw. vermieden werden können (z.B. erhöhtes Krankheitsrisiko, Gefahr einer tödlichen Überdosis direkt nach Haftentlassung, sozialer Ausschluss). (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 206)

Die HRC³⁵³ definiert Harm Reduction wie folgt:

Harm reduction is a set of practical strategies and ideas aimed at reducing negative consequences associated with drug use. Harm Reduction is also a movement for social justice built on a belief in, and respect for, the rights of people who use drugs. Harm reduction incorporates a spectrum of strategies from safer use, to managed use to abstinence to meet drug users “where they’re at,” addressing conditions of use along with the use itself.^[354]

Ein wichtiger Bestandteil des Konzepts der Schadensminimierung ist die Akzeptanz des Konsums von Drogen. Abgesehen von abstinentenorientierten Angeboten wird den Drogenabhängigen ein Zugang zu Hilfsmöglichkeiten eröffnet, die mitunter einen möglichst risikoarmen, kontrollierten Konsum von Suchtmitteln oder die Festigung der psychosozialen Lage der Suchtkranken mittels Substitution (ohne den Vorsatz der Abstinenz) zum Ziel haben. Auf lange Sicht sollen die Drogenabhängigen, zu weiterführenden Interventionen

352 Siehe dazu auch die Meldung der DAH auf ihrer Homepage vom 18.08.2011: „Meilenstein: Baden-Württemberg ermöglicht Diamorphinvergabe in Haft“ Online unter: <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/meilenstein-baden-wuerttemberg-ermoeeglicht-diamorphinvergabe-haft>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2012.

353 <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>: Homepage of Harm Reduction Coalition (HRC): Principles of Harm Reduction. Zuletzt abgerufen am 04.05.2012.

354 Kurzinformation zum Thema Harm Reduction in IHRA 2010

motiviert werden (bspw. Substitution mit Abstinenzanspruch, Entzug, Drogentherapie). (Vgl. Haltmayer 2009, S. 166 f.)

Zu den Maßnahmen von Harm Reduction zählen in erster Linie die Vergabe von sterilen Spritzen, Desinfektionsmitteln und Kondomen sowie die verschiedenen Therapiemöglichkeiten, die mitunter das Substitutionsprogramm implizieren. Darüber hinaus sollte innerhalb der JVA besonders auf die Verringerung der Mortalitätsrate von drogenabhängigen Inhaftierten direkt nach der Entlassung in die Gesellschaft, die Erweiterung der Kenntnis über mögliche Übertragungswege von Infektionskrankheiten und die Verbesserung der Wahrnehmung von Infektionsrisiken Wert gelegt werden. Diese Ziele können mithilfe spezieller Trainings (z.B. zu Safer Use, Safer Sex) sowie Informations- und Aufklärungsarbeit umgesetzt werden.³⁵⁵ (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 206) Allerdings sind Harm Reduction Strategien im Gefängnis kaum ausgearbeitet. Drogenabhängige Inhaftierte haben nur in geringem Maße Zugang zu schadenminimierenden Angeboten, obwohl ein beträchtliches Risiko von HIV- und Hepatitis-Infektionen besteht. Die Haftanstalten berufen sich auch hier auf das Abstinenzparadigma. (Vgl. Stöver 2002a, S. 29) Der Ansatz der Schadensminimierung (Harm Reduction) sollte auch in der haftinternen Drogenarbeit als fester Bestandteil der Gesundheitsförderung integriert werden.

4.4.1 *Infektionsprophylaxe*

Ein wesentlicher Teil der Schadensminimierung ist die Infektionsprophylaxe. Impfmöglichkeiten oder Behandlungsmaßnahmen, die eine Krankheit vollständig heilen, sind nicht für alle Infektionserkrankungen (v.a. HIV, Hepatitis C) vorhanden. Das Verhalten sowie die Verhältnisse müssen an die bekannten Risikobereiche angepasst werden, um Neu- sowie Reinfektionen vorzubeugen. Dafür ist ein Wissen über Ansteckungswege und wirkungsvolle Möglichkeiten sich vor einer Infektion zu schützen nötig, sowie ein verantwortungsvolles, risikobewusstes Verhalten jedes Einzelnen. (Vgl. Stöver 2000, S. 346 f.) Aus diesem Grund sind infektionsprophylaktische Maßnahmen in der extra-

355 Im Rahmen des Projekts „Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups“ (TCJP) wurde ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n des Justizvollzugs erstellt. „Das zentrale Ziel des Projekts waren die Entwicklung und Verbesserung von Fortbildungen für Fachkräfte im Strafjustizsystem, die direkt mit problematischen Drogenkonsument(inn)en arbeiten mit der Perspektive, dass gut informierte und ausgebildete Justizvollzugsmitarbeiter(inn)en den Gefangenen und Bediensteten umfangreiche Kenntnisse über Drogen, problematischen Drogenkonsum sowie damit verbundene Schäden wie Infektionskrankheiten vermitteln. Gut informierte Bedienstete sind eher in der Lage, fundierte Entscheidungen zu treffen und wenn sich die Beziehung zwischen Gefangenen und Bediensteten verbessern, ist dies auch als Beitrag zur Schadensminderung anzusehen.“ (Wiegand et al. o.J., S. 9)

muralen und insbesondere haftinternen Suchthilfe unerlässlich: Im Gefängnis leben viele Menschen konzentriert auf engem, abgeriegeltem Raum. Dadurch erlangt der Schutz der Gesundheit aller Inhaftierten einen hohen Stellenwert. Die beschränkte Existenz von schützenden Maßnahmen trägt zur erhöhten Übertragung von Krankheitserregern bei. Obwohl das beträchtliche Infektionsrisiko für beispielsweise HIV, Hepatitis oder Tuberkulose bekannt ist und infektionsprophylaktische Angebote in Freiheit in aller Regel alltäglich zur Verfügung stehen, haben die inhaftierten Drogenabhängigen bundesweit fast keine ausreichenden Möglichkeiten sich vor den Infektionen zu schützen. (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 205)

4.4.1.1 Testverfahren

Durch Blutuntersuchungen oder Röntgenaufnahmen können Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose identifiziert werden (unter Beachtung der Latenzzeit). Um die erforderlichen präventiven, therapeutischen und medizinischen Maßnahmen einzuleiten, ist es von Bedeutung, eine zuverlässige Übersicht des Infektionsstatus der Häftlinge zu bekommen. Gibt der Patient seine Zustimmung für Testverfahren, so ist die Freiwilligkeit gegeben und die medizinische Untersuchung zulässig. Jedoch ist es nach wie vor umstritten, inwieweit eine zwangsweise Blutentnahme für Tests auf HIV, Hepatitis und andere Krankheitserreger bei Inhaftierten zulässig ist.³⁵⁶ Doch selbst Befürworter wie Arloth (2011, S. 260 Rn. 3, § 56)³⁵⁷ raten von Zwangstestungen ab, um ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis nicht von vornherein zu verhindern.

HIV-Test

Den Inhaftierten wird bei der Eingangsuntersuchung in der JVA angeboten, sich freiwillig auf HIV-Antikörper und andere Krankheitserreger im Blut testen zu lassen.³⁵⁸ Falls die Inhaftierten die Testung ablehnen, würden keine Zwangsmaßnahmen gemäß § 101 StVollzG folgen. Allein die Bayerische Staatsregierung ist der Meinung, dass bei Inhaftierten, die einer Risikogruppe angehören (z.B. Drogenabhängige, Prostituierte) eine Blutabnahme durch Zwang gerechtfertigt sei. Bislang hat Bayern (laut BMG/BMJ) eine derartige

356 Eine kritische Betrachtung hinsichtlich der Freiwilligkeit von Blutuntersuchungen bei Gefangenen in Hillenkamp 2008, S. 136

357 Vgl. ebenso Laubenthal 2005, S. 201 f.

358 Allgemeine Informationen zu HIV- und STI-Tests in DAH 2012b

Zwangsjmaßnahme noch nicht durchgeführt. Nichtsdestoweniger weisen einige Bundesländer eine große Anzahl an Testungen auf, da in manchen Ländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Saarland) Testverweigerer automatisch als HIV-positiv angesehen werden und somit Restriktionen im Haftalltag zu erwarten hätten (bspw. Ausschluss aus bestimmten Arbeitsbereichen, Einzelhaft). Demzufolge willigen die meisten Häftlinge in den Test ein. Fraglich ist hierbei nur, ob die HIV-Tests wirklich der Infektionsprophylaxe dienen und das Vorgehen einen präventiven Charakter besitzt: Dahingestellt sei dies zum einen insbesondere für die Häftlinge, die gegebenenfalls kein Interesse an ihrem Infektionsstatus haben und zum anderen für die Haftastalt, die Inhaftierte jederzeit testen kann, sobald der Anstaltsarzt eine medizinische Notwendigkeit indiziert. Überdies kann eine hohe Durchtestung der Gefangenen bei Vollzugsmitarbeitern fälschlicherweise die Annahme erzeugen, dass es von großer Bedeutung sei, den Infektionsstatus der Inhaftierten bezüglich HIV zu kennen. Anstatt Verständnis für die Krankheit zu bewirken, resultiert daraus verstärkt ein überängstliches Verhalten der Angestellten gegenüber HIV-Infektionen, welches sie in ihrer täglichen Arbeit eher beeinträchtigt. Außerdem wird durch die hohe Quote bei Testungen das Gefühl vermittelt, Kontrolle im Bereich der Infektionslage unter Gefangenen zu besitzen und das Problem somit identifizieren zu können. Diese vermeintliche Sicherheit kann aber nicht vorhanden sein, da keine Sicherheit vor Infektionen in Haft existiert. (Vgl. Jacob/Stöver 1997b, S. 120)

Einen HIV-Test im Gefängnis vorbehaltlos als Präventionsmaßnahme zu bezeichnen, ist zweifelhaft. Nur weil der Inhaftierte seinen HIV-Status kennt, bedeutet das nicht unweigerlich auch eine risiko- bzw. geradezu gesundheitsbewusstere Lebensweise in Haft. Meist tritt eher eine entgegengesetzte Reaktion ein: Die Mitteilung eines positiven HIV-Befundes kann bei den Betroffenen einen Zustand starker Verunsicherung und Depressivität herbeiführen. Diese Verfassung ist umso wahrscheinlicher, da es intramural vielfach an Vor- und Nachbereitung der HIV-Tests und professioneller Unterstützung bei der psychischen Bewältigung der Diagnose mangelt. Die fachlichen Standards in Bezug auf HIV- und AIDS-Behandlung sind kaum vorhanden. Darüber hinaus können sich die Betroffenen aufgrund des begrenzten Angebots an Bewältigungshilfen nicht aktiv mit ihrer HIV-Infektion beschäftigen. Das innere Empfinden, auf den Krankheitsverlauf positiven Einfluss nehmen zu können, bleibt oftmals aus. Die JVA ist vor diesem Hintergrund der vorstellbar ungünstigste Rahmen für die Inhaftierten, ein positives Testergebnis aufzuarbeiten. Deshalb sollte auf HIV-Antikörpertests bei den Inhaftierten ver-

richtet werden, die ihre Zustimmung nur aufgrund dessen gegeben haben, weil ihnen bei einer Testverweigerung strafvollzugliche negative Konsequenzen bevorstehen. Dieses Vorgehen innerhalb einer JVA steht vielmehr im Widerspruch zu den eigentlichen Interessen, die hinter einem freiwilligen (und anonymen) HIV-Test stehen.³⁵⁹ (Vgl. Stöver 1994b, S. 23 f.)

Falls den drogenabhängigen Inhaftierten ein negatives Testergebnis mitgeteilt wird, könnte dies verhängnisvolle Konsequenzen für ihr Verhalten mit sich bringen. Gegebenenfalls wird Spritzenbesteck bedenkenlos mit HIV-negativen Mithäftlingen geteilt, wobei vollständig außer Acht gelassen wird, dass zusätzlich andere schwerwiegende Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis) übertragen werden und sich Folgen einer erneuten Ansteckung durch gleiche Erreger (nach bereits erfolgter Ausheilung) ergeben können. Die drogenabhängigen Inhaftierten fühlen sich fälschlicherweise sicher, weshalb diese negativen Auswirkungen dadurch eventuell begünstigt werden. (Vgl. Jacob/Stöver 1997b, S. 120)

Kraft und Knorr (2009, S. 171 f.) haben einige grundlegende Kriterien aufgestellt, die im Vorfeld eines HIV-Antikörpertests im Gefängnis unbedingt berücksichtigt werden sollen:

- Der richtige Zeitpunkt für einen HIV-Test muss gefunden werden, da die Erstuntersuchung bei Neuzugängen nicht immer ideal ist. Die Inhaftierten befinden sich kurz nach der Zuführung in die JVA noch in der Orientierungsphase und machen sich meist über verschiedene Themen Gedanken, die sie gefühlsmäßig erheblich belasten (bspw. Familie, Einsamkeit). Die Betroffenen können in dieser Situation die Vor- und Nachteile eines Tests nicht immer rational einschätzen.
- Werden bei Inhaftierten klinische Anzeichen für eine HIV-Infektion entdeckt, sollte den Betroffenen die Möglichkeit für einen Test immer geboten werden, um möglicherweise umgehend mit einer therapeutischen Maßnahme starten zu können. An dieser Stelle ist eine Beratung im Vorfeld äußerst bedeutend. Den Inhaftierten soll ein Rahmen geboten wer-

359 In der freien Gesellschaft haben Testverfahren (v.a. HIV, Hepatitis C) bei Drogenabhängigen einen anderen Stellenwert. Hier sind wesentliche medizinische und therapeutische Standards vorhanden, um die Betroffenen sozial, gesundheitlich und psychisch zu unterstützen und ihnen Behandlungsmöglichkeiten zu bieten. Aber auch extramural ist die Freiwilligkeit und für viele Personen die Anonymität von entscheidender Bedeutung. Praxiserfahrungen sind nachzulesen im Evaluationsbericht zum Projekt „TEST IT“ (vgl. DAH 2010b)

den, indem sie sich psychisch wenigsten ansatzweise auf ein eventuell positives Testergebnis vorbereiten können.

- Stehen keine angemessenen Behandlungsmöglichkeiten in der jeweiligen Haftanstalt zu Verfügung, ist ein HIV-Test eher weniger förderlich, außer eine Verlegung in eine andere JVA, in der eine HIV-Therapie angeboten wird, ist möglich bzw. eine diagnostische Abklärung wird vom Betroffenen ausdrücklich gewünscht.³⁶⁰
- Bei Risikopatienten (v.a. Drogenabhängige, ehemals Inhaftierte) ist ein HIV-Test angeraten. Bei fortwährenden riskanten Verhaltensweisen (auch kurz vor der Inhaftierung) sollte jedoch auf die Latenzzeit von 6–12 Wochen („diagnostisches Fenster“) geachtet werden. Innerhalb dieser können, bei einer möglichen Neuinfektion, noch keine Antikörper nachgewiesen werden. Wenn sich der Betroffene in einer schlechten gesundheitlichen Verfassung befindet, sollte umgehend eine Diagnose erstellt und der Infektionsstatus (bei negativem ersten Befund) nach 12 Wochen erneut überprüft werden. In den anderen Fällen kann ein Test auch erst nach Ablauf der drei Monate durchgeführt werden, um das diagnostische Fenster zu berücksichtigen.

Zu den inhaltlichen Bereichen einer Testvorbereitung von Gefangenen zählt die Vermittlung von Kenntnissen zu Ansteckungswegen, zur Infektionsprophylaxe sowie zur Latenzzeit. Es ist wichtig, den Inhaftierten zu erklären, was ein positives Testergebnis für sie bedeutet und dass dieses nicht innerhalb der Anstalt weitergegeben wird (Schweigepflicht des Anstaltsarztes). Weiterhin können die Gründe angesprochen werden, weshalb jemand eine diagnostische Abklärung seines HIV-Status möchte. Bei einem positiven Testergebnis sollte sich im Erstgespräch auf grundlegende Informationen beschränkt werden und auf die Inhalte, über die der HIV-Positive informiert werden möchte. Wichtig sind Details zur Infektion (im Vergleich zu AIDS) sowie zu vorhandenen Behandlungs-, Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen im Gefängnis. Weitere Gesprächskontakte sollten vereinbart werden, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, weitere offene Fragen sowie Befürchtungen thematisieren zu können. (Vgl. Kraft/Knorr 2009, S. 172 f.)

360 Steht die Möglichkeit einer Testvor- und Testnachbereitung zur Verfügung, könnte ein HIV-Test dennoch hilfreich sein, da das Verhalten des Betroffenen positiv beeinflusst werden kann. Ist das Ergebnis positiv, kann er auf ein verantwortungsbewusstes Verhalten gegenüber sich und seinen Mitmenschen achten.

Hepatitis-Test

Abgesehen von den Testverfahren zu HIV, bieten einige Haftanstalten Hepatitis-Serologien an, um den gesundheitlichen Zustand der Insassen zu diagnostizieren (auch Koinfektionen) sowie abzuklären, ob eine Behandlung indiziert ist. Natürlich spielt hier erneut die Kenntnislage sowie das Kontrollbedürfnis zur Sicherheit der Anstalt über Infektionskrankheiten innerhalb der Gefangenenpopulation eine Rolle. Die Freiwilligkeit bei einem Test auf Hepatitis C ist entsprechend der HIV-Testung essenziell, ebenso die Information über grundlegende Themen (Bedeutung, Aussagekraft, Auswirkungen des Befundes), die zur Entscheidung beitragen können. Die psychische Belastung des Betroffenen bei einem positiven Testergebnis auf Hepatitis C ist genau wie bei HIV erheblich. Aus diesen Gründen sollten die potenziell Infizierten abwägen, ob eine diagnostische Abklärung für sie in ihrer derzeitigen Lebenslage hilfreich ist (vgl. oben genannte Kriterien von Kraft/Knorr 2009 zu Testverfahren bei HIV). Innerhalb der medizinischen und therapeutischen (Weiter-)Behandlung sowie der präventiven Maßnahmen ist die ausführliche, patientenorientierte Vor- und Nachbereitung einer Hepatitis-Serologie ein wesentlicher Baustein (v.a. Krankheitsverlauf und dessen Kontrolle, Behandlungsverlauf, Vor- und Nachteile der Therapie, risikobewusstes Verhalten).³⁶¹ Leider ist die Versorgungsstruktur wie bei HIV in diesem Bereich defizitär. (Vgl. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 44)

4.4.1.2 Hepatitis-Impfung

In Haft ist die Anzahl an Hepatitis-Infektionen höher als in der Allgemeinbevölkerung. Allein aus diesem Grund ist das Angebot einer Hepatitis-A/B-Impfung von großer Bedeutung (gegen Hepatitis C existiert kein Impfstoff). Die STIKO am RKI empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung bei Drogenabgängigen und bei Personen mit längeren zu verbüßenden Haftstrafen, chronischen Lebererkrankungen sowie HIV-Infektionen. Eine Indikationsimpfung für Hepatitis A wird bei Personen empfohlen, deren Sexualverhalten hohe Infektionsrisiken birgt. Hier werden zwar Gefangene nicht namentlich genannt, trotzdem zählen sie zu dieser Risikogruppe (Männer, die Sex mit Männern haben; riskante Sexualpraktiken bei Homosexualität). (Vgl. RKI 2011a, S. 282) Drogenabhängige Inhaftierte haben im Gefängnis generell die Option auf

³⁶¹ Ausführlicher zur Test-Vorbereitung und Test-Nachbetreuung in Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 46–49

eine Hepatitis-A/B-Impfung. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein Häftling als Konsument illegaler Substanzen bekannt ist bzw. längst eine Hepatitis-C-Infektion besteht und einer zusätzlichen Hepatitis-A/B-Infektion vorgebeugt werden soll. Damit die Betroffenen dieses Impfangebot auch annehmen können, muss die JVA die Zielgruppe selbstverständlich auf die Möglichkeit hinweisen. (Vgl. Knorr 2008a, S. 151) Allerdings ist eine Impfung auch bei nicht mit Hepatitis B infizierten Insassen sinnvoll und bei denjenigen, deren Schutzimpfung nicht mehr wirksam ist. Diese Impfung ist jedoch sehr zeitaufwendig, da sie aus drei Teilimpfungen besteht, die nacheinander in bestimmten zeitlichen Abständen gegeben werden. Deshalb sollte für die (drogenabhängigen) Inhaftierten sichergestellt werden, dass die Impfung bei der Haftentlassung von Gesundheitsämtern bzw. niedergelassenen Ärzten abgeschlossen wird, falls die Haftzeit für eine komplette Hepatitis-A/B-Impfung nicht ausreicht. Der Vorteil einer Hepatitis-Impfung in Haft besteht darin, dass die Patienten in der JVA immer erreichbar sind und von einer guten Compliance auszugehen ist.³⁶² (Vgl. Jacob/Stöver 1997b, S. 123)

In der Studie über „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland“ wurden alle Gefangenen zu den Impfmöglichkeiten bei AIDS/HIV, Tuberkulose, Hepatitis B und C befragt (s. Abb. 20):

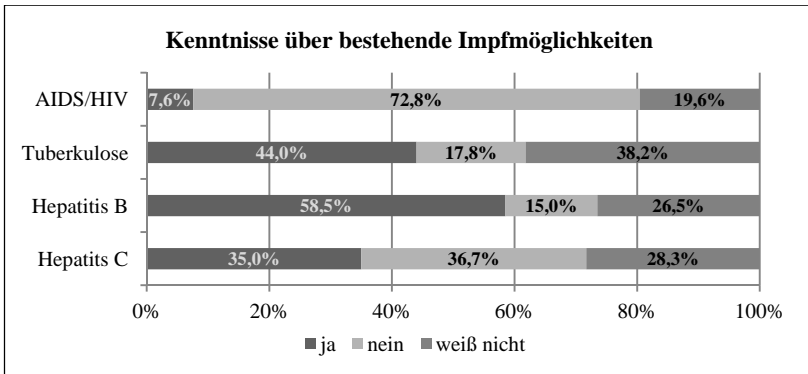


Abb. 20: Kenntnisse über bestehende Impfmöglichkeiten, Quelle: Eckert/Weilandt 2008, S. 75

362 Grundlegende Informationen zu Impfungen gegen Hepatitis in Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 17–24

Es ist gut zu erkennen, dass im Bereich von AIDS/HIV die meisten Befragten wissen, dass hier noch keine Impfmöglichkeiten vorhanden sind. An zweiter Stelle stehen die Kenntnisse zu Hepatitis-B-Impfungen. Weniger informiert sind die Studienteilnehmer über Impfungen gegen Hepatitis C. Die richtigen und falschen Antworten gleichen sich relativ aus. Am schlechtesten ist der Wissensstand der befragten Inhaftierten hinsichtlich Tuberkulose. Fast die Hälfte ist der Meinung, es gäbe eine Impfmöglichkeit, lediglich ein kleiner Teil weiß die richtige Antwort. Im Gesamten betrachtet lässt sich bei den Inhaftierten zu den Kenntnissen über bestehende Impfmöglichkeiten zum Teil ein erhebliches Maß an falschen bzw. unsicheren Annahmen feststellen. (Vgl. Eckert/Weilandt 2008, S. 77) Bezeichnenderweise ist die Aufklärungsarbeit im Bezug auf Übertragungswege, bestehende Impfmöglichkeiten und Infektionsprophylaxe unter den Risikopatienten besonders wichtig. Nur so können sie für Risikosituationen sensibilisiert werden und Schutzmaßnahmen ergreifen.

4.4.1.3 Safer Work beim Tätowieren und Piercen

Beim Tätowieren und Piercen entstehen Hautverletzungen sowie offenen Wunden, weshalb die Gefangenen grundsätzlich der Gefahr von Infektionskrankheiten ausgesetzt sind. Im Hinblick darauf sind in Haft zwei wesentliche Kriterien ausschlaggebend: Die Anzahl an Personen, die an HIV oder Hepatitis C erkrankt sind, ist im Gefängnis erheblich größer als in der Allgemeinbevölkerung. Aus diesem Grund ist es auch umso wahrscheinlicher, dass sich Insassen bei Risikoverhalten mit entsprechenden Krankheiten infizieren. Außerdem herrscht in der JVA Tätowierverbot (Situation ist bzgl. Piercen nicht geklärt), wodurch die Zugänglichkeit zu sterilen Arbeitsutensilien fehlt. Somit spielen hier das höhere Infektionsrisiko sowie unzureichend saubere Bedingungen zusammen und lassen Tätowieren und Piercen zu einem schwerwiegenden Gesundheitsrisiko werden. (Vgl. Stöver/Bammann 2006, S. 176) Die Infektionsgefahr kann stark verringert oder ganz verhindert werden, indem auf richtige Arbeitsutensilien, geeignete Farben sowie sachgemäße, sterile Arbeitsverhältnisse geachtet wird (vgl. Bammann 2006c, S. 91).

Wird in Haft eine Tätowierung oder ein Piercing gestochen, sollten dringend verschiedene infektionsprophylaktische Komponenten beachtet werden, um

einer Infektion vorzubeugen³⁶³ (vgl. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 89 f.):

- Für Tätowierer und Piercer ist es unumgänglich, dass sie Einweghandschuhe tragen. Nur so sind sie auch selber vor der Übertragung von Infektionen durch eigene Verletzungen an den Händen geschützt.
- Vor Beginn der Arbeit sollte die entsprechende Hautpartie gewaschen (Wasser und Seife), getrocknet, desinfiziert und wieder getrocknet werden.
- Grundlegend ist die Verwendung von neuem und keimfreiem Handwerkszeug: Einwegmaterial sollte (per Definition) nur einmalig verwendet werden. Nadeln sind ebenfalls nicht zur mehrfach aufeinanderfolgenden Verwendung gedacht.³⁶⁴
- Die Tätowier-Farbe ist in ein gesondertes Gefäß umzufüllen, das nur einmal verwendet werden darf. Anderweitig können Viren und Bakterien ebenso über die Farbe auf die Haut sowie ins Blut gelangen und Infektionen verursachen.
- Substanzen, die umgefüllt wurden, sollten keinesfalls in das ursprüngliche Gefäß zurückgefüllt werden.
- Bei jedem Gebrauch (selbst bei der gleichen Person) sind Flüssigsubstanzen (bspw. Farbe, Desinfektionsmittel, Creme, Lotion) mit einem neuen, hygienischen Applikator bzw. Löffel zu entnehmen.

Neben dem hygienischen Umgang mit Arbeitsgeräten sowie Farben sind weitere infektionsprophylaktische Maßnahmen sowohl für die anwesenden Personen (z.B. kein Rauchen während der Arbeit), als auch für das Arbeits-Setting (z.B. sterile Ablage für Arbeitsutensilien) angezeigt. In diesem Zusammenhang stellt das intramurale Tätowierverbot eine weitere Schwierigkeit bzw. Herausforderung dar, da aufgrund dessen keine hygiene-relevanten Utensilien erlaubt sind oder deren Anschaffung untersagt ist. Inhaftierte haben somit kaum Zugang zu Desinfektionsmitteln (für Arbeitsgeräte, für die zu tätowierende bzw. zu piercende Hautpartie, zur Wundversorgung), Einweghandschuhen, Verbandmaterial sowie Heilsalben. Falls gesundheitliche

363 Ins Detail gehend zur Infektionsprophylaxe beim Tätowieren und Piercen siehe Stöver/ Bammann 2006, S. 168–172

364 Die Methoden zur Desinfektion von Tätowier-/Piercing-Nadeln und Arbeitsutensilien sind identisch mit denen, die auch zum Desinfizieren bzw. Auskochen von Spritzenbesteck verwendet werden. Näheres dazu siehe 4.4.1.5 Safer Use

Probleme entstehen (am häufigsten Entzündung der offenen Wunde durch unhygienische Verhältnisse), haben die Betroffenen lediglich die Möglichkeit, sich vom haftinternen Arzt versorgen zu lassen. Das bedeutet aber gleichzeitig, dass sie zugeben müssen, gegen das Tätowierverbot verstoßen zu haben. (Vgl. Stöver/Bammann 2006, S. 165 f.)

Die Gefangenen setzen sich auch beim Piercen Gesundheitsrisiken aus:³⁶⁵ Unsaubere Arbeitsverhältnisse sowie schlechte Wundversorgung (wie beim Tätowieren), Verletzung von Adern oder Nervenbahnen im Gewebe und Schmuckstücke, die Allergien auslösen können (bspw. Nickel im Chirurgienstahl), spielen eine große Rolle. Piercings aus Kunststoff oder Titanstahl (nickelfrei) sind in Haft meist nicht vorhanden, weshalb ebenso auf Komplikationen in diesem Bereich zu achten ist. (Vgl. Stöver/Bammann 2006, S. 174 f.)

