

ORIGINALBEITRÄGE

Heino Stöver, Daniel Deimel und Anna Dichtl

Der Prozess der Kriminalisierung und Inhaftierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland. Implikationen für eine gesundheitsbezogene Rehabilitation und Resozialisierung.

Zusammenfassung

Sowohl im Rahmen der Strafverfolgung, des Gerichtswesens, im Strafvollzug als auch im Übergang vom Strafvollzug in Freiheit, kommt es wiederkehrend zu Kriminalisierungsprozessen von Konsumierenden illegaler Drogen. Im Rahmen des vorliegenden Beitrages werden die Dynamiken der Kriminalisierung von Drogenkonsumierenden nachvollzogen und deren negativen Auswirkungen auf die gesundheitliche und psychosoziale Situation dieser Menschen abgebildet. Die hieraus resultierende gesundheitliche Chancenungleichheit verstärkt eine Chronifizierung der Problemlagen und steht einer gesundheitsbezogenen Rehabilitation und Resozialisierung im Wege. Eine Reform der Drogenpolitik, durch Entkriminalisierung der Konsumierenden und eine Neuregulierung des Drogenmarktes sowie eine starke Fokussierung auf wirksame suchttherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen im Justizvollzug sind daher dringend indiziert, um dieser gesundheitsbezogenen Ungleichheit entgegen zu wirken und eine Rehabilitation und Resozialisierung von drogenkonsumierenden Strafgefangenen zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Kriminalisierung, Drogenkonsum, Gefängnis, Resozialisierung, Rehabilitation

The process of criminalization and incarceration of drug users People in
germany. Implications for a health-related Rehabilitation

Abstract

People who use drugs are criminalized not only in the context of prosecution and judiciary but also in the penal system and in the context of transition from prison to

freedom. The following article shows the dynamics of criminalization of people who use drugs that have fuelled incarceration, social marginalization and health crises. With criminalization associated health inequalities intensify the chronification of existing problem areas and impede health-related as well as social rehabilitation of people who use drugs. Drug policy reforms in terms of decriminalization of drug use and people who use drugs as well as a regulation of the drug market and a strong focus on effective addiction and social therapy measures in prisons are urgently indicated in order to counteract health-related inequalities and to enable rehabilitation of prisoners who use drugs.

Keywords: Criminalization, drug use, prison, rehabilitation, resocialisation

Kriminalisierung von Drogenkonsumierenden, drogenbezogene Delikte und Substanzkonsum in Haft

Die Kriminalisierung, also die Strafverfolgung, die gerichtliche Befassung, Verurteilung und Inhaftierung kann als ein langandauernder Prozess verstanden werden, der viele Konsumentinnen und Konsumenten illegaler psychoaktiver Substanzen im Laufe ihrer Konsumphase betrifft. Dabei verläuft der Kriminalisierungsprozess bei den Konsumierenden verschiedener psychoaktiver Substanzen sehr unterschiedlich. Bei den Konsumierenden von Cannabis führt die polizeiliche Auffälligkeit in der Regel – bei geringen Mengen zum Eigenbedarf und Ersttäterschaft – zu einer Einstellung des Verfahrens. Verbunden damit sind aber neben den strafrechtlichen oftmals zivilrechtlichen Konsequenzen (z.B. Beratungsaufgaben, Führerscheinentzug etc.) und die Folgen für das soziale Nahfeld der Betroffenen sind oft erheblich (Stigmatisierung und Diskriminierung). Anders verhält es sich bei den – oft abhängig – Konsumierenden von Opioiden (v.a. Heroin), die polizeilich auffällig geworden sind über den Besitz bestimmter Mengen bzw. sog. Beschaffungskriminalität. Es konnte gezeigt werden, dass die Zahlen zu Haftaufenthalten in dieser Population bei über 80 % liegen, und zwar im Durchschnitt mit zahlreichen Haftaufenthalten über insgesamt mehrere Jahre (Robert Koch-Institut, 2016). Auch wenn die Zahl aufgrund von Delikten im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz bei nur etwa 15 % aller Gefangenen liegt, gehen Fachpersonen davon aus, dass wesentlich mehr Gefangene opioiderdahen oder -abhängig sind – etwa doppelt so viele (Stöver, 2021). Die Inhaftierung von Menschen mit einer ICD 10 – bzw. DSM 5 – Diagnose der Opioidgebrauchsstörung stellt für diese Personen bestimmte gesundheitliche und soziale Herausforderungen dar, sowohl während der Inhaftierung, als auch an den Schnittstellen der Übergänge vom Leben in Freiheit ins Gefängnis und wieder in Freiheit. Im Folgenden werden die Konsumierenden differenziert dargestellt und deren strafrechtliche Erscheinung sowie die medizinischen und psychosozialen Implikationen der Strafverfolgung und Inhaftierung näher untersucht.

Substanzkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Jugendarrest und Jugendstrafvollzug

Insgesamt existieren nur wenige Daten, die den Substanzkonsum von Jugendlichen in Jugendarrestanstalten oder Inhaftierten des Jugendstrafvollzuges abbilden. Köhler et al. (2010) untersuchten in einer Stichprobe von 106 männlichen Jugendlichen und Heranwachsenden (Durchschnittsalter 18,9 Jahre) die psychische Gesundheit und Substanzkonsum der Probanden. Die Lebenszeitprävalenz von irgendeiner konsumierten illegalisierten Substanz lag bei 75,5 %. Die stärkste Verbreitung hatte Cannabis mit 74,5 %, Kokain (34 %), Amphetamine (17,9 %) sowie Halluzinogene (17,9 %). In den drei Monaten vor der Arrestierung lag die Prävalenz von Cannabis bei 23,6 %, Kokain (0,9 %) und Amphetamine bei (0,9 %). Deutlich höhere Prävalenzen konnten im Jugendstrafvollzug ermittelt werden (vgl. Abbildung 1).

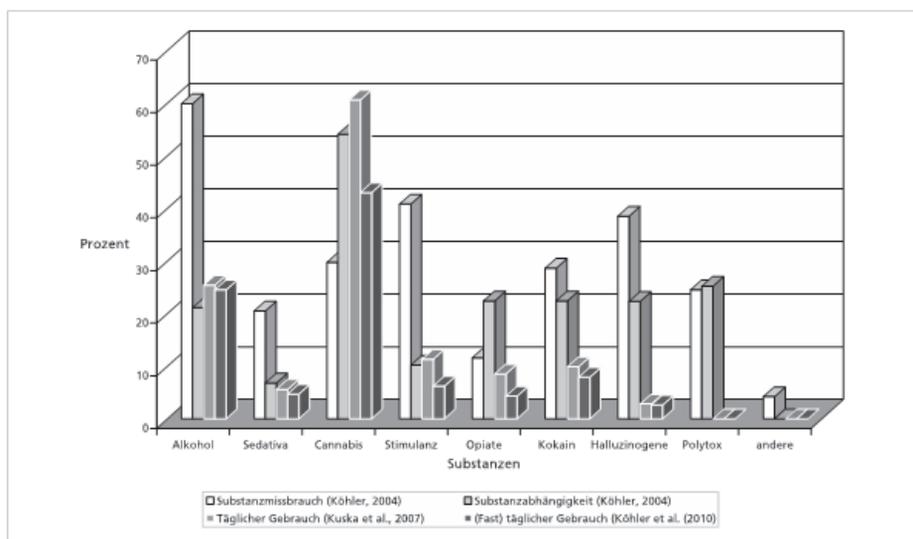


Abbildung 1: Substanzgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit bei männlichen Inhaftierten des Jugendstrafvollzuges vor der Inhaftierung (Köhler & Bauchowitz, 2012).

Über den Konsum während des Arrestes oder dem Jugendstrafvollzug liegen bisher keine Daten vor. Eine deutlich bessere Datenbasis existiert über drogenbezogene Delikte und den Substanzkonsum im Erwachsenenstrafvollzug.

Drogenbezogene Delikte und Substanzkonsum im Erwachsenenstrafvollzug

Der Prozess der Kriminalisierung der Konsumierenden illegaler psychoaktiver Substanzen hat in Deutschland ein hohes Ausmaß angenommen. Die Zahl der polizeilich festgestellten Rauschgiftdelikte steigt seit vielen Jahren kontinuierlich an und belief sich 2020 auf 365.753 Rauschgiftdelikte (Bundeskriminalamt 2021). Allein Cannabisbezogene Delikte stiegen von 50.277 im Jahr 1993 auf 224.899 im Jahr 2020. Dies entspricht einem Anstieg um über 340 %. Obwohl mit dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in erster Linie der Handel und Schmuggel verfolgt und bestraft werden sollten, lag der Anteil der sog. konsumnahen Delikte (allgemeine Verstöße gemäß § 29 BtMG in der Regel im Mengenbereich zum Eigenbedarf) nie unterhalb von 60 %. Ab dem Jahr 2004 überschreitet er regelhaft die 70 %-Marke und erreichte 2020 den neuen historischen Höchstwert von 79 %. Bei Cannabis-bezogenen Delikten lag der Anteil konsumnaher Delikte im BKA-Berichtsjahr 2020 sogar bei 83,8 % (188.465 Delikte). Das sind mehr als 51 % aller Rauschgiftdelikte (vgl. auch Cousto & Stöver, 2020, S. 120ff). Die Zahl der Tatverdächtigen wegen Verstoßes gegen das BtMG lag 2020 bei 284.723 Personen; ca. 30 % davon waren Jugendliche und Heranwachsende.

Die Repression gegen Drogenkonsumierende hat in den letzten Jahren ein Rekordniveau erreicht. Im Jahre 2019 betrug die Zahl der Delikte, die im Zusammenhang mit Cannabis standen, 221.866 Fälle, darunter entfielen auf sog. konsumnahe Delikte im Zusammenhang mit Cannabis und seinen Zubereitungen 186.367 Strafanzeigen (vgl. Abb. 2 & 3).