Schlechte hygienische Arbeitsverhältnisse, fehlender Zugang zu Desinfektionsmitteln, Nadeln und Einwegmaterial, mangelnde Kenntnisse über latente Gefahren (bspw. Blutreste in gebrauchter Farbe) einerseits sowie der hohe Stellenwert von Tätowierungen in Haft andererseits waren die Ausgangssituation für das Modellprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in Kooperation mit der Berliner Aids-Hilfe e.V. „Dauerhaft? - Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen in Haft“ in Berliner JVAen³⁶⁶ (September 2006 bis September 2007). Die Zielgruppe des Projekts bestand aus den Gefangenen, die durch Informationsveranstaltungen zu HIV und Hepatitis kaum zu erreichen sind (v.a. Drogenkonsumenten) und sich in der JVA eventuell tätowieren oder piercen lassen möchten. Als Projektziel wurde die Wissensvermittlung über Infektionsgefahren sowie Möglichkeiten, sich auch im Gefängnis vor Infektionen schützen zu können, benannt. Zudem sollten die Insassen über die gesundheitliche Versorgung und Fürsorge durch die JVA (z.B. HIV-Test, Hepatitis-B-Impfung) sowie über selbst umsetzbare gesundheitsfördernde Maßnahmen (bspw. risikobewusster Konsum) aufgeklärt werden. Die Intention ist, die Teilnehmer zu ermutigen, die Kenntnisse und Erfahrungen an Mitäftlinge zu übermitteln, die bei der Veranstaltung nicht anwesend waren. Die intendierte Zielgruppe konnte angesprochen werden. Dies zeigt sich an der großen Teilnehmerzahl von inhaftierten Drogenkonsumenten. (Vgl. Rey/

365 Skin penetration code of best practice in NSW Health (2001)

366 JVA Tegel (geschlossener Vollzug, Männer), JVA Moabit (U-Haft, Männer), JSA Berlin (Jugendstrafanstalt mit U-Haft, geschlossener Vollzug, Männer), JVA Lichtenberg (geschlossener Vollzug mit U-Haft und Jugendlichen, Frauen), JVA Charlottenburg (geschlossener Vollzug, Männer), Krankenhaus des Maßregelvollzugs (Standort Reinickendorf, Standort Buch)

Wickert 2008, S. 18 f.) Anhand derartiger Modellprojekte lässt sich ein eindeutiger Bedarf an informativen, präventiven, beratenden und schadensminimierenden Angeboten zum Thema Infektionskrankheiten und Infektionsprophylaxe feststellen.

4.4.1.4 Safer Sex

In der JVA leben Häftlinge Sexualität aus, auch wenn dies von der JVA oft nur als Ausnahmeerscheinung dargestellt oder verleugnet wird. Homosexualität hat in der heutigen Gesellschaft einen anderen Stellenwert als früher. Trotzdem ist diese Form der sexuellen Ausrichtung für viele nach wie vor mit Scham behaftet und wird tabuisiert. Ein Großteil der inhaftierten Männer ist einem beträchtlichen inneren Spannungsverhältnis ausgesetzt, wenn sie Homosexualität ausleben und dabei ein starkes Bedürfnis sowie Befriedigung verspüren. Diese Gefühle sind jedoch nicht konform mit den eigenen Vorstellungen von ideellen Werten sowie mit denen der Gefängnis-Subkultur. (Vgl. Bammann/Rademacher 2009, S. 191) Aus der Verleugnung von Sexualkontakten in Gefängnissen können jedoch beträchtliche gesundheitliche Konsequenzen für die Inhaftierten resultieren. Trotzdem wird die kostenlose Kondomvergabe nach wie vor kontrovers diskutiert und bundesweit überaus heterogen in der Praxis umgesetzt³⁶⁷, obwohl sich die Häftlinge dadurch vor Infektionskrankheiten und anderen Sexually transmitted diseases schützen könnten. (Vgl. DAH 2011c, S. 60). Für inhaftierte Drogenabhängige ist Safer Sex insbesondere in Bezug auf die Beschaffungsprostitution, mit der sie oft in Haft ihre Drogensucht finanzieren, von erheblicher Bedeutung.

Die WHO hat Richtlinien zu HIV und AIDS in Gefängnissen erarbeitet (UNAIDS 1999) und formuliert folgende präventive Maßnahmen hinsichtlich der Übertragung von HIV/AIDS durch Sexualkontakte:

Clear information should be available to prisoners on the types of sexual behaviour that can lead to HIV transmission. The role of condoms in preventing HIV transmission should also be explained. Since penetrative sexual intercourse occurs, in prison, even when prohibited, condoms should be made available to prisoners throughout their period of detention. They should also be made available prior to any form of leave or release. (S. 5)

³⁶⁷ Eine (kostenlose) Ausgabe von Kondomen ist im StVollzG nicht gesetzlich geregelt, es besteht also kein Rechtsanspruch, so OLG Koblenz, NStZ 1997, S. 360 (vgl. Laubenthal 2005, S. 206).

Durch das hohe Infektionsrisiko bei ungeschützten Sexualkontakten sind in der Theorie in fast allen JVAen Kondome zu Infektionsprophylaxe verfügbar. In der praktischen Umsetzung gibt es allerdings einige Einschränkungen bezüglich der Zugänglichkeit von Kondomen. Eine wesentliche Problematik in der Vergabepraxis ist der unangemessene Umgang mit dem tabuisierten Thema von homosexuellen Kontakten in der JVA. Gefangene (die Kondome erhalten) werden als potenziell „homosexuell“ stigmatisiert. Diese Brandmarkung wirkt sich negativ auf die Position innerhalb der Gefängnissubkultur aus. Ein anonymer Zugang zu Kondomen ist häufig nicht gewährleistet. Überwiegend können die Inhaftierten die Kondome nur beim Anstaltsarzt, im Kaufmannsladen der Haftanstalt, beim haftinternen sozialen Dienst. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 28) Stöver (2008a) kritisiert:

Selbst wenn eine Kondomzugänglichkeit in der Anstalt gewährleistet ist, was nicht durchgängig selbstverständlich, kostenlos, kostengünstig, niedrigschwellig, vertraulich und anonym erfolgt, läßt sich angesichts der abgespaltenen und häufig verleugneten Realität von gelebter Sexualität von den einzelnen Inhaftierten ein formulierter Bedarf an Kondomen nicht erwarten. Allein ein niedrigschwelliger und anonymisierter Zugang zu Kondomen könnte den individuellen Konflikt mildern und eine Annahmefähigkeit als Infektionsschutz steigern. (S. 253)

Durch das hohe Infektionsrisiko bei ungeschützten Sexualkontakten innerhalb der Haft ist der richtige Zugang zu Kondomen unerlässlich. In der folgenden Übersicht (s. Tab. 2) sind die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten für Kondome in Haft aufgelistet, jeweils mit den einzelnen Vor- und Nachteilen:

Tab. 2: Zugang zu Kondomen, Quelle: Trautmann/Stöver 2009, S. 355 ff.

Zugang zu Kondomen	
Zugangsmöglichkeiten	Vor- und Nachteile
Verteilung durch den Arzt (auf Rezept oder ohne) oder durch Mitarbeiter der Krankenabteilung	<ul style="list-style-type: none"> + zuverlässige sowie jederzeit verfügbare Quelle + erhältlich bei Arztbesuchen wegen anderer Belange + meist kostenfrei - Termine beim Arzt - Arztbesuche - Preisgeben sexueller Aktivitäten
Verkauf im Gefängnis-laden	<ul style="list-style-type: none"> - kostenpflichtige Kondome (Problem: Häftlingen steht nur wenig Geld zur Verfügung) - oft keine täglichen Öffnungszeiten oder externer Kaufmann (Verkauf nur alle ein bis zwei Wochen) - Vertraulichkeit und Anonymität schwer zu gewährleisten (Häftlinge scheuen sich vor Einkauf)
Vergabe durch Mitarbeiter des haftinternen Sozialdienstes, interne Suchtberater oder Mitarbeiter externer AIDS- und Drogenhilfen	<ul style="list-style-type: none"> + leichte Kontaktaufnahme + Vertrauen (v.a. externe Mitarbeiter) + Hinterlegen von „Ansichtsexemplaren“ während Safer-Sex-Schulungen in der JVA und Information über weiterhin bestehende Zugangsmöglichkeiten für Inhaftierte ± Effektivität ist von der Häufigkeit der Besuche von Externen abhängig sowie von der Menge an abgegebenen Kondomen - Preisgeben sexueller Aktivitäten (nur zum Teil problematisch)
Verteilung durch Mit-gefangene (Peers)	<ul style="list-style-type: none"> + größtes Vertrauen aufgrund Zugehörigkeit zur Subkultur - moralische Vorbehalte der Mithäftlinge, besonders gegenüber homosexuellen Aktivitäten
Anonymer Zugang	<ul style="list-style-type: none"> + ohne Beobachtung durch Mithäftlinge und Mitarbeiter Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> o Beigabe zu „Abschiedspaketen“ bei Urlaub oder Entlassung o Beigabe bei der Aufnahme zusammen mit Informationsmaterial (Anleitung zu Safer Sex und Kondomgebrauch) o Bereitstellen in Besuchsräumen (für Ehepaare), in Warteräumen (Anstaltsarzt, sozialer Dienst, Bücherei), in Beratungsräumen und über Infobox (Kondome, Gleitmittel, Informationen) o Abgabe über Automaten

Legende: + Vorteile; - Nachteile

Safer Sex Maßnahmen in der JVA sind im Rahmen der Gesamtprävention von erheblicher Bedeutung.³⁶⁸ Die kostenlose, anonyme und niedrigschwellige Kondomvergabe hat sich jedoch nach wie vor nicht in allen Haftanstalten Deutschlands durchgesetzt. Die bereits erwähnte Befragung in den Mitgliedsorganisationen der DAH im Januar 2003 ergab in etwa der Hälfte der erreichten Anstalten³⁶⁹ einen mangelhaften oder problematischen Zugang zu Kondomen (vgl. Knorr 2008a, S. 160). Lediglich in einem Bundesland, in Nordrhein-Westfalen, regelt bisher ein "Kondomerlass" des Justizministeriums vom 11. März 1998 die Vergabe von Kondomen und wasserlöslichem Gleitmittel auf Kosten der JVA. Der Erlass sieht vor, dass Kondome, Gleitmittel und Informationsmaterial an geeigneten Stellen auszulegen sind, an denen ein unbeobachteter Zugriff gewährleistet ist. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 83)

Sowohl fehlendes Wissen um das Vorhandensein eines Problems im Hinblick auf Sexualkontakte in Haft, als auch kulturelle und religiöse Bedenken können der Grund für das Verbot von Kondomen bzw. die schlechten Zugangsmöglichkeiten in der JVA sein. Oftmals wird die Menge der vorhandenen Kondome wegen einzelner Missbrauchsfälle begrenzt (z.B. Verstecken von Drogen mittels Kondome im Körper). Diese Beschränkungen sollten erörtert werden, wobei die einzelnen Aspekte (gesundheitliche Belange, kulturelle und religiöse Vorbehalte, vereinzelt Missbrauchserfahrungen) zum Vergleich herangezogen werden sollen und dabei Prioritäten zu setzen sind. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 357)

Eine einheitliche (gesetzliche) Regelung (bspw. ein bundesweiter „Kondomerlass“ nach dem Vorbild Nordrhein-Westfalens) hinsichtlich der Kondomvergabe wäre besonders wichtig, um die Möglichkeit der Infektionsprophylaxe in Haft gewährleisten zu können. Den Inhaftierten sollten für die Zeit in Haft, aber auch für das Leben nach der Haftentlassung Schutzmaßnahmen bei Sexualkontakten (z.B. Safer-Sex-Aufklärung) vermittelt werden. Das intramurale Angebot an Beratung zu Sexualität ist jedoch sehr dürftig und müsste dringend erweitert werden. Es sind reichlich riskante Sexualpraktiken³⁷⁰ vorhanden, bei denen Infektionen übertragen werden können. Im Rahmen von

368 Ausführlich siehe auch "Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condoms and other measures to decrease sexual transmission." in WHO/UNODC/UNAIDS 2007b

369 120 (43%) der deutschen JVA' s und Teilanstalten wurden von AIDS-Hilfe-Angeboten erreicht.

370 Die Broschüre der DAH (2010c) „Sex unter Männern – Lust und Risiken“ enthält Tipps zur Sexualität und Gesundheit und ist kostenlos bei der DAH erhältlich.

Beratungen sowie Trainings³⁷¹ wäre es möglich, die Inhaftierten für Risikosituationen zu sensibilisieren. Durch risikobewussteres Verhalten können sie auch nach der Haftentlassung entsprechende Schutzmaßnahmen zur Infektionsprophylaxe ergreifen, in privaten sexuellen Beziehungen wie auch in der Beschaffungsprostitution. (Vgl. Stöver 2009, S. 386 Rn. 47)

4.4.1.5 Safer Use

Aufgrund der Tatsache, dass sich der injizierende Heroinkonsum in der illegalen Szene abspielt, ist die Herstellung bestmöglicher Voraussetzungen für die Drogenabhängigen fast unmöglich. Realistischer ist im Sinne der Prävention und Schadensminimierung die Schaffung, Pflege sowie (Aufrecht-)Erhaltung von kaum risikobehafteten sowie gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen beim Drogenkonsum. Wesentlich dafür sind saubere und sterile Konsumbedingungen in einem stressfreien Setting (um unnötige Gefahren zu umgehen) sowie Schutzmaßnahmen im Hinblick auf eine Überdosis (z.B. Qualität des Stoffes vorab testen, kein paralleler Konsum anderer Substanzen zusätzlich zu Heroin).³⁷² (Vgl. Heudtlass 1999, S. 162 f.)

Safer Use ist innerhalb der schadensminimierenden Maßnahmen von großer Bedeutung. In der JVA ist für drogenabhängige Inhaftierte die Einhaltung der „goldenen“ Regel des Safer Use, für jede Injektion eine neue Spritze sowie Nadel zu verwenden, jedoch undenkbar. Aus diesem Grund sollten sie von dem „zweitbesten“ Verfahren Gebrauch machen und die benutzte Spritze sowie Nadel auskochen. Ist das Auskochen nicht realisierbar, stehen immer noch Methoden zur Verfügung, die besser sind, als wenn das Spritzenbesteck überhaupt nicht gereinigt wird. Wichtig für die inhaftierten Drogenabhängigen ist zu wissen, dass das Reinigen von Spritzen und Nadeln keine hundertprozentige Sicherheit gewährleistet. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 94 f.) Diese sogenannte „next best solution“ erfordert eine sorgfältige sowie genaueste Einweisung bezüglich der einzelnen Anwendungstechniken. Für die Reinigung muss zudem genügend Zeit aufgewendet werden, da sich Spritzen nicht so leicht säubern lassen. Diese Zeit und eine ruhige Umgebung sind jedoch in Haft meist nicht vorhanden. (Vgl. Jacob/Stöver 1997b, S. 123) Das Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (2006) weist nachdrücklich

371 „Ein Modell zum safer-sex-Training für Männer im Strafvollzug“ vgl. Siemer 1998

372 Basis- und Detailwissen zu Konsumregeln in Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 78–84

auf das Risiko hinsichtlich der Desinfektion von Spritzenutensilien hin und formuliert zugleich einen wichtigen Appell, auch an alle Haftanstalten:

Die unten beschriebenen Desinfektionsmöglichkeiten sind nur bedingt tauglich und nur im äußersten Notfall anzuwenden! Sterile Spritzen und Nadeln sind nach wie vor allen anderen Möglichkeiten vorzuziehen. Allen Institutionen einschließlich Gefängnissen wird mit Nachdruck empfohlen, ihrer Klientel steriles Injektionsmaterial in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen. Falls in bestimmten Situationen kein steriles Injektionsmaterial zur Verfügung steht (und nur dann!), können Spritzen, Löffel und Wasserbehälter ausnahmsweise desinfiziert werden. (S. 84)

Einige der folgenden „zweitbesten Methoden“ (s. Tab. 3) sind in der Praxis des Vollzugsalltags von den Betroffenen allerdings nicht durchführbar. Deutschland zählt zu den wenigen europäischen Ländern, in denen Inhaftierten keine Desinfektionsmittel zur Verfügung stehen (bspw. zur Desinfektion der Toilette). Diese Mittel könnten nicht nur für die Desinfektion von Spritzenbesteck, sondern auch für Tätowier- und Piercingutensilien benutzt werden. (Vgl. Knorr 2011, S. 214) Das Auskochen als Desinfektionsmethode ist zeitlich sehr aufwendig und auffällig: In Haft müssen sich zwei oder mehrere Konsumenten eine Heroinration teilen und ihr Spritzenbesteck hinterher noch auskochen (vgl. Stöver 2000, S. 350).

Tab. 3: Reinigung und Desinfektion von Spritzen und Nadeln, Quelle: Heudtlass 1999, S. 167 ff., erweitert mit Trautmann/Stöver 2009, S. 94 ff. und Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 84 f.³⁷³

Reinigung/Desinfektion* von Spritzen und Nadeln	
Methoden	Verfahren, Vor- und Nachteile
Desinfektion durch Auskochen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spritze und Nadel mindestens zweimal mit kaltem Wasser ausspülen, um grobe Rückstände zu beseitigen ○ Spritze in Einzelteile zerlegen (Spritze, Kolben, Nadel) und in einem Topf mittels Kocher oder Tauchsieder 15 bis 20 Minuten lang auskochen ○ Hinzugeben von Sodalösung (0,5%; Natriumcarbonat [Na₂CO₃] Lösung) zum Wasser verbessert die desinfizierende Wirkung ○ Spritzenteile vor dem Zusammensetzen auskühlen lassen ○ Spritze vor dem Gebrauch nochmals mit kaltem Wasser ausspülen ○ Spritzen maximal dreimal auskochen (sonst nicht mehr luftdicht) + sicherste Methode (nicht 100%ig) + guter Schutz vor Krankheitserregern (z.B. HIV, Hepatitis-Viren) + ebenfalls für Desinfektion von Löffeln oder Ähnlichem geeignet - zeitlich aufwendig und auffällig - manche Spritzen sind nach dem ersten Auskochen defekt
Desinfektion mit Bleichmittel (inklusive detaillierter Informationsmaterialien)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spritze mit Haushaltsbleiche (mindestens 1%, Natriumhypochlorit [NaOCl]) in der am stärksten verfügbaren Konzentration in einer Tasse oder Schüssel etwa sechs Minuten ausspülen ○ je zweimal Wasser (grobe Reinigung), Bleiche (Spritze zwei Minuten mit Bleiche schütteln), Wasser ○ aufwendigeres Verfahren (erhöht die Sicherheit): Einzelteile nach der groben Reinigung in ein Bleichebad geben (eine Stunde). Anschließend mit frischem Wasser mindestens dreimal gründlich durchspülen + billige und schnelle Methode - nicht 100%ig sicher - je mehr erkennbare Blutrückstände in der Spritze sind, desto weniger Sicherheit bietet die Methode (gründliches Vorspülen wichtig) - begrenzte Haltbarkeit von Bleiche (Verlust der Wirkkraft)

373 Merkblatt (Bilder und Erklärung) : „Desinfektion der Spritze“ in Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 215

<p>Desinfektion mit Jod</p>	<ul style="list-style-type: none"> - einige Spritzentypen können durch Bleiche beschädigt werden o Spritze mit konzentrierter Jodverbindung (z.B. Betaisodona®-Lösung, Braunol®; 100g) in einer Schüssel oder Tasse etwa sechs Minuten ausspülen o je zweimal Wasser (grobe Reinigung), Jod (Spritze zwei Minuten mit Jod schütteln), Wasser o aufwendigeres Verfahren (erhöht die Sicherheit): Einzelteile nach der groben Reinigung in ein Jodbad geben (eine Stunde). Anschließend mit frischem Wasser mindestens dreimal gründlich durchspülen + relativ billige und schnelle Methode + bekanntes, eingeführtes Material in der Wundversorgung + Spritze wird kaum beeinträchtigt + deutlich längere Haltbarkeit und Desinfektionswirkung als Bleichmittel - je mehr erkennbare Blutrückstände in der Spritze, desto weniger Sicherheit bietet die Methode in Bezug auf Hepatitis-Viren (gründliches Vorspülen ist wichtig) - besonders sorgfältiges Durchspülen der Spritze nach der Jodlösung bei Jodallergien oder bei Schilddrüsendysfunktionen
<p>Desinfektion mit Alkohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Spritze mit mindestens 70- bis 80%igem medizinischen Alkohol (z.B. Ethanol, Isopropanol – kein Trinkalkohol) in einer Tasse oder Schüssel etwa sechs Minuten ausspülen o je zweimal Wasser (grobe Reinigung), Alkohol (Spritze zwei Minuten mit Alkohol schütteln), Wasser o vor allem hier ist wichtig: so lange wie möglich einwirken lassen o aufwendigeres Verfahren (erhöht die Sicherheit): Einzelteile nach der groben Reinigung in ein Alkoholbad geben (eine Stunde). Anschließend mit frischem Wasser mindestens dreimal gründlich durchspülen + schnelle Methode + lange Haltbarkeit des Alkohols - nicht immer 100%ig sicher - nur bedingt tauglich, da insbesondere Hepatitis-Viren und Tuberkulose-Bakterien nicht zuverlässig abgetötet werden - Innenbeschichtung der Spritze kann beschädigt werden

* Utensilien immer gründlichst mit kaltem Wasser nachspülen, da Reste des Desinfektionsmittels in der Spritze äußerst gefährlich sein können.

Legende: o Verfahren, + Vorteile der Methode, - Nachteile der Methode

Die Desinfektionsmittel (insbesondere Bleichmittel) nehmen eine entscheidende Position unter den Methoden der Reduzierung von Infektionsrisiken in Haft ein, da sie der Tatsache entsprechen, dass im Vollzug benutztes Sprit-

zenbesteck im Umlauf ist. Die JVA erklärt sich hingegen (meist) nicht bereit, unbenutzte, sterile Spritzen zugänglich zu machen. Die intravenös konsumierenden Häftlinge könnten durch die Verwendung von nicht verdünnter Haushaltsbleiche – einer leichten, effektiven und wenig auffallenden Methode – das Infektionsrisiko minimieren. Desinfektionsmittel könnten unmittelbar und persönlich durch den Kaufmann der JVA, das Reinigungspersonal, die Vollzugsmitarbeiter, den Anstaltsarzt bzw. das Personal des medizinischen Dienstes, die Sozialarbeiter, externe Berater sowie Peers vergeben werden. Die persönliche Abgabe von Desinfektionsmitteln erleichtert zudem die Kontaktaufnahme mit den Betroffenen, um mit ihnen über das sensible Thema Safer Use zu sprechen und sie zugleich über Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe aufzuklären. Falls die Abgabe von Desinfektionsmitteln auf anonymem Wege stattfinden soll, sind Wasch- und Duschräume, Wäschekammern, Bereiche für Freizeitaktivitäten (z.B. Dushraum in Turnhalle, Fernsehraum), Gänge, Küchen sowie die Waschräume der Inhaftierten in der Krankenabteilung geeignete Bereiche. Außerdem können die Desinfektionsmittel auch als Taschenapotheke zusammen mit anderen Hygieneartikeln ausgehändigt werden.³⁷⁴ (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 343 ff.)

In welcher Weise die Desinfektionsmittel an die drogenabhängigen Inhaftierten abgegeben werden, kommt auf die jeweiligen Vollzugsbedingungen an. Dabei kann von Bedeutung sein,

- wie wichtig eine vertrauliche und anonyme Vergabe ist,
- wie einfach die drogenabhängigen Inhaftierten Zugang zu den Desinfektionsmitteln haben (z.B. Öffnungszeiten des Kaufmannsladens, verfügbare Menge),
- welche Ressourcen vorhanden sind,
- wie eine praxisbezogene und unauffällige Vergabemethode in Haft optimal und dauerhaft eingerichtet werden kann,
- ob der Fokus allgemein auf hygienische Bedingungen oder nur auf die Desinfektion von Spritzen gerichtet ist,
- inwieweit das Vollzugspersonal sowie die Mitarbeiter des medizinischen Dienstes die Vergabe von Desinfektionsmitteln an inhaftierte Konsu-

374 Ein Pilotprojekt in einer JVA in Hamburg mit der Vergabe einer Taschenapotheke ergab, dass das Desinfektionsmittel beim haftinternen medizinischen Dienst fast überhaupt nicht nachbestellt wurde. Die Anonymität spielt somit bei Methoden zur Infektionsprophylaxe eine wesentliche Rolle. (Vgl. Jacob/Stöver 1997b, S. 123) „Taschen-Apotheke“ zur Ersten-Hilfe und Infektions-Prophylaxe siehe Bolli 2001

menten illegaler Substanzen akzeptieren und in welchem Maße sie sich dabei engagieren,

- wie am optimalsten Kenntnisse über den ordnungsgemäßen Einsatz von Desinfektionsmethoden vermittelt werden,
- ob drogenabhängige Inhaftierte die Desinfektionsmittel ordnungsgemäß verwenden oder sich eher schädigen,
- wie stark die vergebene Menge überprüft werden soll,
- wie wichtig es ist, die Vergabe zu nutzen, um mit den Drogenabhängigen Kontakt aufzunehmen oder sie über Möglichkeiten zur Schadensminimierung zu beraten,
- wie groß das Bedürfnis ist, die Inhaftierten bei der Handhabung der Desinfektionsmittel zu kontrollieren und Veränderungen in den Fähigkeiten, der Einstellung sowie der Handlungsweise zu verfolgen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 345)

Unter dem Aspekt von Safer Use darf auch das Zubehör nicht außer Acht gelassen werden, welches zum Vorbereiten für die Injektion sowie für das Aufteilen der Droge gebraucht wird. Diese Utensilien stellen ebenfalls einen Risikofaktor für Infektionskrankheiten dar. Schon einfache Maßnahmen, wie Händewaschen oder Schaffen einer stressfreien Umgebung, können das Infektionsrisiko erheblich senken. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 100) Zu den gebräuchlichen Utensilien zählen Löffel (oder andere Gefäße, in denen die Droge aufbereitet werden kann), Wasser, Wasserbehältnisse, Alkoholtupfer, Filter, Unterlage zur Vorbereitung der Injektion, Säure, Aderpresse sowie zusätzliche Hilfsmittel (z.B. Feuerzeug, Messer). Es ist wichtig, das Zubehör richtig zu reinigen und anzuwenden, um die Übertragung von Krankheitserregern zu unterbinden (s. Tab. 4).³⁷⁵ (Vgl. Derricott 1998, Injecting paraphernalia)³⁷⁶

375 Merkblatt (Bilder und Erklärung) zu „Löffel und Wassergefäß desinfizieren“ in Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 213

376 Gesamtes Werk: “The Safer Injecting Briefing” (vgl. Derricott et al. 1999)

Tab. 4: Zubehör – Verwendung, (Infektions-)Gefahren und Schutzmaßnahmen, Quelle: Trautmann/Stöver 2009, S. 101 ff., basierend auf Derricott 1998, Injecting paraphernalia

Zubehör	
Utensilien	Verwendung, (Infektions-)Gefahren und Schutzmaßnahmen
Löffel (oder andere Behälter zur Aufbereitung)	<p>Auflösen der Drogen zusammen mit Wasser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virenübertragung auf den Löffel durch Kontakt mit einer verunreinigten Spritze • Desinfektion*: Auskochen, Bleichmittel, Jodlösung, Alkohol • markieren und für andere Personen unzugänglich aufbewahren
Wasser und Wasserbehälter	<p>Auflösen von beispielsweise Heroin, Kokain mit Wasser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virenübertragung durch Wasser <ul style="list-style-type: none"> o aus unhygienischer Umgebung (z.B. Toilette) o dass zum Säubern der Spritzen und Nadeln oder anderer Gegenstände verwendet wurde - Virenübertragung durch Wasserbehälter, aus dem mit anderen zusammen die Droge aufgezogen wird • steriles Wasser verwenden oder 15 Minuten kochen zur Desinfektion (wichtig: Wasser in einem abgedeckten Topf abkühlen lassen) • Leitungswasser ist besser als destilliertes bzw. abgefülltes Wasser aus der Flasche (v.a. aufgrund von Bakterienbildung oder Mikroorganismen durch warme Lagerung) • nur eigener sowie einmaliger Gebrauch des Wassers, anschließend weggießen • Desinfektion*: Auskochen, Bleichmittel, Jodlösung, Alkohol
Filter	<p>Herausfiltern nicht aufgelöster Bestandteile aus der Drogenlösung (v.a. bei handelsüblichem gestrecktem Heroin), damit diese beim Injizieren nicht in die Vene dringen. Ohne Filter können beispielsweise Abszesse verursacht werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übertragung von Krankheitserregern durch benutzte oder gelagerte Filter (z.B. Bakterien, Pilze, Fäule durch feuchte Lagerung) → bei mehrmaliger Verwendung der Filter oder beim Auskochen verunreinigter Filter um Drogenrückstände zu nutzen - Verunreinigung durch Kontakt mit benutzten Nadeln unterschiedlicher Personen - lose Fasern (bspw. aus Tampons, Papiertaschentüchern, Watte, Toilettenpapier, Baumwollstoffen) können in Venen gelangen und Kreislaufprobleme verursachen • Filter immer nur einmal verwenden • provisorische Filter: am besten neue, saubere Zigarettenfilter (v.a. Filter selbst gedrehter Zigaretten) • Handelsfilter: Infusionsfilter (ggf. zu feinporig: langwierig bzw. zu effektiv, wenn zu viel Droge aus der Lösung gefiltert wird; können unter Druck verstopfen oder platzen)

Alkoholtupfer	<p>Reinigung der Einstichstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - blutkontaminierte Alkoholtupfer können Krankheitserreger in die offene Wunde bringen - Austrocknen des Tupfers bei geöffneter Verpackung (Alkohol verflüchtigt sich) • Verwendung nur von einer Person • Einstichstelle in einem Zug reinigen (normal mindestens 30 Sekunden desinfizieren)
Unterlage	<p>Vorbereitung der Drogen vor dem Injizieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - unhygienische Verhältnisse durch Blutrückstände oder Wasser, mit dem, vorher benutzte, Spritzen gesäubert wurden • Reinigung mit Bleich- oder Reinigungsmittel • wegwerfbare Unterlage verwenden, beispielsweise Zeitung (in Haft besser umsetzbar, als die Reinigung der Unterlage)
Säure	<p>Auflösen der Heroinbase (eigentlich zum Rauchen produziert) in eine Injektionslösung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essig absolut untauglich - Fruchtfleisch von Zitronensaft kann z.B. zum Arterienverschluss führen oder Pilze sowie Bakterien aufweisen - Säuren reizen die Venen auf Dauer und machen sie porös • Verwendung von Säuren in Pulverform wie Ascorbinsäure (Vitamin C) oder Zitronensäure → sparsame Verwendung
Aderpresse	<p>Stauung der Vene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerung der Blutzufuhr zum entsprechenden Teil des Körpers, bei zu langer Anwendung - negative Folgen, wenn die Aderpresse vor der Injektion nicht gelockert wird: <ul style="list-style-type: none"> ○ Injektion geschieht unter starkem Druck, wodurch eine gewisse Menge der Droge ins Gewebe dringt oder die Vene platzen kann ○ lokaler Gewebstod bei Ohnmacht infolge einer Überdosis - blutkontaminierte und zusammen verwendete Aderpressen können Hepatitis C übertragen • Lockerung der Aderpresse vor der Injektion • Anwendung nur, wenn unbedingt notwendig • Anwendung alternativer Techniken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Faust im Wechsel ballen und entspannen ○ starke Kreisbewegungen mit Arm ○ Körperübungen jeglicher Form unter Kraftaufwand ○ Teil des Körpers nach unten hängen lassen oder in heißem Wasser baden

* Desinfektionsmittel reichlich auf einen Tupfer (oder Ähnliches) geben und das Mittel auf den Utensilien verteilen (Mindesteinwirkzeit: 5 Minuten). Anschließend mit trockenem Tupfer nachtrocknen, mit kaltem Wasser gründlich abspülen und erneut trocknen. (Vgl. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 85)

Legende: Verwendungszweck, - (Infektions-)Gefahren, • Schutzmaßnahmen

Neben den Maßnahmen für möglichst hygienische und sichere Konsumbedingungen können statt der Injektion risikoärmere Konsumformen angewendet werden. Heroin kann ebenfalls geraucht („Chinesen“ – Rauchen von Folie; nur für braunes Heroin) oder geschnupft (gesnief) werden. Jedoch wird es von den Konsumenten am häufigsten injiziert, da die Droge ziemlich teuer und meistens qualitativ schlecht ist. Intravenöser Konsum wird von den Drogenabhängigen als effektiver eingestuft, im Vergleich zum Rauchen und Sniefen. Auch wenn alternative Applikationsformen sicherer sind als Spritzen, können dennoch Hepatitis-Viren übertragen werden, wenn beim Sniefen das Röhrchen zusammen mit anderen Drogengebranchern verwendet wird. Aus diesem Grund sollte im Rahmen von Safer Use lediglich das eigene Röhrchen benutzt werden. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 110 f.) Weiterhin besteht die Möglichkeit, die Droge anal mit einer Spritze ohne Nadel zu verabreichen (bspw. bei äußerst schlechten Venen, wenn keine Nadel vorhanden ist). Diese alternative Applikationsform wird kaum angewendet, die Wirkung ist allerdings fast mit der eines injizierenden Konsums vergleichbar. (Vgl. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006, S. 85)

Aufgrund der eingeschränkten Mittel in Bezug auf Infektionsprophylaxe in Haft sind im Bereich des Safer Use „zweitbeste“ bzw. „Besser-als-nichts“-Verfahren gefordert, die wirkungsvoll sowie lösungsorientiert sind. Bei der Entwicklung von Methoden zur Risikominimierung in Haft sollten die speziellen Bedürfnisse, Einstellungen und Lebens- sowie Arbeitsbedingungen der drogenabhängigen Inhaftierten berücksichtigt werden. Maßnahmen, die sich in Freiheit als erfolgreich erwiesen haben, müssen für die Anwendung in der JVA an die jeweiligen Vollzugsbedingungen angepasst werden. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 185 ff.) In Anlehnung daran ist das Safer-Use-Training für drogenabhängige Häftlinge lediglich sekundärpräventiv, da es die Existenz von sterilen Einwegspritzen und Desinfektionsmöglichkeiten für Spritzen und Nadeln erfordert. Unter den momentanen Gegebenheiten schärft es jedoch durchaus das Bewusstsein für abwendbare Risiken beim injizierenden Drogenkonsum, weist auf alternative Konsumformen sowie Maßnahmen zur Risikominimierung hin und spricht tabuisierte Themen an, wie beispielsweise die erhöhte Gefahr einer Überdosis unmittelbar nach der Haftentlassung. Gleichmaßen sollen die Safer-Use-Trainings die Ansichten, Werte und Normen der Zielgruppe beeinflussen sowie die Kompetenz stärken, gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen zu können. Bezüglich der Maßnahmen von Safer Use sollte auch das Ziel verfolgt werden, lebensweltnahe Informations- und Aufklärungsbroschüren in ver-

schiedenen Sprachen zur Verfügung zu stellen, die dem Umstand gerecht werden, dass der Drogenkonsum von vielen drogenabhängigen Inhaftierten nach der Entlassung in die Gesellschaft fortgeführt wird. (Vgl. Jacob/Stöver 1997b, S. 121 f.)

In zwei niedersächsischen Gefängnissen (JVA Vechta und Lingen) wurden Safer-Use-Trainings durchgeführt. Generell richtet sich das Trainingsprogramm an inhaftierte Drogengebraucher und Bedienstete des Justizvollzugs und berücksichtigt insbesondere die Infektionsrisiken sowohl für Drogenabhängige als auch für Vollzugsmitarbeiter. Das Training, als Harm Reduction Ansatz, verfolgt das Ziel einer wirksamen Infektionsprophylaxe durch die Veränderung der Haltung und des Verhaltens der Teilnehmer. Einige Untersuchungen zu möglichst risikoarmen Konsumformen und wenig gesundheits-schädigenden Sexualpraktiken bestätigen, dass diese Änderungen auch bei Suchtkranken erreichbar sind. Inhaltlich kann in einem Safer-Use-Trainingsprogramm in Form von Arbeitseinheiten auf folgende Aspekte eingegangen werden (vgl. Heudtlass/Stöver 1997, S. 201 ff.):³⁷⁷

- Konsumsituationen unter Stress (v.a. im verbotenen Setting)
- praktische Umsetzung verschiedener Konsumformen sowie deren Risiken
- Drug- und Work-Sharing
- Schädigungen sowie Begleiterkrankungen durch intravenösen Konsum
- Desinfektionsmethoden im Notfall mit ihren Vor- und Nachteilen
- Möglichkeiten der Spritzenentsorgung sowie deren Risiken
- erste Hilfe bei ungewollten Stichverletzungen, welche die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten bergen (speziell für Vollzugsbedienstete)
- Verhaltens- und Verhältnisprävention (speziell für mittlere und leitende Positionen der Anstalten, um die Akzeptanz von Harm Reduction Strategien zu fördern)

Im Rahmen des Trainingsprogramms in den beiden niedersächsischen Gefängnissen waren besonders nachfolgende Inhalte für die inhaftierten Drogenabhängigen von Bedeutung (vgl. Heudtlass/Stöver 1997, S. 203):

- „hidden risks“ beim Konsum von Drogen

³⁷⁷ Ziele, die insbesondere für die Vollzugsbediensteten von Interesse waren sowie eine nähere Ausführung der einzelnen Seminarinhalte in Heudtlass/Stöver 1997, S. 202–209

- Reinigung und Desinfektion von benutztem Spritzenbesteck sowie Zubehör zur Risikominimierung bezüglich der Übertragung von Infektionskrankheiten
- Wissensvermittlung zu gesundheitlichen Schäden durch injizierenden Drogenkonsum,
- Verhinderung einer Überdosierung
- Erste-Hilfe-Maßnahmen im Drogennotfall (Hilfe für sich selbst und für andere)
- Möglichkeiten der Konfliktvermeidung mit haftinternen Mitarbeitern (wenn in Haft weiter Drogen konsumiert werden)

Die Interessen der Teilnehmer sollten zu Anfang des Trainings abgefragt werden, um diese in das Programm einbeziehen zu können. Die Weiterführung bzw. Einführung derartiger Trainingsprogramme³⁷⁸ sowie deren Ausdehnung auf alle deutschen Haftanstalten ist aus den oben genannten Gründen im Hinblick auf infektionsprophylaktische Maßnahmen in Haft unbedingt erforderlich.

4.4.1.6 Spritzenvergabe

... *in der Schweiz*

Zu Beginn ein kurzer Einblick in die Geschichte der Spritzenvergabe der Schweiz. Jacob und Stöver (1997d) schildern, wie es zur Abgabe steriler Einwegspritzen kam. Eine Tatsache, die zeigt, welche Möglichkeiten und Wege einer JVA offen stehen:

Nicht internationale Gremien taten den ersten praktischen Schritt, sondern ein praktizierender Arzt in der Männerhaftanstalt Oberschöngrün in der Nähe von Solothurn: Dr. Franz Probst gab in einem Akt „medizinischen Ungehorsams“³⁷⁹ seit Herbst 1992 an die von ihm behandelten und als drogenabhängig diagnostizierten Gefangenen Spritzen aus – zunächst ohne die Leitung zu informieren oder gar um Erlaubnis zu bitten. Er fühle sich seinem ärztlichen Eid verpflichtet und

378 Umfassende Informationen zu organisatorischen sowie inhaltlichen Aspekten von Schulungen und Trainings siehe Trautmann/Stöver 2009, S. 229–342. Detaillierte Darstellung einzelner Arbeitseinheiten eines Safer-Use-Trainings für Haftanstalten in Heudtlass 1998

379 Vgl. Nelles, J.; Harding, T. (1995): *Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism*. In: *The Lancet*. 9.12.95, S. 1507–1508.

beschritt seinen eigenen Weg aus dem ethischen Dilemma, helfen zu müssen, aber scheinbar nicht helfen zu können – dies ein Weg, den heute übrigens auch jeder Arzt bei uns gehen könnte, wenn er wollte und überzeugt genug wäre, daß er in einem überschaubaren Rahmen tatsächlich Hilfe leisten könnte. Die beruflichen Risiken – falls er die Anstaltsleitung nicht von der Notwendigkeit seines Handelns hätte überzeugen können – waren auch für Franz Probst nicht zu kalkulieren. Die Anstaltsleitung hat allerdings diesen Weg der Spritzenvergabe toleriert und gutgeheißen. (S. 131)

Die halboffene Männerhaftanstalt Oberschöngrün (Solithurn) war im Herbst 1992 somit weltweit die erste JVA, in der legal sterile Spritzen an inhaftierte Drogenabhängige durch den haftinternen Arzt vergeben werden durften (Spritzenaustausch). Im Jahr 1994 wurde in der Frauenhaftanstalt Hindelbank (Bern) schließlich das erste Pilotprojekt zur Spritzenvergabe in Haft durch Spritzenaustauschautomaten initiiert. Die Untersuchungshaftanstalt für Männer Champ Dollon (Genf) folgte 1996 mit der Spritzenvergabe durch den gefängnisärztlichen Dienst. (Vgl. Jacob/Stöver 1997d) Ein Jahr später wurden sowohl in der Männerhaftanstalt Realta in Cazis (Graubünden)³⁸⁰ (Spritzenautomaten) als auch in der offenen Strafanstalt für Männer Saxerriet (St. Gallen)³⁸¹ weitere Projekte zur Vergabe von sterilen Einwegspritzen durchgeführt. Im Jahr 1998 forderte der Kanton Bern kraft einer Verordnung durch die Polizei- und Militärdirektion verbindlich ein, dass die Haftanstalten Thorberg und Witzwil (beide Kanton Bern) für ihre Insassen Zugangsmöglichkeiten zu sterilem Spritzenbesteck schaffen müssen. Die Grundlage für diese Verpflichtung stellten die erfolgversprechenden Projektergebnisse aus den JVAen Hindelbank (Bern) und Realta (Graubünden) sowie ein rechtliches Gutachten des Schweizerischen Bundesamtes für Justiz³⁸² dar. (Vgl. Nelles/Stöver 2002, S. 157)

Die Ergebnisse der Modellprojekte in der Schweiz sind im Gesamten positiv zu bewerten: Der Drogenkonsum bleibt stabil, es ist weder eine Zu- noch eine Abnahme im Konsumniveau zu verzeichnen. Festgestellt wurde ein Rückgang von Spritzenabszessen (speziell in Anstalt Oberschöngrün) sowie

380 Näheres in Nelles et al. 2002

381 Nelles Joachim, Hirsbrunner Hans-Peter (2002): *Infektionsprophylaxe und Drogenprävention in der Strafanstalt Saxerriet*. Prozessbegleitung, Anleitung zur anstaltsinternen Datenerhebung und Basis-evaluation. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Zitiert nach Nelles/Stöver 2002.

382 Ins Detail gehend siehe Koller, H. (1997): *Rechtliche Konsequenzen bei Verweigerung der Abgabe von sterilem Injektionsmaterial in Strafvollzugsanstalten*. Bern: Bundesamt für Justiz. Zitiert nach Nelles/Stöver 2002.

eine Reduktion des Infektionsrisikos (v.a. HIV, Hepatitis C). Auch die Befürchtung, die Spitzen könnten als Waffe benutzt werden, bestätigte sich in keiner Haftanstalt. (Vgl. Jacob/Stöver 1997d) Speziell in den Haftanstalten Realta und Hindelbank wurde Needle-Sharing nur noch vereinzelt praktiziert (vgl. Nelles et al. 2002, S. 113).

... in Deutschland

In Deutschland ist die Vergabe steriler Einwegspritzen an Drogenkonsumenten seit 1992 gemäß § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG nicht mehr strafbar. Dieser Umbruch hätte prinzipiell schon zehn Jahre früher stattfinden können, hätte nicht der Bundesverband der Apotheker die Befürchtung gehabt, mit der Spritzenvergabe den Straftatbestand zu erfüllen, dass „... einem anderen eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt [wird] ...“ (§ 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 11 BtMG). Wäre damals schon der einzelne Satz, der nun zur Legalisierung der Vergabe steriler Einwegspritzen beiträgt, in den § 29 BtMG eingefügt worden, hätte dies die gesetzliche Lage geklärt und die Apotheker von ihren Ängsten entlastet.³⁸³ (Vgl. Stöver 2001a, S. 24)

Außerhalb der JVA sind sterile Einwegspritzen überall in Apotheken, Drogenberatungsstellen und über Spritzenautomaten zu erhalten. In Haft wird dem Problem des intravenösen Drogenkonsums lediglich mit dem Abstinenzparadigma begegnet. Der moralische Appell, risikobehaftete Handlungsweisen zu unterlassen, ist aber realitätsfern, da er die wirkliche Lebenssituation der meisten inhaftierten Drogenabhängigen sowie die Vollzugsbedingungen unberücksichtigt lässt.³⁸⁴ Obwohl sterile Einwegspritzen für Drogenabhängige außerhalb der Haft weitgehend leicht verfügbar sind, werden sie im Gefängnis dem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. (Vgl. Stöver 2009, S. 385 Rn. 43) Das Fehlen von Spritzenvergabeprogrammen ist die eindeutigste Versorgungslücke in der haftinternen Drogenarbeit. Dieser Harm Reduction Ansatz würde die Chance bieten, eines der wesentlichen Hauptinfektionsrisiken, das Needle-Sharing, zu reduzieren und so für eine Infektionsprophylaxe für drogenabhängige Inhaftierte zu sorgen.

383 „Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige und die öffentliche Information darüber sind kein Verschaffen und kein öffentliches Mitteilen einer Gelegenheit zum Verbrauch nach Satz 1 Nr. 11.“ (§ 29 Abs. 1 S. 2 BtMG)

384 Ins Detail gehend siehe Lines et al. 2006

Im Jahr 1996 wurden, nach dem Vorbild der Schweiz, zuerst in Niedersachsen³⁸⁵ (JVA für Frauen Vechta, JVA für Männer Lingen I Abteilung Groß Hesepe), dann in Hamburg³⁸⁶ (Frauenteilanstalt Hahnöfersand, JVA für Männer Am Hasenberge, offener Männervollzug JVA Vierlande³⁸⁷) und Berlin³⁸⁸ (JVA für Frauen Lichtenberg und für Männer Lehrter Straße) wissenschaftlich begleitete Spritzenvergabeprojekte in Haft gestartet. Verschieden konzipiert waren diese in der Methode der Spritzenvergabe, im Projektziel, in der Konzeptverwirklichung und in der Einbeziehung sowie der Funktion externer Gruppen. (Vgl. Nelles/Stöver 2002, S. 157) Neben durchweg erfolgversprechenden Studienerkenntnissen, wurde lediglich das Projekt in der Hamburger JVA Vierlande kritisch bewertet und ein positives Ergebnis vereinzelt von teilnehmenden Personen angezweifelt.³⁸⁹ In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls die Funktion der Vollzugsmitarbeiter innerhalb derartiger Projekte erörtert, beispielsweise Art und Weise von Durchsuchungen der Zellen oder anderer Hafträume, Vorgehen beim Auffinden illegaler Substanzen. (Vgl. Knorr/Wolff 2011, S. 115 f.)

Trotz erfolgreicher Modellversuche in den meisten Bundesländern wurde die Spritzenvergabe 2002 in Hamburg sowie 2003 in Niedersachsen, aufgrund politischer Entscheidungen anlässlich des Wechsels in der Regierung in diesen Bundesländern, eingestellt. In der Berliner JVA für Männer Lehrter Straße wurde das Projekt 2004 beendet. Derzeit existiert lediglich in einer einzigen deutschen JVA, der Frauenanstalt Berlin Lichtenberg, die Abgabe steriler Einwegspritzen durch einen Automaten. Folglich kann nur ein mini-

-
- 385 Umfassende Informationen zum niedersächsischen Modellprojekt in Meyenberg et al. 1996, 1997, 1999 sowie kurz zusammengefasst in Jacob/Stöver 1997c, Keppeler/Schaper 2001 (JVA für Frauen in Vechta) und Lettau et al. 2001 (JVA Lingen)
- 386 Zusammenfassung der Spritzenumtauschprogramme in den drei Hamburger JVAen in Stöver 2001. Eine Übersicht speziell zum Hamburger Modellprojekt in der JVA Vierlande siehe Thiel 1997 und Heinemann et al. 2002c
- 387 Die JVA Vierlande befand sich auf dem Areal des einstigen Konzentrationslagers Neuengamme. Zu Beginn des Jahres 2006 wurde die JVA geschlossen und die Gefangenen in die JVA Billwerder verlegt. (Vgl. Hanauer 2006)
- 388 Kurze Übersicht zu den Berliner Modellprojekten in Lang/Stark 2001. Ins Detail gehend siehe Stark, K.; Herrmann, U.; Ehrhardt, S.; Bienzle, U. (2001): *Modellprojekt Spritzenvergabe im Berliner Justizvollzug. Abschlußbericht der Begleitforschung*. Manuskript. Berlin. Zitiert nach Nelles/Stöver 2002.
- 389 Reduzierte Infektionsgefahren sowie gleichzeitig größere finanzielle Belastungen hinsichtlich alternativer Applikationsformen (Rauchen, Sniefen) hätten geradewegs zu einer Animation der drogenabhängigen Insassen zum injizierenden Drogenkonsum geführt. Einige seien infolge der Spritzenvergabe rückfällig geworden. Das Risiko für Vollzugsangestellte, sich bei einer Zellentdurchsuchung an unerwartet gefundenen Spritzen zu verletzen, sei nicht gesunken, da diese gehäuft nicht vorschriftsgemäß verwahrt worden wären. Allerdings hat sich in der JVA Vierlande die Angst der haftinternen Mitarbeiter, dass Spritzen vermehrt als Waffen eingesetzt werden, nicht bewahrheitet. (Vgl. Laubenthal 2005, S. 207)

maler Bruchteil aller Inhaftierten in Deutschland, für die ein solches Spritzenprogramm notwendig wäre, davon profitieren. (Vgl. Knorr 2011, S. 213)

Die wissenschaftliche Auswertung des Schweizer Projekts in der JVA Hindelbank (Bern) sowie der deutschen Projekte in den JVAen Vechta und Lingen I Abteilung Groß Hesepe (Niedersachsen) ergab nachfolgende Ergebnisse³⁹⁰ (s. Tab. 5):

Tab. 5: Erkenntnisse aus Projekten zur Spritzenvergabe in Haftanstalten, Quelle: Stöver 2000, S. 269 f.

Erkenntnisse aus Projekten zur Spritzenvergabe in Haftanstalten	
Ergebnis	Erklärung
Machbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vergabe steriler Einwegspritzen (Spritzenumtausch) lässt sich hinsichtlich der Organisation fast problemlos in den Vollzugsalltag einfügen. • Derartige Projekte verändern die Sozialstruktur, da die Beziehungen zwischen den Vollzugsmitarbeitern, den Gefangenen sowie speziell den drogenabhängigen Gefangenen im Anfangsstadium der Spritzenvergabe beeinflusst werden.*
Hervorheben des ambivalenten Charakters der JVA	<ul style="list-style-type: none"> • Spritzenvergabemodelle heben durch die Akzeptanz des Drogenkonsums die Diskrepanz hervor, die im Umgang mit den drogenabhängigen Inhaftierten im Haftalltag besteht. • Sie leiten die (eingehende) Beschäftigung mit dem Spannungsverhältnis zwischen der Kontrolle einerseits und gesundheitsfördernden Maßnahmen andererseits ein.
Gemeinsame Benutzung von Spritzen	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsamer Spritzengebrauch stellt kein Ritual innerhalb der Gruppe der Drogenabhängigen dar, sondern eher eine Reaktion auf das Fehlen infektionsprophylaktischer Maßnahmen.
Begleitende Präventions- und Informationsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Präventive sowie informative Angebote für Bediensteten als auch für drogenabhängige Gefangene sind essenziell und festigen die Zielsetzung. • Eine klientenzentrierte und lebensweltnahe Ausrichtung der Maßnahme ist wichtig. • Maßnahmen von externen Mitarbeitern spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, da sie glaubwürdiger und klarer sind und viel Verständnis für die drogenabhängigen Inhaftierten aufbringen können.

390 Zusammengefasste Ergebnisse von Stöver (2000) aus folgenden Quellen: Hirsbrunner et al. 1997; Nelles et al. 1995a, 1995b; Meyenberg et al. 1996, 1997, 1999

Keine Bedrohungen durch Spritzen	<ul style="list-style-type: none"> • Die benutzten Spritzen wurden nicht zur Bedrohung oder als Waffe eingesetzt (unabhängig von der Anzahl ausgegebener Spritzen).
Stabilität im Konsumniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Anstieg des (injizierenden) Konsums illegaler Substanzen wurde nicht verzeichnet.
Verbesserung der Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Es waren keine Spritzenabszesse und Neu-Infektionen (HIV, Hepatitis) mehr festzustellen (speziell Hindelbank).
Kenntnisse über gesundheitliche Belange	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Kenntnisse über Infektionen mit Hepatitis und präventive Maßnahmen in diesem Bereich sind sowohl bei Gefangenen als auch bei Mitarbeitern vorhanden. • Das Wissen über HIV-Infektionen ist positiv zu bewerten.

* Der Konsum von Drogen sowie die daraus resultierenden Infektionsrisiken werden angesprochen. Es entwickelt sich ein offenerer Umgang mit drogenspezifischen Inhalten (bspw. Rückfall, Befürchtungen, Infektionen). (Vgl. Weilandt 2005, S. 60 f.)

In welchem Grad die Abgabe von sterilen Einwegspritzen bei den drogenabhängigen Inhaftierten auf Akzeptanz stößt, ist erheblich davon abhängig, inwieweit die Anonymität beim Zugang zu Spritzen innerhalb derartiger Projekte gewährleistet ist. Eine anonyme Zugänglichkeit in Haft zu garantieren ist nicht einfach, aber nichtsdestoweniger ein äußerst bedeutsames und durchaus realisierbares Anliegen, wie die unterschiedlichen Erkenntnisse unter Beweis gestellt haben. Weiterhin erfordert die Vergabe steriler Einwegspritzen genau festgelegte Rahmenbedingungen, um zu verhindern, dass Vollzugsmitarbeiter bei den drogenabhängigen Inhaftierten, die am Programm teilnehmen, direkt Drogenkontrollen durchführen und die Betroffenen daraufhin z.B. Automaten demolieren und Spritzen in der JVA verstreuen (wie in der JVA Vierlande in Hamburg geschehen). Schließlich ist es von großer Bedeutung, das Anstaltspersonal so gut wie möglich mit den Zielen der Spritzenvergabe vertraut zu machen und sie in die Prozesse der Planung und Entscheidung sowie in die Vorbereitung und Durchführung der Spritzenvergabe zu involvieren, um eine möglichst hohe Akzeptanz auch unter den Bediensteten der JVA zu erreichen. Werden zusätzlich Inhaftierte in diesen Prozess eingebunden (bspw. Mitarbeit in einer Projektbegleitgruppe), kann dies zu einer weiteren Erhöhung der Akzeptanz beitragen. (Vgl. Weilandt 2005, S. 62)

Die Methodik der Spritzenvergabe muss konzeptionell an die räumlichen sowie personellen Gegebenheiten der Haftanstalt, die Insassenstruktur und die jeweilige Vollzugsform angepasst werden. Bei der Vergabe steriler Einwegspritzen

gibt es verschiedenen Herangehensweisen. (Vgl. Stöver 2000, S. 271 f.) Die nachstehenden Methoden haben sich bewährt (s. Tab. 6):

Tab. 6: Spritzenumtausch-Programme, Quelle: Trautmann/Stöver 2009, S. 350 f.