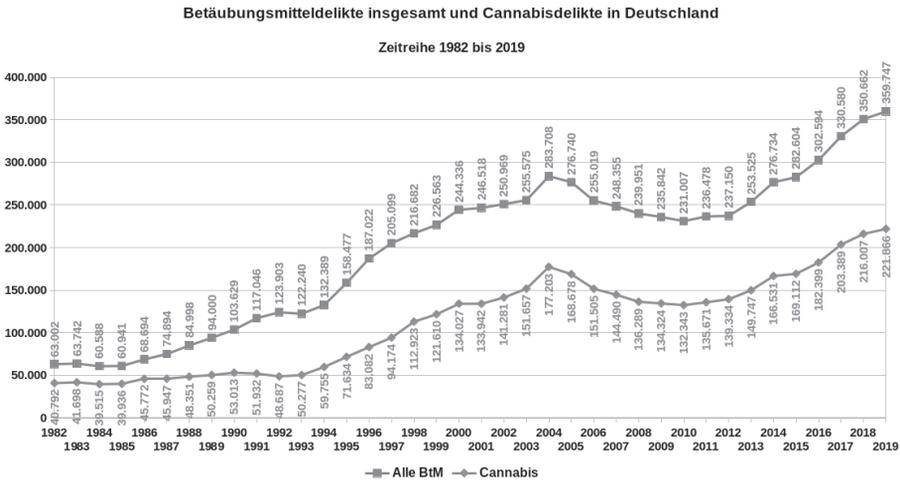
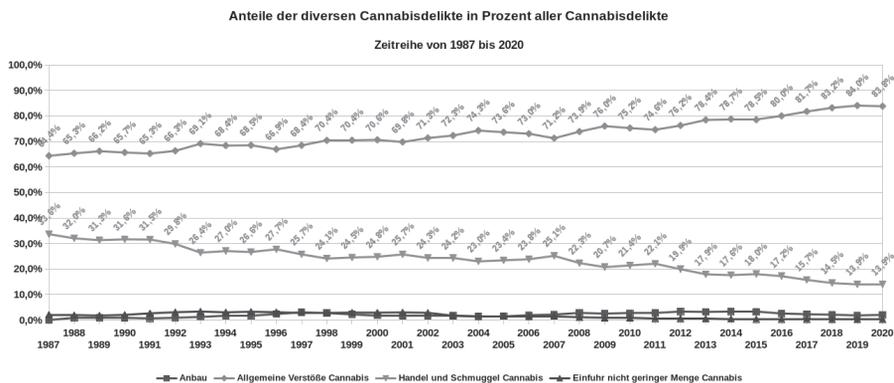


Abb.2: Betäubungsmitteldelikte in Deutschland insgesamt und Delikte bezogen nur auf Cannabis (Cousto & Stöver, 2020, 120)



Die Grafik zeigt die Anteile der diversen Cannabisdelikte als Zeitreihe von 1987 bis 2020. Der illegale Anbau erreichte 2020 einen Anteil von 2,0 Prozent und die illegale Einfuhr in nicht geringen Mengen einen Anteil von 0,3 Prozent. Datenquelle: BKA: PKS-Zeitreihe

Abb.3: Anteile der diversen Cannabisdelikte in Prozent aller Cannabisdelikte (Costo, 2021)

Die häufigsten Formen der Verurteilungen nach dem BtMG sind Geldstrafen, Freiheitsstrafen auf Bewährung und Freiheitsstrafen ohne Bewährung. Im Jahr 2017 wurden 9.304 (18,2 %) der Straftäter nach dem BtMG zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt (Statistisches Bundesamt, 2018).

Im Jahr 2018 wurden 64.350 Personen aufgrund eines BtMG-Verstoßes verurteilt (Statistisches Bundesamt, 2019). Zum Stichtag 31.03.2019 befanden sich insgesamt 6.796 Personen, d.h. 13,4 % aller Gefangenen, wegen eines BtMG-Verstoßes in Einrichtungen des Freiheitsentzugs (50.589 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte insgesamt). Unklar ist, ob es sich dabei um Konsumierende, Abhängige oder Handelnde handelt. Man geht aber davon aus, dass ein erheblicher Teil, der wegen BtMG-Verstoßen Inhaftierter selbst Drogen konsumiert bzw. davon abhängig ist, und darüber hinaus weitere Drogenkonsumierende beispielsweise wegen Beschaffungskriminalität verurteilt wurden, die in den Statistiken unter anderen Kategorien als BtMG-Verstoßen aufgelistet werden (Jakob, Stöver & Pfeiffe-Gerschel, 2013; Stöver, 2012). Zudem sind vermutlich auch einige „unauffällige“ Drogenkonsumierende inhaftiert, d.h. Personen die noch nie wegen ihres Drogenkonsums polizeilich auffällig geworden sind, und auch solche, die erst in Haft beginnen Drogen zu konsumieren (Thane, 2015).

Hellmann (2014) zeigt in ihrer Untersuchung auf, dass Drogendelikte der Anlass für die gegenwärtige Haftstrafe bei 19,5 % der Männer, 26,2 % der Frauen und 15,4 % der Jugendlichen war. Die erste bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug (Stichtag: 31.03.2018 unter der Beteiligung von 12 Bundesländern) zeigt auf, dass zum Zeitpunkt des Haftantritts 27 % der 41.896 erfassten Gefangenen eine Abhängigkeit und 17 % einen schädlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen (nach den Kriterien der WHO ICD-10) aufweisen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2019). Ein erheblicher Teil der Gefangenen setzt seinen Drogenkonsum auch in Haft fort (Moazen et al., 2020). Allen voran die "DRUCK"-

Studie des Robert Koch Instituts (2016) zeigt die Kontexte der Kriminalisierung von Drogenkonsumierenden detailliert auf: Von den mehr als 2.000 in Freiheit befragten Drogenabhängigen waren 81 % bereits zuvor inhaftiert. Die mediane Gesamthaftzeit betrug drei Jahre und sechs Monate. 30 % der Befragten haben in Haft Drogen injiziert, 11 % haben in Haft mit dem intravenösen (i.v.) Drogenkonsum begonnen (Robert Koch-Institut, 2016, S. 71).

Gegenwärtig muss man bei etwa 50.589 (31.3.2019) Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten (Statistisches Bundesamt, 2020) und ca. 30 % Opioiderfahrenen also von ca. 15.000 Menschen ausgehen (ohne Maßregelvollzugsanstalten, Polizeiarrest) – im Verlaufe eines Jahres von etwa doppelt so vielen. Etwa jeder Zehnte der allgemein angenommenen Gesamtzahl von mind. 160.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit inhaftiert. Bei ca. 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5 Mal mehr Drogenkonsumierende im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen (Stöver, 2012). Weitere Studien in Europa zeigen, dass bis zu 60 % der intravenösen (i.v.) Drogenkonsumierenden auch nach einer Inhaftierung weiterhin i.v. Drogen konsumieren (Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartweg & Thane, 2008).

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei drogenbezogenen Delikten im Wesentlichen um Kurzstrafen handelt, zu einem erheblichen Teil auch Ersatzfreiheitsstrafen, weil sie die Geldstrafe nicht zahlen können (vergl. mit ähnlichen Daten: Bögelein et al., 2014 Hößelbarth et al., 2011.). Durch die Kürze der Strafen bergen die Übergänge von der Freiheit in die Haft und von der Haft in die Freiheit zurück erhebliche gesundheitliche und soziale Risiken, insbesondere was fatale Überdosierungen, Infektionsrisiken unmittelbar nach Inhaftierung und Haftentlassung anbelangt (WHO, 2014; Stöver & Michels, 2021), aber auch den Wohnungs-/arbeitsplatzverlust und den Wiedereintritt in die gesetzliche Krankenversicherung. Der Strafvollzug – das zeigen diese Daten – wird zu einer Durchgangsstation, zu einem wichtigen Teil der Biographie für die meisten Drogenkonsumenten, der massiven Drehtüreffekten unterliegt.

Dies vor dem Hintergrund ohnehin hoher Vorstrafenbelastung der meisten Gefangenen. Laut Statistischem Bundesamt (2020) waren von den 46.054 Insassen am 31. März 2020 31.372 vorbestraft: 15.906 Menschen 1–4 Mal, 10.042 5–10 Mal, weitere 4.478 11–20 Mal und 764 mehr als 21 Mal (vgl. Jünschke, 2021).

Gesundheitliche Chancenungleichheit und Risiken der Inhaftierung: Infektionserkrankungen, Behandlungsungleichheit und Überdosierungen

Gefängnisse sind seit jeher Häuser der Armen und Kranken: Soziale und gesundheitliche Auffälligkeiten finden sich hier überproportional häufig wieder: Wohnungslosigkeit, niedriger Bildungsgrad, sowie psychische Störungen einschließlich Drogenabhängigkeiten und Infektionskrankheiten sind bei den Gefangenen stark verbreitet. Vor allem seit Mitte der 80er Jahre ist der Justizvollzug zunehmend mit der Verbreitung viraler und bakterieller Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Hepatitiden (A, B und

C), STIs und Tuberkulose konfrontiert. Die anfängliche Hysterie ist mehr und mehr einer nüchternen Betrachtung der tatsächlichen Gefährdung für (Mit-)Gefangene und Bedienstete gewichen. Anfängliche Rufe nach Isolation und Zwangstestung aller Gefangenen sind weitgehend verstummt. Der Normalisierungsprozess gegenüber HIV/AIDS drückt sich aus in dem Abbau diskriminierender formaler Handlungsanweisungen in den Verwaltungsvorschriften vieler Justizbehörden (Stöver & Lines, 2006). Mehr und mehr setzt sich – allerdings mit erheblichem Zeitverzug – auch in den Gefängnissen die Wahrnehmung von HIV/AIDS als einer chronischen, aber behandelbaren Krankheit durch. Trotzdem bestehen nach wie vor erhebliche Problembereiche für HIV-Infizierte oder bereits an AIDS erkrankte Gefangene. Dazu kommt, dass mit der langjährigen Fixierung auf HIV/AIDS den ebenso existentiell bedrohlichen Hepatitis-Infektionskrankheiten (B u. C) zu wenig Beachtung geschenkt wurde (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch, 2019). Die Herausforderung für den Strafvollzug und die Gesundheitsfürsorge lautet daher: Bekämpfung der Infektionskrankheiten allgemein und nicht mehr nur von HIV.