Spritzenumtausch-Programme	
Vergabemethode	Vor- und Nachteile
Spritzenautomaten auf den Stationen mit anonymer Zugangsmöglichkeit	<ul style="list-style-type: none"> + einfacher Zugang + Anonymität gewährleistet + Umtausch eins zu eins - keine Kontrolle über Nutzer (Nicht-Programtteilnehmer benutzen Spritzen der Teilnehmer zum Umtausch) - Beschädigung des Automaten von Programmgegnern (Gefangene und Vollzugsangestellte)
Persönliche Vergabe der Spritzen durch das Personal des medizinischen Dienstes oder den Anstaltsarzt	<ul style="list-style-type: none"> + Kontakt kann die Gelegenheit für ein Beratungsgespräch bieten + Kontaktaufbau zu vorher unbekanntem Drogenabgängigen + Kontrolle der Vergabe über Zugang - wenig(er) Vertraulichkeit sowie Anonymität (bspw. Befürchtung von strafverschärfenden Maßnahmen, wenn die Drogenabhängigkeit offengelegt wird) → Problem: weniger Projektteilnehmer - Inhaftierte nehmen unerkannt teil → sie bitten andere Gefangene ihnen Spritzen zu besorgen aus Furcht, als Drogenabhängige erkannt zu werden - Umtausch von Spritzen ist nur zu speziellen Zeiten möglich - großer Aufwand für das Personal (drogenabhängige Inhaftierte müssen „durchgeschlossen“ werden)
Persönliche Vergabe der Spritzen durch externe Mitarbeiter der AIDS- oder Drogenhilfe	<ul style="list-style-type: none"> + Kontakt kann die Gelegenheit für ein Beratungsgespräch bieten + Kontaktaufbau zu vorher unbekanntem Drogengebrauchern + weitgehende Kontrolle über den Zugang + ein gewisses Maß an Vertraulichkeit sowie Anonymität - Umtausch von Spritzen ist nur zu speziellen Zeiten möglich - ein anonymer und vertraulicher Umgang ist eventuell begrenzt (z.B. mögliche Meldepflicht der externen Mitarbeiter über die Teilnehmeranzahl an die Administration der JVA) - Argwohn der Vollzugsmitarbeiter hinsichtlich der „Einmischung“ der externen Berater - großer Aufwand für das Personal (drogenabhängige Inhaftierte müssen „durchgeschlossen“ werden)

Legende: + Vorteile, - Nachteile

Um die Effektivität der Spritzenvergabe zu gewährleisten, halten sich alle Methoden idealerweise an nachfolgende grundlegende Vorgaben³⁹¹: Der kostenlose Zugang zu sterilen Einwegspritzen sollte ungehindert sowie zu jeder Zeit (außer zu Einschlusszeiten) möglich sein, um die Versorgung auch am Wochenende³⁹² sicherstellen zu können. Zudem ist es sinnvoll sterile Einwegspritzen auszugeben, die in der Drogenszene üblicherweise verwendet werden („user-friendly“). Neben der Vergabe selbst sollten auf Schadensminimierung ausgerichtete medizinische und soziale Hilfen angeboten werden: Informationen zu den Risiken der intravenösen Applikationsform und zu Safer Use, Zubehör für eine sterile Applikation (Löffel oder Ähnliches, steriles Wasser, Filter, Alkoholtupfer, Ascorbinsäure), Beratung, Betreuung und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z.B. Wundversorgung, gewebsbildende Salben). Schließlich es wichtig, eine adäquate Entsorgungsmöglichkeit für benutzte Spritzen zu schaffen (bspw. Spritzenumtausch, gesicherte und verschlossene „Abfallbehälter“ für Spritzen), um die Risiken sowie die Ängste vor einer Infektion zu verringern. Dies ist ein ausschlaggebendes Kriterium für die Anerkennung von Projekten zur Vergabe steriler Einwegspritzen. (Vgl. Michels/Stöver 1999, S. 151 f.)

Die Spritzenvergabe als Form der Infektionsprophylaxe und als Botschaft von Safer Use, fortan lediglich steriles Spritzenbesteck zu verwenden, ist jedoch nur dann zweckmäßig, wenn den drogenabhängigen Häftlingen auch die entsprechenden Möglichkeiten zur Verfügung stehen (vgl. Kalinowski/Schaper 1997, S. 69). Als Argumente gegen die Initiierung der Spritzenvergabe in Haft werden angeführt, dass verbotene Handlungen in der Anstalt toleriert werden, sich der intravenöse Konsum von illegalen Substanzen ausbreitet und Gefangene, die bislang keine (injizierenden) Drogen konsumiert haben, zum intravenösen Drogengebrauch verführt werden. Ferner wird die Befürchtung geäußert, dass die sterilen Spritzen und Nadeln gegen Vollzugsmitarbeiter sowie Mithäftlinge als Waffe missbraucht werden können. Allerdings wird hier die Realität außer Acht gelassen. Auch ohne die Vergabe sterilerer Einwegspritzen ist bereits Spritzenbesteck, noch dazu verun-

391 Michels und Stöver (1999) benennen die Kriterien einer effektiven Spritzenvergabepolitik für die extramurale Vergabe steriler Einwegspritzen. Einige diese Kriterien können aber problemlos auf die Spritzenvergabe in Haft übertragen werden. Der Unterschied liegt hier lediglich im Detail der praktischen Umsetzung.

392 Ist dies nicht realisierbar (bspw. aufgrund der persönlichen Vergabe durch externe oder interne Mitarbeiter) kann überlegt werden, inwieweit die Möglichkeit besteht, ein „Wochenend-Paket“ an Spritzen auszugeben.

reinigtes, in (nahezu) allen JVAen vorhanden. Viele Projekte zur Spritzenvergabe in der Schweiz, Deutschland, Moldawien und Spanien haben ergeben, dass gegenüber Inhaftierten oder Vollzugsbediensteten Spritzen und Nadeln nicht als Waffe benutzt wurden. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 92 f.) Schließlich ist es für Vollzugsbeamte in ihrer Arbeit vielfach unvereinbar, einerseits intensiv nach Drogen in der JVA zu suchen und andererseits Spritzen, die offensichtlich in den Zellen liegen, zu ignorieren. Diese ordnungspolitischen Gründe für eine Ablehnung von Spritzenvergabeprojekten in Haft stoßen immer wieder auf Verständnislosigkeit bei den Befürwortern. Frau Kunkel-Kleinsorge (1994) hat damals die Aussage getroffen: „Es grenzt für mich an Zynismus und mir wird immer unverständlich bleiben, daß ordnungspolitische Überlegungen den Wert eines Menschenlebens überragen.“ (S. 73) Sind Inhaftierte betroffen, vertreten Politiker häufig die Meinung, repressiv gegen Kriminalität vorgehen zu müssen. Die Vorschriften der Haftanstalten zu lockern und die Vergabe steriler Einwegspritzen zu initiieren würde bedeuten, dass manche Medien den JVAen gewiss nachlässiges und weniger strenges Verhalten vorwerfen würden. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 93)

Die Spritzenvergabe an drogenabhängige Inhaftierte als innovative Form der Infektionsprophylaxe wird, ungeachtet vielseitiger positiver Ergebnisse aus verschiedenen haftinternen Modellprojekten,³⁹³ nach wie vor kontrovers diskutiert. Auf der ersten europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft widmet sich Weilandt (2005) in ihrem Vortrag der Fragestellung, warum Spritzenvergabeprojekte in Haft so umstritten sind:

Es gibt viele Antworten auf diese Frage, die aber meist wenig mit rationalen und wissenschaftlich fundierten Aussagen zu tun haben. Grundsätzliche Erfahrungen und Erkenntnisse über Spritzenabgabe im Gefängnis, die eine flächendeckende Einführung dieser Maßnahmen rechtfertigen ließen, gibt es in der Zwischenzeit zur Genüge. Um einem wirksamen Schadensbegrenzungsansatz im Strafvollzug zum nötigen Durchbruch und vor allem zu Nachhaltigkeit zu verhelfen, sind übergreifende politische Entscheide und Unterstützung der Anstalten in praktischen Einzelfragen (rechtliche, kommunikative und technische Aspekte) erforderlich. Wenn dies nicht gegeben ist, wie bei den Modellprogrammen in Deutschland, dann können auch wissenschaft-

393 Siehe in WHO/UNODC/UNAIDS 2007a: "Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Needle and syringe programmes and bleach and decontamination strategies"

lich überzeugende Evaluationsergebnisse nicht verhindern, dass die Projekte Objekt und letztendlich Opfer übergeordneter politischer Interessen werden. Deutschland ist das einzige Land, in dem Spritzen-tauschprogramme im Justizvollzug initiiert und dann wieder abge-schafft wurden. In allen anderen Ländern sind diese Projekte mittler-weile etabliert und ausgebaut worden. (S. 63)

Die Abgabe steriler Spritzen ist unbestritten die wirksamste Form der Ver-meidung von Neu- und Re-Infektionen. Die Spritzenvergabe lässt sich mit der nach wie vor postulierten Voraussetzung der Drogenfreiheit im Justiz-vollzug nicht vereinbaren. Hier sind wir erneut an der Stelle (ebenso wie beim Thema Substitution und Safer Use), an der zum Tragen kommt, dass die Gefängnisse die Präsenz von Drogen und somit auch (injizierenden) Drogen-konsum häufig verleugnen. Sie ignorieren die Realität und initiieren dadurch nicht die erforderlichen Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge, zu denen auch Harm Reduction Strategien zählen. Dies hat zur Folge, dass sich die drogen-abhängigen Inhaftierten gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen ausset-zen, wenn auch selbstverantwortlich, da sie, im Gegensatz zu den Bedingun-gen außerhalb der Haftanstalten, keine Maßnahmen zur Schadensminimie-rung und risikobewusstem Konsum ergreifen können. „Keine Spritzen zu vergeben, bedeutet demzufolge, die Infektionsgefahr zu ignorieren, sie wis-sentlich in Kauf zu nehmen und den Betroffenen alleinige Verantwortung aufzubürden – eine Verantwortung, der sie nur selten gewachsen sind.“ (Fritsch 1997, S. 186) Die Verantwortlichen in den Gefängnissen müssen erst anerkennen, dass der haftinterne injizierende Drogenkonsum nicht zu unter-binden ist, ein drogenfreies Gefängnis also eine Utopie darstellt, um darauf-hin die nötigen Schritte für schadensminimierende Ansätze einzuleiten (an-geglichen an extramurale Standards). Im Endeffekt muss die haftinterne Ver-gabe steriler Einwegspritzen von der Politik, der Leitung der JVA, dem An-staltsarzt und dem Vollzugspersonal gewollt und anerkannt werden. Diese Anerkennung ist kontinuierlich aufzufrischen, damit eine nachhaltige Ent-wicklung der fortschrittlichen Maßnahme der Infektionsprophylaxe garantiert ist. (Vgl. Weilandt 2005, S. 63)

4.4.2 *Drogennotfalltraining*

Das Drogennotfalltraining ist ein überlebenssichernder und notwendiger Be-standteil von Harm Reduction Ansätzen. Todesfälle durch Überdosierungen bei injizierenden Konsumenten sind fast immer die Folge aus einem unge-

wollten Drogennotfall, der zum Tod geführt hat. Viele dieser Drogentoten könnten noch am Leben sein, wenn frühzeitig angemessene Hilfe erfolgt wäre. In der Regel stirbt der Betroffene nicht binnen weniger Minuten an der Überdosis. Oft sind weitere Personen zugegen, die den Ernst der Lage nicht erkennen oder keine adäquate Erste-Hilfe leisten können. (Vgl. Fixpunkt e.V. 2002, S. 1) Um die Hilflosigkeit und Befürchtungen der Anwesenden in derartigen Situationen zu vermeiden, ist es sinnvoll, Drogenabhängige, aber auch deren Familienmitglieder und Freunde sowie Fachpersonal im Rahmen von Drogennotfalltrainings zu schulen, damit diese in einem Notfall angemessen reagieren und helfen können. Innerhalb dieser Trainings werden, neben der Vermittlung geeigneter Verhaltensweisen für einen Drogennotfall, zusätzlich spezifische Risikofaktoren (bspw. Drogenkonsum nach Abstinenzphasen) besprochen (vgl. Schäffer et al. 2010, S. 4).

Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e.V. in Berlin veranstaltet seit 1998 Informations-, Aufklärungs- und Trainingsmaßnahmen zur Prävention von Drogennot- und Drogentodesfällen für Drogenkonsumenten, Angehörige und Freunde sowie Fachkräfte.³⁹⁴ Die Drogennotfalltrainings werden auch in Haftanstalten durchgeführt. Dadurch sollen die Drogenabhängigen lebensweltnahe Maßnahmen erlernen und für Risikosituationen sensibilisiert werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Fähigkeiten und die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme hinsichtlich drogenbedingter Notfälle zu stärken. Die Zielsetzung des Projekts ist vielfältig: Das Wissen über Entstehung und Anzeichen von Drogennotfällen sowie adäquates Handeln in diesen krisenhaften Situationen soll verbessert werden. Dazu zählt auch die Beschäftigung mit persönlichen Erlebnissen bezüglich eines Drogennotfalls und den eigenen Handlungsmöglichkeiten und -grenzen sowie die Wissensvermittlung bzw. Schulung im Hinblick auf effektive Erste-Hilfe-Maßnahmen und die fachgerechte Verwendung von Naloxon. Es ist wichtig den Betroffenen zu vermitteln, im Notfall eigene Hilfsressourcen einzusetzen und professionelle Hilfen anzunehmen (v.a. Notarzt). Schließlich wird den Teilnehmern nach dem Programm Naloxon (Opiat-Antagonist) als zusätzliche Notfallhilfe mitgegeben, falls sie dies möchten. (Vgl. Fixpunkt e.V. 2002, S. 2 ff.)³⁹⁵

394 Zum Projekt und dessen ersten Ergebnissen vgl. Korporal/Dangel-Vogelsang 2002

395 Weiterführende Fachartikel (englisch) zu Drogennotfall und Naloxon sind auf der Homepage von Fixpunkt e.V. zu finden. Online unter: <http://www.fixpunkt-berlin.de/index.php?id=themen>. Zuletzt abgerufen am 24.03.2012.

Neben dem „Fixpunkt“ in Berlin bietet auch die Straßenambulanz Franz von Assisi (Caritasverband Nürnberg e.V.) in Kooperation mit der mudra – Drogenhilfe Nürnberg seit 2008 Drogennotfalltrainings in diversen Suchthilfeeinrichtungen sowie in der JVA Nürnberg an. Die konkreten Ziele im Nürnberger Projekt sind, die Teilnehmer zu informieren, aufzuklären und zu beraten, wie sie Drogennotfälle und -todesfälle vermeiden und Erste-Hilfe-Maßnahmen bei einer Überdosis anwenden können. Zusätzlich werden spezielle Risikofaktoren angesprochen (bspw. Wiedereinstieg nach Drogenabstinenz). Den Drogenabhängigen soll innerhalb des Drogennotfalltrainings ein Rahmen geboten werden, in dem sie Fragen zu konsumspezifischen Themen beantwortet bekommen (z.B. Erfahrungen mit Drogennotfällen, Wirkung der Substanzen auf den Körper, risikoreiche Situationen oder Konsumgewohnheiten), ohne mit Bewertungen oder Vorurteilen konfrontiert zu werden. Daneben geht es darum, die Drogenabhängigen über szenebekanntete, aber wirkungslose Hilfsstrategien aufzuklären (bspw. Injektion einer Kochsalzlösung) und dafür ihre Handlungskompetenzen hinsichtlich Erste-Hilfe-Maßnahmen im Drogennotfall zu stärken und diese in ihren Lebensalltag bedenkenlos zu integrieren. Inhaltlich werden im Einzelnen folgende Aspekte zum Thema gemacht: Der Notfall an sich wird definiert. Epileptische Anfälle werden thematisiert (v.a. Symptomatik, mögliche Ursachen, Komplikationen, Erste-Hilfe), ebenso das Absetzen eines Notrufes (melden einer bewusstlosen Person oder eines Atemstillstandes – kein Eintreffen einer Polizeistreife mit dem Rettungsdienst).³⁹⁶ Kenntnisse über den Drogennotfall bzw. Überdosis (v.a. verschiedene Konsumstoffe und deren Symptome einer Überdosis sowie Notfallmaßnahmen, Information zu Naloxon), und Safer-Use-Maßnahmen zur Verhinderung einer Überdosis werden vermittelt. Letztlich wird ein angemessenes Verhalten und Handeln in Drogennotfallsituationen trainiert. (Vgl. Seiler/Stubenvoll 2012)

Exkurs: Naloxonvergabe

Im Rahmen des Drogennotfalltrainings lässt sich die Abgabe von Naloxon an Drogenabhängige ideal integrieren. Die Injektion (intravenös, intramuskulär, subkutan) von Naloxon (Narcanti®) bei einer Überdosis ist die schnellste Methode, eine opiatbedingte Abflachung bzw. Herabsetzung der Atmung (Atem-

396 Im Falle einer Überdosis haben anwesende Personen häufig die Befürchtung, selber negative Konsequenzen zu erleiden, wenn sie den Notarzt holen; diese Ängste gilt es zu nehmen. Auch hier wird den Betroffenen dringend empfohlen, professionelle Hilfe im Notfall in Anspruch zu nehmen (v.a. Notarzt, Nachsorge in Krankenhaus). (Vgl. Rösner et al. 2011)

depression) zu behandeln. Der Opiatantagonist hebt Symptome (z.B. Atemlähmung, Sauerstoffmangel, Bewusstlosigkeit, Blutdruckabfall), die zum Tod führen können, binnen kürzester Zeit auf. Ist die verabreichte Dosis höher als notwendig, kann diese einen Entzug, aber keine Überdosis verursachen. Naloxon hat eine Halbwertszeit von 30–80 Minuten und wirkt somit weniger lang als Opiate (bspw. Heroin). Dies kann dazu führen, dass der Überdosierte zwar wieder zu Bewusstsein kommt, allerdings kurz darauf wiederholt eine opiatbedingte Atemdepression erleidet. An dieser Stelle ist eine weitere Naloxon-Injektion nötig. (Vgl. Dettmer 2011, S. 249 f.) Die kürzere Wirkzeit von Naloxon und die dadurch möglichen Folgen müssen den Drogenabhängigen vermittelt werden, um das Verantwortungsbewusstsein zu stärken und die Wichtigkeit eines Notarztes in dieser Situation zu verdeutlichen.

Naloxon ist nach dem AMG ein verschreibungspflichtiges Medikament (etwa 5–7,- € für eine Ampulle mit 0,4 mg Naloxonhydrochlorid pro 1 ml Injektionslösung). Das AMG enthält jedoch nur Bestimmungen im Bezug auf den Verkehr (bspw. Verschreibungspflicht, Abgabe durch Apotheken), nicht aber über Einschränkungen in der Anwendung. In der Stellungnahme der BÄK von 2002 wurde bestätigt, dass im Sinne des Landesrechts bezüglich der Naloxon-Vergabe, um hiermit im Drogennotfall als Laienhelfer tätig werden zu können, keine Bedenken bestehen: In Anbetracht der Substanzeigenschaften und des Verwendungszwecks sei nicht zu erwarten, dass die Ärzte einen Missbrauch des verschriebenen Medikaments begünstigen (nach § 34 Abs. 4, Muster-Berufsordnung), solange den Paragrafen des AMG sowie der ärztlichen Berufsordnung (Rezeptpflicht, Abgabe durch Apotheken, Pflicht zur Aufklärung durch den verschreibenden Arzt sowie Information und Schulung der Laienhelfer) Folge geleistet wird. Überdies ist die Verabreichung von Naloxon in einem Notfall über den § 34 StGB zum „Rechtfertigenden Notstand“ abgesichert. Der BÄK ist es ein großes Anliegen, dass die Naloxon-Empfänger dringend dazu aufgefordert werden, bei einem Drogennotfall grundsätzlich den Notarzt zu verständigen. Im August 2008 erklärt das BMG in einer Stellungnahme zur Bewertung des Naloxon-Einsatzes durch Laien unter Bezugnahme auf § 2 Abs. 1 Nr. 3 AMVV eingangs, dass der Naloxon-Empfänger auch gleichzeitig die Person sein muss, der das Medikament im Notfall verabreicht wird. Allerdings werden auch gerechtfertigte Ausnahmefälle beachtet, die den Einsatz von Naloxon bei anderen Menschen durch Laienhelfer im Notfall zulassen. Somit können sie dem Überdosierten Naloxon verabreichen, ohne rechtlich belangt zu werden. (Vgl. Dettmer 2011, S. 250 f.)

Allerdings werden durchaus Bedenken an der Vergabe von Naloxon an Drogenabhängige geäußert: Trotz aussichtsreicher Resultate und einem scheinbar niedrigen Gefährdungspotenzial ist die Datenlage nicht verlässlich. Ferner gibt es Bedenken, ob ein Notruf von den Helfenden abgesetzt wird. Es wird auch befürchtet, dass sich der Betroffene, um den möglicherweise entstehenden Entzugserscheinungen entgegenzuwirken, erneut Opiate verabreicht. Letztlich besteht die Gefahr, bei der Injektion von Naloxon durch bereits benutzte sowie verunreinigte Spritzen Infektionskrankheiten zu übertragen. (Vgl. Rösner et al. 2011) Das Berliner Modellprojekt hat aber gezeigt, dass die Mitgabe von Naloxon an derzeit drogenkonsumierende Personen, integriert in das Drogennotfalltraining, praktisch umsetzbar sowie ein verantwortungsbewusster Umgang mit dem Medikament erreichbar ist. Speziell für intravenös applizierende Drogenkonsumenten stellt die Injektion von Naloxon keine Schwierigkeit dar. Optimalerweise besitzt jeder Opiatabhängige sein persönliches Naloxon und jeder Mitkonsument ist in der richtigen Verabreichung geschult.³⁹⁷ (Vgl. Dettmer 2010, S. 22)

Inzwischen ist auch die nasale Applikation von Naloxon möglich (Nasalapplikator zum Aufsatz auf die Spritze). Australische Studien bestätigen eine vergleichbare Wirkung von der nasalen Verabreichung zu der intravenösen bzw. intramuskulären. (Vgl. Dettmer 2011, S. 252) In Vancouver (Kanada) erhalten die Drogenabhängigen ebenfalls Naloxon in Nasalapplikatoren. Auch im einzigen Drogenkonsumraum von Nordamerika (INSITE) wurden die Nasalapplikatoren getestet. (Vgl. JES-Bundesverband e.V. 2011. S. 19)

Drogennotfalltrainings sind, wie Modellprojekte eindeutig zeigen, in Gefängnissen durchführbar und spielen in der Prävention von Drogennot- und Drogentodesfällen eine entscheidende Rolle. Insbesondere opiatabhängige Gefangene sind eine wichtige Zielgruppe, da sie im Zuge der Haftentlassung dem erhöhten Risiko von drogenbedingten Überdosierungen ausgesetzt sind. Zur Verhinderung von ungewollten Todesfällen ist es unerlässlich, die Personen

397 In England wird eine Studie zur Naloxonvergabe unter dem „National Offender Management Service“ in Gefängnissen durchgeführt. Die Studie „N-ALIVE (NALoxone InVEstigation)“ soll die Effektivität der Naloxonvergabe an Haftentlassene Opiatabhängige zur Verhinderung von tödlichen Opiat-Überdosierungen untersuchen. Weist die Studie die vorgegebene Effektivität nach (kostengünstige Methode, 28% weniger drogenbedingte Todesfälle in den ersten 12 Wochen nach der Haftentlassung), kann die Naloxonvergabe umgehend als feste Maßnahme in der Praxis umgesetzt werden. Siehe dazu „Summary of N-ALIVE Pilot and Main Randomised Controlled Trials“ online unter: <http://www.appgita.com/wp-content/uploads/2011/11/MoJ-Headed-letter-from-Prof-Strang.pdf>. Zuletzt abgerufen am 13.05.2012. Weitere Details zur Studie auf der Homepage von MRC Clinical Trials Unit. Online unter: http://www.ctu.mrc.a.c.uk/research_areas/study_details.aspx?s=80. Zuletzt abgerufen am 13.05.2012.

für Risikosituationen zu sensibilisieren und sie zu risikobewussten Verhaltensweisen zu befähigen. Die Drogenabhängigen sind während der Haft für entsprechende Schulungen gut erreichbar. Es ist sogar eine bessere Compliance als außerhalb der Haftanstalt zu erwarten, da dort der Beschaffungstress häufig eine zuverlässige und pünktliche Termineinhaltung über einen längeren Zeitraum behindert. Die Teilnehmer eines haftinternen Drogennotfalltrainings (inklusive Erste-Hilfe-Schulung³⁹⁸) bekommen im Idealfall bei der Entlassung Naloxon, um ihnen im Falle eines Drogennotfalls eine zusätzliche Handlungsoption zu bieten sowie unbeabsichtigte tödliche Überdosierungen zu vermeiden. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe sollten derartige Projekte zum Standard werden. Dadurch würde der Drogenkonsum im Anschluss an einen Haftaufenthalt nach einer mehr oder weniger abstinenter Zeitspanne ein weniger lebensbedrohliches Risiko darstellen bzw. andere Drogengebraucher hätten die Möglichkeit, im Drogennotfall qualifizierte Erste-Hilfe zu leisten.

4.5 Drogenfreie Zonen

Im Rahmen der haftinternen Drogenhilfe wird oft über den Ansatz der drogenfreien Zone (bzw. Abteilung zur Erprobung der Drogenabstinenz) diskutiert, die einen separaten Bereich innerhalb der JVA oder eine gesonderte (Teil-)Anstalt bezeichnet. Dort werden äußerst motivierten drogenabhängigen Inhaftierten spezielle Maßnahmen innerhalb der Haftanstalt angeboten bzw. schnelle Vermittlungen in Therapieeinrichtungen ermöglicht. Die drogenabhängigen Häftlinge gehen eine Verpflichtung zum Verzicht auf Drogen ein (zum Teil mittels Vertrag). (Vgl. Stöver 2009, S. 381 Rn. 25) Die Drogenfreiheit wird durch (teilweise jeden Tag stattfindende) Urinkontrollen (Drogenscreenings) überwacht. Einigen inhaftierten Drogenabhängigen erleichtert die Gewissheit über diese ständigen Kontrollen die Drogenabstinenz. Natürlich können nur bestimmte drogenabhängige Gefangene dieses Angebot der drogenfreien Zone in Anspruch nehmen. Die Betroffenen sollen bereit sein, an ihrer Drogenabhängigkeit zu arbeiten sowie abstinenter zu leben.³⁹⁹ Erfolge der Teilnehmer hinterlassen vor Gericht (z.B. Urteil, Anfrage auf vorzeitige Haftentlassung) einen guten Eindruck und werden mit Vollzugslockerungen

398 Allgemeine Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie Maßnahmen im Drogennotfall in Walcher 2009

399 Mehrfach werden aber auch inhaftierte Drogenabhängige, die sich stark verschuldet haben, in diesen Abteilungen aufgenommen, um sie vor Gewaltanwendungen von haftinternen Dealern zu beschützen (vgl. Jacob/Stöver 1997a, S. 26).

oder anderen Privilegien belohnt. Generell wird bei den teilnehmenden Drogenabhängigen von einer positiveren Prognose in Bezug auf ihre Suchterkrankung ausgegangen. Einer österreichischen Studie zufolge verbessern sich auf den drogenfreien Stationen außerdem das Betriebsklima sowie die Zufriedenheit der Vollzugsmitarbeiter am Arbeitsplatz. (Vgl. Keppler et al. 2009, S. 198) Die haftinternen Angebote sollten sich aber nicht auf den Aspekt der Kontrolle und Disziplinierung begrenzen, sondern die teilnehmenden drogenabhängigen Inhaftierten durch intensive Maßnahmen zur Beratung und Betreuung unterstützen sowie deren Gemeinschaftsgefühl in den Abteilungen stärken (vgl. Schalast 2006, S. 338 f.).

Problematisch ist bei diesem Konzept der drogenfreien Zone, dass es sich aus Gründen der Organisation im Vollzug als kompliziert erweist, eine spezifische Häftlingsgruppe aus der gesamten Gefängnissubkultur komplett auszuschließen⁴⁰⁰ (vgl. Schalast 2006, S. 338). Darüber hinaus begegnen drogenfreie Zonen „subkultureller Gegenpropaganda“: Sie werden als „Knast im Knast“ angesehen. Außerdem ist es durch die getrennte Unterbringung, im Gegensatz zum regulären Strafvollzug, nicht machbar, den Drogenabhängigen vergleichbare Möglichkeiten zur haftinternen Arbeit und Ausbildung anzubieten. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll zu überprüfen, inwieweit die Programmteilnehmer in der regulären Vollzugsform verbleiben können und eine systematischere Erreichbarkeit für therapeutische Maßnahmen zugleich gewährleistet ist. (Vgl. Kreuzer 2002, S. 55)

Das Angebot der drogenfreien Zone steht inhaftierten Drogenabhängigen lediglich in einzelnen deutschen Gefängnissen (z.B. in Hamburg und Hessen) zur Verfügung. Die Evaluation des Abstinenz-Erprobungsprogramms in der Hamburger JVA Vierlande hat ergeben, dass die teilnehmenden drogenabhängigen Häftlinge, die das Hilfsangebot regulär beendet sowie eine anschließende therapeutische Maßnahme absolviert haben, über eine hohe Legalbewährung verfügen. (Vgl. Heinemann et al. 2002a, S. 146) Auch aus Österreich liegen sehr gute Studien zu den Effekten solcher Programme vor. Angesichts der erfolgversprechenden Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt der JVA Hirtenberg⁴⁰¹ (seit 1995) wurden in Österreich zusätzlich in den Gefängnissen von Innsbruck, Sonnberg, Wien, Simmering und Stein „drogenfreie Zonen“ und somit etwa 600 Haftplätze in Abstinenz-Erprobungsabteilungen

400 Vgl. Preusker 2000

401 Kurze Zusammenfassung in Haas et al. 2001, S. 81, ausführlich siehe Steinacher 2001

geschaffen. (Vgl. Obrist/Werdenich 2007, S. 312) Das Konzept der drogenfreien Zone ist eine äußerst sinnvolle und effektive Hilfsmaßnahme für motivierte inhaftierte Drogenabhängige. Sie haben hierdurch die Chance auf (sucht-)spezifische Maßnahmen außerhalb des Verwahrvollzugs sowie der sonst üblichen Einschränkungen im Vollzugsalltag aufgrund des Stigmas Drogensucht. Zeitnahe Therapievermittlung, begleitende Beratungs- und Betreuungsangebote sowie die Möglichkeit auf den offenen Vollzug oder eine vorzeitige Entlassung erleichtern den drogenabhängigen Inhaftierten die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Zudem ist aufgrund von Lockerungsmaßnahmen und somit einem Erprobungsrahmen für das Leben in der freien Gesellschaft, eine intensivere Entlassungsvorbereitung möglich (z.B. Vorstellungsgespräche, persönliche Wohnungssuche).

4.6 Peer-Support

Die Subkultur ist im repressiven und marginalisierenden System der JVA von großer Bedeutung, weshalb der Peer-Support ein hilfreiches Angebot im Rahmen der haftinternen Drogenarbeit darstellen könnte. Unter dem Begriff Peer-Support wird verstanden, dass sich Menschen innerhalb einer sozialen Bezugsgruppe, ihrer Peergroup (hier: Drogenabhängige), wechselseitig helfen. Durch Peer-Education und Peer-Support können die Risiken für Drogengebraucher reduziert sowie das Bewusstsein für Probleme und die Verantwortung für das eigene Handeln gestärkt werden.⁴⁰² Hierbei sind Insider-Wissen, individuelle Erkenntnisse sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Peers von großer Bedeutung (v.a. bei Themen wie Drogenkonsum und Sexualität). „Soziales Wissen“ weiterzugeben ist bedeutsamer als reine Kenntnisse über bestimmte Fakten. Infolgedessen spielt beim Peer-Support die vorbildhafte (Ein-)Wirkung von Mitgliedern der Peergroup (Peer-Leader) eine entscheidende Rolle. Der Peer-Support gehört zum täglichen Leben, ist somit generell unabhängig von (gesellschaftlich anerkannten) festen Formen und erfolgt oft sogar automatisch (bspw. anderen durch spezielles, aber unwillkürliches und unbeabsichtigtes Verhalten zu helfen).⁴⁰³ Insgesamt gese-

402 Allgemeines zum Thema „Was ist peer-support, was peer-ducation? Begriffe und Konzepte“ in Stöver/Jacob 1997, S. 225–229 oder Stöver 2000, S. 427–434

403 Barendregt und Trautmann (1996) bestätigen diese unwillkürliche Unterstützung durch Peers in einer kleinen Studie im Rahmen des „European Peer Support Project“. Genauerer zum Projekt in Trautmann und Barendregt (1994): „The European Peer Support Manual – Peer Support as a Method for Aids Prevention in Intravenous Drug User Communities“

hen beinhaltet das Konzept als risikominimierende Maßnahme nicht nur eine bewusste Einflussnahme auf verbaler Ebene, sondern beschäftigt sich unter anderem auch mit dem Erwartungsdruck innerhalb der Peergroup und Vorbildfunktionen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 369 f.) Lebensweltnahe Hilfsangebote zur Risikominimierung können durch Peers viel einfacher geschaffen werden. Die Maxime in der Arbeit des Peer-Supports „... zielt auf die Förderung eigener Ressourcen und Kompetenzen, um tragfähige, selbstorganisierte Netzwerke der Hilfe und Selbsthilfe zu erhalten.“ (Jacob 2001, S. 17)

Peer-Support-Gruppen, die von externen Einrichtungen der Drogenhilfe oder weiteren Fachgebieten institutionell in die Wege geleitet und gefördert werden, haben somit zum Ziel, das Leistungsvermögen der wechselseitigen Hilfe innerhalb der Peergroup der Drogengebraucher zu nutzen sowie dieses zu festigen und zu steigern. In diesem Kontext können Fachkräfte von großer Bedeutung sein: Sie tragen wichtige und fachlich richtige Informationen zusammen und verhindern dadurch im Vorfeld die Weitergabe von Fehlinformationen. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 370) Überdies können sie auf versteckte Risiken (beim Drogenkonsum) hinweisen (bspw. Übertragung von Infektionen beim Needle-, Work- und Drug-Sharing). Im Rahmen der Erhaltung der Gesundheit ist es essenziell, die Kenntnisse der Drogenabhängigen durch Fachpersonen zu erweitern, indem lebenswelt- und konsumnahes Wissen vermittelt wird. Dies sollte jedoch am besten durch Personen mit ähnlichem Betroffenenhintergrund geschehen, die authentisch sind, zumindest aber Erfahrungen mit der Zielgruppe mitbringen und überzeugend Informationen transportieren können, die für Betroffene interessant sind. Derartige Vermittlungsprozesse werden als Peer-Education bezeichnet. (Vgl. Stöver/Jacob 1997, S. 226)

Die Basis für den Erfolg des Peer-Supports ist die inhaltliche und methodische Ausbildung der Peers, beispielsweise durch Peer-Tutoren oder durch Gruppenarbeit. In diesem Rahmen sollte ein „Schneeballeffekt“ erreicht werden, indem ausgebildete Inhaftierte ihre Kenntnisse anderen Gefangenen vermitteln. Diese Schulungen sollten zum einen die Übermittlung von Kenntnissen zu risikominimierenden Maßnahmen beinhalten und zum anderen den Teilnehmern Fähigkeiten und Arbeitsweisen lehren, diese Kenntnisse und Fähigkeiten weiterzugeben. Außerdem ist es sinnvoll, die Beteiligten damit

vertraut zu machen, wie sie auf Sichtweisen und soziale Normen nachhaltig Einfluss nehmen können.⁴⁰⁴ (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 370 ff.)

Der intramurale Peer-Support ist für drogenabhängige Häftlinge erfolgversprechend: Die Angehörigen der Peergroup – besonders die Peer-Leader – sind authentisch und vertrauenswürdig. Auch Drogenabhängigen, zu denen haftinterne Mitarbeiter keinen Zugang finden, können Safer-Use-Botschaften näher gebracht und sie dadurch positiv beeinflusst werden. Zudem geben Peers größtenteils Wissen aus eigenen Erfahrungen mit riskanten Situationen (bspw. Überdosis, Risikokonsumformen, Sexualekontakte ohne Kondom) an die drogenabhängigen Mithäftlinge weiter. Inhaftierte Drogenabhängige können im Rahmen des Peer-Supports für Risikosituationen sensibilisiert werden, um dadurch das eigene Handeln zu reflektieren und sich im Vorfeld über mögliche Gefahren Gedanken zu machen. Auch im Hinblick auf die versteckten Risiken beim Drogenkonsum können Kenntnisse innerhalb der Peergroup weitergegeben werden. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 371) Aufgrund der Tatsache, dass sich die meisten Drogenabhängigen nur wenig über die Risikofaktoren beim Drogenkonsum und bei sexuellen Kontakten bewusst sind, ist der Peer-Support umso wichtiger. Im Gegensatz zur Drogenszene in Freiheit, sind die inhaftierten Drogenabhängigen jederzeit kontaktierbar, wodurch in der JVA Schulungen mit aufeinander aufbauenden Modulen leichter umsetzbar sind und von einer guten Haltequote ausgegangen werden kann. Ein kontinuierlicher Kontakt und Austausch mit den Betroffenen (insbesondere mit Peer-Leadern) ist umsetzbar. In diesem Rahmen können die drogenabhängigen Inhaftierten über gesundheitsrelevante Themen aufgeklärt und schon vermittelte Kenntnisse wiederholt werden. (Vgl. Jacob 2001, S. 17 f.) Das Konzept bietet für Fachkräfte die Möglichkeit, einen authentischen Zugang zu den Drogenkonsumenten in Haft, auch zu den ansonsten schwer erreichbaren, zu bekommen und diesen Kontakt langfristig aufrechtzuerhalten. Letztlich verursacht der Peer-Support als präventiver Ansatz keine hohen Kosten. Dieser Vorteil ist hinsichtlich der geringen finanziellen Mittel in Haft nicht unbedeutend. (Vgl. Stöver 2000, S. 436) Bislang wurden Modellprojekte zum Peer-Support allein in zwei JVAen in Niedersachsen (JVA für Frauen Vechta, JVA für Männer Lingen I Abteilung Groß Hesepe) durchgeführt, in denen auch

404 Es besteht die Möglichkeit, Schulungen mit Häftlingen und Vollzugsmitarbeitern zusammen abzuhalten. Diese können eine positive Grundlage für die Einführung des Konzepts bieten. In diesen Kursen sollte der Peer-Support als aussichtsreiche risikominimierende Maßnahme dargelegt und zur Diskussion gestellt werden. Von Bedeutung ist die umfassende Information der Vollzugsmitarbeiter über risikominimierende Ansätze sowie eine akzeptierende Grundhaltung ihrerseits. (Vgl. Trautmann/Stöver 2009, S. 372)

bereits die Pilotprojekte „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ stattgefunden haben⁴⁰⁵ (vgl. Stöver/Jacob 1997, S. 231).

In der praktischen Umsetzung des Konzepts in Haft existiert jedoch ein grundlegendes Problem: Das Angebot des Peer-Support erfordert, dass sich die teilnehmenden Häftlinge, die bislang ihren Konsum von Drogen verheimlicht haben, als Drogengebraucher zu erkennen geben. Diese Offenlegung kann unter schlechten Haftbedingungen strafvollzugliche Nachteile für sie ergeben (z.B. verstärkte Kontrollen, Urinkontrollen). Interessierte Gefangene, deren Drogenkonsum der JVA bisher nicht bekannt war, vermeiden es, sich zu Angeboten (z.B. Safer-Use-Training) einzutragen, aus Angst, so mit dem Konsum illegaler Substanzen in Verbindung gebracht zu werden. Wie bereitwillig die inhaftierten Drogenabhängigen entsprechende Angebote in Anspruch nehmen, ist folglich an eine vertrauensvolle, akzeptierende Atmosphäre im Vollzug sowie das jeweilige Ausmaß der Kontrolle gebunden. (Vgl. Stöver/Jacob 1997, S. 230) Ähnlich verhält es sich mit Trainings zu Safer Sex. Auch hier könnte die Teilnahme mit „Homosexualität“ oder „problematischer Sexualität“ in Verbindung gebracht werden und sich somit negativ auf die hierarchischen Strukturen der Gefängnis-Subkultur auswirken. Überdies könnte bei Vollzugsmitarbeitern der Eindruck entstehen, die realen Risiken des injizierenden Konsums von Drogen werden durch den freien Diskurs über den Konsum von Drogen, die daraus resultierenden Risiken sowie deren Vermeidungsstrategien bagatellisiert oder die intravenöse Applikation gar unterstützt und hingenommen. Aus diesem Grund sollte das Gefängnispersonal über derartige Schulungen wenigstens rechtzeitig informiert werden, um eine gewisse transparente und akzeptierende Einstellung zu erreichen. Während der Konzeptverwirklichung ist es daher wichtig, die kommunikative und kooperative Ebene zu beachten, sprich die speziellen Gegebenheiten und die Infrastruktur der jeweiligen JVAen anzuerkennen. Soweit möglich sollte mit den internen Suchtberatern (falls existent) und dem haftinternen medizinischen Dienst kooperiert werden. (Vgl. Stöver 2000, S. 438)

405 Weiterführende Informationen zu Risk-Reduktion-Aktivitäten in diesen zwei deutschen Haftanstalten siehe Stöver 2000, S. 439–444. Hier werden die Seminare für Drogenkonsumenten (Safer-Use-Seminare, Safer-Sex-Seminare) und Bedienstete im Vollzug sowie für Angestellte externer Drogen-/AIDS-Hilfe Dienste, die Hilfen in diesen beiden Gefängnissen anbieten, vorgestellt. Zudem werden wesentliche Erfahrungen und Konsequenzen des haftinternen Peer-Support-Modellprojektes aufgeführt.

5 Fazit

„Je komplizierter die Schwierigkeiten sind, vor denen wir stehen, desto wichtiger wird es, sie im Auge zu behalten, denn es ist menschlich, zu versuchen, sich vor dem, mit dem man nicht fertig wird, zu drücken.“
(*Bernard Mannes Baruch* *1870 †1965)

Es ist eine Tatsache, dass der Konsum illegaler Substanzen nicht nur außerhalb, sondern auch innerhalb der Gefängnismauern stattfindet. Die Vorstellung, dass in Haft keine Drogen kursieren, ist eine Illusion, auch wenn mit äußerst unterdrückenden „Null-Toleranz-Konzepten“ vorgegangen wird. (Vgl. Laubenthal 2005, S. 211) Die Strafvollzugsbehörden beharren nach wie vor auf dem alleinigen Ziel der Abstinenz, welches die haftinternen Hilfsangebote sowie das Vorgehen bestimmen. Schadensminimierende Maßnahmen werden den inhaftierten Drogenkonsumenten versagt. (Vgl. Stöver 1994a, S. 31) Die Erfahrungen der letzten Jahre in der Drogenarbeit im Justizvollzug zeigen deutlich die Schwächen und Widersprüche in diesem Bereich. Stöver (2000) fasst in der Schlussbemerkung seiner Veröffentlichung „Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ die aktuelle Problematik in der Drogenarbeit in Haft prägnant zusammen:

Es sind nicht nur partielle Versäumnisse in spezifischen Behandlungsangeboten und Versorgungsleistungen, sondern strukturelle Defizite in der Angleichung der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis an die Standards und Hilfeangebote außerhalb deutlich geworden. Justizpolitische Bedenken und Blockaden gegen adäquate Schutzmaßnahmen dominieren dabei sachorientierte medizinische Entscheidungen und psycho-soziale Hilfen. Dabei müsste es um eine grundsätzliche Umstellung der Sichtweise von Gesundheitsfürsorge im Vollzug gehen: Neben der Analyse und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Potentiale Einzelner müssen gleichzeitig gesellschaftliche Dimensionen kollektiven Gesundheitsverhaltens und der Lebens- und Arbeitsverhältnisse im Gefängnis in den Blick genommen und schrittweise verändert werden. (S. 445 f.)

Die anerkannten Standards der gesetzlichen Krankenkasse sowie der Drogen- und AIDS-Hilfe außerhalb der JVA stellen ein Leitbild dar, welches bei der

Entwicklung von haftinternen Hilfsangeboten, die sich an den individuellen Lebenslagen und Bedarfen der drogenabhängigen Inhaftierten orientieren, behilflich sein kann. Infolgedessen müssen alle Beteiligten bereit sein zusammenzuarbeiten. Auf diese Weise kann der Justizvollzug Bestandteil eines umfangreichen Netzwerks werden, welches dazu dient, inhaftierten Drogenkonsumenten zu helfen sowie sie zu unterstützen. (Vgl. Jacob 2001, S. 19 f.)

Literaturverzeichnis

- Aebi, Marcelo F.; Delgrande, Natalia (2011): *Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I*. Survey 2009. Strasbourg: Council of Europe. Online unter: <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdpc/bureau%20documents/PC-CP%282011%293%20E%20-%20SPACE%20I%202009.pdf>. Zuletzt abgerufen am 20.02.2012.
- Aids-Hilfe Köln; Berliner Aids-Hilfe; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Dokumentation – Modellprojekte in Haft: „Dauerhaft? – Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen“; „Risikominimierung im Strafvollzug – Multiplikatoren-schulung für Inhaftierte und Interessierte der JVA Köln-Ossendorf“*. 1. Auflage. Köln; Berlin: DAH. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Modellprojekte%20Haft.pdf>. Zuletzt abgerufen am 29.10.2011.
- Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (Hrsg.) (2006): *Handbuch – Hepatitis C und Drogengebrauch: Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht.. 2., überarbeitete Auflage*. Berlin: Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch. Online unter: www.hepatitiscfachtag.org/aktionsbundes/pdf_07/auf1_2_interaktiv.pdf. Zuletzt abgerufen am 29.10.2011.
- Akzept e.V. (Hrsg.) (2010): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft – Praxis, Probleme und Perspektiven*. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2011. Berlin: akzept e.V.. Online unter: <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/HaftDoku200410FIN.pdf>. Zuletzt abgerufen am 19.02.2012.
- Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2005): *Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Bonn, Oktober 2004*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. Online unter: http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/doku_2004_gesundinhaft.pdf. Zuletzt abgerufen am 07.02.2012.

- Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2008): *3. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Berlin, 7. bis 9. November 2007*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. Online unter: <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2009/01/3-haftkonferenz-internet.pdf>. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011a): *4. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Wien, 15.–17. April 2009*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. Online unter: <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2010/06/Gesundheitsfo% C3% B6rderung-in-Haft-2009-1.pdf>. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011b): *5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Hamburg, 15. bis 17. September 2010; Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. Online unter: <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/5-haftkonferenz-internet-20112.pdf>. Zuletzt abgerufen am 16.04.2012.
- Albrecht, Hans-Jörg (1991): *Voraussetzungen und Konsequenzen einer Entkriminalisierung in Drogenbereich*. In: Boor, Wolfgang de; Frisch, Wolfgang; Rode, Irmgard (Hrsg.) (1991): *Entkriminalisierung im Drogenbereich?*. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung; Heft 13. Köln: Wienand Druck- & Verlagshaus. S. 1–37.
- Alter, Miriam J. (2006): *Epidemiology of viral hepatitis and HIV coinfection*. In: Colombo, Massimo (Editor-in-Chief) (2006): *Journal of Hepatology – Official Journal of the European Association for the Study of the Liver*. Volume 44, Supplement 1. Italy: European Association for the Study of the Liver. S. 6–9. Online unter: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0168-8278/PIIS0168827805007269.pdf>. Zuletzt abgerufen am 06.05.2011.
- Anhorn, Roland; Bettinger, Frank (Hrsg.) (2005): *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hrsg.) (2008): *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit: Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2.*, überarbeitete und erweiterte Auflage. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit; Band 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2010): *Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion – Ergebnisse einer "Evidenz"-basierten Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und des Kompetenznetzes Hepatitis*. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/012; Entwicklungsstufe: 3 + IDA. AWMF online. Online unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-012_S3_Prophylaxe__Diagnostik_und_Therapie_der_Hepatitis-C-Virus__HC_V_-Infektion_09-2009_12-2012.pdf. Zuletzt abgerufen am 10.02.2012.
- Arbeitsgruppe „Übergangsmanagement“ (2011): *Zwischenbericht der Arbeitsgruppe Übergangsmanagement*. München: StMJV (unveröffentlicht).
- Arloth, Frank (2011): *StVollzG – Strafvollzugsgesetze: Bund, Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen – Kommentar*. 3. Auflage. München: Verlag C.H. Beck.
- Backmund, Markus (1998): *Somatische und neurologische Folgestörungen bei Drogenabhängigen*. In: Soyka, Michael (1998a): *Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*. Unter Mitarbeit von M. Backmund; U. Preuss; Ch. Schütz. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH. S. 115–155.
- Backmund, Markus; Bogner, Johannes; Rockstroh, Jürgen; Gözl, Jörg; Pauli-Volkert, Ramona (2008): *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ): HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen (IVDA)*. Konsensustext zur Abstimmung am 5. Juli 2008 auf dem 9. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin in München. Online unter: http://www.dgsuchtmedizin.de/uploads/media/Leitlinien_HIV_nachKonsens05_07_08.pdf. Zuletzt abgerufen am 14.02.2012.
- Backmund, Markus; Hinrichsen, Holger; Rossol, Siegbert; Schütz, Christian; Soyka, Michael; Wedemeyer, Heiner; Reimer, Jens (Hrsg.) (2006): *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern*. In: *Sucht-*

- medizin in Forschung und Praxis* 2006. Band 8, Nr. 3. S. 129–133. Landsberg: ecomed Medizin; Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH. Online unter: <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/aId/8762>. Zuletzt abgerufen am 10.02.2012.
- Bammann, Kai (2006a): *Kein Schritt vorwärts, drei zurück? Aktuelle Entwicklungen im Strafvollzug(srecht): Angriff auf Vollzugsziel, Lockerungen und die Bundeskompetenz*. In: forum recht: *Ausschließen durch Einschließen: Kriminalpolitik*. Heft 3/2006. S. 81–83. Online unter: <http://www.forum-recht-online.de/2006/306/306bammann.pdf>. Zuletzt abgerufen am 19.04.2012.
- Bammann, Kai (2006b): *Tätowierungen im Strafvollzug – Abschlussergebnisse eines Forschungsprojektes*. In: Bammann, Kai; Stöver, Heino (Hrsg.) (2006): *Tätowierungen im Strafvollzug – Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen*. Schriftreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“; Band 13. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. S. 55–76.
- Bammann, Kai (2006c): *Tätowierungen und das Recht – allgemeine Rechtslage und rechtliche Situation im Strafvollzug*. In: Bammann, Kai; Stöver, Heino (Hrsg.) (2006): *Tätowierungen im Strafvollzug – Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen*. Schriftreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“; Band 13. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. S. 79–94.
- Bammann, Kai (2008a): *Kontakte nach draußen*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. S. 98–114.
- Bammann, Kai (2008b): *Sonderregelungen für HIV-positive Gefangene?*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. S. 132–136.
- Bammann, Kai (2008c): *Unterbrechung und vorzeitige Beendigung der Haft*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. S. 115–123.
- Bammann, Kai; Rademacher, Marianne (2009): *Sexualität in Haft und sexuell übertragbare Krankheiten*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 188–192.

- Bammann, Kai; Stöver, Heino (Hrsg.) (2006): *Tätowierungen im Strafvollzug – Haftenerfahrungen, die unter die Haut gehen*. Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“; Band 13. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Online unter: http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source_opus=525. Zuletzt abgerufen am 11.11.2011.
- Barendregt, Cas; Trautmann, Franz (1996): *With a Little Help from my Friends. A survey on non-intentional peer-influences among drug users*. Utrecht: National Institute on Alcohol and Drugs (NIAD).
- Battegay, Raymond (1993): *Vom Hintergrund der Süchte: Zum Problem der Drogen-, Medikamenten-, Nikotin-, Alkohol- und Triebbefriedigungabhängigkeiten*. 5., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern; Wuppertal: Blaukreuz Verlag.
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) (Hrsg.) (2010): *Leitfaden für Ärzte zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. München: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmensgesellschaft (haftungsbeschränkt). Online unter: http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_Substitutionsleitfaden_2011_final_110107.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (1998): *Zur Aussagekraft der Anzahl von Drogentoten*. Diskussionspapier – 1. Auflage. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.. Online unter: http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Drogentod_1998.pdf. Zuletzt abgerufen am 13.04.2012.
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (Hrsg.) (2001): *Empfehlungen zur Qualitätssicherung bei der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger*. 4. überarbeitete Auflage. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.. Online unter: http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/EMPFEHLUNGEN_Substitution.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (Hrsg.) (2009): *Prävention von Drogentodesfällen: Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis*. 1. Auflage. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.. Online unter: <http://www>

w.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Broschuer
e_DTP_A5_091123_2seitig.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.

- Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (StMJV); Landesarbeitsgemeinschaft der Sozialarbeiter, Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen bei den Justizvollzugsanstalten in Bayern (LAG Sozialdienste JVA Bayern) (Hrsg.) (2011): *Qualitäts-Handbuch: Standards und Qualitätssicherung für die Sozialdienste bei den Justizvollzugsanstalten in Bayern*. München: StMJV; LAG Sozialdienste JVA Bayern. Online unter: <http://www.justizvollzug-bayern.de/JV/qualitaetshandbuch.pdf>. Zuletzt abgerufen am 08.01.2012.
- BBC News (editor) (2006): *Payments for prison 'cold turkey' [online]*. Homepage of BBC. Online unter: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/6142416.stm. Zuletzt abgerufen am 23.02.2012.
- Beubler, Eckhard; Haltmayer, Hans; Springer, Alfred (Hrsg.) (2009): *Opiat-abhängigkeit – Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. 2. Auflage. Wien: Springer-Verlag.
- Block, Petra (1997): *Rechtliche Strukturen der Sozialen Dienste in der Justiz – eine vergleichende Analyse der Ländervorschriften –*. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 11. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ).
- Bögemann, Heiner (2010): *Grundlegendes zur Gesundheit der Bediensteten in der totalen Institution Gefängnis*. In: Bögemann, Heiner; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2010): *Gesundheit im Gefängnis – Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim; München: Juventa Verlag. S. 59–72.
- Bögemann, Heiner; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2010): *Gesundheit im Gefängnis – Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim; München: Juventa Verlag.
- Böhm, Alexander (2003): *Strafvollzug*. Dritte, neu bearbeitete Auflage. Neuwied und Kriftel: Hermann Luchterhand Verlag GmbH.
- Bolli, Karl (2001): „Taschen-Apotheke“ zur Ersten Hilfe und Infektions-Prophylaxe. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42-Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 62–63.

- Bonorden-Kleij, Karin (2011): *Die diamorphingestützte Behandlung in Deutschland*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 160–169.
- Boor, Wolfgang de; Frisch, Wolfgang; Rode, Irmgard (Hrsg.) (1991): *Entkriminalisierung im Drogenbereich?*. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung; Heft 13. Köln: Wienand Druck- & Verlagshaus.
- Brakhoff, Jutta (Hrsg.) (1988): *Drogenarbeit im Justizvollzug*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- British Medical Journal (BMJ) Group (Hrsg.) (1997): *British Medical Journal – Letters*. Volume 315 (7108), London: BMJ Group. S. 603. Online unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127408/pdf/9302969.pdf>. Zuletzt abgerufen am 06.12.2011.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) (Hrsg.) (2010): *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Stand 19. Februar 2010. Vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Online unter: http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf. Zuletzt abgerufen am 20.02.2012.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (1970): *Polizeiliche Kriminalstatistik 1969: Bundesrepublik Deutschland*. 17. Zusammenstellung: Polizeiliche Kriminalstatistik für die Bundesrepublik Deutschland einschl. West-Berlins. Wiesbaden: BKA. Online unter: www.bka.de/nn_193232/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pksJahrbuecher/pks1969,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pks1969.pdf. Zuletzt abgerufen am 20.04.2012.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2011a): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2010: Bundesrepublik Deutschland*. 58. Ausgabe. Wiesbaden: BKA. Online unter: www.bka.de/nn_193232/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pksJahrbuecher/pks2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pks2010.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.12.2011.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2011b): *Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebild 2010 – Tabellenanhang*. Wiesbaden: BKA. Online unter: www.bka.de/nn_193372/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Jahre

sberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2010RauschgiftJahreskurzlageTabellen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/2010RauschgiftJahreskurzlageTabellen.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.12.2011.

Bundesministerium des Inneren (BMI); Bundesministerium der Justiz (BMJ) (Hrsg.) (2006): *Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht*. 1. Auflage. Berlin: BMI; BMJ. Online unter: http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/StudienUntersuchungenFachbuecher/Zweiter_Periodischer_Sicherheitsbericht_Langfassung.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 01.03.2012.

Bundesopiumstelle (BOPST) (2012): *Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2012*. Bonn: BfArM. Online unter: http://www.bfarm.de/cae/servlet/contentblob/1010620/publicationFile/65966/Subst_Bericht_2010.pdf. Zuletzt abgerufen am 20.02.2012.

Bundesrat (BR) (Hrsg.) (2006a): *Drucksache 178/06. Gesetzesantrag der Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern, Berlin, Bremen*. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 22, 23, 33, 52, 72, 73, 74, 74a, 75, 84, 85, 87c, 91a, 91b, 93, 98, 104a, 104b, 105, 107, 109, 125a, 125b, 125c, 143c). Online unter: http://www.bundesrat.de/cln_179/SharedDocs/Drucksachen/2006/0101-200/178-06,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/178-06.pdf. Zuletzt abgerufen am 15.05.2011.

Bundesrat (BR) (Hrsg.) (2006b): *Drucksache 179/06. Gesetzesantrag der Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern, Berlin, Bremen*. Entwurf eines Föderalismusreform-Begleitgesetzes. Online unter: http://www.bundesrat.de/cln_109/nn_8344/SharedDocs/Drucksachen/2006/0101-200/179-06,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/179-06.pdf. Zuletzt abgerufen am 15.05.2011.

Bundesrat (BR) (Hrsg.) (2006c): *Drucksache 180/06. Antrag der Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern, Berlin, Bremen*. Entschließung des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 22, 23, 33, 52, 72, 73, 74, 74a, 75, 84, 85, 87c, 91a, 91b, 93, 98, 104a, 104b, 105, 107, 109, 125a, 125b, 125 c, 143c). Online unter: http://www.bundesrat.de/cln_109/nn_8344/SharedDocs/Drucksachen/2006/0101-200/180-06,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/180-06.pdf. Zuletzt abgerufen am 15.05.2011.