Infektionserkrankungen gehören mit zu den gewichtigsten Gesundheitsstörungen im Strafvollzug. Gefangene sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 48- bis 69-Mal häufiger mit Hepatitis C und 7–12 Mal häufiger mit HIV infiziert (Opitz-Welke, Lehmann, Seidel & Konrad, 2018). Die DRUCK-Studie des RKI zeigte zudem eine Assoziation von HCV-Infektion mit Hafterfahrung auf; mit einer steigenden Dauer und Häufigkeit der Hafterfahrungen stieg auch die HCV-Prävalenz (Robert Koch-Institut, 2016).

Seit vielen Jahren gibt es keine überregionale Studie zu HIV/Hepatitis in Haft, ein systematisches bundesweites Screening existiert ebenfalls nicht, einige Bundesländer und Justizvollzugsanstalten erheben jedoch mit unterschiedlichen Teststrategien regelmäßige Daten zu Infektionskrankheiten unter Gefangenen.

Bezüglich der Behandlungsprävalenz in deutschen Gefängnissen kommen Müller et al. (2017) zu dem Schluss, dass HIV-Behandlungen als einzige von vier untersuchten Behandlungen (HIV-, HCV-, Tuberkulose-Behandlung und Opioid-Substitutionstherapie (OST) zu einem den geschätzten Zahlen an infizierten Gefangenen angemessenen Anteil angeboten werden. Die Prävalenz der HCV-Behandlungen erweist sich als zu niedrig, ebenso der Anteil von Substitutionsbehandlungen in einigen Bundesländern (siehe hierzu auch Stöver et al., 2019). Es wurden hohe Unterschiede bei der Bereitstellung von Behandlungen zwischen den Bundesländern gefunden, was trotz Richtlinien für die extramurale Behandlung auf inkonsistente Behandlungspraktiken in Haft hinweist. Eine medizinische Versorgung im Rahmen des Äquivalenzprinzips (qualitativ gleichwertige medizinische Versorgung innerhalb und außerhalb der Haft) wird demzufolge nicht in allen Bundesländern gleichermaßen umgesetzt.

Eine Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe bedeutet für Drogenabhängige nicht nur soziale Exklusion und regelhaft ein Leben in relativer Einkommensarmut, sondern darüber hinaus auch den Ausschluss von gewohnten oder notwendigen suchtmedizinischen Angeboten. Während bspw. in Freiheit ca. 50 % aller Opioidabhängigen von der medikamentengestützten Behandlung mit Agonisten oder Partialagonisten einer mitt-

lerweile breiten Medikamentenpalette (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine, Diacetylmorphin, Codein) profitieren, sind es in Haft nur ca. 23 % aller opioidabhängigen Gefangenen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2019; Stöver & Keppler, 2021), denen dann auch nur eine eingeschränkte Medikamentenpalette zur Verfügung steht (Lesting, Stöver, Keppler & Fähmann, 2021). Sie profitieren also nicht, bzw. nicht ausreichend vom Fortschritt der Suchtmedizin/-therapie und bleiben ausgeschlossen von modernen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten (Fähmann, Schuster, Stöver, Häßler & Keppler, 2021; Stöver et al., 2019).

Drogenkonsumierende und -abhängige Gefangene werden systematisch von Schutzmitteln und -möglichkeiten ausgeschlossen und können sich deshalb nicht wirksam vor Infektionskrankheiten schützen. Evidenzbasierte Strategien, wie die Spritzenvergabe auch in Haft (Lazarus et al., 2018; Stöver & Knorr, 2014; UNODC, 2015) als wirksame Mittel zur Reduktion der Verbreitung von viralen Infektionskrankheiten und des illegalen Drogenkonsums, sind in Deutschland äußerst selten: Lediglich die Frauenhaftanstalt Lichtenberg in Berlin gewährt den Gefangenen seit etwa 20 Jahren einen Zugang zu sterilen Spritzbestecken (Staack, 2014), was bedeutet, dass nur etwa 0,5 % aller Haftanstalten eine effektive Infektionsprophylaxe betreiben.

Ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeit des Umgangs mit Drogenabhängigen besteht darin, dass sie in der Regel als „nicht lockerungsgeeignet“ betrachtet werden, so dass hier von einer Schlechterstellung gegenüber anderen Gefangenen ausgegangen werden kann. Da von Seiten des Vollzuges gemutmaßt wird, es würde zu einem Konsum illegalisierter Substanzen während der Lockerung oder des Urlaubs kommen, wird dies häufig abgelehnt (Stöver, 2021). Somit kommt für diese Gefangenenengruppe auch die vorzeitige Entlassung häufig nicht zum Tragen, da hierfür die Voraussetzung einer Bewährung unter Lockerungen gilt.

Strukturelle Probleme: Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen in Totalen Institutionen

Der Strafvollzug steht insbesondere unter dem Druck der Öffentlichkeit, das Gefängnis als „drogenfreien Raum“ zu gestalten. Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten adäquate Hilfen an: Dies wird oft gleichgesetzt mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf Undurchlässigkeit der Gefängnismauern. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten, die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren und leugnen. Unter diesem Umstand, dass eigentlich „nicht sein kann, was nicht sein darf“, ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen einerseits den Erwartungen an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages und andererseits den Realitäten eines verbreiteten Drogenkonsums vieler Gefangener und z.T. politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens. Gegenüber diesen Entwicklungen existieren lediglich zwei Reaktionsmuster: zum einen kann versucht werden, den

Strafvollzug noch weiter abzuschotten. Sofern dadurch Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnte, ist dies vor dem Hintergrund eines resozialisierenden Auftrags mit dem Ziel von weitgehender Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde dies zu Lasten auch nicht-betroffener Gefangener gehen. Zum anderen kann man innerhalb des Spannungsfeldes von Sicherheit und Ordnung auf der einen und Hilfsangeboten auf der anderen Seite realitätsgerechte und bedürfnisgerechte Hilfen entwickeln. Diese sollten pragmatische Ziele verfolgen und machbar sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen sein. Deutlich wird allerdings, dass die Arbeit mit Drogenkonsumierenden im Justizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz des Konsums: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren klar den Anstaltsalltag und die Umgangsweise mit den drogengebrauchenden Gefangenen.

Im Vollzug ändern sich nicht nur Verfügbarkeit, Reinheit und die Kosten der Drogen, sondern häufig auch die Motive, die präferierte/n Substanz/en, die Häufigkeit des Konsums sowie die Applikationsform (Thane, 2015). Mit jeder zusätzlichen Droge wird das Risiko einer Überdosierung verdoppelt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & Europol, 2016, 38f.). Ausschlaggebend ist jedoch die gesunkene Toleranz des Körpers gegenüber den Opiaten, welche sich nach längeren Abstinenzphasen, sowie dem veränderten Konsum in Haft einstellt. Binswanger zeigt in einer Studie auf, dass viele Inhaftierte die geringe Kenntnis über eine verminderte Toleranz der Drogen gegenüber als Hauptursache eines Drogennotfalls nennen (vgl. Binswanger, 2014, Merrall et al., 2010). Des Weiteren spielt das Umfeld, in das die Gefangenen entlassen werden, eine entscheidende Rolle. Stressoren infolge des Haftaufenthaltes, wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Bezüge und soziale Isolation stellen ein signifikantes Rückfallrisiko dar (Schäffer & Höpfner, 2011; Binswanger, 2014). Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach erzwungenen Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Nach längeren Abstinenzphasen, wie zum Beispiel bei einem Haftaufenthalt üblich, steigt das Risiko einer Überdosierung an. Laut Schätzungen der WHO (WHO Regional Office for Europe, 2012) sterben ca. 20 % aller sogenannten Drogentoten aufgrund eines Rückfalls aus „erzwungener Abstinenz“. Ein typischer Risikozeitraum für Opioidkonsumierende ist die Phase nach Entlassung aus der Haft. Besonders die ersten 7 Tage nach Entlassung unterliegen nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30 und 120fach erhöht sind (Stöver & Michels, 2021). Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten und zweiten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten 2 Wochen wird zumeist etwa 4–7-fach erhöht beschrieben). Das Risiko sinkt wöchentlich um 50 % ab und stabilisiert sich nach vier Wochen (WHO Regional Office for Europe, 2012; UNODC, 2015). Das bayerische Landeskriminalamt (Stöver & Michels, 2021) ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle

in den 2 Monaten vor ihrem Tod aus der Haft entlassen worden waren (entsprechend 13 %). Ein solcher Abgleich wird allerdings nicht systematisch durchgeführt. Es wird davon ausgegangen, dass zu den typischen Umständen des Drogentodes kurz nach Haftentlassung intravenöser Konsum, prekäre Wohnumstände, Arbeitslosigkeit, psychiatrische Komorbidität mit Suizidalität gehören. In einer bereits länger zurückliegenden Analyse der Haftbefahrung von Drogentodesfällen aus dem Zeitraum 1990 bis 1997 in Hamburg zeigten sich assoziiert mit einem zeitnahen Tod nach Gefängnis-aufenthalt im Vergleich zu späteren Todesfällen die Faktoren jüngeres Lebensalter bei Haftende, häufige Haftaufenthalte in der Vorgeschichte, hohe Lebenshaftzeitsumme sowie eine längere Dauer des letzten Haftaufenthaltes (Heinemann, Kappos-Baxmann & Püschel, 2002).