Bundesrat (BR) (Hrsg.) (2006d): *Drucksache 462/06. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages*. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel

- 22, 23, 33, 52, 72, 73, 74, 74a, 75, 84, 85, 87c, 91a, 91b, 93, 98, 104a, 104b, 105, 107, 109, 125a, 125b, 125c, 143c). Online unter: http://www.bundesrat.de/cln_179/SharedDocs/Drucksachen/2006/0401-500/462-06,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/462-06.pdf. Zuletzt abgerufen am 15.05.2011.
- Bundesrat (BR) (Hrsg.) (2006e): *Drucksache 463/06. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. Föderalismusreform-Begleitgesetz*. Online unter: http://www.bundesrat.de/cln_109/nn_8344/SharedDocs/Drucksachen/2006/0401-500/463-06,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/463-06.pdf. Zuletzt abgerufen am 15.05.2011.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss); Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu); Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr); Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS) (2011): *Problemanzeige der Sucht-Fachverbände: Das System der Suchtrehabilitation gerät massiv unter Druck!*. Online unter: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publicationen/Thema/Position/Problemanzeige_Suchtreha_03-11.pdf. Zuletzt abgerufen am 20.01.2012.
- Busch, Max; Heckmann, Wolfgang; Marks, Erich (Hrsg.) (1991): *HIV/AIDS und Straffälligkeit: Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe*. Schriftenreihe der Deutschen Bewährungshilfe e.V.; Band 18. Bonn: Forum Verlag Godesberg GmbH.
- Calliess, Rolf-Peter (1981): *Strafvollzugsrecht. 2. Auflage*. Schriftenreihe der Juristischen Schulung; Heft 74. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Colombo, Massimo (Editor-in-Chief) (2006): *Journal of Hepatology – Official Journal of the European Association for the Study of the Liver*. Volume 44, Supplement 1. Italy: European Association for the Study of the Liver.
- Cornel, Heinz (2009a): *Strafvollzug*. In: Cornel, Heinz; Kawamura-Reindl, Gabriele; Maelicke, Bernd; Sonnen, Bernd-Rüdeger (Hrsg.) (2009): *Resozialisierung: Handbuch*. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 292–321.
- Cornel, Heinz (2009b): *Untersuchungshaft*. In: Cornel, Heinz; Kawamura-Reindl, Gabriele; Maelicke, Bernd; Sonnen, Bernd-Rüdeger (Hrsg.) (2009):

- Resozialisierung: Handbuch*. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 236–276.
- Cornel, Heinz; Kawamura-Reindl, Gabriele; Maelicke, Bernd; Sonnen, Bernd-Rüdeger (Hrsg.) (2009): *Resozialisierung: Handbuch*. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Daniels, Anthony M. (1997): *Doctors in prison must be careful when prescribing methadone*. In: British Medical Journal (BMJ) Group (Hrsg.) (1997): *British Medical Journal – Letters*. Volume 315 (7108). London: BMJ Group. S. 603.
- Der Paritätische in Bayern (2011): *Übergangsmanagement im bayerischen Justizvollzug*. Stellungnahme des Paritätischen in Bayern zum ersten Zwischenbericht der Arbeitsgruppe Übergangsmanagement. Schreiben vom 05.10.2011. München: Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Bayern e.V..
- Derricott, Jon (1998): *Section 3: Viral transmission, drugs and their preparation [online]*. Wednesday, 08. April 1998. Last Updated on Wednesday, 05 January 2011. Homepage of drugtext; International Substance Use Library. Online unter: <http://www.drugtext.org/The-Safer-Injecting-Briefing/section-3-viral-transmission-drugs-and-their-preparation.html>. Zuletzt abgerufen am 17.02.2012.
- Derricott, Jon; Preston, Andrew; Hunt, Neil; Speed, Shaun (1999): *The Safer Injecting Briefing*. Liverpool: HIT. Online unter: <http://www.drugtext.org/Table/The-Safer-Injecting-Briefing/>. Zuletzt abgerufen am 17.02.2012.
- Dettmer, Kerstin (2010): *Hilfe im Drogennotfall ... notfalls Naloxon? Erfahrungen aus einem Modellprojekt von Fixpunkt e.V., Berlin*. Ein Vortrag auf der 13. Fachtagung "ÜberLeben in Drogenszenen – Zur Praxis akzeptierender Drogenarbeit" vom 13–17. November 2010 in Nürnberg. Online unter: http://www.iska-nuernberg.de/ueberleben/dettmer_ueberleben2010.pdf. Zuletzt abgerufen am 02.04.2012.
- Dettmer, Kerstin (2011): *Spotlight: Der Einsatz von Naloxon durch medizinische Laien*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 249–252.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. Online unter: <http://www.aidshil>

- fe.de/sites/default/files/Handbuch%20Betreuung%20in%20Haft%202008.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2010a): *Gesundheitstipps für Männer in Haft*. 2., durchgesehene Auflage. Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Broschuere_Gesundheitstipps_M_2010.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2010b): *Projekt TEST IT – Evaluationsbericht*. In Kooperation mit aidshilfe dortmund e.V. und Fachhochschule Dortmund. Dortmund/Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/_TEST_IT_Endbericht_final.pdf. Zuletzt abgerufen am 12.03.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2010c): *Sex unter Männern – Lust und Risiken: Tipps zur Sexualität und Gesund*. 4. Auflage. Berlin: DAH.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2011a): Bayerischer Häftling will Substitutionsbehandlung in Haft erkämpfen [online]. Homepage der DAH. 25.08.2011. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/bayerischer-haefling-will-substitutionsbehandlung-haft-erkaempfen>. Zuletzt abgerufen am 27.02.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2011b): *hiv-infektion und therapie*. Info+ für Praktiker/innen aus Prävention und Beratung sowie interessierte Laien. 8., überarbeitete Auflage. Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/broschuere_hiv-infektion_2011.pdf. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2011c): *Positiv in Haft: Ein Ratgeber für Menschen mit HIV/Aids*. 8., grundlegend überarbeitete Auflage. Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/broschuere_positiv_in_haft_a5_2011.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2011d): *virus hepatitis*. Info+ für Berater/innen und interessierte Laien. 11., überarbeitete Auflage. Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/INFO+_Virush hepatitis_2011.pdf. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2012a): Deutsche AIDS-Hilfe kritisiert menschenverachtende Gerichtsbeschlüsse [online]. Homepage der DAH. 17.04.2012. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/mel>

- dungen/deutsche-aids-hilfe-kritisiert-menschenverachtende-gerichtsbeschlüsse. Zuletzt abgerufen am 08.05.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2012b): *HIV- und STI-Tests – Informationen und Standards 2012/2013*. Infos für Berater/innen 3. Auflage. Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Infomappe-HIV_STI_2012.pdf. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2012c): Pressemitteilung: Bayern missachtet Rechte Gefangener [online]. Homepage der DAH. 23.04.2012. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/pressemitteilung-bayern-missachtet-rechte-gefangener>. Zuletzt abgerufen am 08.05.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2012d): *Safer Use: „Risiken minimieren beim Drogengebrauch*. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Broschuere_Safer_Use_Deutsch_2012.pdf. Zuletzt abgerufen am 15.03.2012.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2012e): *Sexuell übertragbare Infektionen*. Info+ für Praktiker/innen aus Prävention und Beratung sowie interessierte Laien. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: DAH. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/INFO%20+%20Brosch%C3%BCre%20STD%202012.pdf>. Zuletzt abgerufen am 15.03.2012.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2010): *Positionspapier „Psychosoziale Betreuung Substituierter“*. Hamm: DHS. Online unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011-01-10_Positionspapier_PSB_-_Endfassung.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Deutscher Bundestag (BT) (Hrsg.) (1975): *Drucksache 7/3998. Bericht und Antrag des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung – Strafvollzugsgesetz (StVollzG) – Drucksache 7/918* –. 29.08.75. Sachgebiet 312. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/07/039/0703998.pdf>. Zuletzt abgerufen am 20.05.2011.
- Deutscher Bundestag (BT) (Hrsg.) (1980): *Drucksache 8/4283 (zur Drucksache 8/4267). Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesund-*

- heit (13. Ausschuß) zu dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts – Drucksachen 8/3551, 8/4267 – zu dem von der Fraktion der CDU/CSU eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes – Drucksachen 8/3291, 8/4267 –. Bericht des Abgeordneten Kroll-Schlüter. 8. Wahlperiode. 24.06.80. Sachgebiet 2121. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/08/042/0804283.pdf>. Zuletzt abgerufen am 20.01.2012.
- Deutscher Bundestag (BT) (Hrsg.) (1981): *Drucksache 9/500 (neu) (zur Drucksache 9/443). Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit (13. Ausschuß) zu dem von den Fraktionen der SPD und FDP eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts – Drucksachen 9/27, 9/443 –*. Bericht des Abgeordneten Hartmann. 9. Wahlperiode. 25.05.81. Sachgebiet 2121. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/09/005/0900500.pdf>. Zuletzt abgerufen am 20.01.2012.
- Deutscher Bundestag (BT) (Hrsg.) (1998): *Drucksache 13/11016. Beschlußempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses (6. Ausschuß). Änderung des Strafvollzugsgesetzes*. 13. Wahlperiode. 17.06.98. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/110/1311016.pdf>. Zuletzt abgerufen am 19.05.2012.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) (Hrsg.) (2009): *Tabakatlas Deutschland 2009*. 1. Auflage. Heidelberg: Steinkopff Verlag. Online unter: http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas_2009.pdf. Zuletzt abgerufen am 17.05.2012.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2009): *Drogen und Suchtbericht Mai 2008*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung; BMG. Online unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen_und_Suchtbericht_2008_Drogenbeauftragte.pdf. Zuletzt abgerufen am 14.02.2012.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2009): *Drogen und Suchtbericht Mai 2009*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung; BMG. Online unter: <http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drog>

en_und_Suchtbericht_2009_Drogenbeauftragte.pdf. Zuletzt abgerufen am 14.02.2012.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2011): *Drogen und Suchtbericht Mai 2011*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung; BMG. Online unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf. Zuletzt abgerufen am 14.02.2012.

Dittmann, Volker (2009): *Psychotrope Substanzen und Schuldfähigkeit*. In: Haller, Reinhard; Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.) (2009): *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e.V., Band 111. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. S. 79–89.

Dolde, Gabriele (2002): *Therapie in Untersuchungs- und Strafhaft*. In: Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2002): *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 131–143.

Dölling, Dieter (2007): 2.6.2 *Der Vollzug der Freiheitsstrafe und die Aussetzung der Vollstreckung des Strafrestes zur Bewährung*. In: Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, Dieter; Leygraf, Norbert; Sass, Henning (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie; Band 1. Darmstadt: Steinkopff Verlag. S. 299–322.

Düinkel, Frieder; Rosner, Anton (1982): *Die Entwicklung des Strafvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970: Materialien und Analysen*. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. Kriminologische Forschungsberichte, Band 7. Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.

Eckert, Josef; Weilandt, Caren (2008): *Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts: „Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff“*. Im Auftrag der europäischen Kommission, im Rahmen des Projekts „European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP)“. Bonn: ENDIPP; WIAD. Online unter: http://www.ahnrw.de/newsletter/upload/01_NL_ahnrw/2008/2008_10_01_NL20/Endbericht_Gefangene_060808_kompl.pdf. Zuletzt abgerufen am 13.02.2012.

- Eddy, Nathan B.; Halbach, H.; Isbell, Harris; Seevers, Maurice H. (1965): *Drug Dependence: its Significance and Characteristics*. In: Bulletin of the World Health Organisation. Vol. 32; No. 5. Geneva: WHO. S. 721–733. Online unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2555251/pdf/bullwho00278-0116.pdf>. Zuletzt abgerufen am 08.04.2012.
- Egg, Rudolf (2002): *Sucht und Delinquenz – Epidemiologie, Modelle und Konsequenzen*. In: Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2002): *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 13–33.
- Egg, Rudolf (Hrsg.) (1988): *Drogentherapie und Strafe*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 3. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ).
- Egg, Rudolf (Hrsg.) (1992): *Die Therapieregelungen des Betäubungsmittelrechts: deutsche und ausländische Erfahrungen*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 9. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ).
- Egg, Rudolf; Geisler, Claudius (Hrsg.) (2000): *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 30. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ).
- Erbas, Beate; Tretter, Felix (2009): *1.1 Einführung in das Thema Drogentod*. In: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (Hrsg.) (2009): *Prävention von Drogentodesfällen: Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis*. 1. Auflage. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.. S. 6–9.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (Hrsg.) (2004): *Komorbidität – Drogenkonsum und psychische Störungen*. Drogen im Blickpunkt – Briefing der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. 3. Ausgabe 2004. Lissabon: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft. Online unter: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36329EN.html>. Zuletzt abgerufen am 11.09.2011.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (Hrsg.) (2008): *Jahresbericht 2008 – Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Ge-

- meinschaft. Online unter: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_DE EMCDDA_AR08_de.pdf. Zuletzt abgerufen am 12.05.2012.
- Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) (2010): *CPT-Standards*. Straßburg: Europarat. Online unter: <http://www.cpt.coe.int/lang/deu/deu-standards.pdf>. Zuletzt abgerufen am 30.04.2012.
- Feest, Johannes (2008a): *Alles anders? Die Zukunft des deutschen Justizvollzugs*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. S. 10–18.
- Feest, Johannes (2008b): *Rechte und Pflichten externer Mitarbeiter/innen*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. S. 84–96.
- Feest, Johannes (2009): *Aktuelles zur Gesetzgebung – und in eigener Sache [online]*. Update 15.01.2012. Homepage des Strafvollzugsarchiv e.V. an der Universität Bremen. Online unter: <http://www.strafvollzugsarchiv.de/index.php>. Zuletzt abgerufen am 23.02.2012.
- Fink, Karin (2003): *Das Prostitutionsgesetz: Mehr Fragen als Antworten*. In: Wright, Michael T. (Hrsg.) (2003b): *Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung Teil 1: Männer*. AIDS-Forum DAH; Band 45–1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 83–98.
- Fixpunkt e.V. (2002): *Mobilix – Projektbereich: Drogennot- und -todesfallprophylaxe/ Naloxonvergabe. Konzeption*. Stand: Juni 2002. Berlin: Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e.V. Online unter: http://www.fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/Notfall/02_Konzept_Notfall.pdf. Zuletzt abgerufen am 24.03.2012.
- Frank, Charlotte (2011): *Kalter Entzug – Süchtiger Häftling will Recht auf Methadon-Therapie durchsetzen*. In: *Süddeutsche Zeitung*. 24. August 2011. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 1. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Charlotte_Frank_Sueddeutsche_24082011.pdf. Zuletzt abgerufen am 08.05.2012.
- Fritsch, Klaus-Jürgen (1996): *Psychosoziale Begleitung substituierter Insassen der JVA Bremen*. In: Gerlach, Christine; Kurz-Lund, Georg; Stöver, Heino (Hrsg.) (1996): *Psychosoziale Betreuung Substituierter: Inhalte, Organisation, Finanzierung*. Fortbildung in der Drogenarbeit. Band III. Bremen: Selbstverlag. S. 85–87.

- Fritsch, Klaus-Jürgen (1997): *Sehr persönliche, utopische Überlegungen zur Abgabe von Heroin in Justizvollzugsanstalten*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 185–189.
- Fritsch, Klaus J.; Knorr, Bärbel; Golze, Jürgen (2010): *AG 1 Substitution in Haft – Der Umgang mit Beigebrauch*. In: Akzept e.V. (Hrsg.) (2010): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft – Praxis, Probleme und Perspektiven*. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2011. Berlin: akzept e.V.. S. 65–71.
- Fritsch, Klaus J. (2009): *6.10 Psychotherapie*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 230–233.
- Gaede, Peter-Matthias (Hrsg.) (2011): *Mafia – Die Geschichte des Organisierten Verbrechens*. Geo Epoche Nr. 48 – 04/11, Das Magazin für Geschichte. Hamburg: Gruner + Jahr AG & Co KG.
- Gallas, Josef (2009): *1.3 Mögliche Ursachen steigender Drogentodeszahlen*. In: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (Hrsg.) (2009): *Prävention von Drogentodesfällen: Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis*. 1. Auflage. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.. S. 16–18.
- Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2002): *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2010): *Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien)*. Online unter: <http://www.kvhb.de/pdf/zg/substitutionsrichtlinien.pdf>. Zuletzt abgerufen am 26.02.2012.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)*. In der Fassung vom 17. Januar 2006; veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006; Nr. 48 (S. 1523); in Kraft getreten am 1. April 2006.

- Zuletzt geändert am 24. November 2011; veröffentlicht im Bundesanzeiger 2012, Nr. 31 (S. 747); in Kraft getreten am 24. Februar 2012. Online unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-588/MVV-RL_2012-02-24.pdf. Zuletzt abgerufen am 26.02.2012.
- Gerlach, Christine; Kurz-Lund, Georg; Stöver, Heino (Hrsg.) (1996): *Psychosoziale Betreuung Substituierter: Inhalte, Organisation, Finanzierung*. Fortbildung in der Drogenarbeit. Band III. Bremen: Selbstverlag.
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (2009a): „*Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen – eine Zwischenbilanz*. In: Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009b): *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung – Praxis und Bedeutung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 15–34.
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.) (2005): *Vom Tabu zur Normalität: 20 Jahre Substitution in Deutschland – Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009b): *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung – Praxis und Bedeutung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Goffman, Erving (1972): *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Gölz, Jörg (Hrsg.) (1999): *Der drogenabhängige Patient – Handbuch der schadensminimierenden Strategien*. 2., neu bearbeitete Auflage. München; Jena: Urban & Fischer.
- Gölz, Jörg (2008): *Standards der Substitutionsbehandlung*. In: Stöver, Heino (Hrsg.) (2008d): *Substitution in Haft*. unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom November 2007. AIDS-Forum DAH; Band 52. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S.11–22.
- Gölz, Jörg (2011): *HIV-Therapie bei Drogenkonsumenten und Substituierten*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 276–287.
- Gorgas, Birgit (2010): *Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung – Organisation, Kosten und Finanzierung aus Sicht einer Kommune*. Vortrag auf

- der Fachtagung "ÜberLEBEN in Drogenszenen" vom 15. bis 17. November 2010 in Nürnberg. Landeshauptstadt München: Referat für Gesundheit und Umwelt. Online unter: http://www.iska-nuernberg.de/ueberleben/gorgas_ueberleben2010.pdf. Zuletzt abgerufen am 11.03.2012.
- Graebisch, Christine M. (2012): *BtM-Täter im Strafvollzug*. In: Kotz, Peter; Rahlf, Joachim (Hrsg.) (2012): *Praxis des Betäubungsmittel-Strafrechts*. 1. Auflage. Köln: Carl Heymanns Verlag GmbH.(Im Druck).
- Graefe, Karin; Hosbach, Günter (2008): *Engagement im Strafvollzug am Beispiel der Hannöverschen AIDS-Hilfe e.V.*. In: Klee, Jürgen; Stöver, Heino (Hrsg.) (2008): *Drogen, HIV/ Aids, Hepatitis: Ein Handbuch*. Unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom April 2004. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 165–173.
- Groß, Friedemann (2009): *6.4 Tuberkulose*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 184–187.
- Haar, Michael von der (2002): *Therapie im Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen*. In: Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2002): *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 145–165.
- Haas, Sabine; Busch, Martin; Guzei, Klarissa; Türscherl, Elisabeth; Weigl, Marion (2001): *Bericht zur Drogensituation 2001*. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Online unter: http://rzbl04.biblio.etc.tu-bs.de:8080/docportal/servlets/MCRFileNodeServlet/DocPortal_derivate_00002773/2001.pdf?hosts=local. Zuletzt abgerufen am 23.03.2012.
- Haller, Marina; Heer-Rodiek, Volker (2011): *AG 4: Umgang mit Drogengebrauch, Methadon- und Heroinbehandlung in Haft*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011b): *5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Hamburg, 15. bis 17. September 2010; Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 57–62.

- Haller, Reinhard (2009): *Gesundheitsbezogene Maßnahmen zur Bekämpfung der Drogenkriminalität*. In: Haller, Reinhard; Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.) (2009): *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e.V., Band 111. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. S. 3–20.
- Haller, Reinhard; Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.) (2009): *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e.V., Band 111. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH.
- Haltmayer, Hans (2009): *Schadensminimierende Aspekte – „Harm Reduction“*. In: Beubler, Eckhard; Haltmayer, Hans; Springer, Alfred (Hrsg.) (2009): *Opiatabhängigkeit – Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. 2. Auflage. Wien: Springer-Verlag. S. 165–171.
- Hamouda, Osamah (2011): *HIV/Aids: Epidemiologie bei i.v. Drogen Gebrauchenden*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 25–74.
- Hanauer, Florian (2006): *Die JVA Vierlande in Neuengamme wird abgerissen [online]*. 17.10.2006. Homepage Welt online. Online unter: http://www.welt.de/print-welt/article160101/Die_JVA_Vierlande_in_Neuengamme_wird_abgerissen.html. Zuletzt abgerufen am 21.03.2012.
- Hauf, Claus-Jürgen (1994): *Strafvollzug: Kurzlehrbuch*. Alfred Metzner Studienliteratur. Neuwied; Kriftel; Berlin: Hermann Luchterhand Verlag GmbH.
- Heinemann, Axel (2002): *Methadonsubstitution und Drogentod*. In: Kraus, Ludwig; Püschel, Klaus (Hrsg.) (2002): *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 169–176.
- Heinemann, Axel; Bohlen, K.; Püschel, Klaus (2002a): *Abstinenzorientierte Behandlungsstrategien im Strafvollzug. Evaluation des Abstinenz-Erprobungsprogramms in der JVA Vierlande in Hamburg*. In: *Suchttherapie – Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*. Ausgabe 03, Jahrgang 3, September 2002. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 146–154. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/ejournal/s/pdf/suchttherapie/doi/10.1055/s-2002-34323.pdf>. Zuletzt abgerufen am 26.02.2012.

- Heinemann, Axel; Kappos-Baxmann, Ismene; Püschel, Klaus (2002b): *Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener – Eine katamnestiche Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg*. In: *Suchttherapie – Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*. Ausgabe 03, Jahrgang 3, September 2002. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 162–167. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/suchttherapie/doi/10.1055/s-2002-34324.pdf>. Zuletzt abgerufen am 26.02.2012.
- Heinemann, Axel; Gonsior, Thea; Sieveke, Jutta; Püschel, Klaus (2002c): *Infektionsprophylaxe im offenen Strafvollzug durch Automatenvergabe steriler Einmalspritzen*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage vom April 2001. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 91–99.
- Heinz, Werner; Pöhlke, Thomas; Stöver, Heino (2010): *Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit*. Vollständig überarbeitete und erweiterte 3. Auflage. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hellebrand, Johannes (1990): *Drogen und Justiz: Überlegungen zur Einbindung der Justiz in eine fortschrittliche Drogenpolitik*. Bonn: Forum Verlag Godesberg.
- Heudtlass, Jan-Hendrik (1998): *Safer use in Haftanstalten*. In: Jacob, Jutta; Stöver, Heino (Hrsg.) (1998): *Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen – Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug*. Band 4 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. S. 42–109.
- Heudtlass, Jan-Hendrik (1999): *Safer Use – ein Beitrag zur Schadensminimierung*. In: Götz, Jörg (Hrsg.) (1999): *Der drogenabhängige Patient – Handbuch der schadensminimierenden Strategien*. 2., neu bearbeitete Auflage. München; Jena: Urban & Fischer. S. 162–172.
- Heudtlass, Jan-Hendrik; Stöver, Heino (1997): *Harm Reduction – Ein Trainingsprogramm für inhaftierte Drogengebrauchende und für Bedienstete des Justizvollzugs*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und*

Hepatitis) im Strafvollzug. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 197–210.

- Hillenkamp, Thomas (2008): *Intramurale Medizin in Deutschland.* In: Hillenkamp, Thomas; Tag, Brigitte (2008) (Hrsg.): *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich: Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs.* Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim; Volume 32. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag. S. 73–160.
- Hillenkamp, Thomas; Tag, Brigitte (2005) (Hrsg.): *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug.* Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim; Volume 24. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag.
- Hillenkamp, Thomas; Tag, Brigitte (2008) (Hrsg.): *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich: Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs.* Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim; Volume 32. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag.
- Hirsbrunner, H.P.; Hercek, V.; Blumenthal, J.; Maurer, C.; Nelles, J. (1997): *Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank.* Bern : Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Hoffmann, H. Patrick; Reuland, Carlo; Gansefort, Dirk (2011): *AG 3: Prävalenz, Inzidenz und Therapie von Hepatitis- und HIV-Infektionen in Haft.* In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011b): *5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Hamburg, 15. bis 17. September 2010; Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern.* Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 49–56.
- Höflich, Peter; Schriever, Wolfgang (2003): *Grundriss Vollzugsrecht: Das Recht des Strafvollzugs und der Untersuchungshaft für Ausbildung, Studium und Praxis.* 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag.

- Holler, Gerhard; Knahl, Andreas (1988): *Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter*. In: Egg, Rudolf (Hrsg.) (1988): *Drogentherapie und Strafe*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 3. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ). S. 137–157.
- Husmann, Klaus (2010): „Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden?“ *Das Beispiel Nordrhein-Westfalen*. In: Akzept e.V. (Hrsg.) (2010): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft – Praxis, Probleme und Perspektiven*. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2011. Berlin: akzept e.V.. S. 47–54.
- International Epidemiological Association (1997): *International Journal of Epidemiology*. Vol. 26 No. 6, Great Britain: Oxford University Press.
- International Harm Reduction Association (IHRA) (2010): *Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association*. IHRA Briefing. London: IHRA. Online unter: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf. Zuletzt abgerufen am 25.02.2012.
- Jacob, Jutta (2001): *Drogenhilfe im Justizvollzug*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 12–21.
- Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V..
- Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V..
- Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage vom April 2001. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V..
- Jacob, Jutta; Stöver, Heino (1997a): *Drogen und Drogengebrauchende im Strafvollzug*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 17–30.

- Jacob, Jutta; Stöver, Heino (1997b): *Infektionsprophylaxe im Justizvollzug*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 119–125.
- Jacob, Jutta; Stöver, Heino (1997c): *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Strafvollzug – Zur Abgabe steriler Einwegspritzen in einem niedersächsischen Modellprojekt*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 135–158.
- Jacob, Jutta; Stöver, Heino (1997d): „*Medizinischer Ungehorsam*“ – *Just do it! Zur Abgabe steriler Einwegspritzen in Schweizer Modellprojekten*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 131–133.
- Jacob, Jutta; Stöver, Heino (2002): *Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Justizvollzug – Ergebnisse der Begleitforschung*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 67–90.
- Jacob, Jutta; Stöver, Heino (Hrsg.) (1998): *Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen – Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug*. Band 4 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Online unter: http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source_opus=736. Zuletzt abgerufen am 16.03.2012.
- Jehle, Jörg-Martin (2007): 2.6.5. *Drogentherapie im strafrechtlichen Rahmen – die Zurückstellungslösung der §§ 35, 38 Betäubungsmittelgesetz*. In: Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, Dieter; Leygraf, Norbert; Sass, Henning (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie; Band 1. Darmstadt: Steinkopff Verlag. S. 349–378.

- Jehle, Jörg-Martin; Sohn, Werner (Hrsg.) (1994): *Organisation und Kooperation der Sozialen Dienste in der Justiz*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 14. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ).
- JES-Bundesverband e. V. (Hrsg.) (2011): *40 Jahre Synanon und nichts gelernt?*. DROGENKURIER-Magazin des JES Bundesverbands. Nr. 85, März 2011. Berlin: JES-Bundesverband e. V.. Online unter: http://s128542404.online.de/drogenkurier/Drogenkurier_85.pdf. Zuletzt abgerufen am 12.03.2012.
- John, Ulrich; Hanke, Monika (2002): *Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country — Germany*. In: *Alcohol and Alcoholism*. International Journal of the Medical Council on Alcohol and Journal of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (esbra). Volume 37, Issue 6, November/December 2002. Oxford: University Press. S. 581–585. Online unter: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/37/6/581.full.pdf>. Zuletzt abgerufen am 17.05.2012.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (editor) (1999): *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons*. Electronic, but otherwise unchanged, version of the 1993 original; Published by the WHO Global Programme on AIDS. Geneva: UNAIDS. Online unter: http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf. Zuletzt abgerufen am 16.03.2012.
- Kaiser, Günther (2002): *§ 10 Vollstreckungsplan und Anstaltsarten*. In: Kaiser, Günther; Schöch, Heinz (2002): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag. S. 391–446.
- Kaiser, Günther; Schöch, Heinz (2002): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag.
- Kalinowski, Hermann; Schaper, Gangolf (1997): *Vollzugsinterne medizinische und psychosoziale Hilfen für drogengebrauchende Gefangene*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 61–72.
- Kastelic, Andrej; Pont, Jörg; Stöver, Heino (2007): *Leitfaden zur Substitutionsbehandlung im Gefängnis*. Die Entwicklung und Übersetzung dieses

Leitfadens wurden unterstützt von der ENDIPP. Online unter: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_07_frep_a1_de.pdf.
Zuletzt abgerufen am 20.02.2012.

- Katholnigg, Oskar (1988): *Betäubungsmittelabhängige Straftäter – Gesetzgeberische Absicht und Realität*. In: Egg, Rudolf (Hrsg.) (1988): *Drogen-therapie und Strafe*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 3. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ). S. 81–88.
- Kaufmann, Beat; Dobler-Mikola, Anja; (1997): *Die kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln an Opiatabhängige im Strafvollzug – Einige Zwischenergebnisse*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 173–179.
- Kaufmann, Beat; Dobler-Mikola, Anja; Uchtenhagen, Ambros (2002): *Kontrollierte Opiatabgabe im schweizerischen Strafvollzug*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage vom April 2001. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 127–132.
- Kawamura, Gabriele; Reindl, Richard (Hrsg.) (1998): *Wiedereingliederung Straffälliger – Eine Bilanz nach 20 Jahren Strafvollzugsgesetz*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kawamura-Reindl, Gabriele (2009a): *Freie und kommunale Hilfen für Straffällige*. In: Cornel, Heinz; Kawamura-Reindl, Gabriele; Maelicke, Bernd; Sonnen, Bernd-Rüdeger (Hrsg.) (2009): *Resozialisierung: Handbuch*. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 200–219.
- Keppler, Karlheinz (2008b): *Probleme und Praxis der Substitution im Justizvollzug*. In: Stöver, Heino (Hrsg.) (2008d): *Substitution in Haft*. Unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom November 2007. AIDS-Fo- rum DAH; Band 52. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S.23–40.
- Keppler, Karlheinz (2009a): *4.2 Organisation der medizinischen Versorgung*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 85–90.

- Keppler, Karlheinz (2009b): *7.5 Überlegungen zu einem Curriculum für die ärztliche Arbeit im Justizvollzug*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 305–310.
- Keppler, Karlheinz (2010a): „*Welche Probleme gibt es in der Substitutionspraxis?*“ *Einstellung, Umgang mit Rückfällen, Beigebrauch, Entlassungsvorbereitung, psycho-soziale Betreuung, Entzugsbehandlung bei Mehrfachabhängigkeit*. In: Akzept e.V. (Hrsg.) (2010): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft – Praxis, Probleme und Perspektiven*. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2011. Berlin: akzept e.V.. S. 31–40.
- Keppler, Karlheinz (2010b): *Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung im Gefängnis*. In: Bögemann, Heiner; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2010): *Gesundheit im Gefängnis – Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim; München: Juventa Verlag. S. 49–58.
- Keppler, Karlheinz; Fritsch, Klaus J.; Stöver, Heino (2009): *Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 193–207.
- Keppler, Karlheinz; Schaper, Gangolf (2001): *Das Spritzenumtauschprogramm in der JVA für Frauen in Vechta/Niedersachsen*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 31–34.
- Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG.
- Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino; Schulte, Bernd; Reimer, Jens (2010): *Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug – Ein Übersichtsbeitrag*. In: Robert Koch Institut (RKI), Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Paul-Ehrlich-Institut (Hrsg.) (2010): Bun-

- desgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010; Volume 53; Number 2. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 233–244
- Killias, Martin; Egli, Nicole; Pina, M.; Christensen, Pernille Skovbo.; Aebi, Marcelo F. (2009): *Zur Wirkung von Substitutionsprogrammen auf die Beschaffungsdelinquenz Drogenabhängiger – Ergebnisse einer internationalen Meta-Analyse*. In: Haller, Reinhard; Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.) (2009): *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e.V., Band 111. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. S. 165–186.
- Kindermann, Walter; Sickinger, Richard; Hedrich, Dagmar; Kindermann, Susanne (1989): *Drogenabhängig: Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Klaue, Karen (2011): *BIG: Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011b): *5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Hamburg, 15. bis 17. September 2010; Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 18–19.
- Klee, Jürgen; Stöver, Heino (Hrsg.) (2008): *Drogen, HIV/ Aids, Hepatitis: Ein Handbuch*. Unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom April 2004. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/drugs.pdf>. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Kleiber, Dieter; Pant, Anand (1996): *HIV – Needle-Sharing – Sex. Eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 69/b, Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Kleinknecht, Theodor; Janischowsky, Georg (1977): *Das Recht der Untersuchungshaft*. 1. Auflage. Schriftreihe der Neuen Juristischen Wochenschrift; Heft 30. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Knorr, Bärbel (2008a): *Gesundheit und Prävention in Haft*. In: Klee, Jürgen; Stöver, Heino (Hrsg.) (2008): *Drogen, HIV/ Aids, Hepatitis: Ein Handbuch*. Unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom April 2004. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 144–164.
- Knorr, Bärbel (2008b): *Substitutionspraxis im Justizvollzug der Bundesländer*. In: Stöver, Heino (Hrsg.) (2008d): *Substitution in Haft*. unveränderter

- Nachdruck der ersten Auflage vom November 2007. AIDS-Forum DAH; Band 52. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S.66–77.
- Knorr, Bärbel (2011): *Gesundheit und Prävention in Haft*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 207–223.
- Knorr, Bärbel; Wolff, Hans (2011): *Infektionsprophylaxe – Beispiel Schweizer Haftanstalten*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011a): *4. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Wien, 15.–17. April 2009*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 111–116.
- Köhler, Thomas (2000): *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen: Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen*. Stuttgart, Berlin; Köln: Verlag W. Kohlhammer.
- Köllisch, Tilman (2009): *Die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger – Auch ein Erfolgsmodell zur Verringerung von Gewaltdelinquenz?*. In: Haller, Reinhard; Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.) (2009): *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e.V., Band 111. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. S. 203–217.
- Konrad, Norbert (2009): *6.7 Psychiatrie*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 208–222.
- Konrad, Norbert (2011): *Neue Gesetzgebung in den Bundesländern – Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung von Gefangenen?*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011b): *5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Hamburg, 15. bis 17. September 2010; Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 20–30.
- Korporal, Johannes; Dangel-Vogelsang, Bärbel (2002): *Prävention von Drogennot- und -todesfällen durch dezentrale gesundheitlich-soziale Versorgung und Stärkung der Selbsthilfe*. In: Kraus, Ludwig; Püschel, Klaus

- (Hrsg.) (2002): *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 199–216.
- Kotz, Peter; Rahlf, Joachim (Hrsg.) (2012): *Praxis des Betäubungsmittel-Strafrechts*. 1. Auflage. Köln: Carl Heymanns Verlag GmbH.(Im Druck).
- Kraft, Eberhard; Knorr, Bärbel (2009): *HIV und Gefängnis*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 170–176.
- Krausz, Michael (1999): *Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht*. In: Götz, Jörg (Hrsg.) (1999): *Der drogenabhängige Patient – Handbuch der schadensminimierenden Strategien*. 2., neu bearbeitete Auflage. München; Jena: Urban & Fischer. S. 29–42.
- Krausz, Michael; Lambert, Martin (2000): *Psychische Störungen als Risikofaktoren für süchtiges Verhalten*. In: Uchtenhagen, Ambros; Zieglgänsberger, Wakter (Hrsg.) (2000): *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 1. Auflage. München; Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 206–212.
- Kraus, Ludwig; Püschel, Klaus (Hrsg.) (2002): *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kreuzer, Arthur; Wille, Rolf (1988): *Drogen – Kriminologie und Therapie: Mit einer ausführlichen Darstellung aktueller Drogenprobleme einschließlich Aids*. Fachbücherei praktische Sozialarbeit. Heidelberg: R. v. Decker & C. F. Müller.
- Kreuzer, Arthur (1975): *Drogen und Drogendelinquenz – Eine jugendkriminologisch-empirische Untersuchung der Erscheinungsformen und Zusammenhänge*. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kreuzer, Arthur (2002): *Bedingungen der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen*. In: Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2002): *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 35–63.
- Kreuzer, Arthur (2009): *Neue Forschungsergebnisse zur Substitution – Kriminologische Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*.

- In: Haller, Reinhard; Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.) (2009): *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e.V., Band 111. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. S. 145–163.
- Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, Dieter; Leygraf, Norbert; Sass, Henning (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie; Band 1. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, Dieter; Leygraf, Norbert; Sass, Henning (Hrsg.) (2006): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie; Band 3. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Kronauer, Martin (2005): *Ausgrenzung und physisch-sozialer Raum*. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank (Hrsg.) (2005): *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.167–184.
- Küfner, Heinrich; Rösner, Susanne (2005): *Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikation*. In: Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.) (2005): *Vom Tabu zur Normalität: 20 Jahre Substitution in Deutschland-Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 29–63.
- Küfner, Heinrich; Beloch, Esther; Scharfenberg, Carola D.; Türk, Dilek (Hrsg.) (2000): *Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten = Evaluation of external addiction counselling for jail inmates with substance disorders*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Kunkel-Kleinsorge, Sabine (1994): *Externe Drogenberatung – Forderungen an die Justiz*. In: Reindl, Richard; Nickolai, Werner (Hrsg.) (1994): *Drogen und Straffjustiz*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 68–74.
- Kurze, Martin (1994): *Strafrechtspraxis und Drogentherapie: Eine Implementationsstudie zu den Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts*. 2., ergänzte Auflage. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 12. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ).

- Ladewig, Dieter (2000): *7.3 Süchtige Persönlichkeitsveränderungen*. In: Uchtenhagen, Ambros; Zieglgänsberger, Wakter (Hrsg.) (2000): *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 1. Auflage. München; Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 265–266.
- Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bayern (LAGFW); Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS) (Hrsg.) (2011): *Zusammenfassung „Runder Tisch Rehabilitation“ vom 09. Mai 2011 in München*. Zusammenstellung: Cornelia Poth, Hilde Rainer-Münch. München: LAGFW; KBS.
- Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (LKA NRW) (2010): *Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Sicherungskonzeption für die Einrichtungen zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung sowie den Transport und die Zentral- bzw. Zwischenlagerung des Diamorphins in Nordrhein-Westfalen*. Stand: Mai 2010. Düsseldorf: LKA NRW. Online unter: <http://www.carlitos-amsel-vom-holunderstrauch.net/downloads/lkasicherheitskonzeptdiamorphinnrw.pdf>. Zuletzt abgerufen am 10.03.2012.
- Lang, Fredi (2008): *Vorbereitung der Haftentlassung und Nachsorge*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. S. 152–168.
- Lang, Fredi; Stark, Klaus (2001): *Die Berliner Modellprojekte zur Spritzenvergabe in Haft*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 52–61.
- Larney, Sarah (2010): Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. In: Society for the Study of Addiction (SSA) (editor) (2010): *Addiction: Volume 105, Issue 2, February 2010*. Oxford: Wiley-Blackwell. S. 216–223.
- Laubenthal, Klaus (2005): *Sucht- und Infektionsgefahren um Strafvollzug*. In: Hillenkamp, Thomas; Tag, Brigitte (2005) (Hrsg.): *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim; Volume 24. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag. S. 195–211

- Laubenthal, Klaus (2008): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete Auflage. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag.
- Lehmann, Marc; Lehmann, Manuela F.; Wedemeyer, Heiner (2009): *Spezifische Aspekte von Virushepatitiden (HBV, HCV) und Drogenkonsum*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 177–183.
- Lettau, Sabine; Sawallisch, Peter; Schulten, Inge; Tieding, Klaus (2001): *Das Spritzenumtauschprogramm der Justizvollzugsanstalt Lingen*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 35–40.
- Levy, Michael (2002): *Tuberkulose im Gefängnis: Erfassung- und Hilfsstrategien mit internationaler Perspektive*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage vom April 2001. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 157–168.
- Leygraf, Norbert (2007): 2.6.4 *Der Maßregelvollzug und die Aussetzung der Maßregelvollstreckung zur Bewährung – Anmerkungen aus psychiatrischer Sicht*. In: Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, Dieter; Leygraf, Norbert; Sass, Henning (Hrsg.) (2007): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie; Band 1. Darmstadt: Steinkopff Verlag. S. 340–348.
- Lines, Rick; Jürgens, Ralf; Betteridge, Glenn; Stöver, Heino; Laticevschi, Dumitru; Nelles, Joachim (2006). *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Second edition. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network. Online unter: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173>. Zuletzt abgerufen am 08.03.2012.
- Lissner, Odilia (2009): *Strafrestaussetzung*. In: Cornel, Heinz; Kawamura-Reindl, Gabriele; Maelicke, Bernd; Sonnen, Bernd-Rüdeger (Hrsg.) (2009): *Resozialisierung: Handbuch*. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 333–343.

- Lohmann, Sonja (1997): *Externe AIDS-Beratung drogengebrauchender Inhaftierter*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 109–118.
- Löbmann, Rebecca (2009): *Heroingestützte Behandlung und Kriminalität*. In: Haller, Reinhard; Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.) (2009): *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e.V., Band 111. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH. S. 187–202.
- Matic, Srdan; Lazarus, Jeffrey V.; Nielsen, Stine; Laukamm-Josten, Ulrich (2008): *Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen: WHO Europe, UNAIDS. Online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/53858/E92606.pdf. Zuletzt abgerufen am 17.02.2012.
- Marcus, Uli (2008): *Drogenkonsum und HIV/Aids in Deutschland: Zur Epidemiologie*. In: Klee, Jürgen; Stöver, Heino (Hrsg.) (2008): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis: Ein Handbuch*. Unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom April 2004. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 53–86.
- Martens, Marcus-Sebastian; Schütze, Christian; Buth, Sven; Neumann-Runde, Eike; (2011): *Ambulante Suchthilfe in Hamburg – Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdokumentation (BADO e.V.)*. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ZIS. Online unter: http://www.bado.de/dokumente/2010/BADO-Statusbericht-2010_www.pdf. Zuletzt abgerufen am 19.01.2012.
- Meier, Bernd-Dieter (2009): *Äquivalenzprinzip*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 76–84.
- Meyenberg, Rüdiger; Stöver, Heino; Jacob, Jutta; Pospeschill, Markus (1996): *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug – Eröffnungsbericht zum Modellprojekt*. Band 1 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Online unter: http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source_opus=716. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.

- Meyenberg, Rüdiger; Stöver, Heino; Jacob, Jutta; Pospeschill, Markus (1997): *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug – Zwischenbericht zum Modellprojekt*. Band 2 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Meyenberg, Rüdiger; Stöver, Heino; Jacob, Jutta; Pospeschill, Markus (1999): *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug – Abschlußbericht zum Modellprojekt*. Band 3 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Michels, Ingo Ilja; Stöver, Heino (1999): *Modelle und Praxis einer bedürfnisorientierten Abgabe steriler Spritzen und Kondome*. In: Gölz, Jörg (Hrsg.) (1999): *Der drogenabhängige Patient – Handbuch der schadensminimierenden Strategien*. 2., neu bearbeitete Auflage. München; Jena: Urban & Fischer. S. 150–156.
- Møller, Lars; Stöver, Heino; Jürgens, Ralf; Gatherer, Alex; Nikagosian, Haik (Hrsg.) (2007): *Health in Prisons – A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe. Online unter: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/e90174.pdf>. Zuletzt abgerufen am 16.03.2012.
- Mück, Wilfried; Poth, Cornelia (2011): *Problemanzeige Handlungsbedarf zu den Entwicklungen im Bereich § 35 BtMG*. München: Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bayern (LAGFW); Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS).
- Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2012): *Jahresbericht 2010/2011*. Berichtszeitraum: 1. Mai 2010 – 31. Dezember 2011. Wiesbaden: Nationale Stelle zur Verhütung von Folter. Online unter: <http://www.antifolterstelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Jahresberichte/JahreJahresbe2010-11.pdf>. Zuletzt abgerufen am 09.05.2012.
- Nelles, J.; Waldvogel, D.; Maurer, C.; Aebischer, C.; Fuhrer, A.; Hirsbrunner, H.-P. (1995a): *Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank*. Evaluationsbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern: Bundesamtes für Gesundheitswesen.
- Nelles, J.; Waldvogel, D.; Maurer, C.; Aebischer, C.; Fuhrer, A.; Hirsbrunner, H.-P. (1995b): *Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten*

in *Hindelbank*. Schlußbericht zu Händen des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern: Bundesamtes für Gesundheitswesen.

- Nelles, Joachim; Stöver, Heino (2002): *Zehn Jahre Spritzenvergabe im Gefängnis: Ein Review der bisherigen Spritzenvergabeprojekte in der Schweiz, Deutschland, Spanien und Moldawien*. In: *Suchttherapie – Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*. Ausgabe 03, Jahrgang 3, September 2002. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 155–161. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/suchttherapie/doi/10.1055/s-2002-34322.pdf>. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- Nelles, Joachim; Vincenz, Ines.; Fuhrer, Andreas; Hirsbrunner, Hans-Peter (2002): *HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage vom April 2001. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 101–125.
- Nikolai, Eckart (2009): *Zahnmedizin im Strafvollzug*. In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 268–271.
- Nowak, Manfred (1988): *Stationäre Langzeittherapie in staatlich anerkannten Einrichtungen*. In: Egg, Rudolf (Hrsg.) (1988): *Drogentherapie und Strafe*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 3. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ). S. 185–195.
- Nowak, Manfred; Schiffman, Richard; Brinkmann, Rüdiger (Hrsg.) (1996): *Drogensucht: Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis*. 2. Auflage. Stuttgart; New York: Schattauer Verlag.
- NSW Health (2001): *Skin Penetration Code of Best Practice*. Australia: NSW Ministry of Health. Online unter: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/cobp_skin_pen.pdf. Zuletzt abgerufen am 15.03.2012.
- NSW Ministry of Health (2011): *Tattooing hygiene standards [online]*. Factsheet. 09. August 2011. Homepage of NSW Ministry of Health. Online unter: <http://www.health.nsw.gov.au/factsheets/general/tattooing.html>. Zuletzt abgerufen am 15.03.2012.

- Obrist, Corinna; Werdenich, Wolfgang (2009): *Substanzabhängigkeit im Strafvollzug*. In: Beubler, Eckhard; Haltmayer, Hans; Springer, Alfred (Hrsg.) (2009): *Opiatabhängigkeit – Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. 2. Auflage. Wien: Springer-Verlag. S. 309–319.
- Oechsler, Harald; Neumann, Eike; Verthein, Uwe; Martens, Marcus-Sebastian (2010): *Ambulante Suchthilfe in Hamburg – Statusbericht 2009 der Hamburger Basisdokumentation (BADO e.V.)*. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ZIS. Online unter: http://www.bado.de/dokumente/2009/BADO-Statusbericht-2009_www.pdf. Zuletzt abgerufen am 19.01.2012.
- Passie, Torsten; Dierssen, Oliver; Lang (2011): *Die Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger – Ein Praxishandbuch*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Pfeiffer-Gerschel, Tim; Kipke, Ingo; Lang, Peter; Spahlinger, Peter; Bartsch, Gabriele (2008): *Bericht 2008 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2007/2008*. München: DBDD. Online unter: http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/reitox_germany_2008_ger.pdf. Zuletzt abgerufen am 20.05.2011.
- Pfeiffer-Gerschel, Tim; Kipke, Ingo; Flöter, Stephanie; Karachaliou, Krystallia; Lieb, Christiane; Raiser, Peter (2010): *Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010*. München: DBDD. Online unter: http://www.dbdd.de/images/germany_reitox_report_2010_deutsch.pdf. Zuletzt abgerufen am 28.08.2011.
- Pfeiffer-Gerschel, Tim; Kipke, Ingo; Flöter, Stephanie; Jakob, Lisa; Hammes, Diana; Raiser, Peter (2011): *Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011*. München: DBDD. Online unter: http://www.dbdd.de/images/2011_Pressekonferenz/reitox_report_2011_dt.pdf. Zuletzt abgerufen am 20.02.2012.
- Pollähne, Helmut; Stöver, Heino (2005). *Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und im Maßregelvollzug*. In: Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (2005): *Vom Tabu zur Normalität: 20 Jahre Substitution in Deutschland-Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 140–151.

- Pont, Jörg (2010): *Ärztliche Ethik in der Betreuung von Menschen in Haft*. In: Bögemann, Heiner; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2010): *Gesundheit im Gefängnis – Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim; München: Juventa Verlag. S. 33–48.
- Pont, J.; Stöver, H.; Wolff, H. (2012a): *Dual loyalty in prison health care: carry on or abolish?* In: American Journal of Public Health, March 2012, Vol. 102, No. 3, pp. 475-480.
- Pont, Jörg; Kastelic, Andrej; Stöver, Heino; Ritter, Catherine; Knorr, Bärbel (2012b): *Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden*. Berlin: DAH. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/broschuere_Substitution_in_Haft_2012.pdf. Zuletzt abgerufen am 05.03.2012.
- Pont, Jörg; Wool, Rosemary (2006): *Ein Leitfaden für den Gefängnisarzt – Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen*. Wien: Österreichisches Bundesministerium für Justiz. Online unter: http://www.fbz-strafvollzug.at/aktuell/Leitfaden_fuer_den_Gefaengnisarzt.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.02.2012.
- Poser, Wolfgang; Poser, Sigrid (1996): *Medikamente – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Verlauf – Behandlung*. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG.
- Preusker, Harald (2000): *Alkoholprobleme im Justizvollzug*. In: Egg, Rudolf; Geisler, Claudius (Hrsg.) (2000): *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität*. Kriminologie und Praxis (KuP); Band 30. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ). S. 217–231.
- Preusker, Harald (2002): *Suchtprobleme im Justizvollzug*. In: Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2002): *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 123–129.
- Preuss, U.; Soyka, Michael (1998): *Cannabis und Cannabinoide*. In: Soyka, Michael (1998a): *Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*. Unter Mitarbeit von M. Backmund; U. Preuss; Ch. Schütz. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH. S. 28–40.
- Püschel, Klaus; Heinemann, Axel (2002): *Hafterfahrung und Drogentodesfälle*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002):

- LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug.* Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage vom April 2001. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 177–188.
- Raab, Jürgen (2008): *Erving Goffman.* Klassiker der Wissenssoziologie; Band 6. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Radun, Doris (2011): *Epidemiologie von Hepatitis B und C.* In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch.* 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 75–99.
- Raschke, Peter; Püschel, Klaus; Heinemann, Axel (2002): *Mortalitätsentwicklung bei Heroinkonsumenten mit und ohne Substitutionsbehandlung in Hamburg von 1990 bis 1996.* In: Kraus, Ludwig; Püschel, Klaus (Hrsg.) (2002): *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen.* Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S.145–168.
- Rautenberg, Marcus (1998): *Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmißbrauch: Eine Expertise der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Wiesbaden, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, November 1997.* Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 103. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Reindl, Richard; Nickolai, Werner; Gehl, Günter (Hrsg.) (1995): *Untersuchungshaft – Stiefkind der Justiz.* Weimar: Verlag Rita Dadder.
- Reindl, Richard; Nickolai, Werner (Hrsg.) (1994): *Drogen und Strafjustiz.* Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Rey, Claudia; Wickert, Markus (2008): *Dokumentation »Dauerhaft? – Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen«.* Ein Modellprojekt der Deutschen Aids-Hilfe e.V. in Kooperation mit der Berliner Aids-Hilfe e.V.. In: Aids-Hilfe Köln; Berliner Aids-Hilfe; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Dokumentation – Modellprojekte in Haft: „Dauerhaft? – Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen“; „Risikominimierung im Strafvollzug – Multiplikatoren-schulung für Inhaftierte und Interessierte der JVA Köln-Ossendorf“.* 1. Auflage. Köln; Berlin: DAH. S. 18–45.
- Rey, Claudia (2008): *Beratung und Begleitung im Justizvollzug.* In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch.* 4. Auflage. Berlin: DAH. S. 144–151.

- Robert Koch Institut (RKI) (2011a): *Epidemiologisches Bulletin 01. August 2011/Nr. 30: Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut – Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: Juli 2011*. Online unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/30_11.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 11.04.2012.
- Robert Koch Institut (RKI) (2011b): *Epidemiologisches Bulletin 21. November 2011/Nr. 46: Zum Welt-AIDS-Tag*. Online unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/46_11.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 11.04.2012.
- Robert Koch Institut (RKI) (2011c): *Epidemiologisches Bulletin 25. Juli 2011/Nr. 29: Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland – Virushepatitis B, C und D im Jahr 2010*. Online unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/29_11.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 11.04.2012.
- Robert Koch Institut (RKI) (2011d): *Epidemiologisches Bulletin 30. Mai 2011/Nr. 21: HIV-Infektionen und AIDS Erkrankungen in Deutschland – Bericht zur Entwicklung im Jahr 2010 aus dem Robert Koch-Institut*. Online unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/21_11.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 11.04.2012.
- Robert Koch Institut (RKI) (2011e): *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2010*. Online unter: <http://edoc.rki.de/series/infektionsepidemiologische-jahrbuecher/2010/PDF/2010.pdf>. Zuletzt abgerufen am 11.04.2012.
- Robert Koch Institut (RKI), Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Paul-Ehrlich-Institut (Hrsg.) (2010): *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010*. Volume 53; Number 2. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Roland, Simon; Hoch, Eva; Hüllinghorst, Rolf; Nöcker, Guido; David-Spickermann, Marion (2001): *Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001*. Im Auftrag der EBDD und des BMG. München; Köln; Hamm: DBDD. Online unter: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34744_DE_NR2001GermanyDE.pdf. Zuletzt abgerufen am 20.02.2012.