Übergangsprobleme und Übergangmanagement von Haft in Freiheit

Drogenkonsumierende gelten im Justizvollzug ganz überwiegend als nicht lockerungstauglich, so dass hier von einer Schlechterstellung gegenüber anderen Gefangenen ausgegangen werden kann. Sogenannte "vollzugsöffnende Maßnahmen" kommen für Gefangene, die „erheblich suchtfährdet sind“, nur im Ausnahmefall in Betracht, in der Regel nur dann, wenn besondere Umstände die Annahme begründen, dass eine Missbrauchsfahrer nicht gegeben ist. Dies bedeutet in der Praxis, dass der Sozialdienst vollzugsöffnende Maßnahmen für Drogenkonsumierende mit erheblichem Mehraufwand begründen muss. Da in diese Entscheidungen das Vollzugsverhalten mit einbezogen wird, können Disziplinarmaßnahmen, die in Verbindung mit illegalisierten Drogen stehen, zu einem Ausschluss führen. Eine Ausführung, die durchaus gewährt werden kann, ist daran gekoppelt, dass genügend Personal vorhanden sein muss. Bei geplanten Ausführungen und einer z.B. hohen Krankheitszahl der Bediensteten an einem solchen Tag, kann dazu führen, dass die Ausführung nicht stattfinden kann. Somit kommt für diese Gefangenengruppe auch die vorzeitige Entlassung häufig nicht zum Tragen, da hierfür die Voraussetzung einer Bewährung unter Lockerungen gilt (Eder, 2012, S. 91). Die angenommene Nicht-Eignung bedeutet aber auch, dass drogenkonsumierende/-abhängige Gefangene kein Probehandeln von Freiheit einüben können und somit wenig Chancen auf einen geregelten Weidereinstieg in die Gesellschaft haben.

Die meisten Landesstrafvollzugsgesetze treffen keine Aussagen über die Gewährung von Lockerungsmaßnahmen und Urlaub speziell bei drogenabhängigen Gefangenen (anders in Hessen § 13 Abs. 5, Nr. 3 HStVollzG). Verwaltungsvorschriften ohne gesetzliche Entsprechung können auch keine Einschränkungen rechtfertigen (vgl. die alte Kommentierung zu § 11 StVollzG). Maßnahmen der Gewährung von Lockerungsmaßnahmen und Urlaub, speziell bei drogenabhängigen Gefangenen, werden in der Praxis oft abgelehnt. Hintergrund dieser Einschränkungen ist die Sorge der Anstalt, dass konsumierende Gefangene die Lockerung missbrauchen könnte. Sie gelten von vorneherein als weniger einschätzbar als nicht-konsumierende Gefangene. Meist wird ausschließlich mit dem Wortlaut der VV das Versagen der Lockerungen begründet, ob-

wohl 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 (Deutsche Aidshilfe e.V., 2012). 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 absolvieren). Vorzeitige Entlassungen richten sich nach dem Abhängigkeitsgrad und der positiven Sozialprognose durch den Sozialdienst und die externe Drogenberatung. Bspw. wurde in Hessen im Jahr 2009 eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG in 300 Fällen, eine Strafaussetzung zur Bewährung nach § 57 StGB (oftmals verbunden mit einer Therapieauflage) in ca. 80 Fällen berichtet. 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 zudem, 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 entsprechende Vollzugslockerungen ist dies aber nicht möglich. Somit beginnt der Neustart in Freiheit mit einer Vielzahl von unerledigten Aufgaben. Angesichts mangelnder Handlungsalternativen und sozialer Kontakte sowie mangelnder persönlicher Ressourcen endet dies vielfach im erneuten Anschluss an die Drogenszene. Diese Desintegration gilt es durch eine angemessene Entlassungsvorbereitung zu verhindern.

Im Spannungsfeld von Kontroll- und Hilfestrategien orientiert sich der Vollzug in seinen Hilfemaßnahmen fast ausschließlich auf die Abstinenz als einzigem Behandlungs- und letztlich auch Vollzugsziel („künftig ein Leben ohne Straftaten zu führen“, § 2). Die Methode der Wahl stellt die Überleitung in externe Behandlungseinrichtungen dar („Therapie statt Strafe“ nach §§ 35 ff. BtMG). Viele Staatsanwaltschaften und Gerichte legen allerdings den Kausalzusammenhang zwischen Tat und Betäubungsmittelabhängigkeit seit kurzem enger aus, bzw. lehnen mit der Begründung „fehlender Kausalzusammenhang“ eine Strafrückstellung nach § 35 BtMG und den Beginn einer Drogentherapie ab. Den Hintergrund bildet ein BGH-Urteil (v. 4.8.2010 – 5AR (VS) 23/10), dass die vielfach übliche Praxis der Umstellung der Vollstreckungsreihenfolge mehrerer Strafen nicht mehr zulässt. „Der BGH regelt einheitlich, dass jede Strafe zwingend erst zum 2/3-Termin unterbrochen werden kann. Sobald mehrere Strafen ausgesprochen wurden, müssen alle bis zum 2/3-Zeitpunkt verbüßt werden, und eine Entlassung ist frühestens zum „Gesamtzweidritteltermin“ möglich. Die Folge sind längere Aufenthalte im Justizvollzug (Bürkle et al., 2010, S. 34).

Bei der bedingten Entlassung aus der Haft nach §§ 57 StGB bzw. 88 JGG werden ebenfalls Probleme sichtbar: Durch die Rechtspraxis beim § 57 StGB i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI sind Rentenversicherungsträger z.T. nicht mehr bereit eine Zusage für die Kostenübernahme der Rehabilitation zu geben, sondern erst dann, wenn die Strafvollstreckungsbehörde mitteilt, dass der § 57 StGB Anwendung findet. „Daraus ent-

steht ein Teufelskreis, der zu einer Verlängerung der Haftzeit führt und nicht selten dazu, dass gar keine Reha-Maßnahme mehr angetreten wird“ (Bürkle et al., 2010, S. 34). Vor diesem Hintergrund ist auch zu erklären, dass die Zahlen der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug (Unterbringung nach § 64 StGB) seit Jahren kontinuierlich ansteigt (Pollähne, 2021; Seifert & Leygraf, 1999). Der tatsächliche Kausalzusammenhang zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit ist also bei der strafrechtlichen Prüfung durch Staatsanwaltschaften/Rechtspflegern zu beachten.

Therapievorbereitende Kurse, Therapiemotivationsgruppen etc. sollen die Gefangenen auf eine mögliche Abstinenztherapie vorbereiten. Diese Angebote existieren in den meisten Justizvollzugsanstalten. Ein Beispiel hierfür ist die Therapiemotivationsgruppe in der JVA Wittlich: „Ziel der Therapiemotivationswohngruppe ist, die Inhaftierten für eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer drohenden, bzw. bereits manifesten Abhängigkeitsproblematik zu motivieren“ (Leitges & Reinehr, 2012, S. 28). Durch die in dieser Wohngruppe vorgeschriebene Abstinenzüberprüfung mittels Urinkontrollen (ebd.) wird das Therapieziel der Abstinenz jedoch bereits zur Voraussetzung der Teilnahme an der Motivationsgruppe. Ein Vorschlag aus Schottland hierfür sind Assessment Instrumente, die die Veränderungs- und Therapiemotivation abschätzen sollen, damit sich die begrenzte Behandlungskapazität auf diese motivierten Gefangenen konzentrieren kann (McIntosh, 2006).

Drogenfreie Stationen sind in der Regel in sich geschlossene Abteilungen, die Gefangenen ein Leben ohne Drogen in Haft ermöglichen soll. Dies wird durch größere Kontrollintensität (Urinkontrollen), meist, aber nicht immer begleitet von therapeutischen oder anderen Behandlungsangeboten, und weitgehender Trennung von anderen Stationen erreicht. Häufig erfahren die Insassen solcher Stationen mehr Privilegien, wie z.B. längeren Umschluss, Freizeitangebote oder Lockerungen bzw. eine „positivere Prognose ihrer Suchterkrankung“ (Eder, 2012, S. 267). Die Gefangenen unterschreiben häufig eine „Vereinbarung“ und erklären sich mit den speziellen Regeln einverstanden (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007). Drogenfreie Stationen können Konsumierende während der Haft in einer abstinenten Lebensweise unterstützen, die Effektivität solcher Stationen ist jedoch nicht nachgewiesen (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007, S. 22)

Unter Contingency Management werden verhaltenstherapeutische Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, unmittelbare positive Konsequenzen positiv zu verstärken. Der Leitgedanke dabei ist: Es muss sich für inhaftierte Drogengebrauchende lohnen, auf Drogen zu verzichten und abstinent zu leben. In einer Kosten- und Nutzenrechnung spielen attraktive Angebote die Hauptrolle – Vergünstigungen, Privilegien, mehr Lebensqualität für den Haftaufenthalt, Pakete, Besuche etc.

In einigen Sozialtherapeutischen Haftanstalten in Deutschland wird jungen Gefangenen mit einer Drogenproblematik, die entweder wegen rechtlicher Hindernisse, mangelndem Durchhaltevermögen oder sonstigen Gründen an einer externen Drogentherapie nicht teilnehmen können, die Möglichkeit geboten, eine Drogentherapie innerhalb des Strafvollzugs durchzuführen. Im sog. „Crailsheimer Modell“ bilden fünf Bereiche die Behandlungsschwerpunkte (Stelly & Thomas, 2013):

1. Arbeit an der Drogenproblematik,
2. Heranführen an Arbeit und soziale Pflichten,
3. körperliches Aufbautraining,
4. Nachreifung der Persönlichkeit und
5. Entlassungsvorbereitung.

Die therapeutische Arbeit erfolgt in Einzel- und Gruppengesprächen und orientiert sich am Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Therapiegespräche sind Teil gemeinsamer Freizeit- und Arbeitsabläufe innerhalb eines strukturierten Tagesablaufs im Sinne der Milieuthérapie. Die Gefangenen sind in zwei Wohngruppen untergebracht. Neben der Arbeit in internen Betrieben, der sozialarbeiterischen Betreuung, sportlicher Aktivitäten sowie angeleiteter und eigenverantwortlicher Freizeitgestaltung sieht das Behandlungskonzept auch Veranstaltungen außerhalb der Anstalt wie erlebnispädagogische Maßnahmen, Stadteinkauf, Termin bei Ämtern etc. vor. Die Behandlung umfasst plangemäß neun Monate und ist in vier Stufen mit zunehmenden Pflichten und Freiheiten gegliedert (zwei Monate Zugang, zwei Monate zentrale Behandlung Teil I, drei Monate zentrale Behandlung Teil II, zwei Monate Entlassungsvorbereitung). Die Behandlung/Betreuung erfolgt durch einen Pädagogen, eine Psychotherapeutin, eine Sozialarbeiterin und 16 Bedienstete im Allgemeinen Vollzugsdienst. Stundenweise tätig sind zwei Köchinnen, ein Arzt und ein externer Sportlehrer.

Die o.g. Entwicklung, jedoch auch allgemein die Fixierung auf Abstinenzorientierung in der Behandlung von Drogenabhängigkeit führt dazu, dass ein erheblicher Teil von Gefangenen mit auch im Vollzug praktiziertem problematischem Drogenkonsum, für die das Abstinenzziel nicht, nicht mehr oder noch nicht realistisch ist, von adäquaten Drogenhilfemaßnahmen nicht erreicht wird. Dies steht in Gegensatz zu den Entwicklungen außerhalb des Vollzuges in den letzten 30 Jahren: Unterhalb des Abstinenzzieles haben sich differenzierte, auf Schadensminimierung und Suchtbegleitung abzielende Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote für Drogenabhängige entwickelt (Deimel, 2020; Stöver & Michels, 2010). Diese Angebote gehen von der Definition von Drogenabhängigkeit als Krankheit aus, d. h. eines nicht oder nicht in jeder Lebensphase zu steuerndes und folglich nicht zu beendendes Drogenkonsumverhalten der Suchtkranken.

Die Behandlung Drogenabhängiger muss – soll sie erfolgreich sein – Angebotscharakter besitzen, und am besten muss sie Wahlmöglichkeiten bieten („da nicht eine Strategie für alle passt“): gesundheitliche Hilfen auch im Suchtbereich im Vollzug setzen allgemein auf persönliche Einsicht, Eigenmotivation und Freiwilligkeit der Betroffenen. Diese kann mehr oder weniger offensiv angesprochen werden. Zwangsbehandlungen hingegen sind Maßnahmen, die sich grundsätzlich nur zum Schutz der Gesundheit Dritter legitimieren lassen (vgl. § 67 LandesR); sie dienen der Abwendung akuter Gefahr und sind an sich keine medizinischen oder therapeutischen Heilverfahren. Die Überlegung, durch Androhung oder Zufügung von Übel für eine Therapie zu motivieren, ist nur dann überzeugend, wenn auch Betroffene subjektiv den erhofften Gewinn für bedeutsamer halten als den Schaden durch das unerwünschte Verhalten. In der Re-

gel werden aber Drogenabhängige den Schaden durch Drogenkonsum zu kompensieren versuchen. Es gelingt zwar, unter Einsatz rigoroser Kontrollen und Reglementierungen vorübergehend Anpassung durchzusetzen. Das Suchtverhalten wird aber hierdurch nicht verändert, sondern wahrscheinlich eher verstärkt.

Trotz und wegen der schwierigen Lage Drogenabhängiger im Vollzug erfordert der Behandlungsauftrag, dass auch der Gruppe der Drogenabhängigen über Angebote der Drogenhilfe hinaus die Teilnahme an Maßnahmen zur Rehabilitation, Verbesserung der Chancen und Erhöhung der Handlungskompetenz angeboten werden muss. Der Aufenthalt im Vollzug an sich verstärkt Tendenzen zur Regression, Realitätsflucht und Passivität; Verhaltensdispositionen, die auch bei der Sucht eine Rolle spielen. Die Fähigkeit zu Widerstand gegenüber Verführung und Gelegenheit wird dagegen eher zerstört. Vor diesem Hintergrund ist es geboten, sinnvolle Arbeits-, Ausbildungs- oder Qualifizierungsprojekte auch für drogenkonsumierende oder -gefährdete Gruppen zu entwickeln und sie in den offenen Vollzug zu integrieren.

Zunächst ist der Sozialdienst die erste Ansprechstation für drogenkonsumierende Gefangene. Weil jedoch (insbesondere der in der Anstalt fortgesetzte) Drogenkonsum ein hochsensibles Thema für die Gefangenen darstellen kann, sind in vielen Bundesländern bereits in den 1970er Jahren externe Drogenberatungen (EDBs) eingeführt worden. Diese sollten insbesondere zu einer höheren Akzeptanz und Vertraulichkeit beitragen. Das Ziel der externen Suchtberatung ist die Notwendigkeit einer professionellen und auch von den Gefangenen akzeptierten Betreuung und Haft und auch eine Weiterbetreuung nach der Haftentlassung. Damit sollte der Übergang erleichtert, die Drogenhilfeeinfrastructure in Freiheit bekannt und eine vertrauensvolle Arbeit mit den Drogen konsumierenden Gefangenen begonnen werden. Gleichwohl ist die EDB gehalten bei der Vollzugsplanung mitzuwirken, Beratungs- und Motivations- und Informationsarbeit zu leisten, und eine Vermittlung in ambulante und (teil-)stationäre Therapien sowie Betreuungseinrichtungen vorzunehmen.

Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) in Haft

Eine wesentliche Erweiterung des therapeutischen Spektrums in der Behandlung Opioidabhängiger ist durch die Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) erreicht worden. Gemäß Äquivalenzprinzip gelten auch intramural die 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger (Bundesärztekammer, 2010). Entsprechend der Richtlinien ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung fortgeführt wird. Darüber hinaus kann eine OST von gegenwärtig abstinenten Opiatabhängigen in beschützender Umgebung wie Krankenhaus oder Gefängnis eingeleitet werden. Sie kann seit ihrer Einführung erhebliche Reduktionen des Konsums illegaler Opioide sowie Erfolge bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage und bei der sozialen Stabilisierung vorweisen (Michels, Sander & Stöver, 2009).

Zudem kann OST dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass OST sich auch günstig auf kriminelles Verhalten auswirkt und drogenbedingte Bestrafungen (Stallwitz & Stöver, 2007), kriminelles Verhalten (Vorma et al., 2013; Gordon, Kinlock, Schwartz & O'Grady, 2008) und damit eine erneute Inhaftierung reduziert (Kastelic, Pont & Stöver, 2008), ebenso wie die Verstrickung in intramurale Subkulturen (Husmann, 2010) und die Wahrscheinlichkeit nach der Haftentlassung gegen Bewährungsaufgaben zu verstoßen (Clark et al., 2014). Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind, ein geringeres Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben, sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben, v.a. bei OST in Verbindung mit psychosozialer Betreuung (PSB) (Magura, Rosenblum, Lewis & Joseph, 1993), und dort auch länger verweilen sowie unter aufrechterhaltender OST generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen bzw. erst später rückfällig werden als nicht Substituierte (Clark et al., 2014; Kepler, Knorr & Stöver, 2011; Gordon et al., 2008). Zusätzlich zu all diesen Vorteilen verhindert die Fortsetzung einer in Freiheit begonnen OST einen Anstieg von Hepatitis C-Neuinfektionen in Haft (Hedrich et al., 2012).

Zu einem umfassenden Therapiekonzept gehört der Bundesärztekammer zufolge immer auch die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen. Entsprechend dieser Richtlinie soll eine OST nur dann beendet werden, wenn sie nicht die geeignete Therapieform darstellt oder sie mit einem wiederholten problematischen Konsum anderer Substanzen einhergeht, die die Gesundheit der/des Konsumierenden gefährden. Auch ist ein Abbruch bei wiederholten Regelbrüchen indiziert, unter anderem bei der Androhung oder Ausübung von Gewalt gegenüber Personen in der Behandlungseinrichtung, bei der Weitergabe oder Verkauf des Substitutionsmittels, bei einer Verweigerung von Kontrollmaßnahmen oder keiner Teilnahme an psychosozialen Begleitmaßnahmen. In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur OST im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (Justizministerium NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein, 2010) wird der positive Effekt von OST im Vollzug sowohl auf den Krankheitsverlauf der Opioidabhängigkeit als auch auf die Erreichung des Vollzugsziels betont. Darum wird als Ziel genannt, „die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen“. Diese Behandlungsempfehlungen sollen:

- Todesfälle aufgrund einer gesunkenen Toleranz in Haft und nach Haftentlassung verhindern
- Illegale und subkulturelle Aktivitäten reduzieren
- Die körperliche und seelische Gesundheit verbessern
- Dauerhafte Abstinenz fördern.

Grundsätzlich gilt in Nordrhein-Westfalen, dass bei Aufnahme in eine JVA von bereits substituierten Personen die Weiterbehandlung erfolgt und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Spätestens zur

Haftentlassung soll ein Platz für die Weiterbehandlung sicher sein (Justiz des Landes NRW/Justizportal NRW).