- Rosenberg, Abraham (1988): *Zehn Jahre externe Drogenberatung im Justizvollzug: Erwartungen – Erfahrungen – Entwicklungen*. In: Brakhoff, Jutta (Hrsg.) (1988): *Drogenarbeit im Justizvollzug*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 11–24.
- Rösner, Ina; Seiler, Jörg; Stubenvoll, Roland (2011): *Drogennotfalltraining in der Justizvollzugsanstalt – ein Praxisbeispiel*. Vortrag auf der Fachtagung zur Qualifizierung der Externen Suchtberaterinnen und -berater in den bayerischen Justizvollzugsanstalten vom 27. –28. September 2011. Nürnberg: mudra, Caritas Straßenambulanz.
- Roth, Reinhold (2005): *Rechtliche Grundlagen des sozialtherapeutischen Vollzuges*. In: Wischka, Bernd; Rehder, Ulrich; Specht, Friedrich; Foppe, Elisabeth; Willems, Ralf (Hrsg.) (2005): *Sozialtherapie im Justizvollzug – Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. 1. Auflage. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag. S. 29–37.
- Roxin, Claus (1987): *Strafverfahrensrecht – Ein Studienbuch*. 20., völlig neu bearbeitete Auflage. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Saller, Walter (2011): *Um 1928–1980 – Sowjetunion: Der Orden der Diebe*. In: Gaede, Peter-Matthias (Hrsg.) (2011): *Mafia – Die Geschichte des Organisierten Verbrechens*. Geo Epoche Nr. 48 – 04/11, Das Magazin für Geschichte. Hamburg: Gruner + Jahr AG & Co KG. S. 70–77.
- Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V..
- Schäffer, Dirk; Stöver, Heino; Knorr, Bärbel (2010): *Zum erhöhten Mortalitätsrisiko von Drogenkonsumenten nach Inhaftierung – Drogenkonsumräume retten Menschenleben*. Berlin: DAH; akzept e.V.. Online unter: http://www.akzept.org/euro_konferenz/hgr_drog_tod_haftentl.pdf. Zuletzt abgerufen am 11.12.2011.
- Schalast, Norbert (2006): *Suchtkranke Rechtsbrecher*. In: Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, Dieter; Leygraf, Norbert; Sass, Henning (Hrsg.) (2006): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie; Band 3. Darmstadt: Steinkopff Verlag. S. 326–349.
- Schalast, Norbert; Kösters, Cornelia (2008): *Kurzprojekt: Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB – „Machbarkeitsstudie“*. Projektbericht. Essen: Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-

- Essen; Rheinische Kliniken Essen. Online unter: http://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/machbarkeitsstudieevaluationpar64_2008.pdf. Zuletzt abgerufen am 27.01.2012.
- Schaper, Gangolf (1997a): *Praxis, Probleme und Grenzen der psychosozialen Begleitung der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 101–108.
- Schaper, Gangolf (1997b): *Psychosoziale Begleitung der Substitution im Strafvollzug*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 22–30.
- Schaper, Gangolf; Pastoor, Claudia (2010): *AG 4 Psychosoziale Betreuung in Haft: Wie kann sie aussehen?*. In: Akzept e.V. (Hrsg.) (2010): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft – Praxis, Probleme und Perspektiven*. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2011. Berlin: akzept e.V.. S. 83–86.
- Scheerer, Sebastian (1989): *Die Heroinszene*. In: Scheerer, Sebastian; Vogt, Irmgard (Hrsg.) (1989): *Drogen und Drogenpolitik – Ein Handbuch*. Unter Mitarbeit von Henner Hess. Frankfurt; New York: Campus Verlag. S. 285–299.
- Scheerer, Sebastian; Vogt, Irmgard (Hrsg.) (1989): *Drogen und Drogenpolitik – Ein Handbuch*. Unter Mitarbeit von Henner Hess. Frankfurt; New York: Campus Verlag.
- Scheiblich, Wolfgang (1988): *Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Justiz und Drogenhilfe*. In: Brakhoff, Jutta (Hrsg.) (1988): *Drogenarbeit im Justizvollzug*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 70–82.
- Schirmmacher, Gesa (1997): *Heroinvergabe im Strafvollzug – Juristische Einschätzung*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 181–183.
- Schmidt-Semisch, Henning (1990): *Drogenpolitik – Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin*. 1. Auflage. Mit einem Vorwort des Ham-

- burger Drogenbeauftragten Horst Bossong. München: AG-SPAK-Publikationen.
- Schneider, Wolfgang (Hrsg.) (2001): *Illegalisierte Drogen: Alte Mythen – Neue Akzeptanz; ausgewählte Aspekte und Zukunftsperspektiven akzeptanzorientierter Drogenarbeit und Drogenpolitik – 10 Jahre INDRO e.V.*. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit; Band 30. Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schott, Tilmann (2002): *Strafvollzugsrecht für SozialarbeiterInnen: Lehrbuch zur Einführung in die soziale Realität und rechtlichen Grundlagen des Strafvollzugs*. 1. Auflage. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung; Band 22. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schöch, Heinz (2002a): § 5 *Allgemeine Grundsätze des Strafvollzugs*. In: Kaiser, Günther; Schöch, Heinz (2002): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag. S. 156–229.
- Schöch, Heinz (2002b): § 6 *Ziele und Gestaltungsgrundsätze des Strafvollzugs*. In: Kaiser, Günther; Schöch, Heinz (2002): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag. S. 230–252.
- Schöch, Heinz (2002c): § 7 *Spezielle Rechte und Pflichten im Vollzug*. In: Kaiser, Günther; Schöch, Heinz (2002): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag. S. 253–346.
- Schöch, Heinz (2002d): § 11 *Personelle Organisation des Strafvollzugs*. In: Kaiser, Günther; Schöch, Heinz (2002): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag. S. 447–460.
- Schöch, Heinz (2002e): § 12 *Anstaltsinsassen*. In: Kaiser, Günther; Schöch, Heinz (2002): *Strafvollzug*. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag. S. 461–466.
- Schweizer Bundesrat (2011): *Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV) vom 25. Mai 2011 (Stand am 1. Juli 2011)*. SR 812.121.6. Online unter: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/812.121.6.de.pdf>. Zuletzt abgerufen am 09.03.2012.
- Schwind, Hans Dieter; Blau, Günter (Hrsg.) (1988): *Strafvollzug in der Praxis – Eine Einführung in die Probleme und Realitäten des Strafvollzuges*

- und der Entlassenenhilfe*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin; New York: de Gruyter Verlag. S. 193–208.
- Seebode, Manfred (1985): *Der Vollzug der Untersuchungshaft*. Berlin; New York: Walter de Gruyter.
- Seiler, Jörg; Stubenvoll, Roland (2012): *Drogennotfalltraining*. Konzeption. Nürnberg: Caritas Straßenambulanz.
- Sickinger, Richard; Kindermann, Walter (1989): *Strafe oder Therapie?*. In: Kindermann, Walter; Sickinger, Richard; Hedrich, Dagmar; Kindermann, Susanne (1989): *Drogenabhängig: Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 139–192.
- Siemer, Michael (1998): *Ein Modell zum safer-sex-Training für Männer im Strafvollzug*. In: Jacob, Jutta; Stöver, Heino (Hrsg.) (1998): *Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen – Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug*. Band 4 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. S. 110–171.
- Soyka, Michael (1998a): *Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*. Unter Mitarbeit von M. Backmund; U. Preuss; Ch. Schütz. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Soyka, Michael (1998b): *Kokain und andere Psychostimulantien*. In: Soyka, Michael (1998a): *Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*. Unter Mitarbeit von M. Backmund; U. Preuss; Ch. Schütz. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH. S. 61–71.
- Soyka, Michael; Backmund, Markus (Hrsg.) (2011): *Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2011*. Band 13, Nr. 5. Sonderheft – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments). Landsberg: ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH. Online unter: <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/aId/11462>. Zuletzt abgerufen am 24.02.2012.
- Springer, Alfred (2003): *Expertise zur ärztlichen Heroinverschreibung*. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut. Online unter: <http://www.api>.

or.at/sp/download/lbidownload/040622_expertise_heroinverschreibung.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.03.2012.

- Stark, Klaus; Bienzle, Ulrich; Vonk, Richard; Guggenmoos- Holzmann, Irene (1997): *History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin*. In: International Epidemiological Association (1997): *International Journal of Epidemiology*. Vol. 26 No. 6, Great Britain: Oxford University Press. S. 1359–1366. Online unter: <http://ije.oxfordjournals.org/content/26/6/1359.full.pdf>. Zuletzt abgerufen am 25.09.2011.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2010): *Rechtspflege: Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03.2010*. Fachserie 10; Reihe 4.1. Wiesbaden: StBA. Online unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug2100410107004.property=file.pdf>. Zuletzt abgerufen am 19.05.2011.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2011a): *Rechtspflege: Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach Ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres*. Stichtag 30. November 2010. Wiesbaden: StBA. Online unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrte5243201109004.property=file.pdf>. Zuletzt abgerufen am 20.05.2011.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2011b): *Rechtspflege: Staatsanwaltschaften 2010*. Fachserie 10; Reihe 2.6. Wiesbaden: StBA. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/GerichtePersonal/Staatsanwaltschaften2100260107004.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 17.03.2012.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2011c): *Rechtspflege: Strafgericht 2010*. Fachserie 10; Reihe 2.3. Wiesbaden: StBA. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/GerichtePersonal/Strafgerichte2100230107004.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 17.03.2012.

- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2011d): *Rechtspflege: Strafverfolgung 2010*. Fachserie 10; Reihe 3. Wiesbaden: StBA. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafverfolgung2100300107004.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2011e): *Rechtspflege: Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.03.2011*. Fachserie 10; Reihe 4.1. Wiesbaden: StBA. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug2100410117004.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2012): *Rechtspflege: Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach Ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres*. Stichtag 30. November 2011. Wiesbaden: StBA. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrtePDF_5243201.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt abgerufen am 20.04.2012.
- Steinacher, Alfred (2001): *Sucht im Abseits. Fünf Jahre Drogenfreie Zone in der Justizanstalt Hirtenberg*. Hirtenberg: Selbstverlag.
- Stöver, Heino (1994a): *Drogenfreigabe: Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Stöver, Heino (1994b): *Infektionsprophylaxe im Strafvollzug*. In: Stöver, Heino (Hrsg.) (1994c): *Infektionsprophylaxe im Strafvollzug: eine Übersicht über Theorie und Praxis*. AIDS-Forum DAH; Band XIV. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 13–40.
- Stöver, Heino (1997): *Originalstoffvergabe im Strafvollzug – Eine Einführung*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 171–172.
- Stöver, Heino (2000): *Healthy Prison: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug*. Band 5 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Univer-

- sität Oldenburg. Online unter: <http://oops.uni-oldenburg.de/volltexte/2000/641/>. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Stöver, Heino (2001): *Spritzenumtauschprogramm in drei Hamburger Justizvollzugsanstalten*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 2. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 41–51.
- Stöver, Heino (2002a): *Drogen HIV und Hepatitis im Strafvollzug – Eine Bestandsaufnahme*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Unveränderter Nachdruck der 1. Auflage vom April 2001. AIDS-Forum DAH; Band 42–Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 13–65.
- Stöver, Heino (2002b): *DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht*. In: *Suchttherapie – Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*. Ausgabe 03, Jahrgang 3, September 2002. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 135–145. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/suchttherapie/doi/10.1055/s-2002-34318.pdf>. Zuletzt abgerufen am 22.02.2012.
- Stöver, Heino (2005): *Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung in Haft*. In: akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2005): *Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Bonn, Oktober 2004*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 21–41.
- Stöver, Heino (2008a): *Healthy Prisons – Eine innovative und umfassende Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten in Haft*. In: Hillenkamp, Thomas; Tag, Brigitte (2008) (Hrsg.): *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich: Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim; Volume 32. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag. S. 235–264.
- Stöver, Heino (2008b): *Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien*. In: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hrsg.) (2008): *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit: Positionsbestimmungen*

- einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit; Band 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 335–353.
- Stöver, Heino (2008c): *Substitutionsbehandlung in Haft – Wirksamkeit, Versorgungsprobleme, Ablehnungsbegründungen und Bausteine „Guter Praxis“*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2008): *3. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Berlin, 7. bis 9. November 2007*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 12–20.
- Stöver, Heino (2009): *Drogenabhängige Menschen in Haft*. In: Cornel, Heinz; Kawamura-Reindl, Gabriele; Maelicke, Bernd; Sonnen, Bernd-Rüdeger (Hrsg.) (2009): *Resozialisierung: Handbuch*. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 374–389.
- Stöver, Heino (2010a): *Drogenkonsum und Infektionskrankheiten: Grundsätzliche Herausforderungen für die Gesundheit in Gefängnissen*. In: Bögemann, Heiner; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2010): *Gesundheit im Gefängnis – Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim; München: Juventa Verlag. S. 85–101.
- Stöver, Heino (2010b): *Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung im Gefängnis*. In: Bögemann, Heiner; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2010): *Gesundheit im Gefängnis – Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen*. Weinheim; München: Juventa Verlag. S. 11–32.
- Stöver, Heino (2010c): *„Was wissen wir über die Substitutionsbehandlung in Haft, wie machen es andere?“*. In: Akzept e.V. (Hrsg.) (2010): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft – Praxis, Probleme und Perspektiven*. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2011. Berlin: akzept e.V.. S. 3–30.
- Stöver, Heino (2010d): *Was wissen wir über die Substitutionsbehandlung in Haft, wie machen es andere?.* Fachtagung – Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Berlin 20.04.2010. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main (ISFF). Online unter: http://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/stoeever.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.04.2012.

- Stöver, Heino (2011a): *Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 11–29.
- Stöver, Heino (2011b): *Die „Dublin Declaration“ und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung Gefangener*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011a): *4. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Wien, 15.–17. April 2009*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 57–76.
- Stöver, Heino (2011c): *Drogenpolitik und Drogenarbeit: Wandel tut not*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 30–45.
- Stöver, Heino (2011d): *Organisationsformen gesundheitlicher Versorgung in Haft – Praxisbeispiele aus europäischen Ländern*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2011b): *5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Hamburg, 15. bis 17. September 2010; Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 121–136.
- Stöver, Heino (2011e): *Stellungnahme als Sachverständiger in der Beratung: Zwangsouting HIV-Infizierter Gefangener in nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten im Rechtsausschuss des Landtages NRW am 22.06.2011*. Düsseldorf: Institut für Suchtforschung (ISFF). Online unter: <http://www.gesundinhaf.eu/wp-content/uploads/2011/06/StellungnahmeSt%C3%B6verISF.pdf>. Zuletzt abgerufen am 19.02.2012.
- Stöver, Heino (2012): *Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen*. In: *Suchttherapie – Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*. Ausgabe 02, Jahrgang 13, Mai 2012. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 74–80. (Im Druck).
- Stöver, Heino (Hrsg.) (1994c): *Infektionsprophylaxe im Strafvollzug: eine Übersicht über Theorie und Praxis*. AIDS-Forum DAH; Band XIV. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V..

- Stöver, Heino (Hrsg.) (2008d): *Substitution in Haft*. unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom November 2007. AIDS-Forum DAH; Band 52. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. Online unter: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/forum_52_substitution.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Stöver, Heino; Bammann, Kai (2006): *Tätowierungen im Strafvollzug – Gesundheitsrisiken und Infektionsprophylaxe*. In: Bammann, Kai; Stöver, Heino (Hrsg.) (2006): *Tätowierungen im Strafvollzug – Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen*. Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“; Band 13. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. S. 161–178.
- Stöver, Heino; Casselman, Joris (2006): Substitutionsbehandlungen in europäischen Gefängnissen. In: *Suchttherapie – Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*. Ausgabe 02, Jahrgang 7, Mai 2006. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 66–71. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/suchttherapie/doi/10.1055/s-2006-926783.pdf>. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Stöver, Heino; Hennebel, Laetitia C.; Casselmann, Joris (2004): *Substitution Treatment In European Prisons – A study of policies and practies of substitution in prisons in 18 European countries*. London: ENDSP, Cranstoun Drug Services. Online unter: <http://www.drugsandalcohol.ie/5987/1/2778-2976.pdf>. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Stöver, Heino; Jacob, Jutta (1997): *Vermeidung gesundheitlicher Schäden durch peer-support und peer-education*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 225–234.
- Stöver, Heino; Michels, Ingo Ilja (2011): *Die Substitution braucht Impulse zur Weiterentwicklung*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 117–140.
- Stöver, Heino; Schäffer, Dirk; Köthner, Urs (2010): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: IMPROVE – Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten – Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform*. Berlin: akzept e.V.. Online un-

- ter: http://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/improve.pdf. Zuletzt abgerufen am 24.02.2012.
- Stuhlmann, Jens (1997): *Drogenkonsum im Gefängnis – Innenansichten aus dem Strafvollzug*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 31–40.
- Taylor-Schultz, Brigitte (2008): *Offizielle Strukturen des Justizvollzugs*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (Hrsg.) (2008): *Betreuung im Strafvollzug: Ein Handbuch*. 4. Auflage. Berlin: DAH. S.19–37.
- Thane, Katja; Wickert, Christian; Verthein, Uwe (2009): *Abschlussbericht – Szenebefragung in Deutschland 2008*. Im Auftrag des AK Konsumraum mit freundlicher Unterstützung des Deutschen AIDS-Hilfe e.V.. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD). Online unter: <http://www.krisenhilfe-bochum.de/downloads/2009/Szenebefragung20090708.pdf>. Zuletzt abgerufen am 21.04.2012.
- Thamm, Berndt Georg; Katzung, Walter (1994): *Drogen-legal-illegal : Von Kaffee bis Koks, von Alkohol bis Amphetamin – Daten, Fakten, Hintergründe*. 2. Auflage. Hilden/Rhld.: Verlag Deutsche Polizeiliteratur GmbH.
- Thiel, Andreas (1997): *Infektionsprophylaxe im Strafvollzug in der JVA Vierlande – Zur Abgabe steriler Einwegspritzen in einem Hamburger Modellprojekt*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 159–166.
- Trautmann, Franz; Barendregt, Cas (1994): *The European Peer Support Manual – Peer Support as a Method for Aids Prevention in Intravenous Drug User Communities*. The European Peer Support Project “Encouragement, development and support of AIDS prevention by peer support in intravenous drug user communities” supported by the European Commission. Utrecht: National Institute on Alcohol and Drugs (NIAD); Project “Aids en Druggebruik”. Online unter: <http://www.trimbos.org/~media/Programmas/Internationalisering/Peer%20Support%20Manual.ashx>. Zuletzt abgerufen am 02.04.2012.

- Trautmann, Franz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Risikominimierung im Strafvollzug 2009: Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen*. 2., überarbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V..
- Treck, Bernhard van (Hrsg.) (2002a): *Drogen: Alles über Drogen und Drogenwirkung, Prävention und Strafverfolgung, Beratung und Therapie*. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag GmbH.
- Treck, Bernhard van (2002b): *Grundregeln im Umgang mit Drogen*. In: Treck, Bernhard van (Hrsg.) (2002a): *Drogen: Alles über Drogen und Drogenwirkung, Prävention und Strafverfolgung, Beratung und Therapie*. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag GmbH. S. 31–37.
- Tretter, Felix (2000): *Suchtmedizin: Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis*. Stuttgart; New York: Schattauer Verlag.
- Uchtenhagen, Ambros (2009): *Heroingestützte Behandlung*. In: Beubler, Eckhard; Haltmayer, Hans; Springer, Alfred (Hrsg.) (2009): *Opiatabhängigkeit – Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. 2. Auflage. Wien: Springer-Verlag. S. 205–212.
- Uchtenhagen, Ambros; Zieglgänsberger, Wakter (Hrsg.) (2000): *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 1. Auflage. München; Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Verster, Annette (2001): Substitution Treatment for Opiate Dependence in Europe. Presentation Montego Bay, August 2001. Online unter: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=Substitution+Treatment+for+Opiate+Dependence+in+Europe&source=web&cd=3&ved=0CFQQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cicad.oas.org%2FReduccion_Demanda%2Feng%2FDRresources%2Fexperts%2FExpertsIV%2FPres-Verster-eng.ppt&ei=QVtDT6z4McHZtAaanpyEBg&usg=AFQjCNF-7TNfjo86JzCZ99jzWdrf5zuXUg&cad=rja. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- Verthein, Uwe; Kuhn, Silke; Haasen, Christian (2008): *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*. Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow-up Phase gemäß Studienprotokoll Nr. ZIS-HV9-0701 vom 23. Juli 2001, und Amendments Nr. ZIS-HA9/1 bis ZIS-HA9/16. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Online unter: http://www.heroinstudie.de/H-Bericht_FU.pdf. Zuletzt abgerufen am 03.03.2012.

- Vester, Heinz-Günter (2009): *Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walborn, Robin (2008): *Substitution und psychosoziale Betreuung am Beispiel der JVA Berlin-Tegel*. In: Stöver, Heino (Hrsg.) (2008d): *Substitution in Haft*. unveränderter Nachdruck der ersten Auflage vom November 2007. AIDS-Forum DAH; Band 52. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S.41–48.
- Walcher, Stephan (2009): *4.1 Erste-Hilfe im Drogennotfall*. In: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. (Hrsg.) (2009): *Prävention von Drogentodesfällen: Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis*. 1. Auflage. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.. S. 48–60.
- Walcher, Stephan (2011): *Spotlight: Behandlung der Hepatitis C bei Drogengebrauchern*. In: Schäffer, Dirk; Stöver, Heino (Hrsg.) (2011): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis – Ein Handbuch*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 296–299.
- Walter, Michael (1999): *Strafvollzug*. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Reihe: Rechtswissenschaft heute. Stuttgart; München; Hannover; Berlin, Weimar, Dresden: Richard Boorberg Verlag.
- Warns, Clemens (1996): *Soziokulturelle Aspekte der Sucht – Impressionen aus Lebenswelt und Innenwelt von Drogenabhängigen*. In: Nowak, Manfred; Schifman, Richard; Brinkmann, Rüdiger (Hrsg.) (1996): *Drogensucht: Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis*. 2. Auflage. Stuttgart; New York: Schattauer Verlag. S. 29–42.
- Weilandt, Caren (2005): *Infektionsprophylaxe und Drogenhilfe in europäischen Gefängnissen: Ausgewählte Ergebnisse der Berichterstattung*. In: Akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH); Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) (Hrsg.) (2005): *Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: Bonn, Oktober 2004*. Berlin: akzept e.V.; DAH; WIAD. S. 47–69.
- Weilandt, Caren; Schüler, Gerhard (2002): *Adhärenz in der HIV-Therapie: Was beeinflusst den Behandlungserfolg? – Abschlussbericht der Phase II*. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Rev. Fassung v. 1. April 2003 und 13. April 2003. Bonn: WIAD. Online unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/red>

aktion/pdf_publicationen/forschunforschungs/Adhärenz_retrovirale_Kombinationstherapie.pdf. Zuletzt abgerufen am 14.02.2012.

- Wiegand, Caren; Weilandt, Caren; MacDonald, Morag; Popov, Ivan; Purvlice, Baiba; Pavlovska, Linda; Parausanu, Emanuel; Dobrota, Sorin (o.J.): *Schadensminderung im Justizvollzug: Ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n*. TCJP "Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups" gefördert von der Europäischen Kommission; Bereich öffentliche Gesundheit. Bonn: WIAD. Online unter: http://tcjp.eu/LIVE/DOWNLOADS/TCJP_MANUAL_DE_WEB.pdf. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- Winkler, Petra (1998): *Hilfen bei Drogennotfällen und Erkrankungen durch Drogenkonsum*. In: Jacob, Jutta; Stöver, Heino (Hrsg.) (1998): *Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen – Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug*. Band 4 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. S. 237–246.
- Wischka, Bernd; Rehder, Ulrich; Specht, Friedrich; Foppe, Elisabeth; Willems, Ralf (Hrsg.) (2005): *Sozialtherapie im Justizvollzug – Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. 1. Auflage. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Argandoña, Mario (2000): *2.1 Diagnostische Klassifikation der Substanzstörung*. In: Uchtenhagen, Ambros; Zieglgänsberger, Wakter (Hrsg.) (2000): *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 1. Auflage. München; Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 23–27.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Bühringer, Gerhard; Rehm, Jürgen T. (2011a): *Kurzbericht: Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome*. Dresden: Technische Universität Dresden; Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Online unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Kurzbericht_Premos.pdf. Zuletzt abgerufen am 03.05.2012.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Bühringer, Gerhard; Rehm, Jürgen T. (2011b): *Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte*

- der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome.* Schlussbericht an das BMG. Dresden: Technische Universität Dresden; Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Online unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PREMOS.pdf. Zuletzt abgerufen am 03.05.2012.
- Witzel, Joachim G. (2009): *6.8 Psychiatrischer Konsiliardienst.* In: Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): *Gefängnismedizin – Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen.* Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG. S. 223–227.
- World Health Organization (WHO) (editor) (1994): *Lexicon of alcohol and drug terms.* Geneva: WHO. Online unter: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf>. Zuletzt abgerufen am 11.09.2011.
- World Health Organization (WHO) (editor) (2010): *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period.* Copenhagen: WHO. Online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf. Zuletzt abgerufen am 09.12.2011.
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2003): *Erklärung zu Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit.* Verabschiedet am 24. Oktober 2003 in Moskau. Moskau : WHO. Online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/120469/E94242g.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.02.2012.
- World Health Organization (WHO); United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (editor) (2004): *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: WHO/UNODC/UNAIDS position paper.* Geneva: WHO. Online unter: http://www.drugsandalcohol.ie/14107/1/WHO_PositionPaper_Substitution.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.02.2012.
- World Health Organization (WHO); United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (editor) (2007a): *Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Needle and syringe programmes and bleach and decontamination strategies.* Evidence for Action Technical Papers. Geneva: WHO. Online

- unter: http://www.who.int/hiv/idu/Prisons_needle_syringe%20programm.es.pdf. Zuletzt abgerufen am 18.03.2012.
- World Health Organization (WHO); United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (editor) (2007b): *Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condoms and other measures to decrease sexual transmission*. Evidence for Action Technical Papers. Geneva: WHO. Online unter: http://www.who.int/hiv/idu/Prisons_condoms.pdf. Zuletzt abgerufen am 16.03.2012.
- Wright, Michael T. (2003a): *Stricher und Stricherarbeit: Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis*. In: Wright, Michael T. (Hrsg.) (2003b): *Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung Teil 1: Männer*. AIDS-Forum DAH; Band 45–1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 11–23.
- Wright, Michael T. (Hrsg.) (2003b): *Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung Teil 1: Männer*. AIDS-Forum DAH; Band 45–1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. Online unter: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/DAH-Forum-45.pdf>. Zuletzt abgerufen am 13.04.2012.
- Zettel, Dietrich (1988): *Anstaltsarzt und ärztliche Versorgung*. In: Schwind, Hans Dieter; Blau, Günter (Hrsg.) (1988): *Strafvollzug in der Praxis – Eine Einführung in die Probleme und Realitäten des Strafvollzuges und der Entlassenenhilfe*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin; New York: de Gruyter Verlag. S. 193–208.
- Zurhold, Heike (1997): *Strategien zur Haftvermeidung und Haftreduzierung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive*. In: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz; Stöver, Heino (Hrsg.) (1997): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH; Band XXVII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.. S. 261–278.

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“

Hrsg. von Heino Stöver und Jutta Jacob

Band 1: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Eröffnungsbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1996. – 190 S. – ISBN 3-8142-0566-9 – € 12.80

Band 2: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Zwischenbericht zum Modellprojekt. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg 1997. – 418 S. – ISBN 3-8142-0596-0 – € 12.80

Band 3: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Abschlußbericht. – H. Stöver, J. Jacob, M. Pospeschill. – Oldenburg. Vergriffen

Band 4: Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen: ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug. – Jutta Jacob, Heino Stöver (Hrsg.). – Oldenburg 1998. – 248 S. – ISBN 3-8142-0617-7 – € 12.80

Band 5: Healthy Prisons. Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. – Heino Stöver. – Oldenburg 2000. – 498 S. – ISBN 3-8142-0720-3 – € 13.90

Band 6: AIDS- und Hepatitis-Viren: Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug. – Karlheinz Keppler. – Oldenburg 2001. – 137 S. – ISBN 3-8142-0778-5 – € 7.70

Band 7: Zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit: 10 Jahre Substitution im Bremer Strafvollzug. – Anja Schultze. – Oldenburg 2001. – 270 S. – ISBN 3-8142-0779-3 – € 10.20

Band 8: Drug and HIV AIDS services in European prisons / Heino Stöver. – Oldenburg 2002. – 248 S., Literaturverz. – ISBN 3-8142-0818-8 – € 10.00

Band 9: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug: eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. – Knut Tielking, Susanne Becker, Heino Stöver. – Oldenburg 2003. – 244 S. – ISBN 3-8142-0885-4 – € 8.80

Band 10: Gesundheitsförderung in totalen Institutionen am Beispiel einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt. – Heiner Bögemann. – Oldenburg 2004. – 350 S. – ISBN 3-8142-0917-6 – € 18.00

Band 11: Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries. – Heino Stöver, Laetitia Hennebel, Joris Casselman. – 515 S. – ISBN 3-8142-0925-7 – € 25.00 (vergriffen)

Band 12: Female drug users in European prisons. Approaches to a scarcely –noticed prison population. – Heike Zurhold, Christian Haasen, Heino Stöver. – Oldenburg 2005. – 260 S. – ISBN 3-8142-0990-7 – € 12.00

Band 13: Tätowierungen im Strafvollzug: Hafterfahrungen, die unter die Haut gehen. – Kai Bammann, Heino Stöver. – Oldenburg 2006. – 192 S. – ISBN 3-8142-2025-0 – € 12.80

Band 14: Provisions for amphetamine type stimulant users in European prisons. Tom Decorte. – Oldenburg 2006. – 216 S. – ISBN 978-3-8142-2051-2 € 25.00

Band 15: Juveniles in secure settings: services for problematic drug and alcohol users. – Morag MacDonald, Susie Atherton, Heino Stöver. – Oldenburg 2006. – 221 S. – ISBN 978-3-8142-2061-1 – € 25.00

Band 16: Harm reduction in European prisons: a compilation of models of best practice. – Heino Stöver, Morag MacDonald, Susie Atherton. – Oldenburg 2007. – 183 S. – ISBN 978-3-8142-2090-1 – € 25.00

Band 17: Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide. – Andrej Kastelic, Jörg Pont, Heino Stöver. – Oldenburg 2008. – 91 S. Spiralheftung. – ISBN 978-3-8142-2117-5 – € 10.00

Band 18: Bildung & Qualifizierung im Gefängnis: Lösungsbeispiele aus der Praxis. – Kai Bammann. – Oldenburg 2008. – 191 S. ISBN 978-3-8142-2118-2 – € 15.80. Vergriffen

Band 19: Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug. Kathleen Schwarz, Heino Stöver. – Oldenburg 2010. – 190 S. ISBN 978-3-8142-2213-4 – € 15.80

Band 20: Towards a Continuum of Care in the EU Criminal Justice System. A survey of prisoners' needs in four countries (Estonia, Hungary, Lithuania, Poland). Heino Stöver, Katja Thane – Oldenburg 2011. – 313 S. – ISBN 978-3-8142-2233-2 – € 19,80

Band 21: Glücksspielbezogene Probleme unter den Gefangenen im Hamburger Justizvollzug. – Heike Zurhold, Jens Kalke, Uwe Verthein – Oldenburg 2011. – 144 S. – ISBN 978-3-8142-2248-6 – € 15,00