In einer Verwaltungsvorschrift des Ministeriums der Justiz und für Europa Baden-Württemberg wird seit 2002 die Substitution im Justizvollzug geregelt. Es sind klare Aussagen enthalten über die grundsätzlichen Ziele der OST sowie Vorgaben über Indikation, Ausschluss, Aufnahme, Durchführung, Dokumentation und Beendigung der OST. Beispielsweise werden folgende Formen der Substitution angeboten:

- ausschleichende Substitution,
- haftüberbrückende Substitution und
- Substitution zur Entlassungsvorbereitung (Ministerium der Justiz und für Europa Baden-Württemberg, 2020)

In Niedersachsen ist die Grundlage für eine OST in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der OST geregelt. Die Indikationsstellung zur OST obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, dem ärztlichen Personal, das für jeden Einzelfall feststellt, ob diese begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die OST nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien.

Angesichts der Situation Drogenabhängiger im Justizvollzug scheint es daher dringend geboten, die Substitutionsbehandlung auch im Vollzug und zwar gut verzahnt mit den Behandlungen außerhalb des Vollzuges anzubieten (Häßler et al., 2021). Sie kann als medizinisch begründete Behandlungsform nicht abhängig vom Aufenthaltsort der Betroffenen sein. Abbruchgründe dürfen sich nur aus medizinisch/therapeutischen Überlegungen ergeben, nicht aber aus der Kontroll- und Sanktionspolitik des Vollzugs. Die Substitutionsbehandlung ist also keine besondere Behandlung für Wohlverhalten, kein Beschwichtigungsinstrument für einen „geordneten Vollzug“, sondern eine Krankenbehandlung, die unter den besonderen Bedingungen der Haft den Regeln für Substitution außerhalb der Haftanstalten folgen muss. Ist eine Substitutionsbehandlung indiziert, kann eine Fort- bzw. Durchführung der Therapie eingeklagt werden (seit 1994, Landgerichte in Dortmund (StV 1995, 143) und OLG Hamburg StV 2002, 265).

Die Fortführung einer in Haft durchgeführten/begonnenen Substitutionsbehandlung nach Entlassung muss rechtzeitig geplant und fest vereinbart werden. Um Übergangsprobleme in der Fortführung der Substitutionsbehandlung zu vermeiden unterstützt die JVA Bremen „eine Fortsetzung der Methadonbehandlung bis zu vier Wochen nach der Entlassung, damit entlassene Gefangene Gelegenheit erhalten, sich eine*n Arzt/Ärztin zur Weiterbehandlung zu suchen“ (Bremische Bürgerschaft, 2012). Ähnlich hat auch das Gesundheitsamt Köln für Personen aus der Haft, die noch keine Zusicherung von einem niedergelassenen Arzt oder einer Ärztin haben oder (noch) nicht krankenversichert sind, können in der Ambulanz des Gesundheitsamts versorgt werden. Die JVA entlastet es, wenn die Anschlussversorgung sichergestellt ist und sie

sich nicht darum kümmern muss. In die Ambulanz kommen neben den aus der Haft Entlassenen auch beurlaubte Gefangene, die ihr Substitutionsmittel benötigen.

Bundesweit (und auch international (Hedrich et al., 2012)) zeigt sich eine äußerst uneinheitliche Praxis der Substitutionsbehandlung im Vollzug (Fährmann, Schuster et al., 2021; Stöver et al., 2019, Stöver & Keppler, 1998, Keppler & Stöver, 2002, Keppler et al., 2011): es besteht ein Nord-Süd, Ost-West, Stadt-Landgefälle in der Verbreitung der Substitutionsbehandlung. In einigen Ländern ist eine flächendeckende Substitution sichergestellt (z.B. NRW, Bremen und Hessen), in anderen Ländern wird trotz hoher Belegung der Gefängnisse mit Opioidabhängigen sehr wenig Gebrauch gemacht von der Substitution (z.B. Bayern; siehe Winter, 2021). In vielen Bundesländern werden in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlungen weitergeführt, oftmals in sehr geringer Anzahl erfolgt der Neubeginn einer Substitutionsbehandlung. Die in Freiheit geforderte Psychosoziale Behandlung erfolgt entweder durch den Sozialdienst oder eine externe Drogenberatung.

Von einer Vielfalt der Medikamente wird in der Regel kein Gebrauch gemacht: DL-Methadon ist das Mittel der Wahl der meisten intramuralen medizinischen Behandlungen, L-Polamidon ist aufgrund des Preises und Buprenorphin aufgrund der schwierigeren Überwachung bzw. des höheren Personalaufwandes der ordnungsgemäßen Einnahme (sublingual) wenig verbreitet. Retardierte Morphine und Diamorphin spielen keine Rolle in Haft. Um Gefangenenbewegungen angesichts der Corona-Pandemie so gering wie möglich zu halten sollte mehr Gebrauch gemacht werden vom seit einigen Jahren zugelassenem Depot-Buprenorphin, d.h. von den verfügbaren Wochen- oder Monats-Depot-Applikationen. Durch beide Maßnahmen könnten sieben Kontakte pro Woche auf zumindest einen Kontakt pro Woche reduziert werden, bei Nutzung der jetzt möglichen 30 Tage Take-Home-Vergabe und dem bereits erwähnten Monatsdepot möglicherweise sogar von 30 Tagen im Monat auf einen Tag im Monat. Eine Maßnahme, die sicher im Interesse der von der Bundesregierung getroffenen Maßnahmen ist und das Übertragungsrisiko erheblich reduziert (Keppler & Stöver, 2021).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Gefangene nur zu einem geringen Teil von den Fortschritten in der Suchtmedizin profitieren: nur etwa 23 % aller in Frage kommenden opioidabhängigen Gefangenen erhalten eine Substitutionsbehandlung (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2019); im Gegensatz zu ca. 50 % in Freiheit) und in vielen Fällen nicht das Medikament ihrer Wahl, sondern das Medikament, das aus anstaltlichen Interessen (Preis, Kontrollierbarkeit etc.) verabreicht wird. In manchen Bundesländern werden Substitutionsbehandlungen durchgeführt, ohne die außerhalb anerkannten Indikationen und Dosierungen zu akzeptieren: So wird in der Regel eine Verschreibung von Substitutionsmedikamenten als durchgehende Behandlung allenfalls bei Kurzstrafen in wenigen Anstalten angeboten. Bei Drogenentzugsbehandlungen erfolgt sie – oftmals entgegen fachlichen Regeln – in übermäßig schnellen und großen Abdosierungsschritten. Die verbreitete Praxis eines Abbruchs der in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen (ca. 70 % der Substituierten) erscheint umso weniger nachvollziehbar, als diese ausdrücklich nach medizinischer Indikation begon-

nen wurden (Fährmann, Lesting et al., 2021) und die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen in den Richtlinien der Bundesärztekammer ausdrücklich vorgesehen ist.

Diskussion

Die gängige Versorgungslage für drogenkonsumierende Gefangene läuft dem proklamierten Vollzugsziel der Resozialisierung entgegen. Zudem wird eine gesundheitliche Ungleichheit verstärkt, die zu einer Chronifizierung der Situation beiträgt und einem Ausstieg aus kriminellen bzw. verelendeten Milieus erschwert.

Neue Formen der Prävention, Therapie und Schadensminderung werden erst möglich, wenn die Repression einer konstruktiven Regulation weicht und im Gegensatz zum heute gültigen Abstinenzdogma ein vornehmlich gesundheitspolitischer Ansatz mit akzeptanz-/problemorientiertem Schwerpunkt zum Tragen kommt. Ziel dieser Arbeit wäre eine Regulierung illegaler Substanzen, d.h. ein Abbau repressiver Strukturen zugunsten gesundheitlicher Unterstützungen und Hilfen.

Durch eine Umverteilung der Mittel aus der Repression in die Prävention, Beratung und Therapie wäre deren Finanzierung in ganz neuen Größenordnungen möglich. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) fordert eine massive Erhöhung der Ausgaben von ca. 30 Millionen Euro derzeit auf eine Milliarde Euro pro Jahr. Dies entspricht einem Viertel der Ausgaben für die Repression im Bereich illegaler Drogen. Durch das Drogenverbot und das Abstinenzdogma entstehen eine Tabuisierung sowie eine Moralisierung drogenkonsumbedingter gesundheitlicher Störungen. Konsumierende, insbesondere die vulnerable Gruppe der Jugendlichen, sind gezwungen, ihren Drogengebrauch zu leugnen und zu verheimlichen. Bei drogenbezogenen Problemen (Überdosierungen, Abhängigkeit, Psychosen, HBV/HCV- und HIV-Infektionen, Selbst- oder Fremdverletzungen im Rausch) wird Hilfe häufig nicht in Anspruch genommen. Im Gegensatz zu Themen wie Sexualität oder Gewalt finden beim Thema Drogen kein Erfahrungsaustausch, keine Informationsvermittlung und keine Begleitung durch Eltern, Lehrkräfte oder auch Peers statt. So entsteht auch eine Lücke zwischen Prävention, Beratung/Unterstützung und Therapie. Dieser Problemkomplex könnte durch einen regulierenden statt ausgrenzenden rechtlichen Umgang mit Drogen bzw. Drogenkonsumierenden aufgelöst werden.

Neben der Frage, was man tun könnte und sollte, stellt sich angesichts der bisher zähen und wenig reformfreudigen Drogenpolitik in Deutschland auch die ganz praktische Frage: "Wie können Veränderungen erreicht werden"?

Die Entkriminalisierung der Konsumierenden aller Drogen ist ein längst überfälliger erster Schritt. Parallel hierzu können Erprobungen durchgeführt werden: Cannabis als Medizin (Michels & Stöver, 2019), niedrigschwellige Heroinbehandlung für Abhängige, legale Abgabemodelle von Cannabis. Eine wissenschaftliche Fundierung der Drogenpolitik ist dringend gefordert, begleitet von einem Beirat, einer Enquetekommission oder einer neu besetzten Drogen- und Suchtkommission der zukünftigen Bundesregierung.

Cannabis wird mit großer Sicherheit in den nächsten Legislaturperioden legalisiert, und es wird ein regulierter Markt für Erwachsene geschaffen. Der Verkauf sollte ausschließlich in Fachgeschäften oder Apotheken mit Fachpersonal stattfinden, die Informationsangebote bereithalten, und die Vernetzung mit der Drogenhilfe sollte vorgeschrieben sein. Eine Lizenzierung kann eine Beschränkung auf eine Verkaufsstelle pro natürliche Person mit Sicherstellung des Jugendschutzes festlegen. Die Lizenz erlaubt ausschließlich den persönlichen Verkauf in einer festen Betriebsstätte, ein Internet- oder Straßenhandel oder gar Automatenverkauf ist nicht vorgesehen, da hier kein Kontakt mit Beratungsmöglichkeiten zwischen den Verkaufenden und Konsumenten sichergestellt ist. Mittelfristig kann eine bestimmte Ausbildung Voraussetzung werden, um ein solches Fachgeschäft zu führen bzw. darin als Fachpersonal tätig zu werden. Jede Verkaufseinheit beinhaltet detaillierte Informationen über das Produkt, die Qualitätskontrolle stellt fest, dass Cannabisprodukte frei von gesundheitsschädlichen Rückständen wie Herbiziden und Pestiziden sind. Cannabisfachgeschäfte könnten Teil von Drogerien und Apotheken sein. Als Altersgrenze für den Kauf wird analog zu Tabak und sog. hartem Alkohol 18 Jahre vorgeschlagen, eine Registrierung ist nicht vorgesehen. Eine Abschätzung durch Übertragung der niederländischen Verhältnisse ergibt etwa 2.000 Verkaufsstellen für Deutschland.

Erwartbare Effekte wären der Zusammenbruch des Schwarzmarktes für Cannabis, der zu erhöhten Steuereinnahmen anstelle von Milliardengewinnen für die organisierte Kriminalität führt sowie ein nahezu völliger Wegfall der Repressionskosten im Bereich Cannabis und Einsparungen durch weniger Schäden aufgrund von qualitativ schlechten Produkten und einem falschen Umgang. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen hat dazu das Cannabiskontrollgesetz mit vielen praktischen Details zur Umsetzung einer Cannabisregulierung erarbeitet, das im Bundestag mittlerweile abgelehnt wurde (Deutscher Bundestag, 2020; vgl. auch SPD, 2020).

Die bisherige Regulierungsdebatte fokussiert im Wesentlichen auf Cannabis. Aber auch andere Substanzen müssen reguliert und damit dem Schwarzmarkt entrissen werden. Beispielsweise MDMA (Schildower Kreis, 2020), das nach Cannabis und Amphetamin die drittmeist genutzte illegale Droge unter den 15- bis 34-Jährigen in Deutschland ist. Seit Ende der 1980er findet die Droge in erster Linie Verbreitung in (Techno-) Partykontexten. Ecstasy kann auf dem Schwarzmarkt in sehr hohen Wirkstoffkonzentrationen angeboten werden, aber auch gefährliche Beimengungen beinhalten. Gerade in den letzten Jahren ist der durchschnittliche Wirkstoffgehalt deutlich gestiegen. Schwankungen sind erheblich, bis hin zu Tabletten mit deutlich mehr als 300 mg MDMA (bei 60–120 mg als üblicher Einzeldosis) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & Europol, 2016). Bei einer vernünftigen Regulierung könnten somit die Risiken des Konsums deutlich verringert werden. Der Verkauf von MDMA kann in staatlichen oder zumindest lizenzierten und kontrollierten Geschäften erfolgen, die sich in der Nähe von relevanten Clubs bzw. Partybezirken befinden. Die Anzahl der Geschäfte sollte stark begrenzt sein.

Literatur

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch. (2019). *Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch*.

Binswanger, I. (2014). Subgroup differences in post-release mortality. Implications for access to diverse and effective treatments. Commentary on Forsyth et al. *Addiction*, 109(10), 1684–1685.

Bögelein, N., Ernst, A. & Neubacher, F. (2014). Wie kann die Vermeidung von Ersatzfreiheitsstrafen gelingen? Zur Lebenssituation der Verurteilten und zur Zusammenarbeit staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen. *Bewährungshilfe – Soziales Strafrecht. Kriminalpolitik*, 61(3), 282–294.

Bremische Bürgerschaft. (2012). *Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU. Drogentherapie und -beratung im Justizvollzug*. Drucksache 18/574. Zugriff am 15.10.2021. Verfügbar unter: https://www.bremische-buergerschaft.de/drs_abo/drs-18-574_a28.pdf

Bundesärztekammer. (2010). *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger*.

Bundeskriminalamt (2021). *Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2020*. Zugriff am 11.10.2021.

Bürkle, S., Koch, A., Leune, J., Weissinger, V. & Wessel, T. (2010). Krankenversicherungsschutz nach der Haft. Beim Übergang in die medizinische Rehabilitation stehen viele Haftentlassene ohne KV-Schutz da. *Konturen*, (6).

Clark, C., Hendricks, P., Lane, P., Trent, L. & Cropsey, K. (2014). Methadone maintenance treatment may improve completion rates and delay opioid relapse for opioid dependent individuals under community corrections supervision. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1736–1740. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.011>

Cousto, H. (2021). *Fahndungsziel Kiffer. 50 Jahre War on Drugs und 50 Jahre BtMG mit stetig steigender Repression in Deutschland*, taz blogs. Verfügbar unter: <https://blogs.taz.de/drogerie/2021/04/22/fahndungsziel-kiffer-2/>

Cousto, H. & Stöver, H. (2020). Repression und kein Ende?! Erneute Würdigung der polizeilichen Zahlen zur Kriminalisierung von Drogengebraucher_innen. In akzept e.V./Deutsche Aidshilfe e.V. (Hrsg.), *7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 120–133). Lengerich: Pabst Publisher.

Deimel, D. (2020). Substanzkonsum, Straffälligkeit und Suchthilfe. In D. Deimel & T. Köhler (Hrsg.), *Delinquenz und Soziale Arbeit: Prävention – Beratung – Resozialisierung* (S. 181–202). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deutsche Aidshilfe e.V. (2012). *Mecklenburg-Vorpommern: Keine Kennzeichnung HIV-positiver Gefangener mehr*. Zugriff am 12.10.2021. Verfügbar unter: <https://w>

ww.aidshilfe.de/meldung/mecklenburg-vorpommern-keine-kennzeichnung-hiv-positiver-gefangener-mehr

Deutscher Bundestag. (2020). *Deutscher Bundestag – Opposition scheidet mit Anträgen zum Umgang mit Cannabis*. Zugriff am 11.10.2021. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw44-de-cannabiskontrollgesetz-798164>

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2019). *Drogen- und Suchtbericht 2019* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.).

Eder, S. (2012). *Beratung, Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug* (Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Bd. 22). Oldenburg: BIS-Verl. der Carl von Ossietzky Univ. Verfügbar unter: <http://oops.uni-oldenburg.de/1433/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Europol. (2016). *EU drug markets report. In-depth analysis: 2016*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/219411>

Fährmann, J., Lesting, W., Stöver, H., Häßler, U., Schuster, S. & Keppler, K. (2021). Die Substitutionsbehandlung – Die Veränderungsresistenz des Strafvollzugs als Gefahr für Grund- und Menschenrechte der Gefangenen. *Vorgänge (im Druck)*.

Fährmann, J., Schuster, S., Stöver, H., Häßler, U. & Keppler, K. (2021). Der Anspruch auf Substitutionsbehandlung im Gefängnis. Über eine umstrittene Praxis im Justizvollzug und vor Gericht. *Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ)*, (5), 271–275.

Gordon, M., Kinlock, T., Schwartz, R. & O'Grady, K. (2008). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. *Addiction*, 103(8), 1333–1342. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.002238.x>

Häßler, U., Stöver, H., Keppler, K., Lesting, W., Fährmann, J. & Schuster, S. (2021). Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige im Justizvollzug – Empirische Erkenntnisse und rechtswissenschaftliche Überlegungen zu den Vorteilen dieser Behandlung. *Forum Strafvollzug*, (1), 39ff.

Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(3), 501–517. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x>

Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I. & Püschel, K. (2002). Haftentlassung als Risikoz Zeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. Eine katamnestic Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. *Suchttherapie*, 162–167.

Hellmann, D. (2014). *Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland. Forschungsbericht 122* (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Hrsg.).

Höfelbarth, S., Stöver, H. & Vogt, I. (2011). *Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet*.

Husmann, K. (2010). Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden? Das Beispiel NRW. In H. Stöver (Hrsg.), *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven; Dokumentation der Akzept-Fachtagung vom 20.4.2010 in Berlin*.

Jakob, L., Stöver, H. & Pfeiffe-Gerschel, T. (2013). Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. *Sucht*, (1).

Jünschke, K. (2021): Isolation tötet: das Zellengefängnis und die Lehren der Covid-Pandemie. Deutsche Aids-Hilfe: magazin.hiv. Zugriff am 21.10.2021. Verfügbar unter: <https://magazin.hiv/magazin/isolation-toetet-einzelhaft/>

Justiz des Landes NRW/Justizportal NRW. *Fortsetzung in Haft begonnener suchttherapeutischer Angebote und Substitutionsbehandlungen Betreuung und Begleitung nach Haftentlassung*. Verfügbar unter: https://www.justiz.nrw/Gerichte_Behoerden/landesjustizvollzugsdirektion/entlassungsvorbereitung/therapiefortsetzung/index.php

Justizministerium NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein. (2010). Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft. Zugriff am 12.10.2021. Verfügbar unter: https://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/4_10/fin_beh_empfNRW2010.pdf

Kastelic, A., Pont, J. & Stöver, H. (2008). *Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide* (Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Vol. 17). Oldenburg: BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ. Oldenburg. Accessed 12.10.2021. Retrieved from <http://oops.uni-oldenburg.de/800/1/kasopi08.pdf>

Keppler, K., Knorr, B. & Stöver, H. (2011). Substitutionsbehandlung in Haft. In I. Hönekopp & H. Stöver (Hrsg.), *Beispiele guter Praxis in der Substitutionsbehandlung* (S. 79–97). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Keppler, K. & Stöver, H. (2002). Two Systems – One Substitution. *Suchttherapie*, 3(3), 168–172. <https://doi.org/10.1055/s-2002-34325>

Keppler, K. & Stöver, H. (2021). Opioidsubstitutionstherapie und Substitutionsmedikamente im Justizvollzug – Bestandserhebung und Vergleich. *Suchtmedizin*, 23(2), 81–89.

Köhler, D. & Bauchowitz, M. (2012). Was wissen Psychologen und Sozialarbeiter eigentlich über Jugendarrestaten? Zur psychischen Gesundheit, Diagnostik und Behandlung von Arresteten. *Zeitschrift für Jugendkriminalitätsrecht und Jugendhilfe*, 23(3), 272–280.

Köhler, D., Uthmann, C., Comtesse, H., Hinrichs, G. & Huchzermeier, C. (2010). Substanzkonsum von jungen Straftätern in der Zeit vor der Aufnahme in den Jugendarrest und Jugendstrafvollzug. *Praxis der Rechtspsychologie*, 20(1), 91–106.

Lazarus, J., afreed-Harmon, K., Hetherington, K., Bromberg, D., Ocampo, D., Graf, N. et al. (2018). Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 96–104. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx019>.

Leitges, R. & Reinehr, K. (2012). Suchtberatung in der JSA Wittlich. *Onlinezeitschrift für Suchtstoff-Recht – OzSR*, (4), 28.

Lesting, W., Stöver, H., Keppler, K. & Fähmann, J. (2021). Opioidsubstitutionsbehandlung im Strafvollzug – praktische Schwierigkeiten und rechtliche Beurteilung. *Suchtmedizin*, 23(2), 67–73.

Magura, S., Rosenblum, A., Lewis, C. & Joseph, H. (1993). The Effectiveness of In-Jail Methadone Maintenance. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 75–99. <https://doi.org/10.1177/002204269302300106>

McIntosh, S. (2006). The Challenges associated with Drug Treatment. *Prison Probation Journal*, (52), 244.

Merrall, E., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M., Farrell, M., Marsden, J. et al. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(9), 1545–1554. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x>.

Michels, I., Sander, G. & Stöver, H. (2009). Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 52(1), 111–121. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0756-1>

Michels, I. & Stöver, H. (2019). Cannabis als Medizin in Deutschland. Gesetzesgenese, historischer Hintergrund und aktuelle Herausforderungen der Verschreibungspolitik und -praxis. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8(3), 104–114.

Ministerium der Justiz und für Europa Baden-Württemberg. (2020). *Medizinische Versorgung im baden-württembergischen Justizvollzug. Abschlussbericht der Expertenkommission*.

Moazen, B., Dolan, K., Saeedi Moghaddam, S., Lotfizadeh, M., Duke, K., Neuhann, F. et al. (2020). Availability, Accessibility, and Coverage of Needle and Syringe Programs in Prisons in the European Union. *Epidemiologic Reviews*, 42(1), 19–26. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa003>

Müller, J., Schmidt, D., Kollan, C., Lehmann, M., Bremer, V. & Zimmermann, R. (2017). High variability of TB, HIV, hepatitis C treatment and opioid substitution therapy among prisoners in Germany. *BMC Public Health*, 17(1), 843. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4840-4>

Opitz-Welke, A., Lehmann, M., Seidel, P. & Konrad, N. (2018). Medizin im Justizvollzug. *Deutsches Arzteblatt*, 115(48), 808–814. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0808>

Pollähne, H. (2021): „Entziehungsanstalten“ zur Disposition gestellt: Vom Scheitern des Maßregelvollzuges in der Suchttherapie. In: akzept (Hrsg.): *Alternativer Drogen- und Suchtbericht*. Lengerich Pabst Publishers, S. 112–117

Robert Koch-Institut. (2016). *Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland (DRUCK-Studie)“* (Robert Koch-Institut, Hrsg.). Berlin.

Schäffer, D. & Höpfner, C. (2011). *Drogen, HIV, AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche Aidshilfe e.V.

Schildower Kreis (2020). Regulierungsvorschläge am Beispiel von MDMA und Cannabis: Entwürfe vom 1. Antiprohibitionistischen Kongress „Vom Schaden der Prohibition“. In akzept e.V./Deutsche Aidshilfe e.V. (Hrsg.), *7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 134–140). Lengerich: Pabst Publisher.

Seifert, D. & Leygraf, N. (1999). Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. *Nervenarzt*, (70).

SPD. (2020). *Cannabis: Neue Wege gehen! Cannabis-Verbotspolitik verändern, regulierte Abgabe durch Modellprojekte ermöglichen! Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion*. Zugriff am 11.10.2021. Verfügbar unter: <https://www.spdfraktion.de/system/files/documents/positionspapier-cannabis-neue-wege-gehen-20200211.pdf>

Staack, D. (2014). Normalisierung eines Modellprojektes? Spritzenaustausch in der JVA Lichtenberg. In H. Stöver & B. Knorr (Hrsg.), *HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen!* (Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Bd. 28, S. 65–80). Oldenburg: BIS-Verlag.

Stallwitz, A. & Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prison – a literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18(6), 464–474.

Statistisches Bundesamt. (2019). *Fachserie 10, Reihe 4.1, 2017*.

Statistisches Bundesamt. (2019). *Fachserie 10, Reihe 4.1, 2018*.

Statistisches Bundesamt. (2020). *Fachserie 10, Reihe 4.1, 2019*.

Statistisches Bundesamt. (2020). *Fachserie 10, Reihe 4.1, 2020*.

Stelly, W. & Thomas, J. (2013). Strukturevaluation des baden-württembergischen Jugendstrafvollzugs. *Forum Strafvollzug*, (6).

Stöver, H. (2012). Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie*, (13), 74–80.

Stöver, H. (2016). Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. *Suchttherapie*, (17), 124–130.

Stöver, H. (2021). Drogenabhängige in Haft. In J. Feest, W. Lesting & M. Lindermann (Hrsg.), *Stöver, H. (2021): Drogenabhängige in Haft Alternativkommentar zum Strafvollzugsgesetz*. Köln: Carl Heymanns Verlag (im Druck).

- Stöver, H., Jamin, D., Michels, I., Knorr, B., Keppler, K. & Deimel, D. (2019). Opioid substitution therapy for people living in German prisons-inequality compared with civic sector. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0340-4>
- Stöver, H. & Keppler, K. (1998). Die Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. *Sucht*, (2), 104–119.
- Stöver, H. & Keppler, K. (2021). Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen? *Suchtmedizin*, 23(2), 59–66.
- Stöver, H. & Knorr, B. (2014). Spritzenvergabe in (deutschen) Haftanstalten: Geschichte und Perspektiven. In H. Stöver & B. Knorr (Hrsg.), *HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen!* (Schriftenreihe “Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Bd. 28, S. 31–46). Oldenburg: BIS-Verlag.
- Stöver, H. & Lines, R. (2006). Silence Still = Death. 25 years of HIV/AIDS in Prisons. In WHO – Regional Office for Europe (Hrsg.), *25-Years of HIV/AIDS in Europe* (S. 67–85).
- Stöver, H. & Michels, I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduction Journal*, 17(7).
- Stöver, H. & Michels, I. (2021). Vermeidung drogeninduzierter Mortalität nach Haftentlassung. *Das Gesundheitswesen (im Druck)*.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartweig, C. & Thane, K. (2008). *Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners. European Commission, Directorate – General for health and Consumers. Drug policy and harm reduction. SANCO/2006/C4/02*. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf
- Thane, K. (2015). *Strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung in Haft. Das Beispiel DrogenkonsumentInnen. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. Universität Bremen*. Bremen.
- UNODC. (2015). A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings. Zugriff am 12.10.2021. Verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf
- Vorma, H., Sokero, P., Aaltonen, M., Turtiainen, S., Huhghes, L. & Savolainen, J. (2013). Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: evidence from a community study. *Addictive Behaviors*, 38(7), 2313–2316. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.009>
- WHO. (2014). *Prevention of Acute Drug-related Mortality in Prison Populations during the Immediate Post-release Period*. Geneva: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe. (2012). The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health. Zugriff am 12.10.2021. Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf

WHO, UNODC, UNAIDS. (2007). Interventions to address HIV in Prisons. Drug dependence treatment. Evidence for Action Technical Paper. Zugriff am 12.10.2021. Verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

Winter, S. (2021, 9. Oktober). Drogen und Strafvollzug: Die schlechte gesundheitliche Versorgung Süchtiger im Knast. *Der Spiegel*. Zugriff am 14.10.2021. Verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/panorama/justiz/drogen-und-strafvollzug-die-schlechte-gesundheitliche-versorgung-suechtiger-im-knast-a-69468ad7-df83-4816-b84e-f28b177d67c5>

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Heino Stöver
Institut für Suchtforschung Frankfurt
Frankfurt University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
E-Mail: heino.stoever@fb4.fra-uas.de

Prof. Dr. Daniel Deimel
Katholische Hochschule NRW, Aachen
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
Sowie Universität Duisburg-Essen, LVR Klinikum Essen, Abteilung für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Essen.
E-Mail: d.deimel@katho-nrw.de

Anna Dichtl, M.A.
Institut für Suchtforschung Frankfurt
Frankfurt University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
E-Mail: annadichtl@fb4.fra-uas.de